

INFERMIERE

oggi

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

N°2

EDITORIALE

Sbloccate le assunzioni!

CONTRIBUTI

Indagine sull'applicazione infermieristica della Triade Rogersiana nel cambio di genere

FOCUS

Assemblea Annuale



CRISI GLOBALE RISPOSTE GLOBALI

L'AVVOCATO DICE
La condotta dell'infermiere in caso di "prescrizione telefonica"

INFERMIERE

oggi

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXII - N. 2 - APRILE-GIUGNO 2012
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990

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

Direttore responsabile
Gennaro Rocco

Segreteria di redazione
Nicola Barbatto, Stefano Casciato, Mario Esposito,
Matilde Napolano, Carlo Turci

Comitato di redazione
Angela Basile, Bertilla Cipolloni, Stefano Di Carlo,
Gianfranco Del Ferraro, Maurizio Fiorda, Natascia Mazzitelli,
Francesca Premoselli, Maria Grazia Proietti, Angelina Palumbo,
Ausilia M.L. Pulimeno, Alessandro Stievano, Marco Tosini

Stampa
Artigrafiche Boccia SpA
Via Tiberio Claudio Felice, 7 - 84131 Salerno
e-mail: info@artigraficheboccia.com
Progetto grafico: EDS Roma
Foto: Mario Esposito; Fotolia

Finito di stampare: giugno 2012

Tiratura: 28.000 copie

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

"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 **Sbloccate le assunzioni!**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 **Bambini e adolescenti affetti da diabete mellito di tipo 1**
di Anna Lisa Maviglia
- 9 **L'intervento cognitivo-comportamentale nelle donne con depressione *post partum* all'interno dei Servizi di Salute Mentale**
di Maurizio Davi
- 15 **Indagine sull'applicazione infermieristica della Triade Rogersiana nel cambio di genere**
di Lendra Niego, Teresa Compagnone
- 20 **Gli interventi infermieristici più efficaci per migliorare l'immagine corporea nelle donne sottoposte a intervento chirurgico per K mammario**
di Demetrio Bilotta, Alessandra Bacchi, Laura Parmigiani
- 24 **Indagine sul vissuto infermieristico rispetto all'errore nelle Uo del presidio ospedaliero di Colleferro**
di Stella Del Ferraro
- 31 **Interventi chirurgici dei distretti testa collo: focus assistenziale in Orl**
di Claudio Carola
- 36 **La metafisica del dolore**
di Marco Di Muzio, Maria Santaniello, Domenico Barbato

FOCUS

- 39 **ASSEMBLEA ANNUALE DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 51 **Contratti e *turn over*.**
Lettera aperta alla presidente Polverini
- 52 **Festa dell'Infermiere a teatro per sostenere la lotta all'Aids**

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 53 **L'infermiere ideale? Tutto inizia con San Camillo de Lellis...**
- 54 **L'ipasvi al Congresso di Scienze infermieristiche pediatriche**
- 55 **Elezioni studentesche a Tor Vergata, trionfano gli "infermieri"**

DICONO DI NOI

- 56 **La crisi esaspera gli animi. Intanto la professione avanza...**

LETTO PER VOI

- 59 **Nuova edizione per il manuale "Infermieristica in area critica"**
- 60 **Autocura e automedicazione. La convergenza "apparente"**

L'AVVOCATO DICE

- 62 **La condotta dell'infermiere in caso di "prescrizione telefonica"**

LA VIGNETTA DEL MESE



Sbloccate le assunzioni!

di Gennaro Rocco

In una fase così difficile, la peggiore che la sanità abbia mai vissuto, tocca soprattutto a chi sta in prima linea non distrarsi e guardare in faccia la realtà. Siamo già sopraffatti da tagli di risorse e superlavoro, faticiamo fin troppo a garantire un'assistenza decente e non possiamo permetterci di cedere ai luoghi comuni.

La crisi e le storture del nostro sistema sanitario che in questi mesi stanno determinando il mancato pagamento di stipendio a tanti colleghi, che stanno togliendo il lavoro a tanti altri e che impediscono a molti giovani infermieri di trovare un'occupazione stabile hanno cause antiche e diverse. Le abbiamo denunciate con forza in tutte le sedi e continueremo a farlo. Con altrettanta forza, però, abbiamo il dovere di non abbandonarci a considerazioni pericolosamente superficiali.

Assistiamo sgomenti a una sorta di guerra fra poveri, tra licenziamenti, precariato, sfruttamento e paghe da fame. Un contesto che alimenta l'atteggiamento ostile l'uno verso l'altro ivi compresi i colleghi stranieri, visti come concorrenti diretti nella disperata lotta per il posto di lavoro.

Il nostro Paese invecchia rapidamente, crescono le multipatologie, cambiano i modelli di cura e serviranno sempre più infermieri. I dati recentemente diffusi confermano che all'appello mancano oltre 71 mila infermieri, circa 4.500 nella nostra regione, con un fabbisogno annuo di almeno 23 mila professionisti sanitari. **Il problema della disoccupazione non è quindi il surplus dei professionisti formati ma la loro mancata assunzione.** E i carichi di lavoro, i doppi turni, gli organici ridotti all'osso nelle nostre strutture sanitarie sono la cartina al tornasole di questo grave fenomeno che, come da sempre, è destinato ad accentuarsi ulteriormente nel periodo estivo.

Abbiamo più volte affermato anche da queste pagine che il

ricorso ai professionisti stranieri non ha rappresentato e non rappresenterà mai la soluzione al problema, sia per i numeri sia per le conseguenze che esso determina. Un *workshop* organizzato a Roma lo scorso mese di maggio dall'Amref (*African Medical and Research Foundation*) ha messo in luce vari aspetti del fenomeno migratorio dei professionisti sanitari in Italia e nel mondo. Le esperienze maturate in questi anni parlano chiaro e forniscono elementi di valutazione precisi. A cominciare dal fatto che quello del reclutamento del personale sanitario, infermieri in primis, è un problema globale che investe l'Italia e i cosiddetti Paesi a economia avanzata, ma che ha ricadute altrettanto preoccupanti nei Paesi di origine dei colleghi che arrivano qui per lavorare.

Come dicevamo, la carenza di personale sanitario non è un problema solo italiano e la forte emigrazione di professionisti sta assumendo toni drammatici in molti Paesi poveri. Questo fenomeno determina infatti una fuga di competenze che sta mettendo in ginocchio i già precari sistemi sanitari in molte aree del cosiddetto Sud del mondo. Anche per questo **il reclutamento di operatori sanitari all'estero praticato da molti Paesi europei, dal Nord America e dall'Italia non può rappresentare una soluzione.**

L'**Organizzazione Mondiale della Sanità** ha riconosciuto la gravità della situazione e nel 2010 ha adottato un importante strumento per il controllo del fenomeno su scala mondiale. Ha così promulgato il "Codice di condotta sul reclutamento internazionale di personale sanitario", al quale l'Italia ha aderito assumendo una serie di impegni che coinvolgono il Governo, le Regioni, gli Ordini delle professioni sanitarie, i datori di lavoro, le agenzie per il lavoro e le organizzazioni attive nella cooperazione internazionale.

L'idea è quella di adottare un codice etico per governare in modo intergrato e intelligente il fenomeno. **L'obiettivo è quello di**

ridurre significativamente il flusso migratorio nei prossimi anni favorendo la permanenza del personale sanitario nei rispettivi Paesi d'origine e aprendo nuovi spazi occupazionali per i nostri professionisti.

Nasce su queste basi il "Manifesto per il rafforzamento del personale sanitario", promosso e sottoscritto da un gruppo di organizzazioni che operano nel campo della cooperazione sanitaria, della sanità pubblica e delle migrazioni internazionali, al quale gli infermieri italiani hanno aderito fattivamente attraverso la Federazione Ipasvi. Insieme dovremo monitorare l'applicazione del Codice di condotta varato dall'Oms e intervenire in caso di inadempienze.

È un impegno importante che chiama ciascuno di noi, sul proprio posto di lavoro e per le proprie competenze, a operare per correggere l'insostenibile rotta attuale. Possiamo contribuire al monitoraggio in molti modi e lo faremo in linea con le priorità individuate dal Comitato promotore del Manifesto. Il nostro mondo professionale è già in campo, deciso ad andare fino in fondo.

Servono innanzi tutto gli strumenti: un censimento aggiornato del personale sanitario formato in Italia e all'estero; programmi di aggiornamento che includano i temi dell'intercultura; iniziative di promozione del Codice di condotta; progetti di cooperazione internazionale capaci di produrre anche un ritorno di investimenti italiani verso selezionati Paesi di origine del personale sanitario migrante; rafforzamento del personale sanitario in Italia, incluso quello formato all'estero, con riforme in grado di tutelare i professionisti e garantire ai cittadini un'assistenza di buona qualità.

Insieme possiamo spezzare il paradosso di una imponente migrazione professionale che qui crea risentimento, ma che fa male soprattutto ai Paesi che formano gli operatori sanitari per poi vederseli sfuggire. Il problema è globale e la soluzione non può che misurarsi su questa stessa scala. In un mondo in cui le frontiere si allentano sempre più, cercare di arginare la mobilità dei professionisti sanitari è illusorio oltre che inutile. Piuttosto c'è bisogno di politiche universali che creino le condizioni più favorevoli affinché ciascuno abbia modo di formarsi e di lavorare dov'è nato e dove vuole restare.

Sul fronte interno serve invece una politica seria, finalmente capace di programmare l'offerta dei servizi e il personale necessario per farli funzionare, formando un numero adeguato di nuovi professionisti. I nostri ragazzi che affrontano con sacrificio un lungo percorso formativo hanno tutto il diritto di lavorare degnamente senza essere sfruttati e sottopagati. E qui i colleghi stranieri non c'entrano. La grave crisi occupazionale che travolge anche i giovani italiani laureati dipende da ben altre cause.

Da anni protestiamo per una politica sanitaria miope, tutta concentrata sui tagli di spesa, che blocca perfino il naturale *turn over* del personale generando vuoti paurosi negli organici e mettendo a durissima prova i pochi colleghi rimasti in servizio. Regioni come il Lazio, alle prese con un pesantissimo deficit e con un impietoso Piano di rientro, sono ormai sull'orlo del collasso, nonostante forniscano al nostro sistema sanitario le migliori eccellenze. Ci vuole una svolta decisa o la barca affonderà. E affonderà per tutti. Non possiamo consentirlo.

L'organizzazione del nostro sistema sanitario va rivista profondamente e con grande urgenza. Servono più servizi sul territorio, più cure domiciliari, più servizi in rete e assistenza di prossimità. La popolazione, segnata da un costante aumento delle patologie, chiede una sanità più vicina con operatori ben formati e fortemente professionalizzati.

La strada tracciata dall'Oms è rettilinea e ha due corsie: l'Italia si renda autosufficiente nella formazione dei suoi operatori investendo maggiori risorse nella formazione e riducendo il reclutamento di personale da Paesi già provati da una grave scarsità di queste figure; al contempo garantisca con politiche adeguate i diritti del personale sanitario straniero che lavora in Italia supportando i sistemi sanitari di origine con interventi di cooperazione internazionale.

Noi infermieri siamo gente concreta. Siamo consapevoli che occorrono le condizioni per far sì che i professionisti sanitari operino laddove crescono e studiano. Sposiamo perciò con un grande spirito collaborativo questa battaglia di civiltà ispirata ai principi sanciti nel "Codice di condotta sul reclutamento internazionale di personale sanitario". E pretenderemo che a farlo siano anche tutti i soggetti pubblici coinvolti perché il diritto alla salute è universale come la nostra professione.



Bambini e adolescenti affetti da diabete mellito di tipo 1

Microinfusore vs terapia iniettiva tradizionale nell'ambito del controllo delle complicanze: revisione della letteratura

di Anna Lisa Maviglia

ABSTRACT

Il Diabete mellito di tipo 1 (T1DM) caratteristico dell'età giovanile, è uno stato di deficit assoluto o relativo di insulina che conduce a una elevazione cronica delle concentrazioni di glucosio nel sangue. Nell'ambito del T1DM la terapia insulinica è l'elemento chiave per la cura e la prevenzione delle complicanze acute e croniche. Negli ultimi 20 anni, una grande rivoluzione è stata compiuta dal sempre più crescente uso dei microinfusori a pompa di insulina (CSII). Scopo di questa revisione della letteratura è stabilire in quali termini la terapia insulinica somministrata tramite CSII offra migliori e/o maggiori vantaggi rispetto alla terapia insulinica iniettiva tradizionale (MDI) nel controllo metabolico, nella riduzione delle reazioni avverse e non di meno nella percezione della qualità di vita nella popolazione infantile e adolescenziale.

Metodologia

Sono stati analizzati RCTs, meta-analisi e revisioni della letteratura. La ricerca è stata effettuata su PubMed e Cinahl e ulteriori approfondimenti sono stati effettuati sulle banche dati del *Diabetes Care Journal* dell'*American Diabetes Association*, del *Pediatric Diabetes Journal* dell'*American Academy of Pediatrics* e del *National Institute for Health and Clinical Excellence*.

Risultati

Dalla letteratura analizzata si evince che la CSII appare efficace nella gestione delle reazioni avverse da T1DM.

Il controllo dei valori glicemici, i valori dell'emoglobina glicosilata, (HbA1c) episodi di ipoglicemia severa (SH), di chetoacidosi diabetica (DKA) e il controllo dell'indice di massa corporea (BMI) sono notevolmente più contenuti rispetto a quelli evidenziati nei gruppi di controllo.

Conclusioni

Il CSII, rispetto alla MDI, alla luce della letteratura esaminata risulta essere una strategia vincente nel controllo glicemico, nella gestione degli eventi avversi da T1DM e nell'indice di gradimento della popolazione *target*.

Key Word

Type 1 Diabetes mellitus, Continuous subcutaneous insulin infusion (CSII), Diabetes mellitus complication, multiple daily injections (MDI).



BACKGROUND

Il Diabete mellito^{1,2} è una malattia cronica caratterizzata da iperglicemia, causata da una ridotta secrezione di insulina da parte del pancreas o dalla combinazione di ridotta secrezione di insulina e di resistenza dei tessuti periferici all'insulina. Esistono principalmente due tipi di diabete mellito: il diabete mellito di tipo 1 o diabete insulino-dipendente (T1DM), caratteristico dell'età giovanile e il diabete mellito di tipo 2 o diabete non insulino-dipendente (T2DM) principalmente presente nell'età adulta.

Il T1DM è uno stato di deficit assoluto o relativo di insulina che conduce a una elevazione cronica delle concentrazioni di glucosio nel sangue. È una malattia cronica nella quale si verifica una progressiva distruzione delle cellule beta³ del pancreas endocrino. Il T2DM, invece, è caratterizzato da una residua secrezione insulinica che però è inadeguata al fabbisogno dell'organismo; esiste inoltre una resistenza dei tessuti corporei all'azione dell'insulina ancora prodotta dal pancreas.

Nell'ambito del T1DM una corretta terapia insulinica è l'elemento chiave per la cura e la prevenzione delle complicanze acute, rappresentate, tra l'altro, dalle ipoglicemie severe (SH)⁴, dalla DKA⁵ e dalle alterazioni dell'IBM, che verranno ampiamente illustrate in questa revisione. Obiettivo principale nella cura del diabete è ottenere il miglior controllo glicemico e metabolico possibile, ridurre quindi significativamente la prevalenza delle complicanze, sia a breve che a lungo termine e offrire una qualità di vita ottimale sia alla persona diabetica che alla famiglia. Dai dati riportati nell'annuario statistico ISTAT 2010⁶ risulta affetto da T1DM e da T2DM il 4,9% degli italiani, pari a circa 2.960.000 persone, di cui lo 0,2/0,4% è rappresentato dalla popolazione giovanile (0-14 anni) che è principalmente affetta dal diabete di tipo 1. In Italia⁷, come nel resto d'Europa⁸, negli ultimi dieci anni si è notato un incremento del 3-4%, rispetto agli anni precedenti, nell'incidenza di T1DM nella popolazione giovanile.

Negli ultimi anni, con l'introduzione del concetto di terapia intensiva, e con l'avvento delle nuove tecnologie, l'approccio terapeutico al DM1T è cambiato profondamente. Soprattutto dopo i risultati pubblicati nel *Diabetes Control Complications Trial* (DCCT)⁹, imponente studio clinico che venne condotto tra il 1983 e il 1993 negli Stati Uniti dal *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*, su centinaia di volontari affetti da T1DM. Confrontando gli effetti dei due regimi di trattamento, terapia standard e controllo intensivo, sulle complicazioni del diabete, il DCCT dimostrò che mantenendo a livelli ottimali la glicemia, era possibile rallentare l'esordio e la progressione delle complicanze macro e micro vascolari della malattia.

Nell'ambito della gestione del T1DM, una grande rivoluzione è stata compiuta dai CSII¹⁰⁻¹¹. Quindi, scopo di questa revisione della letteratura è stabilire in quali termini la terapia insulinica somministrata tramite CSII offra migliori e maggiori vantaggi rispetto alla MDI nel controllo metabolico, nella riduzione delle reazioni avverse legate al T1DM e non di meno nella percezione della qualità di vita (QoL)¹² nella popolazione infantile e adolescenziale.

Sono stati presi in considerazione RCTs, meta-analisi e *review*. Si è eseguita, dopo attenta lettura di tutte le pubblicazioni recuperate, una scelta degli articoli

maggiormente rappresentativi e significativi ai fini della ricerca degli ultimi 10/15 anni per esplorare da un punto di vista temporale l'evoluzione in termini di ricerca e di approccio delle metodiche in oggetto, eliminando quelli non strettamente pertinenti al PICO sviluppato, ed eliminando gli articoli ridondanti per ciò che concerneva le varie fasce di età della popolazione in esame.

Parole-chiave

MeSH *terms* e *Text-word terms* utilizzati:

- *Type 1 diabetes mellitus* OR *Diabetes Mellitus Insulin-Dependent* OR T1DM;
- *Continuous subcutaneous insulin infusion* OR *Insulin pump** OR *Insulin infusion system* OR *Insulin pump therapy* OR *Continuous subcutaneous injection* OR CSII;
- *Diabetes complications* OR *Complications of diabetes mellitus* OR *Reaction advers*;
- *Multiple daily injections* OR *flexible multiple daily insulin* OR MDI.

Gli operatori booleani utilizzati per la ricerca sono stati: OR per aumentare la sensibilità della ricerca e AND per aumentarne la specificità.

Nella ricerca su Pubmed e su Cinahl non si è ritenuto necessario aggiungere termini MeSH come: *Child*, *Children*, *Adolescent* e *Juvenile*, in quanto l'imposizione dei limiti circa la fascia di età [*All Child 0-18 years*] rendeva inequivoco-

FOREGROUND

Popolazione	Bambini e adolescenti affetti da Diabete mellito tipo 10
Intervento	Utilizzo del microinfusore a pompa di insulina
Comparazione	Terapia iniettiva insulinica tradizionale
Outcome	Gestione delle complicanze con conseguente miglioramento della qualità di vita
Metodologia	Studi clinici randomizzati e controllati (RCTs), meta-analisi e revisioni della letteratura

PICO e articoli reperiti in base alla combinazione delle parole chiave

P I C O				Articoli reperiti su:	
				Pubmed	Cinahl
Bambini e adolescenti affetti da T1Dm	Utilizzo di microinfusore a pompa di insulina	Terapia iniettiva insulinica tradizionale	Gestione delle complicanze e delle reazioni avverse del T1DM	24 articoli (8 review) di cui 12 non strettamente pertinenti al quesito di ricerca	27 articoli di cui 21 non strettamente pertinenti al quesito di ricerca

cabili i risultati degli articoli di ricerca
Banche dati

La ricerca è stata effettuata sulle banche dati: PubMed e Cinahl. Ulteriori approfondimenti sono stati effettuati tramite la selezione di articoli reperiti sulle banche dati del *Diabetes Care Journal* dell'*American Diabetes Association*, del *Pediatric Diabetes Journal* dell'*American Academy of Pediatrics* e del *National Institute for Health and Clinical Excellence*.

Criteria di inclusione ed esclusione degli articoli

Sono state incluse pubblicazioni degli ultimi quindici anni, per poter meglio esplorare le evoluzioni temporali nell'approccio/oggetto della ricerca, sono poi stati esclusi quelli non catalogati come *Clinical Trial*, *Meta-Analysis*, *Randomized Controlled Trial*, *Review* ed esclusi tutti gli articoli in cui gli studi, pur analizzando alcune fasce di età della popolazione in oggetto, includevano anche risultati di gruppi di età superiore a quella oggetto della revisione.

Limiti della ricerca

La ricerca è stata effettuata tra luglio e agosto 2011. Sono stati imposti i seguenti limiti:

- Età: 0-18 anni.
- Articoli e/o revisioni degli ultimi 15 anni (1996-2010).

RISULTATI DELLA REVISIONE BIBLIOGRAFICA

Analisi critica

Interessante lo studio condotto presso lo *Yale Children's Diabetes Clinic* da Boland, Grey, Oesterle, Fredrickson e Tamborlane nel 1999¹³ nel quale i ricer-

catori, oltre alla valutazione delle reazioni avverse pre e post CSII hanno valutato la *compliance* e il *coping* di 75 adolescenti su 500 (12-20 aa) che avevano adottato l'uso del CSII, tramite questionari auto-compilati. I *follow-up* eseguiti ogni 4-6 settimane hanno evidenziato che sia il gruppo CSII sia il gruppo MDI hanno mostrato un aumentato controllo metabolico ma questo livello di controllo era più difficile da mantenere nell'arco dei 12 mesi nel gruppo MDI (a 6 mesi il livello di HbA1c = 8.1, a 12 mesi HbA1c = 8.3), mentre i livelli medi di HbA1c continuavano a decrescere durante i 12 mesi di trattamento nel gruppo CSII (a 6 mesi HbA1c = 7.7, a 12 mesi HbA1c = 7.5). Nel gruppo CSII inoltre si sono evidenziati valori di HbA1c inferiori rispetto al gruppo MDI e il numero di SH era ridotto quasi del 50% nel gruppo CSII (P = 0.001). Completa l'indagine circa la QoL studiata tramite questionari che hanno valutato in maniera completa la presenza di variabili quali la depressione, il *coping*, e le ripercussioni psicosociali nella gestione del CSII nella vita quotidiana.

Un *crossover trial* aperto randomizzato per comparare l'efficacia e la maggiore adesione alla CSII vs la MDI in bambini affetti da T1DM è stato effettuato da Weintrob et al nel 2003¹⁴. Sono stati studiati due gruppi con un'età compresa tra 9,4 e 13,9 anni: gruppo A: 11 bambini; gruppo B: 12 bambini. Tale studio si poneva come finalità la comparazione di 3,5 mesi di CSII (nel gruppo A) con 3,5 mesi di terapia MDI (nel gruppo B) per il controllo delle

seguenti variabili: controllo glicemico, incidenza di eventi avversi, fabbisogno di insulina giornaliera, registrazione della deviazione standard (σ), dell'IBM, la soddisfazione del trattamento e la QoL. I cambiamenti dei valori di HbA1c e Fruttosamina erano simili nel tempo nei due gruppi. Alla fine dello studio, il livello medio di HbA1c misurato era $8.05 \pm 0.78\%$. (risultati simili nel gruppo A e B), SH eventi: 1 nel gruppo A vs 3 nel gruppo B. DKA: 0 episodi nei 2 gruppi. La σ dell'IBM diminuiva con il CSII e aumentava con l'MDI, all'assunzione una dose media di insulina. Questa ricerca oltre a valutare la QoL tramite il *Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire*, ha evidenziato che il 69% dei bambini ha preferito adottare la CSII rispetto alla MDI.

Weinzimer¹⁵ et al nel 2004 hanno pubblicato uno studio effettuato presso lo *Yale Pediatric Diabetes Center* su 65 bambini (di cui 28 femmine) con età media di iniziazione alla CSII di $4,5 \pm 1,4$ anni (range: 1,7-6,9 aa) affetti da DM1T già da $1,8 \pm 1,2$ aa (range: 0,3-5,2 aa). Sia i genitori che i potenziali *caregiver* a pagamento (*baby sitter* = n. 26) sono stati formati con 4 sessioni educative di 60/90 minuti (2 di preparazione e 2 di gestione post-applicazione del CSII). Nello studio si è evidenziata una significativa riduzione di HbA1c e delle SH già dal primo *follow-up* (3 mesi post CSII). I valori ematici sono stati monitorati nei 3 mesi precedenti all'adozione del CSII e il *follow-up* è stato eseguito con cadenza trimestrale. Il valore medio dell'HbA1c ($7,4 \pm 1,0$ pre CSII) è sceso a $7,0 (\pm 0,9)$ dopo 12 mesi di CSII e ha

ANNO	AUTORE/AUTORI	RIVISTA	TITOLO
1999	Boland EA, Grey M, Oesterle A, Fredrickson L, Tamborlane WV	Diabetes Care	Continuous subcutaneous insulin infusion. A new way to lower risk of severe hypoglycemia, improve metabolic control, and enhance coping in adolescents with type 1 diabetes
2003	Weintrob N, Benzaquen H, Galatzer A, Shalitin S, Lazar L, Fayman G, Lilos P, Dickerman Z, Phillip M	Pediatrics	Comparison of continuous subcutaneous insulin infusion and multiple daily injection regimens in children with type 1 diabetes: a randomized open crossover trial
2004	Weinzimer SA, Ahern JH, Doyle EA, Vincent MR, Dziura J, Steffen AT, Tamborlane WV	Pediatrics	Persistence of benefits of continuous subcutaneous insulin infusion in very young children with type 1 diabetes: a follow-up report
2005	Bin-Abbas BS, Sakati NA, Raef H, Al-Ashwal AA	Saudi Med J.	Continuous subcutaneous insulin infusion in type 1 diabetic Saudi children. A comparison with conventional insulin therapy
2007	Alemzadeh R, Palma-Sisto P, Holzum M, Parton E, Kicher J	Diabetes Technol Ther.	Continuous subcutaneous insulin infusion attenuated glycemic instability in preschool children with type 1 diabetes mellitus
2008	Shalitin S, Phillip M	Horm Res.	The use of insulin pump therapy in the pediatric age group.
2009	Pańkowska E, Błazik M, Dziechciarz P, Szybowska A, Szajewska H	Pediatric Diabetes	Continuous subcutaneous insulin infusion vs. multiple daily injections in children with type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials.

continuato a migliorare anche dopo 4 anni dall'uso del CSII (P 0.001). Il tasso di SH si è ridotto del 53% (da 78 a 37/100 pazienti/anno) e gli episodi di SH nel gruppo di 3/5 anni sono diminuiti del 79%, (da 141 a 29 eventi per 100 pazienti/anno).

Sono stati rilevati 4 episodi di DKA su 100 pazienti/ anno, pur in assenza di tale sintomatologia nel periodo precedente. Questi eventi sono stati giustificati dai ricercatori come residua

funzione delle β cellule¹⁶ nel gruppo esaminato e che tali eventi erano in linea con i precedenti tassi riportati da 4 a 8 per 100 pazienti/anno nei bambini con diabete stabile. Interessante questa pubblicazione che descrive il percorso formativo ed educativo dei *caregiver* primari e secondari, fondamentale nella gestione del CSII nei bambini piccoli, ma che rare pubblicazioni riportano. Bin-Abbas, Sakati, Raef e Al-Ashwal¹⁷ nel 2005 hanno pubblicato uno studio

eseguito su un gruppo di 14 bambini affetti da T1DM nel loro passaggio alla CSII. Il gruppo è stato seguito presso il *King Faisal Specialist Hospital* (Arabia Saudita). Tutti i pazienti erano affetti da T1DM da almeno 6 anni (± 4.3 aa). L'età dei bambini variava da 4-18 anni (Media $12,8 \pm 4,3$ aa). Sono stati seguiti con CSII per una durata media di 10 mesi (*range* 2-20 mesi). Durante i 6-12 mesi prima dell'utilizzo della CSII, la media di HbA1c era di $10,2\% \pm 1,2$ (intervallo 8,5-

12,5%), la media della glicemia era 233 mg/dl \pm 39, la frequenza di episodi di SH variava da 2 a 5 episodi al mese e l'insulina media giornaliera totale è stata di 1,2 unità/kg di peso corporeo, 3 episodi di convulsioni da SH e 12 episodi di DKA nel periodo esaminato. Nello studio post CSII, la media di HbA1c era di 7,5% \pm 0,7 (intervallo 6,5-9%), i valori glicemici erano di 156 mg / dl (*range* 111-201 mg /dl), gli episodi di ipoglicemia variavano da 0 a 2 /mese e l'insulina media giornaliera totale era di 0,9 unità/kg di peso corporeo. In sintesi si è riscontrato un miglioramento del livello di HbA1c ($p < 0,001$), dei livelli di glicemia ($p < 0,001$), degli episodi di ipoglicemia moderata ($p < 0,001$) e del fabbisogno di insulina giornaliera ($p < 0,002$), non sono stati segnalati episodi di DKA e/o di SH. Nello studio viene riportato un generico gradimento dei bambini/adolescenti nell'uso del CSII vs la DMI ma non viene descritta la metodologia con la quale si sarebbe indagata tale variabile.

Nel 2007 Alemzadeh, Palma-Sisto, Holzum, Parton e Kicher¹⁸ presso il *Department of Pediatrics del Medical College of Wisconsin* hanno sottoposto a studio comparato 14 bambini con una età media di 3,9 aa (\pm 0.8 anni) affetti da T1DM da circa 2 anni (\pm 0.8 aa) valutando il passaggio da una MDI a una CSII e monitorandone per 1 anno l'HbA1c, la glicemia, gli episodi di ipoglicemia moderata e severa, e valutando la QoL tramite questionari [TNO-AZL *Preschool Children Quality of Life* (TAPQoL)] a T0 e T1, congiuntamente ai genitori. Nello studio si è evidenziato che, a parità di dose insulinica somministrata nei 2 gruppi, nel gruppo CSII si è riscontrata lieve diminuzione di HbA1c, delle escursioni glicemiche ($P < 0,005$) con conseguente miglioramento della stabilità glicemica e una diminuzione delle SH, evento che ha consentito ai genitori una migliore percezione della QoL.

Shalitin e Philips nel 2008¹⁹ hanno analizzato 159 articoli tra cui 39 *review* (dal 1996 al 2007) pubblicate su Medline. Revisioni che comprendevano RTC's eseguiti su 116 pazienti e *observational trial* eseguiti su 454 pazienti (*range* di età: 3,6-17,7 aa). I valori medi dell'HbA1c

nel gruppo CSII negli RCT erano di 7,6 vs 8,02 del gruppo MDI, mentre negli *observational trial*, l'HbA1c del gruppo CSII era di 7,5 vs 8,1 dell'MDI. Negli RCT analizzati sono stati riportati 13 eventi di SH del gruppo MDI vs i 3 del gruppo CSII, mentre negli *observational trial* la frequenza delle SH nei gruppi CSII era notevolmente inferiore rispetto al gruppo MDI per numero di episodi/paziente/anno. Questo studio ha sottolineato la validità del CSII vs l'MDI rispetto agli articoli esaminati e ha evidenziato che, su 159 articoli, solo 5 riportano informazioni complete sulla QoL e solo 7 approfondiscono le tematiche della sfera psico-sociale.

Indicativa la *review/meta-analisi* effettuata nel 2007 da Pańkowska, Błazik, Dziechciarz, Szybowska e Szajewska²⁰. Nella loro ricerca, effettuata su Medline, Cochrane e Embase hanno incluso 6 pubblicazioni tra RCT e studi *crossover* randomizzati in cui gli studi comparativi degli effetti della CSII vs la MDI fossero stati valutati per almeno 2 mesi, in 165 bambini e adolescenti con un *range* di età variabile da 1 a 21 aa. I parametri valutati in entrambi i gruppi sono stati i valori dell'HbA1c, gli episodi di DKA e di SH, la misurazione del BIM e la QoL. Questa revisione evidenzia che il CSII è uno strumento più efficace rispetto alla MDI nella gestione delle reazioni avverse, e in particolare degli episodi di DKA. Anche questa meta-analisi focalizza la scarsità di risultati circa l'indagine sulla QoL e sui processi formativi sia della popolazione *target* che della rete familiare.

Conclusioni sulla domanda di ricerca

Sono molteplici gli studi che si sono sviluppati negli ultimi anni circa l'efficacia della CSII vs la MDI in relazione alla sempre più comprovata efficacia dei microinfusori nella gestione delle complicanze legate al T1DM nelle fasce di età in oggetto. Nonostante il *National Institute for Health and Clinical Excellence* in una recente pubblicazione²¹ suggerisca l'adozione della CSII *therapy* dai 12 anni in poi, la letteratura esaminata evidenzia una notevole efficacia di questo sistema anche in popolazioni più giovani. Sistema, il CSII, che ha trovato, nel corso degli anni, un importante riscontro all'interno della

comunità medica mondiale nella gestione di T1DM.

Critica della letteratura

Dalla letteratura esaminata si evince che nel corso di questi ultimi 20 anni il miglioramento nell'approccio alla gestione del T1DM è stato esponenziale. La totalità degli articoli esaminati concorda nel ritenere il CSII un ottimo ausilio nella gestione del T1DM anche in tenera età. Demandata ad altra letteratura specifica però l'Educazione Terapeutica (ET)²² che negli articoli esaminati è poco approfondita. L'ET rappresenta la strategia vincente nella gestione del T1DM, con qualsivoglia strumento venga somministrata la terapia insulinica, è un processo di apprendimento sistematico centrato sulla persona che prende in considerazione il processo di *coping* del paziente e l'*Health Locus of Control*, nel quale sviluppa la percezione di controllo degli eventi che lo riguardano e le rappresentazioni mentali della propria salute, tappe fondamentali nella gestione di una patologia cronica, che talvolta può divenire altamente invalidante.

Nella letteratura analizzata, questo percorso, nel passaggio dalla MDI alla CSII è scarsamente rappresentato soprattutto nell'ambito della popolazione adolescenziale, così come non è sempre rappresentata la valutazione della QoL e non sempre sono esplicitate le metodologie con le quali queste valutazioni vengono eseguite. Infine, nell'ambito della letteratura esaminata, in nessuno studio, soprattutto per ciò che riguarda la popolazione adolescenziale, sono stati somministrati questionari per focalizzare l'eventuale presenza di disturbi alimentari psicogeni²³, quali l'anoressia o la bulimia, che avrebbero potuto compromettere l'esito delle valutazioni finali.

CONCLUSIONI

Sarebbe auspicabile che studi futuri prevedessero la valutazione e l'efficacia gestionale della terapia insulinica anche in un'ottica di *empowerment* del bambino e a maggior ragione dell'adolescente diabetico, comprendendo in un'unica visione olistica l'aspetto

organico, quello psichico e quello comportamentale. Gli adolescenti affetti da T1DM non differiscono dai loro coetanei non diabetici negli atteggiamenti e nei comportamenti a rischio, nell'uso e abuso di alcool, di sostanze stupefacenti²⁴ e con atteggiamenti di ribellione per le convenzioni, situazioni classiche

dell'età giovanile.

Nel passaggio da una MDI a una CSII, il senso di oppressione e vergogna che sovente accompagna le somministrazioni quotidiane di insulina, in molti casi lontano da occhi indiscreti, tende a fare spazio a una gestione autonoma e meno conflittuale²⁵. Il giovane può riappro-

priarsi di una libertà che in molti contesti sociali potrebbe venire meno ed è per questi motivi che molti giovani preferiscono la CSII alla MDI.

AUTORE:

Anna Lisa Maviglia, Cpsi presso Ares 118 Regione Lazio, AutoMedica "RomaEst".

BIBLIOGRAFIA

- 1 American Diabetes Association *Diagnosis and classification of diabetes mellitus*. Diabetes Care. 2008 Jan;31 Suppl 1:S55-60.
- 2 Gillespie KM. *Type 1 diabetes: pathogenesis and prevention*. CMAJ. 2006 Jul 18;175(2):165-70.
- 3 Rorsman P. *Insulin secretion: function and therapy of pancreatic beta-cells in diabetes* British Journal of Diabetes & Vascular Disease 2005 5: 187
- 4 Cryer PE, Davis SN, Shamon H. *Hypoglycemia in diabetes*. Diabetes Care 2003;26:1902 - 12.
- 5 Sherry NA, Levitsky LL. *Management of diabetic ketoacidosis in children and adolescents*. Paediatr Drugs 2008;10:209 - 15.
- 6 ISTAT. Istituto nazionale di statistica [disponibile su: www3.istat.it/dati/dataset/20080630_01/Tavole.xls Accesso: 16 agosto 2011]
- 7 Carle F, Gesuita R, Bruno G, Coppa GV, Falorni A, Lorini R, Martinucci ME, Pozzilli P, Prisco F, Songini M, Tenconi MT, Cherubini V; RIDI Study Group. *Diabetes incidence in 0- to 14-year age-group in Italy: a 10-year prospective study*. Diabetes Care. 2004 Dec;27(12):2790-6.
- 8 EURODIAB ACE Study Group. *Variation and trends in incidence of childhood diabetes in Europe*. Lancet. 2000 Mar 11;355(9207):873-6.
- 9 DCCT Research Group. *The effect of intensive treatment of diabetes on development and progression of long term complications in insulin dependent diabetes*. New Engl J Med 329, 977-986, 1993
- 10 Sherr J, Tamborlane WV. *Past, present, and future of insulin pump therapy: better shot at diabetes control*. Mt Sinai J Med. 2008 Aug;75(4):352-61.
- 11 Lenhard MJ, Reeves GD. *Continuous subcutaneous insulin infusion: a comprehensive review of insulin pump therapy*. Arch Intern Med. 2001 Oct 22;161(19):2293-300.
- 12 Wilson V. *Experiences of parents of young people with diabetes using insulin pump therapy*. Paediatric Nursing, 2008 Mar; 20 (2): 14-8
- 13 Boland EA, Grey M, Oesterle A, Fredrickson L, Tamborlane WV. *Continuous subcutaneous insulin infusion. A new way to lower risk of severe hypoglycemia, improve metabolic control, and enhance coping in adolescents with type 1 diabetes*. Diabetes Care.1999 Nov;22(11):1779-84.
- 14 Weintrob N, Benzaquen H, Galatzer A, Shalitin S, Lazar L, Fayman G, Lilos P, Dickerman Z, Phillip M. *Comparison of continuous subcutaneous insulin infusion and multiple daily injection regimens in children with type 1 diabetes: a randomized open crossover trial*. Pediatrics. 2003 Sep;112(3 Pt 1):559-64.
- 15 Weinzimer SA, Ahern JH, Doyle EA, Vincent MR, Dziura J, Steffen AT, Tamborlane WV. *Persistence of benefits of continuous subcutaneous insulin infusion in very young children with type 1 diabetes: a follow-up report*. Pediatrics. 2004 Dec;114(6):1601-5.
- 16 Wegner O, Wyka K, Fendler W, Zmyslowska A, Mlynarski W. *Evaluation of preserved insulin secretion in children and adolescents with type 1 diabetes* *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2010;16(2):67-71.
- 17 Bin-Abbas BS, Sakati NA, Raef H, Al-Ashwal AA. *Continuous subcutaneous insulin infusion in type 1 diabetic Saudi children. A comparison with conventional insulin therapy*. Saudi Med J. 2005 Jun;26(6):918-22.
- 18 Alemzadeh R, Palma-Sisto P, Holzum M, Parton E, Kicher J. *Continuous subcutaneous insulin infusion attenuated glycemic instability in pre-school children with type 1 diabetes mellitus*. Diabetes Technol Ther. 2007 Aug;9(4):339-47.
- 19 Shalitin S, Phillip M. *The use of insulin pump therapy in the pediatric age group*. Horm Res. 2008;70(1):14-21. Epub 2008 May 21. Review. PMID:18493145
- 20 Pańkowska E, Błazik M, Dziechciarz P, Szypowska A, Szajewska H. *Continuous subcutaneous insulin infusion vs. multiple daily injections in children with type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials*. *Pediatr Diabetes*. 2009 Feb;10(1):52-8. Epub 2008 Aug 27
- 21 NHS National Institute for Health and Clinical Excellence. *Continuous subcutaneous insulin infusion for the treatment of diabetes mellitus*. Review of technology appraisal guidance 57 July 2008 [disponibile su: <http://www.nice.org.uk> Accesso: 18 agosto 2011]
- 22 World Health Organization Therapeutic Patient Education Report of a WHO Working Group 1998 [Disponibile su: <http://www.euro.who.int> Accesso: 03/09/2011]
- 23 Young-Hyman DL, Davis CL. *Disordered eating behavior in individuals with diabetes: importance of context, evaluation, and classification*. Diabetes Care. 2010 Mar;33(3):683-9.
- 24 Frey MA, Guthrie B, Loveland-Cherry C, Park PS, Foster CM. *Risky behavior and risk in adolescents with IDDM*. J Adolesc Health. 1997 Jan;20(1):38-45.
- 25 Comeaux SJ, Jaser SS. *Autonomy and insulin in adolescents with type 1 diabetes*. *Pediatr Diabetes*. 2010 Nov;11(7):498-504.

L'intervento cognitivo-comportamentale nelle donne con depressione *post partum* all'interno dei Servizi di Salute Mentale

di Maurizio Davi

INTRODUZIONE

Per gran parte delle donne, la maternità è un'esperienza psicologica positiva e soddisfacente caratterizzata da cambiamenti e nuove responsabilità.

La nascita di un figlio, però, in alcuni casi, può favorire nella puerpera reazioni disforiche di diversa entità che, talvolta, possono assumere anche una valenza patologica che può oscillare da forme di labilità emotiva transitoria, irritabilità e pianto, a una marcata presenza di agitazione e confusione, fino ad arrivare ad allucinazioni e ad aspetti deliranti.

La depressione materna successiva alla nascita di un figlio è uno dei maggiori problemi sanitari del dopo parto e rappresenta la principale causa di disabilità tra le donne in età fertile. Secondo la *Who*, la depressione è la quarta causa di disabilità tra tutte le malattie ed è stato stimato che sarà la seconda prima del 2020.

La depressione *post partum* è un disturbo dell'umore che insorge nei 12 mesi successivi al parto: il rischio risulta essere maggiore nei primi tre mesi, con una maggiore incidenza nelle prime 6-8 settimane. Circa il 20% delle donne in gravidanza soffre di sintomi depressivi, mentre la depressione *post partum* colpisce il 10-15% delle donne che partoriscono (Leveni, 2009). Quest'ultimo valore può oscillare tra il 25% delle donne con precedenti episodi depressivi, e il 50% di coloro che presentano una storia di depressione *post partum* (Pdd) in una precedente gravidanza. Tra i fattori eziologici più rilevanti associati vanno ricordati: l'anamnesi personale positiva per episodio depressivo o distimia; la storia familiare positiva per disturbi affettivi; una diffi-



cile relazione con il partner; elevati livelli di stress vitali; bassi livelli di supporto sociale; un elevato numero di eventi di vita sfavorevoli in vicinanza del parto; possibili complicazioni ostetriche.

Le più recenti evidenze suggeriscono che i disturbi affettivi del *post partum* sono clinicamente indistinguibili dai disturbi dell'umore che insorgono in altri momenti della vita della donna.

Inoltre, la Pdd non va confusa con il *baby blues*, dove i sintomi compaiono tra il terzo e il quinto giorno dopo il parto e scompaiono, normalmente, entro due settimane: questo disturbo (di breve durata) affligge almeno il 50% delle donne dopo il parto, ed è caratterizzato da facilità al pianto, tristezza, labilità emotiva, irritabilità, ansia, insonnia,

affaticamento (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, 2002).

Secondo l'*American Psychiatric Association*, la depressione post-natale è caratterizzata dalla presenza di cinque o più dei seguenti sintomi, che devono essere presenti per almeno due settimane: basso tono dell'umore, perdita di interesse, aumento o diminuzione dell'appetito, insonnia o ipersonnia, rallentamento o agitazione psicomotoria, spossatezza o sensazione di perdita delle forze, senso di colpevolezza o indegnità, diminuzione della concentrazione, pensieri ricorrenti di suicidio.

L'effetto principale della depressione *post partum* è il disinteresse verso il bambino, spesso associato a sentimenti di insufficienza ed incapacità.

Vi è, quindi, una presenza fisica della madre non accompagnata da quella psichica.

Ella è incapace di capire e, quindi, di soddisfare ed esaudire i bisogni e i desideri del figlio lattante, prova un'indifferenza e una freddezza emotiva nei suoi confronti, un'incapacità di immedesimarsi nei bisogni del bambino.

Considerata l'elevata diffusione del problema e i gravi rischi, non solo per la salute della madre ma anche per il bambino e il partner, in assenza di un trattamento, sarebbe auspicabile una maggiore conoscenza del problema tra le donne e una maggiore diffusione di metodologie di intervento integrate tra Dipartimenti Materno Infantili e Dipartimenti di Salute Mentale.

Le raccomandazioni basate su prove di efficacia sono a favore di interventi per le gravide con evidente stress psicologico, con sintomi che interferiscono con le funzioni personali o sociali anche se non giungono a determinare una diagnosi di disturbo mentale.

Per questa tipologia di utenti sono indicati interventi di supporto psicologico individuale o di gruppo.

In questo articolo verrà approfondito il ruolo della terapia cognitivo-comportamentale nella depressione.

OBIETTIVO DEL PROGETTO

L'obiettivo di questo progetto è favorire l'implementazione di percorsi cognitivo-comportamentali (Tcc) di provata efficacia all'interno dei Servizi Salute Mentale per le donne affette da depressione *post partum*.

RICONOSCERE LA PDD

La gravidanza è una condizione fisiologica della donna che comporta un impegno biologico e di elaborazione psichica molto rilevante.

Durante i nove mesi che precedono la nascita di un figlio, infatti, la struttura personale della donna è coinvolta nella sua globalità: a livello fisico, mentale, relazionale e spirituale.

Non di rado, in questo delicato passaggio dal parto al puerperio possono insorgere situazioni che assumono connotati di un difficile adattamento, tanto da determinare stati di forte sofferenza e angoscia,

vari livelli di deflessione del tono dell'umore, fino a condizioni decisamente patologiche, come nel caso della depressione *post partum*.

Eppure, malgrado gli alti livelli di contatto con operatori sanitari sia prima sia dopo il parto, raramente il disturbo depressivo viene riconosciuto.

Quasi mai le donne chiedono aiuto spontaneamente e, spesso, gli operatori sanitari sono carenti nella capacità di individuazione della Pdd.

Sul piano della prevenzione, allo scopo di ridurre la probabilità di sviluppare un disturbo mentale nel periodo perinatale, non vi sono comunque evidenze che supportino l'uso di interventi psicosociali specifici di routine su tutte le donne in gravidanza (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2007).

La *Edimburg Postnatal Depression Scale* costituisce lo strumento più utilizzato nella pratica clinica come strumento di *screening* della Pdd: la scala comprende dieci affermazioni tra le quali le madri possono scegliere quattro possibili risposte (quelle che corrispondono meglio allo stato d'animo provato durante gli ultimi sette giorni) e, sulla base di queste, si giunge ad uno *score* di rischio (Cox, 1987). Bisogna precisare che la scala di Edimburgo non deve essere considerata come strumento di diagnosi, ma deve essere proposta come parte di un più ampio programma di *screening* (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2006).

Lo stesso si può dire di strumenti come il *Patients Health Questionnaire-9* (Phq-9) basato sui criteri del Dsm-IV e la *Beck Depression Inventory* (Bdi), una delle più note scale generali di valutazione della depressione (usata, in particolare, per indagare la gravità degli aspetti cognitivi correlati alla sintomatologia depressiva).

IL TRATTAMENTO DELLA PDD

La letteratura sui trattamenti dei disturbi mentali indica che i risultati migliori per il trattamento della depressione vengono raggiunti con un approccio psicosociale, ovvero integrando trattamenti farmacologici a quelli psicologici e di apprendimento di abilità sociali (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2008). Prima della somministrazione di farmaci

antidepressivi, è necessario, però, tener conto dei possibili effetti collaterali sulla madre e sul neonato, soprattutto in caso di allattamento (la maggior parte dei farmaci è controindicato per l'allattamento e, in ogni caso, tutte le molecole assunte dalla madre passano, attraverso il sangue, nel latte prodotto dalle mammelle).

Secondo le linee-guida del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2007), tutti gli antidepressivi comportano, nei neonati, tossicità da lievi a moderate.

L'eventuale farmacoterapia dovrebbe quindi possedere: il più basso profilo di rischio per la mamma e per il feto; permettere l'allattamento; essere somministrata alla minima dose efficace e preferibilmente in monoterapia; considerare ulteriori precauzioni in caso di neonati pre-termine o di basso peso.

Gli antidepressivi triciclici (amitriptilina, imipramina, nortriptilina) sono i farmaci considerati a più basso rischio in gravidanza rispetto agli altri, anche se presentano un indice di tossicità letale più alto; tra i farmaci serotoninergici, la fluoxetina (Prozac) è quello a rischio noto più basso in gravidanza; i farmaci inibitori della ricaptazione della serotonina assunti dopo la ventesima settimana di gestazione possono associarsi ad aumentato rischio di ipertensione polmonare persistente nel neonato; la paroxetina (Sereupin), assunta nel primo trimestre, può associarsi a difetti cardiaci congeniti; la venlafaxina (Efexor), ad alte dosi, si associa a maggior rischio di ipertensione, maggiore tossicità per sovradosaggio, maggiori problemi alla sospensione rispetto ad altri Srsi e ad alcuni triciclici; tutti gli antidepressivi comportano un rischio di sindrome d'astinenza o di tossicità nei neonati; l'imipramina, nortriptilina e la sertralina (Zoloft) sono presenti nel latte materno a livelli bassi, mentre citalopram (Elopram) e fluoxetina (Prozac) lo sono a livelli alti.

Per quanto riguarda, invece, le altre classi di farmaci psicotropi, alle donne in gravidanza non andrebbero prescritte di routine: il valproato (Depakin), per il rischio dose dipendente di danno epatico nel feto, e l'aumentato rischio di malformazioni del tubo neurale (da 6:10.000 a 100-200:10.000); la carbamazepina

(Tegretol), per aumentato rischio di difetti del tubo neurale (da 6:10.000 a 20-50:10.000) e altri possibili danni fetali, tra cui malformazioni del tratto intestinale e cardiache; la lamotrigina (Lamictal), per limitata efficacia e possibili danni fetali (labiopalatoschisi); le benzodiazepine in trattamento cronico, per il rischio di sindrome da astinenza nel neonato o, ad alto dosaggio, per possibile *floppy baby syndrome*; il litio (Carbolithium): per aumentati rischio di difetti cardiaci (da 8:1000 a 60:1000).

Questi farmaci vanno, ovviamente, interrotti nelle donne già in trattamento in caso di gravidanza non programmata, o sostituiti con alternativi in caso di programmazione di gravidanza.

Il litio va possibilmente interrotto gradualmente (in almeno quattro settimane). Nel caso si ritenga, invece, clinicamente indicato mantenere la terapia, occorre monitorare i livelli sierici materni del farmaco fino al parto.

Senza dimenticare che alle donne che allattano non andrebbero prescritti: litio, per gli alti livelli nel latte materno; la lamotrigina (Lamictal), per rischio potenziale di problemi dermatologici neonatali (s. di Steven-Johnson); la clozapina (Leponex), per gli alti livelli nel latte materno e il rischio di agranulocitosi (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, 2002).

LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

La terapia cognitivo-comportamentale (Tcc) è un approccio orientato al problema e alla gestione di persone con disturbi mentali o psicologici basato sul modello stress-vulnerabilità-*copying* (Fowler et al, 1995; Falloon, 1994).

Secondo il *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2008) questo intervento – breve e strutturato – è indicato per un ampio raggio di problemi, come la depressione, l'ansia, la rabbia, i conflitti coniugali, disturbi post-traumatici da stress e disturbi ossessivo compulsivi e rappresenta l'intervento di prima scelta nelle Pdd di grado lieve e moderato.

La Tcc ha come scopo la risoluzione dei problemi attuali del paziente ("nel *qui ed ora*") al fine di valorizzare la responsabilità personale e l'autoattivazione in un'ot-

tica di co-gestione della malattia.

Ciascuno ha una propria particolare vulnerabilità allo sviluppo di una condizione di stress, intesa come reazione psicobiologica a eventi e a situazioni di vita definite fattori stressanti (*stressor*).

Le strategie di *copying* rappresentano l'insieme di pensieri e comportamenti (ed emozioni collegate) con i quali le persone affrontano i fattori stressanti per cercare di ridurre l'impatto negativo sulla mente e sul corpo.

Il modello A-B-C è il concetto di base della terapia cognitivo-comportamentale, nel quale un evento stressante (A=*activating event*) conduce a un'emozione o a un conseguente comportamento (C=*consequences*), le conseguenze sono mediate dalle opinioni personali (B=*beliefs*).

Attraverso il modello A-B-C vengono valutati: l'evento stressante, l'opinione personale, le emozioni e il conseguente comportamento dell'individuo.

Esistono numerosi modelli cognitivi della depressione.

La teoria principale sulla quale si basa la maggior parte di questi modelli e degli approcci di intervento per la depressione è la teoria della distorsione cognitiva, sviluppata da Beck nel 1967.

Secondo Beck, la maggior parte delle persone che soffrono di depressione tendono ad avere un modo di pensare piuttosto rigido ed eccessivamente negativo rispetto alla realtà e tendono ad avere pensieri negativi su se stessi (eccessiva autocritica), sul mondo (visto come ingiusto e ostile) e sul futuro (sfiducia, pessimismo) che possiamo definire "disfunzionali".

Certo, tutti possono avere pensieri disfunzionali, quando, però, si è depressi i pensieri disfunzionali sono spesso automatici e tendono a prendere il sopravvento.

La Tcc ha lo scopo di aiutare il paziente ad identificare tali pensieri al fine di ritrovare un miglior equilibrio mentale ed emotivo (Milgrom et al, 2003).

La conduzione del gruppo Tcc, secondo la strutturazione dei moduli proposta da Bazzoni et al (2008), è supportata da due soggetti: il coordinatore, detto conduttore, e un collaboratore detto co-conduttore. I cicli di incontri (condotti da infermieri/educatori/*terp* formati), della durata

di un'ora circa, devono prevedere quattro sessioni costanti ("Cosa è accaduto prima del ricovero", "Modello stress-vulnerabilità", "psicofarmaci", "segnali precoci di crisi") più altri moduli opzionali (alcol, allucinazioni, ansia e paura, delirio e pensiero psicotico, disturbi dell'umore: tristezza e gioia, disturbi di personalità); *cluster* B: rabbia, idee di suicidio, Tso, benessere fisico (alimentazione e attività motoria, comprendere e gestire le emozioni) scelti sulla base dei problemi presentati dai pazienti.

Secondo studi esaminati da Bazzoni et al (2008) la Tcc, attraverso l'ascolto e la partecipazione attiva dei pazienti, cerca di:

- favorire la socializzazione attraverso il racconto della propria esperienza;
- fornire degli strumenti per potenziare le risorse e le competenze della persona;
- fornire informazioni sulla malattia in senso dimensionale;
- facilitare la messa in atto delle strategie di fronteggiamento (*copying*) nei confronti di eventi e di situazioni stressanti;
- ridurre l'isolamento mediante la condivisione delle esperienze di malattia
- migliorare l'autocontrollo, il senso di auto-efficacia e quindi l'autostima;
- insegnare a riconoscere i segni precoci di crisi e a gestire al meglio le crisi (presenti e future).

Questi principi mirano a riconoscere la persona nella sua globalità, potenziando le risorse individuali e le competenze e riducendo la condizione di vulnerabilità.

LA TCC NELLA DPP

L'obiettivo-chiave di un intervento per la depressione dovrebbe essere quello di curare la malattia cercando la remissione dei sintomi, ma, allo stesso tempo, di stimolare processi di cambiamento e di sviluppo positivo, favorendo processi di responsabilizzazione.

In questa direzione si muove la Tcc, intervento raccomandato con un alto livello di evidenza dal *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2008).

Anche secondo una recente revisione della letteratura di Minelli et al (2011), l'utilizzo sistematico della Tcc nella cura dei pazienti affetti da depressione avrebbe ricadute importanti sia sul piano

clinico (riduzione della sintomatologia depressiva) che su quello della sanità pubblica (in termini non tanto di riduzioni degli accessi ai servizi sanitari, ma di perdita di produttività lavorativa, costi umani dei pazienti e familiari).

Nella terapia di gruppo, il paziente è stimolato a prendere consapevolezza del proprio funzionamento mentale e a sviluppare delle strategie adeguate al padroneggiare la sofferenza generata dal disturbo.

Alcuni studi recenti hanno dimostrato che l'abbinamento della Tcc a un trattamento farmacologico, sotto stretto controllo medico, è tra i sistemi più efficaci per curare la depressione.

Quando le persone sono depresse, infatti, cambiano sia il loro modo di pensare, di comportarsi e di sentire, sia i meccanismi biochimici del cervello su cui agiscono i farmaci antidepressivi.

Il terapeuta cognitivo-comportamentale aiuterà il paziente a identificare e a cambiare i modi di pensare (fattori "cognitivi") e i comportamenti (fattori "comportamentali") distorti che lo mantengono in stato depressivo, a ristabilire i precedenti livelli di attività, a riprendere le proprie relazioni sociali e, soprattutto, a prevenire eventuali ricadute, riconoscendo i sintomi della depressione appena si manifestano.

Piacentini et al (2011) hanno testato l'efficacia di Tcc standard della depressione nelle donne con Dpp, sulla base di un adattamento che segue un preciso protocollo tratto dal manuale di Milgrom et al (2003) i cui punti fondamentali sono: aumentare le attività piacevoli; insegnare abilità sociali (abilità di comunicazione, assertività, capacità di richiedere aiuto); insegnare tecniche di rilassamento; insegnare a riconoscere il rapporto tra pensieri, emozioni e comportamenti; aiutare a identificare e monitorare le convinzioni erronee legate alla maternità; aiutare ad identificare i pensieri disfunzionali legati alla bassa autostima; contrastare l'eccessivo altruismo, portare a discutere le somiglianze e differenze negli stili genitoriali propri, del partner, dei genitori.

Le principali innovazioni rispetto ad altre psicoterapie cognitivo-comportamentali validate con studi di efficacia sono il

formato di gruppo, il coinvolgimento del partner e l'attenzione alla relazione madre-bambino e ai meccanismi dell'attaccamento.

Gli autori hanno riscontrato che questo intervento è stato accettato da oltre il 95% delle donne e sono stati osservati miglioramenti statisticamente significativi in termini di riduzione della patologia depressiva fino a 12 mesi dalla sua conclusione.

INDICAZIONI PER LA PRATICA

L'intervento cognitivo comportamentale di Milgrom et al (2003) per le donne affette da Dpp ha come obiettivo quello di fornire informazioni sul disturbo, insegnare a riconoscerlo, fornire strategie di *copying*, dare indicazioni al partner su come favorire il superamento della crisi e supportare adeguatamente la propria donna.

Questo approccio tiene conto dei fattori di vulnerabilità, socio-culturali e scatenanti per aiutare le donne a capire quali elementi abbiano contribuito all'insorgere della loro depressione.

Il punto di partenza dell'intervento è tratto dal corso "*Far fronte alla depressione*" sviluppato da Lewinsohn e Munoz (1979). Il *training* di rilassamento si basa sul modello del rilassamento muscolare progressivo di Jacobson (1929); gli incontri di terapia cognitiva comprendono elementi delle teorie cognitive di Beck (1929) che riguardano l'identificazione e il cambiamento dei pensieri irrazionali e negativi; mentre gli incontri sulle abilità sociali si focalizzano sul *training* dell'assertività, sulla pianificazione e l'aumento del numero di attività sociali, nonché sull'imparare delle tecniche per farsi nuovi amici (Milgrom et al, 2003).

Il corso "*Far fronte alla depressione*" è riproducibile in qualunque Servizio di Salute Mentale e prevede 10 incontri con sei-otto partecipanti (più due sedute aggiuntive a cui partecipano anche i partner) con cadenza settimanale, della durata di 90 minuti.

Durante i primi due incontri, la depressione viene presentata dal punto di vista della teoria dell'apprendimento sociale, vengono definite le regole di gruppo e insegnate delle abilità di auto-cambiamento.

Gli otto incontri successivi sono dedicati, invece, all'insegnamento di attività specifiche (rilassamento, aumento del numero delle attività piacevoli, controllo dei pensieri negativi o irrazionali, e abilità sociali).

La guida di Milgrom et al (2003) contiene indicazioni pratiche su come condurre gli incontri seduta per seduta, sui contenuti e alcuni suggerimenti operativi.

Gli argomenti da affrontare nelle sedute sono i seguenti:

1. Comprendere e trattare la depressione post-partum. Prevede informazioni sul disturbo e su come si manifesta, con l'obiettivo di correggere o modificare informazioni errate e pregiudizi, diminuire lo stigma, favorire l'adesione al programma terapeutico.
2. Presentazione dei compiti a casa. L'obiettivo è coinvolgere attivamente i soggetti nel programma, spiegare l'importanza di mettere in pratica quanto emerso durante gli incontri, acquisire nuove e più funzionali abilità funzionali di fronteggiamento del disturbo.
3. Incrementare le attività piacevoli. Aumentare le attività in grado di migliorare l'umore, combattere la spirale depressiva "meno fai e meno faresti".
4. Imparare a rilassarsi. Consiste nel dare informazioni sui meccanismi fisiologici dell'ansia e insegnare tecniche di rilassamento (rilassamento muscolare progressivo, rilassamento isometrico, respiro lento) per combattere ansia e tensione eccessiva.
5. Abilità di comunicazione, assertività e autostima. L'obiettivo di questa unità è di migliorare le abilità di comunicazione e la capacità di esprimere apertamente pensieri ed emozioni.
6. Metodo strutturato di soluzione dei problemi. Viene insegnato come affrontare i problemi attraverso l'utilizzo del metodo strutturato di soluzione dei problemi (*problem solving*), applicato in particolare ai problemi più comuni che le neo mamme devono affrontare.
7. Introduzione alla terapia cognitiva. Consiste nello spiegare il rationale della terapia cognitiva, insegnare a identificare le relazioni fra emozioni, pensieri e conseguenze, e ad indivi-

duare gli errori di ragionamento che favoriscono i pensieri disfunzionali.

8. **Sviluppare uno stile di ragionamento più efficace.** Le persone vengono addestrate a elaborare e testare nella pratica alternative di pensiero più funzionali.
9. **Miti sulla maternità e aspettative irrealistiche nella cura dei figli.** Vengono identificati e messi in discussione miti, pregiudizi e aspettative irrealistiche relativi alla maternità.
10. **Mantenere i risultati e prevenire le ricadute.** Vengono valutati i risultati, e insegnato a identificare i segni precoci di eventuali ricadute e cosa fare qualora si verificassero.

L'obiettivo di tutti gli incontri è permettere una condivisione tra il gruppo degli operatori e quello dei pazienti, al fine di rendere partecipe il paziente delle decisioni che riguardano la sua cura, partendo dall'esperienza della crisi.

I partecipanti dovrebbero essere inviati al gruppo Tcc solo dopo valutazione medica; mentre la conduzione del gruppo Tcc dovrebbe essere supportata da due soggetti: il coordinatore (detto conduttore) e un collaboratore (detto co-conduttore). Il primo starà seduto tra i pazienti o, in piedi, a seconda delle necessità e inviterà, a turno, tutti i pazienti a esprimere un'opinione sui temi trattati; il secondo, invece, starà vicino a una lavagna su cui sintetizzerà i punti salienti della discussione, favorendo la creazione di un collegamento tra i turbamenti emotivi e cognitivi tra i partecipanti, le circostanze in cui si verificano e i propri pensieri.

L'**atteggiamento maieutico** sarà quello più adeguato per far sì che i pazienti attingano dalle proprie risorse di nozioni e alla loro capacità di soluzione dei problemi, in particolare a quelle utili per fronteggiare le situazioni stressanti che hanno portato alla crisi.

Dall'altra i pazienti, stimolati a dire quello che fanno e sentono, aiuteranno "i pari" a capire meglio le proprie esperienze e a trovare una via d'uscita.

Il conduttore deve sforzarsi di comunicare ai pazienti che le loro esperienze non sono completamente anomale, ma estremizzazioni di esperienze che molte persone vivono in particolari momenti di stress.

La "normalizzazione" del sintomo è un modo efficace per rassicurare il paziente e incoraggiarlo a esplorare il suo mondo interiore e il suo rapporto con gli altri.

La cosa più importante del lavoro di gruppo è il confronto tra pazienti, che darà consapevolezza del fatto che le proprie esperienze non sono uniche e che è possibile trovare modi migliori per far fronte alle situazioni stressanti.

È preferibile che l'incontro di gruppo si tenga in un'ampia sala con possibilità di disporre le sedie e le panche in semicerchio.

I cicli di incontri dovrebbero essere condotti da infermieri/educatori/terapisti formati, le sedi potrebbero essere i centri di Salute Mentale o i centri diurni.

Se sono presenti pazienti con gradi di depressione diversa o con ansia potrebbe essere indicato partire prima con moduli base come quelli proposti da Bazzoni et al (2008), per esempio il "Modello stress-vulnerabilità": psicofarmaci, Segni precoci di crisi, Ansia e paura, Disturbi dell'umore: tristezza e gioia, Comprendere e gestire le emozioni.

I moduli dovrebbero essere scelti in base ai problemi presentati dai pazienti.

CONCLUSIONI

Punti forti del progetto

Riunire in un gruppo le donne che hanno appena avuto un bambino consentendogli di discutere e di condividere esperienze, timori, aspettative, aumenta considerevolmente la loro capacità di far fronte alla depressione.

Quelle che hanno partecipato a gruppi Tcc dicono di essersi sentite meno isolate e più capaci di essere emotivamente sincere e di esprimere i propri pensieri. Inoltre, il gruppo coinvolge le partecipanti in un'attività sociale, cosa molto importante considerando che, in genere, la nascita di un bambino obbliga ad una notevole riduzione di queste attività.

Diversi autori (Piacentini et al, 2011) hanno indagato l'utilità della Tcc *standard* nelle donne con Dpp: infatti, sono stati messi a punto adattamenti, testati nella loro efficacia, per un utilizzo sia individuale che di gruppo.

Secondo il *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2007) la Tcc rappresenta l'intervento di prima scelta

nelle Dpp di grado lieve e moderato: fornendo, infatti, schemi di comportamenti adattivi, aiuta il paziente a trovare nuove e più positive strategie di *copying* per reagire alle situazioni avverse (Bazzolini et al, 2008).

In uno studio di Cooper e Murray (1997) il mantenimento dei benefici di chi aveva partecipato ad un gruppo Tcc nei *follow-up* a nove e a 12 mesi è risultato superiore al gruppo controllo.

Ciò fa ipotizzare che le madri che hanno ricevuto tale intervento abbiano una minore probabilità di sviluppare la depressione postnatale in seguito a un'altra gravidanza.

Anche una recente revisione della letteratura metanalitica svolta da Minelli et al (2011), che includeva studi di elevata qualità e una precedente revisione della letteratura effettuata da Powell et al (2008), supportano l'ipotesi che il trattamento psicoterapico di tipo cognitivo-comportamentale porterebbe a risultati migliori nel trattamento della depressione rispetto al solo trattamento farmacologico.

La prescrizione di una terapia farmacologica d'altra parte dovrebbe sempre essere attentamente valutata dai medici specialisti, tenendo conto delle preferenze del paziente e del rapporto costo-beneficio, soprattutto nel caso in cui la donna abbia deciso di allattare (la maggior parte dei farmaci è controindicata per l'allattamento).

L'eventuale farmacoterapia dovrebbe, in ogni caso, possedere il più basso profilo di rischio per la mamma e per il feto; essere somministrata alla minima dose efficace e, preferibilmente, in monoterapia; considerare ulteriori precauzioni in caso di neonati pretermine o di basso peso.

Punti deboli del progetto

Nonostante le indicazioni fornite dalle linee-guida, la Tcc è ancora poco diffusa nella pratica clinica dei Servizi Salute Mentale.

Ciò è imputabile alla difficoltà, per gli operatori, di ottenere una formazione adeguata: sono, infatti, richieste oltre che conoscenze di clinica psichiatrica anche nozioni di clinica ostetrica.

Inoltre, la realizzazione di questa pratica richiede più sedute di gruppo e/o indivi-

duali e, quindi, una disponibilità di tempo non sempre possibile all'interno di un servizio pubblico.

Altra ragione per cui la terapia di gruppo non è capillarmente diffusa risiede nella sua stessa complessità: agli operatori essa richiede impegno, motivazione e una capacità di mettersi in gioco non indifferente, oltre che competenze relazionali e di gestione di gruppi. Ed è possibile che non tutti abbiamo queste risorse.

Un quarto problema potrebbe essere legato al fatto che, quasi mai, le donne chiedono aiuto spontaneamente, problema amplificato dalla scarsa collaborazione tra

servizi di salute mentale e servizi materno-infantili che spesso si limitano a un meccanico invio delle utenti.

A tal proposito, sarebbe utile favorire una maggiore integrazione tra servizi e una presa in carico congiunta delle donne che presentano problemi psichiatrici durante la gravidanza e nel post-parto.

Infine, è necessario considerare che, in una realtà sanitaria non troppo ampia, il numero di donne affette da Dpp non è sufficiente per creare un gruppo omogeneo: esse potrebbero, dunque, trovarsi a condividere quest'esperienza con altre tipologie di pazienti con gradi di depres-

sione diversa (ansia o altre problematiche non legate alla maternità) e, in questo caso, la Tcc risulterebbe meno efficace.

La ricerca futura non solo dovrà verificare effetti e benefici di un intervento sulle madri, ma anche porre maggior attenzione al bambino e al partner.

AUTORE:

Maurizio Davì, laureato in Infermieristica, iscritto al II anno di specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche; referente infermieristico di area del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Trento.

BIBLIOGRAFIA

- Bazzoni A, Morosini P, *L'intervento Cognitivo-Comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Torino: Centro Scientifico Editore. 2008.
- Cooper P.J, Murray L, *The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development*. New York, Guilford Press, pp. 201-220. 1997.
- Cox J.L, Holden J.M, Sagovsky R, *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Br J Psychiatry 150:782-6. 1987.
- Falloon I, *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria: guida al lavoro con le famiglie*, Trento: Edizioni Erickson. 1994.
- Fowler D, Garety P, Kuipers E, *Behavior cognitive therapy for psychosis: theory and practice*. New York: Wiley and sons.1995.
- Gavin N.I, Gaynes B.N, Lohr K.N, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T, *Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence*. Obstet Gynecol 106 (5 Pt 1):1071-83. 2005
- Leveni D, Morosini P, Piacentini D, *Mamme tristi: vincere la depressione post-parto*. Trento: Centro studi Erickson. 2009
- Milgrom J, Martin P.M, Negri L.M, *Depressione postnatale*. Trento: Edizioni Erickson. 2003.
- Minelli A, Zambello F, Vaona A, *Effectiveness of Cognitive-associated with behavioral therapy psychopharmacological depression. Literature review meta-analyses*. Rivista di psichiatria. 2006.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) *Routine postnatal care of women and their babies*.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2007), *Antenatal and postnatal mental health Clinical management and service guidance*.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008) *Cognitive behavioural therapy for the management of common mental health problems*. 2012
- Piacentini D, Mirabella F, Leveni D, Primerano G, Cattaneo M, Biffi G, Rozzoni C, Arcaini F, Gigantesco A, *Effectiveness of a manualized cognitive-behavioural intervention for postnatal depression*. Rivista di Psichiatria, 46 (3): 187-194. 2011.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Postnatal depression and puerperal psychosis*. A National Clinical Guidelines 60. 2002.

Indagine sull'applicazione infermieristica della Triade Rogersiana nel cambio di genere

di Lendra Niego, Teresa Compagnone

ABSTRACT

La persona affetta da transessualismo ha un *background* e un carico emotivo pesante e da non sottovalutare.

Diversi studi qualitativi e quantitativi sono stati effettuati, nel tempo, in tantissime aree dell'assistenza infermieristica, ma nessuno sull'approccio alle persone che si stanno sottoponendo alla riconversione di genere.

In letteratura, nel profilo professionale (e nel patto infermiere-cittadino), è sempre evidenziata l'importanza del supporto psicologico e di vicinanza degli infermieri nei confronti degli assistiti. Con questo studio si è indagato sulla conoscenza della Triade Rogersiana da parte del personale preposto all'assistenza o se, in caso contrario, grazie all'esperienza e alla sensibilità che contraddistingue gli infermieri, si confermi l'attitudine al contatto con persone che attraversano un periodo di disagio fisico, psicologico, emotivo e sociale.

Materiali e metodi

Indagine qualitativa di stampo fenomenologico su un campione propositivo di infermieri al lavoro presso l'Uoc Chirurgia Plastica e Ricostruttiva dell'ospedale San Camillo-Forlanini, inserito nel servizio Saifip (Servizio per l'Adeguamento tra Identità fisica e Identità psichica).

Lo strumento per la raccolta dati è stato un'intervista semi-strutturata registrata, appositamente ideata e somministrata *face-to-face*, composta da otto domande aperte.

I dati sono stati analizzati con il metodo di Giorgi per estrarne categorie e temi significativi.

Risultati

I temi che emergono riguardano la conoscenza degli infermieri della Triade Rogersiana che risulta scarsa in sé, ma i cui principi vengono applicati, poi, nella pratica.

Per quanto riguarda l'approccio a questo tipo di paziente, gli infermieri dichiarano di non avere nessuna difficoltà a relazionarsi, anche se emerge la consapevolezza di trovarsi di fronte a persone con caratteristiche particolari – molto fragili – con le quali è importante stabilire un approccio positivo già al momento del ricovero.

Secondo gli infermieri intervistati, vi è la necessità di approfondire questi temi nella formazione di base, nonché di un *training ad hoc* per gli infermieri assegnati alla specifica Uo.

Conclusioni

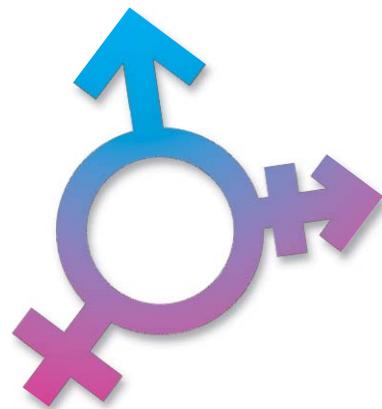
Le interviste somministrate agli infermieri hanno prodotto una moltitudine di informazioni.

Anzitutto, è emerso che alcuni infermieri conoscevano la Triade Rogersiana e che tutti hanno un'idea errata del concetto di "empatia", pur essendo empatici ed autentici di fatto, e accettando incondizionatamente le persone che si sottopongono a riconversione chirurgica di genere. Questo studio ha pure evidenziato che l'infermiere ha il ruolo di *counselor*, stabilendo un immediato legame positivo con questi pazienti.

INTRODUZIONE

Ognuno di noi ha un corpo e ognuno un orientamento sessuale.

La sessualità è uno dei cardini principali



per la continuità della specie umana, forse il principale.

Tutti nasciamo con organi sessuali esterni che, all'anagrafe, vengono registrati con M (per i maschi) e F (per le femmine).

Nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza, poi, si sviluppa la sessualità attraverso stimoli provenienti dall'ambiente esterno, la conoscenza con e dell'altro da sé, l'educazione ricevuta in famiglia e a scuola.

Un soggetto considerato "normale" è quello in cui gli organi sessuali esterni e il genere assegnato all'anagrafe corrispondono al momento della nascita; è un soggetto che, crescendo, comincia a scoprire se stesso e gli altri; è attratto fisicamente dal sesso opposto durante l'adolescenza e l'età adulta: è, nella maggior parte dei casi, una persona che inizia una relazione stabile – o si sposa – con una persona di sesso opposto e mette al mondo dei figli.

Tuttavia, ci sono persone che, pur possedendo organi sessuali esterni corrispondenti al genere assegnato all'anagrafe, da grandi, manifestano un orientamento omosessuale, cioè, sono attratti fisicamente da persone dello stesso sesso.

Ma questa è una discrepanza tra sesso e, appunto, orientamento.

Cosa succede se una persona, nell'età in cui inizia lo sviluppo sessuale, avverte che c'è qualcosa che non va nel proprio corpo? Qualcosa che non corrisponde a qualcos'altro? Che il corpo con cui è nata

la fa sentire a disagio? Cosa succede se avverte che c'è qualcosa di troppo nel suo corpo o qualcosa di mancante? Cosa succede se è convinta che quel corpo non le appartiene?

Succede che inizia ad avere le idee confuse, a capire che i suoi comportamenti non sono quelli che la società si aspetta; succede che, nella migliore delle ipotesi, viene allontanata dagli amici, ha una vita difficile sul posto di lavoro, non riesce ad iniziare una relazione sentimentale stabile.

Gli restano solo i genitori che, pur non capendo bene, supportano il frutto di un amore nato con un'anomalia. Ma, nella peggiore delle ipotesi, questa persona viene allontanata anche da questi ultimi, e finisce con l'aggrapparsi a qualcuno che lo può capire, perché: *"Io sono come te, Madre Natura ci ha tirati proprio un brutto scherzo!"*.

Fino ad una decina di anni fa, per molti motivi, queste persone restavano nell'ombra.

Oggi le cose sono cambiate: ora la medicina ha fatto passi da gigante, e ha scoperto che forse c'è un'anomalia genetica per cui il sesso assegnato all'anagrafe non corrisponde all'identità di genere, perché in queste persone la discrepanza sta nell'identità, cioè nel sesso a cui sentono di appartenere: hanno il corpo di donna, ma sentono di essere uomini dentro, o viceversa.

E allora inizia un cammino tutto in salita...

In letteratura, nel profilo professionale (e nel patto infermiere-cittadino), le relazioni che si instaurano tra infermieri e assistiti sono sempre sottolineate da un grande accento sul supporto psicologico e di vicinanza: eppure, forse in nessun altro caso come con i transessuali che si sottopongono a Rcs (Riconversione Chirurgica del Sesso) la componente relazionale è davvero fondamentale.

La Triade Rogersiana può essere un valido strumento per stabilire un giusto rapporto tra l'infermiere e tale tipo di pazienti.

I soggetti con disturbi d'identità di genere sono stati "classificati" molto recentemente nel Dsm-IV-Tr (2000).

Per questo motivo, ci sono davvero pochi studi sia a livello nazionale che interna-

Intervista semi-strutturata registrata

Breve descrizione dell'argomento: in questa intervista parleremo della triade Rogersiana come strumento utile a migliorare l'approccio psicologico e l'assistenza degli infermieri alle persone che si sottopongono a riconversione di genere chirurgica.

Domanda 1: Cosa sa della Triade Rogersiana?

Domanda 2: Sa dirmi una breve spiegazione dei termini empatia, autenticità e accettazione incondizionata?

Domanda 3: Durante l'assistenza a una persona che si sottopone all'intervento chirurgico per la riconversione di genere, quali sono gli aspetti umani che più la colpiscono sia in positivo che in negativo?

Domanda 4: Mi può raccontare in quali situazioni in particolare si è sentito in difficoltà durante lo svolgimento della sua professione? Perché secondo lei?

Domanda 5: Mi può fare qualche esempio di difficoltà ad instaurare una relazione di aiuto con questi pazienti? Perché secondo lei?

Domanda 6: Nei tanti casi di transessualità incontrati, quali sono gli elementi comuni che ha riscontrato nelle persone che si trovano in questa condizione?

Domanda 7: Come si è modificato il suo approccio ai pazienti lavorando in questa unità operativa? Se lei lavorasse in una U.O. diversa da quella in cui lavora, pensa che si approccerebbe ai pazienti in modo diverso?

Domanda 8: Secondo lei cosa sarebbe necessario spiegare al corso di laurea per approfondire questo argomento?

Grazie per la collaborazione.

Figura 1. Questionario proposto agli infermieri

zionale, e non abbiamo trovato nessuno altro studio qualitativo che riguardi l'applicazione della Triade Rogersiana da parte degli infermieri quando queste persone si sottopongono all'intervento chirurgico di riconversione di genere.

Parole-chiave: transessualismo, empatia, autenticità, accettazione incondizionata.

SCOPO DELLO STUDIO

Questo studio si pone come obiettivo di indagare se il personale preposto all'assistenza conosce la Triade Rogersiana o se, in caso contrario, grazie all'esperienza e alla sensibilità che, da sempre, contraddistingue la professione infermieristica, si confermi l'attitudine al contatto con persone che attraversano un periodo di disagio fisico, psicologico, emotivo e sociale.

MATERIALI E METODI

La metodologia utilizzata è quella della

ricerca qualitativa di tipo fenomenologico.

Lo studio è stato condotto presso la Uoc Chirurgia Plastica e Ricostruttiva dell'ospedale San Camillo, inserita nel percorso disegnato dal Saifip (Servizio di Adeguamento tra Identità Fisica e Identità Psicica).

Il campionamento di 10 infermieri su base volontaria è stato di tipo propositivo: l'unico criterio di inclusione è rappresentato dal fatto di avere almeno un anno di servizio in reparto.

Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è stato un'intervista semi-strutturata composta da otto domande aperte. (Figura 1)

L'intervista semi-strutturata *face to face* è stata registrata in forma anonima, dopo aver ottenuto il consenso e aver informato gli infermieri sul trattamento dei dati che sarebbero stati utilizzati solo ai fini della ricerca e nel rispetto delle norme sulla privacy.

Nell'operazione non si ravvisano rischi,

Tabella 1 - Le conoscenze degli infermieri

Tema 1	Gli infermieri non conoscono la Triade Rogersiana ed hanno una errata percezione del concetto di "empatia"
Tema 2	Gli infermieri hanno una giusta percezione del termine "autenticità" ed una giusta interpretazione del termine "accettazione incondizionata"

Tabella 2 - Considerazione dei pazienti ed il vissuto degli infermieri

Tema 3	Solitudine, sofferenza e paura di non essere accettati
Tema 4	Gli infermieri non hanno nessuna difficoltà a relazionarsi a questo tipo di paziente
Tema 5	Chiusura dei pazienti dopo l'intervento ed avances
Tema 6	L'infermiere si trova di fronte a pazienti con caratteristiche particolari e molto fragili
Tema 7	Importanza del primo approccio al momento del ricovero; maggior attenzione sia alla componente psicologica che alla tecnica chirurgica per migliorare e razionalizzare l'assistenza

Tabella 3 - la necessità di inserire questo argomento nella formazione di base

Tema 3	Necessità di approfondire nella formazione di base e <i>training</i> mirato per gli infermieri assegnati alla Uo
---------------	--

mentre i benefici consistono nella comprensione, da parte dei professionisti, della loro modalità di relazionarsi con questo tipo di paziente.

Per avere accesso alla struttura e intervistare gli infermieri, è stato necessario presentare presso il Ditro (Dipartimento Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico) del San Camillo l'autorizzazione a eseguire lo studio, accompagnata dal protocollo di ricerca, la lettera per gli operatori che si volevano coinvolgere, le domande dell'intervista e il modulo per il consenso informato per gli operatori. Inoltre, prima di iniziare l'intervista, a ogni infermiere è stata fornita una breve descrizione dell'argomento.

ANALISI DATI E DISCUSSIONE

Il materiale risultante dalle interviste è stato analizzato secondo il metodo Giorgi che prevede la lettura ripetuta di tutte le interviste, l'analisi dei dati e l'estrazione di tutte le affermazioni significative, delle categorie e dei principali temi emersi, poi organizzati in tre tabelle.

Dopo un'attenta e lunga riflessione delle categorie emerse, si è cercato di identificare dei "temi" che rispecchiassero il sentire degli infermieri rispetto a ognuna delle domande poste.

La prima domanda mirava a capire se gli infermieri conoscono la Triade Rogersiana; mentre nella seconda, si voleva indagare la conoscenza e il significato dei tre termini che la compongono: "empatia", "autenticità" e "accettazione incondizionata".

Tutto, nella realtà lavorativa degli intervistati, cioè persone che assistono altre desiderose di riconvertire l'identità di genere chirurgicamente.

Anzitutto, è emerso che il concetto di "empatia" posseduto dagli infermieri è errato: cioè, la intendono come un rapporto positivo che si instaura tra due persone, come si suol dire "a pelle".

Al contrario, la percezione di "autenticità" e "accettazione incondizionata" è giusta, ed è applicata allo svolgimento della professione.

Poi, però, nel comportamento (quindi

spesso inconsapevolmente) gli infermieri sono empatici secondo il giusto significato del termine e cioè: "mettersi nei panni dell'altro per sentire ciò che lui sente come se lo sentissimo noi".

Quest'approccio è fondamentale nella professione infermieristica perché l'infermiere si prende cura della persona.

Quindi, ogni infermiere, a prescindere dall'Unità Operativa in cui presta servizio, dovrebbe chiedersi: "Come mi sentirei se mi trovassi io in questa condizione? Come mi sentirei se questa cosa la facessero ai miei figli? Ai miei genitori? A mio marito? Alla mia fidanzata? Al mio miglior amico?". (Tabella 1)

È questa la domanda che ogni infermiere dovrebbe porsi prima di un qualunque tipo di approccio, il perno dell'assistenza, per far sì che essa venga erogata sempre con qualità relazionale.

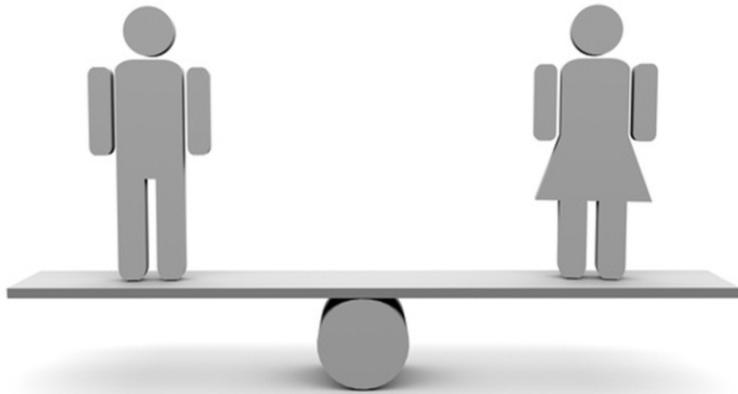
Solo in un secondo momento, si possono – e si devono – mettere in campo tutte le conoscenze tecniche di cui si dispone e agire in maniera razionale ed oggettiva. Fondamentale è tenere sempre presente il "come se lo sentissimo noi" per non farsi coinvolgere e travolgere dalle emozioni proprie e delle persone che si assistono.

Le domande 3, 4, 5, 6 e 7 sono state poste per evidenziare il lato umano degli infermieri che assistono queste persone, per capire quali siano i sentimenti che suscitano in loro, quali i loro punti deboli e quelli di forza.

È emerso che sono tutti molto coinvolti: la loro è una partecipazione attiva e sincera alle difficoltà dei pazienti; li sostengono, li aiutano, li incoraggiano, li ascoltano (probabilmente, qualcuno con più attenzione di altri, ma lo fanno tutti).

Gli infermieri non fanno distinzioni rilevanti tra generi di pazienti, per loro: "È come se fosse un altro paziente che si opera agli occhi o che ha un tumore maligno"; "Per me non è importante la patologia, per me è una persona che sta lì e ha bisogno di aiuto".

Tutte risposte simbolo di professionalità. Va, tuttavia, sottolineato che, rispetto a pazienti che desiderano cambiare sesso, il loro approccio è più discreto, fanno ancora più attenzione a rispettarne la privacy e la dignità, tenendo in grosso conto questa scelta così definitiva, spesso



meravigliandosi del coraggio di queste persone, e c'è qualcuno che pensa si tratti di una scelta di libertà come tappa finale di una lunga sofferenza: *"Qualcuno mette un fiocco rosa o azzurro fuori la stanza dopo l'intervento per dire: 'Oggi io rinasco'"*.

Le lamentele maggiori riguardano la carenza di personale, condizione che li porta inevitabilmente a dare la precedenza a un certo aspetto dell'assistenza e trascurare la componente relazionale: *"Facciamo fatica a fronteggiare le situazioni. Molto spesso non possiamo soffermarci; l'importante è che tu abbia fatto la terapia. Se hai lasciato la paziente che piange poco importa"*.

Riescono a gestire, a volte con non poche difficoltà, sia l'esuberanza dei Mtf (Maschio Transizionato Femmina) – *"Qualche volta gli dobbiamo dire di coprirsi perché questo è un reparto misto e, per non urtare la suscettibilità, gli dico: 'Sei bella anche col pigiamone e un filo di trucco'"* –, che le avances dei Ftm (Femmina Transizionata Maschio), comprendendo che anche queste sono manifestazioni di una ritrovata possibilità di autodeterminazione.

Sono colpiti dalla sofferenza patita da queste persone, in alcuni casi da episodi di violenza sessuale anche in famiglia: tutti riferiscono della solitudine, soprattutto dei Mtf, che porta spesso alla prostituzione. Comprendono un atteggiamento iniziale aggressivo, ma hanno comunque poi la capacità di ristabilire un equilibrio

emotivo: *"Una volta a una le ho fatto un bel discorsetto. Le ho detto: 'Ma pensi che solo tu hai sofferto?'. Dopo, è cambiata radicalmente!..."* e, allo stesso tempo, rispettano la riservatezza di altri *"Io li rispetto, faccio il mio. Se hanno bisogno mi chiamano e io sono disponibile"*. (Tabella 2)

Con l'ottava e ultima domanda, si è voluto capire se, secondo gli infermieri, c'è qualcosa in più da spiegare al corso di laurea.

Va precisato che gli studenti che effettuano il tirocinio presso l'ospedale San Camillo, dove sono state effettuate le interviste agli infermieri, sono dell'università La Sapienza e non di Tor Vergata. Gli infermieri hanno manifestato la necessità di ampliare la conoscenza della tecnica chirurgica e approfondire la componente psicologica. (Tabella 3)

Potrebbe essere interessante inserire qualche nozione a tal proposito anche nei contenuti didattici dell'università Tor Vergata: d'altronde, i transessuali esistono, così come le persone con disturbi dell'identità di genere.

Quelli che si sottopongono alla riconversione chirurgica sono sempre più numerosi.

Fino a 20 anni fa, in Italia, l'ospedale San Camillo e il policlinico di Trieste erano le uniche strutture pubbliche in cui era possibile effettuare questo intervento; oggi, invece, sono circa 20, anche se solo in alcune si possono effettuare tutte le tappe dell'iter.

LIMITI DELLA RICERCA

Nella ricerca non si è incontrata alcuna difficoltà, se non nella revisione della letteratura, in quanto sulla transessualità in generale ce n'è proprio poca.

Sull'approccio infermieristico alle persone che si sottopongono a riconversione di genere chirurgica, la letteratura è scarsa; sull'applicazione della Triade Rogersiana da parte degli infermieri, addirittura inesistente.

Un altro limite è ravvisabile nel fatto che sono stati intervistati infermieri di una sola Uo che tratta questo problema.

CONCLUSIONI

Le interviste somministrate agli infermieri hanno prodotto una moltitudine di informazioni.

In generale, nessun infermiere conosce la Triade Rogersiana e tutti hanno un'idea errata del concetto di "empatia".

Ciò nonostante sono empatici, autentici e accettano incondizionatamente le persone che si sottopongono a riconversione chirurgica di genere.

Proprio per questo, lo studio ha evidenziato che l'infermiere è pure un *counselor*. A parte le considerazioni oggettive, quest'esperienza è stata indubbiamente positiva: abbiamo imparato che omosessualità, transessualità, transgenderismo e travestitismo non sono sinonimi.

Ognuno di questi termini "incasella" – e identifica – una certa categoria di persone.

Abbiamo scoperto che i transessuali sono persone molto fragili e sensibili per la sofferenza patita durante l'infanzia e l'adolescenza, ma, al contempo, forti perché, nonostante tutto, perseguono il loro scopo: l'intervento chirurgico di riconversione di genere per vivere finalmente una relazione sentimentale in pace con loro stessi e senza doversi più nascondere.

AUTORI:

Lendra Niego, laureata in Infermieristica presso l'Università di Tor Vergata-Roma, sede di Ostia; Teresa Compagnone, professore a contratto Med 45, corso di laurea in Infermieristica, Università Tor Vergata-Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Benvenuti P, *Psicologia e Medicina*. Milano, Carocci, 2000.
- Crescenzi F, *Il Counseling nel sostegno ai malati gravi*, Roma, 2007.
- Fain J, *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*. McGraw-Hill, 2004.
- Imbasciati A, Margotta M, *Compendio di psicologia per gli operatori socio sanitari*. Piccin, 2004.
- Lo Biondo-Wood G, Haber J, *Metodologia della ricerca infermieristica*. McGraw-Hill, 2004.
- Mucchielli R, *Apprendere il counseling*. Trento, Erickson, 1987.
- Irwin L, *Homophobia and heterosexism: implications for nursing and nursing practice*. *Australian Journal of Advanced Nursing*. May 2006, volume 25 n.1.
- Khoosal D, Langham C, Palmer B, Terry T, Minajagi M, *Features of eating disorder among male-to-female transsexuals*, *Sexual and Relationship Therapy*. May 2009, volume 24 n.2.
- Morgan W.S, Stevens E.P, *Transgender identity development as represented by a group of Ftm transgendered adults*. *Informa healthcare Usa*. February 2008.
- Rondhal G. *Students inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons*. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, Svezia. March 2009, volume 6 n.1.
- Udeze B, Abdelmawla N, Khoosal D, Terry T, *Psychological functions in male-to-female transsexual people before and after surgery*. *Sexual and Relationship Therapy*. May 2008, volume 23 n.2.

IN PILLOLE

Ecco come l'amianto danneggia le cellule

Da tempo si sapeva che le fibre di amianto rappresentano un pericolo particolare per le cellule e proprio le cellule "pugnalate" da nanofibre di amianto sono state osservate a più riprese, scoprendo il modo in cui l'amianto le danneggia.

Un gruppo di ricercatori della Brown University ha capito come ciò sia possibile, e notato come i nanotubi di carbonio e altri nanomateriali lunghi possano costituire per le cellule lo stesso pericolo dell'amianto.

Tramite simulazioni al computer ed esperimenti su cellule di fegato di topo e del mesotelio umano, i ricercatori hanno scoperto che i nanotubi ingannano le cellule.

Questi nanomateriali presentano alla cellula un'estremità arrotondata e si avvicinano con un angolo di 90 gradi: così la cellula crede che si tratti di un oggetto sferico e inizia a "ingoiarlo" (processo chiamato endocitosi). Ci vogliono pochi minuti prima che la cellula si accorga che, in realtà, si tratta di un oggetto cilindrico, ma a quel punto è già troppo tardi e la cellula resta "strozzata", impossibilitata sia a completare l'endocitosi che a invertirla. In ultimo, la cellula chiama aiuto, scatenando una risposta immunitaria che causa un'inflammatione ripetuta, ma che non la salva.

Il professor Huajian Gao, autore dello studio realizzato dai ricercatori della Brown University, ha spiegato il meccanismo con un paragone: "È come se cercassimo di mangiare un lecca-lecca più lungo di noi. Si incastrerebbe", ha detto.

La scoperta può aiutare a capire come le cellule interagiscono con i nanomateriali e, dunque, a sfruttare questa situazione: si pensa infatti di utilizzare i nanotubi per trasportare i medicinali all'interno di cellule specifiche o zone specifiche del corpo per terapie farmacologiche estremamente mirate.

Gli interventi infermieristici più efficaci per migliorare l'immagine corporea nelle donne sottoposte a intervento chirurgico per K mammario

di Demetrio Bilotta, Alessandra Bacchi, Laura Parmigiani

ABSTRACT

Il cancro della mammella rappresenta il 27% di tutti i tumori femminili e sta assumendo sempre più la tipologia di una malattia cronica.

La mortalità si è ridotta grazie all'individuazione dei fattori di rischio, alla diagnosi precoce e al miglioramento delle terapie, ma la tendenza registrata in quest'ultimo decennio indica che il fenomeno risulta in crescita, con un milione di nuovi casi l'anno.

Il trattamento chirurgico del tumore al seno (sia esso conservativo o demolitivo) è un'esperienza critica per ogni donna, costretta ad affrontare importanti problematiche legate all'immagine corporea e alla valutazione di sé.

La mastectomia provoca un cambiamento profondo non solo biologico ma anche psicologico dovuto alla perdita di una parte del corpo simbolicamente legata alla femminilità e alla fertilità. Per questo, spesso ciò è la causa dell'inibizione dei rapporti con gli altri (lavoro, famiglia e amicizie), della sessualità, del peggioramento della qualità di vita e, spesso, anche della prognosi.

Inoltre, gli effetti collaterali delle terapie adiuvanti (perdita dei capelli, riduzione della tonicità epidermica, aumento di peso e interruzione del ciclo mestruale) si accaniscono ulteriormente contro i principali aspetti della femminilità, riducendo la soddisfazione della propria immagine corporea. Talvolta, la paura di affrontare

l'intervento e la terapia è così forte da vincere il timore della malattia, con il conseguente rifiuto delle cure.

Terminata la fase più complessa (intervento, chemioterapia, radioterapia ecc.) la donna si "guarda allo specchio" e vi vede riflesso il proprio corpo che "narra" l'esperienza di malattia e di mutilazione. Lo specchio riflette tutto il vissuto emotivo legato alla malattia e alle cure invasive che, non solo hanno segnato fisicamente il corpo ma, in maniera angosciante, anche il rapporto della donna con esso.

Il sé corporeo - elemento fondamentale per definire l'identità - ha subito una ferita non solo fisica, ma anche psicologica, e necessita, pertanto, di un nuovo adattamento, di un nuovo equilibrio e di re-

inserirsi nell'esperienza di sé. Ora, la donna deve essere aiutata ad adattarsi alla nuova situazione per ristabilire un nuovo equilibrio con il proprio corpo.

Il momento della conclusione delle cure coincide spesso con un abbassamento della fitta rete di legami e di sostegno che si crea intorno alla donna e questo può causare un vuoto che può amplificare il senso della mutilazione dovuto all'intervento chirurgico.

METODO ED OBIETTIVI

L'obiettivo principale dello studio è descrivere gli interventi infermieristici che possono aiutare le donne sottoposte a trattamento chirurgico di K mammario a migliorare la capacità di adattamento



BANCA DATI	PAROLA CHIAVE	ALTRI RISULTATI	FREE FULL TEXT	REVIEW
Pub Med	Breast cancer AND nursing care	253	23	15
Pub Med Tripdatabase	Breast cancer AND altered body perception AND nursing care	0	0	0
Pub Med Tripdatabase	Altered perception of body image AND mastectomy	0	0	0
Pub Med Tripdatabase	Body image AND breast cancer AND nursing care	10 65	0 0	0 5
CINAHL	Breast cancer AND nursing care	14	0	0
CINAHL	Breast cancer AND altered body perception AND nursing care	0	0	0
CINAHL	Altered perception of body image AND mastectomy	0	0	0
CINAHL	Body image AND breast cancer AND nursing care	3	0	0
Ovid PS	Breast cancer AND nursing care	9	0	0
Ovid PS	Breast cancer AND altered body perception AND nursing care	0	0	0

Tabella 1. Risultati della revisione

all'immagine corporea e a ridurre lo stress. Per raggiungere il nostro scopo abbiamo revisionato la letteratura reperita su banche dati di interesse medico/infermieristico: principalmente, PubMed, Tripdatabase, Cinahl e OvidPS.

Il quesito di *foreground* è stato: "Quali sono gli interventi infermieristici che possono migliorare la percezione dell'immagine corporea nelle donne sottoposte a trattamento chirurgico per K mammario?". La ricerca è stata ulteriormente limitata grazie alla funzione *limits*: sono state, infatti, considerate solo *review*, articoli e Rct pubblicate negli ultimi tre anni su riviste infermieristiche, in lingua italiana, inglese e francese riguardanti la specie umana, il sesso femminile e l'età superiore a 19 anni.

Sono stati esclusi gli articoli che non affrontano il problema dell'immagine corporea, quelli che non hanno l'*abstract*, gli studi condotti su gruppi di donne di cultura non occidentale e quelli su donne

con una storia di malattia psichiatrica.

Parole-chiave: *breast cancer AND nursing care; breast cancer AND altered body perception AND nursing care; altered perception of body image AND mastectomy; body image AND breast cancer AND nursing care.*

RISULTATI

In *Tabella 1* sono riportati i risultati della revisione.

La revisione della letteratura (McCann L, Illingworth N, Wengstrom Y, Hubbard G, Kearney N.) dimostra che favorire l'espressione delle esperienze tra donne durante l'iter diagnostico-terapeutico e il *follow-up* migliora significativamente la capacità di adattamento alla loro immagine corporea, riducendo lo stress.

Lo studio descrive le esperienze di transizione delle donne con cancro al seno durante il primo anno.

I dati sono stati rilevati mediante un'inter-

vista che si è svolta in tre tempi a 12 donne il primo anno dopo la diagnosi di tumore al seno.

Dall'analisi, le donne chiedono di poter usufruire di interventi di supporto per riuscire a gestire l'esperienza di diagnosi e trattamento di tumore alla mammella: con questi avrebbero accettato la modificazione dell'immagine corporea e migliorato il loro senso di desiderabilità sessuale.

Gli autori evidenziano la necessità di interventi educativi multidisciplinari e di supporto psicologico.

Secondo un altro studio (Power S, Hegarty J.), è importante agevolare il rapporto tra pazienti con K al seno. Gli autori hanno valutato i risultati di un *focus group* al quale hanno partecipato otto donne con cancro alla mammella, sia prima che dopo un programma di supporto durato circa due mesi.

Le interviste sono state registrate e i dati analizzati in base al contenuto delle

NOME ASSOCIAZIONE	INTERVENTI OFFERTI	SITO INTERNET
AIMAC (Associazione italiana malati di cancro)	Informazioni su malattia, e terapia a pazienti, famiglie e amici. L'associazione assicura il sostegno psicologico	www.aimac.it
ALTS (Associazione per la lotta contro i tumori del seno)	Assistenza, riabilitazione fisica e psicosociale per le donne con K mammario. Prevenzione, diagnosi, terapia di controllo della malattia	www.alts.it
ANDOS (Associazione nazionale donne operate al seno)	Prevenzione, informazione, diagnosi precoce, assistenza sociale e supporto psicologico	www.andosonlusnazionale.it
ATTIVE	Ascolto telefonico, consulenze specialistiche e psicologiche individuali, gruppi di sostegno psicologico	www.attive.org
EUROPA DONNA	Punto di riferimento per facilitare il dialogo tra utenti, pazienti, ricercatori, amministratori e politici	www.europadonna-italia.it
ASS. ANTEA	Supporto psicologico e assistenza domiciliare con personale volontario	www.antea.net

Tabella 2. Le associazioni che si occupano di supportare le donne sottoposte a mastectomia

registrazioni e, dai risultati, è emerso che l'utilizzo di programmi multidisciplinari di supporto in donne con K mammario sono efficaci a soddisfare il supporto emotivo, informativo e a potenziare la capacità di scelta delle donne circa le opzioni di trattamento.

L'intervento, inoltre, soddisfa la necessità di aiuto delle pazienti che risultano più propense a comprendere i loro sentimenti nei confronti della malattia e ad accettarli. La condivisione di esperienze vissute tra donne con K mammario aumenta il sostegno reciproco, rafforza la fiducia e il senso di controllo, permette alle pazienti di attivare le risorse interiori e di utilizzarle al meglio (processo di *empowerment*).

Uno studio longitudinale di Moreira H, Canavarro M.C, sull'immagine del corpo e adattamento psicosociale, condotto su tali pazienti, propone agli operatori sanitari di utilizzare strategie focalizzate sulle reali necessità delle donne per favorire il miglioramento della percezione che hanno della propria immagine corporea, principalmente nel periodo compreso tra l'intervento chirurgico e la conclusione del trattamento.

La letteratura (Stang I, Mittelmark M.B) evidenzia l'efficacia percepita dalle donne con K mammario di un intervento che preveda la frequentazione di un gruppo di auto-aiuto per migliorare l'*empowerment*. Le donne intervistate considerano la

frequentazione di questi gruppi come una preziosa fonte di supporto, in quanto favorisce lo sviluppo di un forte senso di comunione tra le partecipanti e rappresenta un momento di riscoperta del proprio corpo, nonché una conferma dei punti di forza e delle loro abilità.

Lo studio di Jiwa M et al enfatizza l'efficacia di interventi di sostegno forniti al *follow-up* da un gruppo Sbn (*specialist breast cancer*) alle donne con K alla mammella.

Il gruppo svolge un ruolo importante nella delicata fase di adeguamento della donna a una nuova immagine corporea.

Gli infermieri svolgono principalmente una funzione informativa ed educativa e utilizzano strategie di adattamento che hanno lo scopo di far emergere il punto di vista della paziente e di potenziare i fattori personali che promuovono un buon adattamento e l'autostima.

Ciò prescinde dall'instaurarsi di un rapporto di fiducia ed empatia tra le donne, i loro *caregiver* e gli infermieri.

Lo studio di Blacklock R, Rhodes R, Blanchard C, Gaul C ha evidenziato gli effetti benefici dell'esercizio fisico nel trattamento della fatica causata dalle cure a cui vengono sottoposte le donne con cancro alla mammella.

Una relazione tra attività fisica e una migliore qualità di vita, dopo il tratta-

mento del cancro, è stata dimostrata in sette studi revisionati dagli autori: si tratta di esercizio fisico moderato praticato su una cyclette o camminando per 20/30 minuti per almeno tre volte alla settimana.

DISCUSSIONE

L'infermiere che lavora in ambito ambulatoriale ha un ruolo importante nel garantire la riservatezza e la privacy della paziente, affrontando la situazione con sensibilità e comprensione. Egli può aiutare la donna a migliorare la sua capacità di adattamento e a ridurre lo stress in tutte le fasi di diagnosi e di cura. Ciò si realizza grazie allo svolgimento della funzione educativa allo scopo di preparare la donna all'alterazione dell'immagine corporea prima dell'inizio della terapia, insegnandole a come provvedere a sé stessa durante il trattamento, nonché aiutandola a comprendere – e ad accettare – la nuova immagine al termine della cura.

È importante ottenere il coinvolgimento dei familiari e/o del compagno e/o degli amici, in modo che diventino una risorsa terapeutica e di supporto.

Atteggiamenti iperprotettivi nei confronti della donna non giovano, anzi possono provocare in lei un sentimento di protezione dalle persone che le stanno vicino e, fingendo che tutto va bene, isolarla.

L'atteggiamento corretto che i familiari dovrebbero assumere nei confronti della malata è di disponibilità all'ascolto e ad accogliere i suoi bisogni.

Necessario è favorire l'espressione dei sentimenti e delle emozioni della donna, ad esempio, domandandole cosa prova guardando l'incisione chirurgica o rassicurandola, se lei non vuole guardare la ferita, dicendole che ciò che prova è normale e che l'aspetto dell'incisione migliorerà di continuo.

Enfatizzare gli aspetti positivi e le possibili soluzioni sono strategie che favoriscono l'adattamento alla nuova situazione.

L'infermiere deve discutere in modo realistico con la paziente circa l'uso di protesi, di reggiseni imbottiti e degli indumenti più appropriati da indossare.

Durante i controlli successivi, la donna deve essere aiutata a comprendere i benefici a lungo termine della chemioterapia/radioterapia (se prescritte) e quali possono essere gli effetti secondari (il linfedema, l'alopecia derivante da alcuni trattamenti, l'onicopatia, il dolore, la nausea e il vomito).

Queste certezze la aiutano a elaborare le reazioni e a comprendere che il senso di perdita deve essere accettato e che verrà risolto nel tempo.

Va verificato che la paziente continui a

disporre di un opportuno sostegno anche dopo la conclusione del trattamento, per cui è necessario informarla circa le risorse pubbliche che offrono accesso alle informazioni ed utilizzano interventi psicosociali mirati a rilevare il disagio psicologico e ad intervenire in modo opportuno. (Tabella 2)

CONCLUSIONI

Dalla nostra revisione appare evidente che l'iter diagnostico e terapeutico deve essere atto in primis a risolvere il problema oncologico, ma deve anche aiutare la donna ad attivare, progressivamente, le sue risorse individuali, a capire e ad accettare le alterazioni dell'immagine corporea che derivano dalla malattia e dal trattamento sin dal momento della diagnosi, a ridefinire le motivazioni e le sue priorità, a riacquistare l'integrità di un'immagine corporea preesistente e a ristabilire un equilibrio psico-fisico.

L'assistenza infermieristica in ambulatorio di senologia è in continua evoluzione, per questo è necessario sviluppare un'adeguata rete di comunicazione Europea, ben progettata e coordinata, che permetta agli infermieri di ricevere un'adeguata formazione.

L'infermiere deve essere capace di riconoscere le sue competenze e

deve offrire un'assistenza centrata sulla donna e basata su prove di efficacia scientifica.

Egli deve riuscire a mettere in discussione interventi o decisioni che potrebbero compromettere la prognosi della donna; deve essere consapevole del proprio ruolo all'interno dell'équipe multidisciplinare ed essere sicuro e competente nella collaborazione con tutti gli altri componenti.

A partire dalle dinamiche relazionali che si realizzano tra infermiere e paziente, è possibile sviluppare un "piano di assistenza personalizzata" che deve includere interventi informativo/educativi multidisciplinari standardizzati e personalizzati che possono aiutare la donna a provvedere a sé stessa durante il trattamento, nonché a comprendere e ad accettare la nuova immagine al termine della cura.

AUTORI:

Demetrio Bilotta, collaboratore professionale sanitario esperto, infermiere Uos-Comfort Ospedaliero, policlinico Tor Vergata-Roma; Alessandra Bacchi, collaboratore professionale sanitario infermiere. Day Surgery, Policlinico Tor Vergata-Roma; Laura Parmigiani, collaboratore professionale sanitario infermiere. Ambulatorio di Senologia, Policlinico Tor Vergata-Roma.

BIBLIOGRAFIA

- McCann L, Illingworth N, Wengstrom Y, Hubbard G, Kearney N, *Transitional experiences of women with breast cancer within the first year following diagnosis*. 2010 Jul;19(13-14):1969-76.
- Power S, Hegarty J, *Facilitated peer support in breast cancer: a pre-and post-program evaluation of women's expectations and experiences of a facilitated peer support program*. Cancer Nurs. 2010 Mar-Apr;33(2):E9-16. PMID:20142745.
- Moreira H, Canavaro M.C, *A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease*. Eur J Oncol Nurs. 2010 Sep;14(4):263-70. Epub 2010 May 21.
- Stang I, Mittelmark M.B, *Intervention to enhance empowerment in breast cancer self-help groups*. Nurs Inq. 2010 Mar;17(1):47-57.
- Jiwa M, Halkett G, Deas K, Ward P, O'Connor M, O'Driscoll C, et al, *How do specialist breast nurses help breast cancer patients at follow-up?* 2010;17(3):143-9.
- Rosedale M, *Survivor loneliness of women following breast cancer*. Oncol Nurs Forum. 2009 Mar; 36(2):175-83.
- Blacklock R, Rhodes R, Blanchard C, Gaul C, *Effects of exercise intensity and self-efficacy on state anxiety with breast of cancer survivors*. Oncol Nurs Forum. 2010 Mar;37(2):206-12..
- Gerlach A, Wiedermann R, *Breast care nurses-nursing experts for breast cancer care. A path to "advanced nursing practice" in Germany?* 2010 Dec; 23(6):393-402.
- Skrutkowski M, Saucie A, Eades M, Swidzinski M, Ritchie J, Marchionni C et al, *Impact of a pivot nurse in oncology on patients with lung or breast cancer: symptom distress, fatigue, quality of life, and use of healthcare resources*. Oncology Nursing Forum, 2008 Nov;35(6):948-54.
- Hsu S, Wang H, Chu S, Yen H, *Effectiveness of informational and emotional consultation on the psychological impact on women with breast cancer who underwent modified radical mastectomy*. Journal of Nursing Research (Lippincott Williams & Wilkins), 2010 Sep;18(3):215-26.
- Weaver C, *Caring for patient after mastectomy*. Nursing, 2009 May;39(5):44-8.
- Bohn M.J, *Assignment of meaning in the male breast cancer experience: a phenomenological study*. University of North Dakota, 2008.

Indagine sul vissuto infermieristico rispetto all'errore nelle Uo del presidio ospedaliero di Colleferro

Errore, opportunità o colpa da nascondere?

di Stella Del Ferraro

ABSTRACT

Scopo di quest'indagine conoscitiva è rilevare l'attuale vissuto degli infermieri rispetto all'errore, visto che questo incide non poco sulla segnalazione spontanea dello stesso.

Tutto, attraverso un questionario di 12 domande a risposta singola.

Dai risultati si rileva che, di fronte a un errore commesso, nelle Uo di area medica si tendono a cercare le debolezze del sistema in maniera maggiore rispetto alle Uo di area chirurgica.

Inoltre, si rileva una scarsa conoscenza sulla gestione del rischio clinico, nonché sui sistemi di segnalazione spontanea degli errori, da parte degli infermieri.

Così, sebbene, da molti l'errore sia ancora visto come una colpa e non come un'opportunità per imparare, la maggior parte degli intervistati dichiara di essere onesta e sincera con i colleghi e di non lavorare in un'atmosfera di sospetto.

Parole-chiave: errore, colpa, rischio clinico, sistemi di *error reporting*.

INTRODUZIONE

La scelta dell'argomento è stata fatta per interesse specifico rispetto alla problematica degli errori in ambito sanitario, in particolare quelli riguardanti le attività infermieristiche.

Dall'analisi effettuata nella letteratura relativa all'argomento, i concetti che emergono sono fondamentalmente due: gli errori si commettono ed è necessario creare barriere a questa possibilità.

Il ministero della Salute definisce l'errore come: *"il fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato"*.

L'errore è una componente ineliminabile della condizione, ergo dell'agire umano: compito della struttura è costruire una rete di protezione (formativa, logistica, informativa, organizzativa) che ostacoli il compiersi dell'errore ed, eventualmente, ne limiti le conseguenze.

Per poter creare barriere occorre conoscere la tipologia e la quantità degli errori, nonché le cause immediate e profonde che li determinano.

La conoscenza della quantità e della tipologia può avvenire, però, solo se gli errori sono segnalati. La segnalazione deve essere fatta attraverso efficaci sistemi di prevenzione dell'errore come l'*Incident Reporting*, la spontanea segnalazione non solo degli errori ma anche delle situazioni possibili fonti di errore o dei quasi-errori (oltre all'errore vero e proprio, infatti, si possono verificare anche i quasi-errori o gli eventi avversi). Molti Paesi stanno cercando di creare le condizioni affinché essa avvenga in maniera sempre più aderente alla realtà. Gli errori possono essere:

1. involontari (*slip*: non secondo le intenzioni e *lapses*: errori di memoria);
2. volontari (*mistake*: errori relativi ai processi di giudizio e violazioni: azioni eseguite contro l'esecuzione);

3. latenti (come quelli legati alle tecnologie);

4. gestionali o attivi (associati alle prestazioni degli operatori).

Gli errori infermieristici che si commettono sono numerosi e tra i più frequenti ci sono: la trascrizione errata della terapia; la non corretta preparazione del paziente a esami diagnostici; i prelievi del sangue non eseguiti; lo smarrimento delle provette e sono dovuti soprattutto a omissione di un intervento necessario; scarsa attenzione o negligenza; violazione di un processo diagnostico o terapeutico; inesperienza in procedure invasive; difetto di conoscenza; insufficiente competenza clinica o capacità di collegare i dati del paziente con le conoscenze; errore di prescrizione, informazione, compilazione.

È necessaria una radicale evoluzione culturale riguardante il concetto stesso di errore: esso non deve essere più inteso come una colpa, quanto come un'opportunità di apprendimento – e di miglioramento – della qualità e della sicurezza dei pazienti, nonché uno strumento per imparare.

OBIETTIVI

Scopo dell'indagine conoscitiva è vedere come gli infermieri si comportano e affrontano le situazioni in cui vengono commessi errori e come l'errore viene vissuto.

In particolare, si è voluto verificare se, all'interno dei reparti, si utilizza un sistema di *"error reporting"*, se il perso-

nale coinvolto in un incidente clinico viene fatto sentire "colpevole", se si raccolgono informazioni sul rischio clinico.

L'indagine mira a evidenziare ed esaminare i fattori che aiutano – od ostacolano – la riflessione critica sul proprio operato o su quello del gruppo di lavoro, al fine di favorire l'empowerment dell'intero team assistenziale/professionale e, conseguentemente, ridurre gli errori.

MATERIALI E METODI

L'indagine è di tipo conoscitivo e ha preso in considerazione il personale infermieristico del presidio ospedaliero "Paolo Colombo" di Colferro appartenente alla Asl Rm G.

Il presidio ospedaliero è costituito dalle Uo di: chirurgia, medicina, ortopedia, urologia, otorino, ostetricia, pediatria, cardiologia, pronto soccorso, patologia neonatale, dialisi, camera operatoria e i rispettivi ambulatori. Inoltre, sono presenti gli ambulatori di oculistica e di oncologia medica.

La somministrazione del questionario è avvenuta in maniera *random* a un campione di 100 operatori nelle Uo di: urologia, medicina, chirurgia, ostetricia, pronto soccorso, otorino, ortopedia, cardiologia, pediatria, dialisi, dove lavorano un totale di 184 infermieri, 40 uomini e 144 donne.

STRUMENTI

L'indagine conoscitiva è stata attuata attraverso la somministrazione di un questionario (previa autorizzazione della Direzione Sanitaria e del Servizio infermieristico) composto da 12 domande a risposta singola agli infermieri che lavorano in determinate Uo dell'ospedale di Colferro.

Le possibili risposte alle domande sono state: "mai", "raramente", "spesso", "sempre".

Inoltre, nel questionario – anonimo – è stata richiesta: età; sesso; anni di servizio e appartenenza a un reparto di area medica o chirurgica.

L'età anagrafica è stata, poi, divisa in classi: dai 30 ai 45 e dai 46 ai 60; gli anni di servizio, invece, in classi da 0 a 20 e da 21 a 40.

I dati sono stati codificati, ordinati e poi

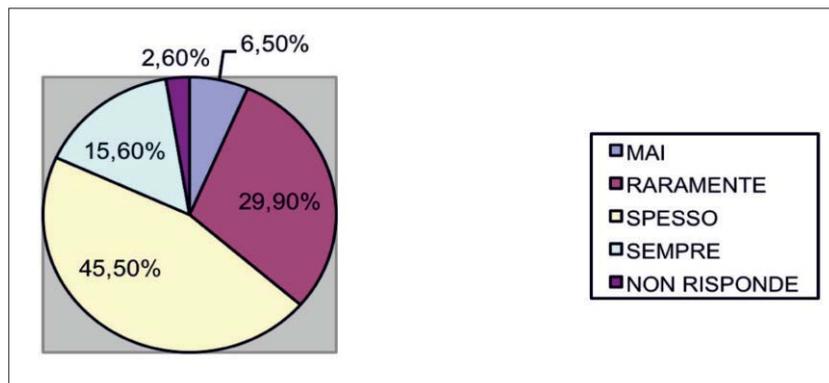


Tabella 1. Quando qualcosa va storto, c'è l'automatica assunzione che qualcuno sia "colpevole"?

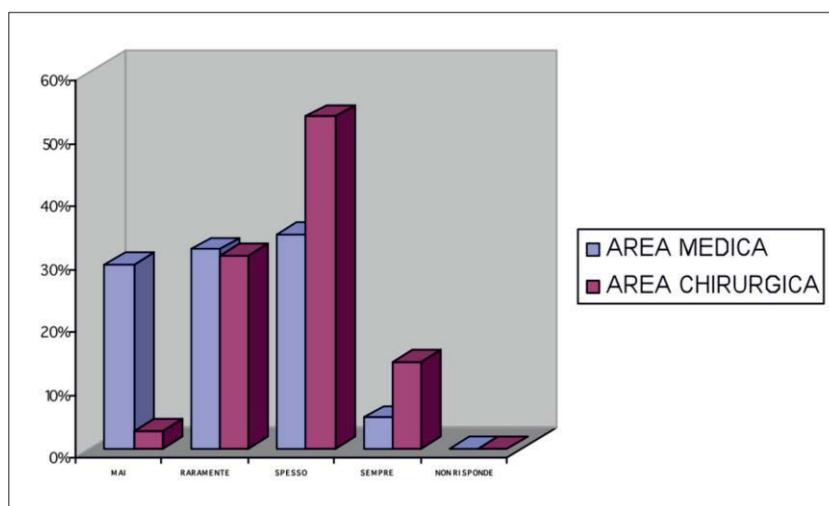


Tabella 2. Il personale coinvolto in un incidente clinico viene fatto sentire colpevole?

analizzati con il programma Epi Info.

I grafici sono stati realizzati con il programma *Microsoft Excel*.

Per ogni valore è stato calcolato l'Ic al 95% e ogni tabella è stata analizzata con il test del Chi quadro.

RISULTATI

L'adesione allo studio è stata pari al 77%: dei 100 questionari somministrati, 77 sono tornati compilati e 23 no.

Il 77.9% dei questionari è stato compilato da donne e il 22.1% da uomini.

Dalle risposte date alla prima domanda è emerso che, quando qualcosa va storto, nel 6.5% dei casi non c'è mai l'automatica assunzione del fatto che qualcuno sia colpevole; nel 29.9% "raramente"; nel 45.5% "spesso" e nel 15.6% "sempre". Il 2.6% degli infermieri non risponde. (Tabella 1)

Quindi, quando si commette un errore

infermieristico, nel 61.1% dei casi (45.5% + 15.6%), gli infermieri rispondono che "c'è un colpevole" individuabile dell'incidente.

Ciò accade in maniera indifferente sia tra coloro che hanno tanti anni di servizio che tra quelli che ne hanno pochi e senza distinzione di sesso.

Gli infermieri si rendono conto che in un incidente clinico c'è un responsabile dell'accaduto, ma egli spesso è solo l'ultimo anello della catena di cause e concause che hanno generato le condizioni favorevoli all'errore.

Tale vissuto è diverso se l'errore è commesso in un Uo di area medica o chirurgica: infatti, nelle prime (pediatria, dialisi, pronto soccorso, medicina, cardiologia), il 29.3% degli infermieri ha risposto che chi commette l'errore non viene "mai" fatto sentire colpevole e il 31.7% "raramente".

Per cui, nel 61% (29.3% + 31.7%) delle volte si tende a non accusare l'infermiere coinvolto nell'incidente, ma a valutare e verificare quali siano state le carenze del sistema organizzativo che hanno contribuito allo scatenarsi dell'incidente.

Non a caso, nel 65.9% delle risposte alla domanda n.5 si rileva che è posta più importanza su come sia avvenuto l'incidente che non su chi l'abbia commesso. Nelle Uo di area chirurgica (urologia, otorino, ostetricia, chirurgia, ortopedia), invece, accade l'esatto opposto: nel 52.8% delle volte, l'infermiere coinvolto nell'incidente viene incolpato "spesso" e nel 13.9% "sempre". Quindi, nel 66.7% dei casi si ha una buona percentuale di infermieri che fanno sentire colpevole il personale coinvolto nell'incidente; $p < 0.05$. (Tabella 2)

Nei reparti di area chirurgica questo fenomeno dell'attribuire "la colpa", più marcato rispetto ai reparti di area medica, è dato anche dal fatto che alla domanda se: "in caso di errore si cercano le debolezze del sistema piuttosto che incolpare l'operatore", il 25.0% degli infermieri ha risposto "mai" e il 44.4% "raramente".

Quindi, il 69.4% non attribuisce nessuna causa di natura organizzativa allo scatenarsi dell'evento e al verificarsi dell'errore; mentre nei reparti di area medica il 56.1% (29.3% "spesso" e 26.8% "sempre") cerca le cause nel sistema. (Tabella 3)

Inoltre sono soprattutto gli infermieri compresi nella classe da 0 a 20 anni di servizio a cercarle rispetto agli altri, compresi nella classe da 21 a 40 anni di servizio; $p < 0.05$. (Tabella 4)

Quindi, gli infermieri che lavorano da meno tempo si basano di più sulla metodologia di tipo sistemico per analizzare gli incidenti rispetto a quelli che lavorano da più tempo.

Nonostante tra i diversi reparti ci siano delle differenze nell'analizzare le cause di un incidente, il 74.1% degli infermieri dichiara che quando viene identificato un rischio, viene effettuata pure una correzione per evitare che possa compiersi un errore.

In particolare, nel 31.2% dei casi, la correzione è fatta "sempre", nel 42.9% "spesso", nel 18.2% "raramente", nel

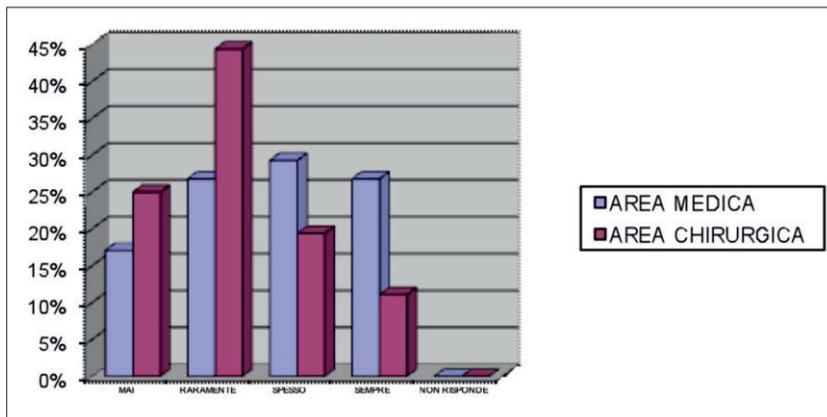


Tabella 3. In caso di errore, si cercano le debolezze del sistema o si incolpa l'operatore?

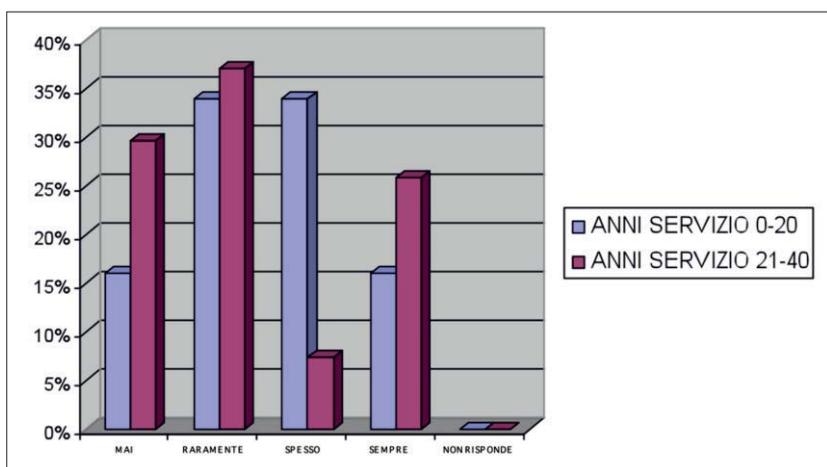


Tabella 4. In caso di errore, sono soprattutto gli infermieri fino a 20 anni di servizio a cercare le debolezze

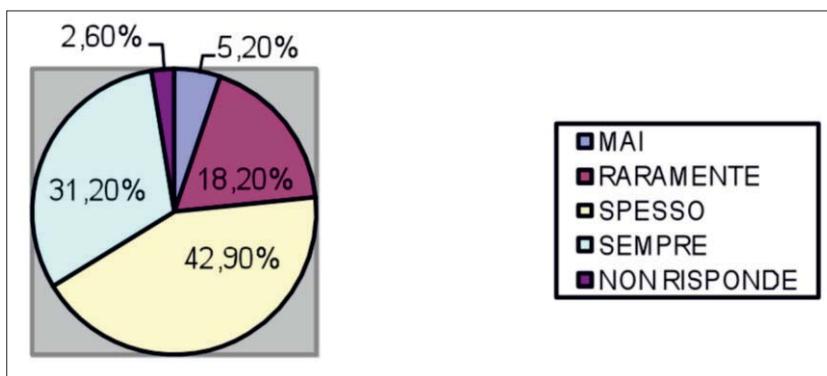


Tabella 5. Quando è identificato un rischio, viene effettuata una correzione?

5.2% "mai". Il 2.6% degli infermieri non risponde. (Tabella 5)

I rischi clinici, però, nel 40.3% dei casi sono esaminati "raramente" in modo sistematico e nel 16.9% dei casi "mai".

Ciò accade sia nei reparti di area medica che chirurgica e sono più gli infermieri che hanno un'età compresa nella classe dai 30 ai 45 anni (62.3%) a non farlo (in parti-

colare, il 17% "mai" e il 45.3% "raramente") rispetto a chi ha un'età compresa nella classe dai 46 ai 60 anni (45.9%), in particolare il 16.7% "mai" e il 29.2% "raramente". (Tabella 6)

Inoltre, per quanto riguarda la distinzione per sesso, nell'11.8% dei casi, a questa domanda gli uomini hanno risposto che non esaminano "mai" i rischi in modo siste-

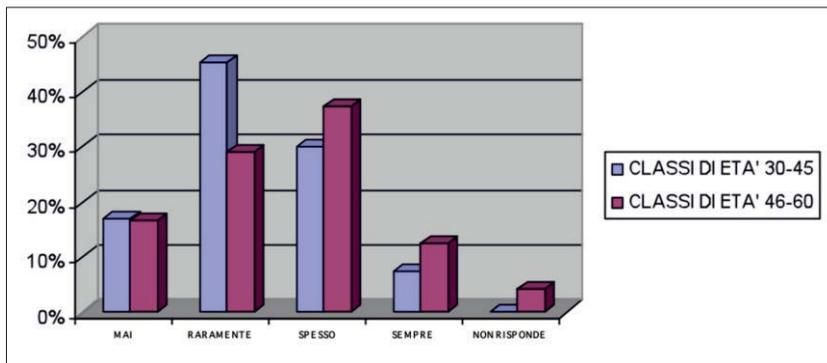


Tabella 6. I rischi clinici sono esaminati in modo sistematico?

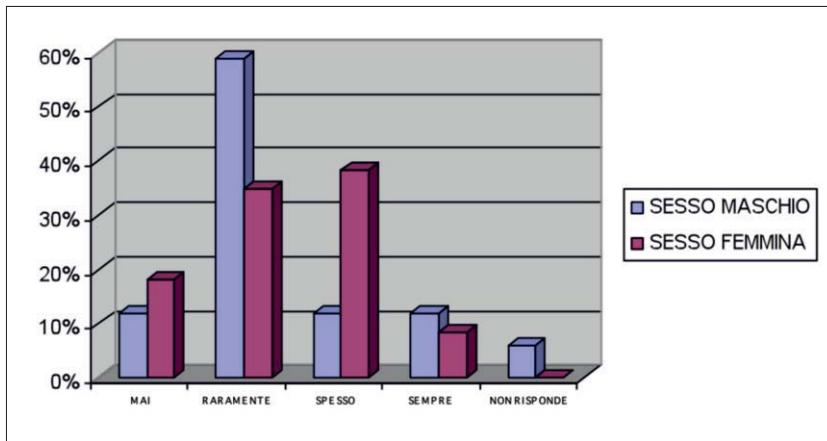


Tabella 7. I rischi clinici sono esaminati più dalle donne che dagli uomini

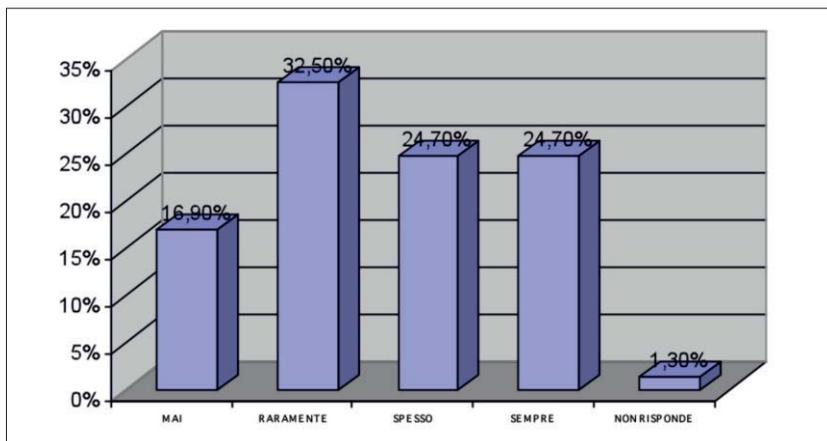


Tabella 8. Nel presidio ospedaliero di Colleferro si raccolgono informazioni sul rischio clinico?

matico; nel 58.8% "raramente"; nell'11.8% "spesso", nell'11.8% "sempre". Il 5.9% non risponde.

Le donne: nel 18.3% "mai"; nel 35% "raramente"; nel 38.3% "spesso"; nell'8.3% "sempre".

Dunque, si rileva da parte del sesso maschile una minor propensione rispetto al sesso femminile nell'esaminare i rischi

clinici (70.6% a fronte del 53.35%). (Tabella 7)

Da ciò emerge che nel presidio ospedaliero di Colleferro gli infermieri non sono molto informati sul rischio clinico e sulla sua gestione, anzi hanno idee confuse e contraddittorie visto che il 49.4% di questi (in particolare, il 24.7% "spesso" e il 24.7% "sempre"), dichiara di raccogliere

"quasi sempre" informazioni sul rischio clinico e il 49.4% "quasi mai" (in particolare, il 16.9% "mai" e il 32.5% "raramente"). L'1.3% non risponde.

Si noterà che c'è un 50% circa che afferma una cosa e il restante 50% che afferma l'esatto contrario. (Tabella 8)

Inoltre, gli infermieri hanno una scarsa conoscenza anche dei sistemi di segnalazione spontanea degli errori come l'*Incident Reporting*.

Infatti, il 68.8% dichiara di non utilizzare "mai" un sistema di *error reporting*; il 19.55% "raramente", il 5.2% "spesso" e il 6.5% "sempre". (Tabella 9)

Non c'è nessuna differenza di risposte tra coloro che appartengono a un reparto di area medica o chirurgica, né tra chi è più giovane o più anziano.

Al fine di analizzare le cause e non "penalizzare" chi è coinvolto nell'incidente è importante anche valutare il rapporto che si instaura con i colleghi, visto che se gli infermieri non si integrano bene nel team assistenziale, di fronte ad errori commessi, è più facile che ciò non accada. Dall'indagine è emerso che, nonostante si abbia ancora una buona percentuale di infermieri che identificano un "colpevole", alla domanda su "se si è onesti con i colleghi", il 15.6% risponde "mai"; il 27.3% "raramente"; il 33.8% "spesso" il 22.1% "sempre". L'1.3% non risponde.

Dunque, si rileva che il 55.9% (33.8% + 22.1%) dei professionisti sanitari instaura un rapporto basato sulla trasparenza e la lealtà con i colleghi. (Tabella 10)

L'analisi effettuata per fasce d'età anagrafica mostra una maggiore tendenza ad essere onesti e sinceri con i colleghi negli operatori con età meno elevata (41.5%) rispetto agli operatori più anziani (16.7%); $p < 0.05$.

Ci sono delle differenze di risposte a questa domanda, anche per quanto riguarda i diversi anni di servizio che un infermiere possiede: chi appartiene alla classe da 0 a 20 anni di servizio (cioè, chi lavora da meno anni nel Ssn) ha una propensione maggiore all'onestà rispetto a chi appartiene alla classe da 21 ai 40 anni di servizio.

Infatti il 14% degli infermieri ha risposto che è "sempre" onesto e sincero con i colleghi; il 46% "spesso"; il 30%

“raramente”; l’8% “mai”. Il 2% non risponde.

Mentre chi appartiene alla classe dai 21 ai 40 anni di servizio ha risposto per il 37.0% “sempre”, per l’11.1% “spesso”; per il 22.2% “raramente”; per il 29.6% “mai”. Dall’analisi dei dati emerge che nel 60% dei casi chi ha meno anni di servizio si rivela più sincero verso i colleghi rispetto al 48.1% di chi ha più anni di servizio; $p < 0.01$. (Tabella 11)

Inoltre, il 35.1% degli infermieri risponde che non si lavora “mai” in un’atmosfera di sospetto; il 27.3% “raramente”; il 24.7% “spesso”; l’11.7% “sempre”. L’1.3% non risponde. (Tabella 12)

Rispetto a questa domanda non ci sono variazioni di risposte a seconda di chi appartiene a un reparto di area medica o chirurgica, né rispetto alle fasce di età. Per quanto riguarda il livello formativo posseduto dagli infermieri per cercare le evidenze scientifiche, il 19.5% risponde che “non c’è mai formazione per cercare le evidenze scientifiche”; il 36.4% “raramente”; il 40.3% “spesso”, il 2.6% “sempre”. L’1.3% non risponde. (Tabella 13)

Inoltre nell’80.6% dei casi non si festeggiano “quasi mai” i successi: in particolare il 42.9% degli infermieri risponde “mai” e il 37.7% “raramente”.

Solo il 19.5% il contrario, in particolare il 9.1% “spesso” e il 10.4% hanno risposto “sempre”. (Tabella 14)

CONCLUSIONI

L’indagine conoscitiva effettuata nelle Uo del presidio ospedaliero di Colleferro evidenzia che quando si commette un incidente clinico, la maggior parte degli infermieri riconosce un responsabile dell’incidente.

Non in tutte le Uo, però, gli infermieri lo identificano come “unico colpevole” anche se, in caso di errore, lo “incolpano” piuttosto che cercare le debolezze del sistema che ha finito per generarlo. Dall’indagine conoscitiva è emerso pure, però, che nelle Uo di area medica, più che “incolpare” l’operatore, si ricercano altre cause all’interno del sistema che hanno ingenerato l’incidente.

Si evidenzia, inoltre, che questo fenomeno avviene soprattutto tra coloro che hanno meno anni di servizio, rispetto a

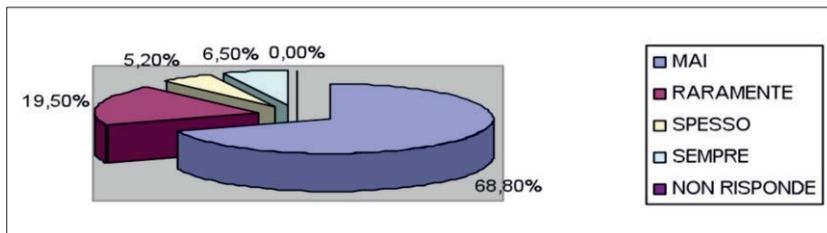


Tabella 9. Nel presidio ospedaliero di Colleferro viene utilizzato un sistema di “error reporting”?

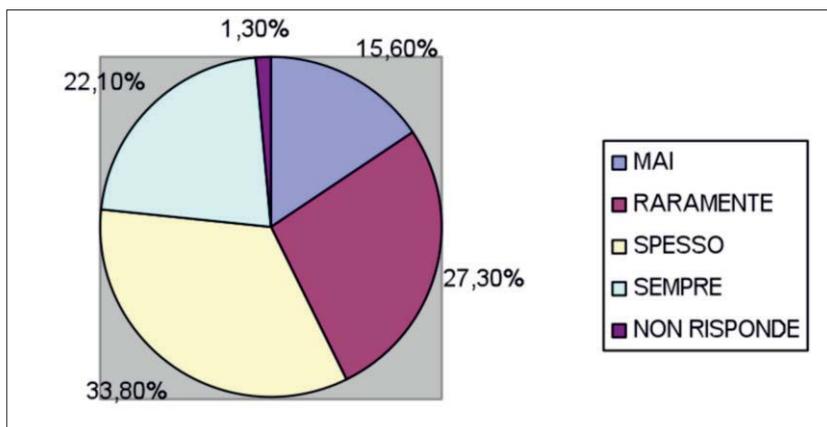


Tabella 10. Si è onesti e sinceri con i colleghi?

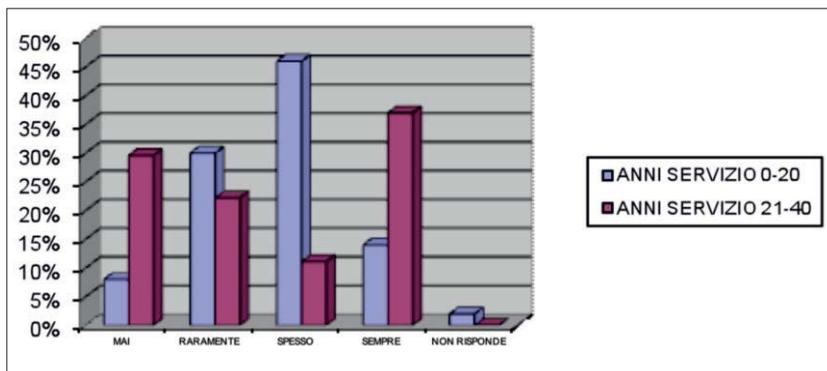


Tabella 11. Si è onesti e sinceri con i colleghi?

chi ne ha di più.

Non a caso, gli studi di Reason (1990) hanno evidenziato l’indissolubilità della relazione uomo-ambiente nella catena di generazione dell’evento avverso.

Si rileva un approccio sistemico all’errore da parte del personale infermieristico che lo vede non come un problema dell’individuo, ma come una caduta delle difese del sistema (in tal caso, il focus si sposta dalla ricerca dell’errore attivo a quella dell’errore latente, ovvero sulle carenze del sistema in cui si svolge l’attività degli operatori).

La responsabilità dell’errore, quindi, dipende da cause legate al fattore umano e alla qualità tecnica della prestazione,

ma può anche essere imputata all’organizzazione dei sistemi aziendali e ai percorsi di diagnosi, cura ed assistenza. Dunque, **l’infermiere che effettivamente commette l’errore non è detto che ne sia il maggiore ed unico responsabile.**

A differenza di ciò, nelle Uo di area chirurgica, la maggior parte del personale infermieristico, invece di valutare le debolezze e le cause del sistema che hanno potuto influire sullo scatenarsi dell’incidente, “incolpa” l’operatore.

Quest’approccio all’errore è stato sempre ricondotto alla ricerca della responsabilità individuale, ma finché l’errore continua ad essere visto come una “colpa”,

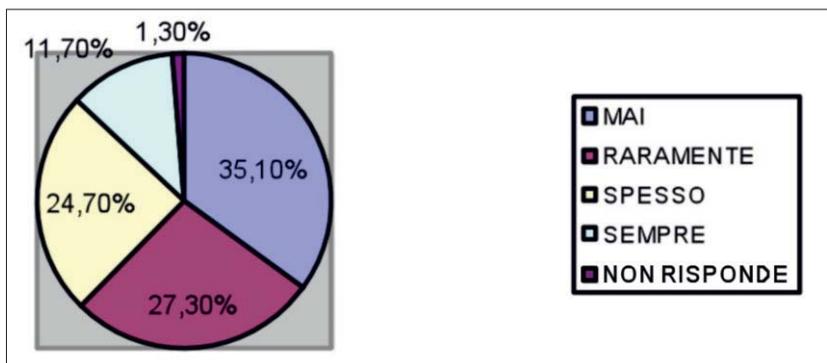


Tabella 12. Nel presidio ospedaliero di Colleferro si lavora in un'atmosfera di sospetto?

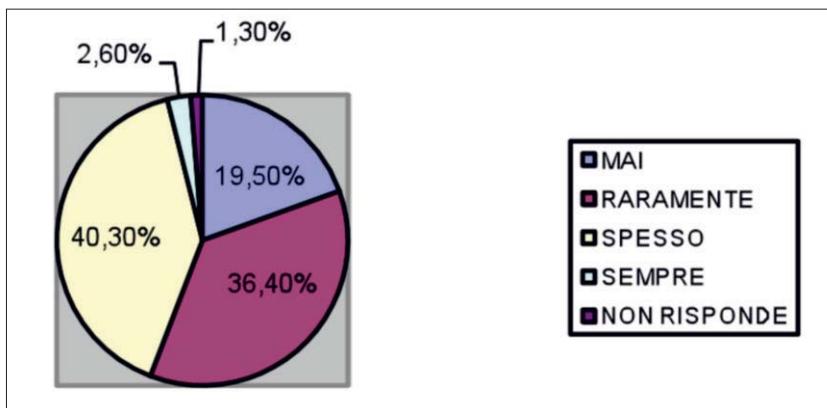


Tabella 13. Nel presidio ospedaliero dove lavora, si fa formazione per cercare le evidenze scientifiche?

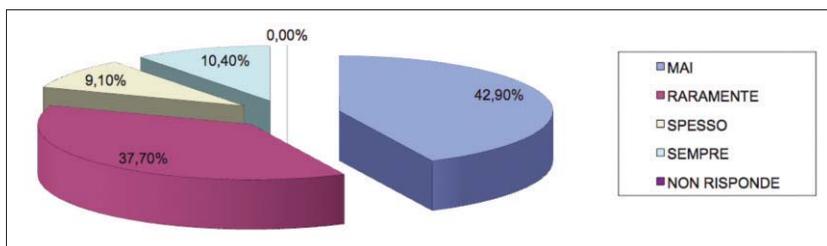


Tabella 14. Nel presidio ospedaliero dove lavora si festeggiano i successi?

sarà difficile cambiare la situazione. **Appare, dunque, necessaria una radicale evoluzione culturale del concetto stesso di errore**, e per farlo, il primo passo è l'accettazione stessa dell'errore come inevitabile.

Quest'obiettivo si può raggiungere seguendo due strade: l'addestramento e la competenza professionale, visto che non ci si può limitare alla rimozione o punizione del responsabile, abbandonando l'atteggiamento dominante e di "colpevolizzazione" del singolo individuo.

Bisogna rendere l'errore occasione di miglioramento attraverso la revisione dei processi che hanno contribuito a determinarlo.

Nonostante l'approccio all'errore sia diverso a seconda delle Uo, gli infermieri affermano che, nella maggior parte dei casi, quando si identifica un rischio viene effettuata una correzione per evitare che possa generarsi un incidente.

I rischi, però, raramente vengono esaminati in modo sistematico, soprattutto da chi è più giovane e dagli uomini: operatori che, al contrario dovrebbero essere più informati sui processi di gestione del rischio clinico, sui sistemi di segnalazione spontanea degli errori, etc.

La scarsa conoscenza di tali argomenti e le contraddizioni sono evidenziate dal fatto che circa la metà del personale infermieristico afferma che "quasi

sempre" si raccolgono informazioni sul rischio clinico e circa l'altra metà afferma l'opposto.

Inoltre, raramente il personale infermieristico utilizza un sistema di "error reporting" per prevenire e ridurre gli errori. L'attivazione di attività di formazione mirate alla riduzione degli errori e alla gestione del rischio clinico può portare indubbi vantaggi, poiché queste consentirebbero di aumentare la sicurezza del paziente e l'efficienza e la qualità del sistema ospedaliero.

Questo a fronte del fatto che gli operatori sanitari dichiarano di avere un buon rapporto con i colleghi e di essere onesti e sinceri fra loro, soprattutto i più giovani e con meno anni di servizio; escludendo l'idea di lavorare in un'atmosfera di sospetto.

Poco più della metà degli infermieri afferma che si ha la formazione per cercare le evidenze scientifiche: solo attraverso una formazione adeguata si può raggiungere una competenza clinica. La *competence* (ciò che un sanitario che ricopre un certo ruolo deve necessariamente saper fare, sia dal punto di vista tecnico-professionale che organizzativo-gestionale) è una delle nuove e ardue frontiere delle società scientifiche.

Il termine "**competence**" deriva dal linguaggio della qualità: con esso si intende la definizione, chiara ed esplicita, delle "competenze attese" da chi occupa un determinato posto in una organizzazione (sanitaria o non).

Più chiaramente: l'elenco di cosa deve saper fare (e cosa ci si aspetta che sappia fare), sia dal punto di vista professionale che gestionale, chi occupa una data posizione funzionale.

Inoltre, quando si scopre qualcosa di nuovo che può far migliorare l'assistenza, raramente viene preso in considerazione: da qui emerge che, attualmente, il personale infermieristico presenta ancora una mentalità chiusa nell'applicare nella pratica le nuove scoperte in ambito sanitario.

Dall'indagine conoscitiva si rileva che nel presidio ospedaliero di Colleferro si ha una buona percentuale di infermieri che intendono l'errore ancora come "colpa" e non come occasione di conoscenza al fine di garantire un'efficace

PROFESSIONE: ANNI DI SERVIZIO:

ETA': REPARTO DI AREA: MEDICA CHIRURGICA

SESSO: M F

Il presente questionario è finalizzato a conoscere come ci si comporta quando si commettono errori nella tua organizzazione. Pensando al Tuo lavoro quotidiano, rispondi alle seguenti domande. Per favore, fai una croce sul box che più rappresenta la tua opinione. Alcune domande sono molto simili, ma osservano la cosa da un punto di vista lievemente differente. Per favore rispondi a tutte le domande.

Nel tuo posto di lavoro

		MAI	RARA- MENTE	SPESSE	SEMPRE
1	Quando qualcosa va storto, c'è l'automatica assunzione che qualcuno è colpevole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Viene utilizzato un sistema di "error reporting"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Il personale coinvolto in un incidente clinico viene fatto sentire colpevole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Si è onesti e sinceri con i colleghi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	E' posta più importanza su come è avvenuto l'incidente e non su chi ha fatto l'errore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Si raccolgono informazioni sul rischio clinico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	In caso di errore, si cercano le debolezze nel sistema piuttosto che incolpare l'operatore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Si lavora in un'atmosfera di sospetto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	C'è formazione per cercare le evidenze scientifiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	I rischi clinici sono esaminati in modo sistematico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Quando è identificato un rischio, viene effettuata una correzione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Si festeggiano i successi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il questionario somministrato agli operatori nel progetto

prevenzione di quelli possibili. Eppure, tale evoluzione consentirebbe all'errore di essere "valorizzato": riconosciuto, comunicato, condiviso, analizzato nel contesto in cui si è verificato. E, ovviamente utilissima sarebbe un'evoluzione legislativa auspicata dallo stesso ministero della Salute, abbandonando l'attuale atteggiamento punitivo nei confronti dell'errore, alla stregua di quanto, negli ultimi anni, si è legiferato in Australia, Danimarca e Stati Uniti. Infatti: "l'atteggiamento punitivo ostacola la segnalazione degli eventi avversi e dei quasi-errori impedendone, di fatto, la segnalazione 'libera da rimprovero'", in

assenza di una politica coerente all'interno dell'organizzazione per la gestione confidenziale dei dati. Per questo motivo, la legislazione vigente va urgentemente aggiornata, sul modello di quanto fatto da altri governi esteri che vietano di utilizzare i dati delle segnalazioni sugli eventi avversi e dei quasi-errori a scopi giudiziari, "a salvaguardia del principio generale del segreto professionale". Sulla scia di quanto già fanno, da diversi anni, Paesi come gli Stati Uniti e gli stati del Nord Europa, anche in Italia, in ambito sanitario, stanno nascendo iniziative volontarie basate sullo slogan: "impariamo

dall'errore", il cui obiettivo finale è quello di portare la percentuale di errore allo 0.1%.

Sarebbe necessario cercare anche dei sistemi informativi per raccogliere, analizzare e diffondere i dati sugli eventi avversi più importanti e significativi, ma soprattutto, cercare di imparare dalle informazioni raccolte, specie dai mancati incidenti e azioni insicure che rappresentano una grande occasione di apprendimento senza dover attendere l'evento avverso vero e proprio.

Infatti, attraverso l'approccio sistemico si è visto che l'errore non è dovuto solo alla negligenza o disattenzione di un singolo individuo, come si pensava in passato, ma è generato da una serie di elementi tecnici, umani, organizzativi, etc.

Si passa così da una visione dell'errore come causa del fallimento del sistema, alla visione dell'errore generato dalla complessità del sistema stesso.

E come afferma il grande filosofo Karl Popper, nel suo libro "Il mondo di Parmenide", tra i principi fondamentali per una nuova etica c'è "l'imparare dagli errori che si compiono al fine di evitare di compiere più errori del necessario..."

Nascondere gli errori è il più grave dei peccati intellettuali".

Sarebbe interessante, qualora venisse ritenuto possibile, confrontarsi su questo tema con altre esperienze attraverso le riviste di settore e/o per mezzo di una corrispondenza elettronica, creando possibilmente una rete di interscambi che aiuti tutti gli operatori a relazionarsi con l'errore.

AUTORE:

Stella Del Ferraro, Cps infermiere. Ospedale Cardinal Massaia, Asl Asti, Soc Pediatria.

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute, *Glossario per la sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico*. 2006.
- Ministero della Salute, *Risk management in Sanità: il problema degli errori*. Commissione tecnica sul rischio clinico. 2004.
- Società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria (Siquas-vrg). *VIII raccomandazione sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti*. Congresso di Bari
- Novaco F, Damen V, *La gestione del rischio clinico*. Torino. Centro Scientifico Editore, 2004.
- Fain J. A, *La ricerca infermieristica, leggerla, comprenderla e applicarla*. Mc Graw-Hill. 2004.
- Laziosanità-Agenzia di sanità pubblica. *Introduzione alla gestione del rischio in cardiologia*. Ospedale Cto-A. Alesini. 2007.
- Sito della regione Toscana: www.rischio.clinico@regione.toscana.it

Interventi chirurgici dei distretti testa collo: focus assistenziale in Orl

di Claudio Carola

ABSTRACT

In questo articolo, relativo alla chirurgia testa-collo, si vuole mettere in evidenza il ruolo dell'infermiere nella gestione olistica del ricoverato affetto da CA del cavo orale.

Nello specifico, si vuole evidenziare l'elevata complessità assistenziale del post-operatorio, le principali criticità gestionali, la presenza del *care-giver* e infine, ma non per importanza, il rapporto di auto-aiuto che si crea tra ricoverati e le famiglie.

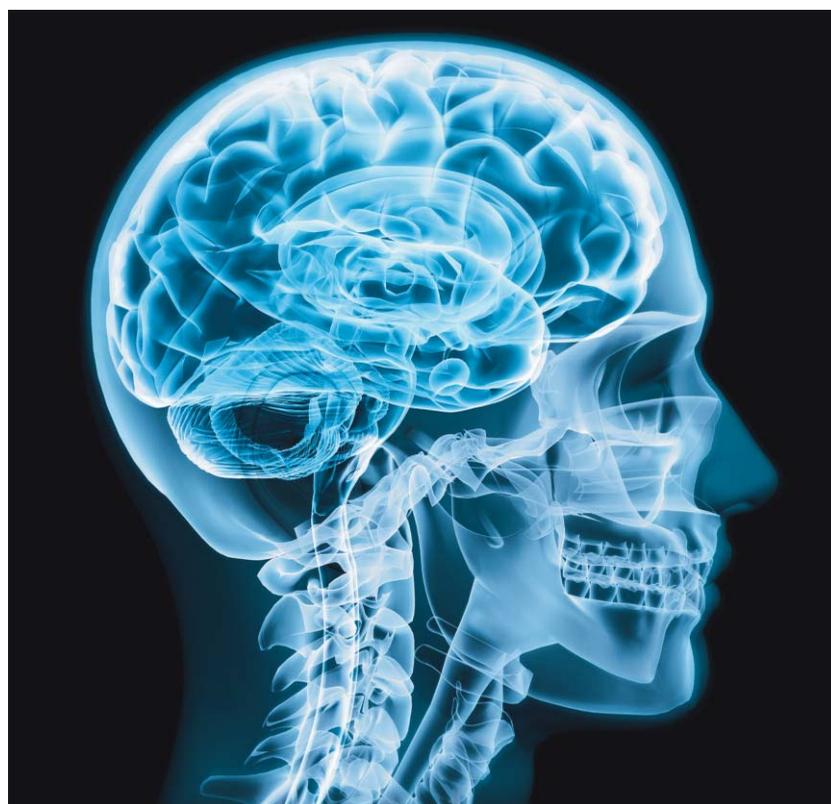
INTRODUZIONE

La chirurgia oncologica in otorinolaringoiatria comprende, talora, interventi ampiamente demolitivi nei distretti testa-collo (cavo orale, orofaringe, laringe, e ipofaringe) che prevedono una parte ricostruttiva e un'adeguata assistenza multidisciplinare fin dall'immediato post operatorio per il ripristino della respirazione, della deglutizione e della fonazione.

CANCRO DEL CAVO ORALE¹

La patologia neoplastica del cavo orale rappresenta, in Italia, il 4% di tutte le neoplasie nell'uomo e il 2% nella donna. La sua incidenza è andata significativamente aumentando negli ultimi decenni e, se la mortalità è meno significativa, probabilmente, è merito di una maggiore efficacia dei trattamenti e, seppur modesta, della diagnosi sempre più precoce.

Buona parte dei carcinomi del cavo orale insorge su manifestazioni già note come stati precancerosi (leucoplachie, eritroplasia, fibrosi sottomucosa). Approssi-



mativamente tale quota può essere stimata fra il 15 ed il 40%.

La degenerazione può avvenire anche dopo molti anni (15-30) ed è tanto più probabile quanto minore è l'età di comparsa.

Oltre ad alcolismo, tabagismo e precancerosi, altri fattori eziopatogenetici sono stati identificati come:

- microtraumi da malformazioni dentarie (rari in assoluto, predominanti in soggetti più giovani);
- da dentature malconce e da protesi alterate o non ribassate (frequenti in soggetti anziani).

In buona parte dei casi, un meccanismo patogenetico specifico non può essere identificato.

La presenza di una neoplasia del cavo orale è in genere avvertita dal paziente in fase relativamente precoce, per algie, bruciori, senso di corpo estraneo, sanguinamento.

Per l'esperto, la diagnosi è possibile (palpazione) nel 90% dei casi e l'esame istologico su biopsia è risolutivo nel 98% dei casi.

Diagnosi

È basata sull'esame clinico ispettivo e palpatorio. Inoltre, sono indicati esami

strumentali come:

1. ortopantomica;
2. Tac, eventuale RM

La diagnosi di natura va formulata con biopsia diagnostica.

Una volta definita la natura neoplastica maligna, la stadiazione deve essere completata con:

- esame radiografico del torace;
- ecocolordoppler Tsa;
- visita angiologia;
- visita chirurgo plastico.

Terapia chirurgica²

Occorre distinguere fra pazienti operabili e inoperabili.

La chirurgia è il trattamento di scelta, poiché è quello che, indiscutibilmente, garantisce le maggiori probabilità di cura.

L'approccio chirurgico richiede, di regola, vie combinate e un tempo ricostruttivo con opportuni lembi deve essere quasi sempre previsto.

È ragionevole proporre un trattamento radiante post-operatorio.

Nei pazienti inoperabili, il trattamento chemioradioterapico associato (sincrono o alternato) è ritenuto da molti il migliore, quando le condizioni del paziente lo consentono.

CANCRO DELL'OROFARINGE³

In fase precoce il sintomo più frequente riferito dai pazienti è costituito da un vago mal di gola. Inoltre, è possibile che il paziente descriva un senso di corpo estraneo in gola che determina difficoltà alla deglutizione.

Il dolore può essere anche riferito all'orecchio, quasi sempre unilateralmente (otalgia riflessa).

Il trisma è, in genere, un sintomo tardivo dovuto alla infiltrazione dei muscoli pterigoidei. Anche il tono nasale della voce, l'alito fetido (per ulcerazione e necrosi) e la fissità della lingua sono sintomi tardivi.

Un ingrossamento dei linfonodi è molto frequente nei carcinomi della regione tonsillare e della base lingua e può spesso costituire il sintomo di esordio della malattia.

Diagnosi

È basata sull'esame clinico ispettivo e palpatorio, sono indicati inoltre esami strumentali come Tac o RM, mentre la

diagnosi di natura va formulata con biopsia diagnostica.

Le terapie di scelta sono rappresentate da: chirurgia e radioterapia (da sole o combinate) e dalla chemioterapia, utilizzata sempre in combinazione con le precedenti, in varie sequenze.

I rapporti con strutture ossee contigue comportano la necessità di sacrificare in parte (o per intero) formazioni ossee adiacenti alla neoplasia, quali la mandibola, il bordo alveolare superiore, il palato duro.

È possibile un ampio arco di opzioni fra differenti procedimenti di ricostruzione che richiedono un approccio multidisciplinare.

Descrizione del percorso clinico-assistenziale: caso clinico⁴

I pazienti con carcinoma del cavo orale-orofaringeo, pervengono alla nostra osservazione attraverso:

1. l'ambulatorio del medico di medicina generale, dallo specialista libero professionale;
2. il pronto soccorso, in genere, per il sopraggiungere di complicazioni quali il sanguinamento della neoplasia, la disfagia, il peggioramento di una sintomatologia algica preesistente che giustificano la visita urgente.

La prima tappa del percorso seguito dal paziente prevede: la documentazione della diagnosi della neoplasia e della sua stadiazione che vengono effettuate tramite l'esame clinico e una serie di esami strumentali (endoscopia delle prime vie aerodigestive, Tac testa e collo, RX torace) che hanno lo scopo anche di escludere la presenza di neoplasie sincrone delle vie aerodigestive.

Essenziale è l'esecuzione di un prelievo biotico per avere una conferma istologica della natura carcinomatosa della lesione.

Nei casi più frequenti, in cui l'accesso in ospedale venga effettuato in regime programmato, il paziente seguirà l'iter della preparazione all'intervento chirurgico eseguendo tutti gli esami previsti per ottenere una corretta stadiazione della malattia e il giudizio anestesio-logico di operabilità (pertanto anche inerente a patologie concomitanti: spirometria, visita cardiologia, ecocolordoppler tsa, visita angiologia, visita del

chirurgo plastico, ecc).

Una volta valutata l'operabilità, il paziente viene informato sul tipo di intervento a cui verrà sottoposto e le possibili complicanze, su quale sarà l'iter per il recupero delle funzioni vocali e deglutitorie.

Al paziente vengono prospettate tutte le possibili alternative terapeutiche non chirurgiche (quali radio e chemioterapia), se indicate, e le eventuali conseguenze della sua scelta.

Il colloquio viene formalizzato attraverso il documento del "consenso informato"⁵ dopo aver accertato la comprensione delle informazioni ricevute.

Ricovero e preparazione⁶

Il paziente B.P. di anni 70 circa, sesso M, giunge in reparto proveniente dal Dea, dopo visita dello specialista, per l'accoglimento che comprende:

- l'identificazione e la presa in carico del paziente da parte dell'infermiere,
- l'assegnazione del posto letto con descrizione dei servizi,
- la rilevazione dei parametri vitali;
- la visita medica.

In questa fase, viene pure effettuato l'iter burocratico; la compilazione della cartella clinica è stata effettuata precedentemente in fase di preparazione all'intervento; alla visita specialistica il paziente riferisce da circa tre mesi l'insorgenza di odinofagia, associata a disturbi minori, trattati con terapia dal medico curante senza alcun riscontro positivo.

In fase di accertamenti vengono richieste ulteriori indagini complementari quali:

- TC total body con Mdc;
- Pfr, Ega;
- Ecocolordoppler Tsa;
- videat Cardiologico e Ecg-Holter;
- visita internistica, psichiatrica, terapia antalgica.

Nei pazienti ove sia presente una patologia non correlata alla diagnosi di tumore che necessita di trattamento farmacologico si procede alla somministrazione dei farmaci, tenendo conto delle eventuali variazioni terapeutiche prescritte dall'anestesista nel periodo pre-operatorio.

Alla sera viene somministrata un'eventuale terapia ansiolitica prescritta dall'anestesista.

Il paziente viene mantenuto a digiuno

pre-operatorio dalla mezzanotte.

Alle ore 7 del giorno dell'intervento chirurgico si procede:

- alla tricotomia, se necessaria (esclusivamente con *clipper*);
- alla doccia con soluzione antisettica⁸
- al controllo dei parametri vitali;
- eventuale ulteriore monitoraggio richiesto (ad esempio, esami ematochimici urgenti);
- alla somministrazione della profilassi antibiotica e alla pre-medicazione.

Ove richiesto dall'anestesista, si esegue anche la profilassi antitrombotica con eparine a basso peso molecolare e il posizionamento delle calze elastiche⁹.

Alle ore 8 il paziente, dopo averne controllato l'identità e la sede della procedura chirurgica a cui deve essere sottoposto, viene trasportato in sala operatoria dal personale di reparto, dove viene preso in carico dall'equipe infermieristica del complesso operatorio e dall'equipe anestesiológica per prepararlo all'intervento.

In caso di paziente critico, il risveglio e il monitoraggio post-operatorio verrà eseguito in Terapia Intensiva/Sub-Intensiva (il paziente è stato sottoposto a un intervento composito demolitivo e ricostruttivo, in termini più specifici: Emiglossectomia, tonsillectomia mediante via trans-mandibolare conservativa con relativo svuotamento laterocervicale e ricostruzione mediante lembo microvascolare anterolaterale di coscia).

Una volta che il ricoverato è rientrato in

reparto, dopo un periodo di transito di circa 24/48 ore presso la Terapia Intensiva o Sub-Intensiva, vengono ricontrattati i parametri vitali, il funzionamento di eventuali drenaggi, la funzionalità della cannula tracheotomia, l'infusione di miscela polielettrolitiche mediante Picc¹⁰ e, se necessario (in base alle patologie concomitanti, l'età del paziente ed eventuali problemi insorti durante l'intervento o le procedure anestesiológicas), si eseguono Ecg di controllo e controlli dei parametri emato-chimici.

Di routine, viene somministrata anche una terapia antidolorifica mediante pompa elastomerica¹¹ da parte del medico anestesista prima di uscire dalla sala operatoria.

Il paziente è portatore di sondino nasogastrico (posizionato durante l'intervento chirurgico) per permettere l'alimentazione e l'assunzione di eventuale terapia nel periodo post-operatorio¹².

Il paziente viene medicato¹³ regolarmente e si controlla che non vi sia l'insorgenza di complicazioni locali in sede di intervento e di carattere generale.

Vengono stabilite con la dietista le modalità di alimentazione e le necessità caloriche del paziente: se non vi sono complicanze e il decorso è regolare, l'alimentazione per os può essere iniziata normalmente in 10/12 giornata.

Inizialmente, l'infermiere seguirà il paziente durante l'assunzione dei cibi che verranno introdotti a poco a poco e,

in tale attività, sarà coadiuvato dalla dietista che sceglierà il tipo di alimenti più indicati per il paziente in base alle sue necessità.

Una volta ripresa l'autonomia nell'alimentazione e assicurata la pervietà delle vie aeree vengono rimossi la cannula tracheale e il sondino naso-gastrico.

Nel caso di comparsa di complicanze locali e di difficoltà alla ripresa dell'alimentazione per os si valuta l'eventuale indicazione a mantenere in sede la cannula tracheale e il sondino nasogastrico (quest'ultimo può essere sostituito con una Peg¹⁴ se si prevedono tempi lunghi per la ripresa dell'alimentazione). Il ricoverato lascia il reparto di degenza in 35 giornata, con il foglio di dimissione, e con l'invito da parte del personale medico a presentarsi ai successivi controlli secondo le indicazioni.

Alla luce di questo caso clinico possono essere messe in evidenza alcune criticità proprie del profilo di appartenenza e della sfera umana:

- gestione del decorso post-operatorio;
- controllo e gestione del sito chirurgico;
- riabilitazione post-chirurgica;
- rapporti con il *caregiver*;
- risvolti psicologici;
- *follow-up*.

Riabilitazione

La riabilitazione costituisce un'importante tappa del piano di trattamento e varierà in relazione alle diverse esigenze del paziente e alla misura in cui la malattia ne ha alterato le normali attività.

L'equipe sanitaria si impegnerà sempre a fondo per aiutare il paziente a riprendere una vita normale il più velocemente possibile.

La riabilitazione potrà comprendere l'intervento di un dietista, di un chirurgo, o di un logopedista, nonché l'applicazione di una protesi dentale o altri servizi.

Alcuni pazienti potranno necessitare di un intervento di chirurgia plastica ricostruttiva per ricostruire le ossa o i tessuti della bocca: se non fosse possibile un simile intervento, un odontoprotesista potrà preparare una struttura artificiale dentale e/o facciale (protesi) di cui i pazienti dovranno apprendere l'uso. L'intervento di un logopedista, in genere,



viene richiesto il più presto possibile se un paziente mostra difficoltà a parlare o a esprimersi dopo il trattamento.

Spesso, dietro indicazione del medico curante, lo specialista effettua una visita per pianificare la terapia e insegnare al paziente esercizi specifici che egli potrà continuare, dopo il ritorno a casa, da solo.

Risvolti psicologici

L'aspetto psicologico del paziente oncologico è prioritario per poter affrontare le cure e i disagi derivati dalla malattia stessa.

Molteplici sono le situazioni con le quali il paziente in primis (ma anche i familiari, gli amici, i medici e tutto il personale infermieristico) devono confrontarsi.

La diagnosi della malattia e gli effetti collaterali delle cure possono indurre uno stato di depressione: la preoccupazione per le modifiche del proprio aspetto fisico, la difficoltà di comunicazione e i disagi relativi alle terapie sono umane e comprensibili.

Pertanto, è necessario condividere le proprie paure con il personale sanitario, visto che la loro conoscenza della malattia e delle tossicità può portare a risolvere, almeno in parte, alcuni dei disagi. A volte, l'intervento dell'assistente sociale e dello psicologo, del riabilitatore, o anche del cappellano, possono essere di grande aiuto per superare i disagi causati dalla malattia e dalle cure ad essa connesse.

Nel caso in cui questi supporti non siano sufficienti, si può pensare di avviare una terapia antidepressiva farmacologica da associare alle terapie già in atto¹⁵.

Follow-up

Regolari visite di *follow-up* sono molto importanti per chiunque sia stato sotto-

posto a trattamento per cancro del cavo orale.

Il medico esaminerà attentamente il paziente per verificare l'andamento del processo di guarigione e individuare eventuali segni di recidiva.

I pazienti che accusano secchezza delle fauci come effetto collaterale della radioterapia dovranno sottoporsi a visita odontoiatrica tre volte l'anno.

Sarà opportuno consultare un dietista se la perdita di peso o la difficoltà ad alimentarsi continuano a costituire un serio problema.

La maggior parte dei medici consiglia fortemente ai propri pazienti colpiti da tumori del cavo orale di smettere l'uso di tabacco e di bevande alcoliche per ridurre il rischio di sviluppare una nuova neoplasia.

Una volta dimesso, il paziente oncologico verrà seguito ambulatorialmente a intervalli regolari (mensili per il primo anno e poi a intervalli più lunghi), per controllare l'eventuale insorgenza di recidive loco-regionali o di secondi T che, in questi pazienti, sono più frequenti che non nella popolazione generale.

Oltre all'esame clinico, vanno periodicamente eseguiti esami strumentali come ecografie ed esami radiologici (Rx torace e Tac) per evidenziare e trattare precocemente recidive o nuovi tumori.

Il sostegno

Convivere con una grave malattia non è facile.

I pazienti neoplastici e i loro cari si troveranno di fronte a numerosi problemi e sfide, che saranno più semplici da risolvere disponendo di informazioni utili e di servizi di sostegno.

Le persone che convivono con il cancro

potranno nutrire preoccupazioni riguardo alla possibilità di continuare a lavorare, occuparsi della famiglia o svolgere una normale vita sociale.

È, inoltre, molto diffusa la paura di esami, terapie, ricoveri in ospedale.

I medici, il personale infermieristico e altri membri dell'equipe di assistenza dovranno rassicurare il paziente risolvendo tutti i suoi dubbi sul trattamento, la ripresa del lavoro e la possibilità di svolgere le normali attività quotidiane. Per chi desidera parlare dei propri sentimenti e confidare le proprie ansie, un colloquio con un infermiere/a, uno psicologo, un assistente sociale, o un religioso potrà essere di aiuto.

Gli amici e i parenti del malato (in particolare, quelli che a loro volta sono stati affetti da cancro), potranno dare un notevole contributo.

Inoltre, molti pazienti sentono la necessità di parlare con altre persone che stanno vivendo la stessa esperienza e spesso si riuniscono in gruppi di auto-aiuto, all'interno dei quali possono condividere le informazioni apprese su come affrontare il cancro e sugli effetti del trattamento.

Tuttavia, è importante ricordare che ogni persona è un caso a sé: trattamenti e metodi terapeutici che funzionano per un paziente possono rivelarsi non efficaci per un altro, persino se affetti dalla stessa forma di tumore.

Quindi, sarà sempre giusto discutere con un medico sui consigli forniti da amici e parenti.

CONCLUSIONI

Come si è potuto evincere da quest'esperienza clinica, la professionalità, le cure

NOTE

- 1 A. Quaranta, F. Fiorella, Manuale di Otorinolaringoiatria, Ed. Mc-Graw-Hill
- 2 Watson JC, Ridge JA. Surgical management of local and regional recurrent head and neck squamous cell carcinoma. *Current Opinion in Oncology* 1998; 10:207-212.
- 3 A. Quaranta, F. Fiorella, Manuale di Otorinolaringoiatria, Ed. Mc-Graw-Hill
- 4 Di Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter, Assistenza infermieristica clinica. Tecnica e procedure, sesta edizione, Elsevier Masson s.r.l., Aprile 2008, (Bologna);
- 5 Argomento di Acta, Volume 2, Numero IV, Dicembre 2008
- 6 Wicker P, O'Neill J. Assistenza infermieristica perioperatoria. McGraw-Hill; giu 2007; p 53-100.
- 7 Association of Operating Room Nurses, "Recommendations for skin preparation of patients". *Aorn Journal* 2002; 75(1): 184-7.
- 8 Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guideline for prevention of surgical site infection. *Inf Control Hosp Epidemiol* 1999; 20 (4):247-278
- 9 Rushman GB, Davies NJH, Cashman JN. Lee's synopsis of anesthesia Preoperative assessment and premedication. Butterworth Heinemann (Eds), 12th Edition,

1999: 3-18

- 10 Il PICC (peripherally inserted central catheter) è un catetere venoso centrale inserito perifericamente all'altezza del braccio (v.basilica) con l'aiuto di ecoguida.
- 11 Management of Cancer Pain. Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research March 1994, Pag. 42-43
- 12 Kozier B, Erb G, Barman A, Nursing clinico. Tecnica e procedure. Napoli: Edises; 2006
- 13 SNLG – Sistema Nazionale Linee Guida. Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto. Doc 17; Sett 2008 CEVEAS Centro per la valutazione dell'efficienza Sanitaria Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ISS Istituto Superiore di Sanità
- 14 La Gastrostomia Endoscopica Percutanea, detta anche PEG, è una tecnica che consente la nutrizione enterale.
- 15 C.Carola "Aspetti psicologici del laringectomizzato. Atti del convegno "AIOSS-Roncadedelle, (BS). 2005

mediche, la collaborazione, la presenza dei famigliari hanno permesso, in tempi più o meno lunghi, il recupero di un paziente in condizioni iniziali non certo brillanti.

Ciò sempre più a dimostrazione del fatto che la collaborazione tra i vari professionisti, il lavoro di gruppo porta a interagire in modo tale da garantire all'assistito un

recupero funzionale soddisfacente.

In questo contesto, si è cercato di evidenziare, oltre l'aspetto tecnico-professionale, la considerazione della dimensione umana: punto di forza per la buona riuscita di tutte le prestazioni assistenziali.

In particolar modo, la presenza di un familiare o di un amico, può far sì che l'individuo prenda coscienza del momen-

to avverso e, insieme alla presenza di questi punti fissi, possa tornare a una condizione di normalità a volte anche lontana.

AUTORE:

Claudio Carola, Uoc Otorinolaringoiatria, Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Troke C, *Evidence based guidelines for nursing a patient with a tracheostomy*. Poole Hospital NHS Trust. May 2002.
- Griffin Perry A, Potter P.A, *Assistenza infermieristica clinica. Tecnica e procedure*. Elsevier Masson, Bologna. 2008, VI ed.
- Colombo E, *Le tracheotomie*. Quaderni monografici di aggiornamento Aooi. TorGraf Milano. 2000.
- Ent, Clinical practice group and Outreach team. *Guidelines for care of patients with a tracheostomy*. Royal Free Hampstead Nhs Trust, 2002.
- Pallestrini E, Dato M. T, *Otorinolaringoiatria e stomatologia*. Sorbona, Milano, 1991.
- De Vincentiis I, *Otorinolaringoiatria*. Piccin Nuova Libreria, Padova, 1993. IV ed.
- Kozier B, Erb G, Barman A, *Nursing clinico. Tecniche e procedure*. Edises, Napoli. 2006.
- Lemoine M, Thompson P, St. Jhon R, Toigo M, *Cannule per tracheostomia. Guida all'uso domiciliare per adulti*. Guida Shiley, Milano, 2002.
- Smith M, *Guideline title: tracheostomy*. Royal Alexandra Hospital, Head & Neck Directorate. 2003.
- Sistema nazionale linee-guida, *Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto*. Doc 17. 2008.

IN PILLOLE

Nuova terapia in vista contro l'aritmia cardiaca

Per i pazienti affetti da aritmia cardiaca è in arrivo una nuova tecnica non dolorosa di defibrillazione a bassa energia che ristabilisce la regolare attività elettrica del cuore.

Un team composto da ricercatori provenienti da Stati Uniti, Francia e Germania si è occupato della riduzione dell'energia necessaria per la defibrillazione, trattamento adoperato per curare i pazienti affetti da aritmia cardiaca.

La nuova tecnica messa a punto dal team internazionale si chiama Leap (Low-Energy Anti-fibrillation Pacing) e crea cinque deboli segnali nel cuore sfruttando un catetere cardiaco: un paio di secondi dopo l'impulso, il ritmo cardiaco ricomincia a essere regolare.

In questo modo, si eviterebbe l'impiego della defibrillazione tradizionale, tecnica dolorosa e nociva per i tessuti circostanti al cuore.

Il progetto "Eutrigreat" è stato finanziato dall'Unione Europea.

La metafisica del dolore

di Marco Di Muzio, Maria Santaniello, Domenico Barbato

Il dolore pone le sue radici nella notte dei tempi.

Da sempre è stato oggetto d'interesse per il genere umano, suscitando timore e superstizione nell'antichità, studio e analisi nei tempi successivi.

Ricerche accurate effettuate nei secoli sull'argomento hanno consentito solo oggi di poterlo comprendere e controllare nel migliore dei modi (Minuzzo, 2004).

Per anni, la difficoltà maggiore è stata quella di voler descrivere, in poche parole, una condizione che aveva risvolti psicologici, fisiopatologici, emotivi ed affettivi.

C'è una disciplina che studia l'essere in quanto essere e le proprietà che gli sono inerenti per la sua stessa natura e non si identifica con nessuna delle cosiddette scienze particolari, giacché nessuna delle altre ha come suo oggetto d'indagine universale l'essere in quanto essere.

Ciascuna di esse, infatti, ritaglia per proprio conto una qualche parte dell'essere e ne studia gli attributi, come fanno, ad esempio, le scienze matematiche (Aristotele, "La Metafisica" -IV libro).

Solo la metafisica può farlo, visto che si tratta di una branca della Filosofia.

La maggior parte di coloro che per primi filosofarono, pensarono che principi di tutte le cose fossero solo quelli materiali. Non a caso, essi affermano che ciò di cui tutti gli esseri sono costituiti (ciò da cui derivano originariamente e in cui si risolvono da ultimo) è elemento ed è principio degli esseri, in quanto è una realtà che permane identica pur nel trasmutarsi delle sue affezioni.

E, per questa ragione, essi credevano che nulla si generi e nulla si distrugga, dal momento che una tale realtà si conserva sempre. Questo è l'oggetto della metafisica, il cui termine deriva dal greco *metaphysikà* e identifica tutte le cose che sono oltre (*metà*) la comune sensibilità fisica e oltre la natura (*physis*). **La metafisica quindi, esamina le cose al di là della materia e dell'energia.**

Essa fa pure riferimento a quel ramo della filosofia, la scienza del sapere, dell'essere e dell'esistenza che cerca di spiegare la natura dell'essere.

Sin dall'antichità, si è soliti racchiudere il senso della metafisica nell'incessante ricerca di una risposta alla domanda fondamentale: "perché l'essere piuttosto che il nulla?", con la ricerca che verte sull'essere, in quanto conoscenza ed interiorità, scaturita dalla sofferenza e dal dolore.

Il dolore colpisce l'uomo in qualunque dei suoi elementi costitutivi, coinvolgendo la globalità della persona. È il concetto di fragilità e viene percepito dall'uomo come una propria inadeguatezza, alterando l'integrità della persona: a livello corporeo e delle capacità, indicando una diminuzione dell'efficienza fisica; a livello della psiche, nella percezione della propria fragilità e debolezza e nella paura della dipendenza altrui; nella dimensione sociale, inducendo la persona a ritirarsi dalle relazioni e a vivere in solitudine (Cozzi, 2006).

Ed è qui che la scienza infermieristica interviene, applicando l'insegnamento metafisico del volgere l'attenzione a ciò che esula dalla materialità espressa da un corpo, luogo della nostra identità.

Il paziente è il suo corpo, dove per corpo non s'intende la sola sostanza materiale, ma anche tutto ciò che in esso è racchiuso, mente e spirito. **Il corpo è il fondamento stesso dell'essere.**

L'approccio al dolore è soggettivo ed è scandito dai tempi e soprattutto dalle credenze religiose.

Nello svolgersi delle epoche, il dolore ha assunto molte forme, ma ciò che resta immutato è lo spessore della metafisica, come contatto e visione interiore dell'essere.

Si è passati dal dolore-sofferenza come espiazione ed asceti, al dolore fisico come vissuto e conseguenza di malanni fisici e psichici.

L'importanza che detiene la metafisica, oggi, in campo infermieristico, è quella di

rendere inscindibile la dicotomia tra la fisicità e l'interiorità dell'uomo, da cui scaturisce la visione olistica.

L'essere nel suo insieme, nella sua espressione, nella sua forma, nei suoi bisogni, nei suoi desideri, **l'essere è al centro della nostra attenzione.**

Il dolore fisico può servire da paradigma per tutte le sofferenze umane: esso rivendica ad alta voce un senso e, in un certo qual modo, si può dire che esiste solo se si circonda di un senso, nel bene e nel male. Il dolore non deriva solo da stimoli periferici, ma anche dall'esperienza dell'anima.

L'esperienza del dolore trasforma il rapporto col proprio corpo (Motta): il corpo sano sente il mondo, il corpo malato sente il corpo.

E quindi, il corpo diventa una barriera tra il proprio desiderio, l'universo delle possibilità e la realizzabilità delle medesime.

Una delle difficoltà più grandi riscontrabili nell'analisi del dolore è ritenerlo un'esperienza oggettiva. Difatti, intensità e durata della percezione dolorosa non dipendono soltanto dall'entità dello stimolo nocivo, dalla sede dolorante e dalla condizione fisica generale, ma anche dallo stato emotivo e psichico del soggetto.

La componente psicologica riveste un ruolo estremamente importante nella percezione del dolore, ed è anche su questa sfera che la figura infermieristica deve intervenire con sensibilità e professionalità.

Le prestazioni infermieristiche erogate devono rispondere al bisogno della persona, dove il presupposto essenziale è prestare ascolto al "linguaggio frammentario del dolore", renderlo comprensibile ed interpretarlo per poterlo identificare.

Il colloquio è un mezzo per aiutare la persona ad esprimere i propri sentimenti ed entrare in contatto con le proprie emozioni, far sentire che c'è chi con lui le condivide. Ma è importante anche l'attenta osservazione comportamentale del paziente: l'atteggiamento posturale, l'attività

motoria, l'espressione facciale che contribuiscono alla trasmissione delle emozioni. Quindi, la comunicazione è fondamentale per erogare il miglior servizio, e, in stretta sinergia all'osservazione, è un valido parametro per l'applicazione della giusta metodica ad uno specifico dolore.

La comunicazione, oltre a farci appropriare delle difficoltà dei pazienti, serve anche a fornire agli stessi ed alle loro famiglie informazioni precise in merito al dolore, alla valutazione, all'impiego di farmaci e di altri metodi di sollievo.

Lo strumento della comunicazione apre anche la via principale per instaurare una relazione d'aiuto col paziente sofferente. Essa è una relazione duale che mira consapevolmente a fornire alla persona un grado di sostegno e uno di stimolo, che si fonda sull'ascolto, il rispetto reciproco e l'empatia.

La relazione d'aiuto è quel rapporto unico che si instaura tra infermiere e paziente, è basato su quell'atteggiamento di empatia che ogni operatore sanitario dev'essere in grado di avere nei confronti dell'assistito e l'importanza dell'empatia sta nel suo considerare appieno la sofferenza

dell'altro, il potersi immedesimare nel dolore altrui anche senza poterlo provare in prima persona (Di Giacomo, 2006).

Per interpretare lo stato doloroso bisogna entrare nei panni dell'altro e non soffermarsi alla soglia dell'apparenza fisica, bisogna, però, trascendere la fisicità e vagliare ogni frammento costitutivo della persona; bisogna prendere atto che l'uomo non è solo un essere biologico e razionale, ma è fatto di un'interiorità che si esplica anche nelle forme dolorose, perché perfino l'anima soffre.

È questo l'aspetto di cui si occupa la metafisica, ed è per questo motivo che non va scissa dalle scienze mediche, anzi.

Prenderla in considerazione per valutare lo stato totale di una persona è l'atto minimo richiesto per la risoluzione di gran parte dei problemi, se non totalmente sul piano scientifico, indubbiamente e completamente sul piano umano (Zanus, 1996).

L'infermiere è il professionista della salute che passa più tempo col "dolore" e può arrivare a conoscerne a fondo le sue varie sfaccettature.

Il dolore continua a interrogarci, costringendoci a collocare in una giusta prospettiva i progressi della scienza, e quindi a riflettere sui limiti del nostro agire, su ciò che dipende da noi e ciò che non possiamo modificare senza alterare il giusto rapporto con la realtà.

Il dolore è una passione umana indissolubilmente legata alla dimensione dell'impegno di ogni agire: per analizzare i confini del possibile, senza mai capitolare di fronte a ciò che sembra impossibile, anche nella lotta contro il dolore si dovrà pagare il prezzo della sofferenza.

L'uomo che soffre non si esaurisce nelle sue componenti biologiche e psichiche, perché, secondo l'espressione di Pascal: *"l'uomo oltrepassa infinitamente l'uomo"*.

AUTORI:

Marco Di Muzio, direttore didattico Corso di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche, università La Sapienza, Roma;

Maria Santaniello, laureata in Infermieristica e Filosofia, università La Sapienza, Roma;

Domenico Barbato, laureato in Infermieristica, università La Sapienza, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Alfieri C. et al, *Glossario sulla gestione del dolore post-operatorio*. Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini. (2008).
- Aristotele, *La Metafisica*.
- Beach P, *Management of chronic pain*. Clinical Journal of Oncology Nursing, 12 (1), 161-163. 2008
- Berti E, *Ontologia analitica e metafisica classica*. Giornale di metafisica, 29, 305-316. 2007.
- Buytendijk F.J.J, *Il dolore*. Morcelliana, Brescia. 1957
- Ceccherelli F, *Clinica e trattamento del dolore nell'adulto*. In atti del Convegno "Incontri di anestesia e rianimazione". Padova, 3-4 Marzo; 95-96.200.
- Craven R. F.& Hirnle C.J, *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*. Ambrosiana. 2011.
- Cozzi D, *Il dolore degli altri in Il dolore*. Salute e territorio 154; 32-36. 2006.
- Da Col D, *Il dolore nella quotidianità assistenziale*. Congresso nazionale Aniarti. 2000
- D'Agostino F, *La cura del dolore: una prospettiva bioetica*. In "L'Arco di Giano", 28. 2001.
- Di Giacomo P. et al, *The nurse and postoperative pain: the perception of pain phenomenon*. "Professioni Infermieristiche", 59(4):233-241. 2006.
- Ercolani M, *Malati di dolore*. Bologna, Zanichelli. 1997.
- Howell D. et al., *Assessment and management of pain*. Supplement of Nursing best practice guideline. 2007.
- Le Goff J, *Il corpo nel Medioevo*. Edizioni Laterza. 1998.
- Minuzzo S, *Nursing del dolore*. Carocci Faber. 2004.
- Motta C. P, *Personalizzazione dell'assistenza infermieristica: un inquadramento metodologico; Processo di assistenza infermieristica e dolore*.
- Natoli S, *L'esperienza del dolore*. Feltrinelli. 2002.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica (2001). *La terapia del dolore: orientamenti bioetici*.
- Saiani L, *Il controllo dei sintomi quando ci sono alterazioni cognitive*. Assistenza infermieristica e ricerca, 26 (1), 2-4. 2006.
- Santosuosso A, *Il diritto di non soffrire*. Quaderni di cure palliative, vol. IV n. 2/96.
- Scheler M, *Il dolore, la morte, l'immortalità*. Elledici. 1983.
- Schopenhauer A, *Il mondo come volontà e rappresentazione*, I vol. Milano, Mondadori, 1992.
- Schleiermacher F, *Il valore della vita*. Marietti 2000.
- Sutton E.K, *When misery and metaphysics collide: William James on "the problem of evil"*. Med Hist; 55(3):389-92. 2011.
- Toccafondi F, *L'essere e i suoi significati*. Il Mulino, Bologna 2000.
- Zanus L, *Aspetti psicologici del dolore*. In Tiengo, Benedetti Fisiopatologia. 1996.

A Roma il seminario "Personale sanitario per tutti"

Mercoledì 16 maggio, presso la sala Enpapi in via Farnese a Roma, si è tenuto il seminario "Personale sanitario per tutti", per discutere dell'applicazione in Italia del Codice di condotta sul reclutamento internazionale di personale sanitario approvato nel 2010 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms).

La Federazione Ipasvi, tra i promotori dell'iniziativa insieme ad Amref Italia, sarà presente attraverso l'intervento del vicepresidente nazionale, Gennaro Rocco e, nei Gruppi di lavoro, di Alessandro Stievano, dell'Associazione Infermieristica Transculturale (Ait).

L'intervento di Gennaro Rocco ha riguardato l'impegno del Comitato promotore del Manifesto per il rafforzamento del personale sanitario.

Nell'aprile scorso, infatti, è stato presentato il Manifesto, per monitorare l'applicazione in Italia del Codice dell'Oms.

L'Ipasvi è tra i soggetti promotori dell'iniziativa. Sul sito www.manifestopersonalesanitario.it è possibile scaricare liberamente il Manifesto e la versione integrale del Codice di condotta sul reclutamento internazionale di personale sanita-



rio, nonché compilare un semplice form di adesione.

Oggi, il numero degli infermieri stranieri attivi in Italia è aumentato di quasi 15 volte, arrivando a rappresentare oltre il 10% del totale.

Il Codice dell'Oms vuole evitare che la concorrenza internazionale in materia di "attrazione

di personale sanitario" si faccia a spese dei Paesi più poveri. L'auspicio è che da un lato l'Italia investa maggiori risorse nella formazione di un numero sufficiente di operatori, dall'altro che siano garantiti i diritti del personale sanitario straniero attivo in Italia e rafforzati i sistemi sanitari di origine.

In Italia, il settore sanitario si confronta con la necessità crescente di operatori qualificati visto che la loro scarsità può compromettere l'erogazione dei servizi alla popolazione.

Ogni anno, andrebbero formati 35mila nuovi professionisti, ma il sistema, così com'è, non è in grado di rispondere autonomamente, soprattutto nel caso degli infermieri (ne mancano 71mila).

Tiziana Mercurio

Il Collegio IPASVI in Rete

italiano

benvenuti

bienvenidos

espanol

welcome

english

www.ipasvi.roma.it

Siamo anche su Televideo Rai 3 alla pagina 439

Focus

**Assemblea annuale
del Collegio Ipasvi di Roma**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

IL 24 APRILE SI È TENUTA A ROMA L'ASSEMBLEA ANNUALE

“La responsabilità e l’orgoglio di rappresentare tutti gli infermieri romani”

Con l’approvazione all’unanimità del Conto consuntivo e del Bilancio preventivo l’Assemblea del Collegio di Roma, il 24 aprile scorso al Centro Congressi Cavour, ha espresso il proprio consenso alla strategie professionali e ai contenuti illustrati nella Relazione programmatica dal presidente Gennaro Rocco.

“Forti di questa unità, affronteremo da subito la difficile fase che sta attraversando il Paese e, in particolare, la sanità laziale, ripartendo da quanto è stato fatto durante il precedente mandato”, ha commentato Rocco al termine dell’incontro.

La crisi occupazionale degli infermieri e l’ulteriore riduzione degli organici, le difficoltà dei servizi infermieristici, il difficile rapporto con la Regione, sono alcune delle criticità che abbiamo e continuiamo ad affrontare quotidianamente.

Pur in un contesto così fragile e di difficile lettura, il Collegio ha provveduto a rinnovare e a incrementare i servizi offerti agli iscritti, a partire dal nuovo ruolo assunto nella certificazione dei crediti formativi, dopo la riforma del sistema Ecm.

Il recente successo elettorale dell’attuale gruppo dirigente ha caricato tutti di responsabilità e di grande orgoglio e la lunga campagna elettorale ci ha consentito di ascoltare ancora più da vicino le istanze degli infermieri di Roma e provincia.

Ecco, in sintesi, i punti-chiave della Relazione illustrata ai colleghi infermieri.

- Lavoreremo per promuovere nuove opportunità di occupazione: infermiere di famiglia, ambulatori infermieristici, nuove forme di esercizio libero professionale, unità di degenza a gestione infermieristica.
- Tuteleremo lo *status* professionale e vigileremo sulle condizioni di lavoro: adeguamento degli organici, superamento della precarietà, del *turn over* e della mobilità, corretto uso della figura dell’Oss.
- Lavoreremo per il riconoscimento del ruolo dell’infermiere: sviluppo della carriera clinica (l. 43/06), valorizzazione dell’Infermiere coordinatore e della Dirigenza infermieristica articolata in Dipartimenti e Strutture complesse.
- Facendo pressione sugli organi politici e istituzionali, continueremo a difendere la

dignità dei Professionisti e il loro diritto al lavoro e ci batteremo per attivare modelli organizzativi innovativi.

- Contribuiremo allo sviluppo della Disciplina infermieristica: difesa della Docenza infermieristica nelle Università, maggiore collaborazione con le Università e le Associazioni scientifiche infermieristiche.
- Incrementeremo il prestigio dell’Infermieristica a livello nazionale e internazionale attraverso le attività del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica.
- Continueremo a garantire a tutti gli iscritti strumenti gratuiti di aggiornamento e servizi di consulenza professionale, legale, amministrativa e contabile, accesso alle banche dati della letteratura infermieristica, Pec, certificati *online* ecc.
- Svilupperemo ulteriormente la rete di



comunicazione del Collegio: rete dei referenti nelle strutture pubbliche e private, rivista *Infermiere Oggi*, sito web, Newsletter ecc.

- Difenderemo l'immagine e i valori della professione, sanciti dal nostro Codice deontologico.

Insieme a questi impegni per l'immediato futuro, l'Assemblea degli iscritti ha avuto modo di apprezzare anche il lavoro svolto nel 2011, attraverso i numerosi dati elaborati dagli uffici del Collegio di Roma circa le attività di formazione, aggiornamento, tenuta dell'Albo, assistenza legale.

Dati che riepiloghiamo di seguito, dedicando appositi spazi alle relazioni riguardanti la Biblioteca e l'analisi del Bilancio da parte dei Revisori dei Conti.



Il presidente Gennaro Rocco e la professoressa Dyanne Affonso

Il Consiglio direttivo

Il Consiglio direttivo si è riunito 16 volte. Per quanto riguarda le attività di controllo e i procedimenti disciplinari, nel 2011 sono stati esaminati 14 casi per "fatti che possono formare oggetto di procedimento disciplinare" ai sensi dell'art. 39, 1° comma del DPR 221/1950.

Di questi: 10 sono stati archiviati (4 nel 2012) e 4 sono tuttora in corso di accertamento.

I certificati rilasciati allo sportello, nel 2011, sono stati 3.938. Quelli scaricati attraverso internet (grazie ai servizi gratuiti on line disponibili sul portale del Collegio) sono stati 2.474.

Per quanto riguarda gli esami per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana, parlata e scritta, agli infer-

mieri cittadini dell'Unione Europea che hanno presentato domanda di iscrizione all'Albo nel 2011, sono state organizzate 10 sessioni, con 106 infermieri esaminati dei quali 98 risultati idonei e 8 non idonei.

Gli esami per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana, parlata e scritta, e delle specifiche disposizioni che regolano l'attività professionale in Italia, agli infermieri cittadini stranieri non comunitari in possesso di titolo abilitante conseguito in un Paese terzo, i quali hanno ottenuto il riconoscimento del titolo da parte del Ministero della Salute e hanno presentato domanda di iscrizione all'albo nel 2011, si sono svolti in 11 sessioni, con 152 infermieri esaminati dei quali 114 risultati idonei e 38 non idonei.

Il Portale del Collegio

Di seguito, le statistiche di accesso per l'anno 2011 del sito internet istituzionale www.ipasvi.roma.it Il totale di accessi e pagine visualizzate è di 1.656.487. La provenienza geografica del traffico, mostra una preponderanza dei seguenti Paesi: Italia, Romania 1.219 e a seguire Usa, Regno Unito, Spagna, Australia e Albania. La pagina più visitata è quella relativa alla sezione dei Concorsi, con 478.310 visite. Il tempo medio di permanenza sul portale è di due minuti e otto secondi.

Assistenza legale

L'avvocato che gratuitamente, presso i locali del Collegio in viale Giulio Cesare, presta un prezioso servizio di assistenza legale agli iscritti, nel 2011 ha gestito 148 interventi legali a sostegno di infermieri.

Tra le materie più trattate in ambito legale, spiccano le vertenze riguardanti il carico di lavoro, il riconoscimento delle competenze professionali, la legittimità di misure organizzative che incidono sul lavoro infermieristico.

Workshop internazionale Avanti tutta con i progetti!

Il 23 maggio, presso la sede Enpapi di via Alessandro Farnese a Roma, si è tenuto il secondo workshop internazionale a cura del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Il tema della giornata è stato: "I progetti per lo sviluppo della ricerca infermieristica in Italia".

Si è trattato di un momento di altro confronto e di *audit* interno, per verificare lo stato dei lavori portati avanti dal Centro da tre anni a questa parte, con particolare attenzione ai nuovi progetti per il 2012-2013. Un'utile occasione di analisi e di confronto, alla presenza di insigni studiosi, autorità accademiche e professionali.

"In Sanità – ha spiegato nella sua introduzione il presidente del Collegio Ispavi di Roma e direttore del Centro, Gennaro Rocco - innovazione non significa solo programmazione, ma anche e soprattutto realizzazione. Il Centro che abbiamo promosso si misura ogni giorno con la

sperimentazione di un sistema rigoroso di certificazione delle competenze dei professionisti sanitari, per migliorare le performance degli operatori e la sicurezza dei pazienti".

È proprio questa scommessa, così ambiziosa ma così innovativa per il panorama italiano, che ha entusiasmato sin da subito la professoressa statunitense Dyanne Affonso, una delle massime ricercatrici e innovatrici in campo infermieristico a livello mondiale. Non a caso nominata presidente onorario del Centro e chiamata a coordinare i lavori del workshop romano del 23 maggio. Una scommessa che si può dire già vinta,



anche se tanto resta da fare. Nel suo intervento Affonso ha insistito sull'importanza di dimostrare come il contributo della ricerca infermieristica sia decisivo per la salute degli individui, delle famiglie e delle comunità, smentendo un vecchio luogo comune che vede solo l'area medica detentrica di questa prerogativa.

"In questi anni l'infermieristica italiana ha raggiunto traguardi davvero significativi

come il riconoscimento di professione intellettuale, la docenza nelle università, la dirigenza sanitaria a diversi livelli. Nuovi scenari si prospettano per il futuro: lo sviluppo della libera professione in tutte le sue forme, il riconoscimento delle competenze specialistiche sia in ambito clinico, che educativo e organizzativo, il governo dei processi di assistenza alla persona sia nei *setting* ospedalieri sia in quelli di

comunità e territoriali", ha precisato Rocco. La giornata di studio si è sviluppata attorno ai numerosi progetti in corso. Per ciascuno, uno o più relatori hanno esternato metodologie, criticità, risultati raggiunti. Materiale che confluirà nel prossimo *Scientific Annual Report*.

Tutti i progetti del 2012 sono riportati nella tabella presente all'interno del Focus.

PROGETTI ANNO 2012	
POLO 1	1.12.1 Costruzione di un modello per la valutazione del Core Competence infermieristico nell'esame di abilitazione professionale 2 fase
	1.12.2 Da Panacea a Igea: "il potere della relazione di aiuto". Strumenti relazionali e professione infermieristica
POLO 2	2.12.1 La professionalità del care infermieristico. Seconda indagine nazionale
	2.12.2 Assistenza infermieristica e diversità religiosa dei pazienti negli ospedali romani
	2.12.3 QOLITFAMSTROKE Quality Of Life in ITalian FAMilies affected by STROKE (Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da Stroke)
	2.12.4 Nursing professional dignity: a meta-synthesis
	2.12.5 Self-care nel paziente con scompenso cardiaco
	2.12.6 PAI - Professional Assessment Instrument (Sistema informatico di supporto decisionale per l'assistenza infermieristica) Zega
	2.12.7 L'infermiere case manager nel DSM
	2.12.8 Efficacia di un programma di dimissione infermieristica per il miglioramento dell'aderenza farmacologica del paziente ricoverato in SPDC
	2.12.9 Il disimpegno morale e i comportamenti controproduttivi degli infermieri. Uno studio multicentrico longitudinale
	2.12.10 La Metodologia di Project Management applicata ad un Istituto di Promozione e Gestione di Progetti di Ricerca (Centro di Eccellenza) Realizzazione di un modello gestionale
POLO 3	3.12.1 Corso di formazione teorico-pratica blended on line in "Metodologia della ricerca infermieristica (5 ed.)
	3.12.2 Strumenti e strategie per la ricerca bibliografica nelle Scienze infermieristiche (3 ed.)
	3.12.3 "Corso di inglese scientifico per il nursing 5 livelli: base – pre-intermedio –intermedio – avanzato-post avanzato"
	3.12.4 Fonetica e conversazione inglese
	3.12.5 L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale
	3.12.6 L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche
POLO 4	4.11.1 Miglioramento della pratica assistenziale
	4.12.2 Analisi della documentazione infermieristica e relazione con l'outcome assistenziale

Le attività della biblioteca del Collegio

UTENZA IN SEDE

Nell'anno 2011 la biblioteca della sede è stata frequentata da n. **1265** utenti per la consultazione esercitata il lunedì, il mercoledì e il giovedì pomeriggio, e rispetto agli utenti dell'anno precedente si registra una stabilità negli accessi.

L'interrogazione della banca dati Cinahl, effettuata il martedì mattina con l'assistenza del personale e nei pomeriggi di consultazione (autonomamente o con assistenza), ha raggiunto i **293** utenti.

I dati statistici si mantengono stabili nonostante l'importante opportunità data dalla Biblioteca Digitale che faceva realisticamente ipotizzare un'importante flessione dell'utenza. Si conferma l'esistenza di un'utenza stabile e fidelizzata ai servizi della sede con una consultazione del Cinahl with Fulltext e delle altre banche dati finalizzata in particolar modo a chi non ha l'accesso personale e a chi necessita, per il momento, di assistenza. Si può anticipare che i numeri di consultazione della Biblioteca digitale, dedicata a risorse e banche dati internazionali, per quanto ancora ben al di sotto del numero potenziale, sono al di sopra di ogni aspettativa.

La biblioteca è conosciuta dal mondo accademico e dall'utenza come principale Centro di Documentazione scientifica infermieristica: è frequentata da studenti dei corsi di laurea in Infermieristica, delle lauree magistrali e dei master delle diverse università romane, del Lazio e di altre regioni. Sono numerose le visite istituzionali concordate con i docenti delle diverse scuole che conducono intere classi per prepararle all'uso degli strumenti di ricerca. L'esperienza conferma che queste visite guidate assieme alle risorse disponibili producono accessi continui e disinvolti da parte degli studenti.

La struttura è usata costantemente da

infermieri, italiani e stranieri, per l'aggiornamento personale e per la ricerca infermieristica, non ultima la presenza di infermieri stranieri per la preparazione dell'esame di lingua italiana.

Nell'assistenza alla consultazione si risponde alle diverse esigenze formative del pubblico. Gli studenti della formazione di base concentrati di preferenza sulle fonti documentarie italiane, richiedono sempre di più, per i primi approcci alla metodologia della ricerca, assistenza alla consultazione di PubMed e nel reperimento delle riviste straniere.

La banca dati Ilsi ha notoriamente trasformato la consultazione delle riviste italiane, numerosissimi sono gli utenti che accedono già con una bibliografia Ilsi, diversamente la utilizzano in sede. Richiedendo esplicitamente nel modulo di consultazione quanti abbiano utilizzato una bibliografia Ilsi si è espresso positivamente il **73,14%** di quanti hanno fornito l'informazione.

L'utenza è eterogenea nella capacità di accesso alle risorse cartacee ed elettroniche, si rileva in ogni caso che anche per l'utente esperto il primo approccio all'interfaccia, seppure semplice, della Biblioteca digitale comporta sempre una spiegazione generale dell'ambiente, delle funzioni e delle modalità di impiego. Si registra comunque un forte incremento d'uso degli strumenti informatici di indicizzazione (Banca dati Ilsi, Cinahl e PubMed), tanto che le postazioni informatiche sono spesso impegnate con utenti in attesa.

È utile ricordare che il Consiglio direttivo nel mese di dicembre ha sostituito e incrementato le postazioni esistenti disponendo 3 nuovi terminali di ultima generazione.

È poi calendarizzata per un pomeriggio a settimana la presenza di un altro

assistente all'introduzione e/o assistenza nell'utilizzo delle risorse elettroniche.

I cataloghi della biblioteca sono disponibili in sede in formato cartaceo ed elettronico, presenti anche sulla pagina web della biblioteca, sul sito del Collegio, incrementata di tutte le informazioni necessarie per consentire all'utente un accesso autonomo.

La valutazione da parte dell'utenza, come da questionario di soddisfazione, è di generale apprezzamento per il patrimonio bibliografico disponibile, non mancano però suggerimenti per il suo incremento assieme a quello dei servizi. Si riscontra generale soddisfazione per gli articolati bisogni di documentazione /informazione rappresentati nelle diverse sezioni del questionario.

POSTAZIONI INFORMATICHE

Le postazioni informatiche, come appena accennato sono state aumentate a tre e sono utilizzate per l'accesso alle banche dati Ilsi, Cinahl, PubMed, agli opac e a internet in generale. L'accesso registrato nei moduli per internet è stato di **157** utenti, rispetto ai **146** dell'anno precedente si registra così un incremento del **7,53%**. Il numero non comprende la consultazione del Cinahl, registrata su altro modulo, degli opac considerati parte della consultazione. Si aggiunge che spesso quanti hanno già compilato il modulo della biblioteca omettono di compilare il modulo per internet. Sul totale, la gran parte ha evidenziato la consultazione della Biblioteca digitale Ipvsvi, segue Ilsi con la consultazione di PubMed.

PATRIMONIO BIBLIOGRAFICO Periodici cartacei

Sono state apportate modifiche agli abbonamenti dei periodici al fine di

ottimizzare l'investimento economico su una maggiore diversificazione e fruizione. Al termine del 2010 si è deciso di **trasformare per esempio 19 abbonamenti cartacei di nursing della Lippincott in abbonamenti digitali online per sottoscrivere complessivamente 31 titoli, consultabili nella Biblioteca digitale**. Altri periodici sono presenti in biblioteca perché offerti in regime di scambio, o gratuitamente, o perché riviste cessate.

PERIODICI DIGITALI

Le testate in formato digitale disponibili nella Biblioteca digitale per l'accesso remoto di tutti gli iscritti sono in parte sottoscritte, in parte concesse per convenzione da EBSCO Publishing e OVID/Dea Mediagroup, in parte gratuitamente aggregate dalle stesse società per la comodità del ricercatore (*open access / free Journals*).

Collezioni di periodici digitali disponibili:

- Cinahl with Full Text (EBSCO Publishing) (611 titoli)
- EBSCO Open Access Medical and Health Collection (2789 titoli)
- Free Medical Journals (1762 titoli)
- Geneva Foundation Free Medical Journals (557 titoli)
- Lippincott Williams and Wilkins (10 titoli sottoscritti)
- Ovid Nursing Collection II: Lippincott Premier Nursing Journals (21 titoli sottoscritti)
- PubMed Central (Open Access) (557 titoli)

Per un complessivo numero di **6.307** testate.

Monografie

Per quanto riguarda le monografie, la biblioteca ha acquisito nel corso dell'anno **55 nuovi libri** di infermieristica.



Document Delivery

Nel corso dell'anno la biblioteca ha fornito sperimentalmente, ovvero informalmente, su espressa richiesta di utenti interni, privati esterni e Biblioteche, il servizio di Document Delivery che richiede in regime di scambio gratuito ad altre Biblioteche articoli per uso strettamente personale, di ricerca e di studio.

Banca dati – Cinahl (in sede)

Il CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), quale standard irrinunciabile per vagliare nel modo più completo l'ampia letteratura internazionale per la ricerca bibliografica infermieristica, è stato sottoscritto nel 2011 **per l'accesso illimitato dell'utenza nella consueta versione "with Full text"**.

Le ricerche assistite hanno registrato un

incremento dell'**1,5%** rispetto al 2010, le ricerche autonome decremento del **31,29%**.

LA BIBLIOTECA DIGITALE

La Biblioteca Digitale, disponibile in area autenticata, presentata e aperta all'accesso degli iscritti nel febbraio 2011, è fruibile attraverso il portale AtoZ (EBSCO Information System) che aggrega: periodici digitali *fulltext* (6.307), il catalogo del posseduto cartaceo della biblioteca, la banca dati Cinahl (EBSCO Publishing) integrata dei link a tutti i periodici disponibili in *fulltext*, PubMed egualmente integrato, la piattaforma di ricerca OVID/SP-Medline di Ovid Technologies/DeaMediagroup, non ultima la banca dati Iliis del Collegio stesso (sempre disponibile anche in area non autenticata). Si riportano le statistiche relative ad AtoZ,

Anno	Tot. periodici Cartacei	Abb. Periodici Internazionali	Abb. Periodici Italiani	Altri Periodici
2011	152	52	20	80

Cinahl, OVID/SP-Medline Ilisi ricavate dai relativi siti amministrativi.

Portale AtoZ Catalogo delle riviste e delle banche dati

Il portale registra gli accessi al catalogo delle riviste e alle singole riviste (report nella disponibilità della biblioteca).

Periodo 1 gennaio 2011 – 31 dicembre 2011: **totale sessioni/accessi 4.491**.

Cinahl

Accesso totale alla banca dati dal 2011 comprensivo dell'accesso remoto degli iscritti.

Nel 2011 **5.949** accessi (utenti registrati in sede, uso interno della biblioteca, didattica, accesso remoto degli infermieri iscritti al Collegio); **22.692** interrogazioni (*query*); **8.309** *full text* scaricati; **21.138** *abstract* salvati;

L'incremento di consultazione della banca dati Cinahl da gennaio 2011 al 31/12/2011 è pari al 713,82 %.

Piattaforma OVIDSP/Medline

Sessioni/accessi

Sessioni OVID/Medline: 1.027

Sessioni Journals@Ovid Full text: 2.617

Totale sessioni: 3.644

Ricerche per database

Ricerche OVID/Medline: 5.136

Ricerche Journals@Ovid Full text: 9.903

Totale ricerche: 15.039

Full Text scaricati: 898

Ilisi

Ilisi (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche) banca dati bibliografica curata dal Collegio di Roma attraverso il progetto omonimo è disponibile sul sito del Collegio dal 1 giugno 2008, da febbraio 2011 aggregata anche su AtoZ. Al 31 dicembre 2011 contiene **3.338** schede bibliografiche relative a 31 riviste italiane indicizzate di area infermieristica e sanitaria. Ha mutato radicalmente la modalità di consultazione della letteratura infermieristica ed è utilizzata su tutto il territorio nazionale.

Dati disponibili da Google Analytics per il 2011: 7.052 utenti unici; 7.679 pagine

visualizzate; 2:03 minuti di permanenza sulla *homepage*.

La biblioteca digitale è ora operativa e ha il grande pregio di essere alla portata di un clic per tutti gli infermieri iscritti al Collegio di Roma, è evidente che la strategia primaria sarà di implementare le risorse elettroniche a favore dell'intera utenza remota anche se non è prevedibile un'immediata trasformazione degli attuali abbonamenti cartacei internazionali in riviste elettroniche disponibili in area autenticata. Per gli editori la consultazione in accesso remoto prefigura un alto utilizzo delle risorse, tale da alzare esponenzialmente i costi degli abbonamenti elettronici rispetto al cartaceo. Si procederà quindi nel tempo, negoziando con gli editori, o aggregatori (EBSCO, OVID), sui numeri reali nella nostra utenza e con acquisizioni equilibrate tra accesso remoto e sede. Si sta infatti ragionando, visto il gradimento relativo alle risorse internazionali, sull'opportunità di offrire nella Biblioteca Digitale una collezione di *e-books* dei più prestigiosi editori sui diversi temi del *nursing* e l'acquisizione, per la sola sede, della banca dati Cochrane in versione *full text*.

ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE BIBLIOTECA, DOCUMENTAZIONE, RICERCA

Nel 2011 la commissione ha continuato i suoi lavori con le professionalità presenti

in commissione integrandole con due nuovi membri provenienti dal gruppo de-gli indicizzatori: Carlo Turci e Matilde Napolano consiglieri, Alessandra Bonfigli, Eleonora Bruno, Edvige Fanfera, Giovanna Finocchi, Patrizia Nappini, Claudia Onofri, Alessandro Pizzalla, Fabrizio Tallarita.

La commissione ha contribuito alla diffusione della conoscenza infermieristica attraverso l'ottimizzazione e l'implementazione dei servizi bibliotecari, la preparazione di eventi formativi inerenti la ricerca bibliografica, la cura e la gestione della banca dati bibliografica Ilisi.

Per l'attività formativa la commissione ha tenuto i seguenti corsi:

- preparazione dei video e dei materiali per il Corso *La ricerca bibliografica* – Il modulo del Corso Metodologia della Ricerca infermieristica online;
- organizzazione con EBSCO e OVID di un corso avanzato (5/5/11 Sala Cavaliere Ospedale IDI) e di uno base (7/5/11 Policlinico) per la presentazione e le modalità di utilizzo delle nuove risorse elettroniche sottoscritte dal Collegio per l'accesso remoto degli iscritti;
- corso Bibliografia e ricerca bibliografica nelle Scienze infermieristiche: teoria e prassi per le procedure di ricerca e accesso alle risorse. Le Biblioteche e le banche dati di Nursing nel panorama nazionale e internazionale (5 edizioni).

Attività di formazione



Il Collegio Ispasvi di Roma anche nel 2011 ha svolto un ruolo di altro profilo sul fronte della formazione agli infermieri e agli studenti. Questo, nell'ottica della riforma del sistema dell'Educazione Continua in Medicina (Ecm).

Gli eventi formativi (in massima parte gratuiti) organizzati sono stati **44**, per un totale di **4.860** partecipanti.

I crediti Ecm erogati sono stati, nel 2011, ben **19.063**.

Il prossimo evento di rilievo che vedrà protagonista il Collegio è a Sanit, il Forum internazionale della salute (Palazzo dei Congressi, dal 12 al 15 giugno). L'elenco delle confe-

renze tematiche è sulla homepage del sito www.ipasvi.roma.it

Le iscrizioni resteranno aperte fino a esaurimento posti disponibili.

La relazione del Collegio dei Revisori al rendiconto generale 2011

Il Bilancio relativo all'esercizio finanziario chiuso al 31 dicembre 2011, composto dal rendiconto finanziario – dalla situazione amministrativa – dalla situazione economico patrimoniale – dalla relazione di gestione e nota integrativa, è stato regolarmente messo a nostra disposizione. Il documento è stato redatto nell'osservanza dei principi di contabilità.

Nel corso dell'anno si è proceduto al riscontro dei dati esposti in ciascuno dei documenti che compongono il consuntivo con le corrispondenti scritture contabili.

Rendiconto Finanziario

Dal rendiconto finanziario risultano:

- entrate di competenza per **€ 2.884.200,64**, di cui incassate € 2.454.815,55 e da incassare € 429.385,09;
- uscite di competenza per **€ 2.828.826,87**, di cui pagate € 2.371.745,12 e da pagare € 457.081,75;
- avanzo di amministrazione dell'esercizio pari a **€ 55.373,77** che sommato all'avanzo di amministrazione dell'anno precedente e inclusi gli storni dei residui porta ad un avanzo di amministrazione al 31/12/2011, pari a **€ 1.833.910,41**.

Abbiamo rilevato che:

- L'ammontare delle somme accertate e quello delle somme riscosse nei singoli capitoli del bilancio, hanno trovato riscontro nei totali risultanti dalle corrispondenti schede del partitario delle entrate, rispettivamente per le somme accertate e per reversali emesse ed estinte, in conto competenza.
- L'ammontare delle somme da riscuotere e da pagare in conto residui trova riscontro per ciascun capitolo nelle schede del partitario dei debitori e creditori.
- Il totale complessivo delle somme riscosse in conto competenza e in conto residui e quello delle somme pagate in conto competenze e in conto residui, trova riscontro nel totale risultante dalle reversali e dai mandati, rispettivamente, per reversali e per mandati emessi ed estinti nel corso dell'esercizio dell'anno finanziario.
- I residui attivi di maggiore anzianità, comunque oggetto di attenzione, sono a tutt'oggi ancora esigibili.
- L'avanzo di amministrazione trova riscontro nell'avanzo di amministrazione dell'anno precedente e nelle entrate e uscite di competenza dell'anno 2011.
- Si è evidenziato il contenimento degli impegni di spesa nei limiti dello stanziamento assegnato a ciascun capitolo di bilancio.
- Apprezzabile lo sforzo di orientare la spesa verso le emergenze professionali.

Situazione Patrimoniale

La situazione patrimoniale rispecchia i risultati della gestione del

Collegio con fedeltà ed evidenza le effettive componenti del patrimonio netto.

Tali risultati trovano riscontro nelle scritture contabili e avallo nella documentazione attestante l'effettiva consistenza di ciascun elemento patrimoniale.

Per quanto riguarda le disponibilità liquide trovano riscontro nella consistenza di cassa alla fine dell'esercizio quale risulta dalla situazione al 31 dicembre 2011, così come comunicato dagli istituti bancari e dalla posta.

Tutti i fatti indicati corrispondono a quanto manifestatosi nel corso dell'anno finanziario. Dalla differenza tra la parte attiva e quella passiva si è ottenuto un avanzo economico corrispondente a quello che risulta nella situazione patrimoniale.

Tale importo è iscritto al bilancio nella situazione amministrativa al 31 dicembre 2011.

Per quanto riguarda gli immobili e le immobilizzazioni tecniche il valore esposto nella situazione patrimoniale trova riscontro.

Valutazione conclusiva

Considerato:

- che c'è stata una corretta imputazione delle spese ai pertinenti capitoli delle competenze e dei residui;
- che si è verificata regolarità formale e sostanziale dei singoli atti e osservanza delle norme che stabiliscono la competenza dei singoli organi ad assumere impegni di spesa;
- che il pagamento delle spese impegnate alle relative scadenze è stato puntuale;
- che la gestione delle disponibilità di cassa è stata corretta;
- che c'è stata regolarità degli adempimenti richiesti dalla vigente normativa fiscale;

Inoltre valutato:

- l'esito dei riscontri contabili eseguiti;
- la correttezza dei criteri adottati per la valutazione del patrimonio;
- la completezza dei dati riportati nel conto economico;
- la regolarità della gestione dell'esercizio finanziario per l'anno 2011;

I Revisori dei Conti esprimono parere favorevole all'approvazione del rendiconto generale dell'esercizio 2011, così come è stato sottoposto all'assemblea.

*PRESIDENTE Gianfranco Del Ferraro
REVISORE EFFETTIVO Stefano Di Carlo
REVISORE EFFETTIVO Marinella Carnevale*

Rendiconto generale 2011

Entrate

	GESTIONE DI COMPETENZA							Scostamento
	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE				
	Iniziali	Variazioni	Definitive	Riscosse	Da riscuotere	Totale		
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI								
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI								
Quote iscrizioni	€ 2.143.950,00		€ 2.143.950,00	€ 1.734.345,77	€ 409.604,23	€ 2.143.950,00		
Quote nuovi iscritti	€ 90.000,00		€ 90.000,00	€ 95.100,00	€ 75,00	€ 95.175,00	€ 5.175,00	
Tasse iscrizioni	€ 108.000,00		€ 108.000,00	€ 114.030,00	€ 180,00	€ 114.210,00	€ 6.210,00	
Totale entrate contributive a carico degli iscritti	€ 2.341.950,00		€ 2.341.950,00	€ 1.943.475,77	€ 409.859,23	€ 2.353.335,00	€ 11.385,00	
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI								
Corsi di aggiornamento	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 27.920,00		€ 27.920,00	€ 17.920,00	
Totale entrate per iniziative culturali ed aggiornamenti professionali	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 27.920,00	€ -	€ 27.920,00	€ 17.920,00	
QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI ONERE PARTICOLARI GESTIONI								
Rilascio tessere	€ 500,00		€ 500,00	€ 1.045,00		€ 1.045,00	€ 545,00	
Certificati e trasferimenti	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 5.438,00		€ 5.438,00	€ 4.562,00	
Totale quote di partecipazione iscritti onere particolari gestioni	€ 10.500,00		€ 10.500,00	€ 6.483,00	€ -	€ 6.483,00	€ 4.017,00	
TRASFERIMENTI CORRENTI								
Trasferimenti correnti								
Totale trasferimenti correnti								
ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI								
Vendita pubblicazioni	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 42,00		€ 42,00	€ 958,00	
Totale entrate da vendita beni e prestazioni servizi	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 42,00	€ -	€ 42,00	€ 958,00	
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI								
Interessi attivi	€ 4.000,00		€ 4.000,00	€ 2.128,21	€ 2.321,92	€ 4.450,13	€ 450,13	
Totale redditi e proventi patrimoniali	€ 4.000,00		€ 4.000,00	€ 2.128,21	€ 2.321,92	€ 4.450,13	€ 450,13	
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI								
Recuperi e rimborsi	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 938,17	€ -	€ 938,17	€ 1.061,83	
Totale poste correttive e compensative uscite correnti	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 938,17	€ -	€ 938,17	€ 1.061,83	
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI								
Entrate varie	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 140,00		€ 140,00	€ 860,00	
Totale entrate non classificabili in altre voci	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 140,00		€ 140,00	€ 860,00	
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 2.370.450,00		€ 2.370.450,00	€ 1.981.127,15	€ 412.181,15	€ 2.393.308,30	€ 22.858,30	
TITOLO II - ENTRATE CONTO CAPITALE								
ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI								
Alienazione immobili								
Totale alienazione immobili								
ALIENAZIONE DI IMMOB.NI TECNICHE								
Vendita mobili ed arredi								
Totale alienazione di immobilizzazioni tecniche								
RISCOSSIONE DI CREDITI								
Riscossione credito								
Totale riscossione di crediti								
TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE								
Trasferimento								
Totale trasferimenti in conto capitale								
ASSUNZIONE DI MUTUI								
Assunzione mutuo								
Totale Assunzione di mutui								
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI								
Assunzione debito finanziario								
Totale assunzione di altri debiti finanziari								
TOTALE TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE								
TITOLO III - PARTITE DI GIRO								
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO								
Ritenute fiscali e previdenziali	€ 180.000,00		€ 180.000,00	€ 230.838,83	€ 2.150,35	€ 232.989,18	€ 52.989,18	
Altre partite di giro	€ 320.000,00		€ 320.000,00	€ 242.849,57	€ 15.053,59	€ 257.903,16	€ 62.096,84	
TOTALE TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 500.000,00		€ 500.000,00	€ 473.688,40	€ 17.203,94	€ 490.892,34	€ 9.107,66	
TOTALE ENTRATE	€ 2.870.450,00		€ 2.870.450,00	€ 2.454.815,55	€ 429.385,09	€ 2.884.200,64	€ 13.750,64	
Disavanzo di amministrazione dell'esercizio	€ 764.365,15							
TOTALE GENERALE	€ 3.634.815,15		€ 2.870.450,00	€ 2.454.815,55	€ 429.385,09	€ 2.884.200,64	€ 13.750,64	

Uscite
GESTIONE DI COMPETENZA

	PREVISIONI						SOMME IMPEGNATE			Scostamento
	Iniziali	Variazioni	Definitive	Pagato	Da pagare	Totale				
TITOLO I - USCITE CORRENTI										
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE										
Gettoni riunioni Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei conti	€ 35.000,00		€ 35.000,00	€ 19.780,00	€ 880,00	€ 20.660,00	-€ 14.340,00			
Gettoni partecipazione Consiglio Nazionale e seminari	€ 50.000,00		€ 50.000,00	€ 740,00		€ 740,00	-€ 49.260,00			
Rimborsi spese	€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 15.439,06	€ 150,00	€ 15.589,06	-€ 14.410,94			
Gettoni e indennità attività Organi Direttivi	€ 125.000,00		€ 125.000,00	€ 111.204,00	€ 1.600,00	€ 112.804,00	-€ 12.196,00			
Assicurazioni organi statutari	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 4.488,69		€ 4.488,69	-€ 511,31			
Spese elezioni Organi Direttivi	€ 60.000,00	€ 4.568,34	€ 64.568,34	€ 41.080,62	€ 23.487,72	€ 64.568,34				
Totale uscite per gli organi dell'Ente	€ 305.000,00	€ 4.568,34	€ 309.568,34	€ 192.732,37	€ 26.117,72	€ 218.850,09	-€ 90.718,25			
ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO										
Stipendi e oneri riflessi	€ 225.000,00		€ 225.000,00	€ 171.257,09	€ 6.835,47	€ 178.092,56	-€ 46.907,44			
Assicurazioni personale	€ 6.000,00		€ 6.000,00	€ 5.775,34		€ 5.775,34	-€ 224,66			
Fondo incentivazione	€ 60.000,00		€ 60.000,00	€ 50.085,53		€ 50.085,53	-€ 9.914,47			
Corsi di formazione	€ 6.000,00		€ 6.000,00	€ 640,00		€ 640,00	-€ 5.360,00			
Totale oneri per il personale in servizio	€ 297.000,00		€ 297.000,00	€ 227.757,96	€ 6.835,47	€ 234.593,43	-€ 62.406,57			
USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI										
Abbonamenti RAI e riviste	€ 7.500,00		€ 7.500,00	€ 4.983,21	€ 145,46	€ 5.128,67	-€ 2.371,33			
Compenso per la riscossione	€ 40.000,00		€ 40.000,00	€ 25.958,70		€ 25.958,70	-€ 14.041,30			
Consulenze legali	€ 70.000,00	€ 2.027,54	€ 72.027,54	€ 39.466,44	€ 32.561,10	€ 72.027,54	-			
Consulenza amministrativa	€ 35.000,00		€ 35.000,00	€ 31.780,04	€ 2.883,84	€ 34.663,88	-€ 336,12			
Consulenza professionale occasionale	€ 35.000,00		€ 35.000,00	€ 10.100,00	€ 7.235,15	€ 17.335,15	-€ 17.664,85			
Consulenza informatica	€ 25.000,00		€ 25.000,00	€ 11.985,20	€ 8.736,00	€ 20.721,20	-€ 4.278,80			
Manutenzioni e riparazioni	€ 35.000,00		€ 35.000,00	€ 15.404,46	€ 10.787,45	€ 26.191,91	-€ 8.808,09			
Acquisto tessere distintivi bolli	€ 5.000,00		€ 5.000,00			€ -	-€ 5.000,00			
Totale uscite per l'acquisto di beni e servizi	€ 252.500,00	€ 2.027,54	€ 254.527,54	€ 139.678,05	€ 62.349,00	€ 202.027,05	-€ 52.500,49			
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI										
Affitto luce e riscaldamento	€ 124.000,00		€ 124.000,00	€ 112.940,07	€ 3.165,74	€ 116.105,81	-€ 7.894,19			
Cancelleria e stampati	€ 50.000,00		€ 50.000,00	€ 30.991,14	€ 454,66	€ 31.445,80	-€ 18.554,20			
Spese postali e telefoniche	€ 50.000,00		€ 50.000,00	€ 42.901,99	€ 379,70	€ 43.281,69	-€ 6.718,31			
Spese di pulizia	€ 25.000,00		€ 25.000,00	€ 19.748,40	€ 1.875,50	€ 21.623,90	-€ 3.376,10			
Spese bancarie e di c/c postali	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 1.050,91	€ 19,48	€ 1.070,39	-€ 929,61			
Spese varie	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 3.167,33		€ 3.167,33	-€ 1.832,67			
Archiviazione e gestione documenti	€ 18.000,00		€ 18.000,00	€ 9.751,56	€ 3.516,27	€ 13.267,83	-€ 4.732,17			
Totale uscite per funzionamento uffici	€ 274.000,00		€ 274.000,00	€ 220.551,40	€ 9.411,35	€ 229.962,75	-€ 44.037,25			
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI										
Aggiornamenti professionali	€ 910.000,00		€ 910.000,00	€ 548.503,04	€ 224.997,67	€ 773.500,71	-€ 136.499,29			
Rivista "Infermiere oggi"	€ 200.000,00		€ 200.000,00	€ 121.183,43	€ 8.919,90	€ 130.103,33	-€ 69.896,67			
Biblioteca	€ 140.000,00		€ 140.000,00	€ 78.299,61	€ 7.020,00	€ 85.319,61	-€ 54.680,39			
Promozione immagine (pubblicità)	€ 2.000,00		€ 2.000,00			€ -	-€ 2.000,00			
Commissioni di studio	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 14.260,00	€ 160,00	€ 14.420,00	-€ 5.580,00			
Spese di rappresentanza	€ 40.000,00		€ 40.000,00	€ 8.064,62		€ 8.064,62	-€ 31.935,38			
Quote spettanti Federazione	€ 280.422,48		€ 280.422,48	€ 266.604,75	€ 11.839,77	€ 278.444,52	-€ 1.977,96			
Progetto qualità Collegio ISO 9000	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 13.200,00	€ 1.851,30	€ 15.051,30	-€ 4.948,70			
Progetto Newsletter	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 14.120,00	€ 706,00	€ 14.826,00	-€ 5.174,00			
Iniziative di solidarietà	€ 25.000,00		€ 25.000,00	€ 12.500,00		€ 12.500,00	-€ 12.500,00			
Posta elettronica certificata	€ 15.000,00		€ 15.000,00			€ -	-€ 15.000,00			
Totale uscite per prestazioni istituzionali	€ 1.672.422,48		€ 1.672.422,48	€ 1.076.735,45	€ 255.494,64	€ 1.332.230,09	-€ 340.192,39			
ONERI FINANZIARI										
Interessi passivi										
Totale oneri finanziari										
ONERI TRIBUTARI										
Inps Irap e altri tributi	€ 120.000,00		€ 120.000,00	€ 72.917,35	€ 16.652,36	€ 89.569,71	-€ 30.430,29			
Nettezza urbana	€ 3.500,00		€ 3.500,00	€ 3.252,39		€ 3.252,39	-€ 247,61			
Totale oneri tributari	€ 123.500,00		€ 123.500,00	€ 76.169,74	€ 16.652,36	€ 92.822,10	-€ 30.677,90			
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI										
Rimborsi vari	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 150,00		€ 150,00	-€ 1.850,00			
Totale poste correttive e compensative di entrate correnti	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 150,00		€ 150,00	-€ 1.850,00			

segue a pag 50

segue da pag 49

USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI															
Fondo spese impreviste	€	88.392,67	-€	6.595,88	€	81.796,79				-€	81.796,79				
Totale uscite non classificabili in altre voci	€	88.392,67	-€	6.595,88	€	81.796,79				-€	81.796,79				
TRATTAMENTO FINE RAPPORTO															
Trattamento di fine rapporto	€	20.000,00			€	20.000,00	€	55,02	€	7.892,61	€	7.947,63	-€	12.052,37	
Totale trattamento di fine rapporto	€	20.000,00			€	20.000,00	€	55,02	€	7.892,61	€	7.947,63	-€	12.052,37	
ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI															
Rimborso quote esattoria															
Totale accantonamento fondo rischi e oneri															
TOTALE TITOLO I - USCITE CORRENTI	€	3.034.815,15			€	3.034.815,15	€	1.933.829,99	€	384.753,15	€	2.318.583,14	-€	716.232,01	
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE															
ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI															
Ristrutturazione sede	€	30.000,00			€	30.000,00								-€	30.000,00
Totale acquisizione di beni di uso durevole ed immobili	€	30.000,00			€	30.000,00								-€	30.000,00
ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE															
Acquisto mobili e arredi	€	30.000,00			€	30.000,00				€	-	-€		30.000,00	
Programmi e attrezzature	€	40.000,00			€	40.000,00	€	2.666,75	€	16.684,64	€	19.351,39	-€	20.648,61	
Totale acquisizione di immobilizzazioni tecniche	€	70.000,00			€	70.000,00	€	2.666,75	€	16.684,64	€	19.351,39	-€	50.648,61	
CONCESSIONI DI CREDITI ED ANTICIPAZIONI															
Concessione di crediti															
Totale concessione di crediti															
RIMBORSI DI MUTUI															
Rimborso mutuo															
Totale rimborsi di mutui															
RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE															
Rimborso di anticipazione passiva															
Totale rimborso di anticipazioni passive															
ESTINZIONE DEBITI DIVERSI															
Estinzione debito															
Totale estinzione debiti diversi															
ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE															
Fondo spese elezioni															
Totale accantonamenti per spese future															
ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI															
Accantonamento per ripristino investimenti															
Totale accantonamenti per spese future															
TOTALE TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE	€	100.000,00			€	100.000,00	€	2.666,75	€	16.684,64	€	19.351,39	-€	80.648,61	
USCITE AVVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO															
Ritenute fiscali e previdenziali	€	180.000,00			€	180.000,00	€	194.071,25	€	38.917,93	€	232.989,18	€	52.989,18	
Altre partite di giro	€	320.000,00			€	320.000,00	€	241.177,13	€	16.726,03	€	257.903,16	-€	62.096,84	
TOTALE TITOLO III - USCITE PER PARTITE DI GIRO	€	500.000,00			€	500.000,00	€	435.248,38	€	55.643,96	€	490.892,34	-€	9.107,66	
TOTALE USCITE	€	3.634.815,15			€	3.634.815,15	€	2.371.745,12	€	457.081,75	€	2.628.826,87	-€	805.989,28	
Avanzo di amministrazione dell'esercizio											€	55.373,77			
TOTALE GENERALE	€	3.634.815,15			€	3.634.815,15					€	2.684.200,64	-€	805.989,28	

ERRATA CORRIGE

Nel numero scorso (1/12) di questa rivista, il curriculum vitae della consigliera Natascia Mazzitelli pubblicato a pagina 46 non è risultato essere aggiornato ai più recenti incarichi ricoperti. Riportiamo dunque il curriculum corretto, scusandoci con i lettori e con la diretta interessata.



NATASCIA MAZZITELLI

Infermiera, Master in Management per le funzioni di Coordinamento, Laurea

Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche. Ha lavorato all'ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli nella

Uo di Pediatria e Neonatologia, nel Distretto sanitario e nel Consultorio familiare. Attualmente è Tutor presso la Uo di Formazione della Asl Rm/G. Docente ai corsi di Laurea in Infermieristica, al Master in Management per le funzioni di Coordinamento dell'Università di Tor Vergata.

Contratti e *turn over*

Lettera aperta alla presidente Polverini

Egr. On.le Renata Polverini
Presidente Giunta Regionale del Lazio

Egregio Presidente,

lo stato di assoluta emergenza in cui versano molti servizi sanitari ospedalieri e territoriali di Roma e della Provincia mi impone, a nome del Consiglio Direttivo e di tutti gli infermieri iscritti, di sollecitare un Suo immediato intervento per scongiurare il definitivo collasso.

La drammatica condizione degli organici infermieristici, più volte richiamata da questo Collegio e dal Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio, ha superato ormai il limite della criticità con il duplice sciagurato effetto di pregiudicare la qualità dell'assistenza e alimentare un fenomeno finora quasi sconosciuto per gli infermieri: la disoccupazione.

In molte strutture ospedaliere, anche le più qualificate e prestigiose della Capitale, la persistente carenza di personale ha già prodotto una sostanziale riduzione delle attività, segnando un preoccupante scadimento dei livelli di sicurezza delle prestazioni rese ai cittadini e mettendo a rischio gli stessi operatori.

Nelle ultime settimane, la situazione è ulteriormente precipitata. Da qui la notevolissima mole di segnalazioni e denunce di insostenibilità dell'attuale condizione di lavoro che questo Collegio riceve quotidianamente da parte degli iscritti.

Il peso che ricade interamente sui pochi infermieri in servizio genera un aumento inaccettabile di responsabilità e dei rischi professionali dovuti all'intenso stress lavorativo. In molte realtà l'assistenza viene assicurata solo grazie agli enormi sacrifici personali degli operatori, che si sobbarcano turni ripetuti senza riposi, carichi di lavoro sproporzionati e mansioni improprie per garantire

il funzionamento dei servizi. E il mancato rinnovo dei contratti a tempo determinato scaduti ha reso esplosiva una situazione già critica.

L'imminente arrivo della stagione estiva, con il prevedibile picco delle richieste di intervento e per il piano ferie, accresce fortemente la preoccupazione per la tenuta della rete dell'emergenza, dei reparti ospedalieri e degli ambulatori. Come sarà possibile gestire l'ondata di accessi con le attuali forze? Chi si farà carico del disagio che inevitabilmente verrà manifestato dai pazienti e dai loro familiari? Di chi sarà la responsabilità del prossimo caso di "malasanità"?



Occorrono azioni immediate per rafforzare gli organici infermieristici e tutelare gli operatori in servizio dai rischi cagionati dal super lavoro. In tale direzione Le chiedo di attivarsi rapidamente disponendo le necessarie deroghe al blocco del *turn over* e autorizzando l'espletamento dei concorsi, con priorità assoluta alle figure più carenti: gli infermieri.

È un grido d'allarme che gli infermieri romani Le indirizzano affinché eserciti tutti i Suoi poteri di Presidente della Giunta Regionale del Lazio per intervenire con la massima urgenza ed evitare il blocco definitivo di interi servizi ospedalieri e territoriali, impedito oggi solo

dalla straordinaria abnegazione dei nostri iscritti e degli altri professionisti sanitari.

Per quanto esposto, nello spirito di collaborazione istituzionale proprio di questo Collegio, torno a sollecitare un incontro con la S.V. per concorrere all'individuazione di misure urgenti atte a tamponare un'emergenza dagli effetti potenzialmente drammatici.

**Il Presidente
del Collegio Ipasvi di Roma
Gennaro Rocco**

Festa dell'Infermiere a teatro per sostenere la lotta all'Aids

Il 12 maggio 1820 nacque Florence Nightingale, fondatrice delle Scienze infermieristiche moderne. L'*International Council of Nurses* (l'Icn è una Federazione di più di 130 Associazioni nazionali infermieristiche, che rappresentano più di 13 milioni di infermieri nel mondo) ricorda questa data celebrando, in tutto il mondo, la *Giornata internazionale dell'Infermiere*.

Negli anni Sessanta in Italia a celebrare il 12 maggio sono la Consociazione (Caioss), le Associazioni infermieristiche e qualche Collegio provinciale. È nel 1980 che la Federazione nazionale Ipasvi decide di sostenere in prima persona l'iniziativa, annunciandola sul "Notiziario".

L'intento dichiarato dal gruppo dirigente è quello di richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica sui valori di cui è portatrice la professione infermieristica: "una professione che trova il suo significato più originale e autentico nel servizio all'uomo".

A partire dal 1992 la Federazione nazionale Collegi Ipasvi

sostiene la *Giornata internazionale dell'Infermiere* anche con la diffusione di manifesti che sottolineano l'impegno degli infermieri italiani sui temi della solidarietà e dell'alleanza con i pazienti e le loro famiglie. Gli slogan proposti in oltre un decennio ribadiscono tutti la scelta di stare "dalla parte del cittadino".

Il Collegio Ipasvi di Roma, quest'anno, ha deciso di celebrare il 12 maggio invitando a teatro gli infermieri romani. Una serata che ha registrato una grande partecipazione e che ha consentito ai colleghi di dimenticare per qualche ora i problemi dettati dalla crisi per godersi lo spettacolo di Antonello Costa al Teatro Italia. La serata è stata utile anche a promuovere un progetto educativo nelle scuole del Lazio dalla associazione nazionale per la lotta all'Aids - Sezione Laziale.

Sul sito internet del Collegio (www.ipasvi.roma.it) sono state pubblicate tutte le foto dell'evento, di cui vi proponiamo una selezione.



L'infermiere ideale? Tutto inizia con San Camillo de Lellis...

Assistere il malato con affetto e comprensione, dedicargli tutte le attenzioni, senza mai venir meno il rispetto della sua dignità come essere umano e come sofferente.

Ogni infermiere sa che sono questi i principi ispiratori della professione, messi in pratica ogni giorno - e ogni notte -, in tanti piccoli gesti silenziosi.

Quello che forse è meno noto è il fatto che tutto ciò nasce da una vera e propria rivoluzione, operata da San Camillo de Lellis a cavallo tra il XVI e il XVII secolo.

Nato nel 1550 a Bucchianico, in Abruzzo, Camillo era un soldato di ventura, dedito al gioco d'azzardo, lontanissimo dal mondo della salute e della carità.

Un puro caso, poi, una piaga a una gamba, lo portò a guardare la realtà con occhi diversi e a cambiare radicalmente non solo la sua vita, ma anche quella di tanti sofferenti.

Per comprendere a pieno la portata di questa rivoluzione, è necessario comprendere quale fosse la situazione degli ospedali in quel periodo.

Carità e cura dello spirito erano state da sempre il tratto distintivo della sanità dell'epoca e, solo da poco, si era cominciato a dare una maggiore attenzione alla salute del corpo.

Ma le differenze sociali erano drammatiche: solo in alcuni ospedali si potevano avere cure adeguate, bisognava che la malattia fosse curabile e il malato degno di attenzioni, per rango o per possibilità economiche. Per tutti gli altri, per i cronici e i terminali, qualunque sforzo medico era considerato un inutile spreco di risorse, e non c'era altra speranza che trovare presto la morte.



Proprio qui, in questi veri e propri inferni popolati da derelitti senza cure, senza speranza e senza futuro, il giovane Camillo lanciò una sfida che aveva dell'utopico: dedicare tutte le attenzioni al malato come persona, con la cura e l'affetto di una madre, indipendentemente dalle sue condizioni.

Non stupisce, quindi, che lo storico della medicina Giorgio Cosmacini definisca San Camillo come l'infermiere ideale, splendido esempio di un

umanesimo umile, dedito ai derelitti.

La Chiesa, che tradizionalmente aveva in cura gli ammalati, riscopre con questo giovane abruzzese, ostinato e generoso, la dimensione più vera e spirituale dell'assistenza ai sofferenti, tanto da proclamarlo poi Santo patrono degli infermi, degli infermieri e delle strutture sanitarie.

Il Carisma camilliano non è stato un episodio isolato, ma ha attraversato i secoli, le terre e gli oceani, e si è diffuso in maniera costante, come un'onda benefica.

Le Regole volute dal Fondatore, che sono alla base dell'Ordine, sono ancora oggi una lettura di straordinaria attualità: parlano anche di questioni concrete (a volte persino spicciole), ma trasmettono una solidità di pensiero, una fermezza, una spiritualità che è una grande fonte di ispirazione per tutti.

Seguendo queste Regole, i Camilliani sono stati presenti nel mondo della salute con un'azione capillare e determinante: per portare soccorso durante le grandi epidemie (dalla peste, alla lebbra, fino ad arrivare all'Aids nei giorni nostri), per dare cura e sostegno spirituale ai soldati in campo durante la Prima Guerra Mondiale, per assistere e confortare i più umili nelle zone più povere e devastate del mondo.

Nel 2014, ricorrerà il quarto centenario della morte di San Camillo e, come dice Padre Renato Salvatore, Superiore Generale dell'Ordine: "Il nostro carisma è interpellato a 360 gradi da ciò che ruota attorno al mondo della salute: dal malato agli operatori sanitari, a tutte le persone in stato di disagio. E l'avvicinarsi del quarto centenario della morte del nostro fondatore, San Camillo De Lellis, ci spinge a comprendere sempre di più l'attualità del suo messaggio e a incarnarlo nelle varieguate realtà d'oggi".

Una prospettiva piena di vita, di progetti, di umanità e di umanizzazione della salute: in un mondo in cui di tutto ciò c'è davvero un gran bisogno.

Info: www.camillodelellis.org



L'Ipasvi al Congresso di Scienze infermieristiche pediatriche

Il 9 maggio si è tenuto a Roma il IV Congresso italiano di Scienze infermieristiche pediatriche **I nuovi scenari del sistema sanitario e le implicazioni per l'infermieristica pediatrica**. Alla giornata - che si è svolta in concomitanza con il Congresso della Società Italiana di Pediatria (Sip) - ha partecipato **Gennaro Rocco** in rappresentanza dell'Ipasvi. Nel suo intervento, ha ribadito la centralità dell'assistenza al bambino e l'importanza dei professionisti che se ne fanno carico. Ha anche sottolineato la disponibilità dell'Ipasvi a sostenere il confronto tra le diverse componenti associative e professionali, rappresentate nel Comitato scientifico del Congresso. Le condizioni dell'infanzia in Italia sono state delineate dal presidente della Sip, prof. **Ugazio**: diminuzione delle nascite, aumento delle separazioni familiari e dei bambini allevati da un solo genitore, incremento delle patologie croniche, riduzione delle risorse finanziarie ecc. Da tale scenario deriva la necessità di una riorganizzazione della rete assistenziale pediatrica. In tal senso, la **Giornata infermieristica ha raggiunto l'obiettivo** di evidenziare come l'Infermieristica pediatrica italiana stia cambiando proprio per rispondere, sempre e in modo adeguato, agli attuali bisogni dei bambini e delle loro famiglie. Nel corso dei lavori, è stata più volte sottolineata la necessità di **mantenere e di valorizzare la specificità dell'infermieristica pediatrica** in un'ottica di collaborazione multi-professionale sia in fase formativa, sia nell'attività clinica. Ampiamente condivisa la valutazione sull'impossibilità di racchiudere la complessità di questo professionista in un "nuovo mansionario", per quanto "esteso". La **prima sessione** sulla *Gestione del rischio clinico e sicurezza dei pazienti* ha sottolineato la rilevanza dell'infermiere pediatrico nella prevenzione dell'evento avverso da farmaci a domicilio, nella gestione delle "cadute in ospedale" e nella condivisione e analisi degli errori. Tutte le relazioni sono state sostenute da un'importante bibliografia scientifica o da revisioni sistematiche della letteratura. Inoltre, in tutte le relazioni sono state presen-



tate strategie d'intervento che sarebbe interessante poter trasmettere dalle realtà locali a realtà ospedaliere più ampie. Nella **seconda sessione**, *Ruolo degli infermieri pediatrici nel futuro della pediatria italiana*, si è partiti dalla constatazione che l'assistenza oggi tende a non essere più "ospedalocentrica". Perciò occorre creare infrastrutture nel territorio: per l'infermiere pediatrico italiano si aprono o si confermano nuove prospettive e potenzialità come l'ambulatorio infermieristico, l'infermiere scolastico ecc., che implicano nuove e più complesse responsabilità professionali, ma anche una maggiore autonomia. Poiché aumentano i bambini malati cronici, l'infermiere pediatrico deve assicurare a questi piccoli pazienti una domiciliazione sicura soprattutto attraverso interventi educativi e relazionali nei confronti del *caregiver* e della famiglia di origine, nonché attraverso la gestione degli aspetti burocratici e dei rapporti con le Asl. Indiscutibile, in questo caso, la funzione dell'infermiere



pediatrico di *case manager*, come dimostrato nella relazione riguardante i bambini domicilianti con ventilazione non invasiva (NIV) o Ventilazione Meccanica (VM).

Nella **terza sessione**, *cinque semplici regole per prevenire le infezioni nosocomiali*, è stato trattato il tema delle infezioni legate all'assistenza nell'ottica della campagna nazionale sul **Progetto OMS: Sfida mondiale per la sicurezza del paziente - Cure Pulite sono Cure più Sicure** (*Global Patient Safety Challenge - Clean Care is Safer Care*). Particolare riguardo è stato dedicato al lavaggio delle mani, alla prevenzione delle sepsi da catetere venoso centrale (CVC) e alla prevenzione delle infezioni da ventilazione assistita. La strategia adottata all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG), per la prevenzione delle sepsi da CVC, di natura sicuramente interprofessionale e che prevede un monitoraggio sistematico a fronte di una formazione specifica, è risultata sicuramente efficace e merita una diffusione soprattutto nelle Unità Operative pediatriche dove tali presidi sono più diffusi. Infine la revisione della letteratura effettuata per rilevare i punti critici nella prevenzione delle polmoniti da ventilazione assistita (VAP) in ambito pediatrico, propone interventi basati sulle evidenze da applicare da subito nella pratica clinica.

La **quarta sessione** sul *Dolore nel bambino: dalla teoria alla*

pratica è stata gestita in maniera congiunta da pediatri e infermieri, quasi a voler sottolineare la centralità del tema e la necessità di un approccio integrato e multi-professionale allo stesso. Dall'analisi dell'impatto della legge 38/2010 si è passati a riflettere insieme sulle metodologie di valutazione del dolore. Anche l'**ultima sessione**, *Esperienze di innovazione e ricerca in infermieristica pediatrica*, ha premiato le aspettative dei partecipanti. Una particolare segnalazione merita lo studio sui PEWS così come è realizzato per la prima volta in Italia nell'ospedale Sant'Anna di Torino, sostenuto da motivazioni scientifiche importanti, ma soprattutto dalla validazione di uno strumento fondamentale nell'intercettazione del peggioramento clinico del bambino non ricoverato in reparti ad alta intensità. Molto interessante è anche lo studio sull'Assistenza Centrata sulla Famiglia, attualmente in corso per la prima volta in Italia all'OPBG, in particolare per il lavoro di *backtranslation* (processo di traduzione del questionario originale in lingua inglese ed adattamento linguistico-culturale). In conclusione, tutte le esperienze presentate dimostrano la competenza e la volontà degli infermieri pediatrici italiani di "lasciare un segno evidente" del loro impegno a favore dei bambini e delle loro famiglie.

tm

Elezioni studentesche a Tor Vergata, trionfano gli "infermieri"

È con profonda soddisfazione che comunichiamo lo storico risultato conseguito dalle Professioni Sanitarie all'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" al termine delle elezioni per il rinnovo della rappresentanza studentesca.

Infatti, sono stati eletti 4 studenti delle Professioni Sanitarie negli organi accademici centrali, tra cui 3 studenti afferenti al corso di Laurea in Scienze Infermieristiche in rappresentanza degli oltre 4.000 colleghi di studi che sono iscritti presso le varie sezioni attivate in convenzione dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" su tutto il territorio nazionale.

In particolare, è stato eletto per la prima volta in Italia quale membro del Consiglio d'Amministrazione, Francesco Scerbo

(1.343 voti), studente del II anno del corso di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso la sede centrale. Quale componente del Senato Accademico è stato eletto Matias Eduardo Diaz Crescitelli (1.058 voti), studente del II anno del corso di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso la sede centrale.

Inoltre, sono stati eletti, quali componenti del Consiglio degli studenti, Gessica Trivelli, studentessa del II anno del corso di laurea in Ostetricia presso la sede centrale e Raffaella Mangone, studentessa del I anno del corso di laurea di Infermieristica presso la sede distaccata di Ceccano (Fr).

La crisi esaspera gli animi Intanto la professione avanza...

Di emergenza in emergenza, dal collasso dei Pronto soccorso ai grandi ospedali senza più soldi.

La primavera 2012 si annuncia sulla scia del difficile inverno che ha messo a dura prova la sanità romana.

E mantiene le promesse.

Sono mesi convulsi tra proteste e casi eclatanti che i media non si lasciano sfuggire per riaccendere l'allarme.

La Regione Lazio, alle prese con il pauroso deficit sanitario, non versa le risorse necessarie e anche strutture sanitarie di prim'ordine come il Policlinico Gemelli vanno in crisi.

Il **Corriere della Sera** (1/3/2012) titola: "Gemelli, sospesi tutti i contratti". L'arti-

colo spiega: *"Disdetta immediata dei contratti e degli accordi di medici, infermieri, tecnici e amministrativi del Policlinico Gemelli. Il provvedimento è stato annunciato in una lettera che porta la data del 23 febbraio scorso: a firmare la missiva, rivolta ai sindacati, è il direttore amministrativo dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, il professor Marco Elefanti. L'ospedale vanta oltre 800 milioni di euro di crediti con la Regione (dei quali 250 bloccati da un contenzioso legale), per prestazioni sanitarie erogate dal Gemelli e non rimborsate dall'ente locale nel periodo compreso tra il 2006 e il 2011"*.

Una settimana dopo **Il Tempo** (8/3/2012) riferisce: "Contratti al Policlinico Gemelli. I sindacati chiederanno aiuto al Papa". Il quotidiano romano aggiunge: *"I sindacati pensano piuttosto ad iniziative eclatanti, come chiedere udienza direttamente al Santo Padre o bloccare il traffico nei pressi del Policlinico"*.

L'austerità è massima sul fronte della spesa, eppure gli sprechi dilagano.

Leggo Roma (1/3/2012) titola: "Lo spreco è servito - Sanità in emergenza, ma al Cto letti e barelle abbandonati". Si legge: *"Decine di barelle e di letti inutilizzati. Anzi, praticamente parcheggiati nei corridoi. Non attendono più pazienti da mesi. Eppure la sanità romana è da codice rosso, con ammalati accolti alla meno peggio nei pronto soccorso su materassi stesi per terra. Lo spreco è evidente al Cto, ospedale dai posti-letto dimezzati e dai reparti che ancora chiudono. Il tutto mentre al San Giovanni l'obiettivo del fotografo immortalava addirittura un gatto*



libero tra le corsie ed i ricoverati".

Intanto la situazione nei Pronto soccorso della capitale non migliora.

Il Messaggero (9/3/2012) torna ad occuparsi del caso Umberto I e titola: "Umberto I, tutto come prima: barelle e code al pronto soccorso". Il servizio riporta le parole di uno dei due dirigenti medici sospesi per la vicenda della donna con l'Alzheimer rimasta per quattro giorni su una barella: *"Dopo il blitz dei due senatori e il risalto mediatico dato ai problemi del pronto soccorso, per due settimane dai vari reparti sono stati messi a disposizione più posti letto. Poi, finita l'attenzione dei giornalisti, ora tutto sta tornando come prima"*.

La Repubblica (18/3/2012) torna sul caso per svelare all'opinione pubblica che esistono anche "Gli angeli nell'inferno dell'Umberto I", raccontando della testimonianza di una paziente: *"Ho trovato una situazione di reale drammaticità. Ma in mezzo a quell'inferno lavoravano infermieri e medici con una professionalità e un'umanità encomiabili: oltre alle cure, malgrado tutto dispensate con attenzione, un sorriso, una battuta, un gesto per tutti"*.

Qualche tempo dopo è **Il Giornale** (20/4/2012) a riferire del grande cuore degli infermieri che scrive: "Muore la padrona ma Lucky trova una nuova famiglia". La vicenda commuove ed è ripresa dai principali quotidiani. Si legge: *"È morta mercoledì mattina l'anziana proprietaria di Lucky, il cane West highland white terrier che ha conquistato il cuore dei romani e per cui centinaia di richieste di adozione sono piovute all'associazione animalista Earth. Il cagnolino ha trovato una famiglia: è stato adottato da Hellen, una delle infermiere che ha assistito nei suoi ultimi giorni la proprietaria"*.

Dall'assalto solitamente morboso dei media emerge anche qualche buona notizia. La grande manifestazione di marzo organizzata a Roma dagli Ordini e dai Collegi mette in luce finalmente la figura dell'infermiere tra i "professionisti di serie A".

Il Corriere della Sera (1/3/2012) titola: "Professionisti, il giorno dell'orgoglio". Il servizio spiega: *"Qualche mese fa sembrava un progetto troppo ambizioso e difficilmente realizzabile. Oggi che l'obiettivo è raggiunto serpeggia molta soddisfazione nel mondo*

delle professioni. Scatta infatti la giornata di mobilitazione nazionale dei professionisti che coinvolgerà oltre 27 fra Ordini e Collegi". Tra questi, ad aprire l'elenco delle professioni rappresentate, gli infermieri.

Del tema cruciale della riforma ordinistica si occupa **Il Sole 24 Ore** (1/3/2012) con un ampio servizio dal titolo: "Albi, traguardo ad agosto". Nel servizio si legge: "Non si comincia, certo, da zero. Il mondo delle professioni regolamentate ha già affrontato in questi anni un processo di riforma che ha modernizzato il volto degli Albi ereditato dagli ordinamenti ante-guerra. Ora il decreto legge 138 del 13 agosto 2011 ha fissato ad agosto 2012 la scadenza limite entro la quale gli Ordini devono auto-riformarsi, aggiornando le proprie norme interne in materia di formazione continua, assicurazione, autonomia dell'organo disciplinare, pubblicità informativa ed equo compenso per il praticante".

Un servizio del **Secolo XIX** (2/3/2012) fa correre un brivido lungo la schiena. "Olanda, arriva l'eutanasia a domicilio" è il titolo. Si legge: "L'Aja-La 'dolce morte' arriva a domicilio in Olanda: ieri è entrato in funzione un controverso programma di unità mobili che viaggiano in tutto il Paese per rispondere alle richieste di eutanasia di malati terminali. Battezzato 'Levenseinde' o 'Life End', il programma impiega medici e infermieri il cui compito è di esaudire l'ultimo desiderio di pazienti i cui medici si sono rifiutati di condurli alla morte. Nel 2002 l'Olanda è stata la prima nazione a legalizzare l'eutanasia. Ogni anno i casi di eutanasia sono tra i 2300 e i 3100".

Il Nuovo Quotidiano di Rimini (3/03/2012) pubblica una notizia di stretta attualità per Roma, dove operano molti colleghi stranieri. Il titolo recita: "Vince il concorso, ma l'Ausl non lo assume". L'articolo spiega: "Vince il ricorso contro l'Ausl di Rimini che si rifiutava di assumerlo con contratto a tempo indeterminato, nonostante avesse vinto il concorso pubblico. Si tratta di un cittadino albanese che per circa otto anni ha lavorato come infermiere professionale presso l'Ausl di Rimini, attraverso contratti a termine, l'ultimo dei quali scadeva proprio nel mese di marzo. Nel 2010 presenta domanda di partecipazione al concorso, ma viene escluso perché privo di cittadinanza italiana. Qualche mese dopo la ottiene e, nuovamente, chiede di essere ammesso al concorso al quale si classifica secondo. Ha quindi diritto al posto fisso, ma del contratto non se ne parla. L'infermiere presenta quindi il ricorso al Tribunale di Rimini. L'Azienda ottempererà al provvedimento del magistrato assumendo a tempo indeterminato il lavoratore, precisando che sulla vicenda pende ancora il giudizio di merito".

Il processo per la morte della povera Maricica, l'infermiere romena uccisa l'8 ottobre 2010 nella stazione Anagnina della metropolitana, riapre dolorosamente una ferita mai rimarginata nella nostra comunità professionale. L'agenzia di stampa **Ansa** (6/3/2012) lancia il seguente dispaccio: "Morte Maricica, chiesta condanna a 20 anni. La procura di Roma ha chiesto una condanna a venti anni di reclusione per Alessio Burtone, il ventiduenne romano che colpì

con un pugno l'infermiere romena Maricica Hahaianu causandone la morte dopo alcuni giorni trascorsi in coma. Al giovane viene contestato il reato di omicidio preterintenzionale con l'aggravante dei futili motivi. La famiglia chiede un risarcimento di due milioni". Ne parlano a profusione giornali, radio e tv mentre l'agghiacciante filmato dell'aggressione rimbalza nuovamente sui siti internet.

Dieci giorni più tardi la stessa **Ansa** (16/3/2012) riferisce: "Romena morta dopo pugno: Burtone condannato a 9 anni. Era accusato di omicidio preterintenzionale. È stato condannato a nove anni di reclusione Alessio Burtone, il 22enne romano che colpì con un pugno, l'8 ottobre 2010, l'infermiere romena Maricica Hahaianu, causandone la morte dopo alcuni giorni in coma. Era accusato di omicidio preterintenzionale. La prima Corte d'Assise non ha riconosciuto l'aggravante dei futili motivi".

Nelle settimane successive esce la motivazione della sentenza.

Il Messaggero (10/5/2012) titola: "Uccise l'infermiere con il pugno. 'Non violento ma immaturo'". Si legge nel pezzo: "Per i giudici della prima Corte d'Assise, presieduta da Anna Argento, che hanno depositato ieri le motivazioni della loro decisione, il ventiquattrenne romano è colpevole di omicidio preterintenzionale, e allo stesso tempo vittima del contesto sociale nel quale è cresciuto. Burtone sarebbe infatti 'un soggetto non violento, sostanzialmente immaturo e il suo comportamento è condizionato dal contesto sociale familiare in cui si trova a vivere'. Ed è anche grazie a queste circostanze che l'imputato ha evitato la severa sentenza a 20 anni richiesta dal pm Antonio Calaresu".

La Repubblica (7/3/2012) si occupa di una vicenda che suscita subito molto interesse tra gli infermieri. La notizia arriva da Terni. Il titolo: "Pagati per indossare il camice: agli infermieri 650 euro in più l'anno". Il servizio spiega: "Dopo la sentenza del tribunale del lavoro di Orvieto, che ha dato ragione a 2.500 infermieri, la Asl ha un regolamento che calcola nello stipendio 20 minuti al giorno per mettere l'indumento da lavoro. Gli infermieri dell'ospedale Santa Maria di Terni da questo mese avranno un aumento: 650 euro l'anno in più. Un aumento di stipendio ottenuto per indossare il camice. Quattrocentocinquanta addetti alle corsie si vedranno conteggiare in busta paga 20 minuti in più al giorno, tempo calcolato dalla Asl di Terni per mettere il camice. Venti minuti che si trasformeranno, appunto, in 650 euro l'anno".

Come se non bastasse il consueto accanimento dei media sugli operatori sanitari, ci si mette pure un popolare conduttore televisivo. Così scoppia il caso Flavio Insinna che, nel suo libro autobiografico, "Neanche con un morso all'orecchio" se la prende inutilmente e molto rozzamente con gli infermieri. Emblematico il titolo del capitolo dedicato alla malattia e alla morte del padre: "L'infermiere stronza".

L'attore romano descrive con minuziosa cattiveria una collega di un grande ospedale romano che lo invita a rispettare, come d'obbligo

per tutti i cittadini, il regolamento di accesso nei locali della Terapia Intensiva dov'è ricoverato suo padre. Basta questo per scatenare una serie di improprie e insulti verso la collega. Gli infermieri insorgono e il **Collegio Ipasvi di Roma**, riservandosi un'azione legale a tutela della categoria, interviene con un durissimo comunicato stampa ripreso da molti organi di informazione. *"Gli infermieri sono ben consapevoli dell'importanza del rapporto tra pazienti e congiunti – recita la nota stampa – Da sempre gli infermieri chiedono di poter lavorare in strutture che facilitino la relazione fra pazienti, familiari e personale sanitario. Per questo continuiamo ad invocare interventi di riorganizzazione logistica che rendano più agevole e sicura l'assistenza ai pazienti critici e il rapporto con i loro congiunti, affinché nessuno scriva più pagine così ringhiose e cafone contro una collega che fa semplicemente il suo dovere"*. Il XVI Congresso della Federazione Ipasvi trova ampio risalto sui media nazionali.

Il Sole 24 Ore Sanità (21/3/2012) titola: "Infermieri: un futuro giocato da protagonisti". Il servizio analizza analiticamente gli aspetti relazionali e l'appeal esercitato dalla professione sui giovani. Si legge: *"Migliorare la capacità relazionale e aumentare il numero degli infermieri. Sono le priorità individuate dal Rapporto Censis presentato in occasione del XVI Congresso Ipasvi. Non solo posto fisso per l'infermiere del futuro. C'è infatti un piccolo spazio per la libera professione, nel 'mercato' dell'assistenza infermieristica. L'idea di una sfida da giocare in ambito privato, magari con partita Iva, studio proprio e contratti di consulenza va considerata più che altro una prospettiva di nicchia, ma anche una chance reale. Soprattutto in vista di un aumento delle patologie croniche, destinate a crescere con l'invecchiamento della popolazione. E quanto risulta dal Rapporto di ricerca Censis 'L'infermiere protagonista della buona sanità del futuro', commissionato dall'Ipasvi in occasione del Congresso di Bologna"*.

Sul numero successivo, **Il Sole 24 Ore Sanità** (28/3/2012) riferisce di un'altra importante ricerca: "Infermieri: ne servono 266mila entro il 2020". Nel servizio si legge: *"In Italia c'è un deficit di infermieri e se resta il numero chiuso all'università si ricorrerà sempre più a lavoratori formati altrove. È l'allarme lanciato dall'Ipasvi per una sanità futura ben articolata sul territorio e per raggiungere livelli di assistenza paragonabili a quelli di Paesi benchmark come Olanda e Francia. E in questo quadro il numero chiuso per l'accesso agli studi di Scienze infermieristiche appare ormai uno strumento obsoleto e anacronistico. È quanto risulta dal Rapporto Censis su 'L'infermiere protagonista della buona sanità del futuro'"*.

Del Rapporto del Censis scrive anche **La Stampa** (2/4/2012), che titola: "La sanità del futuro cerca 266 mila infermieri in 8 anni". Il sommario recita: *"Una professione che attrae i più giovani. Nove su dieci trovano il posto in un anno. Sono molto richiesti ma anche sottopagati"*.

La solita Italia delle contraddizioni. Il quotidiano economico

Italia Oggi (3/4/2012) mette in risalto l'attualità drammatica del mercato del lavoro e titola: "A sorpresa la crisi occupazionale arriva anche in corsia". Il servizio spiega: *"La crisi economica arriva anche in corsia. E a vacillare è pure l'occupazione di quelle professioni ritenute fino ad ora l'estremo baluardo del mercato del lavoro. Per infermieri, ostetriche ma anche dietisti, tecnici di radiologia o di fisiopatologia, insomma, per tutti quei professioni di area sanitaria non medica, il lavoro non è più così sicuro. Basti pensare che secondo i numeri dell'ultima indagine Almalaurea 2011, rielaborati da Angelo Mastrillo, segretario della Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie ed esperto dell'Osservatorio per la formazione universitaria, anche le lauree triennali delle professioni sanitarie scendono dal tasso occupazionale dell'86% del 2007 al 75% del 2010. Il motivo? Al di là di ragioni puramente economiche, il dito è puntato sugli errori di programmazione delle richieste dalle regioni che creano esuberi e di conseguenza ritardano l'ingresso nel mondo del lavoro"*.

Intanto, la situazione finanziaria di Asl e Aziende Ospedaliere peggiora e a farne le spese è soprattutto il personale. Ormai i timori degli operatori si mischiano alla rabbia montante.

Il Tempo (8/5/2012) titola: "I lavoratori del Cristo Re protestano sul tetto". Si legge: *"Non percepiscono lo stipendio da due mesi: l'ultima mensilità regolarmente pagata è quella di febbraio. Così, all'ennesimo rinvio prospettato dalla direzione, i lavoratori del Cristo Re hanno deciso di far scattare la protesta, disperata, per avere le somme a cui hanno diritto. Una cinquantina di dipendenti, poi divenuti sempre più numerosi, si sono radunati sul piazzale dell'ospedale. Un gruppo di loro, una ventina tra ausiliari, infermieri, coordinatori e medici, è salito intorno alle 13.30 sul tetto della struttura sanitaria di via delle Calasanziane"*.

La ministra è molto amara e allora una zolletta di zucchero non guasta. Non basterà a consolarci dalle pene quotidiane, ma l'atteggiamento di stima verso gli infermieri romani diffuso sulla stampa internazionale da una luminare della ricerca infermieristica mondiale come Ann Gallagher ci inorgogolisce e ci spinge a non mollare.



Nell'editoriale della prestigiosa rivista **Nursing Ethics** (marzo 2012), la professoressa cita l'esempio del Centro di Eccellenza del Collegio Ipasvi di Roma. Racconta di aver riscontrato nel Centro *"l'entusiasmo giusto per lo sviluppo del nursing"*.

Commentando i lavori della conferenza internazionale del novembre scorso, la ricercatrice afferma che *"la profondità delle ricerche presentate dal Centro di eccellenza di Roma dimostra la capacità della ricerca di restare vicina, comprendendola, all'esperienza di pazienti, familiari e operatori. Si è dimostrata inoltre la possibilità per gli infermieri di incidere con effetti positivi sul cambiamento dell'organizzazione tradizionale dei servizi sanitari"*.

Davvero un bell'incoraggiamento...

Nuova edizione per il manuale “Infermieristica in area critica”

Questo nuovo testo, continuazione di una precedente uscita editoriale di alcuni anni fa dedicato all’area critica, descrive con acribia metodologica e spirito riflessivo i grandi cambiamenti che si sono succeduti in questa particolare area dell’assistenza, sia dal punto di vista tecnologico che da quello assistenziale.

Il testo, destinato agli studenti in Infermieristica, ma anche a chi già presta la propria opera professionale nel settore, parla con il linguaggio del divenire e del cambiamento senza soluzione di continuità.

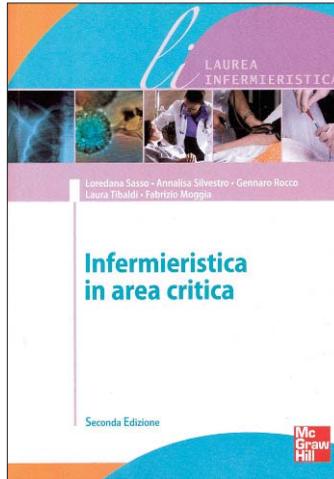
Tale paradigma – quello del cambiamento continuo e della dinamicità delle conoscenze – caratterizza la società post industriale: in questo senso, una professione ormai matura come quella infermieristica in Italia sta cercando di trovare proprio in ambito clinico la sua legittimazione epistemologica, caratterizzata dall’aggiornamento continuo delle conoscenze e delle competenze.

Con questo volume, si vuole far prevalere la cultura dell’infermiere esperto clinico. Nel nostro caso, dell’infermiere esperto clinico che opera in emergenza e urgenza e in tutte le aree dove l’instabilità vitale della persona costituisce un cardine imprescindibile dell’assistenza.

Frutto di un lungo e approfondito lavoro di ricerca, il volume propone un approccio votato all’*evidence based nursing* e all’*evidence based practice*, saldamente ancorato alla necessità di assicurare, a chi è in condizioni di criticità vitale, un’assistenza ispirata ai criteri di centralità della persona, globalità e continuità del processo assistenziale.

I contenuti, l’approccio riflessivo, il rigore scientifico e la praticità di consultazione con cui gli autori hanno articolato l’opera, offrono all’infermiere un utile strumento di lavoro, una guida efficace e ben organizzata a cui riferirsi in tutto il percorso di continuum dell’assistenza.

Grazie anche a una veste grafica che valorizza gli aspetti della chiarezza e della schematicità, il volume si propone come un chiaro punto di riferimento per studenti infermieri di area critica e per gli studenti che frequentano i master specialistici, ma può costituire, altresì, un’utile guida per i colleghi meno esperti che, a vario titolo, si avvicinano all’ambito infermieristico dell’area critica.



Il volume è diviso in dieci capitoli e si avvale di contributi qualificati e autorevoli.

Il primo capitolo definisce l’area critica nell’attuale scenario sanitario e organizzativo, si sottolineano, altresì, il concetto di area critica, la definizione di “urgenza” e di “emergenza” e quella di complessità assistenziale.

Nel testo vengono, poi, esaminate numerose altre aree e concetti riguardanti l’area critica come: il triage, le emergenze respiratorie e cardiovascolari, le emergenze correlate alle alterazioni metaboliche, lo shock emorragico, le emergenze neurologiche, le ustioni e lo shock elettrico, le emergenze traumatiche, le emergenze pediatriche e neonatali.

Il volume adotta e propone linee organizzative ispirate al modello della complessità assistenziale e adotta il metodo dei casi, con percorso clinico e percorso di assistenza infermieristica relativi, che risultano particolarmente efficaci come strumenti comparativi di rapida consultazione nella gestione del trattamento di questi pazienti in situazione di instabilità vitale.

In conclusione, si può ben affermare che il volume raccoglie l’esperienza dell’infermiere esperto in area critica di saper rilevare, interpretandoli, i bisogni della persona in condizioni di criticità vitale, cogliere con rapidità i mutamenti clinici e le necessità assistenziali che emergono numerosi, in questo ambito come in nessun altro.

Si presta, inoltre, particolare attenzione al percorso di *self care* per il recupero funzionale, educativo ed emozionale di tale tipologia di paziente.

Tale testo costituisce, quindi, uno strumento importante nel panorama editoriale di settore, in grado di promuovere la figura infermieristica dell’esperto clinico quale elemento determinante di coordinamento tra il contesto sanitario e il nuovo paziente sempre più esigente e consapevole dei suoi diritti e di ciò che si deve attendere da un’assistenza di qualità attenta ai suoi bisogni.

Infermieristica in area critica

Loredana Sasso, Annalisa Silvestro,
Gennaro Rocco, Laura Tibaldi, Fabrizio Moggia
McGraw-Hill, Milano
II edizione

Autocura e automedicazione La convergenza “apparente”

Chi non si autocura oggi? La domanda, come la successiva risposta, pare banale: la maggior parte dei cittadini autogestisce i farmaci di libera vendita secondo prassi più o meno complesse, ossia secondo strategie, modalità e abitudini diversificate, eppure tali da rendere comunque possibile parlare di consuetudine del cittadino verso l'automedicazione e l'autocura.

Se nella gestione quotidiana del farmaco, finalizzato alla risoluzione del banale malessere passeggero – stagionale, la *magic bullet* è il rimedio preferito, tuttavia ci si sofferma poco sul significato sociale che tale pratica assume oggi.

Automedicazione e autocura non sono la stessa cosa, e anche se spesso tali termini sono utilizzati come sinonimi, occorre rilevare le importanti differenze tra i due: il primo, infatti, si riferisce unicamente a un rapporto diretto al farmaco “senza mediazione”; il secondo, invece, chiama in causa e problematizza il concetto di stile di vita e l'imprescindibile ruolo di “etero”, ovvero del professionista che “veicola” i farmaci di libera vendita. Tuttavia l'automedicazione e l'autocura si disco-



stano anche dall'autoprescrizione e all'autoguarigione, concetti spesso non considerati né analizzati dalla letteratura specifica, nonostante il loro ruolo nella società odierna sia tutt'altro che secondario.

Il presente volume intende dunque fornire una prima riflessione e un primo approfondimento scientifico su queste problematiche, che accompagnano sempre più la vita corrente dei cittadini. Automedicazione e autocura rappresentano infatti fenomeni diversi, ma entrambe rispondono comunque alla crescente necessità di personalizzare (e forse umanizzare) le cure, richiamando l'attenzione su stili di vita e abitudini ormai consolidati nella società odierna.

Veronica Agnoletti è assegnista e professore a contratto in Sociologia Corso Avanzato presso la Facoltà di Scienze Politiche “R. Ruffilli” (Università degli Studi di Bologna).

Verso l'autocura e l'automedicazione Una convergenza apparente

di Veronica Agnoletti
Franco Angeli Editore

La condotta dell'infermiere in caso di "prescrizione telefonica"

L'importanza della prescrizione medica nella professione infermieristica è nota a tutti e infatti il profilo professionale (il DM 739/94 che ricordiamo per solo per dovere di completezza) impone all'infermiere di garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche.

La relazione infermiere/prescrizione, quindi, è alla base dell'atto infermieristico nel processo diagnostico o terapeutico perché egli agisce se e solo se vi è la prescrizione medica.

La tematica che andiamo ad affrontare è quella della "prescrizione telefonica", il caso cioè del medico che prescrive la terapia o la modifica (quindi facendo anche attività diagnostica) auscultando, passatemi il termine, il paziente per telefono oppure indicando la prescrizione all'infermiere, incaricato dell'assistenza al paziente, sempre per telefono e quindi senza visitare il paziente.

Nell'esperienza professionale che ho maturato mi è stata più volte rappresentata questa situazione.

È il caso a esempio del paziente ricoverato il cui quadro clinico è mutato. L'infermiere allerta telefonicamente il medico perché intervenga e questi si limita a indicare, sempre a titolo di esempio, la variazione di dosaggio o l'aggiunta di un diverso farmaco.

Il caso si può verificare, come dicevo sopra, nell'assistenza domiciliare: l'infermiere riscontra un mutamento nella salute del paziente e sollecita l'intervento del medico curante che si limita a fornire da remoto la diversa terapia.

Queste indicazioni fornite senza la visita al paziente sono prescrizioni o no? L'infermiere come si deve comportare?

Il problema della prescrizione da remoto è stata affrontata dalla giurisprudenza anche nel caso in cui (se vogliamo più grave) il medico rilascia il certificato senza aver visitato il paziente.

Un medico è stato rinviato a giudizio, davanti al Tribunale di Milano, per il reato previsto dall'art. 480 del Codice penale (falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati) con l'imputazione di avere rilasciato, quale medico di base, un certificato medico di proroga della prognosi a favore di una lavoratrice assente per malattia, senza averla nuovamente visitata. Il Tribunale di Milano ha assolto il medico perché ha ritenuto insussistente il dolo, osservando che

egli aveva concesso la proroga sulla base di quanto accertato alla visita effettuata quattro giorni prima, in quanto i sintomi comunicatigli telefonicamente dalla paziente erano compatibili con la malattia in precedenza diagnosticata.

In grado di appello, la Corte di Milano ha riformato la decisione del primo grado affermando la penale responsabilità del medico imputato. Il medico ha proposto ricorso per cassazione.

La Suprema Corte (Sezione Quinta Penale n. 18687 del 15 marzo 2012, Pres. Bruno, Rel. Demarchi Albengo) ha rigettato l'impugnazione. Pronunciando sul ricorso del medico, la Corte **ha rilevato che la falsa attestazione attribuita al medico non atteneva tanto alle condizioni di salute della paziente, quanto piuttosto al fatto che egli avesse emesso il certificato senza effettuare una previa visita** e senza alcuna verifica oggettiva delle sue condizioni di salute, non essendo consentito al sanitario effettuare valutazioni o prescrizioni semplicemente sulla base di dichiarazioni effettuate per telefono dai suoi assistiti; ciò rende irrilevanti – ha affermato la Corte – le considerazioni sulla effettiva sussistenza della malattia o sulla induzione in errore da parte del paziente; quanto, poi, alla asserita natura colposa della condotta – ha rilevato la Corte – ci si chiede come il medico potesse non essere consapevole del fatto che egli stava certificando una patologia medica senza averla previamente verificata, nell'immediatezza, attraverso l'esame della paziente.

Il principio di diritto affermato dalla Corte di Cassazione è chiaro: **il medico non può fare "valutazioni o prescrizioni" relative alla salute del paziente senza averlo visitato.**

L'obbligo di visitare il paziente era stato ribadito anche ai fini del reato di omissione di atti d'ufficio.

Secondo la giurisprudenza integra il delitto di rifiuto di atti d'ufficio il sanitario in servizio di guardia medica che, posto telefonicamente al corrente di una grave sintomatologia riferita dal familiare di un paziente, non si rechi presso il suo domicilio per effettuare un accurato esame clinico, indispensabile per l'accertamento delle reali condizioni di salute e l'adozione delle determinazioni del caso, dovendosi ritenere irrilevante il fatto che le condizioni di salute del paziente non siano poi risultate gravi in concreto e che nessuna terapia sia stata



prescritta all'esito del successivo ricovero ospedaliero. (Cass. pen., Sez. VI, 07/04/2008, n. 20056).

Riprendiamo la domanda che ci eravamo posti. Come si deve comportare l'infermiere?

Per rispondere devo separare i due casi.

Il primo è quello del falso certificato (quello per intenderci rilasciato dal medico senza aver visitato il paziente).

Secondo il mio personale parere in questo caso l'infermiere non ha il dovere giuridico di discutere il certificato medico; quindi egli agisce correttamente se esegue la prestazione infermieristica nei limiti di quanto certificato.

Il secondo caso è quello in cui è l'infermiere che sollecita il medico che invece di visitare il paziente si limita a dare indicazioni, ad esempio sulla variazione di terapia. Ripeto che questo vale sia in caso di ricovero del paziente sia in caso di assistenza domiciliare.

Ebbene, in questo caso l'infermiere ha il dovere giuridico di astenersi dalla prestazione infermieristica.

E infatti, come ho avuto modo di ribadire in più occasioni, l'infermiere svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente: si tratta di un obbligo di vigilanza fino alla richiesta di intervento del medico di turno.

Da questo obbligo è – in termini più generali – l'obbligo di garanzia.

Nella sentenza n. 24573 del 20 giugno 2011 della Quarta Sezione Penale della Corte Suprema di Cassazione è stato deciso questo caso.

Nella prima mattina del 13 settembre 2005 un uomo rimaneva coinvolto in un incidente stradale e a seguito delle lesioni riportate veniva urgentemente trasportato in un Pronto Soccorso ove venivano refertati *"frattura tibia sin.; contusioni escoriate multiple (volto, gomito sin., gamba dx; ferita l.c. gomito sin. e regione mentoniera)"*.

Eseguita una radiografia del cranio dalla quale si desumeva *"l'assenza di rime o focali fratturativi"*, dalle 11 alle 12.30 circa il paziente veniva sottoposto a intervento chirurgico all'arto inferiore destro.

Nella fase post operatoria, **la consorte del paziente chiedeva invano al personale infermieristico l'intervento di un medico** in quanto il marito accusava stimolo al vomito, intensa sudorazione nonché sanguinamento.

Solo alle 21.40 del medesimo giorno, rilevata da un medico di Pronto Soccorso la gravità della situazione, il paziente in questione veniva sottoposto a Tac e trasferito in altro ospedale ormai in stato di coma e insufficienza cardiocircolatoria terminale. In questo ultimo ospedale l'uomo veniva sottoposto a intervento di craniotomia fronto-temporo-parietale per evacuazione dell'ematoma che, pur correttamente eseguito, faceva registrare

un peggioramento delle condizioni del malato, trasferito successivamente al reparto di rianimazione dove decedeva la mattina del 17 settembre 2005.

I profili di colpa contestati dalla parte offesa

Il profilo di colpa contestato al medico di Pronto Soccorso era che, pur rilevando numerose contusioni craniche e pur avendo richiesto la radiografia del cranio, non aveva fatto pronta diagnosi di trauma cranico commotivo e non aveva disposto immediatamente un esame più approfondito mediante Tac.

Ai medici ortopedici veniva invece contestato di avere superficialmente esaminato la cartella clinica del paziente, sottoponendolo a intervento chirurgico in anestesia generale (peraltro sconsigliata dalla scienza medica nei confronti di pazienti affetti da trauma cranico commotivo) e di non avere svolto alcun **monitoraggio** e alcuna **valutazione neurologica** del paziente.

Al personale infermieristico, infine, veniva addebitato di non aver dato corso e richiesto l'intervento del medico di reparto a fronte delle reiterate richieste di aiuto dei familiari e amici recatisi a far visita al paziente che pur avevano segnalato fin dal primo pomeriggio la sintomatologia del medesimo paziente. Il Giudice dell'Udienza Preliminare (il *gup* nel gergo dei giuristi) aveva escluso che il personale infermieristico fosse responsabile dell'accaduto ritenendo in sostanza che gli infermieri hanno solo compiti esecutivi e non valutativi delle condizioni del paziente.

Naturalmente la sentenza è stata completamente ribaltata in cassazione.

Vediamo come.

I Giudici della Quarta Sezione Penale della Suprema Corte, nella sentenza n.24573 del 2011, rilevano *"la manifesta illogicità oltre che la eccessiva semplificazione motivazionale"* della sentenza emessa dal *gup* nel caso *de quo* il quale, sostengono i Giudici di legittimità, *"non ha affatto proceduto a un'attenta disamina comparativa tra i diversi apporti medico-legali, limitandosi ad aderire a una delle tesi scientifiche, ma eludendo del tutto le tematiche specifiche che l'altra consulenza poneva (in particolare, la questione della necessità di dover effettuare una Tac e, soprattutto, la questione dell'omesso monitoraggio delle condizioni del paziente)"*.

Il ragionamento del gup rischia di mortificare il ruolo professionale dell'infermiere.

Nella sostanza i Giudici di legittimità rilevano che l'assunto del *gup* teso a escludere la sussistenza di una posizione di garanzia degli infermieri, oltre a essere una affermazione apodittica, *"fraitende completamente i principi applicabili nella subiecta materia"*.

Infatti, **sostiene la Suprema Corte, rientra nel proprium**

non solo del medico, ma anche dell'infermiere quello di controllare il decorso della convalescenza del paziente ricoverato in reparto, sì da poter porre le condizioni, in caso di dubbio, di un tempestivo intervento del medico.

Fatemi porre l'accento su questo aspetto: "anche in caso di dubbio" l'infermiere "deve" sollecitare l'intervento del medico. Il ragionamento sostenuto dal Gup nella sentenza impugnata, continuano i Giudici della Cassazione, *"finisce con il mortificare le competenze professionali di tale soggetto, che, invece, svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente, essendo, come detto, l'infermiere onerato di vigilare sul decorso post operatorio, proprio ai fini di consentire, nel caso, l'intervento del medico"*.

Il Giudice per l'udienza preliminare è incorso in evidente equivoco, rileva ancora la Quarta Sezione Penale della Suprema Corte, in quanto si è soffermato sull'autonomia valutativa dell'infermiere rispetto al sanitario palesando, in tal modo, **"l'errore concettuale di giudizio: non è infatti in discussione (né lo potrebbe essere) una comparazione tra gli spazi valutativi e decisionali dell'infermiere rispetto al medico, ma solo l'obbligo per l'infermiere, anche solo in caso di**

dubbio ragionevole (qui, fondabile non foss'altro che per le reiterate indicazioni dei parenti) di chiamare l'intervento del medico di turno, cui poi compete la decisione ultima".

* * * * *

Tiriamo le fila di tutti questi complessi elementi estrapolati da casi eterogenei.

L'infermiere ha il dovere giuridico di conoscere e valutare le condizioni del paziente.

L'infermiere ha il dovere giuridico di richiedere l'intervento del medico quando, in base alle sue valutazioni, ritenga che sia opportuno.

Il medico ha il dovere giuridico di intervenire.

Per formulare la prescrizione diagnostica o terapeutica il medico ha il dovere giuridico di visitare il paziente.

L'infermiere ha il dovere giuridico di garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche.

L'infermiere ha il dovere giuridico di prestare la sua assistenza solo se il paziente è stato visitato.

Avv. Alessandro Cuggiani

IN PILLOLE

Speranze dal "superanticorpo" antivirale

Il sistema immunitario dei soggetti che non si ammalano per effetto dei virus stagionali più diffusi produce una sorta di "superanticorpo" molto potente.

Lo sostiene uno studio realizzato da un gruppo di ricercatori italiani guidato da Massimo Clementi e Roberto Burioni, docenti di Microbiologia e Virologia all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano che, studiando il sistema immunitario di un uomo che ricordava di non essere stato mai colpito dall'influenza (nonostante un'intensa esposizione al virus), sono riusciti a isolare – e clonare – i geni che codificano un anticorpo di una potenza finora sconosciuta.

Questa molecola è in grado di neutralizzare quasi tutti i virus influenzali conosciuti che hanno colpito l'uomo negli ultimi 90 anni. "La scoperta – hanno affermato i ricercatori del San Raffaele – apre la via a una nuova generazione di farmaci antinfluenzali e di vaccini in grado di stimolare proprio questi anticorpi invincibili anche in chi normalmente non ne produce".

VOGLIONO INFERMIERI
CON MAGGIORI COMPETENZE..

PROPRIO QUANDO NEL
PAESE AUMENTANO GLI
INCOMPETENTI..



© Bato '12

NORME EDITORIALI

Quali regole seguire per pubblicare un articolo su “Infermiere Oggi”

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

Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) introduzione; 3) materiali e metodi; 4) risultati; 5) eventuali discussioni; 6) conclusioni; 7) bibliografia.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet <http://www.icmje.org>).

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità; saranno numerate progressivamente in cifre arabe e saranno accompagnate da brevi ma esaurienti didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d’inserimento. Diagrammi e illustrazioni dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da permetterne la riproduzione senza modificazioni.

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L’INVIO DEI LAVORI

Gli autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell’invio del testo.

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato al Collegio Ispasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

SANIT

9° Forum Internazionale della Salute

ROMA
12 - 15 GIUGNO
PALAZZO CONGRESSI
EUR INGRESSO GRATUITO



con il patrocinio di:



www.sanit.org

Organizzato da:



Via Barberini, 3 - 00187 Roma
Tel. +39 06 48 17 254 - Fax +39 06 47 46 558
info@seadam.it - www.seadam.it