

INFERMIERE

oggi

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

N°4

EDITORIALE

**Cambio di rotta
e barra dritta**

.....
FOCUS

**I risultati delle elezioni
per il rinnovo
del Consiglio direttivo**

.....
LA RICERCA

**Indagine sull'immagine
e il riconoscimento
sociale dell'infermiere**

.....
ISTITUZIONI

**Emergenza sanitaria
nella Valle del Sacco**

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. 4 - OTTOBRE-DICEMBRE 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: gennaio 2009

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 **Cambio di rotta e barra dritta**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 **Il concetto di etnografia nelle scienze infermieristiche**
di Alessandro Stievano, Gennaro Rocco
- 8 **Dalla fisiologia della morte alla rinascita della vita**
Donare gli organi è donare la vita
di Andrea Rizzo, Maurizio Rossi, Maurizio Zanon
- 13 **Vivere l'epilessia. Uno studio fenomenologico**
di Ines Favocchia, Edda Oliva Piacentini
- 17 **Colite tossica da glutaraldeide in endoscopia digestiva**
Revisione sistematica della letteratura
di Alessandra Guarini
- 22 **Il corpo al centro della relazione tra infermiere e paziente**
di Barbara Bertagni
- 25 **Indagine conoscitiva: immagine e riconoscimento sociale dell'infermiere**
di Ausilia M.L. Pulimeno, Davide Bove, Antonio Renda
- 30 **La valutazione del progetto "lavoro e benessere"**
quale percorso di condivisione del clima organizzativo.
L'esperienza del Policlinico Tor Vergata
di Carmen Cappitella

FOCUS

ELEZIONI, PIANO SANITARIO REGIONALE E CONFERENZA INTERNAZIONALE FEPI

- 36 **Collegio, avanti tutta!**
- 39 **Disponibile la nuova Carta dei Servizi del Collegio Ipasvi di Roma**
- 41 **La strada giusta per la "buona sanità" nel Lazio**
- 45 **Esperienze a confronto per puntare all'eccellenza della professione infermieristica**

LETTI PER VOI

- 50 **Stato vegetativo, arriva il glossario per una comunicazione efficace e corretta**
- 54 **Servizi psichiatrici a porte aperte: è davvero un rischio calcolato?**
- 56 **Infermieri "high skill"**

SCRITTO PER VOI

- 58 **Pronto soccorso meno intasati grazie al numero verde anti-influenza**
- 60 **Emergenza sanitaria nella Valle del Sacco**
- L'AVVOCATO DICE**
- 62 **Lesioni colpose e principio di affidamento**
Un nuovo caso di responsabilità professionale

INFERMIERI IN RETE

- 65 **Lo "starter kit" del ricercatore (parte seconda)**



Cambio di rotta e barra dritta

di Gennaro Rocco

Deficit spaventosi, piani di rientro dolorosi. Per definire le vicende della sanità si usa sempre più un linguaggio di tipo contabile. Non è un vezzo lessicale. E' piuttosto la chiave di lettura attuale della sanità, a base di costi, spese, bilanci, tagli, ticket, tasse.

Un modello tutto incentrato sulla finanza che appare oggi come quello geocentrico ai tempi di Galileo: scricchiolante e sgangherato, superato dai tempi e non più sostenibile. Difenderlo ancora sarebbe imperdonabile nonché molto rischioso per la sussistenza stessa di un sistema sanitario pubblico.

La grave crisi dei conti sanitari di parecchie Regioni, con il "caso Lazio" e il suo pauroso debito in primo piano, deve allora rappresentare il punto di svolta. Si può approfittare del momento critico per scuotersi e trovare la forza per cambiare rotta. Anzi, si deve. Con l'impegno a tenerla fino in fondo.

La spesa sanitaria pubblica cresce di anno in anno. E' un trend che segna quasi tutte le Regioni italiane. Rappresenta ormai oltre un quarto della spesa generale dello Stato per la protezione sociale, inclusa l'assistenza sociale e la previdenza. Equivale a circa il 7% del Pil nazionale e dal 2001 aumenta con un ritmo medio del 7% all'anno, il doppio rispetto al tasso di crescita della spesa sanitaria privata.

E' di tutta evidenza che, nonostante gli impegni assunti e sforzi profusi, la cosiddetta "sanità delle tre T" (tetti, tagli e ticket) ha fallito nel suo obiettivo principale di raddrizzare i conti del sistema. Tanto più è oggi improponibile insistere nell'errore di ritenere che il sistema possa essere governato con meri criteri aziendalistici, sacrificando sull'altare della contabilità la centralità della persona mala-

ta e del suo entourage familiare e relazionale.

Secondo i dati resi noti dalla Procura Generale della Corte dei Conti, la voce di spesa che assorbe le maggiori risorse pubbliche è quella dell'assistenza ospedaliera (42%), seguita dai farmaci (13%) e da altri servizi sanitari (12%). Il problema vero non è tanto quello di ridurre la spesa ma di riqualificarla. Dunque si cominci a usare meglio le risorse oggi troppo spesso male impiegate. Un'organizzazione più puntuale dei mezzi materiali e professionali comporta un miglior utilizzo delle apparecchiature di diagnosi e cura, un maggior controllo dei tempi di degenza, un ricorso più razionale ai farmaci, in definitiva una forte riduzione degli attuali sprechi.

Tuttavia, esaurire l'azione di risanamento del sistema sanitario con l'adozione di questi accorgimenti non può bastare. La dinamica della spesa sanitaria dipende anche da altri fattori e, in questo senso, è simile in tutti i Paesi industrializzati.

E' la domanda di salute a crescere e a modificarsi. Il che, in un sistema come quello attuale, finisce inesorabilmente per gonfiare i costi. D'altronde, i cittadini non si accontentano più di essere curati nella fase acuta della malattia, ma chiedono di poter vivere più a lungo e meglio.

Non resta che una possibilità: migliorare la salute della popolazione. Simulazioni condotte in sede di Unione Europea mostrano che il miglioramento complessivo della salute della popolazione che si produce attraverso investimenti mirati nel sistema sanitario è la leva principale per governare la spesa. Infatti il miglioramento dello stato di salute generale funge da ammortizzatore rispetto alle dinamiche di crescita della spesa sanitaria.

Da qui il necessario cambio di rotta: più educazione alla

EDITORIALE

salute, più prevenzione, più continuità assistenziale, più territorio, ripensamento radicale dell'organizzazione degli ospedali. Le figure professionali centrali per questo processo ci sono. Gli infermieri hanno sviluppato in questi anni come nessuna altra professione sanitaria competenze ed esperienze molto significative in questi specifici campi.

Le figure dell'infermiere di famiglia, l'infermiere di quartiere, l'infermiere del territorio, l'infermiere di comunità, l'infermiere aziendale, l'infermiere scolastico, ma anche gli ambulatori infermieristici privati e le società di servizio

costituiscono oggi il varco professionale tra il nuovo e il vecchio, per traghettare la sanità della cura verso la sanità del benessere.

E poi la ricerca specialistica, con i livelli di eccellenza raggiunti, ha contribuito molto a definire modelli sanitari capaci di ridisegnare su basi nuove tutto il sistema. Ne gioverebbero per prime le casse delle Regioni e dello Stato, con costi ridotti e prestazioni più elevate. Ne gioverebbero soprattutto i cittadini, finalmente al centro di un servizio sanitario più attento alle loro esigenze e meno pesante per le loro tasche.



Il concetto di etnografia nelle scienze infermieristiche

di Alessandro Stievano, Gennaro Rocco

INTRODUZIONE

Il metodo etnografico è uno degli approcci più conosciuti nell'antropologia ed è anche utilizzato da tempo nelle scienze infermieristiche.

È una metodologia di ricerca che permette di apprendere gli usi, i costumi, i fenomeni vissuti dalle persone e dagli individui ed è ben conosciuto per la sua capacità di sceverare i vari aspetti della cultura studiata. Usando gli approcci etnografici gli studiosi infermieristici hanno descritto le esperienze di malattia dei pazienti, i comportamenti riguardo la salute e hanno fornito punti di vista di valore su alcuni aspetti della pratica infermieristica. La caratteristica saliente di un approccio etnografico è di essere attenta all'interpretazione culturale e tale metodologia può essere applicata per comprendere le esperienze di salute, l'organizzazione dei servizi sanitari alla persona e la pratica del *nursing*. La cultura, come abbiamo detto, è centrale per l'etnografia e, attraverso di essa, si cerca di capire gli usi, i costumi, le norme e le regole sociali e come queste variabili influenzano sul fenomeno salute.

Oggi, nel mondo globale e nella condizione di scambio internazionale, non è più possibile pensare all'esistenza di culture chiuse ed isolate, quelle che cercavano le antiche scuole antropologiche per evidenziare supposti tratti originari. Nel mondo dell'interdipendenza economica, le culture sono ancor meno forme statiche ma *funzioni dinamiche e processuali* e, seppure, spesso localizzate in territori, sono in continuo ed dipendente interscambio tra loro. Sono *culture ibride* il cui ambito è rappresentato come luogo e modo di interazione tra individui continuamente ristrutturati e rinegoziati nel contesto nel quale operano.

C'è, quindi, una maggiore consapevolezza della fluidità delle culture e del loro rimodellamento senza soluzione di continuità ed anche una maggiore consapevolezza che la differenza culturale esiste tra i gruppi culturali e all'interno degli stessi. L'etnografia, appunto, è usata per descrivere specifiche culture in contesti particolari, piuttosto che per arrivare a generalizzazioni di comportamento.

A differenza della ricerca quantitativa maggiormente orientata all'oggettività, l'influenza del ricercatore nel raccogliere ed analizzare i dati è un problema che ha dato luogo ad una vasta letteratura. Mentre la prospettiva *emic* o che proviene dai soggetti indagati è il focus principale di una ricerca etnografica, la prospettiva *etic* del ricercatore, di conoscenza generale del fenomeno in esame, viene anche esplicitata con i *report* di ricerca finale (Byrne, 2001). Nel passaggio tra i dati raccolti e il resoconto finale, l'influenza del ricercatore deve essere attentamente vagliata (Pellatt, 2003). Perciò, il ricercatore è una variabile importante da considerare negli studi etnografici, poiché è profondamente legato al negoziare, connettere e tradurre i significati culturali.

L'ETNOGRAFIA E LE SCIENZE INFERMIERISTICHE

Tradizionalmente, gli studi etnografici si sono focalizzati su piccole comunità che condividevano credenze specifiche e l'osservazione partecipante sul campo era il metodo utilizzato per raccogliere i dati (Savage, 2000). Tra gli etnografi più conosciuti possiamo citare Margaret Mead, Bronislaw Malinowski, Claude Lévi-Strauss, tra gli italiani, Ernesto De Martino e in campo infermieristico la fondatrice del metodo etnografico applicato al *nursing* Madeleine Leininger.

La Leininger, iniziò a fare ricerca nel *nursing* nei primi anni '60, tramite il metodo etnografico, in aggiunta a ciò sviluppò un particolare metodo di ricerca infermieristica che chiamò *etnonursing*.

Questo metodo permette agli infermieri di acquisire conoscenze sul sistema di salute di culture altre, nonché di approfondire valori, costumi e abitudini diverse nell'erogare assistenza infermieristica. Tutto ciò, affinché si possa fornire un'assistenza attenta agli aspetti *emic*, ma contemporaneamente professionale (*etic*), quindi, un *etnocare* (etnoassistenza) che tenga conto delle azioni e dei significati sociali e culturali che stanno alla base e che producono *nursing* in culture diverse. Grazie a tale metodo, il ricercatore infermieristico, immerso nella cultura che vuole approfondire, riesce, tramite un dettagliato resoconto descrittivo e interpretativo, ad indagare i fenomeni caratteristici di assistenza di una determinata cultura.

La Leininger pubblicò il primo libro di ricerca qualitativa nel *nursing*, nel 1985, intitolato: "*Qualitative research methods in nursing*"; uno studio compiuto da lei e dai suoi più attenti collaboratori sui vari metodi di ricerca qualitativa nel *nursing*.

Negli anni '60, gli infermieri prendevano a prestito strumenti concettuali di ricerca da altri campi di studio e chi usava metodi quantitativi aveva difficoltà a produrre significati accettabili e ad ottenere accurate interpretazioni del significato di assistenza e salute di quella specifica cultura. La Leininger sviluppò i metodi qualitativi di ricerca nel *nursing*, poiché, erano più congruenti per indagare i complessi (e spesso nascosti) fenomeni del *nursing*, per comprenderne appieno il significato.

Gli scopi principali dell'*etnonursing* sono:

- indagare, fenomeni del *nursing* complessi, conosciuti scarsamente o non

conosciuti che hanno relazione con la salute e l'assistenza;

- facilitare il ricercatore ad entrare in contatto con gli aspetti emici della cultura delle persone e apprendere da loro, le loro credenze, valori, esperienze e la loro visione del mondo nel campo dell'assistenza e della salute;
- avere una profonda conoscenza delle metafore, simboli, significati e di tutti i vari fattori dell'assistenza che influenzano la salute e il benessere come rappresentati nel *Sunrise model*;
- usare nuovi e già consolidati strumenti di facilitazione o agevolatori (enablers) per scoprire dati infermieristici interessanti, con *prospettive emic ed etic*, correlati alla teoria del *nursing transculturale*;
- usare un metodo qualitativo rigoroso, dettagliato e sistematico d'analisi dei dati che è garante della correttezza dei dati;
- usare criteri qualitativi (non quantitativi) per accurate, ricche di significato e credibili analisi dei dati;
- identificare punti di forza e debolezza del metodo dell'*etnonursing* per far avanzare la conoscenza e i risultati assistenziali del *nursing transculturale* (Leininger 2002, p. 86).

La Leininger spiega la differenza tra ricerche quantitative e qualitative nel *nursing* e afferma che, per avere una conoscenza più adeguata dei fenomeni correlati all'assistenza nelle diverse culture, è essenziale usare un metodo qualitativo (narrazione di storie di salute-malattia, metodo dei casi, fenomenologia, *grounded theory*), per ottenere l'identificazione e la comprensione di tutti gli aspetti dell'assistenza, culturalmente attenta, ai bisogni degli individui e della comunità di riferimento. Afferma la Leininger (2002): "la comprensione della prospettiva di assistenza di ciascuna cultura richiede tecniche qualitative che facciano emergere i vissuti emozionali nel contesto sociale culturale".

Si può comprendere, attraverso queste tracce di pensiero, l'importanza di una visione infermieristica attenta ai valori culturali legati all'assistenza, al continuum salute-malattia, che la Leininger ha portato avanti nello sviluppo della conoscenza infermieristica negli Stati Uniti.



Ogni infermiere ricercatore dovrebbe avere una vasta conoscenza dei vari metodi qualitativi che si possono usare in una ricerca infermieristica a cominciare dalla inchiesta filosofica per passare attraverso l'etnografia, le storie di vita (*life history*), la fenomenologia, la ricerca in azione etc., ma il suo metodo di indagine principe è l'*etnonursing*.

Per la Leininger, che utilizza tecniche come l'osservazione partecipante e l'intervista in profondità per interpretare i valori e i significati che le persone danno all'assistenza ed ai fenomeni di salute-malattia; l'etnografia è un metodo che fa emergere le esperienze vissute dall'uomo nel contesto di riferimento e dove il ricercatore infermiere interpreta la rivelazione del significato di tali esperienze. Anche se alcuni degli aspetti di ricerca sopradescritti stanno cambiando, molto di questa metodologia di indagine è usata nella ricerca infermieristica contemporanea.

Ad esempio, Duffy (2005) viaggiò in Zimbabwe, dove, dopo aver completato due mesi di studio della lingua, andò a studiare la comunità rurale di Mount Selinda, dove aprì una piccola scuola infermieristica. Mentre viveva nell'area, volle conoscere le interconnessioni tra infezione da Hiv+ e la sua trasmissione eterosessuale nella cultura del posto.

Specificatamente, circa il 90% della trasmissione di Hiv+ in Africa avviene tramite contatto eterosessuale e Duffy (2005) condusse una ricerca sul campo, con osservazione partecipante ed interviste per scoprire i fattori facilitanti e, quindi, prevenirli nella trasmissione dell'infezione

tra le donne *Ndau*.

Il lavoro sul campo fu condotto con interviste, osservazione, ascolto, proposizione di domande etc.

Inizialmente, l'osservazione fu a largo spettro e furono cercati tutti gli elementi caratterizzanti; (un'approccio particolarmente utile quando l'ambiente è nuovo e non familiare). Per comprendere efficacemente cosa stava succedendo all'interno dei gruppi culturali furono studiate anche le espressioni facciali, le interazioni comunicative, i comportamenti, le posture del corpo etc.

Furono prese delle note sul campo di cosa fosse successo. Uno dei vantaggi dell'osservazione è che spesso i comportamenti dicono di più di mille parole. E', altresì, fondamentale non interpretare le pratiche esperite dai soggetti in isolamento senza coinvolgimento di testimoni chiave e interviste partecipanti.

Usando una triangolazione di dati da ogni fonte, l'osservazione partecipante, le interviste ai soggetti coinvolti e le note di campo, Duffy arrivò alla validazione dei dati di ognuna delle tre fonti prese singolarmente.

I risultati della ricerca mostrarono che la consapevolezza di essere madri e lavoratrici avveniva nel tempo, in un contesto di non partecipazione, inferiorità, violenza e scarso potere economico da parte di queste donne.

Tutte queste variabili costituivano una barriera alla prevenzione dell'Hiv+.

Inoltre, per le loro credenze i preservativi erano associati alla prostituzione e quindi uomini e donne non erano inclini ad usarli in relazioni stabili.

Le credenze culturali potenziavano, anche, la disuguaglianza di genere e tutto ciò aveva profonde applicazioni nell'assistenza preventiva o meno esperita sulle donne *Ndau*.

Appariva chiaro che per ridurre la trasmissione dell'infezione di Hiv+ c'era bisogno di un cambiamento dei comportamenti e delle norme culturali e bisognava analizzare come si poteva ottenere tale cambiamento. D'altronde la cultura non contiene solo norme che riducono la complessità della realtà e guidano i comportamenti ma anche norme che possono rompere quelle regole.

L'etnografia non è, quindi, solamente il campo di applicazione degli antropologi che sono totalmente immersi in culture lontane e "esotiche". Il focus dell'etnografia contemporanea si è spostato da comunità inaccessibili e lontane ad ambienti più famigliari vicino ai *setting* occidentali. Esempi si possono ravvisare nelle etnografie che studiano i comportamenti degli individui nei non-luoghi (Augè, 1993), nelle istituzioni, nelle *banlieu* urbane, negli *slums* delle città globalizzate dell'Africa o dell'India o dell'America del sud, ma anche, tornando all'infermieristica, l'etnografia della corsia, delle pratiche assistenziali di comunità, sta prendendo grande piede nella letteratura infermieristica. A tal uopo si può leggere la rivista "*Transcultural Nursing*" della *Transcultural Nursing Society* che presenta molti studi etnografici infermieristici.

Questi approcci etnografici intensi, spesso di breve durata, contrapposti ai classici studi sul campo che duravano anni, mettono in luce specifici comportamenti culturali in ambienti selezionati.

La produzione di studi etnografici è in ascesa come tecnica specifica del *nursing*. Ad esempio, Malone (1988) un infermiere dell'emergenza e dei pronto soccorso, svolse in particolare una ricerca per comprendere le ragioni per cui alcuni pazienti ritornavano ripetutamente e periodicamente nel pronto soccorso dove prestava la propria opera professionale. Sebbene furono prese note sul campo e fu svolta anche un'osservazione partecipante, la principale fonte di dati fu costituita dalle interviste. Furono raccolte, registrate e poi analizzate 52 interviste con 46 pazienti che accedevano spesso all'*emergency*

unit. **L'intervista è uno dei metodi migliori, che permettono all'etnografo di entrare nel mondo dell'altro per considerare a fondo l'esperienza del soggetto.**

Le interviste possono essere condotte in vari modi. Ad esempio, i dati possono essere raccolti con discussioni informali, con i partecipanti durante il lavoro sul campo, o attraverso interviste più formali dove il dialogo è classicamente registrato e trascritto in seguito. La struttura dell'intervista ed anche il suo approccio può variare. Domande specifiche possono essere chieste a tutti i partecipanti secondo uno schema prefissato. Malone utilizzò interviste aperte dove i frequenti visitatori del pronto soccorso furono incoraggiati a parlare di loro stessi e delle loro esperienze come pazienti del pronto soccorso stesso.

Questo approccio è utilizzato per tenere viva la discussione soprattutto in pazienti di cui si conosce ben poco. Sebbene Malone condusse interviste individuali in una singola occasione, gruppi di persone possono anche essere intervistati più volte utilizzando, magari, approcci differenti.

Ad esempio, il *focus group* permette la descrizione delle esperienze di un buon numero di partecipanti in un'unica seduta. Intervistare i partecipanti più volte con approcci differenziati permette di creare un rapporto di fiducia e dischiudere orizzonti difficilmente esplorabili. Le interviste danno accesso alle idee dei partecipanti, ai loro pensieri, alle loro memorie in accordo alle loro parole con la loro interpretazione dei fatti e questo è un modo eccellente per far luce sulla soggettività delle interpretazioni degli individui nei loro processi di salute-malattia.

I risultati della ricerca di Malone indicavano che molti di questi frequentatori assidui del pronto soccorso soffriva-

no di patologie croniche come: alcolismo, diabete, malattie polmonari croniche, ipertensione, comunque, la mancanza di un tetto e il disagio sociale erano le principali cause di questo elevato ricorso al dipartimento di emergenza. Questi pazienti spesso non avevano bisogno di assistenza specifica ma di pasti caldi, di una doccia, sicurezza, riposo, di un rifugio. Tutto ciò rifletteva la mancanza di servizi di base.

Gli studi etnografici possono essere usati in numerose situazioni. Ad esempio, per analizzare il cambiamento che avviene negli uomini quando diventano padri (Draper, 2002) oppure l'influenza degli uomini sulle pratiche riproduttive delle donne (Dudgeon & Inhorn, 2004) oppure le norme culturali di un gruppo di pazienti psichiatrici in un centro diurno (Leyser, 2003) oppure le esperienze di tirocinio clinico degli studenti di infermieristica (Holland, 1999) o, ancora, la cultura dei pazienti emodializzati in un particolare contesto (Aswanden, 2003) o di nuovo, il rapporto infermiere-medico nelle terapie intensive (Manias & Street, 2001).

FUTURE APPLICAZIONI DELL'ETNOGRAFIA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE

Gli infermieri, per le caratteristiche peculiari del lavoro e per la stretta interrelazione che intrattengono con le persone assistite, sono in posizione ideale per descrivere la cultura dei pazienti.

Sono tre i filoni fondamentali per la produzione di ricerca infermieristica etnografica.

I gruppi etnoculturali

Gli infermieri in molti paesi occidentali sono testimoni della nascita di società interculturali. L'avvento della *società liquida*, (in altre parole, plurale, fluida, asim-



metrica, non lineare, dinamica, autonoma), il suo irrompere in forme, modelli e tendenze che la fanno somigliare spesso ad un'immensa rete di significati, pone la necessità della riflessione e del confronto per riformulare le scelte dell'operatore sanitario, per riposizionare l'infermiere e le sue competenze all'interno delle organizzazioni sanitarie. La società complessa, caratterizzata dal superamento delle visioni unilineari dell'esistenza, dal superamento della frammentarietà dei singoli saperi, dall'approccio interdisciplinare alla soluzione dei problemi, produce nuove individualità umane, sempre in divenire, anche in relazione alle maggiori possibilità di contatto con le diversità portate da individui provenienti da tutto il mondo.

Questa situazione impone al professionista infermiere di sviluppare nuove competenze per rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica della persona. Il nostro mondo simultaneo frutto della rivoluzione informatica, e dell'interdipendenza dei paesi poveri da quelli opulenti, ha proiettato le persone portatrici di culture *altre* al nostro fianco. L'intensificazione degli scambi, la circolazione della popolazione, la diffusione dei messaggi e degli stili di vita che costituiscono la cultura di massa, hanno come effetto la distruzione dell'autonomia e della relativa unità interna delle culture separate e danno luogo a situazioni culturali contaminate.

"L'universo si è pluralizzato caratterizzandosi come mescolanza, ibridazione e labirinto. Questo processo di complessità della società oggi investe tutti e tutto, anche il nursing, disciplina prescrittiva per eccellenza, che cerca di intervenire fattivamente nella risoluzione della dimensione soggettiva e oggettiva del bisogno di assistenza" (Tortolici, Stievano 2006).

In conseguenza di ciò, esiste un'alta esigenza di fornire assistenza culturalmente adeguata. Sebbene gli studi etnografici abbiano contribuito a formare quella coscienza culturale per la pratica clinica, molto deve ancora essere fatto per un'assistenza congruente che riflette specifici schemi culturali di riferimento e per sviluppare interventi mirati per bisogni sempre in divenire. **La ricerca etnografica deve essere utilizzata per sviluppa-**

re spiegazioni culturali legate al contesto della particolare relazione infermiere/ paziente /gruppo/comunità. Inoltre, il processo di globalizzazione dell'assistenza sanitaria ha intensificato la mobilità transnazionale infermieristica. Come risultato di tutto ciò una larga fetta di infermieri provenienti da Paesi altri lavorano a fianco di infermieri autoc-toni. Tale cambiamento nel paradigma lavorativo si riflette in nuovi e arricchenti rapporti professionali di rispetto e accrescimento reciproco. Talvolta, però, l'ambientamento degli infermieri emigrati richiede tempo e lo sviluppo di un **biculturalismo meticcio** non è sempre facile da raggiungere in breve tempo. Si potrebbero allora esplorare le diverse culture infermieristiche e i loro schemi di comunicazione, i loro valori di assistenza e i loro stili di *leadership*.

Tutto ciò per conseguire quel lavoro d'équipe così importante per una buona riuscita dell'assistenza e, quindi, per il bene del paziente.

I gruppi di auto-aiuto nelle situazioni assistenziali croniche.

Le diagnosi precoci associate ad una maggiore prevenzione hanno portato nelle nazioni avanzate ad aspettative di vita oltre gli 80 anni per uomini e donne.

Sempre più persone vivono, però, situazioni di cronicità assistenziale. Allo stesso modo, sono sempre più incoraggiati modelli di salute comunitaria per la gestione autonoma della cronicità stessa. Lo scopo fondamentale dell'infermieristica riflette questo pensiero, bisogna portare il paziente ad essere il più autonomo possibile, secondo le sue capacità, nella gestione del suo ben malessere. In quest'ottica, comunità di pazienti affetti dalla stessa forma morbosa, ad esempio: neoplasie al seno o alla prostata formano gruppi di supporto solidaristico. Sarebbe interessante indagare le dinamiche di risoluzione dei bisogni e lo sviluppo dell'*advocacy* da parte di questi pazienti.

Descrivere il collegamento tra i servizi di salute offerti e il loro funzionamento, la prevenzione e l'educazione al paziente per la sua autocura sono punti emergenti di ricerca infermieristica etnografica.

I gruppi generazionali.

Particolari generazioni sviluppano norme culturali che sono soggette a cambiamen-

to diacronico.

La generazione nata sotto il periodo della Seconda Guerra mondiale o la generazione dei *baby boomers* intorno agli anni 60 e le più recenti generazioni digitali sono cresciute in contesti culturali differenti. Molti giovani sono cresciuti con messaggi di promozione della salute e possono vedere i loro famigliari raggiungere un'età avanzata caratterizzata, spesso, da malattie croniche. Tali esperienze possono avere un impatto devastante sui comportamenti di salute degli adolescenti, un'età di assunzione di rischi, per le generazioni precedenti. Gli studi etnografici possono esplorare le generazioni piuttosto che assumere che i comportamenti di salute e malattia rimangano invariati nel tempo. Ad esempio, infermieri dei comportamenti e delle conoscenze infermieristiche diversi da persone che hanno avuto un'educazione secondo vecchi schemi e modelli. Quindi, le differenti percezioni dell'infermieristica tra diverse generazioni di infermieri possono essere un fecondo campo di indagine per la ricerca etnografica.

CONCLUSIONI

La più grande opportunità di ricerca per il *nursing* è andare al di là della semplice descrizione dei comportamenti ma legare questa ricerca a risparmi economici per l'organizzazione sanitaria e miglioramenti di salute per il cittadino. Perciò, gli infermieri potrebbero usare largamente l'approccio etnografico assicurando che il collegamento tra le esperienze dei pazienti e la pratica professionale quotidiana sia ricco di significato oltre che economicamente vantaggioso per tutta la società.

Nel prossimo numero illustreremo uno studio etnografico appena pubblicato sulla rivista anglosassone *Journal of Advanced Nursing* che dimostra come per effettuare delle ricerche di ottimo livello sugli aspetti quotidiani della nostra disciplina non è necessario avere grandi mezzi economici, ma soltanto la consapevolezza che la ricerca può dare un contributo fondamentale per lo sviluppo della scienza infermieristica.

AUTORI:

Alessandro Stievano, Gennaro Rocco

BIBLIOGRAFIA

- Aswanden C (2003), Discovery the culture of haemodialysis units: an ethnography, *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association Journal*, 29(4), 192-4.
- Augè M (1993), *Non luoghi: Introduzione a una antropologia della surmodernità*, Milano, Eleuthera Editrice.
- Byrne M (2001), Ethnography as a qualitative research method, *AORN Journal*, 74(1), 82-84.
- Colaizzi PF (1978), Psychological research as the phenomenologist view it, in Vaillè R., King M., *Existential phenomenological alternative for psychology*, New York, Oxford University Press, pp.48-71.
- De Santis L (1994), Making anthropology clinically relevant to nursing care, *Journal of Advanced Nursing*, 20, 707-715.
- Draper J (2002), It's the first scientific evidence: Men's experience of pregnancy confirmation, *Journal of Advanced Nursing*, 39, 563-570.
- Dudgeon M & Inhorn M (2004), Men's influences on women's reproductive health, medical anthropological perspectives, *Social Science & Medicine*, 59(7), 1379-1395.
- Fain (2004), Vellone E (a cura di), *La ricerca infermieristica - Leggerla, comprenderla e applicarla*, 2^aed., Milano, McGraw-Hill.
- Giorgi (1985), *Phenomenology and psychological research*, Pittsburgh, Duquesne University Press.
- Holland K (1999), A journey to becoming: the student nurse in transition, *Journal of Advanced Nursing*, 20, 707-715.
- Leininger M (1985), *Qualitative Research Methods in Nursing*, Columbus Ohio, Greyden Press.
- Leininger M, McFarland M.R. (2002), *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*, Mc Graw-Hill Company, New York, ed. it., Ledonne G, Nocchi M. (2003) (a cura di), *Infermieristica transculturale: concetti, teorie, ricerca e pratica*, Milano, Cea Editore.
- Leyser O (2003), Doing masculinity in a mental hospital, *Journal of Contemporary Ethnography*, 32(39), 336-359.
- Malone R (1998), Whither the almshouse? Overutilization and the role of the emergency department, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23(5), 795-832.
- Manias E & Street A (2001), Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds, *Journal of Clinical Nursing*, 10, 442-450.
- Newman M (1999), *Health As Expanding Consciousness*, 2nd ed., Lincoln, NE, iUniverse.
- Parse R (1990), Parse's research methodology with an illustration of the lived experience of hope, *Nursing Science Quarterly*, 3 (1), 9-17.
- Paterson GJ e Zderad LT (1976), *Humanistic Nursing*, New York, Wiley.
- Pellatt G (2003), Ethnography and Reflexivity: emotions and feelings in fieldwork, *Nurse Researcher*, 10(3), 28-38.
- Rose P, Beeby J, Parker D (1995), Academic in the lived experience of researchers using phenomenological methods in nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1123-1129.
- Savage J (2000), Ethnography and health care, *British Medical Journal*, 321(72-73), 1400.
- Swanson-Kauffman KM (1986), A combined qualitative methodology for nursing research, *Adv Nurs Sci*, 8(3), 58-69.
- Tortolici B, Stievano A (2006), *Nursing e antropologia: due mondi che s'incontrano*, Carocci Faber, Roma.
- Van Kaam A L (1984), *Existential Foundations of Psychology: With a New Foreword*, New York, Rowman & Littlefield Pub Inc..
- Van Manen M (1990), *Researching the lived experience*, Buffalo, NY., State University of New York Press.
- Watson J (1999), *Nursing as human caring*, Boston, Jones and Bartlett Publishers.

IN PILLOLE

"Oetzi", chi era costui? Un cugino lontano...

L'Uomo di Similaun, una delle mummie meglio conservate al mondo, più conosciuta come "Oetzi", appartiene a un ceppo genetico scomparso: lo svela una ricerca condotta dall'Istituto di Tecnologie Biomediche del Cnr, in collaborazione con le università di Camerino e di Leeds, con l'innovativa tecnologia di sequenziamento ultramassivo del Dna mitocondriale.

La mummia, rinvenuta nel 1991 a 3.000 metri, in un ghiacciaio della Val Senales, in Alto Adige, oggi è esposta al Museo archeologico di Bolzano, in una speciale cella frigorifera.

La datazione al radiocarbonio ha datato l'esistenza in vita di "Oetzi" a circa 5.000 anni fa e la sua particolarità sta nel fatto che, diversamente dalle mummie egizie, l'Uomo di Similaun, grazie alla bassissima temperatura del ghiaccio un cui è rimasta per millenni, possiede ancora un corredo cromosomico, parzialmente integro, che ben si presta alle indagini molecolari.

Studiando il Dna residuo, contenuto nei mitocondri, i ricercatori hanno ottenuto informazioni dettagliate sullo stato evolutivo di "Oetzi", ricostruendo integralmente la sequenza del genoma mitocondriale della mummia: lo studio, pubblicato sulla rivista *Current Biology*, ha rilevato come il Dna mitocondriale appartenesse all'aplogruppo "K Europeo", più esattamente al sottogruppo "K1", a sua volta suddiviso in tre cluster. La sorpresa è stata che il genoma di "Oetzi" non corrisponde a nessuno dei tre; piuttosto, faceva parte di un ceppo genetico non più presente sul pianeta, i cui discendenti più vicini si situano, oggi, nell'Europa centrale.

Dalla fisiologia della morte alla rinascita della vita

Donare gli organi è donare la vita

di Andrea Rizzo, Maurizio Rossi, Maurizio Zanon

ABSTRACT

Gli infermieri sono considerati, da sempre, il punto di unione tra il mondo sanitario e l'utente ultimo dei servizi e sono chiamati in causa sul tema dei trapianti più di chiunque altro.

Il nostro compito è quello di dare delle risposte certe, inequivocabili e prive di condizionamenti personali: solo così si può instaurare una sana "relazione di aiuto" con l'utente, che condurrà, col tempo, allo sviluppo di una vera **cultura dei trapianti**.

Concetti come "morte cerebrale", "accanimento terapeutico", "coma irreversibile", donazione di organi e tessuti a scopo terapeutico, silenzio/assenso informato, dichiarazione di volontà, dovrebbero appartenere al bagaglio culturale di una società civile come la nostra e, ancor di più, di una figura altamente professionale e specializzata come quella dell'infermiere.

Con l'articolo, rivolto a tutti gli operatori sanitari, si cerca di dare delle risposte - il più possibili chiare ed esaustive - sul tema della morte e del suo accertamento, ripercorrendo l'evoluzione del concetto di morte, l'analisi della legislazione italiana vigente, lo studio dell'aspetto clinico e strumentale dell'accertamento di morte e il suo ambito etico, per giungere, infine, alla donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico.

INTRODUZIONE

E' sempre difficile parlare di un argomento scomodo come la morte, più facile è tacere, ignorarla o esorcizzarla con gesti scaramantici.

Per molti operatori sanitari ciò non è possibile: **la morte è argomento di lavoro quotidiano**.

Fatte salve le convinzioni socio-culturali e il credo religioso che ognuno di noi ha, c'è una forte necessità di fare chiarezza sul concetto di morte, per riuscire a dare risposte certe alle innumerevoli domande che la medicina e le nuove tecnologie ci pongono oggi.

FISIOLOGIA DELLA MORTE

La morte che conosciamo da sempre, quella che vive nell'immaginario comune, coincide con la cessazione dell'attività cardiaca: il cuore si arresta, il respiro cessa, il cervello muore.

Il cervello, per garantire il suo funzionamento e la sua vitalità, ha bisogno di ricevere sangue pompato dal cuore e ossigeno dai polmoni.

Quindi, la vitalità cerebrale è imprescindibile da una valida attività cardiocircolatoria.

Se, invece, è il cervello che, per cause diverse, cessa di funzionare, avremo l'arresto dell'attività respiratoria spontanea, ma non di quella cardiaca, giacché il cuore, se adeguatamente ossigenato grazie al respiratore meccanico, ha la capacità di contrarsi in maniera del tutto autonoma (impulso elettrico del nodo del seno), instaurare la situazione fortemente instabile del "cadavere a cuore battente".

ASPETTI NORMATIVI

Il concetto di morte viene sancito, in maniera più che esaustiva, dalla legge n. 578 del 29 dicembre 1993 che, negli articoli 1 e 2 (comma 1 e 2), recita: **"La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo"**.

Art. 2-1: la morte per arresto cardiocircolatorio si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da

Jouvet M.	1958	Diagnosi di morte del Snc
Mollaret P., Goulon M	1959	Concetto "coma dépassé"
Ass. Medica Mondiale Dichiar. Sidney	1968	Morte=processo irreversibile, graduale, diverso di cellule e tessuti
Criteri di Harvard	1968	"Brain Death Syndrome", assenza di tutti i riflessi
Criterio Minnesota	1971	Bds da eziologia certa. Attività spinale compatibile con Bds
Criteri Regno Unito	1976	"Brain Stem Death"
Commissione Presidenziale Usa	1981	"Whole Brain Death"
Italia Lg.644 (Dpr 409/1977)	1975	Due tipi di morte, limitata ai trapianti
Italia Lg 578/1993 (Dm 581/94)	1993	Normativa vigente: separazione tra legge e regolamento.

Tab.1 - Evoluzione del concetto di morte. Motivazione "storica": arresto cardiocircolatorio irreversibile.



compromettere la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo e può essere accertata con le modalità definite dal Ministero.

Art. 2-2: la morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie, si intende avvenuta quando si verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ed è accertata con modalità clinico-strumentali definite dal decreto del Ministero.

Quindi, con la morte si innesca quel processo irreversibile di deperimento cellulare che è la necrosi encefalica totale: tutte le funzioni vitali riconducibili a un governo encefalico vengono a cessare. Non c'è più termoregolazione, attività ormonale, attività cardiocircolatoria, regolazione vasomotoria simpatica e parasimpatica ed attività respiratoria.

Da tenere a mente, allora, è il rapporto: necrosi encefalica totale: morte encefalica: morte.

Esistono differenti modi di morire e diverse possono essere le modalità di accertamento, ma, entrambe le situazioni conducono ad un'unica condizione: la morte.

Tab. 2 Morte per arresto cardiocircolatorio.

Diagnosi Clinica

- Periodo di osservazione: 24/48 ore
- Ecg per 20 minuti
- Visita necroscopica 15/30 ore.

Tab. 3 Morte per lesione encefalica in pazienti sottoposti a misure rianimatorie.

Diagnosi Clinico-Strumentale

- Collegio Medico Legale
- Osservazione di morte: 6/12/24 ore
- Visita necroscopica

La diagnosi di morte eseguita con criteri neurologici non può, e non deve in alcun modo, prescindere dall'essere: comprensibile, infallibile e riproducibile nella realtà clinica.

LA CERTEZZA DELLA MORTE

La certezza della morte è per gli operatori sanitari un imperativo morale, etico e clinico: **il criterio clinico adottato per approcciarsi alla morte deve coincidere con quello etico e morale.**

La certezza di non togliere la pur minima possibilità di sopravvivenza al paziente,

dichiarandone la morte con criteri neurologici, è un obiettivo primario non solo del mondo scientifico, ma anche - e, soprattutto - del legislatore.

Le forti pulsioni del mondo scientifico degli ultimi 50 anni, le nuove tecnologie e l'impellente necessità di una "buona medicina" eticamente e moralmente condivisa, hanno prodotto una giurisprudenza volta alla massima garanzia per il cittadino.

Parliamo in particolare di due leggi dello stato: la n. 578 del 29 dicembre 1993 della quale si è già parlato ed il Dpr n. 582 del 22 agosto 1994 che riporta, in maniera dettagliata, le modalità per l'accertamento e la certificazione della morte.

All'articolo 2 del Dpr si affrontano le condizioni che inducono l'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni cerebrali e sottoposti a misure rianimatorie quali:

- stato di incoscienza;
- assenza riflessi del tronco e di respiro spontaneo;
- silenzio elettrico cerebrale.

La presenza contemporanea delle sopra citate condizioni impone al medico curante di dare immediata comunicazione alla Direzione sanitaria dell'esistenza di un caso di probabile morte encefalica. Nei soggetti, di cui all'art. 2, la morte è accertata quando sia riscontrata, per un periodo di osservazione previsto dall'art. 4, la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

- stato di incoscienza;
- assenza di riflesso corneale, fotomotore, oculocefalico, carenale e oculo-vestibolare;
- reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino;
- respirazione spontanea dopo sospensione della ventilazione artificiale fino al raggiungimento di ipercapnia accertata da 60mmHg con pH ematico minore di 7,40;
- silenzio elettrico cerebrale, documentato da Eeg eseguito secondo le modalità tecniche riportate nell'allegato 1;
- assenza di flusso cerebrale preventivamente documentata nelle situazioni particolari previste dal com. 2 art. 2.

I riflessi spinali, spontanei o provocati, non hanno rilevanza alcuna ai fini del-

MODALITA' DELLA MORTE	TIPO DI DIAGNOSI	ACCERTAMENTO LEGALE
Arresto Cardiocircolatorio	Clinica	Ecg
Necrosi Encefalica	Clinica (con criteri neurologici)	Oss. morte encefalo Eeg

Tab. 4 - Diagnosi di morte in rianimazione.

l'accertamento di morte, essendo essi compatibili con la situazione di cessazione di tutte le funzioni cerebrali.

Nell'articolo 4, si prende in esame il periodo dell'osservazione che varia in funzione all'età dell'assistito. La durata dell'osservazione ai fini dell'accertamento della morte deve essere:

1. non inferiore a sei ore per gli adulti e i bambini di età superiore ai cinque anni; 12 ore per bambini in età compresa tra uno e cinque anni; 24 ore per bambini di età inferiore a un anno;
2. in tutti i casi di danno cerebrale atossico, il periodo di osservazione non può iniziare prima di 24 ore dal momento dell'insulto atossico;
3. la simultaneità delle condizioni di cui al comma 1 art.3, deve essere rilevata dal collegio medico per almeno tre volte. La verifica di assenza di flusso non va ripetuta;
4. il momento della morte coincide con l'inizio dell'esistenza simultanea delle condizioni di cui al comma 3.

IL COLLEGIO MEDICO

La legge n. 578 del 29 dicembre 1993, introduce il concetto di collegio medico ed i relativi compiti: l'accertamento della morte dei soggetti affetti da lesioni encefali che è effettuata da un collegio medico nominato dalla direzione sanitaria, composto da un medico legale o, in mancanza, da un medico di direzione sanitaria o da un anatomopatologo, da un medico specialista in anestesia e rianimazione e da un medico neurofisiopatologo o, in mancanza, da un neurologo o da un neurochirurgo esperti in elettroencefalografia.

I componenti del collegio medico sono dipendenti di strutture sanitarie pubbliche: la partecipazione al collegio medico è obbligatoria e rientra nei doveri di ufficio del nominato.

Inoltre, il collegio medico deve esprimere un giudizio unanime sul momento della morte.

Da quanto finora scritto, emerge, con forza, un principio cardine, in riferimento all'osservazione di morte, ovvero che questa è indipendente dall'eventuale donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico, ed è un atto dovuto verso la persona e il suo diritto di ricevere una giusta diagnosi di morte.



MORTE ENCEFALICA/COMA

Una delle domande che ci si pone più frequentemente, quando si parla di morte encefalica, è la differenza sostanziale che c'è tra questa e lo stato di coma.

In parte, complici di questa confusione, sono i mass-media che usano in maniera del tutto impropria termini come: "stato vegetativo", "coma profondo", "clinicamente morto", "coma depassè", "coma irreversibile", "morte cerebrale", come appartenenti alla medesima voce dei sinonimi di non-vita.

D'altra parte, ritroviamo i luoghi comuni e le credenze popolari, alimentate proprio da un clima di timore nei confronti dell'argomento morte e la ricerca di sensazionalismo di certi organi di stampa: "Dichiarato morto, si risveglia dal coma profondo dopo tre anni...", per dirne una.

Ma la cosa più allarmante è che la

medesima confusione si può riscontrare in molti operatori sanitari che, con difficoltà, sanno dare risposte esaustive in merito.

Analizziamo le sostanziali differenze che esistono tra il coma e la morte cerebrale.

Non è corretto parlare di coma "irreversibile" per indicare la morte accertata con criteri neurologici: infatti, mentre è accaduto che un rianimatore esprima la propria prognosi di irreversibilità di un coma e, poi, i fatti smentiscano tale prognosi ed il paziente non muoia (sopravviva in stato vegetativo o, addirittura, si svegli), non è mai accaduto che una morte accertata con criteri neurologici si stia smentita con la sopravvivenza del paziente.

Va, comunque, tenuto presente che la **prognosi** è una previsione e, specie in riferimento a uno stato di coma, risulta molto difficoltosa. Altra cosa è una **dia-**

STATO DI COMA	MORTE ENCEFALICA
<ul style="list-style-type: none"> - È una condizione patologica di vita - La sua irreversibilità è una prognosi che può anche essere sbagliata o smentita dal tempo - Corrisponde ad un'alterazione funzionale - Non interessa tutto l'encefalo - Può risolversi 	<ul style="list-style-type: none"> - È morte - È una diagnosi facile - Corrisponde a una realtà di disfacimento fisico del cervello - Interessa tutto l'encefalo - È definitiva - Non può risolversi

Tab. 5 - Differenze fondamentali fra stato di coma e morte encefalica.

gnosi che, per definizione, è l'accertamento da parte del medico, della natura di una malattia: nel caso della morte, la diagnosi, soprattutto se condotta con criteri neurologici, è relativamente facile e sicura.

Il coma, anche se corredato dall'attributo "profondo" o "irreversibile", non equivale alla morte, anche perché il giudizio di irreversibilità varia con il tempo e il progresso della scienza, ciò che qualche decennio fa era considerato irreversibile, non necessariamente lo è oggi.

La morte, invece, non può mutare e non è soggettiva. Quando un paziente è morto, non c'è reversibilità né possibilità di resurrezione. Non vi è più irrorazione sanguigna nell'encefalo. Non è coma, è fine definitiva, decesso, morte. Alla luce di quanto finora trattato, emergono due aspetti di natura etico e sociale:

- la certezza, per i parenti, che un soggetto vivente non verrà mai trattato come un morto;
- la certezza, per il medico, di non trattare un paziente ormai morto come un soggetto vivente (in questo caso, si parla di "accanimento terapeutico").

DONAZIONE E TRAPIANTO

L'accettazione emotiva e culturale della morte encefalica, la conoscenza delle sue manifestazioni fisio-patologiche e la sua identificazione precoce, da parte degli anestesisti rianimatori e degli infermieri operanti in terapia intensiva, acquista una straordinaria importanza e attualità.

Sono queste le prime figure professionali che danno l'avvio al delicato e complesso processo della donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico.

Ogni individuo, per cui è in corso un accertamento di morte con criteri neurologici, deve essere considerato un potenziale donatore.

A questa considerazione si è giunti grazie ai progressi scientifici che, da un lato, hanno dato la certezza inequivocabile della morte, dall'altro, hanno reso possibile l'innesto di un organo e il suo attecchimento in un altro individuo, anche e soprattutto in risposta al fondamentale principio di solidarietà sancito

dalla Costituzione Italiana che recita: "... l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale".

Il trapianto di organi e tessuti è una terapia ormai consolidata, e in molti casi l'unica possibile, in grado di offrire un'aspettativa di sopravvivenza ed una qualità di vita vicina alla normalità: consiste nel trasferimento di uno o più organi o più tessuti da un donatore a un ricevente e, generalmente, lo si compie quando altri trattamenti meno invasivi si sono dimostrati fallimentari.

Al trapianto si deve attribuire il grosso vantaggio sociale e personale di recupero della salute di un individuo, ma anche l'importante vantaggio economico a favore dei trapianti contro le altissime spese per le cure sostitutive.

Le pulsioni che sono alla base della donazione di organi rispondono al fondamentale principio solidaristico che è nello spirito della nostra Costituzione, ed è proprio volendo ribadire tale principio che, il legislatore, nella legge n. 91 del 1999 e sue norme transitorie, ha voluto introdurre il principio del "silenzio/assenso informato".

La donazione di organi deve essere una scelta personale, profonda, motivata e dettata dalla consapevolezza di poter salvare delle vite; si tratta di un atto di estrema libertà esprimere e palesare la

nostra decisione in merito al destino dopo la morte.

Il trapianto di organi e tessuti è forse l'unica procedura terapeutica che necessita di un'attiva partecipazione di ogni cittadino che, manifestando la sua volontà di donare, permette di realizzare il trapianto in altri cittadini ridonandogli la vita.

Esistono molti modi per manifestare il proprio assenso, o dissenso, alla donazione degli organi:

- presso le Asl regionali, attraverso appositi moduli, i cui dati verranno inseriti nel sistema computerizzato nazionale, garantendo l'anonimato;
- sottoscrivendo un atto olografo dell'Aido o una delle tessere delle associazioni che operano nel settore;
- scrivendo su un foglio, la propria volontà, avendo cura di indicare: nome e cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, estremi di un documento d'identità, data e firma.

Tuttavia, è importante informare, sempre e comunque, i familiari riguardo la nostra scelta poiché, in caso di mancata dichiarazione di volontà, i medici sono autorizzati al prelievo di organi solo se i familiari non si oppongono (legge n. 91/1999-art. 23).

In ogni caso, ciascuno può sempre modificare la propria decisione con gli stessi sistemi prima indicati, giacché fa fede l'ultima manifestazione di volontà depositata in ordine di tempo.



CONCLUSIONI

Oggi, nonostante i progressi medici, risulta ancora estremamente difficile percepire e accettare che una persona in stato "morte cerebrale" sia definitivamente morta.

Se questo atteggiamento è naturale trovarlo come risposta a un lutto in un familiare, lo è meno nell'operatore sanitario che si viene a trovare al suo fianco e che lo deve accompagnare in quel tragico cammino che è la metabolizzazione del lutto.

Un ruolo, quello dell'infermiere, al confine del *conseler*.

Accompagnare la famiglia significa, prima di tutto, mettere a disposizione le giuste informazioni prive di pregiudizi; incoraggiare il confronto tra tutti i membri della famiglia affinché la decisione ultima, sia veramente libera, consapevole e condivisa; l'unica in grado di lasciare dietro di sé serenità e conforto. Resta, comunque, il grosso limite che, se un operatore informa o propone, ma egli stesso non condivide o non conosce a fondo il contenuto di quanto detto, il messaggio ne verrà influenzato: quando traspare l'incertezza, il dubbio, se non il dissenso, la persona tende a irrigidirsi e

ad allontanarsi dal processo comunicativo.

AUTORI:

Andrea Rizzo, esperto clinico, infermiere presso centro di rianimazione polivalente "San Giovanni Addolorata"- Roma

Maurizio Rossi, anestesista rianimatore, coordinatore locale trapianti "San Giovanni Addolorata"- Roma

Maurizio Zanon, infermiere presso centro di rianimazione polivalente "San Giovanni Addolorata"- Roma.

BIBLIOGRAFIA

Procaccio F, Mayalich M, Venettoni S, Nanni Costa A, *Tpm Manuale del Corso Nazionale per coordinatori alla donazione, prelievo di organi e tessuti*. Bologna: Editrice Compositori; 2004.

Feltrin A, Sommacampagna M, *La relazione d'aiuto alle famiglie dei donatori: una modalità operativa*. In: Tpm Manuale del Corso Nazionale per coordinatori alla donazione, prelievo di organi e tessuti. Bologna: Editrice Compositori; 2004.

Galimberti U, Aramini M, Di Nauta S, *Etica dei trapianti di organi*. Milano: Ed. Paoline; 1998.

Migone L, *La morte cerebrale e la definizione della vita umana*. In: Difesa Sociale, n. 6; 1993.

Monti M, *Ruolo dell'infermiere nell'organizzazione della rete trapianti, la cultura della donazione nel nursing*. In: atti del congresso Aniarti Umbria, 4/06/2004. Perugia; 2004.

Collegio provinciale Ipasvi, *Le fonti multimediali per la ricerca Infermieristica*. In: atti dei corsi 2000-01. Roma; 2004.

Spinsanti S, *Bioetica e nursing: pensare, riflettere, agire*. Milano: McGraw-Hill editore; 2001.

Dal Colle D, *Il dolore nella quotidianità assistenziale*. Scenario; 2001

Giusti G.D, *La donazione di organi/il trapianto. Analisi dei bisogni formativi del personale infermieristico*. In: *L'Infermiere*, 10-2005. Roma: Federazione Ipasvi; 2005.

Rossi M, *Procedure per la diagnosi e l'accertamento della morte cerebrale e la donazione di organi a di trapianto terapeutico*, Azienda Ospedaliera S.Giovanni-Addolorata. Roma; 2007.

Moggi S. et al, *Comunicare con amore. Atti dal convegno Regionale*; 1994. Aniarti Liguria. In: Scenario n. 4/1996.

Anin Neu, *L'approccio relazionale al morente*. Pavia; 1997.

IN PILLOLE

Cancro, l'interruttore si spegne!

La nuova speranza per il trattamento di molti tumori, senza i pesanti effetti collaterali delle attuali terapie, si chiama *Omomyc*, una piccola proteina di sintesi ottenuta grazie a una ricerca internazionale coordinata dal Cnr di Roma e l'università californiana di San Francisco e pubblicata sulla prestigiosa rivista *Nature*.

Studiando il meccanismo d'azione della proteina *Myc* (protagonista nello sviluppo di gran parte dei tumori nell'uomo), i ricercatori sono riusciti a modificarla in modo mirato, sostituendo quattro aminoacidi nei suoi punti critici: il risultato è stato la trasformazione di *Myc* in un potente inibitore del meccanismo di riproduzione neoplastica, l'*Omomyc* appunto.

La sperimentazione su cavie ha registrato effetti promettenti, con la messa a punto di un sistema che ha permesso di "accendere e spegnere" a piacimento la sua produzione, sia in topi da laboratorio sani, sia in topi con cancro al polmone indotto da alterazioni geniche: in presenza di *Omomyc* non si sviluppa più il cancro al polmone e, addirittura, in topi che avevano già sviluppato la malattia, anche in stadi avanzati, i tumori regrediscono rapidamente fino a scomparire.

L'impiego della proteina, così modificata, su animali da laboratorio è stato studiato anche sul fronte degli effetti collaterali e si è notato che, nei soggetti sani, la proliferazione dei tessuti in rapida rigenerazione - come la pelle e i villi intestinali - viene rallentata, senza tuttavia pregiudicare lo stato di salute generale. Questi effetti collaterali si dimostrano pure ben tollerati e rapidamente reversibili se si "spegne" *Omomyc*, a riprova che l'inibizione di *Myc* è ben tollerata.

Vivere l'epilessia Uno studio fenomenologico

di Ines Favoccia, Edda Oliva Piacentini

Alla piccola Sara

INTRODUZIONE

Il termine epilessia deriva dalla parola greca *epilepsia* e significa "possedere" o "afferrare".

Un tempo, essa era associata a qualcosa d'origine divina: non a caso, veniva chiamata: "la malattia sacra", poiché si pensava che un individuo con epilessia fosse "posseduto" da qualche divinità.

La storia fornisce molti esempi di persone chiaramente con disturbi legati all'epilessia (Giulio Cesare, Giovanna D'Arco e Vincent Van Gogh, per citarne qualcuno): una prova che l'epilessia non pregiudica le capacità intellettive, né l'operatività della vita pratica.

Oggi, **l'epilessia è considerata una sindrome patologica caratterizzata dalla ripetizione di crisi epilettiche, dovute ad un'iperattività delle cellule nervose cerebrali.**

Il carattere improvviso delle crisi, i pregiudizi dell'opinione pubblica, il bisogno di una terapia, spesso permanente, possono determinare, nella persona epilettica, vulnerabilità e sfiducia.

Nel corso della revisione della letteratura, non è stato possibile rintracciare studi e rapporti di ricerca imperniati principalmente sul vissuto esperienziale della persona affetta da epilessia.

Questo studio, di conseguenza, è stato effettuato con l'obiettivo di studiare le esperienze quotidiane delle persone che convivono con l'epilessia.

METODOLOGIA

Disegno di ricerca

L'approccio utilizzato nell'ambito dei disegni qualitativi è stato il metodo fenomenologico.

Come si sa, la fenomenologia è un metodo di ricerca - anche filosofica - che esplora e descrive l'esperienza di tutti i giorni, al fine di generare e migliorare la comprensione dell'essere umano.

La fenomenologia si configura come un determinato modo di pensare riguardo a ciò che le esperienze della vita rappresentano per le persone. Un criterio prediletto giacché in grado di emanare descrizioni cariche, particolareggiate ed introspettive dell'esperienza in studio.

Partecipanti

Il tipo di campione utilizzato nell'indagine è quello propositivo.

Con questo metodo si selezionano individui per l'adesione allo studio in base alle loro conoscenze del fenomeno, allo scopo di condividere queste conoscenze. Il campione reclutato è stato di dieci utenti seguiti dal Centro per l'Epilessia, presso un grande ospedale di Roma. I partecipanti sono tutti maggiorenni e capaci di intendere e di volere.

Strumenti

Per lo studio sono stati utilizzati un questionario generale socio-demografico e un'intervista, non strutturata, registrata su audiocassetta.

Procedure

I partecipanti sono stati reclutati durante le visite ambulatoriali del Centro.

Prima dell'intervista è stato effettuato: il consenso alla registrazione; la trasmissione delle informazioni necessarie; la garanzia nell'utilizzo dei dati.

La domanda impiegata è stata: "Può espormi cosa significa vivere ogni giorno con l'epilessia?".

I partecipanti hanno avuto piena libertà nel riportare qualsiasi essenza (esperienze, paure).

Le interviste sono state integralmente registrate su nastro e, contemporaneamente, prendendo appunti. L'intervista aveva termine quando il partecipante riteneva di aver esaurito la descrizione. Durante l'intervista, i ricercatori hanno aiutato i partecipanti a riferire l'esperienza vissuta, senza però convogliare il colloquio. La dimensione del campione non era stata definita prima di intraprendere lo studio, per cui la raccolta dati ha avuto termine nell'istante in cui era stata ottenuta la saturazione dell'informazione. La saturazione dei dati si è verificata quando le informazioni trasmesse al gruppo di studio sono divenute ripetitive: ovvero, quando le idee trasmesse dall'intervistato erano partecipate in precedenza da altri, e che l'inclusione di nuovi soggetti non implicava la trasmissione di nuove idee.

Analisi dei dati

Le interviste sono state annotate totalmente e comparate con le registrazioni per esattezza.

L'analisi dei dati è stata effettuata con il metodo *Giorni*: dopo aver letto le trascrizioni ripetutamente, sono stati stabiliti dei codici di soluzione per abbinare e unificare i temi.

Il gruppo di ricerca, fondato da un investigatore principale ed un assistente di ricerca, si è incontrato periodicamente per rivedere i codici ed ottenere un consenso nel caso d'interrogativi o diffinitività nell'analisi. Dopo aver codificato ciascuna intervista e averne estrapolato i temi, questi sono stati condensati in una rappresentazione del racconto sull'esperienza degli intervistati.

Le introspezioni conseguite dalle esposizioni dei partecipanti sono state adattate tra loro in una narrazione di struttu-

re significative consistenti, che ha preso in analisi le esperienze di tutti gli utenti affetti da epilessia.

RISULTATI

Il campione considerato è costituito per il 30% da uomini ed il 70% da donne, con un'età media di 46 anni. Sono stati individuati quattro temi inerenti l'esperienza di vita: **Vivere la malattia; La vita della persona nella società; il Coniuge e la Famiglia ed i Sentimenti** (Fig.1).

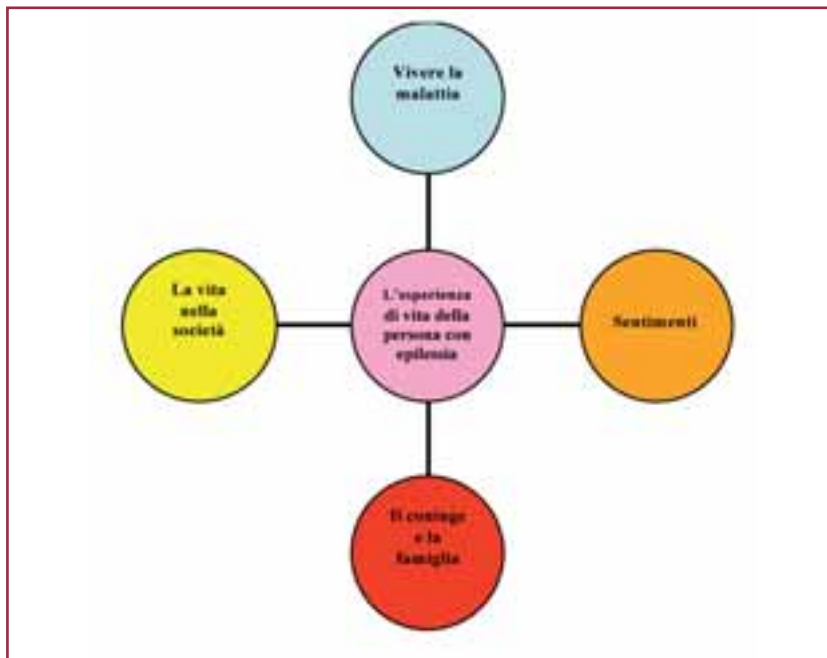


Fig. 1 L'esperienza di vita della persona con epilessia.

I temi sono presentati di seguito con il supporto delle espressioni descrittive testuali provenienti dai partecipanti.

Primo tema: **Vivere la malattia**

L'epilessia influenza notevolmente la vita, difatti sono emersi: paura, vale a dire una sensazione di timore riguardante una causa precisa che l'individuo riconosce e carenza di conoscenze.

In altre parole, una condizione in cui l'individuo dimostra una mancanza d'informazioni.

Tale condizione implica, altresì, l'incapacità di dimostrare o utilizzare le procedure d'autocura, raccomandate per ripristinare o mantenere una condizione di benessere; impotenza, vale a dire la percezione di una perdita di controllo di una situazione presente o che è sul punto di verificarsi.

L'epilessia è vissuta con molta paura di venir sopraffatti da crisi in momenti imprevedibili:

- *“Mi sono venuti degli stati confusionali per le strade, nei negozi, ovunque. Adesso ho paura di andare a fare la spesa e anche di girare per la strada”.*
- *“Tante volte guardo le signore andare al mercato per fare la spesa... Io non riesco ad andare al mercato. Ho provato tante volte, arrivavo fino al mercato, entravo, poi all'improvviso*

non capivo più niente, facevo una corsa pazzesca per tornare a casa per paura di cadere per terra”.

Alcuni partecipanti considerano la malattia come un evento a cui bisogna adattarsi.

- *“Certo, sono cose che succedono e con chi te la prendi? Non puoi prendertela con nessuno, bisogna andare avanti”.*
- *“All'inizio è stata un po' dura da accettare, non avevo preso bene la notizia di avere una lesione in testa. Con le visite e l'assunzione dei farmaci mi sono messa in testa di fare qualcosa per risolvere la situazione e migliorare”.*

Secondo tema: **La vita della persona nella società**

Sono stati riscontrati: isolamento socia-

le, vale a dire una situazione di segregazione reale o potenziale dell'individuo, che precipita come imposizione voluta dagli altri e come situazione negativa e minacciosa; difficoltà d'interazione sociale, in altre parole una condizione in cui l'individuo sviluppa una quantità insufficiente o eccessiva d'interazioni sociali, la cui qualità, però, è inefficace; alterazione dell'identità personale, in pratica ci si riferisce ad una condizione in cui l'individuo non è in grado di distinguere tra sé e altro da sé o di identificare se stesso come un essere umano distinto in un ambiente sociale.

Un'intervistata riporta:

- *“Un bel giorno mi sono ritrovata da sola, vale a dire non c'era più nessuno. Le persone facevano finta di non vedermi e in casa non bussava più nessuno. Il campanello della mia porta, prima della mia malattia, squillava sempre, ora non succede più... non c'è più nessuno...”.*

Alcuni pazienti, inoltre, hanno affermato che l'epilessia comporta l'isolarsi volontariamente: uno ha avuto la prima crisi a scuola.

- *“Io la prima crisi l'ho avuta a scuola, sono stato ricoverato in ospedale e mi hanno dimesso dopo pochi giorni. Quando sono rientrato a scuola, i compagni, mi trattavano un po' come quel malato che ha dei problemi e, per un certo periodo di tempo, sono stato isolato. Ricorderò sempre una frase che mi disse una compagna 'Quando stavi male sembravi proprio un animale, una bestia!': questo mi ha segnato molto, tanto che mi sono sempre vergognato d'essere epilettico”.*

Numerosi, poi, sono i pazienti che nascondono la propria patologia:

- *“Non lo dicevo a nessuno ed anche i miei genitori si vergognavano di questa mia malattia. Addirittura, quando andavamo dal dottore, giustificavano la nostra presenza dicendo 'Mia figlia ha dei problemi!', però non dicevano mai che ero epilettica”.*

Notevoli sono anche le problematiche sul lavoro. Un'intervistata racconta:

- *“I problemi ci sono anche nel mondo del lavoro. Il capo non ha mai regola-*

mentato la mia posizione dicendo: 'Non sei affidabile, se ti senti male che faccio?'. Ho lavorato 10 anni a nero, percependo uno stipendio inferiore a quello degli altri".

Terzo tema: Il coniuge e la famiglia

L'epilessia sconvolge la famiglia della persona che ne è affetta. La famiglia è l'unità di base in cui si sviluppa il comportamento sulla salute e cerca, mantiene e ristabilisce la salute attraverso un processo d'adattamento alle influenze ambientali sulla salute e sulla malattia. Una ragazza racconta:

– "Vivevo molto in famiglia, poi ho conosciuto mio marito a cui ho detto ciò che avevo. Lui intelligentemente ha accettato la cosa, anzi, mi ha aiutato moltissimo dal punto di vista psicologico ad uscire da quel guscio in cui mi ero chiusa e mi ha aiutato ad avere una vita normalissima. Da sola non ci sarei riuscita mai, neanche i miei genitori c'erano riusciti, per quanto ci provassero".

I figli invece, una volta individuato il problema, cercano di aiutare il proprio genitore con epilessia. Una mamma rivela:

– "L'anno scorso la mia bimba mi disse: 'Mamma una mia compagna ha detto che la madre ritiene che tu non guidi perché sei pazza!'. E' stata una cosa che mi ha fatto stare male. Tuttavia, ho cercato di far capire a mia figlia che la mamma ha una malattia curabile con delle pastiche; invece, ci sono delle mamme che non possono curarsi, anzi muoiono. Oggi, le mie figlie hanno accettato la mia malattia".

Quarto tema: I sentimenti

Nel corso delle interviste sono emerse: disperazione, condizione soggettiva in cui l'individuo percepisce la limitatezza o l'assenza d'alternative e di scelte personali e non è in grado di mobilitare le energie a proprio favore; alterazione dell'autostima e bassa stima di sé, condizione (situazionale o cronica) in cui l'individuo presenta turbe percettive o esprime auto-valutazioni e sentimenti irrealistici su se stesso e sulle proprie capacità, direttamente e indirettamente; ansia, vale a dire sentimento soggettivo d'apprensione e tensione che si

manifesta mediante eccitabilità fisiologica e differenti modelli comportamentali; alto rischio d'autolesionismo, in pratica condizione d'elevata probabilità per un individuo di compiere un gesto deliberato su se stesso; paura, cioè una risposta ad un pericolo o ad una minaccia reale e identificabile.

Una ragazza riporta:

– "Quando litigo con la mia famiglia mi impasticco con gli antiepilettici. Ho assunto otto pasticche di tegretol 400 grammi, tre mesi fa. Ho tentato tante volte di togliermi la vita perché tanto che vivo a fare. Io non vado d'accordo con la mia famiglia, ma forse nemmeno con me stessa. Ho avuto tante delusioni d'amore e peso 102 chili".

CONCLUSIONI

L'obiettivo principale della maggior parte delle persone malate è l'adattamento alla malattia.

Si possono alleviare così situazioni d'ansia, disagio e paura che invece provano alcuni dei partecipanti; diversi, hanno un senso d'impotenza di fronte alla loro condizione: una persona può esprimere un senso d'impotenza verbalmente o attraverso emozioni, come l'apatia, la depressione, il risentimento, la colpa, l'ansia o la rabbia.

Molti intervistati considerano l'epilessia una cosa di cui vergognarsi,

con l'esito che col senso di vergogna diminuisce il concetto di sé.

Gli atteggiamenti degli altri verso la malattia possono produrre vergogna o senso di colpa e, anche quando la condizione non determina il ritiro degli altri, la persona malata si sente rifiutata lo stesso. Questi sentimenti possono nascere, in parte, dalla separazione della persona, per necessità o per scelta personale, dalle normali attività quotidiane. Di conseguenza, la difficoltà nelle interazioni sociali è data da dati soggettivi che comprendono l'espressione, da parte dell'individuo, di un certo disagio nelle situazioni sociali, o dell'incapacità di ricevere o comunicare un soddisfacente senso d'affezione, d'attenzione, d'interesse, di storia comune.

Dalle interviste emerge, soprattutto, la paura.

La paura è una risposta emozionale ad un danno o ad un evento spiacevole, reale o immaginario; il rischio maggiore che essa comporta è quello che l'individuo potrà ritirarsi da ogni forma d'interazione sociale oppure combattere in modo aggressivo od ostile.

Altri sentimenti emersi sono: l'ansia, la disperazione, la depressione. L'ansia può inibire la capacità di confronto e d'apprendimento dell'individuo, la qualità della vita, la risposta immunologica alle malattie, la risposta alla terapia medica.



La depressione è tipica delle malattie che si dilungano nel tempo o che si cronicizzano; il suicidio può esserne una manifestazione estrema.

Gli intervistati hanno avuto larga libertà nel manifestare i propri sentimenti, in virtù del fatto che, per loro, è difficile accettare la condizione d'essere malato, la dipendenza dai farmaci, il cambiare il decorso normale e routinario della vita e tutto ciò è aggravato dai pregiudizi sociali.

I progressi ottenuti nel trattamento della malattia non migliorano automaticamente la qualità della vita, poiché spesso perdurano le conseguenze psicologiche, sociali e occupazionali.

E le interviste ne danno prova.

L'epilessia può comportare un precoce pensionamento, disoccupazione, impieghi sottoqualificati o limitazioni sociali, dovute principalmente alla paura del

manifestarsi delle crisi.

Queste persone hanno bisogno, dunque, di un approccio complessivo alla diagnosi, alla cura e all'assistenza basata sull'aiuto.

Occorre un'organizzazione in cui un team multispecialistico (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali e tecnici specializzati) è impegnato a fornire un approccio organizzato alla gestione di persone con problemi complessi relativi all'epilessia.

Molto si potrebbe fare anche a livello scolastico. All'occhio inesperto, le crisi d'assenza dei bambini possono facilmente apparire come uno stato di sonno. Inoltre, poiché queste crisi possono verificarsi frequentemente, la quantità di nozioni persa dai bambini è considerevole e l'insegnante può non riconoscere il motivo per il quale il soggetto non raggiunge alcun progresso didattico.

Non è insolito che gli insegnanti fraintendano gli eventi di una crisi parziale complessa come "cattiva condotta" e si comportino di conseguenza.

La necessità di una maggiore consapevolezza da parte dell'opinione pubblica è evidenziata dalle numerose testimonianze di persone le cui condizioni non sono state comprese, o sono state mal interpretate e trattate in maniera inadeguata.

C'è molto lavoro da fare, a partire dalle campagne d'informazione che è ancora insufficiente, così come quelle tese a cambiare gli atteggiamenti della gente.

AUTORI:

Ines Favocchia, infermiere presso il Policlinico di Padova.

Edda Oliva Piacentini, coordinatore tecnico-pratico presso corso di laurea in Infermieristica "W", sede Gaeta/Formia.

BIBLIOGRAFIA

- Bonavita V, Di Iorio G, *Neurologia clinica diagnosi e terapia*. Torino: Medico Scientifiche; 1996.
- Bergamasco B, Mutani R, *La neurologia di Bergamini*. Milano: Cortina; 2007.
- Canger R, Ragno C.M, *Le epilessie*. Roma: Nis; 1996.
- Cantarelli M, *Gli infermieri nella ricerca*. Milano: Mc Graw-Hill editore; 2006.
- Carpenito-Moyet L, *Diagnosi Infermieristiche*. Milano: Ambrosiana; 2006.
- Cazzullo R, *Epilessie ed eventi psicopatologici*. Milano: Vita e pensiero; 1990.
- Craven R.F, *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Promuovere la salute*. Pavia: Casa Editrice Ambrosiana; 2002.
- Fain J.A, *La ricerca infermieristica*. Milano: Mc Graw-Hill editore; 2004.
- Hindensen U, Fridlund B, *The nurse in clinical practice a qualitative analysis of nursing competence*. Scandinavian: Journal of caring Sciences, 1995; 9: 139-44.
- Johson M, Parkinson G, *Epilessia. Una guida operativa*. Bergamo: Junior; 2004.
- Lazzarino L.G, *Principi di Neurologia e Neurochirurgia per infermieri*. Firenze: Rosini; 1991.
- Lice, *Libro bianco sull'epilessia in Europa*. Bollettino n. 115, gennaio/marzo 2002.
- Marshall F, Crawford P.M, *Vivere con l'epilessia*. Roma: Editori Riuniti; 2000.
- Orrin D, *A guide to understanding and living with epilepsy*. F.A. Davis; 1994.
- Pisani P, *L'epilessia, aspetti medici e psicosociali*. Napoli: Ed. Acta neurologica; 1992.
- Streubert Speciale H, Carpenter D, *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico*. Napoli: Idelson-Gnocchi; 2005.
- Suddarth B, *Nursing medico-chirurgico*. Milano: Ambrosiana; 2006.
- Townsend M, *Le diagnosi infermieristiche in psichiatria*. Roma: CIC; 2002.
- Vellone E, Sciuto M, *La ricerca bibliografica*. Milano: Mc Graw-Hill editore; 2001.
- Vigevano F, *Epilessia: parliamo delle nostre paure*. Roma; 2000.
- Wilkinson J, *Processo infermieristico e pensiero critico*. Milano: Ambrosiana; 2003.

IN PILLOLE

Un clic sui disturbi alimentari

È il nuovo sito internet dedicato ai giovani sui disturbi del comportamento alimentare, in particolare, anoressia e bulimia: www.timshel.it, creato nell'ambito del progetto "Guadagnare Salute" dal Ministero del Welfare.

Un portale che fornisce tante informazioni sicure a una platea sempre più vasta di adolescenti e alle loro famiglie, utilizzando canali di comunicazione interattiva come e-mail, chat e forum.

In Italia, sono circa tre milioni le persone tra i 13 e i 35 anni che soffrono di disturbi alimentari. Negli ultimi anni, il trend segna un abbassamento ulteriore della soglia d'età e un'incidenza in crescita fra i maschi, sebbene il genere più colpito resti nettamente quello femminile.

Nella strategia di prevenzione messa in campo dal Ministero del Welfare, il nuovo sito internet si aggiunge alla creazione di una rete osservazionale composta di cinque "centri-sentinella" sul territorio nazionale e alle campagne di sensibilizzazione avviate nel settore industriale alimentare, nel mondo della scuola e in quello dello sport.

Colite tossica da glutaraldeide in endoscopia digestiva Revisione sistematica della letteratura

di Alessandra Guarini

ABSTRACT

La colonscopia è un esame importante per la diagnosi e prevenzione del cancro coloretale; si effettua mediante un videocolonscopio che deve essere disinfettato dopo ogni esame.

Per la disinfezione, possono essere utilizzati diversi agenti, tra cui la glutaraldeide, che, però, è dannosa per le mucose. Per evitare una colite tossica, l'endoscopia deve essere risciacquata dopo la disinfezione.

Allo scopo di valutare il *timing* di insorgenza ed il tipo prevalente di sintomo, la necessità di un ricovero ospedaliero, la causa della contaminazione, il trattamento ed il decorso clinico delle coliti tossiche da disinfettanti è stata effettuata la revisione della letteratura dei casi di colite tossica, ricercando in Medline i termini: *glutaraldehyde, colitis, proctitis, intestinal bleeding, diarrhoea*.

Sono stati individuati 29 studi, ma solo 11 erano strettamente inerenti allo scopo della revisione ed hanno descritto complessivamente 41 casi.

Nella maggior parte dei casi (60,5%), la sintomatologia è insorta entro le sei ore dal contatto della mucosa colica con lo strumento contaminato ed il sintomo prevalente era la rettorragia (100%). **La causa della contaminazione è stata identificata in un inadeguato risciacquo dopo disinfezione manuale del colonscopio nel 71% dei casi.**

Nel 39% dei pazienti è stata necessaria una terapia medica e nel 15%, addirittura, il ricovero ospedaliero.

Tutti i pazienti sono guariti entro tre giorni, ma sono stati descritti due casi in cui

la regressione completa del quadro clinico si è avuta solo dopo più di due settimane.

In conclusione, non è errato pensare che la colite tossica da glutaraldeide è un evento avverso raro della colonscopia, ma potenzialmente grave.

Adeguate misure preventive ed un controllo sistematico delle procedure di disinfezione e di risciacquo sono auspicabili per minimizzarne, quanto più possibile, l'insorgenza.

INTRODUZIONE

La colonscopia è un esame che consente la visualizzazione di tutto il colon mediante l'utilizzo di uno strumento endoscopico, denominato **colonscopio**.

Questo esame è molto importante giacché consente la diagnosi di numerose patologie di frequente riscontro nella popolazione quali: i polipi, i cancro, le coliti infiammatorie ed i diverticoli. La colonscopia, inoltre, può essere anche terapeutica, permettendo l'asportazione di lesioni precancerose (come i polipi adenomatosi) e riducendo in maniera significativa l'incidenza del cancro del colon.

Il colonscopio è uno strumento flessibile fornito di una telecamera sulla punta ed è collegato ad una fonte luminosa ed un processore di immagini che vengono proiettate, in maniera ingrandita, su un video. Lo strumento viene fatto progredire in senso retrogrado, dall'ano fino al cieco, per osservare l'intera mucosa del colon.

In questa procedura, partecipano un gastroenterologo, che manovra le manopole che indirizzano la punta dello strumen-

to nel lume del colon, ed un infermiere dedicato che collabora spingendo e ritraendo il colonscopio, consentendone così la progressione in condizioni di sicurezza per il paziente. L'infermiere, inoltre, attua tutte le manovre necessarie a favorire l'avanzamento del colonscopio fino al cieco, sull'addome del paziente.

Il colonscopio è un dispositivo riutilizzabile e necessita, quindi, di una disinfezione al termine di ogni esame - il cosiddetto, *reprocessing* -, al fine di impedire la trasmissione di possibili infezioni.

Generalmente, si effettua una disinfezione ad "alto livello" che consente l'eliminazione dei virus (Hbv; Hcv e Hiv) e di tutti i batteri patogeni e non patogeni, escluse le spore. **Per la disinfezione dei colonscopi, così come per altri dispositivi e strumentari endoscopici, viene ampiamente utilizzata la glutaraldeide.**

La glutaraldeide è un disinfettante chimico e viene utilizzata ad una concentrazione pari al 2%. Questo agente, tuttavia, può causare irritazioni se inalato o per contatto cutaneo. L'utilizzo della glutaraldeide richiede pertanto l'attuazione di tutte quelle procedure necessarie a garantire la sicurezza per l'operatore (che comprendono sia la protezione attiva: guanti, mascherine, camici protettivi), sia la sicurezza dell'ambiente di lavoro (cappe di aspirazione, locali dedicati, etc.) come stabiliti dal Dlgs 81/2008 del 9 aprile 2008 (ex legge 626/94). La glutaraldeide, inoltre, se non opportunamente rimossa dallo strumentario endoscopico, può danneggiare il colon quando viene a diretto contatto con la mucosa del paziente, cau-



sando una cosiddetta colite tossica.

Per evitare che ciò accada, ogni volta che il colonscopio viene disinfettato con la glutaraldeide è necessario procedere ad un adeguato risciacquo per eliminarne i residui sulla superficie esterna dello strumento e nei canali operativi.

Tale procedura viene svolta manualmente dall'infermiere: lo strumento viene disinfettato in apposite vaschette di disinfezione, o avviene automaticamente con l'uso delle macchine lavastrumenti.

Nonostante questi accorgimenti, vi sono segnalazioni in letteratura di casi di coliti tossiche da glutaraldeide in seguito a colonscopia che, in alcuni casi, per la loro gravità, hanno richiesto il ricovero ospedaliero.

D'altra parte, esistono sia dati sperimentali sull'animale che di somministrazione volontaria con clisteri che hanno chiaramente dimostrato che la glutaraldeide al 2% induce una colite tossica che ha molte analogie cliniche ed anatomo-patologiche con la colite ischemica.

Risulta, pertanto, facile intuire quanto sia importante questa tematica, sia per i risvolti etici ("primum non nocere": art. 2 del Codice deontologico dell'infermiere) che medico-legali (non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo: art. 40 del Codice penale).

Scopo di questo studio è stato quello di rivedere tutti i dati disponibili in letteratura sulla colite tossica da glutaraldeide

in endoscopia per valutarne il quadro clinico ed il relativo decorso, riservando particolare attenzione alla disamina delle cause che l'hanno determinata.

METODI

La revisione dei dati della letteratura è stata effettuata mediante Medline.

In particolare, sono stati ricercati i termini:

- "glutaraldehyde and colitis": 26 *item*;
- "glutaraldehyde and toxic colitis": 5 *item*;
- "glutaraldehyde and chemical colitis": 4 *item*;
- "glutaraldehyde and proctitis": 7 *item*;
- "glutaraldehyde and diarrhoea": 20 *item*;
- "glutaraldehyde and rectal bleeding": 4 *item*.

Per la ricerca, non sono stati posti né limiti temporali né per soggetto (animali, umani).

Il criterio di inclusione dello studio, nella revisione, è stata la presenza di casi con diagnosi endoscopica (con o senza istologia) di colite tossica da glutaraldeide ed almeno tre delle seguenti sei informazioni definite a priori:

- il *timing* di insorgenza;
- la sintomatologia;
- la necessità di ricovero ospedaliero;
- la causa della contaminazione;
- il trattamento;
- il decorso clinico.

Criteri di esclusione dalla revisione sono

stati i casi di coliti indotte da agenti disinfettanti differenti dalla glutaraldeide, le *review* che non riportavano casistiche inedite di colite da glutaraldeide, quelli in cui non era stata effettuata una diagnosi endoscopica o non erano descritte almeno tre delle cinque informazioni considerate e gli studi sperimentali di valutazione del quantitativo di residui di glutaraldeide sul colonscopio dopo il lavaggio, senza descrizione di nuovi casi di colite. Sono stati, inoltre, esclusi gli studi non pubblicati in lingua inglese o italiana di cui non era disponibile almeno l'*abstract* in una di queste lingue.

Per valutare opportunamente la sussistenza dei criteri di inclusione e di esclusione è stato ricercato e stampato il *full text* di tutti gli articoli probandi trovati in Medline.

Sono stati considerati anche i lavori citati tra le voci bibliografiche dei diversi articoli individuati in Medline.

RISULTATI

La ricerca ha consentito di identificare complessivamente 29 differenti studi inerenti all'argomento oggetto della revisione.

Di questi studi, 18 sono stati esclusi dall'analisi per i seguenti motivi:

- cinque studi perché pubblicati solo in francese o in spagnolo;
- tre studi erano *review* che non includevano casistiche nuove;
- due studi perché erano lavori metodologici di rilevazione di residui di glutaraldeide sul colonscopio;
- due studi perché descrivevano casi di coliti tossiche da acido peracetico o perossido di idrogeno;
- quattro studi perché non era stata eseguita una diagnosi endoscopica o non riportavano almeno tre informazioni necessarie per la presente revisione;
- uno studio perché trattava di un modello sperimentale di colite tossica da glutaraldeide in un modello animale;
- un *case report* era una colite autoindotta con clistere di glutaraldeide.

La presente revisione, pertanto, ha incluso 11 studi in cui erano presenti tutti gli opportuni criteri. Gli studi considerati hanno descritto un totale di 41 casi di colite tossica da glutaraldeide.

Tab. 1 Tempo di insorgenza della colite tossica dall'avvenuto contatto durante la colonscopia.

Tempo	Numero di casi (%)
< 6 ore	23 (60.5)
< 24 ore	8 (21)
< 48 ore	7 (18.5)
Totale	38

In tutti i casi, il quadro endoscopico più frequentemente osservato era molto simile a quello che si osserva nella colite ischemica.

In particolare, sono state descritte lesioni ulcerate, più o meno profonde, coperte da fibrina di forma e dimensioni variabili, localizzati in uno o più tratti del colon.

I dati relativi al *timing* di insorgenza della colite dopo la colonscopia con strumento contaminato erano disponibili per 38 pazienti (93%) e sono riportati nella tabella 1. Come si può vedere, in oltre la metà dei casi, la sintomatologia è insorta rapidamente, cioè entro le sei ore dal contatto della mucosa colica con lo strumento contaminato, ma in circa un quinto, i sintomi sono comparsi anche a distanza di due giorni.

Per quanto concerne la sintomatologia di esordio, i dati erano disponibili in tutti i pazienti e la rettorragia era presente in tutti i pazienti accompagnata, o no, da altri sintomi, quali: dolore rettale, diarrea o febbre.

La causa della contaminazione è stata identificata in tutti gli studi considerati, ed i dati relativi sono riportati nella tabella 2.

E' importante notare che nella maggior parte dei casi (71%), **la contaminazione dello strumento con glutaraldeide si è verificata per un inadeguato risciacquo dopo disinfezione manuale del colonscopio da parte dell'ope-**



ratore: solo in un caso su tre, infatti, la causa era da imputare ad un cattivo funzionamento della macchina lavastrumenti automatica.

I dati relativi al trattamento sono disponibili per tutti i pazienti inclusi.

Una terapia con steroidi e/o antibiotici sistemici è stata instaurata in 16 pazienti (39%), in sei pazienti (15%) era presente

uno stato tossico (dolore intenso, febbre elevata, ipotensione) tale da rendere necessario il ricovero ospedaliero, mentre nei rimanenti 19 casi (46%) è stato adottato un atteggiamento conservativo, consigliando una dieta liquida per 48-72 ore e riposo domiciliare.

Il decorso clinico è stato descritto in tutti i pazienti. Non sono stati riportati casi di perforazione intestinale, né quelli in cui è stato necessario l'intervento chirurgico, e neppure casi fatali: la sintomatologia è regredita, in tutti i casi, entro 24-72 ore, ad eccezione di due in cui la regressione completa del quadro clinico si è avuta solo dopo 12-19 giorni.

CONCLUSIONE

La colite tossica da glutaraldeide è un'entità nosologica ben definita in letteratura.

Tab. 2 Causa della contaminazione del colonscopio.

Fonte	Motivo	Casi (%)
Colonscopio	Inadeguato risciacquo del colonscopio post-disinfezione da parte dell'operatore	29 (71)
Bocchetta lavaggio lente	Inadeguato risciacquo della bocchetta post-disinfezione da parte dell'operatore	1 (2)
Lavastrumenti	Malfunzionamento con contaminazione dell'acqua di risciacquo automatico	11 (27)
Totale		41

Esistono, infatti, modelli sperimentali nell'animale e accidentali nell'uomo che hanno dimostrato che questo disinfettante induce una colite tossica molto simile a quella di tipo ischemico. Alcuni studi hanno evidenziato, infatti, che nell'acqua di risciacquo del colonscopio sono presenti residui di glutaraldeide pari a 0,2-159 mg/l quando il lavaggio viene effettuato manualmente e pari a 0,2-6,3 mg/l dopo lavaggio automatico nella lavastrumenti.

La presente revisione della letteratura ha consentito di identificare 11 studi che hanno descritto 41 casi di colite tossica da glutaraldeide in cui la causa della contaminazione è stata sempre identificata. Purtroppo, nella maggior parte dei casi descritti (71%), la contaminazione si è verificata per errore o disattenzione dell'operatore durante il risciacquo dopo disinfezione manuale dello strumento in vaschette.

Si tratta, quindi, di un "evento avverso" che si verifica entro poche ore dall'esame endoscopico (in genere, entro sei ore) o qualche giorno; un: *"evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili"*.

Un evento avverso attribuibile ad errore è prevenibile.

Quindi, tutti questi casi di colite tossica erano, almeno in teoria, eludibili e dimostrano chiaramente, l'importanza dell'accuratezza del risciacquo prima dell'utilizzo degli endoscopi. A tal proposito, va sottolineato quanto sia necessario predisporre, in ciascun Centro di Endoscopia, protocolli dedicati alla procedura di disinfezione che devono essere seguiti da tutti gli operatori.

D'altra parte, la partecipazione dell'infermiere alla stesura ed esecuzione di protocolli ed al controllo sull'adeguatezza ed efficienza delle apparecchiature è prevista dal Dm 739/94, come risultato della sua specifica competenza e/o esperienza professionale che porta alla "autonomia professionale" (legge 251/00).

Sul piano pratico, al fine di minimizzare il rischio di colite tossica, sarebbe auspicabile che ciascun operatore che inizia la procedura di disinfezione, sia manuale che automa-

tica, sia lo stesso che la conduce a termine.

Errori o mancanza di comunicazione interpersonale, spesso derivanti dai ritmi lavorativi talvolta pressanti, possono creare condizioni di non sicurezza sia per l'operatore che per il paziente.

Nei restanti casi (29%), la contaminazione è derivata da un malfunzionamento della macchina lavastrumenti, in cui l'acqua di risciacquo non è stata rinnovata automaticamente dall'apparecchio. Questo suggerisce che potrebbe essere utile il risciacquo manuale prima di utilizzare l'endoscopio, anche quando viene utilizzata la glutaraldeide con la procedura automatica.

Un'altra misura preventiva per ridurre il rischio di colite tossica può essere l'utilizzo di altri disinfettanti in sostituzione della glutaraldeide come, per esempio, l'acido peracetico. E, sebbene, siano riportati casi di coliti acute anche da acido peracetico, il quadro clinico-endoscopico è sempre di lieve entità ed autolimitante: una recente casistica italiana di dieci casi, infatti, ha dimostrato che la colite tossica da acido peracetico regredisce spontaneamente senza bisogno di terapia, né di ricovero ospedaliero.

Anche se non sono stati riportati casi letali di colite tossica da glutaraldeide ed il decorso clinico è risultato essere benigno in tutti i casi, occorre sottolineare che, nel 15% dei casi, la gravità del quadro clinico ha richiesto l'ospedalizzazione

dei pazienti.

Questo comporta, ovviamente, importanti risvolti sul piano deontologico e giuridico, soprattutto quando la causa dipende da un mancato, o inadeguato, risciacquo dello strumento post-disinfezione.

Sul piano deontologico ci si riferisce all'articolo 2 del Codice deontologico dell'infermiere che recita: "Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere...", nonché all'Articolo 3: "L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti".

Sul piano giuridico si applica la: "Responsabilità per lesioni colpose derivanti da negligenza, imprudenza, imperizia" (art. 1.176 C.c. ed art. 590 C.p.).

A queste vanno aggiunte anche considerazioni di tipo economico, perché ogni ricovero evitabile comporta un impiego inopportuno delle già limitate risorse sanitarie.

In conclusione, la colite tossica da glutaraldeide rappresenta un evento avverso raro della colonscopia, ma potenzialmente grave: adeguate misure preventive ed un controllo sistematico delle procedure di disinfezione e di risciacquo sono auspicabili per minimizzarne, quanto più possibile, l'insorgenza.

AUTORE:

Alessandra Guarini, infermiera Uoc Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ptp Nuovo Regina Margherita - Roma



BIBLIOGRAFIA

- Hassan C, Laghi A, Zullo A, Iafate E, Morini S, Q&A on diagnosis, screening and follow-up of colorectal neoplasia. *Dig Liver Dis* 2008; 40: 85-96.
- Hassan C, Zullo A, Winn S, Eramo A, Tomao S, Rossini F.P, et al, The malignant colorectal polyp: scoping a dilemma. *Dig Liver Dis* 2007; 39: 92-100.
- Durante L, Zully JC, Israel E, Powers P.J, Russell R.G, et al, Investigation of an outbreak of bloody diarrhea: association with endoscopic cleaning solution and demonstration of lesions in an animal model. *Am J Med* 1992; 92: 476-80.
- Gan S.I, Price L.M, Waiting-list induced proctitis: the hydrogen peroxide enema. *Can J Gastroenterol* 2003; 17: 727-9.
- Beaufort P, Chassagne P, Larrey D, Miche H, Colitis caused by glutaraldehyde complicating endoscopy: a new case. *Press Med* 1996; 25: 1.257. [French]
- Asselah T, Touze I, Boruchowicz A, Collet R, Maunoury V, Colombel J.F, Acute hemorrhagic colitis induced by glutaraldehyde after colonoscopy. *Gastroenterol Clin Biol* 1996; 20: 213-4. [French]
- De Ledingen V, Goujon J.M, Mannant P.R, Barrioz T, Bonneau-Hervè F, Babin P, et al, Proctitis after colonoscopy : importance of rinsing the colonoscope! *Gastroenterol Clin Biol* 1996; 20: 215-6. [French]
- Espinell J, Pinedo E, Bailador C, Herrera A, Dominguez A, Alcoz J.L, Glutaraldehyde colitis. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98: 149-50. [Spanish]
- Vila V, Brullet E, Montserrat A, Bella R, Campo R, et al, Glutaraldehyde-induced iatrogenic rectocolitis. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 409-10. [Spanish]
- Sheibani S, Gerson L.B, Chemical colitis. *J Clin Gastroenterol* 2008; 42: 115-21.
- Martiny H, Floss H, Residuals on medical devices following reprocessing. *J Hosp Infect* 2001; 48 (Suppl. A): S88-92.
- Ryan C.K, Potter G.D, Disinfectant colitis. Rinse as well as you wash. *J Clin Gastroenterol* 1995; 21: 6-9.
- Dietze B, Neumann H, Mansmann U, Martiny H, Determination of glutaraldehyde residues on flexible endoscopes after chemothermal treatment in an endoscope washer-disinfector. *Endoscopy* 2001; 33: 529-32.
- Farina A, Fievet M.H, Plassart F, Menet M.C, Thuillier A, Residual glutaraldehyde levels in fiberoptic endoscopes: measurement and implications for patient toxicity. *J Hosp Infect* 1999; 43: 293-7.
- Cammarota G, Cesaro P, Cazzato A, Fedeli P, Riccioni M.E, Sparano L et al, Hydrogen peroxide-related colitis (previously known as "pseudolipomatosis"): a series of cases occurring in an epidemic pattern. *Endoscopy* 2007; 39: 916-9.
- Bilotta J.J, Wayne J.D, Hydrogen peroxide enteritis: the "snow white" sign. *Gastrointest Endosc*. 1989; 35: 428-30.
- Dolcé P, Gourdeau M, April N, Bernard P.M, Outbreak of glutaraldehyde-induced proctocolitis. *Am J Infect Control* 1995; 23: 34-9.
- Zissin R, Gayer G, Maor-Kendler Y, Ct findings of glutaraldehyde colitis: a report of two cases. *Clin Radiol*. 1999; 54: 123-5.
- Catalano O, Cusati B, Lapicirella G, Glutaraldehyde-induced colitis. A case studied with contrast media enema and computerized tomography. *Radiol Med* 1998; 96: 126-7.
- Birnbaum B.A, Gordon R.B, Jacobs J.E, Glutaraldehyde colitis: radiologic findings. *Radiology* 1995; 195: 131-4.
- Yen H.H, Chenn Y.Y, Glutaraldehyde colitis. *Endoscopy* 2006; 38 (Suppl. 2): 98
- Grenet M, Tsouria D, Desseaux G, Blondeau E, Verheyde. Haemorrhagic colitis after colonoscopy. *Ann. Fr Anesth Reanim* 2004; 23: 499-500.
- Stein B.L, Lamoureux E, Miller M, Vasilevsky C.A, Juline L, Gordon P.H, Glutaraldehyde-induced colitis. *Can J Surg* 2001; 44: 113-6.
- Fukunaga K, Khatiby A, Glutaraldehyde colitis: a complication of screening flexible sigmoidoscopy in the primary care setting. *Ann. Intern. Med* 2000; 133:315 (letter)
- Caprilli R, Viscido A, Frieri G, Latella G, Acute colitis following colonoscopy. *Endoscopy* 1998; 30: 428-31.
- Coche G, Izet T, Descombes P, Duchman J.C, Sevenet E, Dupas J.L et al, Chemical colitis caused by glutaraldehyde. *J Radiol* 1997; 78: 215-7. [French]
- West A.B, Kuan S.F, Bennick M, Lagarde S, Glutaraldehyde colitis following endoscopy: clinical and pathological features and investigation of an outbreak. *Gastroenterology* 1995; 108: 1.250-5.
- Rozen P, Somjen G.J, Baratz M, Kimel R, Arber N, Gilat T, Endoscope-induced colitis: description, probable cause by glutaraldehyde and prevention. *Gastrointest Endosc* 1994; 40: 547-53.
- Jonas G, Mahoney A, Murray J, Gertler S, Chemical colitis due to endoscope cleaning solutions: a mimic of pseudomembranous colitis. *Gastroenterology* 1988; 95: 1.403-8.
- Hanson J.M, Plusa S.M, Bennett M.K, Browell D.A, Cunliffe W.J, Glutaraldehyde as a possible cause of diarrhoea after sigmoidoscopy. *Br J Surg* 1998; 85: 1385-7.
- Babb R.R, Paaso B.T, Glutaraldehyde proctitis. *West J Med* 1995; 163: 477-8.

IN PILLOLE

Luce italiana sul tumore della prostata

Uno studio tutto italiano getta nuova luce sul trattamento del tumore della prostata e sulle prospettive della ricerca in questo campo.

La scoperta, pubblicata su Nature Medicine, è il frutto di una ricerca coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, assieme all'ospedale San Giovanni Bosco di Torino e l'Istituto Oncologico del Mediterraneo di Catania, finanziata con i fondi dell'accordo Italia-Usa e dall'Airc.

I ricercatori hanno individuato il meccanismo d'azione attraverso cui il tumore diventa sempre più aggressivo, fino a divenire refrattario alla terapia: l'analisi del tessuto neoplastico di 40 pazienti ha indicato che l'aggressività del carcinoma prostatico è generata dalla perdita di un frammento di Dna del cromosoma 13 che contiene due piccoli geni, denominati microRna-15a e microRna-16 che agiscono bloccando la progressione maligna del tumore. Così, se microRna-15a e microRna-16 vengono reintrodotti nelle cellule tumorali che li hanno perduti, queste cellule smettono di crescere e vengono distrutte.

La possibilità di curare i tumori aggressivi della prostata tramite la somministrazione di questi microRna è stata confermata dalla terapia sperimentale somministrata ad animali da laboratorio.

Da qui, le importanti implicazioni cliniche nonché diagnostiche della ricerca, con la possibilità concreta di affinare una tecnica, riproducibile in grande scala, per identificare subito i tumori ad elevata aggressività, selezionando di conseguenza terapie più mirate.

Il cancro della prostata è uno dei tumori più frequenti nei Paesi occidentali: in Italia, ogni anno, vengono diagnosticati circa 44.000 nuovi casi, destinati ad aumentare per il progressivo invecchiamento della popolazione. Sebbene negli ultimi 15 anni, il dosaggio dell'antigene prostatico specifico (Psa) abbia aumentato considerevolmente le diagnosi precoci e le possibilità di guarigione, il cancro alla prostata rappresenta ancora oggi la seconda causa di morte da tumore nell'uomo, dopo il carcinoma polmonare.

Il corpo al centro della relazione tra infermiere e paziente

di Barbara Bertagni

L'io è anzitutto un'entità corporea (...) derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo.

Sigmund Freud

Non è imparziale vedere un sorriso come una contrazione dello sfintere orale.

Maurice Merleau Ponty

La professione di infermiere richiede una continua interazione con il corpo del malato: un corpo ferito, a volte deformato, sofferente, decomposto.

Ogni azione assistenziale, ogni gesto di cura instaura un contatto intimo con il corpo e questo espone sia il paziente che l'infermiere ad un impatto sensoriale ed emozionale intenso.

Il corpo del paziente non è un semplice "oggetto" sul quale mettere in atto pratiche assistenziali, terapeutiche e riabilitative, ma un "soggetto incarnato", carico di esperienze, vissuti e aspettative. Nella relazione tra infermiere e paziente entrano in gioco l'affettività, l'imbarazzo, l'intimità, l'angoscia, il pudore, la sessualità, le dimensioni più profonde e latenti del proprio essere donne e uomini. In alcuni casi i pazienti si sentono trattati come persone che, pur malate, mantengono la loro identità e la loro storia di vita. In altri casi, l'esperienza è opposta: il paziente si sente trattato come un oggetto da pulire o da curare, un pezzo di carne senza identità.

E' una questione di tecnica impiegata, di modalità relazionale o, più in generale, di competenza professionale?

E' importante imparare ad avere consapevolezza del significato dei propri gesti ed apprendere a comunicare meglio attraverso la relazione a livello corporeo e non verbale, per non correre il rischio di oggettivare il malato identificandolo con la sua malattia.

Il rapporto di ciascuno di noi con il mondo si costruisce infatti attraverso il corpo, la cui dimensione fondamentale è data dall'esperienza vissuta attraverso la percezione. Il corpo è anteriore ed irriducibile alla contrapposizione tra soggetto e oggetto, siamo soggettività incarnate che costruiscono la propria identità quotidianamente nelle relazioni e nelle percezioni che ci arrivano dai cinque sensi. Le percezioni sensoriali sono, dunque, al centro dell'affettività e questa è amplificata nei momenti di grande debolezza e fragilità come accade nel caso della malattia. Le modalità con le quali l'infermiere gestisce la relazione corporea possono migliorare il rapporto con il paziente salvaguardando la dignità di chi soffre e trasmettendo calore, fiducia, protezione.

Lo sguardo gioca un ruolo fondamentale all'interno delle relazioni interpersonali: è attraverso lo sguardo che accettiamo o rifiutiamo di entrare in relazione, è attraverso lo sguardo che esprimiamo i nostri sentimenti rispetto una persona o una situazione. L'infermiere posa il suo sguardo sul corpo del malato: è innanzitutto uno sguardo clinico che analizza, classifica, esamina. Ma non sempre è

facile guardare, ad esempio quando lo sguardo del malato cerca con gli occhi lo sguardo dell'infermiere per riuscire a leggersi la gravità della sua malattia, un'anticipazione della prossima morte, un segnale di disgusto...

Oppure quando il male assume aspetti che danno ribrezzo: un'infermiera raccontava "avevo paura ogni volta che mi trovavo di fronte alla sua ferita e cercavo di guardarlo negli occhi, senza girare la testa, perché avevo paura che guardare la ferita avrebbe rivelato il mio disgusto e che lui avrebbe potuto interpretarlo come rifiuto nei suoi confronti".

E' importante imparare a gestire il proprio sguardo, in modo che possa trasmettere rassicurazione, vicinanza e presenza, attraverso un contatto visivo costante, caldo, non invasivo. Per fare questo l'infermiere deve innanzitutto riuscire a gestire le proprie emozioni: non evitare lo sguardo del paziente e accompagnare il proprio sguardo con una mimica che comunichi apertura e disponibilità.

L'olfatto ha un'importanza primaria nel determinare le nostre simpatie ed antipatie, nell'accompagnare i nostri stati d'animo e le nostre emozioni più intense.





All'odore non si può sfuggire, nel lavoro infermieristico sono molti gli odori fastidiosi e, a volte, nauseabondi: medicamenti, pus, sangue, feci, urina. Fare una medicazione o la pulizia a un malato con una parte del corpo in decomposizione è un'esperienza molto difficile, ogni professionista trova negli anni le proprie strategie per affrontare la situazione: utilizzando la mascherina, trattenendo il fiato... ma con l'esperienza ci si rende anche conto che molti meccanismi di evitamento mettono una barriera tra l'infermiere e il malato.

Come gestire tutte queste sensazioni? Tenendo costantemente conto del fatto che ogni gesto quotidiano dell'infermiere è un gesto di cura, non solo del corpo malato, ma anche della persona nella sua globalità psico-fisica. Al di là dei movimenti funzionali, è possibile attivare una grande gamma di movimenti espressivi e di conforto. **Apprendere a comunicare attraverso canali non verbali e cinesici è una grande risorsa per chi è impegnato in ruoli di cura.**

La comunicazione non verbale (CNV) comprende tutto quanto comunichiamo attraverso il corpo e la gestione del corpo nello spazio. Fin da neonati comunichiamo le nostre emozioni e le nostre sensazioni spontaneamente ed involontariamente attraverso il corpo, la comunica-

zione verbale subentra solo successivamente con l'acquisizione del linguaggio volontario e razionale.

La CNV esprime soprattutto le emozioni e gli stati d'animo, partecipa alla presentazione di sé, completa, sostiene, modifica o addirittura sostituisce il discorso verbale. Le modalità mimico-espressive, vocali, gestuali e posturali sono importanti indicatori dello stato d'animo e delle emozioni di chi abbiamo davanti e, inoltre, del tipo di relazione che si stabilisce con lui: nel determinare lo stato d'animo e gli atteggiamenti dei nostri interlocutori, infatti, le parole incidono per il 7%, mentre la voce e la gestualità rilevano, rispettivamente, per il 38% e per il 55%.

La formazione alla competenza relazionale procede innanzitutto attraverso un'esplorazione di se stessi, per imparare a conoscere come ci muoviamo nello spazio, come gestiamo le distanze interpersonali, come veniamo percepiti al di là delle nostre intenzioni.

"Non si può non comunicare": tutto è comunicazione, il modo di vestirsi, la scelta di truccarsi o no, il modo in cui ci si avvicina o ci si allontana dal proprio interlocutore, il tono della voce o la lunghezza dei silenzi, la delicatezza o l'impeto dei movimenti... Tutto questo comunica qualcosa di sé, delle proprie intenzioni, dei

propri sentimenti, ma comunica anche la stima e l'interesse che nutriamo nei confronti della persona con la quale in questo momento ci troviamo in relazione.

Entrare in una stanza parlando a voce alta con un collega, sbattendo rumorosamente i flaconcini dei farmaci è già un modo di comunicare e di negare attenzione ai pazienti che si hanno di fronte bisognosi di tranquillità e di rispetto per il loro spazio di vita attuale.

Volenti o nolenti, comunichiamo con il corpo, con il nostro corpo di infermieri in uniforme, contrapposto al corpo in pigiama del paziente, con il nostro stare in piedi di fronte a persone coricate, spesso immobilizzate e abbruttite dalla malattia. In tale situazione un tono di voce più alto, una frase più secca, un movimento più brusco assumono immediatamente un peso maggiore.

Nel fare un'iniezione, nel medicare una lesione, nell'occuparci delle cure igieniche possiamo inviare messaggi di vicinanza o di distanza, di disponibilità o di chiusura. E' la nostra consapevolezza di noi e delle nostre modalità di gestione della relazione e del contatto che può trasformare un semplice gesto di cura in un momento di consolazione e rassicurazione nel quale può essere restituita dignità ed identità alla persona.

Nella relazione di cura è importante mantenere una giusta distanza, un tono di voce caldo, una mimica "amica", ma anche sviluppare le modalità del contatto fisico. Aptonomia è la scienza dell'affettività espressa attraverso il contatto, sviluppata soprattutto in ambito oncologico con i malati terminali, al fine di assicurare non solo la cura, ma anche l'attenzione ai bisogni affettivi.

Si parla di **terapie di contatto** facendo riferimento a tutte quelle tecniche di cura psico-tattili che, attraverso un tatto dolce, rispettoso, rassicurante e caldo comunicano empatia e confermano al paziente che si ha cura di lui. Evitando gesti frettolosi e sbrigativi che - pur comprensibili all'interno di un quadro dove il tempo è risorsa scarsa e gli organici sono sempre più ridotti - possono essere percepite come freddi, minacciosi ed umilianti e rendere il malato spettatore pas-

sivo di se stesso e del suo corpo ferito. Attraverso il contatto fisico è possibile trasmettere calore ed energia positiva: la comunicazione attraverso il contatto è la forma di comunicazione più remota, vissuta e sperimentata da ciascuno nella primissima infanzia.

Il tatto è il senso alla base della percezione sensoriale ed è anche il primo a svilupparsi. Toccando un paziente non ne consideriamo il corpo ma la corporeità animata con sensazioni, sentimenti ed emozioni. Incontriamo quella persona, ne riconosciamo il valore e ne accogliamo i bisogni.

In particolare, nelle persone allettate si acquisiscono le capacità percettive e perciò è importante la qualità del tempo che si dedica loro: un tempo anche limitato, ma tranquillo, avvolgente come una seconda pelle, che li proteggerà dall'angoscia come una presenza materna.

E' essenziale, tuttavia, che si riesca a "condividere" senza "essere travolti". Affinché la relazione sia sana, bisogna rispettare una giusta distanza dall'altro; questo obiettivo si può raggiungere solamente prendendo coscienza del proprio rapporto con la sofferenza e la malattia, delle proprie difese e delle proprie paure, e concedendosi di esprimere e condividere le proprie emozioni. Ricordandosi che non si può toccare senza essere toccati, né guardare senza essere guardati e che attraverso la percezione costruiamo la relazione con l'altro, ma anche la nostra identità e noi stessi.

AUTORE:

Barbara Bertagni, psicologa clinica ed antropologa. Si occupa di coaching e formazione su tematiche legate alla comunicazione e alla relazione.

BIBLIOGRAFIA

- Bonacini F, Marzi A *Il tocco come cura*, 2005, RICP n.4
De Hennezel M, *La morte amica*, 1998, Rizzoli, Milano
Galimberti U, *Il corpo*, 1983, Feltrinelli, Milano
Marsaglia C, Galizio M, *I gesti della cura. Oltre le mani*, Workshop presso Hospice Casa Madonna dell'Uliveto, aprile 2002
Mercadier C, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2002, Seli Arslan, Paris
Merleau Ponty M, *Il visibile e l'invisibile*, 1969, Fabbri, Milano
Nanetti F, *La comunicazione trascurata*, 1996, Armando Editore, Roma
Rézette S, *Psychologie clinique en soins infirmiers*, 2008, Masson, Issy-les-Moulineaux
Routasalo P, Isola A *The right to touch and be touched. Nursing. Ethics* 1996; 2 : 165-76. 11
Zannini L, *Il corpo-paziente*, 2004, Franco Angeli, Milano

ERRATA CORRIGE

Si comunica a tutti i lettori di "Infermiere Oggi" che l'articolo presente sul numero 3 della rivista (**"L'autostima nella persona portatrice di stomia intestinale"**) è stato pubblicato in una versione non aggiornata e condivisa con gli autori. Inoltre, tra gli autori del progetto originale non compare la professoressa *Rosaria Alvaro*, come erroneamente scritto, ma la professoressa Paola Pierantognetti, il professore Francesco Pallone e il professore Paolo Girardi. La redazione si scusa con i lettori e con i diretti interessati per il disagio causato e si impegna a mettere in atto tutte le azioni correttive alle procedure in atto per migliorare la qualità della rivista a tutela dei lettori e degli autori.

Indagine conoscitiva: immagine e riconoscimento sociale dell'infermiere

di Ausilia M.L. Pulimeno, Davide Bove, Antonio Renda

INTRODUZIONE

In questo periodo storico l'infermiere, in Italia, ha un'immagine molto variegata. L'identità professionale che gli infermieri vorrebbero è ancora purtroppo solo teorica. Il motivo di questa incertezza di ruolo risiede senz'altro nei cambiamenti avvenuti nel processo formativo; non c'è stato il tempo di far sedimentare la rivoluzione culturale e professionale, non solo nell'immaginario collettivo, ma anche tra gli infermieri stessi: troppi cambiamenti, avvenuti troppo in fretta, e in troppi pochi anni.

Da un po' di tempo a questa parte gli infermieri e gli utenti si pongono domande che quasi sempre si ripetono: "Che differenza c'è tra un infermiere laureato e uno non laureato, se poi entrambi fanno le stesse cose? Ma perché l'infermiere si deve laureare? Se tutti si laureano, vicino al malato chi ci resta?"

Se le domande, la confusione e le perplessità sull'identità professionale originano tra gli stessi infermieri, non si può non trasmetterle analogamente a chi sta attorno a noi, cioè al nostro interlocutore primario che è il cittadino/utente.

Al fine di indagare l'attuale immagine sociale ed il riconoscimento dell'infermiere, è stato elaborato un questionario anonimo da sottoporre ai futuri professionisti che frequentano i corsi di studi universitari presso l'università "La Sapienza" di Roma.

OBIETTIVI

Lo scopo della ricerca è gettar luce sul presente, cioè, indagare le opinioni che la popolazione ha della professione infermieristica; indagare sulla percezione che il cittadino ha dell'infermiere. Interesse di questo studio è chiarire e discutere sul significato di essere infermieri professioni-

sti della salute con la collettività, curare la nostra immagine con la popolazione, rendendola parte attiva nel lungo processo di riconoscimento della professione nella società italiana contemporanea.

La ricerca, di tipo descrittivo, ha per obiettivi:

- verificare se esistono conoscenze sulla specificità della professione infermieristica;
- verificare se esistono conoscenze adeguate nel riconoscere l'infermiere professionista.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

Parole chiave: *social image; people-nurse; perception consideration e social expectation.*

Revisione della letteratura da luglio a dicembre 2007.

Periodo di osservazione: anni 2000 – 2007.

Fonti della ricerca: testi e banche dati in internet quali:

- riviste di infermieristica dal 2000 al 2007 quali: *Infermiere Oggi; Nursing Oggi;*
- *Professioni Infermieristiche;*
- *L'infermiere, Assistenza;*
- *Infermieristica e ricerca;*
- archivio bibliografico elettronico "Biblioteca Nazionale di Roma";
- biblioteca del Collegio Ispasvi di Roma;
- database quali: Cinahl; Medline; Library.

In due riviste infermieristiche sono stati ritrovati due articoli riportanti le seguenti survey:

1. indagine descrittiva sulle opinioni e le aspettative degli utenti nei confronti dell'infermiere nell'azienda ospedaliera - Ospedale Niguarda – Ca Grande *Professioni infermieristi-*

che, vol. 58, n. 3 (2005) Bollini, Lolli, Carabelli, Cattin;

2. indagine sulla professione infermieristica. Le opinioni degli studenti del quinto anno delle scuole medie superiori di Ravenna di *Baldazzi, Capacci su Nursing Oggi n. 2 (2002).*

METODO

Il metodo utilizzato si limita esclusivamente ad acquisire dati, escludendo l'utilizzo dell'intervista narrativa, attraverso la somministrazione dei questionari, che sono stati consegnati in orario di lezione e contestualmente ritirati (periodo: marzo – giugno 2008).

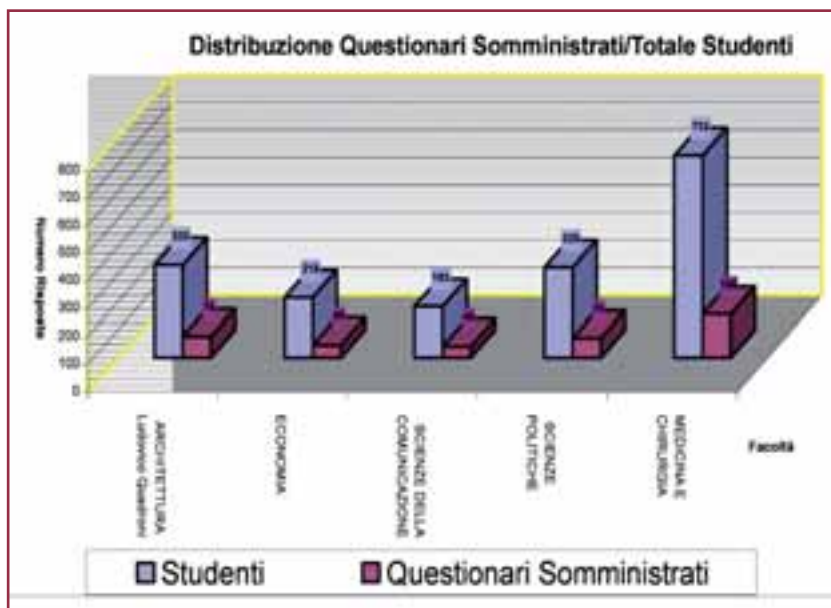
CAMPIONE

Il campione è composto da studenti universitari de "La Sapienza", iscritti e immatricolati nell'anno accademico 2007/2008, scelti nelle Facoltà di Architettura (primo livello); Economia (primo livello); Scienze della comunicazione (primo livello); Scienze politiche (primo livello), Medicina e Chirurgia (corso A laurea magistrale). Si è stabilito di somministrare un numero di questionari pari al 20-25% degli studenti (358-447 su 1.788 studenti). I questionari somministrati sono stati 387 (22%) (Grafico 1).

STRUMENTI

Lo strumento per l'indagine è un questionario anonimo. Le domande contenute nel questionario suddiviso in tre raggruppamenti così codificati: A-B-C. In A e B si racchiudono le caratteristiche generali della popolazione in studio, nonché le convinzioni positive e negative sul professionista infermiere.

La sezione A contiene quattro domande, da A1 a A4, che comprendono: dati anagrafici, nazionalità, sesso e facoltà di



provenienza. La sezione B contiene sette domande, da B1 a B7, che comprendono: interazioni con l'infermiere ed attitudini positive e negative sul Professionista Infermiere. La sezione C contiene nove domande sul grado di conoscenza della specificità della professione (domanda C1, C3, C4, C5) e dei determinanti di un professionista (domanda C6, C7, C8). C9 è una domanda aperta.

ANALISI DEI DATI

L'analisi univariata, condotta mediante il test del "chi quadrato" e svolta mediante il pacchetto statistico "Stata 8.0", ha preso in esame i diversi *outcomes* (risultati), vale a dire le conoscenze adeguate (1) e non adeguate (0) sulla professione infermieristica, in funzione di diverse variabili. Relativamente alle conoscenze, riguardo la specificità della professione infermieristica gli studenti sono stati suddivisi in due gruppi: nel primo gruppo sono stati inseriti tutti gli studenti che hanno risposto correttamente alle quattro domande inerenti la specificità della professione: C1, C3, C4 e C5. Nel secondo gruppo tutti coloro che non hanno risposto correttamente alle quattro domande. Relativamente alle conoscenze adeguate nel riconoscere l'infermiere professionista, gli interpellati sono stati suddivisi arbitrariamente in due gruppi: nel primo gruppo sono stati inseriti tutti coloro che hanno risposto correttamente alle domande su: C6, C7 e C8. Mentre nel se-

condo gruppo tutti coloro che non hanno risposto correttamente alle tre domande. L'analisi multivariata è stata effettuata utilizzando il metodo di regressione logistica multipla con *backward elimination* (metodo che consente di ridurre le variabili solo a quelle che possono essere valide predittrici della variabile dipendente).

Due distinti modelli sono stati costruiti allo scopo di individuare i determinanti delle conoscenze adeguate riguardo la specificità sulla professione infermieristica (Modello 1, Tabella 1), e nel riconoscere la professione infermieristica (Modello 2, Tabella 1).

Le seguenti variabili indipendenti sono state utilizzate per la costruzione dei modelli: età (<21=0; 22-23=1; 24-26=2; >26=3), appartenenza alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, presenza di familiari o amici infermieri (no=1; sì=0), e sulla necessità personale o familiare di essere assistito da uno o più infermieri (no=1; sì=0). Nel secondo modello è stata aggiunta la variabile "conoscenze" (non adeguate=0; adeguate=1).

I modelli di regressione logistica multipla sono stati costruiti sulla base della strategia suggerita da Hosmer e Lemeshow. Le variabili da inserire nei modelli sono state selezionate in base alla significatività risultante dall'analisi multivariata (limite: $p=0,05$).

Successivamente è stata attuata la regressione logistica con eliminazione retrospettiva di quelle variabili che non

Tabella 1. Modelli di regressione logistica multipla in rapporto a diverse variabili

VARIABILE	OR	Intervallo di confidenza al 95%	Valore di p
Modello 1: "Conoscenze sulla specificità della Professione Infermieristica"			
Età (<21=0; 22-23=1; 24-26=2; >26=3)	1.56	1.10 - 2.21	0.014
Studenti di Medicina (Studenti 155/387 pari al 40.05%)	3.44	1.54 - 7.68	0.003
Nella sua famiglia, o tra i suoi amici, ci sono Infermieri? (no=1; sì=0)	20.97	2.73 - 161.0	0.003
Lei o qualcuno della sua famiglia ha mai avuto necessità di essere assistito da uno o più Infermieri? (no=0; sì=1)	3.24	1.34 - 7.80	0.009
Modello 2: "Conoscenze adeguate nel riconoscere l'infermiere professionista"			
Conoscenze adeguate sulla specificità della Professione Infermieristica" (no=0; sì=1)	8.90	4.02 - 19.68	0.000

contribuivano al modello sulla base del "Likelihood Ratio test" (limite: 0,05). I termini di interazione sono stati testati con un livello di significatività pari a 0,15. per ogni variabile sono stati calcolati gli odds ratio (OR) e gli intervalli di confidenza al 95% (IC 95%).

RISULTATI

La maggior parte degli studenti sono donne (61,73%), con un'età media di 23,82 anni (DS \pm 4,23). Solo il 2,22% è rappresentato da studenti stranieri.

Le caratteristiche positive attribuite alla professione infermieristica sono: altruismo (23,74%); competenza (16,32%); professionalità (15,8%) e responsabilità (13,42%). Tra quelle negative: subordinazione al medico (33,6%) e scarsa autostima (33,34%).

È emerso che le motivazioni maggiori che inducono a scegliere di intraprendere la professione infermieristica sono il valore sociale della professione (30,14%), la soddisfazione personale (21,05%) e la sicurezza economica (13,77%).

L'82,37% degli studenti è al corrente che per esercitare è necessaria la laurea di primo livello; e che, rispetto l'attuale bisogno di salute, è necessaria una formazione specialistica, sono il 91,91% a saperlo.

Riguardo il raggiungimento dell'obiettivo salute hanno maggiore incidenza il medico per 89,23%, l'infermiere per il 76,17% e lo psicologo per il 23,82%.

Il risultato della regressione logistica multivariata mostra la probabilità di avere conoscenze adeguate riguardo alle "Conoscenze sulla specificità della professione infermieristica" (Grafico 6); la conoscenza aumenta all'aumentare dell'età (OR 1,58; IC 95% 1,11-2,25); aumenta se in famiglia o tra gli amici non ci sono infermieri (OR 18,72; IC 95% 2,42-144,63) e se si ha avuto necessità di essere assistito da un infermiere (OR 3,07; IC 95% 1,27-7,46).

Gli uomini hanno minori probabilità di avere conoscenze adeguate rispetto alle donne, fermo restando che il dato non è statisticamente significativo (OR 0,50; IC 95% 0,20 - 1,22).

È interessante notare che tra gli studenti, quelli che hanno maggiori conoscenze sulla professione infermieristica sono gli studenti di medicina (OR 3,73; IC 95%

1,64-8,46). L'analisi sulle conoscenze adeguate nel riconoscere l'infermiere professionista, mostra come unica variabile esplicativa statisticamente significativa le conoscenze adeguate della specificità della professione infermieristica. Relativamente alla domanda C9 (aperta) si riportano le risposte con maggiore frequenza e significato. Ottenendo così una "fotografia" dell'immagine e riconoscimento sociale dell'infermiere. La domanda è stata: *Con sue parole saprebbe esprimere un giudizio sugli infermieri?* Ecco alcune risposte ricorrenti: *Necessari; indubbiamente utili; competenti; indispensabili; altruisti e pazienti.* C'è poi chi ha scritto: *"Continue così"; "Forte senso di responsabilità e senso civico"; "Persone preparate ma sottovalutate"; "Persone in grado di aiutare i pazienti con professionalità e attenzione"; "Si tratta di una professione importante, ma non adeguatamente apprezzata"; "Un infermiere preparato, responsabile e capace di mantenere l'ambiente sereno può fare la differenza della degenza in ospedale".*

DISCUSSIONE

Dall'analisi delle risposte al questionario è emerso un dato sopra tutti: la quasi totale omogeneità delle opinioni rispetto alle molteplici variabili indipendenti considerate.

I giovani (studenti) ci vedono competenti (16,3%); professionali (15,8%); responsabili (13,4%) e altruisti (23,7%). Il 65,3% ha affermato che il medico e l'infermiere dispongono ciascuno di conoscenze professionalmente specifiche.

In Italia è ancora forte lo stereotipo dell'infermiere svampito, con capacità limitate alle attività alberghiere e che lavora all'ombra del medico, in quanto è solo a quest'ultimo che appartiene il sapere clinico e gestionale per la tutela della salute. Sulle ragioni di questa falsa percezione così radicata tra gli italiani abbiamo chiesto agli studenti quando si può affermare che un infermiere è professionalmente valido. Il 35% ha affermato che un infermiere è professionalmente valido quando è in grado di pianificare correttamente l'assistenza alla persona, riconoscendo come attività specifica dell'infermiere quella di rilevare e soddisfare i bisogni di salute del singolo

(40,8%) e la pianificazione assistenziale (29,3%).

È stato chiesto agli studenti quali figure professionali avessero maggiore incidenza nella realizzazione dell'obiettivo salute e ci ha stupito favorevolmente il fatto che la quasi totalità degli intervistati ha indicato l'Infermiere 77% ed il medico 90% (371).

Dalla elaborazione dei dati è emerso, inoltre, che la quasi totalità degli studenti l'82,37% è a conoscenza della necessità di una laurea di primo livello per esercitare la professione infermieristica. La quasi totalità degli studenti (91%) ha inoltre sottolineato l'importanza e la necessità di acquisire competenze specialistiche in settori specifici dell'assistenza infermieristica.

La maggior parte degli intervistati (il 60%) è a conoscenza dell'esistenza di un Collegio professionale e del fatto che gli infermieri hanno un Codice deontologico che regola il profilo etico del professionista e riconosce spessore morale alla professione.

I motivi principali che inducono a scegliere di intraprendere la professione infermieristica sono: il valore sociale della professione (30,1); la soddisfazione personale (21,1%) ed infine la sicurezza economica (13,8%). Tra le caratteristiche negative, si evidenziano la scarsa autostima (33,3%) e la subordinazione al medico (33,6%).

L'analisi multivariata mostra la probabilità di avere conoscenze adeguate sulla specificità della professione infermieristica che aumentano all'aumentare dell'età, indifferentemente dal fatto che ci siano in famiglia o tra gli amici degli infermieri, o se si ha avuto necessità di essere assistito da un infermiere. Tra gli studenti, quelli che hanno dimostrato maggiori conoscenze sulla professione infermieristica sono gli studenti di medicina.

CONCLUSIONI

Come detto all'inizio, nel corso dei secoli la professione infermieristica è stata scossa da un cataclisma di eventi e quindi è normale chiedersi se non abbia corso "troppo in fretta" al punto da non riuscire a dare un'immagine chiara e precisa.

Una professione non vive se non è socialmente visibile. Oggi siamo in una fase di passaggio in cui la battaglia per riquali-

ficare l'immagine sociale dell'infermiere è decisiva per lo sviluppo della professione, da tutto ciò resta ancora esclusa l'altra metà del cielo del lavoro infermieristico, che è colui che la legittima: il cittadino. Esistono ancora immagini falsate e stereotipate, propinateci dai mezzi di comunicazione attraverso articoli e programmi televisivi con messaggi negativi, generalizzanti, che minacciano l'autonomia e la professionalità infermieristica. È importante fare giustizia di anacronistici stereotipi che rischiano di allontanare i giovani da questa professione, di condizionare negativamente l'opinione pubblica e di produrre in tutti noi un senso di profondo disagio per il mancato riconoscimento del nostro ruolo e della nostra funzione.

È necessario farsi conoscere mostrando non solo i difetti, ma anche i pregi della professione. L'unico modo per evitare che la gente abbia delle visioni distorte è palesare quello che realmente è il lavoro degli infermieri oggi, vista la domanda di salute in continua evoluzione.

Chiarire e discutere sul significato di essere infermieri professionisti della salute con la collettività, significa curare la nostra immagine con la popolazione, rendendola parte attiva nel lungo processo

di riconoscimento della professione nella società contemporanea.

Possiamo essere soddisfatti della fotografia scattata, in quanto l'indagine ha consentito di costruire e presentare un'immagine sociale dell'infermiere con caratteristiche positive. Questa immagine sociale, adeguatamente proposta nel contesto pubblico, potrà aiutare a superare certi stereotipi collegati alla nostra professione e migliorarne l'appetibilità per i giovani, nonché il riconoscimento sociale nel suo complesso.

Per sanare il *gap* che si è creato tra l'immagine diffusa della professione e la realtà, è necessario:

ribadire con determinazione e costanza il nostro ruolo, gestendo al meglio le occasioni offerte, e ricercandone di nuove; continuare ad operare per far sì che il livello teorico e pratico possano coincidere;

farsi conoscere dalla gente attraverso i mass-media. Questa è un'opportunità che va promossa e incentivata, perché partecipare e intervenire in modo proattivo alla vita mediatica deve essere oggi un imperativo per la professione. Bisogna comunicare il proprio operato visto che, spesso, quello che non viene comunicato è come se non esistesse neppure, e non

dobbiamo attendere che siano gli altri a chiederci un parere, ma farci sentire prima che possano ritornare a crearsi di nuovo falsi stereotipi. Questo potrebbe essere un modo per migliorare alcune caratteristiche negative, quali l'autostima e l'autonomia della professione, emerse dall'indagine.

Infine, dobbiamo lavorare affinché la nostra voce sia univoca: troppo spesso le visioni degli infermieri contrastano l'una con l'altra.

I tempi sono maturi e, con uno sforzo condiviso, passare dalla realtà a un'immagine che le corrisponda diviene possibile.

Siamo cambiati e cresciuti ed è ora che la gente lo sappia, direttamente dalle nostre parole.

AUTORI:

Ausilia M.L. Pulimeno, dirigente infermieristico Policlinico Umberto I di Roma, vice presidente Collegio Ipasvi di Roma e docente di discipline infermieristiche università di Roma "La Sapienza".

Davide Bove, tutor e docente corso di laurea in Infermieristica università di Roma "Tor Vergata", sede Asl Roma C. Docente corso di laurea in Infermieristica università di Roma "La Sapienza".

Antonio Renda, infermiere.

BIBLIOGRAFIA

- Cipolla C, Artoli G, *La Professionalità del care infermieristico*. Franco Angeli edizione; 2007. p.9:11.
- Comitato Centrale Federazione IPASVI. *La storia nascosta: gli infermieri si raccontano IPASVI*; 2004. p.13:16.
- Cantarelli M, *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Masson Ed.; 2001. p. 91-198.
- Duilio F, Manara. *Ruolo dell'infermiere e natura dell'assistenza tra forma ed essenza*. Nursing Oggi. 2004:4.
- Motta PC. "Introduzione alle scienze infermieristiche". I° Ed. Novembre 2002. p.48:73.
- AA.VV. *Per una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*. A cura di Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi Roma 1993.
- Ennen E. *Le donne nel medioevo*. Laterza. Bari. 1989.
- Calamandrei C, *L'assistenza infermieristica: storia, teoria e metodi*. NIS. Roma. 1990.
- Pedretti C, *Gli operai della carità*. pro manuscripto.
- Terranova F, *Il potere assistenziale*. Ed. Riuniti Roma. 1975.
- Manzoni E, *Il concetto di professione infermieristica*. Atti Convegno Di Etica Infermieristica: *L'infermiere al servizio dell'uomo*. Bergamo. 1994:2.
- Thibodeau JA, *Nursing models, analysis and avaluation*. Wadsworth. Monterey. 1983.
- Meleis AI, *Theoretical Nursing: development and progress*. J.B.Lippingott. Philadelphia. 1991.
- Dahy G, Pierrot M, *Storia delle donne in occidente: l'ottocento*. Laterza. Bari. 1991.
- Fiumi A, *Infermieri e ospedale, storia della professione infermieristica tra '800 e '900*. Nettuno edizioni. 1993.
- Patrunno A, Deo Gratis. *Storia, tradizione, culti e personaggi delle antiche confraternite fiorentine*. Newton Compton. Perugia. 1994.
- Donahue MP, *Nursing, storia illustrata della assistenza infermieristica*. Delfino. Roma. 1991.
- Nightingale F, *Lettere alle infermiere*. trad. it. CNAI(a cura di), Roma 1980: ed. or. Florence Nightingale to her Nurses. Londra. 1915.
- Duby G, Pierrot M, *Storia delle donne in occidente. Il medioevo*. Laterza. Bari. 1994.
- Briacca G, *Charitas e Scientia nel primo secolo di cronaca del Melograno 1588-1687*. Ed. Fatebenefratelli. Milano. 1992.
- Ferri C, *L'informazione infermieristica*, in O. Bassetti. Lo specifico infermieristico. Rosini. Firenze. 1993.
- Dimonte V, *Infermieri e assistenza nell'evoluzione ospedaliera all'inizio del Novecento*, in E. Martellotti (a cura di), *Per una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*. Atti del I Congresso Nazionale di storia dell'assistenza infermieristica in Italia. fed. Naz. Ipasvi Roma, 1993.
- Fraschetti V, Mataloni Z, *Il Manuale dell'infermiere*. Croce Rossa Italiana. anno X. 1932
- Nettina, *Il Manuale dell'infermiere*. Vol.I. PICCIN.
- Sironi C, *Storia dell'assistenza infermieristica*. NIS. Roma. 1991.
- Pellegrini E, *Il ruolo della donna laica nell'evoluzione dell'assistenza infermieristica nella regione lombardia dal XVI ad inizio XX secolo*. Tesi SUDI. aa.1993/94.

Cognet L, *Nuovi ordini religiosi*, in Jedin H. *Storia della Chiesa*. vol.7. Jaca Book. Milano. 1962.

Martellotti E, *Per una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*. Atti 1° Congresso Nazionale di storia dell'assistenza infermieristica in Italia. Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Regio Emilia. 1993.

Loujn W, *Sociologia delle professioni*. Il Mulino. Bologna. 1979.

Sironi C, *Note storiche per l'infermiere coordinatore dell'assistenza infermieristica*, in AA.VV. *Management Infermieristico*, UTET, Torino, 1992.

Celli A, *La donna infermiera in Italia*. La nuova Antologia. 1 ottobre 1908.

Kubcioff A, *Il Congresso delle donne italiane*, Critica Sociale, a. XVIII, n.10, 16 maggio 1908, in Calamandrei C. *L'assistenza infermieristica: storia, metodi, teorie*. NIS. Roma. 1990.

R.D.L. 15 agosto 1925 n. 1832: «"Facoltà della istituzione di Scuole Convitto professionali" per Infermiere e di "Scuole specializzate di medicina pubblica, igiene ed assistenza sociale" per "Assistenti Sanitarie Visitatrici" e successivo regolamento R.D. 21 novembre 1929, n. 2330».

Collegio IPASVI di Roma, *La nuova regolamentazione per l'esercizio della professione infermieristica*. 2005. p.11-12.

Passera O, *Assistenza Infermieristica. Storia sociale*. CEA. Milano. 1993.

Lettere Dalla Facoltà, *Appunti per una storia dell'Infermieristica*. Anno IX N. 9-10, Settembre-Ottobre. 2006. p.36:48.

Calamandrei C, *L'assistenza infermieristica: storia, teoria, metodi*. NIS. Roma. 1991.

Manara DF, *Verso una teoria dei bisogni di assistenza infermieristica*. Lauri Edizioni. Milano. 2000.

Bizier N, *Dal pensiero al gesto*, Sorbona. Milano. (2° ed.orig. 1992).1993.

Cosmacini G, *Le professioni della cura: medici e infermieri nella storia*. in "Kos". 2001. p.193.

Motta PC, *Introduzione alle scienze infermieristiche*. Carocci Faber. Roma. 2002.

Sironi C, *Note storiche per l'infermiere coordinatore dell'assistenza infermieristica*. AAVV. Management infermieristico. Utet. Torino. 1992.

Perrot M, *Storia delle donne in occidente nell'ottocento*. Laterza. Bari. 1991.

Bifulco C, *Storia dell'assistenza sociale ed infermieristica*. Ed. dell'Azienda Ospedaliera. Pontedera. 1953.

AA.VV. *Management Infermieristico*. UTET. Torino. 1992. cap.1.

Soresi S. *Guida all'osservazione in classe*. Giunti.

Agazzi E, *Cultura scientifica e interdisciplinarietà*. La Scuola. Brescia. 1994.

Sforza M, Cervati A, *Vademecum dell'infermiera*, Introduzione. Hoepli. Milano. 1994. Ed.IV.

Cantarelli M, *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Masson. Milano.

Gorge J, *Le teorie del nursing. Le basi per l'esercizio professionale*. UTET. Torino. 1995.

Kanizsa, Rogers CR, *La terapia centrata sul cliente*. G. Martinelli Editore.

Comitato Centrale Federazione IPASVI, *La storia nascosta: gli infermieri si raccontano* IPASVI. p.16:36.

Craven RF, Hirnle CJ. *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*. Vol. 1. CEA. Milano. 1998.

Manzoni E, *Gli antefatti storici, culturali e legislativi*, in Atti del Convegno "Il diploma universitario in scienze infermieristiche dalle ipotesi alle realtà". Associazione Regionale Lombardia Infermiere. Infermieri ed altri operatori sanitari-sociali. Aprile 1994.

Brignone R, *Il Nursing e la professione infermieristica*. Atti VIII Congresso Nazionale CNAIOSS. Firenze. 14-17 settembre 1972.

Manzoni E, *I corsi di specializzazione nell'assistenza infermieristica*. NEU. Infermieristica Neurochirurgia. n.1/94.

Cantarelli M, *Un modello professionale per l'assistenza infermieristica; il passaggio da un'assistenza per mansioni ad un'assistenza per prestazioni*. Atti del Convegno promosso dalla SUDI. 2-3 ottobre 1987 quad. SUDI n°2. Milano. 1987.

Brignone R, *Il nursing oggi in Italia*, Atti II Convegno Regionale promosso dal Collegio IPASVI Cagliari. 15 maggio 1983.

Manzoni E, *Lo sviluppo della formazione infermieristica in Italia*. Sanare Infirimos. Anno XII. Aprile 1995:20.

Gamberoni L, Lolli A, Lusignani M, Pattaro L, *Management infermieristico*. UTET. Firenze. 1992.

Cosmacini G, Rugarelli C, *Introduzione alla medicina*. Laterza. Roma-Bari 2000.

Manzoni E, *Il concetto di professione infermieristica*, Atti Convegno di Etica Infermieristica: L'infermiere al servizio dell'uomo. Scripta Manent. n.2 1994. Bergamo.

Manara D, *Il modello delle prestazioni infermieristiche e la risposta personalizzata agli aspetti culturali dell'assistenza infermieristica*. Tesi SUDI. aa 1992-93.

Thibodeau JA, *Nursing models, analysis and avaluation*. Wadsworth. Monterey. 1983.

Infermiere Oggi. *Una crescita lunga dieci anni. L'evoluzione legislativa della professione infermieristica vista dall'esperto*. Periodico di idee, informazione e cultura del Collegio Ipasvi di Roma aprile. 2002. p. 30:32.

Redigolo D, Kaldor K, Illica Magrini R, *Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto*. Rosini Editrice.

Brignone R, *Il Nursing oggi in Italia*, Atti II Convegno Regionale promosso dal Collegio IPASVI di Cagliari. 15 Maggio 1983.

George Julia B, *Le teorie del nursing. Le basi per l'esercizio professionale*. UTET. Firenze. 1995 (1° ed. orig. 1990).

Carli E, *Infermieri in Università: cosa cambia?* G. Gerontol. 2004. 52:433-437.

Collegio IPASVI di Roma, *La nuova Regolamentazione per l'esercizio della Professione infermieristica*. Maggio 2007. p.5-113.

Carpenito L, *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*. Milano. Sorbona. 1996.

Infermiere Oggi, *Chi siamo oggi? Lettura ragionata del profilo professionale dell'infermiere*. Periodico di idee, informazione e cultura del Collegio Ipasvi di Roma. Aprile - giugno 2002. p.4-36.

Bon G, *Fra scienza e credenza. L'approccio solistico nel nursing*. Nursing Oggi. 4. 1999.

Cantarelli M, *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Masson. Milano. 1996.

Calamandrei C, D'Addio L, *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*. McGraw-Hill. Milano. 1999.

Renica F, *Tempo di Nursing*. N° 40 Settembre 2004. p.6:13.

AA.VV. *Enciclopedia delle scienze filosofiche*. Edipem, Roma. 1979. sv metodo.

Adam E, *Essere infermiera. Vita e pensiero*. Milano., 1989 (ed. orig. 1979).

Motta PC, *L'insegnamento universitario della metodologia dell'assistenza infermieristica*. "Nursing Oggi". 1. 2000.

Carli E, *Infermieri in Università: cosa cambia?* G. Gerontol. 2004. p.52:452-469.

Boldi A, Aviani R, *Il protocollo nella pianificazione dell'assistenza infermieristica*, in AA.VV. *Guida all'esercizio professionale per il personale infermieristico*. C.G. Ed. Medico-scientifico. Torino. 1996.

Motta PC, *Intervista a Renzo Canotti. Il nursing come stimolo di armonia-salute*. "Nursing Oggi". 2. 1999.

Manara DF, *Verso una teoria dei bisogni di assistenza infermieristica*. Lauri Edizioni. Milano. 2000.

Calamandrei C, *I fondamenti della scienza infermieristica: metaparadigma e paradigmi*, in "Nursing Oggi". 1. 2000.

Bramanti L, *Indagine conoscitiva sugli strumenti informatici infermieristici*. Tesi SUDI.

Benci L, *La formazione infermieristica di base*. In: Benci L, ed. *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*. Seconda Ed. Milano: McGraw Hill. p.3:6.

Calamandrei C, *Riflessioni sull'infermieristica e sulla scienza infermieristica*. Nursing oggi. Numero 3 del 2003. p.16:24.

Hosmer DW, Lemeshow S, *Applied logistic regression*. New York: Wiley & Sons. 1989.

La valutazione del progetto “lavoro e benessere” quale percorso di condivisione del clima organizzativo L'esperienza del Policlinico Tor Vergata

di Carmen Cappitella

ABSTRACT

Questo contributo nasce dal desiderio di approfondire il tema del benessere lavorativo come elemento indispensabile per una maggiore condivisione degli obiettivi e della *mission* aziendale.

Un operatore che vive un clima organizzativo sereno sarà portato a essere, a sua volta, agente di benessere.

La realizzazione di *focus group* e la somministrazione dei questionari permette agli operatori di esprimere il proprio parere sull'organizzazione aziendale.

Nella nostra analisi, abbiamo visto che uno degli elementi critici è la percezione del ruolo dell'infermiere e la mancanza di comunicazione con le altre figure professionali.

L'obiettivo di un manager dovrebbe essere quello di creare al lavoratore un ambiente dove egli possa esprimere le proprie abilità, capacità, attitudini: la ragione di scambio tra azienda e lavoratore dovrebbe essere la garanzia di una condizione di lavoro motivante contro un sentimento di integrazione e appartenenza.

Se desideriamo che il dipendente si senta parte viva dell'azienda dobbiamo fornirgli lo spazio necessario per esprimersi.

L'azione dell'infermiere dirigente è fondamentale, giacché emerge che il management deve rinforzare la cultura, i valori e le responsabilità.

INTRODUZIONE

La crescente complessità dello scenario sociale ed economico spinge le aziende verso articolate ristrutturazioni che hanno spesso come conseguenza il riflesso sull'individuo di un elevato costo psicologico.

L'esigenza di innovare continuamente i sistemi produttivi, la tecnologia in costante movimento, l'avvento della società dell'informazione, implicano necessariamente una rivisitazione strutturale dei sistemi professionali e dei modi in cui si esplica l'organizzazione del lavoro.

Davanti ai mutamenti in atto nei processi produttivi, i lavoratori non possono restare a guardare.

Le organizzazioni sanno che la scelta vincente è motivare in maniera decisa il la-

voratore, affinché egli si senta parte di un processo in cui le sue conoscenze e la sua personalità contano davvero, lasciandosi alle spalle il vecchio modello dov'era semplicemente uno strumento produttivo.

La gestione e la valorizzazione delle risorse umane assume, quindi, un'importanza sempre più strategica per le aziende: la centralità delle persone, infatti, è il vero motore dei processi di cambiamento e innovazione all'interno dei contesti organizzativi, per questo, sempre più organizzazioni pongono l'accento sul clima ed il benessere organizzativo.

Definire il benessere organizzativo, però, non è semplice.

Le principali definizioni descritte in lette-



ratura richiamano sistemi tradizionali di analisi economica, mentre ve ne sono altre dove il benessere viene legato alla capacità delle persone di agire in maniera autonoma e consapevole, al fine di realizzarsi pienamente anche attraverso l'uso delle risorse individuali e collettive.

Si può dire che il benessere organizzativo risieda nella qualità della relazione esistente tra le persone ed il contesto lavorativo.

L'indagine del clima interno ad un'azienda è uno degli strumenti che le consente di effettuare un'autodiagnosi, anche se va ricordato che l'individuo percepisce il clima tramite la sua personalità ed esperienza: è chiaro, quindi, che ricostruire l'effettivo clima di un ambiente di lavoro sia difficile e delicato.

Il presente studio analizza la percezione del clima lavorativo da parte del personale infermieristico del Policlinico Tor Vergata.

MATERIALI E METODI

Il tipo di indagine

studio qualitativo-quantitativo con realizzazione di *focus group* e somministrazione di questionari.

La popolazione di riferimento

il personale infermieristico del Policlinico Tor Vergata che lavora da almeno un anno all'interno della struttura.

Gli strumenti

realizzazione di dieci *focus group* in cui sono stati incontrati un totale di 71 infermieri. Il *focus group* è un dibattito focalizzato e originato a partire da un'esperienza comune, sviluppato su un evento, fenomeno, o un tema ben preciso. Esso è stato condotto al fine di far emergere diverse interpretazioni, reazioni emotive, valutazioni critiche e per favorire l'interazione, il dialogo e il confronto tra i partecipanti.

I *focus group* hanno permesso di far conoscere il vissuto e la percezione degli infermieri. Attraverso le loro parole si è potuto costruire le priorità in termini di criticità, aree di miglioramento e intervento operativo, permettendo l'attivazione di energie, spingendo alla motivazione e responsabilizzando i partecipanti. I temi affrontati nel ciclo dei *focus group* sono stati:

- le criticità presenti nel lavoro quotidiano rispetto alla percezione degli in-



- fermieri, alla loro esperienza e al loro vissuto;
- le soluzioni per il miglioramento, raccogliendo proposte in ottica costruttiva per migliorare la vita lavorativa degli infermieri.

Somministrazione di un questionario anonimo già preordinato con le risposte al fine di facilitarne la compilazione, inviato agli infermieri a cui è stato chiesto di esprimere il proprio punto di vista indicando il grado di urgenza con cui intervenire, nel medio termine, per ciascuna delle aree individuate (scala valori: da 1, il minimo, al 4, il livello massimo di urgenza). Si chiedeva inoltre di scegliere due o tre iniziative, tra quelle individuate, che ritenevano più utili per avviare, all'interno della struttura, un percorso di miglioramento della qualità del lavoro degli infermieri.

Su 600 questionari inviati, ne sono stati restituiti compilati 250.

Il 61% degli infermieri è di età compresa tra i 31 e i 40 anni; il 74% degli intervistati è donna; per quanto riguarda la formazione professionale, il 40% degli intervistati possiede il titolo regionale, il 27% il diploma universitario, il 18% la laurea di 1° livello. Titoli superiori, master e Dai, sono dichiarati dal 13%.

RISULTATI

I risultati dei *focus group* sono stati divisi in due grandi aree:

- **il livello organizzativo-strutturale e il livello individuale-relazionale.**

Per quanto riguarda il livello organizzativo, i cinque problemi emersi sono:

- il sovraccarico lavorativo;

- la sicurezza;
- il processo accoglienza;
- il processo amministrativo;
- la logistica.

Il sovraccarico lavorativo emerge in nove *focus group*.

I problemi segnalati sono: la carenza di personale per la complessità assistenziale richiesta, le differenti specialità mediche nei reparti, la mancanza di personale amministrativo che svolga i compiti burocratici nei reparti, il continuo flusso di utenti da gestire a causa dell'ospedale aperto.

La sicurezza è un tema discusso in otto *focus group*.

Si lamenta la continua presenza di estranei nei reparti a causa dell'ospedale aperto, spazi poco sorvegliati (parcheggio, spogliatoi, ecc.), sensazione di non essere tutelati nel lavoro.

Il processo di accoglienza emerge in sette *focus group*.

A causa della mancanza di un unico elenco-ricoveri informatizzato, c'è difficoltà nel processo per l'accettazione informatizzata dei pazienti, il poco coordinamento con il personale dedicato all'accoglienza ed un materiale informativo poco chiaro.

Il processo amministrativo, emerso in sei *focus group*, rileva il bisogno di un processo di assistenza al paziente che viene spesso intralciato dagli adempimenti burocratici e dalla mancanza di una figura amministrativa dedicata ai numerosi compiti segretariali (reperibilità dei medici, accettazioni informatiche, gestione telefono, ecc.)

La logistica emerge in sei *focus group*,



e definisce insufficienti gli spazi per il bacino di utenza, ambienti che non tutelano la privacy, la disposizione e l'organizzazione di spazi e arredi che spesso risultano inadeguati per l'attività da svolgere e la mancanza di spazi realmente dedicati agli infermieri.

Per quanto riguarda, invece, il livello individuale e relazionale, le criticità principali sono tre:

- la valorizzazione del ruolo dell'infermiere;
- la comunicazione;
- la preparazione professionale.

La valorizzazione del ruolo dell'infermiere emerge in cinque *focus group*, e specifica che il coinvolgimento degli infermieri nelle attività di reparto e della ricerca è ancora scarso, gli incentivi sono deboli e le gratificazioni per il lavoro svolto sono poche, giacché il ruolo dell'infermiere è, spesso, solo esecutivo rispetto a disposizioni di altri.

Anche **la comunicazione** emerge in cinque *focus group*.

In pratica, mancano i processi ed i momenti comunicativi in reparto (ad esempio, su allineamento dei casi clinici, i percorsi terapeutici, ecc); il confronto su tematiche rilevanti all'interno delle équipe è ancora scarso, il contatto con i vertici è debole.

La preparazione professionale viene discussa in tre *focus group*. Si critica lo sviluppo poco sostenuto dei più giovani; si considera necessaria l'istituzione di percorsi formativi specifici, anche per le figure professionali di supporto che risul-

tano essere scarsamente preparate. Emergono, infine, anche alcuni aspetti ritenuti assolutamente positivi, come l'ambiente definito "giovane" e supportivo tra colleghi, la possibilità di aggiornamento professionale anche grazie al contesto universitario, l'uso e la presenza di presidi (materiali e strumenti) ritenuti innovativi.

Le aree considerate più urgenti sono la gestione e lo sviluppo del personale infermieristico (urgenza media 3.2) e l'ambito della formazione e del lavoro di gruppo e di équipe, entrambi con livello medio di urgenza 3.1 (grafico 1).

Per quanto riguarda la gestione e lo sviluppo del personale infermieristico, le indicazioni più urgenti sono:

- la definizione di un sistema premiante di incentivi (economici e non) che motivi, gratifichi e coinvolga gli infermieri nei risultati raggiunti dalla struttura;
- l'aumento del personale infermieristico in servizio, limitando, per quanto possibile, il numero dei contratti a termine (grafico 2).

Per quanto riguarda la formazione il 26% del campione risponde che l'area in cui è necessario intervenire con urgenza è l'istituzione di corsi di formazione Ecm gratuiti su temi specifici (in ambito clinico e assistenziale) strategici per il dipartimento. Il 19% chiede, invece, di avviare iniziative di formazione congiunta tra medici, infermieri e altri professionisti su temi specialistici e organizzativi-gestionali, ricorrendo ad una metodologia che motivi e

coinvolga i partecipanti (grafico 3).

Per quanto riguarda l'area di comunicazione interna ed esterna, il 20% del campione ritiene necessario istituzionalizzare momenti di comunicazione e allineamento tra infermieri e tra infermieri e medici per problematiche cliniche ed organizzative. Il 17%, invece, risponde sulla necessità per il Policlinico "Tor Vergata" di migliorare il sistema di comunicazione verso l'utenza (intesa come segnaletica, cartellonistica, icone, simboli, accoglienza, etc.) (grafico 4).

La quarta tematica analizzata era quella inerente al lavoro di gruppo e di *équipe*.

In questo caso, le percentuali si attestavano tutte su un valore medio del 20%, ma, in ogni caso, le due iniziative che risultano più urgenti sono:

- l'istituzione di incontri periodici di allineamento, condivisione e confronto sulla vita di reparto tra medici, specializzandi e infermieri;
- la sollecitazione di riunioni di aggiornamento tra medici e infermieri, con l'implementazione della formazione teorico-pratica ai fini di una maggiore condivisione degli obiettivi (grafico 5).

Per quanto riguarda l'organizzazione e la funzionalità della struttura del Policlinico, le percentuali più rilevanti riguardano la richiesta di standardizzazione e informatizzazione della cartella infermieristica che andrebbe integrata con quella clinica, e l'istituzione di un Ufficio ricoveri-dimissioni che gestisca al meglio questi processi, nonché l'istituzione di nuovi servizi come mensa, asilo nido, biblioteca, etc. (grafico 6).

La sesta, ed ultima area, tematica è quella dell'organizzazione delle attività di dipartimento e delle unità operative.

In questo caso, le attività che emergono come le più urgenti da attivare sono:

- l'analisi del carico di lavoro, in modo da riorganizzare le attività garantendo la qualità del servizio;
- il recupero degli ambienti dedicati al passaggio di consegne e agli incontri di allineamento sui casi, in modo da rispettare la privacy dei pazienti e del personale stesso (grafico 7).

CONCLUSIONI

A conclusione di questo lavoro, si può affermare definitivamente che il clima nel-

l'ambiente di lavoro supera il modello basato, essenzialmente, sulla struttura dell'organizzazione, per tendere ad uno che interpreti l'interazione come fonte principale del clima, includendo, quest'ultimo, tra i fattori di un modello generale di funzionamento dell'organizzazione.

Il clima viene descritto come la personalità dell'organizzazione ed è definito dallo scambio sociale.

Le relazioni basate sullo scambio sociale sono diverse da quelle basate sullo scambio puramente economico: questo appare evidente, ad esempio, nei colloqui dei *focus group* condotti per questa ricerca, dove il richiamo agli incentivi eco-

nomici è secondario rispetto ad altre problematiche, ritenute più importanti.

La direzione delle organizzazioni è sempre più orientata verso l'attenzione alle risorse umane e l'analisi del clima è un elemento importante per misurare il benessere delle persone.

Nella nostra analisi, abbiamo visto che uno degli elementi critici è la percezione del ruolo dell'infermiere e la mancanza di comunicazione con altre figure professionali.

L'obiettivo di un manager dovrebbe essere quello di creare al lavoratore un ambiente dove egli possa esprimere le proprie abilità, capacità, attitudini.

La ragione di scambio tra azienda e lavoratore dovrebbe essere la garanzia di una condizione di lavoro motivante contro un sentimento di integrazione ed appartenenza, ovvero, se desideriamo che il dipendente si senta "parte viva" dell'azienda dobbiamo fornirgli lo spazio necessario affinché possa esprimersi.

In questo, l'azione dell'infermiere dirigente è fondamentale.

AUTORE:

Carmen Cappitella, coordinatore infermieristico Comfort ospedaliero, direzione generale Policlinico "Tor Vergata"

BIBLIOGRAFIA

- Avallone F, Bonaretti M, *Benessere organizzativo*. Roma: I Manuali; 2003.
Bruscaglioni M, Gheno S, *Il gusto del potere*. Milano: FrancoAngeli; 2000.
Bufera F, Donati E, Cesaria R, *I lavoratori della conoscenza*. Milano: Francoangeli; 1997.
Cavicchi I, *Autonomia e responsabilità*. Bari: Edizioni Dedalo; 2007.
D'Amato A, Majer V, *Il vantaggio del clima*. Milano: Raffaello Cortina; 2005.
Esposito M, *Gestione del team infermieristico*. Milano: Hoepli, 2007.
Majer V, Marcato A, D'Amato A, *La dimensione psicosociale del clima organizzativo*. Milano: FrancoAngeli; 2007.
Majer V, Marocci G, *Il clima organizzativo*. Roma: Carocci; 2006.
Marriner-Tomey A, *Management Infermieristico*. Milano: Sorbona; 1995.
Massai D, Amerini A, Bargellini S, Bugnoli S, *Perché l'analisi delle competenze*. In: L'Infermiere settembre 2007.
Pennella A, *Elementi di psicologia del lavoro*. Roma: Aracne; 2007.

IN PILLOLE

Cancro e obesità, la proteina apripista

Uno studio internazionale, coordinato in Italia, getta nuova luce sullo studio dei tumori e apre scenari incoraggianti nel campo della terapia. La ricerca è opera dei ricercatori del San Raffaele di Milano, in collaborazione con i colleghi dell'università del Piemonte e della Northwestern university di Chicago.

La ricerca, condotta su topi transgenici e in provetta e apre nuove ipotesi di lavoro nella lotta al cancro e all'obesità e pubblicata sulla prestigiosa rivista *Nature*, rivela una funzione, finora sconosciuta, della proteina eIF6, una delle molecole alla base dei meccanismi di vita, che ora dimostra anche di giocare un ruolo chiave anche nello sviluppo dei tumori: in sua assenza, infatti, la malattia non progredisce. Lo studio milanese ha scoperto pure che riducendo la produzione di eIF6, il grasso corporeo cala. I ricercatori hanno osservato che, dimezzandone la presenza nelle cellule, la trasformazione tumorale si riduce dell'80-90% e, parallelamente, gli animali con solo la metà di produzione di questa molecola sono risultati più magri e con un fegato più piccolo.

Su quest'ultimo aspetto si concentrano le speranze di nuove, possibili applicazioni nel trattamento dell'obesità.

Commissioni, il Ministero fa chiarezza

Il ministero del Welfare si è espresso sui criteri di selezione dei componenti le commissioni di concorso per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle Professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica.

Con un articolato parere fornito il 16 giugno 2008 al dipartimento della Funzione pubblica della presidenza del Consiglio dei ministri, il Ministero ritiene che nelle commissioni possano essere nominati anche i dirigenti non di ruolo.

Nello specifico, il parere del ministero del Lavoro, della Salute e della Previdenza sociale sostiene che l'accordo 15 novembre 2007 che disciplina la compo-

sizione della commissione esaminatrice non fa alcun rinvio all'articolo 6 del Dpr 483/1997 ai fini del sorteggio del personale da nominare. L'articolo in questione, pur parlando di personale di ruolo, si limita a disporre che uno dei componenti della commissione venga sorteggiato nell'ambito del personale in servizio presso le aziende sanitarie o le aziende ospedaliere situate nel territorio.

La posizione del Ministero è dunque quella di ritenere che nella commissione esaminatrice possa essere nominato anche personale dirigente non di ruolo afferente alla professionalità per la quale è indetto il concorso.

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

**Elezioni, Piano sanitario regionale
e conferenza internazionale Fepi**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

Dal 12 al 14 dicembre 2008 gli iscritti al Collegio Ipasvi di Roma sono stati chiamati alle urne

Collegio, avanti tutta!

DALLE ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO E DEI REVISORI DEI CONTI LA CONFERMA DEL GRUPPO DIRIGENTE USCENTE E TRE NEW ENTRY UN PLEBISCITO DI CONSENSI E DI PARTECIPAZIONE

Gli infermieri di Roma e della Provincia scelgono l'unità, la propositività, la continuità. Dal rinnovo degli organi di rappresentanza professionale sortisce, infatti, un'indicazione precisa e corale sul ruolo del Collegio e sulla sua azione, all'insegna della compattezza.

Le elezioni del Consiglio e dei Revisori dei conti per il prossimo triennio, effettuate in seconda convocazione nei giorni 12, 13 e 14 dicembre 2008, hanno confermato, in blocco, l'organigramma uscente, con due nuovi ingressi fra i Consiglieri.

Lo spoglio ha segnato una straordinaria affermazione della lista con un plebiscito di consensi: un segnale chiaro di apprezzamento per le capacità organizzative

esprese dal gruppo dirigente e un riconoscimento per le conquiste che hanno segnato lo scenario professionale negli ultimi anni, con il Collegio di Roma divenuto un importante punto di riferimento in campo nazionale ed europeo.

Nel segno della continuità, in linea con l'indicazione degli iscritti, il Consiglio ha proceduto il 22 dicembre 2008 all'elezione del Direttivo e all'assegnazione delle cariche statutarie con votazione unanime. Nella stessa seduta, i revisori si sono riuniti tra di loro ed hanno proceduto all'elezione del loro presidente che è risultato Gianfranco Del Ferraro.

Il Consiglio Direttivo

Presidente: **Gennaro Rocco**

Vicepresidente: **Ausilia Maria Lucia Pulimeno**

Segretario: **Maria Grazia Proietti**

Tesoriere: **Rodolfo Cotichini**

Consiglieri: **Nicola Barbato, Angela Basile*, Stefano Casciato, Maria Cipolloni, Mario Esposito, Maurizio Fiorda, Natascia Mazzitelli*, Matilde Napolano, Francesca Premoselli, Marco Tosini, Carlo Turci**

I Revisori dei Conti

Presidente: **Gianfranco Del Ferraro**

Membri Effettivi: **Stefano Di Carlo*, Alessandro Stievano**

Membro Supplente: **Angelina Palumbo** (* neoeletti)

Gli obiettivi

Il prossimo triennio sarà decisivo per consolidare i risultati fin qui conseguiti sui vari fronti professionali aperti: deontologico, legislativo, formativo, dell'autonomia, dell'immagine.

La professione ha un nuovo volto e nuove prospettive. Ha, oggi, il rango di professione intellettuale, una carriera orientata all'organizzazione, alla dirigenza, alla ricerca, una formazione completata da Laurea di base, master di I livello e Laurea Specialistica con pari opportunità di accesso per tutti gli infermieri. Ha raggiunto traguardi importanti come la docenza universitaria; la Dirigenza e la qualifica di Dirigente del Ruolo Sanitario;





l'attività libero-professionale con prestazioni aggiuntive; il coordinamento di altre figure sanitarie; la facoltà di accreditamento dei provider Ecm; un ruolo di primo piano nella Conferenza Regioni-Ordini Professionali, nella Commissione Ecm della Regione Lazio e nella Federazione Europea degli Infermieri in cui esprime il vertice dell'Executive Board con il Presidente, il Segretario.

E' un percorso mirabile che va completato e tradotto nel concreto dell'attività quotidiana: su questo obiettivo si concentra il programma di lavoro del nuovo Consiglio per il prossimo triennio.

In primo piano, le istanze di applicazione delle ultime normative professionali, l'attivazione dei percorsi formativi, la revisione dei modelli organizzativi, la promozione della professione tra i giovani, la piena occupazione, migliori condizioni retributive e di carichi di lavoro, tutela della libera professione, lotta all'abusivismo, sgravio dalle mansioni improprie, sostegno ai progetti di ricerca, implementazione dei servizi di consulenza,

aggiornamento e formazione permanente, strumenti di certificazione Ecm rigorosi e gratuiti, migliore informazione agli iscritti e un più vasto coinvolgimento di questi nelle attività del Collegio.

Le linee che guideranno la strategia di tutela della professione nei prossimi mesi scaturiscono da una serie di richieste che, ai vari livelli istituzionali, il Consiglio si è impegnato a sostenere con forza. I principali campi di intervento sono così schematizzabili:

Etica e Responsabilità – Definire, in modo chiaro, l'esercizio etico della professione in riferimento alle nuove sfide poste dai progressi della scienza e della tecnologia, codificare le linee guida dell'assistenza in relazione al delicato limite fra la vita e la morte, favorire l'ampliamento della rete assicurativa per la responsabilità dei singoli professionisti, operare per la diffusione delle tecniche di prevenzione degli errori.

Assistenza e Territorio - Investire sulla continuità assistenziale dalla diagnosi alla fase post-terapeutica.

Sviluppare i servizi territoriali, l'assistenza domiciliare, la promozione della salute e le competenze infermieristiche nei campi dell'educazione sanitaria e della prevenzione.

Emergenza Infermieristica - La carenza di personale comporta prestazioni improprie e turni massacranti. Chiediamo di rinforzare subito gli organici, utilizzare in via prioritaria le prestazioni aggiuntive, sviluppare la libera professione intramoenia, attivare subito contratti a termine.

Sedi di Formazione - Per invertire il saldo negativo del turn-over, servono investimenti per la promozione professionale tra i giovani. Da anni molte scuole non ricevono finanziamenti e rischiano di dover sospendere l'attività. La quota regionale va adeguata per ridurre i costi a carico degli studenti e finanziare borse di studio per incentivare le iscrizioni ai corsi di laurea.

Servizi Infermieristici e Dipartimenti dell'Assistenza – Il loro esordio formale stenta a realizzarsi in concreto. Alla

Regione Lazio chiediamo di attivare immediatamente i Servizi Infermieristici e i Dipartimenti dell'Assistenza in tutte le Aziende del territorio.

Programma Ecm – Gli eventi Ecm devono essere organizzati e finanziati dalle Aziende. La formazione complementare va sviluppata finanziando corsi specializzati per rispondere alla domanda forma-

tiva post-diploma e di progressione della carriera.

Il ruolo degli Oss – Deve essere impedito l'utilizzo distorto delle figure di supporto all'attività infermieristica. Gli Oss devono coadiuvare gli infermieri, non sostituirli. Occorre impedire che le Aziende arginino la carenza di infermieri ricorrendo a tali figure.

L'Osservatorio Regionale sulle Professioni Sanitarie - Per verificare l'applicazione e l'efficacia dei provvedimenti adottati va istituito l'Osservatorio Regionale, utile anche per individuare eventuali correttivi, misurare il fabbisogno di personale e procedere con una corretta programmazione.



NOVITÀ

Disponibile la nuova Carta dei servizi del Collegio Ipasvi di Roma

La **Carta dei servizi** del Collegio Ipasvi di Roma **ha due principali destinatari**: il cittadino/utente e l'infermiere/iscritto. La legge, infatti, affida ai Collegi una duplice finalità: la prima è la tutela del cittadino che ha il diritto, sancito dalla Costituzione, di ricevere prestazioni sanitarie da personale qualificato, in possesso di uno specifico titolo abilitante ed iscritto all'albo professionale.

La seconda finalità è rivolta agli infermieri iscritti all'albo, che il Collegio è tenuto a tutelare nella loro professionalità, esercitando il potere di disciplina, contrastando l'abusivismo, vigilando sul rispetto del codice deontologico, favorendo la crescita culturale degli iscritti, garantendo l'informazione e offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale.

Il Collegio Ipasvi della Provincia di Roma è nato il 6 agosto 1955, giorno in cui si è insediato il primo consiglio direttivo presso la sede provvisoria di via Fornovo.

L'istituzione era avvenuta grazie alla legge n.1049/54, che estendeva ai Collegi le norme, già vigenti dal 1946, riguardanti gli Ordini delle professioni sanitarie.

L'ordinamento italiano affida il compito di garantire il corretto esercizio delle professioni intellettuali agli Ordini e ai Collegi professionali. Essi sono in primo luogo organismi a carattere associativo, istituiti per legge e dotati di personalità giuridica pubblica, costituiti da coloro che, in possesso dei titoli di abilitazione richiesti, svolgono una stessa attività lavorativa di natura intellettuale.

In seconda istanza rappresentano l'ente/istituzione di diritto pubblico, dotato di ampia autonomia, al quale lo Stato demanda il perseguimento di finalità di pubblico interesse.

L'ambito territoriale di competenza del Collegio è di norma la provincia; la Federazione dei Collegi coordina quindi i Collegi provinciali ed è l'organismo che ha la rappresentanza nazionale degli infermieri italiani.

COME FUNZIONA IL COLLEGIO

L'ordinamento delle professioni sanitarie individua quali **organi del Collegio** provinciale:

- l'assemblea degli iscritti all'Albo;
- il Consiglio direttivo;
- gli organi individuali (presidente, vice presidente, segretario, tesoriere);
- il collegio dei revisori dei conti.

L'assemblea è costituita da tutti gli iscritti agli Albi tenuti dal Collegio ed ha la funzione di eleggere ogni tre anni i componenti del consiglio direttivo e del



collegio dei revisori. Si riunisce una volta l'anno per l'approvazione del bilancio preventivo e del conto consuntivo.

Il Consiglio direttivo è eletto ogni tre anni ed è composto da un numero di membri che varia in rapporto al numero degli iscritti all'Albo. Ha il compito di rappresentare e guidare il gruppo professionale. Il Consiglio è investito di tutti i poteri attribuiti al Collegio per il governo della professione. Può essere sciolto quando non risulti in grado di funzionare regolarmente; lo scioglimento è disposto con decreto del ministero della Salute, sentito il parere della Federazione nazionale. Le attribuzioni del Consiglio direttivo di ciascun Collegio sono:

- compilare e tenere l'albo del Collegio e pubblicarlo all'inizio di ogni anno;
- vigilare sulla conservazione del decoro e dell'indipendenza del Collegio;
- designare i rappresentanti del Collegio presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti
- dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che possono interessare il Collegio;
- esercitare il potere disciplinare nei

confronti dei sanitari iscritti all'albo;

- interpersi nelle controversie tra sanitario e sanitario, o tra sanitario e persona o Ente a favore dei quali il sanitario abbia prestato la propria opera professionale, procurando la conciliazione delle vertenze o dando il suo parere.

Gli organi individuali sono quattro, vengono eletti dal Consiglio direttivo e rivestono particolare importanza perché ad essi è affidata la conduzione dell'attività quotidiana del Collegio e la proposizione al Consiglio direttivo delle linee d'azione e di ogni altra iniziativa.

Il **presidente** convoca e presiede il Consiglio direttivo e le assemblee degli iscritti e svolge tutte le altre attribuzioni previste dalla legge e dal regolamento o dal Consiglio e delle quali è tenuto a curare l'esecuzione. Il presidente ha la rappresentanza del Collegio provinciale ed è membro del Consiglio nazionale.

Il **vicepresidente** sostituisce il presidente in caso di assenza o di impedimento e disimpegna le funzioni a lui eventualmente delegate dal presidente.

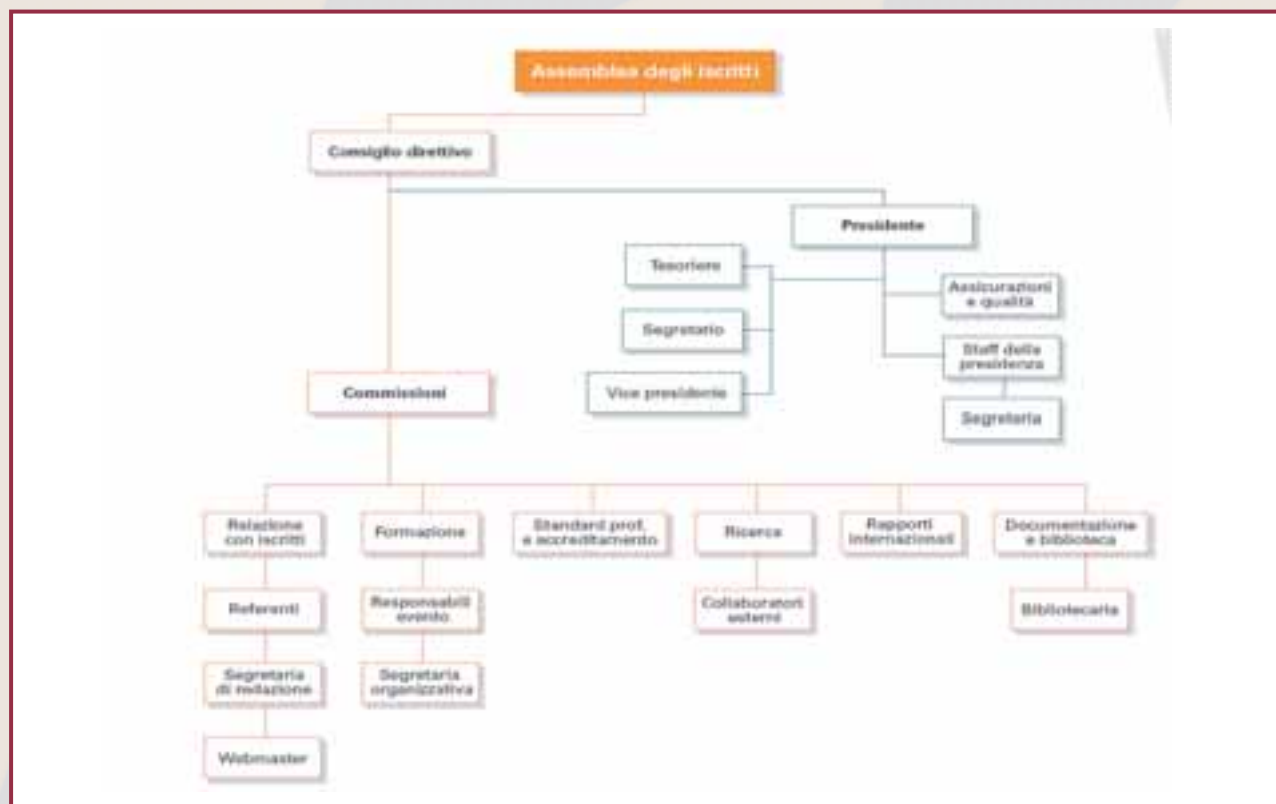
Il **segretario** è responsabile del regolare andamento dell'ufficio, che è diretto dal presidente. Cura l'archivio, i verbali delle adunanze dell'assemblea e del Consiglio, i registri delle relative deliberazioni, il registro degli atti compiuti in sede con-

ciliativa, il registro dei pareri e gli altri registri istituiti per legge o per deliberazione del Consiglio. È il responsabile del trattamento dei dati personali relativi agli iscritti all'albo.

Il **tesoriere** ha la custodia e la responsabilità della cassa e degli altri valori di proprietà del Collegio. Provvede alla riscossione delle entrate e del pagamento dei mandati di spesa nei limiti degli stanziamenti del bilancio approvato dall'assemblea. È pertanto responsabile del pagamento dei mandati irregolari o eccedenti. Deve tenere i registri per le somme riscosse contro quietanza, di entrata e uscita, dei mandati di pagamento e l'inventario dei beni mobili e immobili costituenti il patrimonio del Collegio.

Il Collegio dei revisori dei conti è l'organo preposto alla vigilanza sulla gestione contabile del Collegio. È composto di tre membri effettivi e di un supplente, eletti dall'assemblea tra gli iscritti nell'Albo non facenti parte del Consiglio direttivo. Dura in carica tre anni e al suo interno anch'esso elegge un presidente con il compito di coordinare l'attività.

Per scaricare gratuitamente una copia della nuova Carta dei servizi, collegarsi al sito ufficiale del Collegio: www.ipasvi.roma.it



Le osservazioni del Collegio al Piano sanitario regionale 2008-2010

La strada giusta per la "buona sanità" nel Lazio

UNA SINTESI DEL DOCUMENTO PRESENTATO DURANTE L'AUDIZIONE ALLA PISANA

Con un'articolata relazione, il Collegio ha illustrato le sue osservazioni al Piano sanitario regionale (Psr) 2008-2010. Una delegazione è stata ricevuta in audizione dalla commissione Sanità del Consiglio Regionale. A questa, il Collegio ha rappresentato la posizione degli infermieri, le proprie valutazioni sugli aspetti positivi del Piano e le richieste di modifica o integrazione dei punti di criticità rilevati. Le osservazioni riguardano l'intero impianto del Psr e ogni sua articolazione. Tra queste: investimenti adeguati nella formazione post base degli infermieri specialisti ed esperti clinici; corresponsione di un'indennità di esperto da riconoscere in sede di contrattazione integrativa; valorizzazione e riconoscimento delle competenze infermieristiche; attivazione di case-famiglia sanitarie a gestione e direzione infermieristica; maggiore definizione del ruolo e delle competenze degli infermieri case manager, degli infermieri di comunità, degli infermieri esperti inseriti nell'ospedale per complessità. Ecco il documento consegnato ed illustrato alla Commissione.

Riqualificazione della rete ospedaliera e potenziamento dell'offerta territoriale nel Lazio.

Il Psr 2008-2010 è apprezzabile per gli elementi di innovazione, sia nelle proposte organizzative che per la valorizzazione della professionalità infermieristica per la quale sono riconosciuti spazi ope-

rativi e competenze a varia complessità, oltre al tradizionale ruolo previsto in ambito ospedaliero.

Si ritiene, al fine di arricchire il dibattito, di offrire alcuni spunti di riflessione per possibili integrazioni e modifiche che possano rendere effettivamente operative le proposte organizzative ed efficaci gli elementi di cambiamento delle professionalità e delle competenze. Ci si riferisce, in particolare, ad aspetti di interesse infermieristico, in quanto attinenti alla sfera di competenza dell'osservatore.

Riflessioni e proposte:

Uno. Dalla lettura del documento: "Riqualificazione della rete ospedaliera e potenziamento dell'offerta territoriale nella Regione Lazio" si evince che, a seguito al calcolo dell'indice sintetico di performance (Isp), oltre 3.500 posti letto per acuti sono disattivabili, più del 16% di quelli della Regione, con qualche disomogeneità tra le varie aree, che, tuttavia, si concentra, in modo particolare, nel territorio dell'Asl RM/E e, in misura inferiore, nel territorio dell'Asl RM/A.



L'eccesso di offerta produce, di per sé, effetti di distorsione non solo economica, ma anche nella qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate; ma tali effetti distorsivi non possono essere eliminati esclusivamente disattivando i posti letto non performanti, senza che si realizzi, contestualmente, un potenziamento dell'assistenza intermedia e di base, al fine di garantire alla popolazione un'adeguata risposta ai bisogni di salute fino ad oggi impropriamente erogata in ambiente ospedaliero.

Inoltre, l'analisi sui posti letto per acuti disattivabili non pare tener conto dell'esigenza che alcune prestazioni siano erogate vicino ai luoghi abituali di residenza dei cittadini (ad esempio: l'emergenza, la dialisi, la salute mentale, etc), mentre le prestazioni ad alta e altissima complessità, invece di essere distribuite nel territorio, andrebbero concentrate nelle strutture di II° livello, affinché gli investimenti in tecnologia siano davvero produttivi e il numero dei casi trattati possa essere l'elemento che, insieme ad altri fattori, contribuisca alla maggiore e costante evoluzione della professionalità degli operatori.

Al fine di corrispondere alle esigenze di elevata complessità e di avanzata tecnologia che vanno progressivamente concentrandosi in ospedale, nonché per ottemperare all'esigenza di rispondere ai bisogni complessi del cittadino fragile nei servizi distrettuali, **si ritiene opportuna la programmazione di formazione post base finalizzata all'implementazione dell'infermiere specialista** (legge 43/2006): in area critica, in assistenza chirurgica, in nefrologia e dialisi, etc. in ospedale; in sanità pubblica, in geriatria, in gestione della disabilità, in salute mentale, etc. nel distretto.

Se la formazione è prevalentemente a carico del professionista, la corresponsione di un'indennità di esperto (mediamente, 1.500 euro annui lordi, corrispondenti alla parte fissa dell'indennità di coordinamento, modulati sui livelli di responsabilità) potrebbe essere a carico dell'Azienda, attraverso la contrattazione integrativa.

Dell'individuazione delle competenze da acquisire e della programmazione del numero del personale da formare potrebbe farsi carico il Collegio Ipasvi di Roma.

Due. Nell'ottica della necessaria riorganizzazione e ridefinizione di offerta di servizi, nel documento: "Riqualificazione della rete ospedaliera e potenziamento dell'offerta territoriale nella Regione Lazio" vengono proposti prioritari **interventi di rimodulazione dell'offerta ospedaliera:**

- riduzione dei posti letto nelle Asl ad altissimo (RM/E) o alto (RM/A, RM/D) tasso di posti letto/1.000 abitanti;
- razionalizzazione e riqualificazione degli ospedali Cto e Sant'Eugenio nell'Asl RM/C;
- razionalizzazione e riqualificazione dell'offerta ospedaliera nell'Asl RM/H;
- riequilibrio degli effetti del decreto 25/081 per Asl con basso tasso di posti letto/1.000 abitanti (Viterbo, Frosinone, Rieti, Latina, RM/B).

In secondo luogo, si propongono **interventi di riqualificazione e potenziamento dell'offerta territoriale**, individuando le tipologie assistenziali in cui riconvertire le strutture disattivate: residenze sanitarie assistenziali (Rsa), hospice, presidi territoriali di prossimità (Ptp), poliambulatori specialistici.





A tal proposito, va sottolineato che l'infermiere ha, storicamente e culturalmente, un'elevata competenza in tali strutture, anche grazie alla componente assistenziale, spesso preminente rispetto alle esigenze diagnostico-terapeutiche. Tale professionalità potrebbe essere potenziata con la formazione post-base specifica.

Tre. Il principale riferimento utilizzato nel Psr e nel documento: "Riqualificazione della rete ospedaliera e potenziamento dell'offerta territoriale nella Regione Lazio" per le valutazioni in merito allo stato dell'offerta ed al fabbisogno assistenziale è rappresentato dalla Dgr 419/072.

Tuttavia sarebbe opportuno prevedere ulteriori approfondimenti sullo stato della popolazione anziana nei territori interessati, con valutazioni relative al livello di compromissione dello stato funzionale che possano orientare efficacemente la predisposizione di servizi adatti ed efficaci a risolvere i reali problemi di assistenza sanitaria. **Sarebbe opportuno predisporre il monitoraggio dei bisogni di salute della popolazione, come base per la concreta programmazione dei servizi sanitari;** tale monitoraggio potrebbe essere efficacemente svolto dall'infermiere di comunità, peraltro già previsto dal Psr e presente nel Ptp.

Quattro. In riferimento ai requisiti autorizzativi regionali, di cui alla Dgr n. 424/06, il numero dei posti nelle strutture resi-

denziali è di 20-80; eccezionalmente, fino a 120 per le Rsa; massimo 30 per gli hospice; 10-40 per gli ospedali di comunità all'interno dei Prp. Considerato che l'attuale standard programmato prevede 2,5 posti in Rsa, residenziali o semiresidenziali per 100 abitanti ultra 75enni (Dgr 1988/2001), nel Lazio si richiedono 12.186 posti in Rsa. Considerato, poi, che i posti nelle Rsa in corso di accreditamento sono 1.061, risulta una carenza di 5.985 posti, distribuita in modo disomogeneo sul territorio regionale, mentre si ritiene di particolare importanza la garanzia di un'omogenea distribuzione dell'offerta sul territorio tale da massimizzare l'accessibilità dei cittadini ai servizi e la vicinanza dei pazienti al proprio ambiente di vita.

A parziale copertura della carenza di servizi evidenziata, si propone l'attivazione di case-famiglia sanitarie, a gestione infermieristica, con 6-10 posti, eccezionalmente fino a 20, per persone non completamente autosufficienti ma clinicamente stabili, seguite dal medico di medicina generale. Tali strutture, rispetto alla Rsa, dovrebbero proporre un contesto molto vicino a quello domestico, compreso il trasferimento degli arredi e una gestione domiciliare e non medicalizzata.

Per quanto riguarda gli hospice, lo standard riportato nel Dm n. 43 del 22 febbraio 2007 prevede almeno un posto letto

ogni 56 deceduti a causa di tumore, pertanto per la Regione Lazio si evidenzia un fabbisogno di 274 posti letto, 58 in più rispetto all'offerta attuale e una disomogenea distribuzione del territorio regionale. E i Ptp? La caratterizzazione di base è riportata all'interno della DGR 433 del 19 giugno 2007, che indica la presenza di almeno un Ptp per Distretto, mentre nessuna delle Asl coinvolte nella riconversione di strutture ospedaliere ne ha attivati. Entro il 31 dicembre 2008 le Asl dovranno approvare un Piano Aziendale Attuativo di un Ptp per Distretto e dovranno attivare, entro il 2009, un Ptp in almeno la metà dei distretti del territorio di competenza.

Si condividono finalità e funzioni, tuttavia si ritiene che la Direzione debba essere esercitata da un Infermiere dirigente (ai sensi della legge 43/2006), in quanto l'assistenza infermieristica, nel Ptp, diviene la funzione sulla quale s'impenna l'integrazione dei servizi sanitari al cittadino fragile:

il Collegio Ipasvi di Roma si rende disponibile a formulare progetti di degenza a gestione infermieristica (compresi Rsa e hospice), centro diurno a gestione infermieristica, ambulatorio infermieristico, infermieristica di comunità.

Tale modello fa propria la soluzione individuata dal Psr 2008-2010: "I nuovi percorsi che si profilano a questo punto della storia del Ssn individuano l'integrazione a rete e la cooperazione tra erogatori come superamento dell'attuale loro competizione e ricercano modelli organizzativi che valorizzino la multidisciplinarietà, l'integrazione professionale e la continuità delle cure rispetto alla separazione di funzioni e di specialità".

Cinque. In particolare, la definizione dei Presidi Territoriali di Prossimità indica la gestione pluriprofessionale, in assenza di rapporti gerarchici ed in presenza di una gestione infermieristica, sul modello del case management. Tale definizione non chiarisce completamente le reali possibilità gestionali in senso operativo, in quanto il ruolo di case manager prevede una responsabilità di risultato e la possibilità di influenzare

il processo, soprattutto intervenendo sugli aspetti non conformi.

I destinatari sono pazienti in fase post-acuta a progressiva stabilizzazione o parziale riacutizzazione, questo escluderebbe la gestione infermieristica. In altre parti del documento si evidenzia, infatti, tale situazione clinica come indicativa di minor discrezionalità infermieristica.

Sarebbe opportuno esplicitare con maggiore chiarezza il ruolo del *case manager* nella gestione infermieristica indicando i criteri della "riacutizzazione" e definendo le responsabilità di tipo clinico e di tipo gestionale. Se questa struttura è posta come precedente ed alternativa rispetto al ricovero ospedaliero, c'è la necessità di una gestione clinica specifica ed interna che non sia in contrasto con la gestione generale infermieristica, i cui elementi caratteristici devono essere definiti in modo chiaro.

Sei. Il livello intermedio tecnico previsto nella riorganizzazione delle Asl è indicato come **tecnostuttura**, ma poi viene affidata a tale organismo l'erogazione del servizio territoriale.

Sarebbe opportuno lasciare la tecnostuttura con le funzioni proprie di una

componente organizzativa di questo tipo, finalizzate a orientamento, monitoraggio, verifica e progettualità, prevedendo che l'erogazione del servizio abbia un riferimento più orientato e più competenze per le finalità specifiche e per le diverse tipologie di servizio richieste.

Sette. L'infermiere di comunità viene descritto con un ruolo generico, nel quale vengono molto enfatizzati gli aspetti relazionali e di orientamento al cittadino nella fruizione dei servizi. Ne risulta, per vari aspetti, una figura dalle competenze confuse e poco rispondenti alle reali potenzialità professionali.

Sarebbe opportuno integrare la descrizione dell'infermiere di comunità evidenziandone competenze, obiettivi e risultati di lavoro. Il Collegio Ipasvi di Roma può formulare tale descrizione.

Otto. Sul punto: "L'induzione di una crescita delle attività di ricerca nel Ssr", nella situazione di deficit finanziario, più che promuovere la ricerca, salvo utilizzare fondi stanziati da altre istituzioni, **sarebbe utile promuovere il sistema Ebm ed Ebn, di ricognizione delle migliori evidenze, di valutazione critica e di diffusione dei risultati validi della ricer-**

ca in campo medico e infermieristico. In tal modo, sarebbero garantiti ritorni economici e di appropriatezza delle prestazioni con implementazione dei percorsi di miglioramento e qualità.

Nove. Nella descrizione dell'Ospedale per complessità è dato risalto al ruolo infermieristico.

La dichiarazione risulta generica, poiché tale ruolo e le relative competenze non sono chiariti: in particolare, il diverso modello organizzativo/gestionale che potrebbe essere applicato e quale potrebbe essere il concreto contributo della professionalità infermieristica.

Sarebbe opportuno definire il collegamento tra il nuovo modello organizzativo e i diversificati percorsi di infermiere esperto che potrebbero essere riconosciuti a livello aziendale.

Dieci. Nel sistema delle tariffe non ci sono accenni alle prestazioni/attività infermieristiche, anche se nel documento si parla molto della componente infermieristica come valore di miglioramento.

Il Collegio Ipasvi di Roma può proporre studi per la definizione di indicatori dell'assistenza infermieristica da considerare nel sistema tariffario.



La conferenza Fepi si è svolta in Grecia dal 27 al 29 novembre 2008

Esperienze a confronto per puntare all'eccellenza della professione infermieristica

LA CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE IN UN'UNIONE EUROPEA SEMPRE PIÙ VICINA

di Matilde Napolano, Ausilia Pulimeno, Alessandro Stievano

La quarta conferenza della Federazione europea degli Ordini infermieristici si è aperta con un importante annuncio: la data della prima conferenza infermieristica panellenica che si terrà a maggio 2009 a Rodi, in Grecia.

Dopo il discorso introduttivo del presidente dell'Ordine ellenico degli infermieri, **Dimitrios Skoutelis**, organizzatore dell'evento, la parola è passata al presidente dell'ordine infermieristico spagnolo, **Maximo Gonzalez Jurado** che ha illustrato il codice etico deontologico infermieristico europeo approvato dalla Fepi nel settembre 2007 e recentemente pubblicizzato, in ambito accademico, su un'importante rivista del settore.

Sono stati, per prima, affrontati i concetti sociologici caratterizzanti le professioni sanitarie regolamentate istituzionalmente; in seguito, il relatore ha illustrato la definizione di etica e l'analisi del concetto di etica professionale infermieristica.

L'etica professionale riflette un gruppo di doveri a cui i professionisti devono ispirare i propri comportamenti e funzione fondamentale degli organi regolatori è garantire l'etica professionale a livello nazionale e, con il progetto Fepi, a livello europeo.

Tra i passaggi fondamentali del Codice infermieristico europeo possiamo annoverare l'apprendimento continuo per tutta la vita professionale e l'equo



accesso alle cure sanitarie per tutti i cittadini europei. Tale Codice, avendo una funzione di indirizzo e consiglio, è stato basato sui principi ispirati da importanti documenti come la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea¹, la Carta dei diritti umani delle Nazioni unite del 1948², le Direttive europee³ ed i valori comuni esplicitati dal Ceu⁴. Importante consiglio è che tutti i codici deontologici dei vari Paesi Europei siano redatti secondo la Direttiva 2006/123/EC del Parlamento Europeo e del Consiglio d'Europa; va ricordato, a tal proposito, il riferimento alla direttiva dei "Servizi offerti nel mercato interno". Altro suggerimento importante è che questo codice europeo deve essere recepito anche e soprattutto dove si insegna l'etica infermieristica, in particolare nella formazione universitaria. Ribadita, pure, con vigore, l'importanza,

per la professione infermieristica, della riflessione etica coniugata alla condotta professionale.

In Spagna, da qualche mese si ha un percorso formativo di base (la laurea) di quattro anni con l'acquisizione di 240 crediti istituzionalmente decretato dal Re il 3 luglio 2008 ed è fondamentale, all'interno di questo percorso, conoscere il Codice etico spagnolo ispirato dal Codice etico deontologico della Fepi che consiglia gli indirizzi etico-programmatici di riferimento, pur lasciando liberi i singoli Stati della Ue nell'interpretazione del codice stesso, in accordo alla propria cultura.

E' stata, inoltre, annunciata l'esistenza di un gruppo permanente di revisione del Codice che dovrà essere rivisto su base biennale. Anche il Regno Unito ha già cambiato il Codice, ispirandolo a quello Fepi e lo stesso stanno facendo



la Romania, la Spagna e l'Italia.

Nella maggior parte dei Paesi, i Codici etici sono un insieme di leggi a cui si devono attenere gli infermieri nell'esercizio della loro professione; essi hanno delle ricadute nella pratica etica delle singole nazioni e garantiscono il rispetto dei principi ispiratori dell'infermieristica.

Insomma, agendo sul Codice si agisce su tutta la professione infermieristica.

Parlando del Codice etico europeo, si è trattato dell'argomento spinoso dell'obiezione di coscienza ed è emerso che in Spagna l'obiezione di coscienza è protetta dalla Costituzione. Nel dibattito è emerso pure che il diritto di obiezione di coscienza non deve inficiare il diritto del paziente ad essere assistito: l'infermiere deve dare al paziente tutte le informazioni necessarie per essere assistito.

"La Fepi - ha sottolineato la presidente, **Loredana Sasso** - vuole portare il suo contributo dove si parla di competenze, di formazione, di accreditamento, allo scopo di creare un grande network europeo della professione infermieristica. In Italia, si sta revisionando il Codice deontologico infermieristico e si sono raccolti migliaia di contributi da parte di tanti infermieri".

Quindi, ha preso la parola il direttore generale della Fepi, **Theodoros Koutrabas**, che ha rivelato l'intenzione della Commissione Europea di pubblica-

re, entro dicembre 2008, un Libro verde "sulla forza-lavoro del settore sanitario in Europa" e ne ha già fatto circolare una bozza, affinché gli esperti possano esprimere il proprio parere, allo scopo di: "promuovere una forza-lavoro sostenibile nel settore della salute in Europa".

Questo documento viene considerato parte della strategia sanitaria della Commissione Europea, adottata nell'ottobre del 2007 e pubblicata nel Libro Bianco, "Insieme per la salute", in cui si proponeva: "un nuovo approccio per essere certi che l'Unione Europea facesse tutto il possibile per far fronte alle sfide del settore sanitario, come la nuova minaccia delle pandemie, il fardello delle malattie correlate agli stili di vita, le disuguaglianze, l'allargamento dell'Ue e il cambiamento climatico".

Secondo le fonti della Commissione Europea, questo Libro Verde rappresenterà l'inizio di un processo di riflessione profonda sulla condizione della forza-lavoro nel settore sanitario nell'Europa di oggi e di domani; esso mira a dar inizio ad un dibattito molto ampio su come aumentarla affinché si possano dare risposte valide alle sfide del terzo millennio.

Si è anche discusso dell'applicazione dei diritti dei pazienti nell'attraversamento dei confini e dell'impatto della femminilizzazione della forza-lavoro sanitaria di alcune professioni come la professione

medica, che ha visto, tra le sue fila, un enorme aumento del genere femminile (dati aggiornati parlano di una percentuale di oltre il 50% di medici europei donna).

Per non dire di infermieri e medici che espatriano verso Australia, Usa e Nuova Zelanda, rendendo difficile una buona distribuzione a livello europeo. In tal senso, la mancanza di dati affidabili, ha reso necessaria la "costruzione" di un database per la migrazione delle professioni sanitarie, specie per quella infermieristica.

A proposito del problema della regolamentazione dei provvedimenti disciplinari, poi, è indispensabile trovare un accordo affinché gli infermieri con provvedimenti a loro carico non vadano a praticare in altri Paesi, evitando di fatto le sanzioni applicate in quello di appartenenza. Si è parlato, inoltre, del problema dell'impatto delle patologie croniche e della sfida per le professioni sanitarie, ergo del numero maggiore di infermieri che si dovrà garantire nei prossimi anni.

Sappiamo che l'avanzare dell'età media dei cittadini rappresenterà la sfida del futuro; il sistema andrà più vicino al cittadino e alla sua famiglia. Per questo, si deve assumere un atteggiamento proattivo e portare il contributo nel Libro Verde, aggiornando i dati a livello dell'Unione Europea sulla mobilità e sulla formazione.

Nel pomeriggio della prima giornata la rappresentante della Commissione Europea per il DG Internal Market, **An Baeyens**, ha presentato il progetto Imi. Gli Ordini non devono essere più visti come dei meri regolatori di una professione, ma degli organi che garantiscono i diritti dei cittadini e, in tale accezione, proprio il progetto Imi è molto importante a livello della Commissione europea, poiché facilita la comunicazione e lo scambio delle informazioni tra professionisti sanitari enfatizzato dalla Direttiva EC 2005/36.

Tale strumento⁵, completamente informatico, è tradotto in tutte le lingue ed è un aiuto per tutti i professionisti sanitari. All'interno dello strumento informatico, c'è un nucleo di notizie comuni dove sono presenti, per esempio, informazioni relative al progetto-pilota per quattro qualifiche professionali: medico, fisioterapista, commercialista, farmacista. Tra i prossimi passi da compiere, c'è quello di aprire il progetto a sette ulteriori settori: gli infermieri, i dentisti, le ostetriche, i veterinari gli architetti, gli insegnanti ed i tecnici di radiologia.

Oltre alle autorità, faranno parte del sistema: i coordinatori nazionali Imi, i delegati Imi e gli altri organismi autorizzati dagli Stati membri per scambiare informazioni.

Il progetto Imi sarà sviluppato nella direzione di scambiare informazioni tra enti regolatori e sarà inglobato dal progetto Euronurse che è stato presentato a fine seconda giornata.

La rappresentante dell'associazione dei pazienti della Gran Bretagna, **Roswyn Hakesley Brown**, ha presentato un'importante relazione sul diritto etico dei pazienti di spostarsi a livello europeo per cercare il miglior livello di qualità delle cure.

La Direttiva della Commissione Europea su: "l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera" è stata adottata il 2 luglio dal Collegio dei Commissari, e, secondo l'articolo 95 del Trattato della Ue, sottoposta al Consiglio e al Parlamento europeo. Sostanzialmente, la proposta di Direttiva

della Commissione europea mira a:

- aiutare i pazienti ad esercitare il loro diritto ad accedere all'assistenza sanitaria transfrontaliera;
- fornire delle garanzie sulla sicurezza e la qualità dell'assistenza transfrontaliera;
- aiutare i sistemi sanitari nazionali a cooperare per realizzare economie di scala.

L'associazione dei pazienti britannici si sta ponendo alcune domande legate al consenso informato e alla dignità che possono avere i malati in altri Paesi. In seguito, il professor **Benoit Rihoux** ha presentato una relazione sui modelli di regolazione ordinistica per tutte le professioni che può essere applicato anche alle professioni sanitarie: il primo è autoritario da parte dello Stato; il secondo afferma che l'ente regolatore reagisce e risponde alle domande comuni che pongono i problemi di ogni giorno; il terzo prevede che l'ente regolatore non conduca l'agenda autonomamente e nel quarto si hanno le risorse per la propria autonomia e si agisce con una visione a medio-lungo termine per le conquiste professionali.

Al di là di questa classificazione, esistono situazioni intermedie dove i modelli tre e quattro sono mischiati, e sono quelli più proattivi per la professione che mirano a costruire punti comuni tra interessi dei cittadini e quelli della professio-

ne. I modelli proattivi devono essere costruiti su fenomeni concreti. Nei documenti va trovato un bilanciamento tra strategie per i cittadini ed empowerment della professione infermieristica: un obiettivo fondamentale degli ordini sanitari a livello europeo che deve essere ampiamente supportato dalla Fepi.

A conclusione della giornata, c'è stato un lungo dibattito sul ruolo e l'identità degli ordini professionali nel futuro. Una soluzione? Portare avanti le politiche infermieristiche formando ampie convergenze su punti fondamentali per una buona assistenza ai pazienti ma, al contempo, mantenendo la propria identità di professionisti infermieri.

La seconda giornata è cominciata con l'intervento di **Anne Mary Ryan** che ha illustrato i risultati ottenuti dal gruppo di lavoro sulle competenze, istituito dalla Fepi nel 2006, che ha come scopo l'istituzione di standard etici ed educativi di competenza professionale basati sulle Direttive 77/452 EC e 77/453 EEC. Tali atti individuano soltanto la formazione minima che deve essere esperita nel percorso di base infermieristico. Nella Direttiva 2005/36 che deve essere rivista nel 2012, c'è un paragrafo, il 29, per cambiare gli scenari e i setting nella Ue. In questo scenario, 16 Paesi hanno, al momento, completato il questionario sulla formazione elaborato dalla Fepi ed è emerso che il percorso formativo trien-



nale è affiancato da percorsi di 210 crediti (addirittura, cinque Paesi hanno programmi di laurea in infermieristica di base di ben 240 crediti, mentre, in nove Paesi, l'educazione non può essere messa in atto senza l'approvazione dell'ordine regolatore).

Per ciò che concerne le specializzazioni avanzate, tali percorsi specifici sono offerti all'inizio in quattro Paesi e, in totale, da 13 Paesi è offerto un livello avanzato di formazione infermieristica.

Il **progetto Tuning** ha identificato per il nursing, per 11 Paesi su 27 dell'Unione, alcune competenze generiche per applicare la conoscenza in pratica, per la riflessione critica, per il problem solving, per il lavoro autonomo ed il Life long learning ed alcune competenze specifiche: il risk management, la delega di funzioni, il lavoro in team e le competenze interpersonali.

La presidente dell'Ordine nazionale infermieristico degli Stati Uniti, **Laura Rhodes**, effettuando un excursus sui principali cambiamenti avvenuti nella professione infermieristica negli Stati Uniti, ha anche specificato che ogni Stato americano ha un Ordine infermieristico che regola, appunto, la professione su quel territorio.

Le prime scuole furono fondate nel 1872; nel 1901 ci fu la prima Risoluzione riguardante la regolazione della professione infermieristica; nel 1903, venne emesso il First Nurse Practice Act che regolò la formazione infermieristica della durata di un anno. Durante la seconda guerra mondiale ci fu un'enorme richiesta di infermieri e, nel 1923, venne redatta la prima raccomandazione di intraprendere la formazione nell'università.

Fino alla metà anni '50, i titoli che si potevano ottenere negli ospedali statunitensi erano molto popolari. Oggi, negli States, esistono diverse tipologie di professionisti infermieri: Il Licensed Practice Nurse che è una sorta di operatore di supporto sotto la diretta supervisione dell'infermiere professionista; l'infermiere con l'Associate Degree ottenuta nei community college della durata di due

anni e i bachelor nurses che hanno una laurea, con programmi di 3-4 anni. Il curriculum può variare da programma a programma e ci sono lezioni on-line e simulazioni di tirocinio.

Le competenze minime dell'infermiere laureato statunitense sono divise in 4 aree (ognuna delle quali suddivisa, a sua volta, in sottocategorie):

- ambiente di cura sicuro ed efficace;
- promozione e mantenimento della salute;
- integrità psicosociale;
- integrità fisiologica.

Di seguito, è stato presentato il progetto per il dottorato di ricerca infermieristica a livello europeo sponsorizzato dalla Fepi, presentato nell'assemblea generale Fepi lo scorso giugno.

Si tratta di un progetto innovativo per i 46 Paesi europei.

In Spagna, 28 università offrono il programma di dottorato; l'Università Complutense offre 50 posti di dottorato in infermieristica. Nel 2001, ci fu una conferenza che stabilì un accordo universitario tra i Rettori per i dottorati a livello europeo. Tra i cinque professori che giudicano la prova finale, quattro devono provenire da altre università ed uno dall'università dove la tesi viene svolta.

Parte della tesi deve essere redatta in

lingua diversa da quella di origine del dottorando e questi deve aver frequentato almeno tre mesi nell'Università che offre il dottorato in accordo alla sua Università di appartenenza.

Questo dottorato è in corso nelle università di Berlino e di Maastricht, e la Fepi, quale elemento catalizzatore di questo progetto, cercherà di stabilire una rete di dottorati infermieristici per sviluppare la ricerca e la formazione a livello europeo, mirando a produrre una rete di infermieri (già dottori) ed una di formazione per i dottorandi allo scopo di creare una rete congiunta di reti dottorali con tutti i Paesi del mondo. Tutor del corso, un infermiere. Nel pomeriggio, si sono avute le relazioni di **Thomas Kearns** su un progetto irlandese per la competenza continua e sull'introduzione di un modello di competenze da acquisire per tutta la vita professionale. Il relatore ha citato Margaret Mead and Alfred North Whitehead, che pronunciò la famosa frase: "La conoscenza è come il pesce: se lasciata dopo un po' di tempo va a male".

Riguardo la discussione sulla competenza, **Carlo Turci** (in sostituzione del Segretario Fepi, Gennaro Rocco) ha presentato un progetto del Collegio Ipasvi di Roma sulla competenza professionale; interessante perché permetterà di accre-



ditare all'eccellenza il professionista infermiere.

E' stata la volta, poi, di un membro del comitato centrale dell'ordine infermieristico inglese, **Christina Baron**, che ha parlato di ricertificazione delle competenze per indicare l'obbligo che i professionisti infermieri rimangano competenti nella loro pratica attraverso la trasparenza delle regole, la proporzionalità dei rischi (che devono essere minimi), la competenza, che deve essere specifica e deve essere rendicontata ai pazienti. Devono esserci, infatti, standard per rimanere nell'albo e valutazioni periodiche; l'assicurazione della qualità deve essere garantita dall'educazione continua e anche le considerazioni sull'equità delle cure devono essere costruite su queste basi.

Un'inchiesta on line sul sito dell'Nmc⁶, propone un'inchiesta per chiedere cosa gli infermieri britannici pensano dell'accreditamento e della certificazione delle competenze.

La presidente dell'ordine infermieristico croato **Dragica Simunec**, ha spiegato che esistono due livelli infermieristici di formazione nel suo Paese.

Per ultimo, è stato presentato **il progetto Euronurse**: un progetto eccezionale che mette insieme l'accreditamento professionale, tramite la regolamentazione di un sistema di certificazione dei crediti a livello europeo, e un sistema di scambio di informazioni a livello europeo.

Così, si potrà costruire un registro comune per l'infermiere europeo dedicato alla maggiore mobilità dei professionisti, permettendo di avere dei modelli informatici elettronici facilmente consultabili per



tutti. Tutto ciò garantirà, inoltre, la libertà di cura dei pazienti a livello europeo tramite una sicura e competente pratica da parte dell'Euronurse.

Molto deve essere ancora fatto, ma con questo progetto si sta costruendo un'Europa sempre più a "misura di paziente" e verso una maggiore, e sempre migliore, professionalizzazione degli infermieri.

Inoltre, per ottenere uno strumento operativo per l'accreditamento professionale, bisognerà creare mobilità di sistema, confrontandosi con gli Stati Uniti dove già si sono avute esperienze in tal senso. Nel corso dell'ultima giornata dei lavori, infine, è stata annunciata la costituzione del gruppo dirigente del neonato ordine infermieristico francese che va a regolamentare la professione in uno dei paesi fondatori della Ue. La stessa presidente Fepi, Loredana Sasso, ha sintetizzato i lavori con alcune riflessioni interessanti,

tra cui ha sottolineato che il contesto politico europeo è complesso e, proprio la Fepi, deve avere un ruolo fondamentale per riuscire a garantire la qualità dell'assistenza a tutti i cittadini.

NOTE

1. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of Europe. On the recognition of professional qualifications.
2. Directive 2006/123/EC of the European Parliament and of the Council of Europe. On services in the internal market.
3. United Nations. Universal declaration of human rights. General Assembly of the United Nations, 10 December 1948.
4. European Council. Charter of fundamental rights of the European union. December 2000.
5. CEPLIS. Common values for liberal professions in Europe. 2007. Consultato il 2 Dicembre 2008, da: <http://www.ceplis.org/indexengl.htm>
6. <http://www.nmc-uk.org>
6. http://ec.europa.eu/internal_market/imi-net

UN INTERESSANTE DOCUMENTO DEL GRUPPO DI LAVORO MINISTERIALE

Stato vegetativo, arriva il glossario per una comunicazione efficace e corretta

L'apposito gruppo di lavoro insediato presso il ministero del Welfare, presieduto dal sottosegretario alla Salute, **Eugenio Roccella**, ha redatto un originale glossario che schematizza gli indirizzi fin qui adottati per una corretta definizione dello stato vegetativo e dello stato di minima coscienza, temi questi di grande rilevanza nell'attività quotidiana degli infermieri. Il glossario in questione rappresenta la prima tappa dell'attività del gruppo di lavoro, cui è assegnato il compito di elaborare un documento aggiornato che, partendo dalla corretta definizione di stato vegetativo e di stato di minima coscienza, approfondisca gli aspetti riferiti alle conoscenze epidemiologiche, alla loro evoluzione, all'*outcome* e ne precisi le possibilità di recupero nelle varie forme di etiologia e nelle diverse fasi di malattia. Il documento punta inoltre a fornire agli operatori degli strumenti di comunicazione corretti ed efficaci e la metodologia più opportuna di indagine per riconoscere gli elementi di coscienza. Pubblichiamo di seguito il documento integrale.

STATO VEGETATIVO

È una condizione funzionale del cervello, che insorge subito dopo l'evento acuto che lo ha determinato, diventando riconoscibile solo quando finisce il coma che, sovrapponendosi, lo maschera. Lo stato vegetativo realizza una condizione di grave disabilità neurologica, potenzialmente reversibile, che si caratterizza per:

- non evidenza della consapevolezza di sé e dell'ambiente;
- non evidenza di risposte comportamentali sostenute, riproducibili, intenzionali
- volontarie a stimoli visivi, uditivi, tattili o dolorosi;
- non evidenza di comprensione o produzione verbale;
- intermittente vigilanza che si manifesta con la presenza di cicli sonno-veglia ad es. periodi di apertura spontanea degli occhi);
- sufficiente conservazione delle funzioni autonome da permettere la sopravvivenza con adeguate cure mediche;
- incontinenza urinaria e fecale;
- variabile conservazione dei nervi cranici e dei riflessi spinali.

Criteria diagnostici per lo Stato Vegetativo

Per poter diagnosticare una condizione di stato vegetativo, si richiede pertanto che siano verificati alcuni criteri diagnostici.

Nessuna evidenza di:

- coscienza di sé o di consapevolezza dell'ambiente ed incapacità ad interagire con gli altri;

- comportamenti durevoli, riproducibili, finalizzati o volontari in risposta alle stimolazioni;
- produzione o comprensione verbale.

Presenza di:

- apertura degli occhi;
- pattern sonno-veglia EEG più o meno rudimentale;
- funzioni vitali autonome (respiro, circolo, etc.);
- incontinenza vescicale e rettale;
- deficit di vario grado della funzionalità dei nervi cranici;
- presenza variabile di riflessi troncoencefalici e spinali;
- motilità oculare assente o erratica;
- rarità dell'ammicciamento;
- schemi motori primitivi;
- rigidità-spasticità;
- posture patologiche.

Il paziente in stato vegetativo pertanto:

- giace, apparentemente incosciente, anche ad occhi aperti;
- presenta funzioni cardiocircolatorie e respiratorie, termoregolazione, funzioni renali e gastrointestinali conservate;
- non necessita di tecnologie di supporto;
- mostra, alla TC e alla RMN, segni più o meno marcati di danno focale o diffuso;
- presenta alla SPECT gradi variabili di riduzione sovratentoriali di perfusione cerebrale;
- evidenza, alla PET, variabile topografia e gradi variabili di riduzione del metabolismo del glucosio;
- mostra alterazioni variabili dell'attività EEG.

Occorre notare che sia l'EEG che le tecniche di *neuroimaging* anatomico e funzionale, non sono per ora in grado di predire l'esito sfavorevole.

Questo paziente non mostra movimenti finalizzati o riproducibili, ed è spesso, anche se non invariabilmente, incapace di deglutire. La diagnosi è eminentemente clinica e non è facile anche in ambiti molto specializzati. Importanti elementi di incertezza clinica portano infatti a tassi molto elevati di errore diagnostico.

Le indagini strumentali, benché non aumentino con certezza la specificità diagnostica possono tuttavia offrire importanti elementi di conferma.

STATO VEGETATIVO PERMANENTE

Molto controversa appare la terminologia sullo stato vegetativo

permanente, proposta inizialmente dalla MSTF nel 1994 e intesa ad indicare un limite massimo delle possibilità di recupero delle persone che potrebbero emergere da uno stato vegetativo post-traumatico o post-anossico.

Per quanto riguarda il concetto di permanenza, applicato allo stato vegetativo, esso "non ha valore di certezza, ma è di tipo probabilistico", come esplicitamente riconosciuto dalla stessa MSTF. Pur essendo le possibilità di recupero sempre minori con il passare del tempo dall'insulto cerebrale, oggi il concetto di stato vegetativo permanente è da considerarsi superato e sono documentati casi, benché molto rari, di recupero parziale di contatto con il mondo esterno anche a lunghissima distanza di tempo. È pertanto assurdo poter parlare di certezza di irreversibilità.

NOTA DI COMMENTO SUL CONCETTO DI 'PERMANENZA'

"La letteratura a supporto di una cornice temporale per la definizione di 'permanenza' è piuttosto debole, poiché è poca la ricerca metodologicamente solida che abbia esaminato il recupero a lungo termine (per esempio oltre l'anno) dopo un danno cerebrale traumatico e/o a distanza di 3-6 mesi dopo un danno cerebrale ipossico-ischemico a seguito di numerose limitazioni metodologiche, incluso la dimensione relativamente ridotta del campione di popolazioni studiate.

Allo stesso modo, è ancora più scarsa la ricerca basata sull'evidenza riguardo ai metodi di trattamento per le persone in stato vegetativo 'permanente' per esser certi che non esistano interventi in grado di ribaltare questa condizione. La Multi Society Task Force considera l'espressione "stato vegetativo permanente" come una terminologia prognostica e non diagnostica. Restano tuttavia dibattute le implicazioni dell'aggettivo "permanente", in considerazione di diversi fattori. Sappiamo che vi sono pazienti che riemergono dopo oltre un anno dal trauma e perciò il termine (di permanente) è intrinsecamente inesatto, sia dal punto di vista linguistico che dal punto di vista della realtà medica. Molti professionisti temono che la terminologia sia una sorta di autoprofezia per l'abolizione e/o la diminuzione che essa produce nell'interesse a studiare un fenomeno etichettato aprioristicamente come irreversibile.

La MSTF è giunta ad una sintesi grossolana e scientificamente poco fondata quando ha affermato che nel diagnosticare lo stato vegetativo permanente "un medico può dire alla famiglia o al tutore, con alto grado di certezza medica, che non vi è ulteriore speranza di un recupero della coscienza o che, se la coscienza venisse recuperata, il paziente resterebbe gravemente disabile". Innanzi tutto, cosa

è esattamente un elevato grado di "certezza medica"? Equivale a dire che si è davvero sicuri ma non si è assolutamente certi? In cosa differisce allora tale "certezza medica" dalla "probabilità medica"? Inoltre, come possiamo, in quanto clinici, etichettare una condizione di incoscienza come "permanente" ed aver poi la "audacia scientifica" di affermare che tale definizione include anche una condizione in cui il paziente è cosciente, ma poiché è anche gravemente disabile noi non ci preoccupiamo di cambiare la diagnosi e/o la prognosi? Secondo la mia opinione e quelli di molti altri autori, tale estensione del concetto è pericolosa e scientificamente irresponsabile".

STATO VEGETATIVO PERSISTENTE

Il documento della MSTF (1994) definiva lo stato vegetativo persistente come "uno stato di incoscienza sveglia che duri più di alcune settimane...". Il documento continuava annotando: "*We define such a state operationally as a vegetative state present one month after an acute traumatic or non-traumatic brain injury or a vegetative state of at least one month's duration in patients with degenerative or metabolic disorders or developmental malformations*".

Gli autori sostenevano che l'aggettivo "persistente" si riferiva solo a una condizione di disabilità pregressa e perdurante caratterizzata da una prognosi incerta ("*only to a condition of past and continuing disability with an uncertain future...*") e che, ciononostante, affermavano che lo stato vegetativo persistente è una diagnosi ("*persistent vegetative state is a diagnosis*"). Secondo le raccomandazioni dall'*International Working Party* di Londra del 1996, i termini persistente e permanente sono sconsigliati e si consiglia di sostituirli con l'indicazione della durata della condizione (stato vegetativo da numero mesi/anni).



STATO DI MINIMA COSCIENZA (SCM)

Si distingue dallo stato vegetativo per la presenza di comportamenti associati alle attività di coscienza. Anche se possono comparire in modo inconsistente, essi sono tuttavia riproducibili e vengono mantenuti sufficientemente a lungo per essere differenziati da comportamenti riflessi. L'evidenza è dimostrata dalla consistenza o dalla complessità della risposta comportamentale, per cui una risposta complessa come la verbalizzazione intelligibile può essere di per sé sufficiente per manifestare la presenza di attività di coscienza (Aspen Consensus Group)

Criteri diagnostici per lo Stato di Minima Coscienza

- Apertura spontanea degli occhi
- Ritmo sonno-veglia
- Range di vigilanza : ottundimento / norma
- Percezione riproducibile, ma inconsistente
- Abilità comunicativa riproducibile, ma inconsistente
- Range di comunicazione: nessuna risposta / risposta sì/no inconsistente/verbalizzazione / gestualità
- Attività motoria finalistica, riproducibile, ma inconsistente
- Inseguimento con lo sguardo
- Comportamenti ed azioni intenzionali (non attività riflessa) sulla stimolazione ambientale
- Comunicazione funzionale interattiva: o uso funzionale di 2 oggetti diversi o verbalizzazione, scrittura, risposte sì/no, uso di comunicazione alternativa o comunicatori facilitanti.

L'*Aspen Consensus Group* ha, inoltre, chiarito che l'uscita dal SMC e il recupero verso un stato superiore avviene lungo un continuum il cui limite superiore è necessariamente arbitrario.

Di conseguenza i criteri diagnostici dell'uscita dal SMC sono basati su un'ampia classe di comportamenti funzionali che solitamente si osservano nel corso del recupero di tali pazienti.

I criteri di valutazione dell'uscita dal SMC possono, in alcuni casi,

sottovalutare il livello di coscienza. Inoltre, la presenza di afasia, agnosia, aprassia possono rappresentare fattori importanti per la "non-responsività" del paziente.

Vengono, pertanto suggerite anche le modalità da seguire per valutare correttamente, la reale presenza/assenza di consapevolezza:

- per ottenere la risposta ottimale è necessario somministrare stimoli adeguati;
- valutare sempre la presenza di fattori interferenti, quali il contemporaneo uso di sedativi o antiepilettici;
- valutare attentamente se a seguito di un comando verbale la risposta non sia riflessa (per es. è molto difficile definire se la chiusura degli occhi sia l'esecuzione di un ordine oppure avvenga naturalmente);
- fare attenzione a che le richieste non superino la capacità e la possibilità del paziente;
- analizzare bene il *range* delle risposte;
- effettuare la valutazione del paziente in un ambiente privo di distrazioni;
- effettuare valutazioni ripetute e durevoli con osservazioni sistematiche e misure strategiche rilevanti;
- prendere in considerazione i componenti della famiglia, i *caregivers* e tutto lo staff professionale dedicato all'assistenza per meglio definire le procedure di valutazione.

È necessario comunque dedicare tempo ad acquisire l'esperienza e valutare le caratteristiche cliniche sulla base di una approfondita conoscenza dei danni cerebrali.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLO STATO VEGETATIVO

Lo SV deve essere distinto da altre condizioni cliniche, sovente confuse con esso, non solo nel linguaggio comune ed in quello dei media (morte cerebrale, coma, *locked-in syndrome*).

MORTE CEREBRALE (sinonimi da sconsigliare: coma, *depassé*, coma irreversibile)

La morte cerebrale non è una patologia, ma un criterio di accertamento della morte.

Le persone in morte cerebrale non sono più vive e deve essere sospeso qualsiasi trattamento terapeutico. Dal punto di vista neurologico, il paziente in stato vegetativo non è in morte cerebrale, perché il suo cervello, in maniera più o meno imperfetta, non ha mai smesso di funzionare, respira spontaneamente, continua a produrre ormoni che regolano molte delle sue funzioni, digerisce, assimila i nutrienti.

Secondo la legge 578/93 la morte cerebrale viene definita come la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo e non solo di quelle del tronco. Per poter diagnosticare la morte cerebrale occorre che vengano rilevati:



- stato di incoscienza;
- assenza di riflessi corneale, fotomotore, oculo-cefalico e oculo-vestibolare;
- assenza di reazione a stimoli dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino, del riflesso carenale e assenza di respirazione spontanea dopo sospensione di quella artificiale fino al raggiungimento di ipercapnia accertata di 60 mmHg con pH ematico minore di 7,4;
- silenzio elettrico cerebrale, documentato da EEG eseguito secondo particolari modalità tecniche riportate nell'allegato 1 del Decreto ministeriale 22 Agosto 1994 n. 582.

I riflessi spinali possono essere presenti.

In particolari condizioni è richiesta la documentazione della assenza del flusso cerebrale.

Il periodo di osservazione per la diagnosi di morte cerebrale deve protrarsi per sei ore negli adulti e nei bambini di età superiore a cinque anni, dodici ore nei bambini di età compresa tra uno e cinque anni, ventiquattro ore nei bambini di età inferiore a un anno. L'EEG, eseguito ogni volta per trenta minuti continuativi, deve essere ripetuto ogni tre ore.

MORTE CORTICALE

In passato usata come sinonimo di stato vegetativo, anche con il sinonimo di sindrome apallica.

Si tratta di terminologie da sconsigliare per che il paziente con grave danno corticale non è morto e perché non tutti i pazienti in stato vegetativo presentano lo stesso tipo e la stessa estensione delle lesioni corticali.

COMA

È una condizione clinica secondaria a molteplici tipi di danno cerebrale, strutturale o metabolico, a carattere focale o diffuso. Si tratta di uno stato di abolizione della coscienza e delle funzioni somatiche (motilità, sensibilità, espressione e compressione verbale) associate ad alterazioni, talora marcate, del controllo e della regolazione delle funzioni vegetative o vitali (respirazione, attività cardiaca e pressoria) e della vita di relazione.

Il paziente giace per lo più immobile, ad occhi chiusi, in uno stato non suscettibile di risveglio e in assenza di risposte finalizzate a stimoli esterni o bisogni interni. Le uniche risposte che si possono ottenere, più o meno alterate a seconda dei casi, sono di tipo riflesso, troncoencefalico, spinale o vegetativo. L'EEG può presentare quadri molto diversi.

LOCKED-IN SYNDROME (LIS)

In questa condizione il paziente è paralizzato ai quattro arti (tetraplegia), senza compromissione della coscienza e delle attività mentali. Si presenta in vari stadi. Il più grave permette al paziente la sola comunicazione con lo sguardo tramite i movimenti oculari

sul piano verticale e l'ammiccamento. La causa più frequente è una lesione a livello del ponte da occlusione dell'arteria basilare. La LIS è una sindrome di de-efferentazione, con immobilità assoluta ad eccezione della motilità oculare, coscienza conservata e presenza di chiara consapevolezza di sé e dell'ambiente.

La de-efferentazione motoria è selettiva soprannucleare e produce una tetraplegia e paralisi pseudobulbare senza interferire con lo stato di coscienza. Tale condizione può realizzarsi anche in caso di gravissime alterazioni della funzionalità dei nervi periferici e cranici, come può accadere nella sindrome di Guillain Barré. I pazienti sono vigili e coscienti, ma privi di motilità, espressioni facciali e possibilità di vocalizzazione.

In acuto è molto difficile la valutazione cognitiva ed emotiva del paziente a causa di vigilanza fluttuante e movimenti oculari inconsistenti e facilmente esauribili.

I criteri diagnostici prevedono:

- coscienza presente;
- ritmo sonno-veglia;
- quadriplegia;
- funzione uditiva conservata;
- funzione visiva conservata;
- anartria;
- stato emotivo conservato.

In letteratura si sospetta che alcuni pazienti in stato vegetativo possano essere affetti da una sorta di super-Locked-in, realizzando una condizione in cui pur mantenendo una forma di coscienza, non possono più comunicare neanche con gli occhi.

MALATTIA TERMINALE

Il paziente in stato vegetativo può restare in vita per anni con una assistenza minima.

Non Pertanto, il paziente in stato vegetativo non può essere identificato in alcun modo, con un malato terminale, caratterizzandosi come un grave disabile che richiede solo un'accurata assistenza di base, analogamente a quanto avviene in molte altre situazioni di lesioni gravi di alcune parti del cervello che limitano la capacità di comunicazione e di auto-sostentamento.

SOPRAVVIVENZA dei pazienti in stato vegetativo da oltre un anno Per quanto riguarda la sopravvivenza dei pazienti in stato vegetativo da oltre un anno, non esiste significativa differenza nella sopravvivenza tra i pazienti ricoverati in strutture dedicate e quelli a domicilio. Sono noti nella letteratura numerosi casi di sopravvivenza oltre i dieci.

STACCARE LA SPINA

Il paziente in stato vegetativo di per sé non necessita di alcuna macchina per continuare a vivere, non è attaccato ad alcuna spina.

Servizi psichiatrici a porte aperte: è davvero un rischio calcolato?

Durante la preparazione di questo numero di "Infermiere Oggi" è pervenuto in redazione un intervento a firma dell'infermiera Simona Alicino, impiegata presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (Spdc) dell'ospedale San Donato di Arezzo e presso l'università romana di Tor Vergata. L'autrice di questo contributo pone, in estrema sintesi, una questione molto importante, e che intendiamo condividere con tutti voi iscritti al Collegio Ispavi di Roma. Si tratta di cosa è accaduto a partire dall'abolizione delle strutture manicomiali nel 1978, con l'istituzione dei Servizi Psichiatrici. Vi invitiamo dunque ad un'attenta lettura, chiedendovi di mandarci le vostre esperienze professionali a riguardo, ove possibile, al fine di aprire un serio e documentato dibattito sul ruolo del personale infermieristico in questo tipo di strutture.

Dopo l'abolizione delle strutture manicomiali grazie alla legge Basaglia (n.180 del 13/05/1978), sono stati creati i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (Spdc) con la funzione di accogliere i pazienti in fase acuta senza quel clima restrittivo,

eccessivamente custodialistico e depersonalizzante che caratterizzava i vecchi "manicomi".

Da un punto di vista etico e sociale, si è venuta a creare una situazione migliore per i pazienti con disturbi mentali, non più isolati dal mondo esterno, non soggetti all'alienazione e alla contenzione fisica, ma reinseriti nella società e riconosciuti come: "soggetti con disagi psichici" piuttosto che come "pazzi".

In pratica, si è compiuto un grande passo in avanti, anche se tuttora alcuni sostengono che si è scaricata una grande responsabilità e peso emotivo sulle famiglie dei pazienti, che devono farsi carico della persona disagiata (ricordiamo, però, che sono presenti ovunque i servizi territoriali del Dipartimento di Salute Mentale che svolgono attività domiciliare sulle dodici ore, seguendo da vicino il decorso della patologia psichica, coadiuvando in tutto i familiari).

Ora, però, siamo di fronte ad un nuovo dilemma che ci riporta al tema centrale della pericolosità del malato mentale, dei diritti fondamentali dell'individuo e responsabilità degli operatori sanitari:

• **porte aperte per gli Spdc?**



Bisogna riconoscere che l'argomento ha creato una scissione tra gli psichiatri stessi, oltre che tra noi infermieri. Molti affermano che esistono ben precisi presupposti etico-politici per i quali è "giusto" mettere da parte il regime obsoleto di tipo carcerario che caratterizza, comunque, gli Spdc e passare, finalmente, ad un sistema in cui il cardine principale è il diritto di libertà dell'individuo; secondo altri, invece, rappresenta un passo sbagliato: c'è chi non vuole finire "davanti al giudice" perché il paziente, non contenuto in reparto, può compiere atti violenti su se stesso o, peggio, verso terzi.

E, in effetti, la questione non è affatto semplice, perché, in entrambi i casi, sussistono delle contraddizioni inerenti il campo etico e sociale.

Proviamo a riflettere: se arriva in reparto un paziente in scompenso psicotico, in preda a deliri per i quali tende ad esercitare violenza, è giusto lasciarlo scorrazzare per la struttura ospedaliera?

E se, a causa dei suoi deliri od allucinazioni, si getta da una finestra, possiamo dire di aver agito per il bene della persona, perché non abbiamo violato il suo diritto di libertà? Oppure, se il paziente, in preda alla confusione, si allontana dalla struttura ospedaliera ed accidentalmente finisce investito da un'auto pos-



siamo davvero dire: "ho la coscienza tranquilla perché non ho impedito la sua libertà?". Non dimentichiamo che molti pazienti con disturbi mentali accettano di buon grado di ricoverarsi in Spdc perché lo considerano un luogo tranquillo, che li protegge da eventi esterni stressanti in momenti in cui, a causa della loro patologia, non sono in grado di affrontarli. Un riparo sicuro.

È chiaro che tra noi operatori le porte aperte non contribuiscono affatto a diminuire l'ansia o lo stress (come alcuni sostengono), bensì ad aumentarla, poiché non possiamo essere certo indifferenti al pensiero che un degente confuso, delirante o allucinato vaghi senza meta, magari arrecando danno a sé o agli altri e non possiamo neanche nasconderci dietro a frasi come: "tanto c'è la prescrizione medica", o "lo psichiatra ha dato il permesso" per tacitare la nostra coscienza, sia come infermieri che come persone.

Forse, è più corretto fare una distinzione (come già accade in molti Spdc): cautelare "con le porte chiuse" quei pazienti in fase di scompenso, spesso in regime di Tso, che non sono, momentaneamente, in grado di esercitare il proprio diritto di libertà senza nuocere; diversamente, permettere la "libera uscita" dall'Spdc a chi è psichicamente compensato.

Negli Spdc di alcune città italiane (Mantova, per esempio) questa "apertura" è già in vigore con risultati positivi e rassicuranti sia per i pazienti che per gli operatori (come si evince dagli atti del Convegno, ivi tenutosi a giugno 2008).

Ma è chiaro che per poter uniformare la linea di condotta da seguire ci vuole ancora tempo.

Intanto, si hanno a disposizione adeguate opportunità di riflessione critica, ottenute mediante la discussione di quelle esperienze maturate nell'esercizio quotidiano della pratica professionale.

Simona Alicino



LAVORO

Infermiere "high skill"

Nell'Olimpo delle cosiddette professioni *high skill*, ovvero le più richieste sul mercato del lavoro, gli infermieri restano saldamente nelle posizioni di vertice della graduatoria nazionale, tra i più ricercati in assoluto. Poco più giù i fisioterapisti. Negli ultimi tre anni la domanda delle due figure professionali è cresciu-

ta quasi di un terzo, con una media del 9,9% all'anno. L'andamento delle assunzioni nel triennio 2006-2008 pone gli infermieri al quarto posto assoluto, al quinto nell'ultimo anno. Inoltre gli infermieri guidano la pattuglia di vertice dei professionisti laureati. Ecco le 27 professioni più richieste nel 2008 e l'andamento nell'ultimo triennio.

ASSUNZIONI				
Figura	Anno 2008	Laureati %	Cumulate 2006-2008	Tendenza 2006-2008
Addetto contabilità	16.980	8,6%	44.680	=
Addetto amministrazione	12.520	16,1%	27.000	+
Operatore commerciale	7.020	38,1%	17.890	+
Addetto contabilità generale	5.920	6,3%	9.630	+
Infermiere	4.640	100,0%	13.470	-
Disegnatore cad-cam	4.080	23,9%	10.530	+
Educatore professionale	3.670	100,0%	10.140	-
Programmatore informatico	3.650	46,4%	9.520	=
Assistente tecnico clienti	2.950	34,7%	7.380	+
Progettista meccanico	2.600	100,0%	5.930	+
Tecnico commerciale	2.570	66,0%	7.410	-
Addetto contabilità clienti-fornitori	2.570	6,5%	5.780	+
Venditore tecnico	2.520	33,0%	6.400	-
Analista programmatore informatico	2.500	76,4%	5.900	+
Addetto marketing	2.310	59,3%	6.030	+
Farmacista	2.240	100,0%	6.090	-
Sviluppatore software	2.120	78,7%	4.520	+
Progettista software	2.000	76,0%	4.910	+
Addetto logistica	2.000	37,2%	4.400	+
Addetto acquisti	1.920	28,1%	4.200	+
Progettista settore metalmeccanico	1.810	73,6%	4.720	+
Tecnico informatico assistenza clienti	1.560	34,5%	4.240	+
Assistente di cantiere edile	1.560	18,3%	4.220	-
Addetto consulenza fiscale	1.530	0,0%	3.920	+
Fisioterapista	1.510	100,0%	3.870	-
Operatore commerciale estero	1.270	40,5%	4.160	-
Progettista edile	1.260	56,8%	3.270	-
Responsabile amministrativo	1.230	24,1%	2.890	+
Banconista di agenzia viaggi	1.020	0,0%	4.080	-
Informatore medico-scientifico	780	100,0%	3.820	-

Fonte: Sistema Informativo Excelsior - Unioncamere - Ministero del Lavoro

MA... DA QUANT'E'
CHE ASPETTI IL CAMBIO?



NOTIZIE DALLA REGIONE

Pronto soccorso meno intasati grazie al numero verde anti-influenza

Influenza: con il numero verde ridotti drasticamente gli accessi ai Pronto soccorso

Migliaia di telefonate ricevute e altrettanti cittadini assistiti telefonicamente, con una drastica riduzione degli accessi ai Pronto Soccorso. Questo il primo bilancio, dopo le feste natalizie, del Progetto Influenza messo a punto dalla Regione, con la collaborazione dell'Ares 118, dei medici di famiglia e della Protezione civile regionale.

Complessivamente sono arrivate tra il 23 e il 29 dicembre circa 7.000 telefonate ai telefoni del numero verde anti influenza della Protezione civile del Lazio (803 555) e a quelli della guardia medica, le chiamate sono state smistate dagli operatori a personale medico di servizio e hanno permesso di ridurre drasticamente il ricorso al 118, limitando così gli accessi al Pronto Soccorso ai soli casi realmente urgenti.

Particolarmente efficace si è dimostrato il numero verde unico della Protezione civile (803 555) che, si ricorda, è a disposizione dei cittadini fino a fine febbraio. Il numero unico, che mette direttamente in contatto con i medici di base per gestire rapidamente i casi di influenza, ha ridotto infatti in larga misura gli accessi impropri nei servizi d'urgenza degli ospedali, grazie al

supporto di circa 3.800 medici di base (di cui 400 pediatri) che lavorano nei gruppi Ucp (Unità di Cure Primarie).

Sul totale delle telefonate ricevute dall'803 555 (alcune delle quali anche da fuori regione), dopo un attento screening, nel 92% dei casi è stato possibile dare una risposta esclusivamente grazie al consulto telefonico, mentre nel 6,7% delle occorrenze sono intervenuti fisicamente i medici delle Ucp. Solo nell'1,3% dei casi si è effettivamente reso necessario l'intervento del 118.

Istituito il servizio di telesoccorso per anziani e disabili

Il Consiglio regionale del Lazio ha istituito il Servizio gratuito di teleassistenza e di telesoccorso sanitari per anziani, portatori di handicap grave e ammalati cronici non ospedalizzati.

A usufruirne saranno i cittadini ultra 75enni monoreddito o con reddito pensionistico inferiore ai diecimila euro annui e i portatori di handicap gravi. I Comuni, che censiranno gli aventi diritto, ne comunicheranno gli elenchi alle Asl, che dovranno provvedere materialmente allo svolgimento del servizio attraverso





È Bere il nuovo direttore generale dell'Ifo

La commissione Sanità del Consiglio regionale del Lazio ha espresso parere favorevole all'unanimità dei presenti, al decreto del presidente della Regione con cui il professor Francesco Bereve viene nominato direttore generale dell'Ircs Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma – Ifo.

Si tratta di una nomina resa necessaria dalle dimissioni dell'ex direttore Marino Nonis, avvenute lo scorso giugno.

Francesco Bereve, cinquantadue anni, professore universitario, laureato in Medicina e chirurgia all'Università "La Sapienza" di Roma, master in gestione manageriale in Sanità presso l'Università Bocconi e specializzazione anche presso la Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione, lascia l'attuale incarico di Direttore generale della Fondazione Ime (Istituto Mediterraneo di Ematologia). In precedenza, Bereve è stato anche direttore generale dell'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata e direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera Sant'Andrea.

Durante il dibattito svoltosi in commissione, il presidente della commissione, Luigi Canali, ha rivendicato che "tutte le iniziative del commissario alla sanità siano sottoposte all'attenzione del Consiglio regionale. Sia gli esponenti di maggioranza sia quelli di opposizione presenti in commissione sanità hanno accolto la proposta di una convocazione straordinaria per discutere di questo".

convenzioni con società, organizzazioni onlus, imprese sociali ed enti non commerciali. A tali soggetti è richiesto il possesso di determinati requisiti strutturali e funzionali: dotazione tecnologica adeguata, personale qualificato attivo 24 ore su 24, capacità di gestione e installazione dei terminali presso le abitazioni degli assistiti.

Le Asl avranno un anno di tempo, a partire dall'entrata in vigore della legge, per stipulare le convenzioni. La Giunta regionale, nel frattempo, avvierà comunque la sperimentazione del progetto nei territori delle Asl Rm B, Rm D e Frosinone.

Maggiori informazioni on line, all'indirizzo www.consiglio.regione.lazio.it



Emergenza sanitaria nella Valle del Sacco

Circa cinquecento cittadini residenti a ridosso del fiume Sacco convivranno probabilmente per tutta la loro vita con il beta esaclorocicloesano, una sostanza inquinante derivante dalla produzione nella zona al confine tra la provincia di Roma e di Frosinone, di un potente insetticida, il lindano, bandito dal 2001.

A riferirlo alla commissione Sanità del Consiglio regionale del Lazio, è stato il responsabile del dipartimento di Epidemiologia dell'Asl Rm/E, Carlo Perucci, a margine di una prima analisi a campione sulla popolazione per accertare lo stato di contaminazione causato dai rifiuti tossici degli insediamenti industriali insistenti nella Valle del Sacco a partire dagli anni '50.

"I risultati sono a noi noti da qualche mese, ma abbiamo atteso per motivi etici e organizzativi che anche l'ultimo cittadino contaminato fosse stato contattato di persona prima di diffondere pubblicamente il nostro studio - ha spiegato Perucci -. Finora abbiamo condotto test su 246 persone (delle 440 individuate e contattate), ma ne restano da analizzare almeno altre 700, che consideriamo ugualmente esposte al rischio. Secondo le nostre proiezioni, il 55% dei casi trattati dovrebbe risultare contaminato e in maniera praticamente irreversibile, dal momento che il beta esaclorocicloesano ha vita lunga, è solubile nei grassi, sembra ormai entrato nel ciclo alimentare e non viene metabolizzato dal corpo umano. Paradossalmente, può essere espulso, nelle donne, solo mediante allattamento, ma mettendo di conseguenza a rischio la salute del bambino".

Una quadro molto preoccupante, che prefigura un disastro ambientale non circoscrivibile alle sole sponde del fiume Sacco. Sia negli uomini che negli animali, il principale bersaglio di una esposizione acuta è il sistema nervoso. Inoltre, molti studi correlano l'esposizione al beta esaclorocicloesano con l'insorgenza di diabete e con problemi alla funzionalità della tiroide e dell'apparato riproduttivo.

Perucci ha quindi esposto alla Commissione il programma di sorveglianza predisposto per fronteggiare l'emergenza ambientale e sanitaria.

Saranno oggetto di tale programma tutte le persone residenti al 1° gennaio 2005 ad una distanza di un chilometro dal fiume Sacco, nei comuni di Colleferro, Segni, Gavignano, Sgurgola e Morolo.

Presso le Asl Rm/G e di Frosinone verrà attrezzato uno sportello informativo e saranno organizzati incontri con i medici di base dell'area per fornire informazioni continue ed aggiornate sul livello di contaminazione del territorio. Presso la Asl Rm/G sarà poi attivato un ambulatorio centralizzato per favorire i controlli periodici della popolazione e ciascuna persona analizzata riceverà informazioni sul proprio stato di contaminazione e risposte individuali sui controlli effettuati.

In chiusura di seduta, il presidente della commissione, Luigi Canali, ha proposto un fondo di indennizzo per i cittadini contaminati.

DOMANDE & RISPOSTE

Cosa è il beta-esaclorocicloesano (beta-HCH)?

Il beta-HCH è una sostanza chimica organo-clorurata, un sottoprodotto della produzione del Lindano. Il Lindano è un insetticida vietato in Italia dal 2001. Veniva prodotto dall'industria chimica SNIA-BPD con sede a Colleferro.

Come mai il beta-HCH ha contaminato il fiume Sacco, le aziende agricole e gli animali?

Nel marzo 2005 è stato riconosciuto lo stato di emergenza per la valle del fiume Sacco in seguito ad all'analisi di alcuni campioni di latte crudo di un'azienda agricola in cui sono stati trovati livelli di beta-HCH molte volte superiore ai livelli previsti dalla legge. In seguito si è accertato che l'inquinamento era esteso a tutta l'area lungo il fiume Sacco. E' probabile che lo smaltimento non controllato dei prodotti di

lavorazione dell'industria chimica locale abbia raggiunto nel corso degli anni il fiume. Attraverso le periodiche esondazioni del fiume e l'uso dell'acqua per irrigazione, la sostanza chimica ha raggiunto e contaminato anche il suolo superficiale e quindi le coltivazioni agricole e di conseguenza il foraggio degli animali e gli animali stessi.

Il beta-HCH ha anche contaminato le persone e come?

Uno studio recente ha dimostrato che questa sostanza tossica in alcuni casi si è accumulata nell'organismo delle persone. La contaminazione dell'uomo è avvenuta principalmente attraverso l'assunzione di acqua e di cibo contaminato. E' probabile che il consumo di prodotti alimentari della zona inquinata abbia provocato il passaggio della sostanza all'uomo.

Chi è stato contaminato?

Alcune persone residenti entro 1 km dal fiume hanno livelli nel sangue di questa sostanza superiori alla media. E' chiaro che la contaminazione è avvenuta nel corso degli anni; presentano valori più elevati le persone adulte e anziane (di età superiore ai 45 anni). La contaminazione è avvenuta solo in chi ha abitato in prossimità del fiume e ha fatto uso di prodotti alimentari locali.

Che effetti sulla salute può avere questa contaminazione?

I dati scientifici dicono che si tratta di una sostanza tossica che rimane nell'organismo per diverso tempo perché si accumula nei tessuti grassi. Questa sostanza tossica può avere degli effetti negativi sulla salute, anche se i dati scientifici sono molto incerti. In particolare potrebbe provocare un

aumento della probabilità di disturbi del fegato, del rene, del cuore, del sistema immunitario, del sistema neurologico, della tiroide e di altre ghiandole. Anche lo sviluppo di alcuni tipi di tumore potrebbe essere legato all'esposizione al beta-HCH, ma le conoscenze su questo argomento sono ancora molto limitate.

Cosa si propone la sorveglianza ?

La sorveglianza sanitaria prevede il monitoraggio biologico periodico della concentrazione dib-HCH nel sangue e controlli periodici di salute dei residenti in prossimità del fiume Sacco. Viene previsto un controllo di carattere clinico e strumentale ogni due anni della popolazione residente con determinazioni relative ai parametri funzionali di diversi organi ed apparati.



Lesioni colpose e principio di affidamento Un nuovo caso di responsabilità professionale

In questo numero pubblichiamo per stralcio, ma fedelmente riportando i passi più interessanti ai nostri fini, una sentenza che giudica un caso di responsabilità professionale di equipe, analizzando in particolare i rapporti tra infermiere e medico chirurgo nel reato di lesioni colpose gravissime per essere stata somministrata al paziente una soluzione contenente adrenalina e carbocaina alla quale era stata aggiunta per errore, invece di una soluzione fisiologica, un disinfettante contenente benzalcolonio cloruro (verosimilmente "Desogen" o "Neodesogen") che aveva cagionato, dopo l'infiltrazione sottocutanea, un edema imponente e necrosi a carico di alcuni tessuti.

La sentenza della Corte di cassazione (del 28 maggio 2008 n. 24360), ha suscitato in me un certo interesse per diverse ragioni. Innanzitutto oggetto della sentenza è un reato - le lesioni personali colpose - piuttosto frequente nella casistica delle professioni sanitarie, forse il più frequente.

Inoltre la sentenza è recente e, quindi, interviene in una fase avanzata del processo evolutivo della professione infermieristica. In questo senso mi interessa evidenziare il complesso equilibrio tra la professione infermieristica (nella sua quotidianità), le norme sulla professione infermieristica e la sintesi interpretativa fatta dai giudici (quindi come la giurisprudenza interpreta l'attività infermieristica alla luce delle norme).

L'ultima ragione per cui la sentenza mi ha colpito è quella relativa al principio di affidamento che consiste in questo: *"ciascuno risponde delle conseguenze della propria condotta, commisiva od omissiva, e nell'ambito delle proprie conoscenze e specializzazioni, mentre non risponde, invece, dell'eventuale violazione delle regole cautelari da parte di terzi"*.

La sentenza in esame prende in considerazione l'applicabilità di questo principio in relazione all'operato dell'equipe chirurgica e in particolare relativamente al dovere di controllo che ha il chirurgo operatore.

Pochi, anzi pochissimi cenni vi farò sul reato di lesioni previsto dall'art. 582 del Codice penale, ai sensi del quale *"chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni"*.

Il caso considerato, però, come vi avevo anticipato, è quello specifico delle lesioni colpose (art. 590): *"chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a 309 euro...[omissis...]"*.

Il giudizio di primo grado

Il Tribunale di Cosenza, con sentenza 5 marzo 2003, condannava M.F. (chirurgo plastico) e R.E. (ferrista) per il delitto di lesio-

ni colpose in danno del paziente Ma.Fr. Il Tribunale riteneva accertato che i due imputati, nelle rispettive qualità avessero cagionato lesioni gravissime alla paziente (malattia superiore ai quaranta giorni e deformazione permanente del viso).

Il fatto si era verificato nel corso di un intervento di rinoplastica eseguito il 16 ottobre 1999 presso la clinica (omissis); secondo la ricostruzione del Tribunale il chirurgo aveva somministrato alla predetta paziente una soluzione contenente adrenalina e carbocaina alla quale era stata aggiunta per errore, invece di una soluzione fisiologica, un disinfettante contenente benzalcolonio cloruro (verosimilmente "Desogen" o "Neodesogen") che aveva cagionato, dopo l'infiltrazione sottocutanea, un edema imponente e necrosi a carico di alcuni tessuti con le conseguenze già indicate. In particolare il primo giudice affermava la responsabilità del chirurgo per non aver controllato la condotta del ferrista che, nella preparazione del composto, aveva erroneamente utilizzato il detergente in luogo di una innocua soluzione fisiologica. In separato giudizio il Tribunale di Cosenza, con sentenza 9 gennaio 2006, assolveva dal medesimo reato F.F., un infermiere che aveva partecipato all'intervento.

Il giudizio di secondo grado

In sede di impugnazione la Corte d'Appello di Catanzaro, con sentenza 10 aprile 2007, ha solo parzialmente confermato la sentenza di primo grado riaffermando la responsabilità del ferrista e assolvendo invece il chirurgo. La Corte d'appello ha ritenuto accertato che la soluzione fosse stata predisposta dal primo, mentre ha escluso la responsabilità del secondo perché questi aveva fornito al ferrista le corrette istruzioni per la preparazione della soluzione.

In particolare la sentenza impugnata fa riferimento al principio di affidamento ricordando che R.E. era una persona esperta che, in più occasioni, aveva partecipato ad interventi di chirurgia estetica e precisando che, nell'occasione dell'intervento oggetto del presente processo, alcun elemento emergeva dal quale potesse dedursi la necessità di un controllo più approfondito dell'attività del ferrista o un dubbio sulla correttezza del suo operare.

Il giudizio della Corte di cassazione

Contro la sentenza della Corte catanzarese sono stati proposti due ricorsi:

uno da parte del Procuratore generale della Repubblica presso la Corte indicata;

uno da parte dell'imputato condannato R.E. (il ferrista).

Il Procuratore generale censura la sentenza di secondo grado limitatamente all'assoluzione di M.F. deducendo l'erronea applicazione della legge penale con riferimento all'inesatta applicazione del principio di affidamento rilevando che il con-

trollo sulla corretta miscelazione della sostanza iniettata spettava al chirurgo essendo, la funzione dell'infermiere, nel settore chirurgico, limitata alle attività di assistenza.

Questo obbligo di controllo era da ritenere, secondo il Procuratore, ancor più pregnante nel caso in esame in considerazione della circostanza che era la prima volta che il chirurgo e il ferrista facevano parte della medesima equipe chirurgica e del fatto che le caratteristiche dei composti della soluzione erano facilmente interscambiabili trattandosi di sostanze inodori e incolori.

Dal canto suo, l'infermiere R.E. ha proposto i seguenti motivi di censura con cui si deducono violazione di legge e vizio di motivazione sotto i seguenti profili: non esisterebbe la prova di circostanze decisive per l'affermazione di responsabilità del ricorrente. In particolare:

- non sarebbe affatto provato che nella disponibilità della clinica vi fosse il disinfettante "Desogen" o "Neodesogen" perché l'esame delle fatture di acquisto acquisite dimostrerebbe il contrario;
- non esisterebbe la prova che le lesioni siano state provocate da questa sostanza; anzi lo stesso chirurgo aveva inizialmente affermato che si trattava di una reazione allergica;
- i periti e consulenti hanno accertato che il "Desogen" è idoneo a provocare le conseguenze verificatesi solo se puro mentre è indiscusso che, se esistente, il prodotto era in soluzione con altre sostanze;
- l'affermazione che la soluzione è stata preparata da R. proviene dal solo M. evidentemente interessato ad allontanare da sé la responsabilità;
- le sentenze di merito sarebbero gravemente carenti per aver omesso di accertare i ruoli dei singoli partecipi dell'equipe ed anzi non sarebbero neppure riuscite ad individuare le posizioni degli operanti intorno al tavolo operatorio;
- esisterebbe in atti la prova che il detergente (o comunque la sostanza estranea) sarebbe stato versato nella soluzione da altro infermiere (tale F. non coinvolto nel processo) che l'avrebbe confuso con l'adrenalina.

Il Chirurgo ha infatti riferito di aver chiesto a F. di versare nel composto l'adrenalina il cui scopo è quello di evitare il sanguinamento. Poiché un forte sanguinamento di fatto si è verificato il ricorrente (l'infermiere) ne trae la conseguenza che F. avrebbe versato nel composto non l'adrenalina ma una sostanza diversa e quindi, presumibilmente, il disinfettante.

Di ciò si avrebbe conferma nella circostanza, riferita dal consulente tecnico del pubblico ministero, che, se fosse stata effettivamente somministrata l'adrenalina alla paziente non si sarebbe verificato l'aumento della frequenza del battito cardiaco che in effetti si verificò.

Va premesso che, alla data odierna, il reato ascritto agli imputati è da ritenere prescritto. Tuttavia il giudizio è proseguito al solo scopo di verificare se gli imputati sono o meno innocenti. In tal caso l'innocenza è necessario che emerga "positivamente" dagli atti, e senza necessità di ulteriori accertamenti, la prova dell'innocenza dell'imputato (cfr. Cass. sez. 5^a, 2 dicembre 1997 n. 1460, Fratucello; sez. 1^a, 30 giugno 1993 n. 8859, Mussone).

La fattispecie in esame si caratterizza proprio per la mancanza dei ricordati presupposti per l'assoluzione degli imputati nel merito.

Quanto al ricorso proposto dal Procuratore generale nei confronti del dott. M. deve infatti osservarsi che impropriamente i giudici di appello hanno fatto riferimento al cosiddetto "principio di affidamento". Su questo principio va preliminarmente osservato che, com'è noto, per il principio di personalità della responsabilità penale, ciascuno risponde delle conseguenze della propria condotta, commissiva od omissiva, e nell'ambito delle proprie conoscenze e specializzazioni; non risponde invece dell'eventuale violazione delle regole cautelari da parte di terzi.

Questo principio non è però di automatica applicazione quando esistano altri partecipi della medesima attività o che agiscano nello stesso ambito di attività o nel medesimo contesto. In questi casi si pone il problema del rapporto tra la condotta dell'agente e quella del terzo ed in particolare dell'influenza della condotta colposa del terzo su quella dell'agente.

Sono da ritenere superate quelle posizioni che, soprattutto in tema di circolazione stradale, tendevano a far ritenere prevedibili le altrui inosservanze delle regole cautelari; oggi prevalgono le opinioni dirette a ritenere prevedibili le violazioni solo nei casi in cui esistano elementi sintomatici dell'esistenza o della probabile violazione della regola cautelare da parte del terzo.

Solo se l'agente ha la percezione (o dovrebbe averla) della violazione delle regole da parte di altri partecipi nella medesima attività (per es. un'operazione chirurgica svolta in equipe) - o comunque si trova in una situazione in cui diviene prevedibile l'altrui inosservanza della regola cautelare (che deve avere caratteristiche di riconoscibilità) - ha l'obbligo di attivarsi per evitare eventi dannosi.

Nel caso in esame va peraltro osservato che la preparazione del composto medicinale da somministrare è certamente un atto medico di competenza del medico chirurgo; questi può delegarne a persona competente l'esecuzione materiale ma deve sempre controllare, proprio perché si tratta di atto solo a lui riferibile, la corretta esecuzione dell'operazione; e, nella specie, non risulta che questo controllo sia stato dal chirurgo posto in essere.

Ma se anche la preparazione del composto non fosse da considerare atto medico non per questo verrebbe meno la responsabilità del medico chirurgo perché i ricordati principi che regolano il principio di affidamento non si applicano nel caso in cui all'agente sia attribuita una funzione di controllo dell'opera altrui; in questo caso egli risponde secondo le regole ordinarie delle condotte colpose del terzo da lui riconoscibili ed evitabili. Del resto già in altre occasioni è stato affermato che la funzione dell'infermiere, nel corso dell'intervento chirurgico, è di assistenza del personale medico cui vanno riferite le attività svolte (v. Cass. sez. 4^a, 26 maggio 2004 n. 39062, Picciurro, rv. 229832).

Si aggiunga, a conferma dell'esistenza nel caso di specie di quest'obbligo di controllo, che i giudici di merito hanno accertato l'esistenza di una situazione di rischio di confondimento sia per la presenza di diverse sostanze nella sala operatoria sia per le caratteristiche di queste sostanze, tutte inodori e incolori (nelle sentenza impugnata non se ne fa cenno ma da quella di primo grado risulta che i contenitori di queste sostanze erano privi di alcun contrassegno in violazione di un'elementare regola di prudenza diretta proprio ad evitare rischi di confondimento).

Da ciò consegue che non è affatto evidente la prova dell'innocenza del chirurgo.

Pur essendo, l'impugnazione proposta, diretta a fini diversi a non diverse conclusioni deve pervenirsi per quanto riguarda la posizione di R.E. per i soli effetti di natura penale.

Tutti i motivi del proposto ricorso - ... - non sono infatti idonei a fondare la prova evidente dell'innocenza dell'imputato nel senso già precisato.

Per questo motivo la sentenza della Corte di cassazione, ai fini penali, ritiene di limitare la propria pronuncia alla dichiarazione di prescrizione del reato ma senza accertare l'innocenza di nessuno degli imputati.

* * *

Tutti sarete rimasti colpiti dall'affermazione della Corte di cassazione secondo cui *"la preparazione del composto medicinale da somministrare è certamente un atto medico di competenza del medico chirurgo; questi può delegarne a persona competente l'esecuzione materiale ma deve sempre controllare, proprio perché si tratta di atto solo a lui riferibile, la corretta esecuzione dell'operazione"*.

In effetti è proprio questa affermazione il principale motivo che mi ha spinto a pubblicare questa sentenza, perché l'assunto della suprema corte stride con le norme della professione infermieristica prima fra tutte la regola del profilo professionale secondo cui l'infermiere garantisce la corretta somministrazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche (D.M. 739/94, recepito nell'art. 1 della legge n. 42 del 1999).

Mi piace pensare che queste riflessioni possano contribuire a far sentire in ciascuno il bisogno coltivare una cultura giuridica infermieristica.

Avv. Alessandro Cuggiani

Lo "starter kit" del ricercatore (parte terza)

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

Google, d'altro canto, è tra i migliori, ma non il migliore (chi non ricorda **Altavista**?).

La cosa migliore, oltre a "filtrare" i risultati con gli operatori booleani (ma attenzione, la sintassi non è standard in Google...) o con le "ricerche avanzate" o piuttosto con i trucchi specifici (doppi apici, operatori sintattici, ecc) è proprio quella di effettuare ricerche comparate con più motori di ricerca.

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

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

Altra informazione utilissima: i motori di ricerca si evolvono!

È proprio questo il caso di **Vivísimo**, software house con sede in Pittsburgh, Pennsylvania (Usa) che tenta, dopo una breve fase di test, di dire la propria in materia di "ricerche nel web"; e a settembre 2004 rilascia all'utenza finale **Clusty**, all'indirizzo: <http://clusty.com/>

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

Analizziamolo in dettaglio nella maniera più semplice possibile. Clusty consente di effettuare ricerche semplici o avanzate effettuando interrogazioni ad altri motori di ricerca, e ordina (novità) il risultato per "argomenti", detti "clusters", in modo automatico, per centrare subito l'obiettivo e non perdersi tra gli innumerevoli risultati delle ricerche sui motori tradizionali.

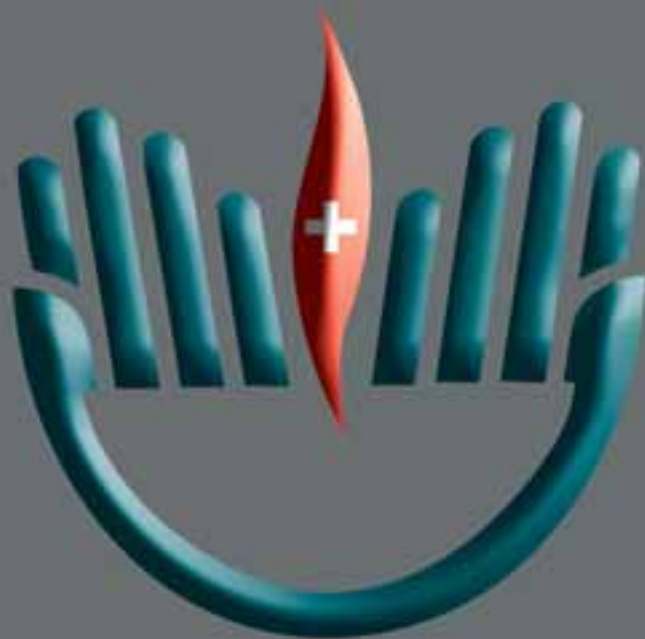
Anch'esso non è il migliore, ma è un motore molto promettente. Attualmente ancora in fase sperimentale (versione beta), ma già offre risultati altamente performanti in termini di usabilità.

Se oltretutto vi avventurate nella funzione "ricerca avanzata", avete la possibilità di fare ricerche complesse con un'interfaccia molto intuitiva e, visto che è rivolto soprattutto a case farmaceutiche, industrie e società scientifiche, potete fare ricerche addirittura su **Medline**! Allo scopo, ecco il link diretto per cercare in clustering in PubMed: <http://www.clustermed.info>

Per completezza di informazione, anche Microsoft sta proponendo in fase di sperimentazione il proprio motore di ricerca (assomiglia un po' a Google...). Testatelo anche voi a questa pagina: <http://search.msn.it/>

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





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