

*M*fermiere oggi

Anno XVI - N. 3 - Luglio-Settembre 2006 - Tariffe 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



periodico di idee, informazione e cultura del Collegio Ipasvi di Roma

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Gennaro Rocco

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

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

Rivista trimestrale luglio/settembre 2006
Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.
- Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 90
del 09/02/1990

FOTO: MARIO ESPOSITO

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



ASSOCIATO
ALL'UNIONE
STAMPA
PERIODICA
ITALIANA

Finito di stampare: Novembre 2006

Tiratura: 26.000 copie

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

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

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

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

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

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

- 1** EDITORIALE
di Gennaro Rocco
- 3** "PERCEZIONE E CONOSCENZE DEGLI INFERMIERI DEL RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI: ANALISI DEL BISOGNO FORMATIVO/INFORMATIVO"
di Perini Carla
- 9** Il significato della clinica infermieristica: l'Ad-sistere
di Angela Basile
- 15** RICERCA SULLA GESTIONE DEL DOLORE IN AMBITO PEDIATRICO. DA UN' INDAGINE CONOSCITIVA ALL' ATTUAZIONE DEL PROGETTO "OSPEDALE SENZA DOLORE"
di Greco Mariagrazia, Montanaro Mariaclara
- 21** ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E POSSIBILITÀ D'ESPRESSIONE ETICA DELLA PROFESSIONALITÀ INFERMIERISTICA
di Laura Sabatino
- 27** "IL COORDINATORE DELLE ATTIVITÀ CLINICHE: UTOPIA, ESIGENZA O REALTÀ? INDAGINE NAZIONALE E PROPOSTA DEL POLICLINICO UNIVERSITARIO DI TOR VERGATA"
di Simona Nicolai
- 32** OLTRE 7 MILA INFERMIERI ALLA MANIFESTAZIONE DI ROMA
- 41** SEMINARI RESIDENZIALI DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEI COLLEGI IPASVI
di Alessandro Stievano
- 44** LA NOSTRA QUALITÀ: IL PROGETTO DELLA CERTIFICAZIONE ISO 9001/2000 DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA
- 46** Linea diretta con il Presidente
- 48** L'angolo dei media
- 50** Infermieri in rete
- 51** L'avvocato dice...
- 54** PER UNA PREVIDENZA PREVIDENTE
- 56** NUTRIZIONE ARTIFICIALE: INDICAZIONI, COMPLICANZE, NURSING
di Michele Sacco
- 61** L'INFERMIERE E LA MORTE
di Alessia Focchetti
- 63** AL CUORE DELLE IMMAGINI
di Daniela Scherrer

Con gli occhi aperti

di Gennaro Rocco

Eravamo in tanti, ben riconoscibili, a difendere la professione per le strade di Roma. La manifestazione del 12 ottobre scorso indetta dal Comitato Unitario dei Professionisti (CUP) ha toccato con mano la forza e la determinazione degli infermieri. Che ancora una volta non hanno tradito la causa della crescita professionale, della qualità delle prestazioni, della salute dei cittadini.

Insieme a tanti altri professionisti, alle casse previdenziali, alle associazioni professionali, ai sindacati, abbiamo manifestato per sollecitare il Governo al rispetto degli impegni assunti.

E' stato un evento inedito per il mondo delle professioni italiane, unite come mai nel rivendicare una vera riforma del sistema professionale, per renderlo più moderno ed efficace, in linea con le leggi che disciplinano il settore nel resto d'Europa. Una volta di più, gli infermieri c'erano, pronti come sempre a lottare in difesa della professione, al fianco dei cittadini.

Siamo tutti consapevoli della posta in gioco. E anche che una manifestazione come quella di Roma, che dopo dodici anni ha riportato gli infermieri in piazza, non basterà ad annullare i tentativi di sabotaggio della professione, a fermare chi non vuole riconoscerci fino in fondo il ruolo sociale e il carattere stesso di professione intellettuale.

Non è una questione semantica. Il riconoscimento pieno dello status di professio-



nisti intellettuali ci colloca dritti nella sfera dell'autonomia, della specificità delle competenze, della loro esclusività. Ci garantisce la facoltà di sviluppare percorsi di carriera in campi diversi e a diversi livelli, per ottenere finalmente anche un adeguato riconoscimento economico.

La battaglia è tutta qui: nessun può rinnegare la rilevanza del nostro ruolo e la nostra competenza professionale; non accettiamo di porre oggi in dubbio le conquiste frutto di un faticoso decennio di lotte e di costante impegno sul lavoro. Indietro non si torna. Gli infermieri non lo consentono.

Chiedono piuttosto il riconoscimento pieno del ruolo strategico che svolgono nel sistema sanitario e, dunque, l'istituzione del proprio Ordine professionale. Al pari delle altre professioni intellettuali e dei colleghi di mezza Europa.

Cito le parole con cui il Comitato Centrale della Federazione ha chiamato a raccolta gli infermieri il 12 ottobre scorso: "Solo un chiaro sistema di regole può consentire ai professionisti di verificare le competenze dei propri iscritti. Chiediamo quindi, nell'interesse della cittadinanza, che si proceda finalmente a una riforma degli Ordini, che ne innovi e modernizzi la funzione e i compiti. Questa esigenza è particolarmente sentita in ambito sanitario, per la peculiarità e l'importanza che l'assistenza infermieristica riveste nella vita della gente. L'Ordine che gli infermieri vogliono è collocato nel quadro di un or-

ganico sistema di norme costruite a tutela del cittadino ed ha il compito di verificare le competenze, la qualità delle prestazioni, i comportamenti deontologici dei propri iscritti, anche in riferimento al diritto alla salute sancito dalla Costituzione. Solo attraverso un sistema professionale regolamentato i cittadini possono avere la certezza di un'assistenza infermieristica garantita da professionisti qualificati e che agiscono per un interesse superiore".

Non solo. Aggiungiamo che vogliamo un Ordine libero e autonomo, scevro da

condizionamenti, in cui gli infermieri decidano come regolare al meglio gli ambiti deontologici e scientifici della loro professione, senza ingerenze esterne. Solo così potremo confermare il carattere intellettuale della professione e la pari dignità con tutti gli altri professionisti sanitari.

A guadagnarci non saremmo solo noi. I cittadini che assistiamo ogni giorno ci chiedono una sanità più efficiente, al passo con i tempi e con la crescente domanda di salute. Dobbiamo restare al loro fianco e batterci anche per loro.

ECM: confermato l'obbligo anche per il 2007

È prorogata al 30 Giugno 2007, la fase sperimentale del programma di Educazione Continua in Medicina. Pertanto sono riaccreditabili dal 4 Dicembre scorso, gli eventi formativi e i piani formativi aziendali. Resta confermato che il n° di crediti da acquisire entro il 31 Dicembre del 2006 è pari a 120. La Commissione ECM proporrà, per chi non li abbia acquisiti, di poterli recuperare anche nel corso del 2007.

“Percezione e conoscenze degli infermieri del rischio da radiazioni ionizzanti: analisi del bisogno formativo/informativo”

di Perini Carla

“Non c’è il nulla, zero non esiste, ogni cosa è qualcosa, niente non è niente” V. Hugo

INTRODUZIONE

Gia poco tempo dopo la scoperta dei raggi X e della radioattività fu messa in evidenza che accanto ai grandi benefici che l’umanità poteva trarre dalle radiazioni appena scoperte, potevano verificarsi effetti negativi sulla salute a seguito di un loro incauto impiego. Da ciò è derivata l’esigenza di adottare delle norme elementari di prevenzione degli effetti nocivi, norme che nel corso degli anni si sono arricchite ed evolute per l’esperienza maturata, per l’apporto teorico e sperimentale, per le risultanze di indagini epidemiologiche. Quelle norme si sono poi trasformate in una disciplina compiuta di prevenzione: la radioprotezione. Il bagaglio conoscitivo che ne sta alla base spazia dalla fisica alla biologia ed alla medicina e rappresenta un notevole esempio di integrazione scientifica tra varie discipline operative di ordine tecnico, naturalistico e sanitario.

La radioprotezione si occupa della protezione dalle radiazioni avendo per finalità la preservazione dello stato di salute dei lavoratori e della popolazione, inoltre si occupa dell’ambiente e della relativa sua tutela radiologica. La conoscenza e preparazione specifica in radioprotezione costituisce un dovere sancito dalla legge, per tutti i medici specialisti dell’area radiologica, per quelli che svolgono attività radiodiagnostiche complementari

all’esercizio clinico, per gli odontoiatri e per i sanitari addetti alla sorveglianza medica, nonché per tutti coloro che operano in presenza del rischio da radiazioni ionizzanti, come espressamente richiede l’art.61 del D.lgs 230/95. Ma vi è anche l’aspetto della protezione del paziente che richiede la conoscenza di questa disciplina come espressamente richiesto dall’art.110 del D.lgs sopra citato. Peraltro agli specifici riferimenti dell’art.110 del D.lgs 230/95 è pure connesso, per i dirigenti radiodiagnosti, radioterapisti e medici nucleari, l’impegno (comma 4 D.M. 21/2/97) per l’istruzione “sulle regole di radioprotezione adeguate agli specifici compiti professionali del personale, anche non specialista o non laureato, continuativamente operante nelle aree pubbliche o private, di radiodiagnostica, di radioterapia e di medicina nucleare”. Le indicazioni relative alla specifica preparazione di radioprotezione sono ribadite nell’art.22 della Direttiva europea 96/29 che prevede per i lavoratori esposti una formazione permanente nel campo della radioprotezione.

Il concetto di rischio è stato creato per aiutarci a pensare ai pericoli della vita, a controllarli e a prendere decisioni. Il rischio è studiato da diversi tipi di scienziati perché essendo ovunque è importante imparare a conoscerlo da diversi punti di vista. Tutte queste scienze creano informazione sul rischio, ma non utilizzano direttamente quella informazione, infatti, gli scienziati non prendono

decisioni. Spetta a qualcun altro educare le persone a vivere in maniera sicura. La percezione del rischio è diversa tra gente comune e scienziati e comunque tra la gente comune la principale differenza sta nel fatto che essa si domanda anche se una situazione o una decisione sia volontaria o involontaria, è diverso, infatti, se la decisione di fare qualcosa che espone ad un rischio è presa liberamente o è imposta.

Le sorgenti di radiazioni ionizzanti che si incontrano in medicina possono essere suddivise in due gruppi principali:

1. apparecchiature che generano radiazioni quali i tubi a raggi X della diagnostica, la TAC o gli acceleratori lineari. Tali sorgenti emettono radiazione solamente quando messe in funzione dall'operatore.

2. Gli isotopi radioattivi che emettono radiazioni per trasformazioni del nucleo atomico quali quelli usati in Medicina Nucleare o in Brachiterapia o nelle unità Unità di Telecobaltoterapia. Tali sorgenti emettono radiazioni in continuazione seguendo la legge del decadimento. Quando non in uso, ovvero quando non si utilizza il fascio di radiazioni da esse emesso, vengono tenute in appositi alloggiamenti schermati.

Gli effetti biologici delle radiazioni ionizzanti sull'organismo si distinguono in somatici e genetici a seconda che interessino direttamente le persone irradiate o i discendenti. Gli effetti somatici possono presentarsi in modo immediato e sono detti deterministici o in modo tardivo e sono detti stocastici.

Il sistema di protezione radiologica si basa su tre principi fondamentali:

- Principio di giustificazione
- Principio di ottimizzazione
- Principio di limitazione

La sorveglianza fisica è definita dalla legge come l'insieme dei dispositivi adottati, delle valutazioni, delle misure e degli esami effettuati, delle indicazioni fornite e dei provvedimenti formulati al fine di garantire la protezione sanitaria dei lavoratori e della popolazione.

Lo scopo primario della sorveglianza medica dei lavoratori radioesposti è la valutazione dello stato generale di salute confrontato con le condizioni di lavoro che possono incidere sotto il profilo sani-

tario, sull'idoneità al lavoro specifico. Essa è affidata al medico autorizzato per gli esposti di categoria A e al medico autorizzato o medico competente per gli esposti di categoria B.

ORIGINE DELLO STUDIO

Lo studio svolto, nasce dall'esperienza lavorativa vissuta negli ultimi due anni (2004-2006) presso l'unità operativa di Medicina Nucleare del Policlinico Universitario Agostino Gemelli. Tale studio vuole avvalorare l'ipotesi secondo la quale, la percezione e le conoscenze degli infermieri rispetto al rischio fisico da radiazioni ionizzanti, risultano essere distorte e scadenti. La dimostrazione della validità della suddetta ipotesi, mira a convalidare l'appropriatezza di una proposta formativa/informativa da sottoporre agli organi competenti delle aziende prese in esame.

CAMPIONE

Per selezionare il campione di infermieri si è attinto al personale che presta servizio presso tre aziende romane, l'ospedale Sandro Pertini, l'ospedale San Pietro ed il Policlinico Universitario Agostino Gemelli. Gli infermieri intervistati, non afferiscono ad unità operative dove sono utilizzate radiazioni ionizzanti, al fine di non inquinare il campione con personale che, se non altro per esperienza lavorativa, potesse avere conoscenze specifiche dell'argomento in questione.

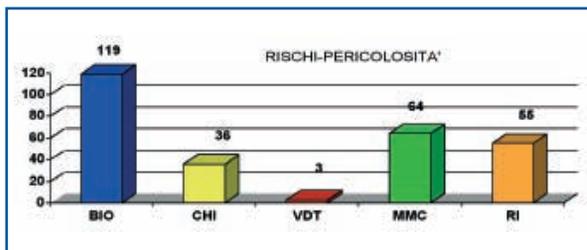
MATERIALI E METODI:

Il presente studio conoscitivo ha previsto la somministrazione di un questionario preparato ad hoc. Esso si compone di tre sezioni. La prima sezione del questionario è volta a definire il profilo del campione per gli aspetti relativi a: età, sesso, titolo di studio, abilitazione professionale, formazione post base, anzianità di servizio, azienda ed unità operativa cui afferisce il personale intervistato, e le eventuali precedenti esperienze in ambiti in cui si utilizzano radiazioni ionizzanti. Le due sezioni successive analizzano globalmente i livelli di perce-

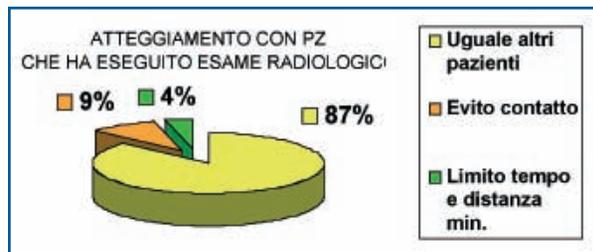
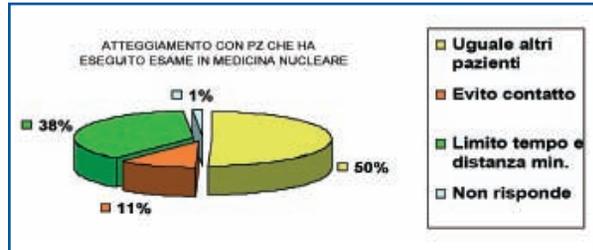
zione e conoscenze degli infermieri relativamente al rischio da radiazioni ionizzanti e gli strumenti utilizzati per acquisire tali conoscenze. Il questionario è autocompilato dagli infermieri che prendono parte allo studio.

RISULTATI:

Il campione considerato è composto da 150 infermieri, equamente suddivisi per azienda di riferimento, Policlinico A. Gemelli 50, Ospedale Sandro Pertini 50, Ospedale S. Pietro 50. L'età per il 23% è inferiore ai 30 anni, per il 65% è tra i 30 e 45 anni, per il 12% è superiore ai 45 anni. Il 67% del campione è composto da donne, il 33% da uomini. Il 65% è in possesso del diploma, il 21% della laurea ed il 14% dell'ammissione al 3° anno della scuola superiore. Il 63% degli infermieri ha conseguito l'abilitazione alla professione infermieristica con corso regionale, il 23% con corso di laurea ed il 14% con diploma universitario. Il 46% ha un'anzianità di servizio tra 0 e 10 anni, il 43% tra 10 e 20 anni, l'11% tra 20 e 30 anni. Il 29% presta servizio presso unità operative di area critica, il 27% presso medicina specialistica, il 23% presso medicina generale, l'8% presso servizi e ambulatori, il 7% presso chirurgia generale, il 6% presso chirurgia specialistica. Il 14% del campione ha avuto esperienze precedenti in ambiti in cui sono utilizzate le radiazioni ionizzanti, l'86% non ha mai avuto esperienze in questo settore. Tra i rischi riscontrabili in ambito sanitario, gli intervistati giudicano più pericoloso per le possibili conseguenze sul proprio stato di salute, il rischio biologico con 119 preferenze, il rischio da movimentazione manuale dei carichi con 64 preferenze, il rischio da radiazioni ionizzanti con 55 preferenze, il rischio chimico con 36 preferenze ed infine il rischio da videoterminale con 3 preferenze.

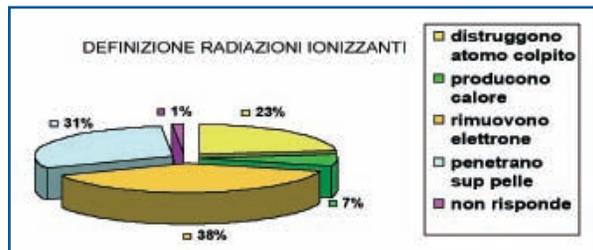


Alle domande che indagavano rispetto alla percezione del rischio da radiazioni ionizzanti, il campione ha risposto facendo emergere una percezione distorta di tale rischio, a volte mostrando eccessiva prudenza, altre eccessiva superficialità.



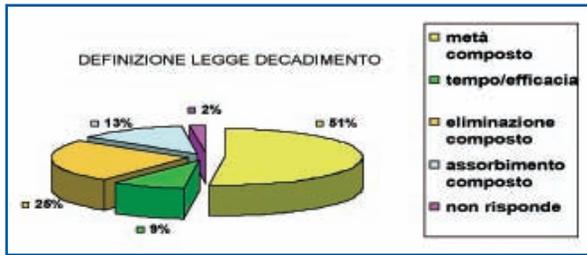
Per quanto riguarda le conoscenze è emersa nettamente la carenza di nozioni specifiche da parte del campione, in poche domande si è superato il 50% di risposte corrette.

Come è possibile notare nel grafico che segue, solo il 38% indica la risposta corretta alla definizione di radiazioni ionizzanti.

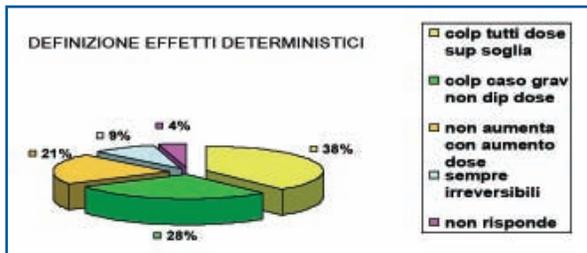


Alla domanda che riguarda la definizione di Legge del decadimento, la percentuale di risposte corrette sale leggermente con il 51%.

Nella definizione di effetti deterministici, la percentuale di risposte corrette scende di nuovo al 38%:



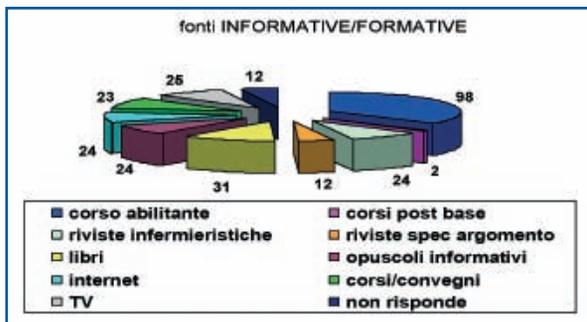
Nell'individuare le fonti formative e informative, cui il campione ha fatto riferimento per l'acquisizione, di conoscenze specifiche in questo ambito, l'opzione più scelta è stata il corso svolto per acquisire l'abilitazione alla professione infermieristica, a seguire i libri di testo, la TV, gli opuscoli informativi, internet, le riviste infermieristiche, i corsi/convegni,



le riviste specifiche sull'argomento ed infine i corsi post base.

Il 93% del campione ha indicato che, ritiene opportuno ampliare le proprie conoscenze, rispetto al rischio fisico delle radiazioni ionizzanti.

L'89% ritiene che sarebbe opportuno

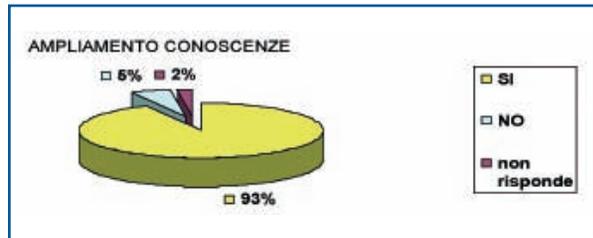


modificare il piano di studi del corso di laurea, al fine di garantire un ampliamento delle conoscenze specifiche in questo ambito agli infermieri.

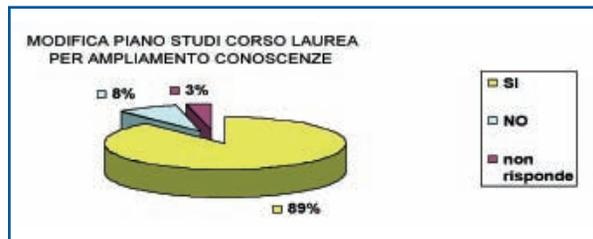
L'87% ritiene utile procedere con un intervento formativo, ed il 91% sostiene l'utilità di un intervento informativo sempre al fine di ampliare le proprie conoscenze dell'argomento.

CONCLUSIONI:

Lo studio condotto dimostra come ci sia realmente bisogno di un progetto formativo e/o informativo, che si prefigga l'obiettivo di ampliare e correggere le conoscenze degli infermieri, rispetto al rischio da radiazioni ionizzanti. A con-

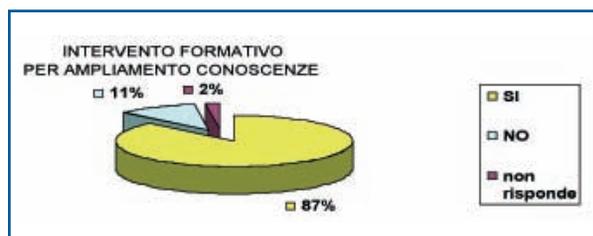


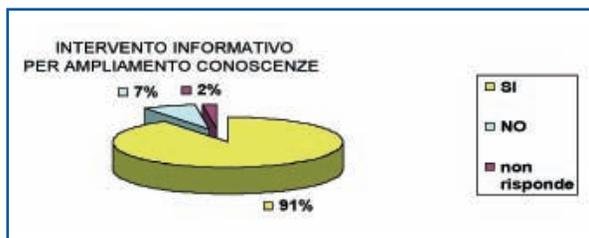
ferma dell'ipotesi iniziale, secondo la quale la percezione e le conoscenze degli infermieri rispetto al rischio fisico da radiazioni ionizzanti risultano essere distorte e scadenti, la valutazione dei dati rilevati giustifica una proposta formativa/informativa, da sottoporre agli addetti alla formazione permanente, nonché al Servizio Infermieristico delle



Aziende prese in esame.

A questo punto è doveroso intraprendere un'ulteriore ed attenta analisi, affinché il progetto da attuare raggiunga l'obiettivo ed è opportuno verificare con precisione quali sono gli ambiti in cui è necessario intervenire con un progetto formativo e quali quelli in cui è sufficiente provvedere con un intervento informativo, anche al fine di utilizzare al meglio le risorse. Lo studio condotto non consente di effettuare questo





distinguo, se non considerando la risposta espressa dal campione, quando era richiesto esplicitamente se ritenevano opportuno un intervento formativo, e l'87% risponde di sì, o quando era richiesto se ritenevano opportuno un intervento informativo ed il 91% risponde di sì. Sono dati da cui partire, e non certo esaustivi, per intraprendere l'opportuno approfondimento della problematica, sia per quanto riguarda gli ambiti in cui intervenire, che per quanto riguarda il piano di intervento. A questa prima indagine del problema, che ha rilevato a grandi linee l'esigenza di un bisogno formativo/informativo specifico, deve quindi far seguito la formulazione di un progetto mirato a colmare le lacune evidenziate. In altre regioni, come ad esempio il Veneto, le amministrazioni aziendali hanno mostrato una spiccata sensibilità rispetto all'argomento e già da qualche anno hanno intrapreso corsi di aggiornamento specifici, in particolare per quanto riguarda la radioprotezione. E' fondamentale ricordare che il datore di lavoro è obbligato per legge a formare il lavoratore rispetto ai rischi cui sarà esposto nello svolgimento della propria attività lavorativa DLgs 626/94, in questo particolare ambito vi è un decreto rafforzativo che ripropone tale obbligo, il DLgs 230/95.

Quindi non ci resta che mettere in moto il nostro occhio da "civetta", simbolo della ricerca, e avanzare lungo il percorso, evitando che siano sempre altre figure professionali a ricoprire quel ruolo educativo che sempre più ci appartiene, non solo come infermieri, ma ormai come docenti a tutti gli effetti.

Un'ultima considerazione rispetto alla frase di V. Hugo che apre questo articolo "Non c'è il nulla, zero non esiste, ogni cosa è qualcosa, niente non è niente". Il riferimento è chiaramente a questo rischio un po' misterioso delle radiazioni ionizzanti, che non vediamo, come

invece possiamo vedere il liquido biologico potenzialmente infetto, il peso da spostare, la sostanza chimica da cui difendersi, o il videoterminale che può nuocere alla nostra vista o alla nostra postura. Le radiazioni non le vediamo, sarà per questo che le consideriamo un po' meno? Senza creare inutili allarmismi, perché sarebbero obiettivamente fuori luogo, è semplicemente opportuno correggere questa disattenzione, sviluppando quelle conoscenze che ci consentono di aggiungere più sicurezza al nostro ambiente di lavoro.

AUTORE

Perini Carla
 DAI - Università Cattolica
 del Sacro Cuore Policlinico
 "Agostino Gemelli" Roma

bibliografia

- AIRP, (1996) *"La radioprotezione nell'impiego medico in vivo di sostanze radioattive non sigillate"*. AIRP, Roma
- ANPA, (2000) *Livelli di riferimento per la esposizione interna dei lavoratori a sostanze radioattive*, ARP, Roma
- Campanella F, Isoardi P, Lembo L, Ropolo R, Rossetti V, Simone F. (2003) *Manuale operativo di radioprotezione nelle attività a scopo medico*
- Cauzzo M.C. Fabbris R. Riccardi L. (2003) *Rischi professionali, sorveglianza sanitaria, misure di sicurezza, legislazione e protocolli di lavoro negli operatori esposti a radiazioni ionizzanti. Intervento formativo di radioprotezione*. Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n 8 Regione Veneto
- DPR 13 febbraio 1964 *Sicurezza degli impianti e protezione sanitaria dei lavoratori e delle popolazioni contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti derivanti dall'impiego pacifico dell'energia nucleare*
- DLgs 19 settembre 1994 n 626. *Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE e 90/679/CEE riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro*
- Dlgs 17 marzo 1995 n 230 *Attuazione delle direttive Euratom 80/836, 84/467, 84/466, 89/618, 90/641 e 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti*
- DLgs 19 marzo 1996 n 242. *Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 19 settembre 1994 n 626 recante attuazione di direttive comunitarie riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro*
- Dlgs 26 maggio 2000 n 187 *Attuazione della direttiva 97/43 Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche*
- Dlgs 26 maggio 2000 n 241 *Attuazione della direttiva 96/29 Euratom in materia di protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti*
- Dlgs 9 maggio 2001 n 257 *Disposizioni integrative e correttive del DLgs 26 maggio 2000 n 241, recante attuazione della direttiva 96/29 Euratom in materia di protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti*
- Fierro D, Galli G, L'Abbate N, Leoni M, Pennaiola R, Righi E, Trenta G. (1998) *Radioprotezione dei lavoratori. Elementi di informazione e normativa per gli operatori sanitari*. Genova: omicron
- Gruppo di studio Normativa e Radioprotezione AIMN (1999) *"Proposta di linea guida per la omogeneizzazione delle norme interne di radioprotezione nei servizi di Medicina Nucleare"* Notiziario di Medicina Nucleare n 2
- Gruppo di Radiofarmacia AIMN (1998) *"Linee guida per la preparazione ed il controllo di qualità dei radiofarmaci"* AIMN
- Horn Orni R. (1996) *"Indirizzi per la emanazione di norme interne di radioprotezione nell'impiego di sostanze radioattive non sigillate"* C.N.R. Roma
- Haber J, LoBiondo-Wood G. (1997) *Metodologia della ricerca infermieristica*. Milano: McGraw-Hill
- ICRP Raccomandazioni 1990 della Commissione Internazionale per la Protezione Radiologica traduzione del volume ICRP Publication 60 (1991) *"1990 Recommendations of International Commission on Radiological Protection"* Annali of the ICRP. Volume 21 n 1-3
- ICRP Publication 85 (2001) *Avoidance of Radiation Injuries from Medical Interventional Procedures* Annali of the ICRP Volume 30/2
- www.iaea.org
- www.icrp.org
- www.unscear.org
- www.who.int
- www.evidencebasednursing.it
- www.ipasvi.it
- www.galileo2001.it
- www.vega.dfc.unif.it
- www.medlav.unimo.it
- www.ispesl.it

Il significato della clinica infermieristica: l'Ad-sistere

di Angela Basile

QUESTIONI DI SEMANTICA

Il termine clinica, deriva dalla lingua greca, Kline, letto.

Da cui klinikòs, "che guarda il letto, infermo";

E klinikè, termine femminile, che sottintende tecnè, "arte", usato successivamente per designare l'arte medica

Tali aggettivi greci, derivano dall'unico verbo greco klino, "piegare, appoggiare".

Ad-sistere, deriva dal latino, significa "andare verso".

Questo l'obiettivo andare verso...

La prospettiva con la quale si desidera trattare questa riflessione, è quella di aiutare nella comprensione, dell'importanza di un approccio umanistico nella clinica infermieristica.

Tutto ciò, poiché, l'assistenza è stata considerata per lungo tempo, sia un'arte che una scienza.

Tuttavia la priorità è stata data all'aspetto scientifico della professione, piuttosto che al suo valore di arte. L'assistenza infermieristica, non è semplicemente una tecnica, ma un processo che

coinvolge anima, mente ed immaginazione.

Una efficace assistenza trae la propria essenza da una immaginazione creativa, sensibilità di spirito e buon intuito.

Qualità, metafisiche....

L'uso dell'arte e le rappresentazioni del mondo "del prendersi cura", risaltano la

bellezza ed il dolore che circondano la tradizione dell'ad-sistere e che hanno accompagnato la condizione umana attraverso i secoli.

Del resto le cure infermieristiche, naturalmente esprimono la profonda etica umanitaria, indispensabile all'esercizio dell'assistenza.

Anche la parola *nursing*, ha origine nella cura che le madri hanno per i loro neonati.

Il termine deriva dal latino *nutrire*, così anche la parola *nurse*,

ha la stessa radice nel latino

nutrix, che significa *madre che allatta*.

Solo verso il XVII secolo, questa forma verbale, cominciò ad includere nel significato "una persona, di solito una donna che si prende cura degli infermi".

Si tratta di entrare in un mondo umana-

“L'assistenza agli infermi è un'arte; e se deve essere realizzata come un'arte, richiede una devozione totale ed una preparazione, come per qualunque opera di pittore e di scultore; con la differenza che non si ha a che fare con una tela, ma con un corpo – tempio dello spirito di Dio. E' una delle Belle Arti, anzi la più bella delle Belle Arti.”
Florence Nightingale

mente sommerso.

Si pensi solo alle opere di narrativa dedicate alla malattia, al malato e al mondo delle cure, come *La morte di Ivan Illich*, di Tolstoy, *Il tempo di un sospiro*, di Anne Philippe. *I fiammiferi svedesi*, di Sabatier.

È, dunque naturale che tutto l'interesse per la clinica, nasca dallo stupore, stupore per una professione di addetti alle cure, per la nostra posizione innanzi al malato, ai suoi familiari, agli altri operatori sanitari.

Stupore per la malattia, per il malato, molte volte *l'assente*, il *protagonista sconosciuto*, del nostro operare.

Si deve ritornare a vedere nel malato, *l'oggetto formale* delle scienze infermieristiche.

In questa prospettiva antropologica, l'uomo è da considerare non come una dualità corpo anima, ma come un'unità sostanziale, che si trova in situazione dialettica, in implicazione reciproca, con il mondo.

La clinica infermieristica deve trarre vantaggio da una simile concezione dell'uomo, dell'uomo malato, per non cadere in stereotipi assistenziali, spesso formali, ma privi di senso umano.

Il *malato* quale punto di partenza, sottintende che si dovrebbe accettare il fatto, che il malato è un nuovo modo di esistere e di vivere il cambiamento della realtà esistenziale, una nuova dimensione di essere al mondo e con il mondo. Gli operatori sanitari, debbono assumere il patrimonio culturale della propria umanità.

È questa la vera rivoluzione culturale, in una società come quella contemporanea, edonistica ed utilitarista, che trasmette cognizioni e pseudo valori, anche nel campo della vita e della salute.

L'assistenza e l'infermieristica in genere, hanno bisogno di cultura, di memoria, di identità.

Una cultura dell'umano, che non sia una

trasposizione cognitiva di elementi o contenuti effimeri, ma ribadendo il **principio etimologico del termine cultura**, derivante da "*colo*", coltivare.

Essa è degna, solo quando coltiva l'animo, quando alimenta e nutre le nostre radici umane.

Non andare oltre, l'apprendimento di un linguaggio tecnico e scientifico non fa cultura.

Essa serve, alla realizzazione di valori non trasuntenti.

L'assistenza, l'andare verso, implica una capacità di valutazione globale del reale.

Essa risponde ad una doppia esigenza: l'una di carattere etico e l'altra di ordine pro-

fessionale.

La clinica e l'assistenza infermieristica, è del tutto originale. È una scienza tanto prescrittiva quanto pratica, poiché essa non è una *teoresi* (*conoscere per conoscere*), né una *prassi* (un semplice fare od agire) ma una *poiesi*, ossia un saper cosa è bene fare o cosa non è bene fare, nei confronti del soggetto da assistere.

Ecco perché è, scienza etica e deontologica. Non può esimersi, per sua natura da questo.

Ricordo un bellissimo brano, tratto dalla carta degli operatori sanitari, che descrive la relazione infermiere, paziente come "*un incontro tra una fiducia ed una coscienza.*"

Necessaria, certo la competenza specifica e professionistica nel senso stretto, i fondamenti deontologici, per gli operatori sanitari.

Del resto l'essere dell'uomo, genera il dovere essere della persona; la sua vita morale concreta è sempre un intervento nel reale, mirante ad imprimere ad esso un significato "umano", che lo orienti verso il bene assoluto.

Del resto, tutta l'attività morale dell'uomo è illuminata dalla *recta ratio*, che rivela alla persona, non soltanto i principi morali, ma anche il significato etico dell'azione che si sta per compiere e delle circostanze che lo accompagnano.

Ancor più per le cure infermieristiche, è

“E' errore assai diffuso tra gli umani, quello di voler intraprendere, separatamente, la cura del corpo e quella dello spirito.”
Platone, 428-347 a.C



Gabriel Metsu,
Il bambino malato,
c. 1660. Dipinto su tela.
Rijksmuseum,
Amsterdam



**Jean Baptiste-
Simèon Chardin,**
L'infermiera scrupolosa,
1738
National Gallery, Washington.

necessaria questa relazione etica. In un dipinto su tela del 1902, di Mary Cassat, *La carezza*, viene espressa questa vicinanza assistenziale, compassionevole, di cure.

Che sia il ruolo infermieristico, del prendersi cura *sacro*, lo ritroviamo nell'antichità dove Jamieson e Sewall, nel 1950 scrissero:

"...si è inclini a pensare che le sacerdotesse abbiano assolto a molte delle funzioni ora riconosciute, come quelle delle infermiere. Poiché nel tempio, primo centro di attività e di pensiero della comunità, è stato anche il luogo, dal quale si sono diffuse l'educazione religiosa, la medicina e l'assistenza."

La stessa parola cura, deriva dal latino cura, ae.

Significa, pensiero accompagnato da affetto, che muove l'uomo a prevenire o togliere il male o a procacciare un bene.

Al termine cura, si associano altri termini: *diligenza, attenzione, zelo, vigilanza, sollecitudine, premura riguardo, delicatezza, impegno, studio, cautela, accuratezza, afflizione; e verbi quali, badare, procurare, provvedere, stimare, medicare.*

Motivo per cui non si può approcciare a questa professione senza una visione ontologicamente fondata.

Abbiamo negli anni, trattato dell'assistenza definendola un'arte.

Stewart, diceva- *"molti pensano all'arte e alla tecnica come ad una singola entità, ma un'opera può essere tecnicamente perfetta eppure ben lontana dall'essere un'opera d'arte"*.

Il valore etico-morale che è fondamentale del mondo umano, che diviene azione, conseguenza e circostanza, diviene quel *plus valore*, che rende un operatore un'artista della sua professione.

"L'essenza reale del nursing, come per

ogni altra delle Belle Arti, non sta nella esecuzione meccanica dei dettagli e neanche nell'abilità dell'esecutore, ma nella immaginazione creativa, nello spirito sensibile e nella intelligenza che stanno dietro a queste tecniche e a queste abilità.

Senza di essi, l'assistenza può diventare un mestiere altamente specializzato, ma non può essere una professione, né una bella arte.

Tutti i riti e le cerimonie che il culto moderno dell'efficienza.

L'assistenza ha l'alto valore di servizio alla vita. L'operatore deve vivere la fedeltà all'uomo, del cui valore la norma è garante.

L'attenzione a ciò, costituisce, per l'infermiere, una fonte di principi e

norme che ne illumina la coscienza e la orienta, specialmente nella complessità delle odierne possibilità, a scelte sempre rispettose della vita e della sua dignità.

È questo il vero esame di ammissione all'arte sanitaria, la pietra angolare, che sorregge l'edificio e lo costruisce sulla roccia.

L'Etica della comprensione

Lavorare con l'elemento sofferenza, dolore, morte, determina il vivere la propria professionalità, necessariamente con il proprio bagaglio valoriale.

In nessuna professione, l'etica della comprensione è così importante. L'etica della comprensione è un *modus vivendi*, che richiede di "comprendere in modo disinteressato.

Richiede un grande sforzo, perché non può aspettarsi reciprocità alcuna.

L'etica della comprensione richiede di comprendere l'incomprensione.

Si tratta di precedere...

Giuramento di Maimonide (1135-1204)

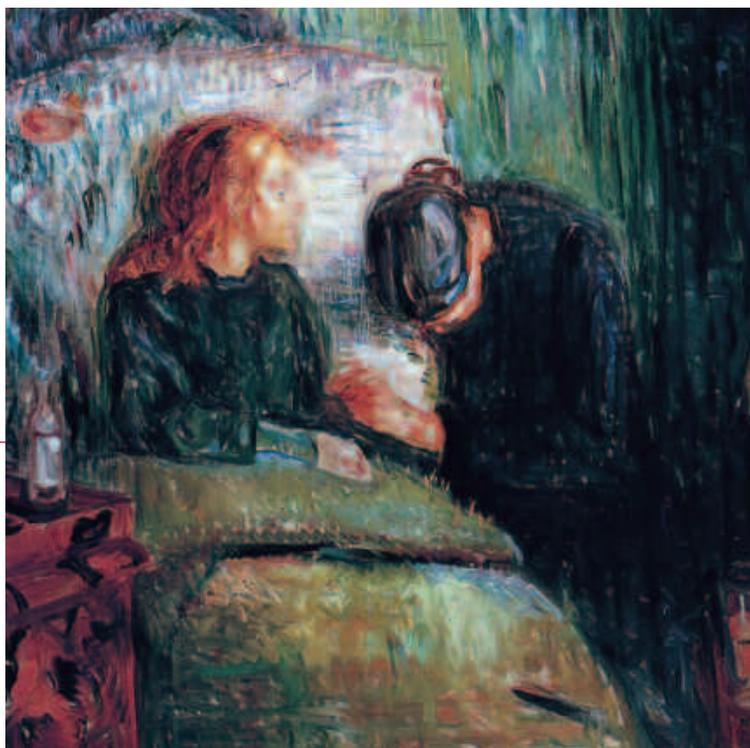
"La Tua eterna Provvidenza, mi ha chiamato a vegliare sulla vita e la salute delle Tue creature.

Possa l'amore per la mia professione, essere sempre di spinta ad operare bene.

"Può escogitare e tutte le nostre elaborate apparecchiature scientifiche non ci possono salvare, se gli elementi intellettuali e spirituali della nostra arte sono subordinati a quelli meccanici e se i mezzi sono considerati più importanti dei fini"

Isabel. Stewart, 1929

Eduard Munch,
Il bambino malato,
1096
Tate Gallery Londra



Romaine Brooks
La France Croisèe,
1914

Possa né avarizia, né grettezza, né sete di gloria o di fama impregnare la mia mente, poiché i nemici della verità e della voglia di far bene, mi potrebbero facilmente ingannare e farmi dimenticare lo scopo sublime di fare il bene alle Tue creature.

Che io non possa mai vedere nel paziente, se non un fratello dolorante.

Giuramento di Maimonide (1135-1204).

Dammi forza, tempo ed opportunità di correggere quello che so, di allargare sempre le mie conoscenze, perché il sapere è immenso e lo spirito dell'uomo, si può estendere all'infinito per arricchirsi ogni giorno di nuove conoscenze.

Oggi l'uomo, può scoprire i suoi errori di ieri e di domani, può vedere sotto una nuova luce quello che oggi pensa essere sicuro.

O Dio, Tu mi hai lasciato per vegliare sulla vita e sulla morte delle Tue creature, sono pronto per la mia professione e mi accingo ad attuarla!

AUTORE

Dr.ssa Angela Basile



Alfred Roll,
La nutrice
Musée des Beaux

Ricerca sulla gestione del dolore in ambito pediatrico. Da un'indagine conoscitiva all'attuazione del progetto "Ospedale senza Dolore"

di *Greco Mariagrazia, **Montanaro Mariaclara

PAROLE CHIAVE: GESTIONE DEL DOLORE – IDEE PRECONCETTE PROCESSO CLINICO DECISIONALE

PREMESSA

In un vecchio studio sul dolore nei bambini (McCaffey e Beebe, 1989), un allievo di scuola elementare completò la frase " *il dolore è.....* " con le seguenti parole: " *.....quando tu urli chiedendo aiuto e nessuno arriva* ". Riteniamo che questo pensiero rappresenti al meglio lo stato di disagio e di solitudine, prima ancora che di dolore, cui potrebbe andare incontro un essere umano, ed ancora più un bambino, che si trova ad affrontare una malattia con sintomatologia dolorosa.

"OSPEDALE/DOLORE" UN CONNUBIO DA SFATARE

Nonostante i progressi realizzati negli ultimi decenni nel campo della gestione del dolore in ambito pediatrico, il dolore, in molte realtà sanitarie, viene ancora sottostimato e trascurato.

Sembra prevalere una sorta di atteggiamento fatalistico, quasi come se il dolore, nel bambino ammalato, fosse parte integrante delle cure. In tale contesto, gli operatori sanitari tendono, talvolta, a considerare "abituale" le sofferenze che infliggono al paziente durante le manovre terapeutiche. Eppure, recenti evidenze scientifiche dimostrano che il dolore può essere controllato efficacemente nel 90% dei casi e che una percentuale rile-

vante di pazienti soffre di un dolore evitabile.

PROGETTO "VERSO UN OSPEDALE SENZA DOLORE"

Sono trascorsi diversi anni da quando, nel 1992, presso l'ospedale St-Luc di Montreal in Canada, fu avviato un progetto innovativo, finalizzato a modificare le attitudini e il comportamento dei professionisti sanitari e, al contempo, dei malati ricoverati (Besner, 1993). Questo progetto, denominato "verso un ospedale senza dolore", ha ricevuto l'appoggio ufficiale della divisione panamericana dell'OMS e, dopo esser stato condotto all'ospedale di Montreal, è stato esportato in altri Paesi. Attualmente è in corso di realizzazione in Francia, Svizzera, Belgio, Spagna, Stati Uniti,

Congo e in Italia, con la coordinazione dell'associazione internazionale "Ensemble contre la douleur". I principi di questa campagna internazionale sono i seguenti :

- Il dolore è un *problema trasversale* a tutte le specialità presenti negli ospedali.
- Occorre *dare sollievo* ad ogni tipo di dolore.
- È essenziale che alla campagna partecipi anche la cittadinanza.

LA NASCITA DEL PROGETTO IN ITALIA.

Nel settembre 2000, in Italia, il Ministero della Salute ha istituito una Commissione di studio "ospedale senza dolore" che ha elaborato un progetto specifico le cui linee-guida sono state approvate dalla Conferenza Stato - Regioni il 24 maggio e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale il 29 giugno 2001. Tali linee-guida, affidate alle Regioni perché fossero applicate, sono in perfetta sintonia con i principi della campagna internazionale. Da allora, rapidamente, la cultura del diritto a non *soffrire inutilmente* si sta affermando nel nostro Paese, dove si assiste al nascere e allo svilupparsi di esperienze d'avanguardia nei settori della terapia del dolore e delle cure palliative in molte strutture sanitarie.

LA NASCITA DEL PROGETTO PRESSO L'AO SANTOBONO-PAUSILIPON DI NAPOLI

La regione Campania, nell'applicazione progettuale per la gestione del dolore, non vanta nessun tipo di primato e vede, ad oggi, solo pochi esempi di progetti realizzati in Ospedali Generali ed una quasi assoluta assenza in quelli Pediatrici. Da questa evidente carenza organizzativa è scaturita la necessità di mettere in pratica, presso l'AO Pediatrica Santobono-Pausilipon di Napoli, un progetto specifico sulle tematiche del dolore che ci collocasse in linea con altre realtà pediatriche nazionali. Il progetto, iniziato a Marzo del 2005, verrà considerato a regime nel mese di Marzo del 2008 per ritenersi concluso solo a raggiungimento degli obiettivi prefissati. Lo studio è iniziato con la somministrazione di due questionari: il primo rivolto esclusivamente agli operatori sanitari. Il secondo costituito da due parti e rivolto, in momenti successivi, al paziente e all'operatore.

MATERIALI

La fase I dello studio si è svolta in un periodo di due mesi.

1° Questionario "Atteggiamenti e conoscenze riguardanti il dolore"

E' composto da ventuno affermazioni tratte da questionari validati (Lebovits, 1992). L'indagine condotta ha avuto come obiettivo la rilevazione dei valori, convinzioni e conoscenze degli operatori sanitari nei confronti del dolore.

CAMPIONE E IMPOSTAZIONE

Scelta del Campione:

Si è utilizzato un campionamento casuale semplice. Per poter realizzare tale piano di campionamento abbiamo avuto a disposizione l'intera lista della popolazione composta da 300 medici e 500 infermieri, quindi in totale 800 unità (N); abbiamo quindi associato ad ogni unità della lista un numero ed estratto casualmente n numeri fra gli N totali. Secondo lo studio pilota del Lebovits, condotta sulla comunità medica internazionale, che dà come valore il 56% quale variabilità del fenomeno, otteniamo un'ampiezza campionaria (n) di 257 unità corretta per popolazioni finite.

Metodologia:

Il questionario è stato consegnato al personale medico e infermieristico, estratto dalla lista, a cura dei Caposala delle varie Unità Operative con la richiesta di compilarlo.

Analisi statistica:

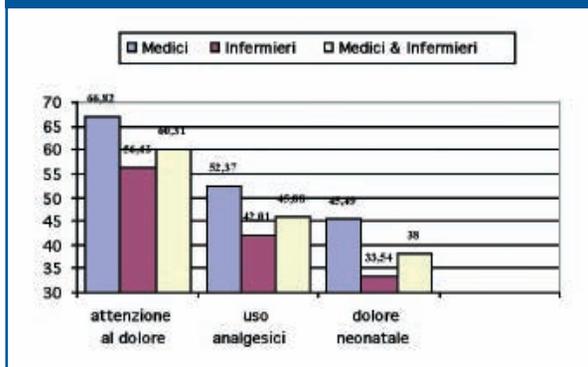
I dati raccolti sono stati elaborati dal servizio statistico dell'Azienda.

Risultati:

Il totale degli operatori che ha compilato il questionario è stato di 257 di cui 96 medici e 161 infermieri impegnati nell'assistenza diretta di malati. La percentuale complessiva di risposte corrette (cioè conformi alla teoria ed alla prassi del trattamento del dolore riconosciute dagli esperti e dagli organismi internazionali) è stata del 49,56%.

La percentuale di risposte corrette per condizione professionale è stata la seguente: 56,20% per i medici e di 45,61% per gli infermieri (Fig. 1).

Fig. 1



Conclusioni:

Questionario su "Atteggiamenti e conoscenze riguardo al dolore"

La percentuale complessiva di concordanze, con i criteri riconosciuti dalla comunità medica internazionale, delle risposte alle domande formulate nel questionario somministrato è stata, nel nostro studio, del 49,56% Lo studio pilota del Lebovits, condotta sulla comunità medica internazionale ha dato come valore il 56% (Lebovits, 1977) (Fig. 2).

Fig.2

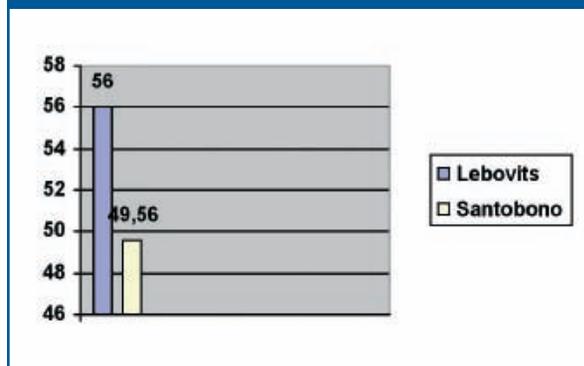
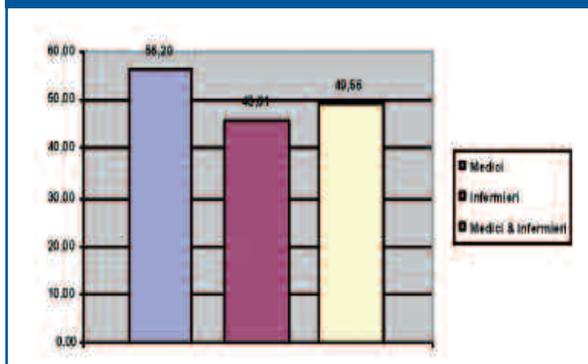


Fig. 1



E' un dato piuttosto sconcertante. Nello specifico è indice di ben definita carenza riguardo agli argomenti specifici, di particolare importanza clinica, quello relativo all'impiego di analgesici. Inoltre, se l'attenzione al dolore in generale si può considerare appena soddisfacente, l'attenzione al dolore neonatale è da considerare del tutto scarsa.(Fig 3)

La fase II dello studio è stata realizzata attraverso la somministrazione di un questionario su "Prevalenza e perce-

zione del dolore". E' costituito da due parti fisicamente separate, la prima delle quali è stata compilata dall'infermiere di reparto sulla base della cartella clinica e osservando il paziente. Inoltre sono state raccolte informazioni sull'eventuale utilizzo e modalità di somministrazione di analgesici durante il ricovero. Inoltre, mediante una scala analogico-numerica (Smith, 1997) l'infermiere ha quantificato l'intensità del dolore a suo parere percepito dal paziente al mo-

mento della rilevazione. La scala analogico-numerica (NAS) era graduata da 0 (nessun dolore) a 10 (massimo dolore immaginabile). La seconda parte del questionario compilata dal paziente, era costituita da due scale analogico-numeriche (identiche a quella contenuta nella prima parte) riguardanti il dolore del paziente. La seconda parte è stata proposta al paziente entro pochi minuti dalla compilazione della prima.

Il campione:

Settanta pazienti ricoverati nelle varie UUOO di età compresa fra i sei e i sedici anni, e per i quali i genitori avessero dato il consenso per la compilazione del questionario proposto. Il campione è rappresentato da 63% di maschi e dal 37% di femmine.(Fig.3, 4)

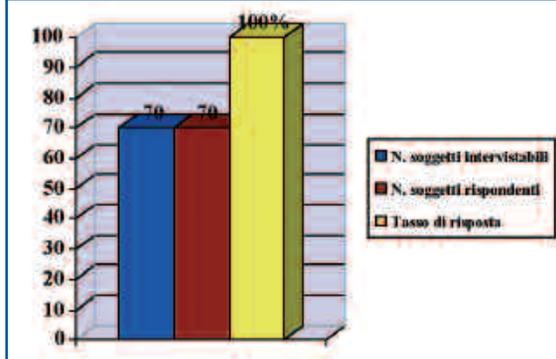
Analisi statistica:

I dati raccolti sono stati elaborati dal servizio statistico della Azienda.

Risultati

La percentuale di risposte dei questionari

Fig.3



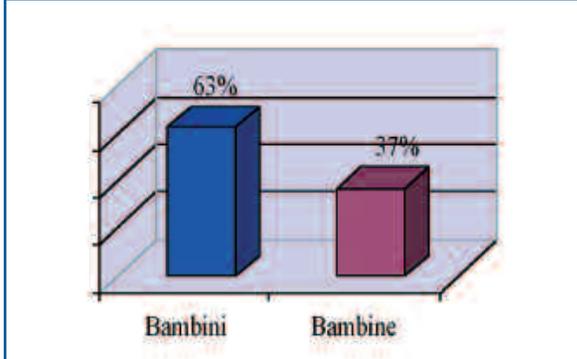
è stata del 100%.

L'età media del campione era di circa 8 anni con una percentuale lievemente superiore per il sesso femminile

Al momento della rilevazione la percentuale dei pazienti che presentava dolore era del 61% (Fig. 5).

Le Fig. 6a e 6b specificano l'intensità del dolore percepito dal paziente e quello rilevato dall'operatore.

Fig.4



Altro dato rilevato è che il 70 % dei soggetti aveva assunto antalgici nelle ultime 24 ore (Fig. 7).rappresentati per il 23% da Fans e l'6% da oppioidi. e il 71%da analgesici

CONCLUSIONI

il 61% dei pazienti ospedalizzati lamenta dolore; il 28% accusa dolore da più di 24

Fig.5

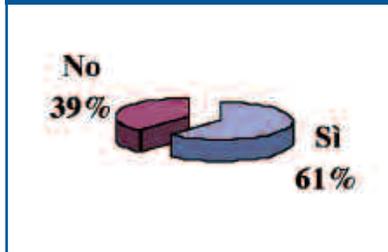


Fig.6a

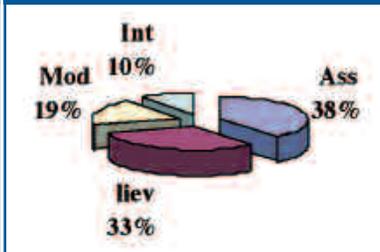
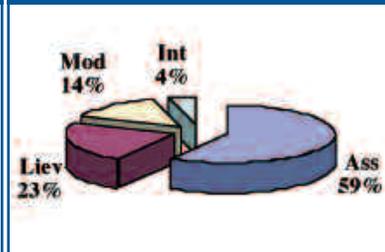


Fig.6b



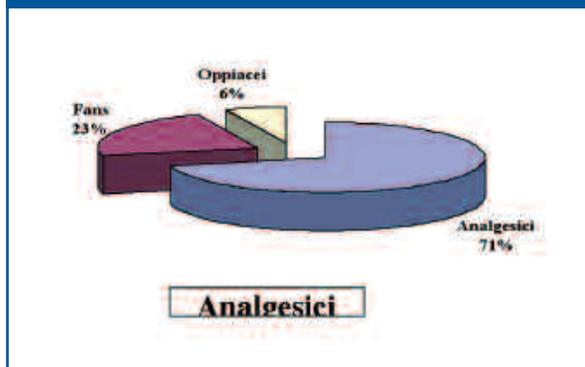
La Tab.1 riporta la concordanza nella valutazione dell'intensità del dolore tra paziente e operatore sanitario al momento della rilevazione. Il grado di concordanza espresso tramite la statistica K di Cohen è piuttosto scarso, pari allo 0,371 che denota una notevole differenza nella valutazione del dolore da parte del paziente e dell'operatore sanitario. Infatti il dolore del paziente viene sottostimato.

ore e di questi il 29% presenta un dolore tra moderato ed intenso; dei pazienti dolorosi il 30% non riceve alcun tipo di trattamento, mentre il restante 70% è trattato principalmente con farmaci analgesici somministrati prevalentemente al bisogno. La capacità degli operatori sanitari di riconoscere il dolore percepito dal paziente si è rilevata insufficiente.

Tab.1

Dolore percepito dal paziente	Dolore riconosciuto dall'operatore sanitario				
	Assente	Lieve	Medio	Intenso	
Assente	27	0	0	0	27
Lieve	11	12	0	0	23
Moderato	3	4	6	0	13
Intenso	0	0	4	3	7
	41	16	10	3	70

Fig.7



È possibile affermare, pertanto, che nel nostro ospedale, pur esistendo elevata la percentuale di pazienti con sintomatologia dolorosa, il problema *dolore* è sottostimato e, in certi casi, *ignorato*.

FASE DI AVANZAMENTO

La realizzazione del progetto "Ospedale senza dolore" ha richiesto uno sforzo educativo del personale sanitario con un forte impegno formativo dell'azienda. L'iniziativa basilare, come previsto dalle linee guida internazionali, è stata la creazione di un Comitato Ospedale Senza Dolore (CODS).

Il CODS ha previsto, nel suo organismo, la presenza del personale infermieristico per almeno un terzo dei membri, oltre al farmacista, medici, anestesisti e ad organizzazioni non profit, in particolare le organizzazioni del volontariato, operanti nel settore.

Al CODS è stato attribuito il compito di:

promuovere l'educazione continua del personale sui principi di trattamento, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore.

Creare un osservatorio specifico del dolore nella struttura sanitaria

Monitorare i livelli di applicazione delle linee guida e la valutazione di efficacia.

Promuovere l'elaborazione e la distribuzione di materiale informativo ai cittadini relativo alla cura del dolore.

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DI OBIETTIVI INTERMEDI

L'iter operativo del CODS aziendale ha

previsto:

La Formazione: l'attività di formazione del personale è stata rivolta agli operatori a seconda del bisogno formativo presente nelle varie aree ospedaliere (medica, chirurgica, oncologica, neonatale). La formazione ha avuto carattere multidisciplinare e interdisciplinare coinvolgendo contestualmente tutto il personale coinvolto nei processi assistenziali.

Il Monitoraggio: è stato previsto che nella cartella clinica del paziente fossero riportate le caratteristiche del dolore e la sua evoluzione durante il ricovero. La rilevazione costante del dolore sarà considerata, dal paziente e dagli operatori, il V° parametro vitale. Ciò permetterebbe misurazioni più accurate rendendo il dolore un problema visibile (ASP Qualità of Care Committee 1995)

La disponibilità degli *strumenti idonei:* il CODS ha valutato quali strumenti fossero più idonei per le diverse realtà (es. malato oncologico, neonatale, chirurgico) e ne ha promosso la messa a disposizione del personale di cura.

L'informazione mediante la preparazione di materiale informativo verrà costantemente distribuito ai pazienti, quando l'età del piccolo lo consente, o ai loro genitori.

I processi applicativi, ossia *protocolli di trattamento* con riferimento alla scala analgesica dell'OMS, per analizzare tutti i livelli di sofferenza

Tempi	% Pazienti	Dipartimenti
2005/2006	30%	Chirurgia
2006/2007	70%	Oncologia/Neonatalogia
2007/2008	100%	Pediatria

OBIETTIVO FINALE

Nel prossimo triennio (2005/2008) il Progetto Ospedale Senza Dolore prevedrà l'utilizzo, in tutti i Dipartimenti dell'Azienda, di un sistema di misurazione del dolore specifico per area

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Verrà periodicamente valutata la prevalenza del dolore in ospedale, il grado di

soddisfazione dei pazienti/famiglia, il livello di preparazione del personale, la valutazione del consumo di analgesici. Altre misure di outcome potranno essere stabilite secondo le caratteristiche dei malati afferenti alle diverse unità operative

CONCLUSIONI

Anche presso l'AO Pediatrica Santobono-Pausilipon, così come avviene in altre realtà sanitarie, la *lotta al dolore* sarà tanto più efficace quanto più presente nel processo di promozione della salute, tanto da costituire un obiettivo strategico della Direzione Aziendale, in grado di qualificare la struttura sanitaria stessa.

La Sanità, non solo quella Campana, pressata tra la domanda di miglioramento della qualità delle cure e necessità economica di ottimizzazione e risparmio, richiede una razionalizzazione degli interventi con dimostrazione di efficacia degli stessi, e una garanzia di continuità assistenziale tra Ospedale e territorio. Il progetto Ospedale Senza Dolore potrà rispondere a questi re-

quisiti sia dal punto di vista etico, per una medicina più umana, sia assistenziale, favorendo competenze specifiche, garante di nuove e moderne offerte di cure che, intraprese in ospedale saranno assicurate anche presso il domicilio del piccolo paziente.

In conclusione, consentiteci di far nostre le parole della dott.ssa Eland per dire a quel bambino ed a tutti i nostri bambini colpiti dall'esperienza del dolore, che "*...stiamo arrivando, troppo lentamente, forse, ma stiamo sulla giusta strada*".

AUTORI

* Greco Mariagrazia

** Montanaro Mariaclara

* DAI – Coordinatrice degli Insegnamenti tecnico-pratici e di tirocinio Corso di Laurea per Infermiere Pediatrico – Polo Didattico Santobono/Pausilipon – Università degli Studi di Napoli "Federico II"

** DAI- Collaboratore Professionale Infermiere Pediatrico Coordinatore - ASL 40 di Napoli Presidio ospedaliero Santobono - Ufficio Infermieristico

bibliografia

AA.VV.: *Linee Guida di Pratica Clinica*, a cura del U. S. Department of Health and Human Services; Public Health Service; Agency for Health Care Policy and Research, 1998.

K.J.S. ANAND: "Neonatal stress response to Anestesia and surgery", *Clin Perinatal* 1990, 17: 207-214.

M. ANGELI: "The quality of mercy", *N Engl J Med* 1982, 306: 98-99.

C. BERTELLI ET AL.: *Storia dell'Arte Italiana*; Electa Bruno Mondadori Ed., Milano 1990.

G. DE BENEDITTIS: *Introduzione allo studio e alla terapia del dolore*, Libreria Scientifica Già Ghedini, Milano 1978.

M. DE LUCCHI, V. VECCHI: *Concetti di Statistica ed Informatica*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 1991.

S. FERRI: *Il controllo del dolore*, Il Pensiero Scientifico Editore.

P.B. LANTIERI ET AL.: *Statistica Medica ed Elementi d'Informatica*, McGraw-Hill Ed., Milano 1994.

Organizzazione dei servizi sanitari e possibilità d'espressione etica della professionalità infermieristica

di Laura Sabatino

Il contesto nel quale l'infermiere si trova ad agire non è neutrale [Sala,2003]; esistono vincoli strutturali e organizzativi, che pongono l'infermiere nella condizione di non poter esprimere pienamente le proprie funzioni. È convinzione diffusa, che *la governance sia una forma di partnership tra la pubblica amministrazione e i soggetti sociali intesi come cittadini, finalizzata alla co-produzione delle politiche sociali*. L'importanza della partecipazione attiva del cittadino per l'innovazione dei servizi sanitari, deve essere supportata da una gestione delle istituzioni che punti allo "Sviluppo Organizzativo Quality-Oriented", nel quale l'elemento portante è una *tecnostuttura diffusa interna all'organizzazione, in grado di connettere sapere organizzativo e sapere tecnico, in una logica di qualità* [Girelli, 2002].

La cultura espressa dai singoli professionisti, stimola fortemente i cittadini alla partecipazione ma puntare solo sulla competenza professionale per trasformare gli attuali sistemi organizzativi non è sufficiente; *occorre come elemento prioritario, innovare i contesti (predisponendo un humus di condizioni facilitanti e determinanti), e non soltanto pensare ad acculturare e formare le singole persone*².

L'influenza dei fattori organizzativi, infatti, così come quella della cultura delle professioni che in esse si esprimono, rappresenta un elemento che incide fortemente sulla qualità del servizio fornito; a loro volta, le organizzazioni sanitarie e coloro che ne permettono il funzionamento, essendo parte integrante di un sistema sociosanitario interconnesso e interdipendente, vengono influenzate dalle politiche locali e

internazionali che veicolano il pensiero prevalente.

Il sistema sociale in Occidente, si è distinto per lo sviluppo del cosiddetto Welfare state³, un sistema di sicurezze sociali che ha iniziato a prendere forma intorno alla fine degli anni 40, il quale ha poi coinvolto anche il sistema sanitario, che in Italia ha vissuto una prima iniziale trasformazione con la Legge 833 del 1978; ad essa sono seguite diverse riforme e piani sanitari che hanno cercato di rispettare il *principio di giustizia* nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, traducibile con il *principio di equità* che nella sua attuazione rispetta il concetto di solidarietà. Nel tempo, tuttavia, è risultato sempre più complesso riuscire a tradurre nella pratica queste linee di principio.

Il Servizio Sanitario Nazionale a carattere esclusivamente pubblico, infatti, è entrato in crisi verso la metà degli anni 80 in seguito alle recessioni economiche ripetute e alle crisi dei paesi più poveri sopraffatti dal debito verso i paesi più ricchi, di conseguenza, sebbene i diritti fondamentali dei cittadini, siano rimasti valori fondamentali, se non altro perché sanciti dalla nostra Costituzione, è stato introdotto in ambito sanitario il concetto di aziendalizzazione, che possiamo far risalire al D.lg.vo 502 del 1992, il quale consiste, in estrema sintesi, nell'introduzione di logiche manageriali, a carattere privatistico, nelle istituzioni pubbliche al fine di controllare i costi.

Tale intervento legislativo è stato necessario, tra l'altro, per tentare di garantire l'accesso alle cure a tutti, anche e soprat-

tutto alle fasce di popolazione più deboli. Sulla base di tale normativa, delle sue successive modifiche e delle nuove disposizioni, lo Stato ha assunto un ruolo di fornitore oculato dei fondi pubblici per tamponare e prevenire emorragie, altrimenti disastrose, dovute a sprechi ingiustificati delle risorse comuni: il cittadino è stato chiamato a partecipare maggiormente alla spesa sanitaria ma anche nelle stesse strutture sanitarie, da allora in poi chiamate aziende, sono state introdotte logiche organizzative e manageriali tipiche delle aziende private, dove l'efficienza e la quadratura dei conti economici si sono configurate come strategie atte alla razionalizzazione delle spese e alla sopravvivenza dell'azienda stessa.

L'aspetto economico, quindi, è diventato l'aspetto centrale di tutte le politiche sanitarie, che devono cercare di coniugarlo con il concetto di equità e di salute, il quale *assume una valenza etica in quanto correlato a valori quali la responsabilità, la giustizia sociale, la solidarietà*⁴.

Le varie professioni sono state coinvolte in questa trasformazione e hanno dovuto integrarsi con tali cambiamenti, non solo modificando i propri modelli organizzativi e assistenziali ma cercando di acquisire sempre più competenze, per gestire il cambiamento dall'interno, per non farsi sopraffare dall'autorità di altre professioni e dalla concorrenza di altre istituzioni sanitarie pubbliche e private, ma soprattutto per continuare a garantire un'assistenza rispondente ai bisogni della persona.

È iniziata, dunque, la corsa verso l'ottimizzazione dei servizi, per non rimanere esclusi dal mercato e sono entrati nel lessico comune i termini efficacia, efficienza, appropriatezza, sicurezza delle prestazioni, accreditamento (processo di valutazione della qualità del servizio erogato, sulla base del quale vengono stabiliti degli standard e dei criteri strutturali, tecnologici e di processo che devono essere rispettati dalle aziende ospedaliere e dai servizi vari se vogliono essere riconosciuti come validi istituti di cura da enti deputati a questo).

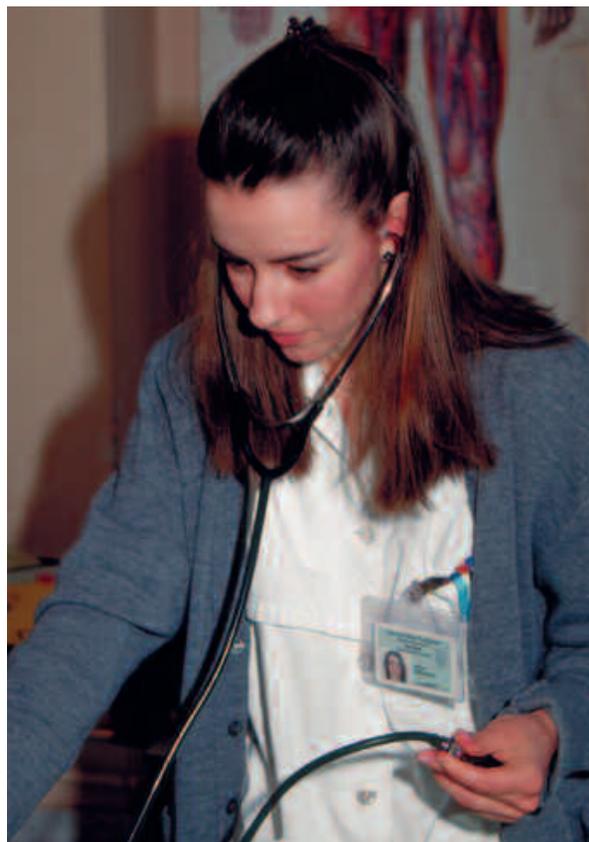
La qualità del servizio erogato e la soddisfazione vissuta dalle persone che fruiscono delle prestazioni, ha rappresentato e in maniera esponenziale rappresenterà, l'elemento discriminante sulla base del quale valutare la forza e la necessità dell'e-

sistenza di un'azienda, ma anche la professionalità degli infermieri e degli altri operatori sanitari ed amministrativi che in essa lavorano.

Uno dei concetti che da qualche tempo, si accompagna al cambiamento del sistema sanitario italiano, anche se dal punto di vista pratico, ancora in maniera molto soft, è quello di *governance*, per le possibili applicazioni che potrebbe avere nel nostro contesto e per gli sperabili risultati che potrebbero essere perseguiti.

I pilastri e gli elementi su cui si poggia e si sviluppa questo concetto, mutuato dalla cultura imprenditoriale anglosassone e trasferito dal governo Blair in ambito sanitario, tanto che si parla di *Clinical Governance*, chiamano in causa la responsabilizzazione e il coinvolgimento di tutto il sistema organizzativo, a vari livelli.

L'attenzione non è rivolta solo alla formazione continua dei professionisti che lavorano nelle strutture, elemento che da solo non riesce a cambiare il sistema, ma è orientata al controllo e al miglioramento dei processi assistenziali dove tutti gli attori entrano in gioco, inclusi i cittadini che hanno la possibilità di esprimere la propria opinione rispetto all'assistenza percepita e



vissuta.

Il monitoraggio dei percorsi che la persona compie all'interno dell'azienda, la valutazione dei risultati raggiunti, la collaborazione interprofessionale, vengono supportati dall'utilizzo strutturale di audit, linee guida, procedure, protocolli, check list, gestione del rischio clinico, utilizzo dei reclami, controlli condivisi, miglioramento della qualità tecnica dell'assistenza, il tutto in un divenire continuo e dinamico che dimostra l'impegno sia dei professionisti che lavorano in front line, sia dei manager delle risorse economiche, per contribuire a cambiare una mentalità e non semplicemente un comportamento.

L'approccio della re-ingegnerizzazione (reengineering) dei processi organizzativi e dell'utilizzo dei profili di assistenza sta cambiando le dinamiche relazionali, per proiettare l'organizzazione verso un *governo policentrico* del sistema sanitario, nel quale le decisioni derivino dalla concertazione di soluzioni suggerite dal potere politico, da quello amministrativo e da quello dei professionisti, affinché ne risulti una condotta umana, nel campo della salute, che rispetti i valori e i principi morali che la società si è data, tenendo conto delle risorse economiche a disposizione.

La gestione della spesa pubblica, ha spinto a cambiare sia il modo di erogare assistenza, si pensi per esempio all'esplosione dei Day Hospital, sia le scelte di micro allocazione delle risorse che gli operatori sanitari sono tenuti a fare nei confronti dei cittadini che giungono al servizio sanitario. Lo Stato, il quale si interessa delle macro allocazioni, ha inserito il criterio dei DRG (Diagnosis Related Groups o Raggruppamenti Omogenei per Diagnosi) in ambito sanitario e ha iniziato a rimborsare le Regioni, le quali a loro volta pagano le strutture ospedaliere accreditate, sulla base delle patologie trattate e non più sul criterio "a piè di lista" cioè considerando semplicemente in numero di persone assistite. Il punto di criticità è che i rimborsi previsti non sempre riescono a coprire le spese affrontate, con la possibile conseguenza, paventata da molti, della discriminazione verso i cittadini, i quali potrebbero essere ricoverati in ospedale solo se portatori di alcune patologie e non di altre (questo perché i margini di spesa di una patologia, nella realtà, possono essere più

ampi di quelli previsti dai DRG), oppure potrebbero essere dimessi precocemente, ai limiti della sicurezza.

Dove le spese affrontate dalle strutture sono superiori a quelle previste dai DRG, la struttura e quindi il professionista, paga di tasca propria.

Tale situazione se da una parte ha determinato una maggiore responsabilizzazione degli operatori sanitari nei confronti delle risorse pubbliche, dall'altra ha creato un diffuso timore di non riuscire a gestire il cambiamento e una forte tendenza al risparmio indifferenziato, in quanto molti professionisti non sono stati preparati culturalmente ad affrontare una simile trasformazione.

Da quanto esposto si evince che il cambiamento è stato epocale ed è soggetto a continue revisioni: i professionisti hanno visto mutare nel tempo anche il loro ruolo e in parte si è ridotto il loro potere; dove esiste una verifica e una valutazione di quanto realizzato dal professionista, infatti, sebbene l'attenzione sia rivolta ai risultati e non direttamente alla conoscenza o alla competenza, ci può essere il rischio di un ridimensionamento dell'autorità professionale che può essere vissuto tanto più male quanto più ci si sente padroni della verità assoluta. Tale presunzione ha creato meccanismi di resistenza nei confronti della valutazione del proprio lavoro, determinando chiusure al confronto.

L'approccio economico ai problemi della salute e dell'assistenza sanitaria, è stato un aggancio, da parte dei più restii alla valutazione, per dichiarare l'immoralità dei servizi sanitari ormai travolti dal rispetto ossessivo del principio dell'economia con tutti i mezzi.

In realtà ciò è vero solo dove l'obiettivo non è più la tutela della salute e la cura, ma viene sostituito dal contenimento della spesa; dove accade il contrario, cioè dove si riesce a fornire una cura ed un'assistenza appropriata, sicura e rispettosa della persona, distribuendo in modo idoneo le spese, la struttura sanitaria si presenta matura e consapevole di quanto possa arricchirsi ogni professionalità con l'analisi dei propri processi e dei risultati.

Il concetto di etica e management sanitario apparentemente sembrano non conciliarsi; di fronte alla malattia nessuna restrizione economica viene accettata perché ognuno

farebbe il possibile pur di guarire o di alleviare le proprie sofferenze o quelle delle persone care.

L'idea che l'accesso alle cure e la qualità delle stesse possa essere condizionato dalle possibilità economiche di cui la persona dispone, è un evento ancora meno condiviso da una società civile che vede nel rispetto e nello sviluppo dei diritti fondamentali dell'essere umano la propria ragione organizzativa.

Eppure questi due concetti possono convivere perché partiamo dall'assunto che investire bene il denaro pubblico significa rispettare i valori etici che la collettività si è data.

Il concetto di equità, cioè la possibilità che ognuno deve avere di accedere alle cure necessarie e ottimali, per raggiungere il più elevato livello di salute possibile, è un principio etico che ha caratterizzato il nostro sistema sanitario. Da molto tempo esso è strettamente legato al principio di giustizia e di solidarietà nei confronti dei soggetti più deboli; questi valori danno senso al nostro "essere nel mondo" perché favoriscono la convivenza civile e stimolano il passaggio da un'etica assistenzialistica, ad un'etica pro-attiva, la quale induce alla partecipazione consapevole e fattiva dei soggetti a cui si rivolge, aiutando le persone a far rispettare i propri diritti ma anche ad esercitare i propri sani doveri.

Abbiamo detto che le leggi emanate dallo Stato, hanno sempre esaltato la centralità della persona e il rispetto dei suoi diritti, ma nella realtà quotidiana dei servizi sanitari, risulta difficile l'applicazione pratica. I tempi di attuazione dei circoli di qualità sono piuttosto lenti e la correzione nel finanziamento del sistema sanitario, non sembra che favorisca il rispetto di tali principi.

Le questioni da risolvere

non sono poche, il criterio della bioetica personalista non sembra prevalere, la possibilità di pagare privatamente il servizio da parte dell'utente consente accessi preferenziali a coloro che possono permetterselo, c'è il rischio che il bene della collettività neghi la cura del singolo individuo, distribuire risorse a tutti, in maniera uguale, paradossalmente, crea discriminazioni perché c'è chi ha più bisogno e chi meno.

L'ospedale, inoltre, nonostante le grosse spese che determina, rimane ancora la modalità più utilizzata per erogare servizi, sia nelle fasi acute della patologia, sia in quelle croniche; la promozione della salute è una risorsa che non viene sfruttata adeguatamente e l'assistenza domiciliare non viene diffusa capillarmente, sebbene le spese impiegate nell'assistenza, sarebbero nettamente inferiori e spendibili per ulteriori servizi.



Insomma, molte cose potrebbero andare meglio, soprattutto è chiaro che interessi di varia natura sottostanno a questi fenomeni, se fosse necessaria solo la buona volontà dei professionisti e degli uomini comuni, probabilmente molte cose già sarebbero realtà.

Il progresso della medicina, le applicazioni della biotecnologia, la necessità di effettuare sperimentazioni in modo continuo, quasi a voler sconfiggere l'immortalità dell'uomo, il desiderio di eliminare totalmente le malattie, sembrano scopi da perseguire ormai ad ogni costo e ingenti somme di denaro vengono dirottate verso queste aree d'intervento.

L'intento non è quello di dare soluzioni; la *medicina sostenibile*⁷, però, è una proposta molto concreta.

L'idea di dominare la natura, il proporsi orizzonti illimitati (compreso quello di evitare la morte) e il manifestare un aggressivo espansionismo sociale cioè una tendenza invasiva in ogni aspetto della vita, sono fenomeni che caratterizzano le azioni di molti che esercitano la medicina occidentale.

Una medicina sostenibile invece va ricercata in due direzioni, una è quella della prevenzione, della promozione della salute e della preminenza della sanità pubblica per ridurre i problemi sociali e ambientali che contribuiscono a causare infermità, malattie e morte prematura, l'altra è la responsabilità personale nei confronti della propria salute. Gli individui sono chiamati a prendersi cura di se stessi e la società ha l'obbligo forte di cambiare le istituzioni economiche e sociali che generano o incoraggiano abitudini sanitarie poco felici.

Rendersi conto che la tecnologia farà aumentare i costi, valutare attentamente l'efficacia degli interventi sanitari, incentivare tecnologie compatibili, incrementare gli investimenti per la medicina basata sulle prove di efficacia, orientare la ricerca verso la salute della popolazione, rappresentano elementi necessari per cambiare in positivo il comportamento della società. La riduzione delle aspirazioni degli individui verso l'immortalità e la sanità a tutti i costi, inoltre, è un altro fattore da sviluppare, anche perché già oggi, nei paesi sviluppati, ogni persona in buona salute ha un'aspettativa di vita che permette di raggiungere molte finalità umane ragionevoli.

L'Italia come molti altri paesi, deve affrontare una serie di questioni: il progressivo invecchiamento della popolazione, l'introduzione di tecnologie sempre nuove e solitamente molto dispendiose, che contrastano con la necessità del risparmio, e una forte espansione nella domanda dei servizi; a questo si associa la resistenza ad accettare un appesantimento della pressione fiscale.

Probabilmente controllare la tecnologia e rallentare la corsa al progresso e all'innovazione, per dare spazio alla sanità pubblica, sono strategie sulle quali riflettere.

L'allocazione delle risorse in sanità, allora, quando c'è una sensibilità etica, richiede uno spostamento delle stesse verso obiettivi più giusti da perseguire, cioè lotta alla fame, lotta per l'approvvigionamento di acqua potabile alle persone che vivono nei paesi più poveri, lotta al disadattamento giovanile, lotta per la salubrità dell'ambiente di vita e di lavoro. Certo, questa non è responsabilità esclusiva del settore sanitario ma i paesi più civili e più sani, forse, limitando le risorse per lo sviluppo esasperato delle biotecnologie e i progressi della medicina, potrebbero sanare i debiti dei paesi più poveri e aiutarli ad emergere dal fango nel quale si trovano.

In questo momento storico, tra l'altro, segnato da conflitti politici e religiosi, ciò che più serve, è proprio una medicina che possa dare maggiore senso alla vita, in ogni sua fase, la quale andrebbe considerata come una grande opportunità, per tutti, anche nel rispetto del principio di responsabilità⁸, che ci ricorda l'impegno, doveroso, anche nei confronti delle generazioni future, per le quali conservare e lasciare un mondo che sia vivibile.

AUTORE

Dr.ssa Laura Sabatino

Note

1. Giarelli G., *Introduzione*, in "Salute e Società" *Dopo l'aziendalizzazione. Nuove strategie di governance in sanità*, FrancoAngeli Anno I – 1/2002.
2. Di Stanislao F., Gardini A., Noto G., *Governare la complessità dei sistemi sanitari per un Welfare di comunità*, in "Società e Salute", FrancoAngeli Anno I – 1/2002.
3. Per comprendere le connessioni tra l'organizzazione del sistema sanitario e gli aspetti etici esiste una vasta letteratura; oltre ai libri riportati in bibliografia, si vedano, per una lettura rapida ma significativa, gli articoli di Bompiani A., *Economia ed etica nello sviluppo del Sistema sanitario italiano* in "Medicina e Morale", U.C.S.C. Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Roma 1996 n. 5, p. 923 – 934 e Sacchini D., Minatori R., Spagnolo A.G., *Il management nell'assistenza sanitaria: è necessario adottare una nuova etica?* in "Medicina e Morale", U.C.S.C. Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Roma 1999 n. 2, p. 406 – 410.
4. Calvaruso C., *Presentazione*, in *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Cipolla C. (a cura di), FrancoAngeli, Milano, 2002.
5. Artico G., *La professionalità dell'infermiere: verso lo sviluppo di competenze avanzate*, in *La professionalità del care infermieristico. Risultati della prima indagine nazionale*, Cipolla C., Artioli G. (a cura di), FrancoAngeli, Milano, 2003.
6. Simoni S., *Salute e culture organizzative*, in *Sociologia della salute*, Bucchi M., Neresini F. (a cura di), Carocci, Roma, 2003.
7. Callahan D., *La medicina impossibile, le utopie e gli errori della medicina moderna*, Baldini & Castaldi, Milano, 2000.
8. Jonas H., *Tecnica, medicina ed etica*, Einaudi, Torino, 1997.

bibliografia

- Avallone F. Gemelli M. G. *Lavorare in ospedale. Ricerca psico sociale sulla condizione professionale degli infermieri*, Angeli, Milano, 1991.
- Azione G.F., *Quale medicina e quale assistenza sanitaria*, in "Bioetica, Rivista interdisciplinare", Zadig, Milano, 2002, n 1, p. 31 – 46.
- Callahan D., *La medicina impossibile, le utopie e gli errori della medicina moderna*, Baldini & Castaldi, Milano, 2000.
- Cipolla C., Giarelli G. (a cura di), "Salute e Società" *Dopo l'aziendalizzazione. Nuove strategie di Governance in sanità*, FrancoAngeli, Milano, Anno I – 1/2002.
- Dirindin N., *Una sfida possibile: il recupero di un sistema di valori per una assistenza sanitaria sostenibile* in "Bioetica, Rivista interdisciplinare", Zadig, Milano, 2002, n 1, p.53 – 63.
- Jonas H., *Tecnica, medicina ed etica*, Einaudi, Torino, 1997.
- Piccardo C., *Empowerment. Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.
- Portelli F., *Crescere con l'etica*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Prandstraller G., *Un approccio al nursing ed alla professione infermieristica*, FrancoAngeli, Milano, 1995.
- Sacchini D., Minatori R., Spagnolo A.G., *Il management nell'assistenza sanitaria: è necessario adottare una nuova etica?* in "Medicina e Morale", U.C.S.C. Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Roma 1999 n. 2, p. 406 – 410.
- Sala R., *Etica e bioetica per l'infermiere*, Carocci, Roma, 2003.
- Schramm R., *Quale etica per la sanità?* in "Bioetica, Rivista interdisciplinare", Zadig, Milano, 2002, n 1, p. 47 – 52.
- Spagnolo G. A., Sacchini D., Pessina A., Lenoci M., *Etica e giustizia in sanità. Questioni generali, aspetti metodologici e organizzativi*, McGraw-Hill, Milano, 2004.
- Tousijn W., E Giorgino E. (a cura di), *Attraverso terre incognite: una sfida per la professione infermieristica*, numero monografico di "Salute e Società", FrancoAngeli, Milano, II, n. 1, 2003.
- Tramarin A., *L'ospedale ammalato, economia e clinica nella gestione degli ospedali*, Marsilio, Venezia, 2002.

“Il coordinatore delle attività cliniche: utopia, esigenza o realtà? Indagine nazionale e proposta del Policlinico Universitario di Tor Vergata”

di *Simona Nicolai*

Il governo clinico può essere definito come “il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell’assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni, creando un ambiente che favorisce l’espressione dell’eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili” (NHS White Paper, 1999).

Si evince che il governo clinico rappresenta una politica sanitaria che raccoglie le “raccomandazioni” del Piano Sanitario 1998-2000:

- La partecipazione di tutti i professionisti a progetti di audit (valutazione e miglioramento di qualità)
- La diffusione di pratiche basate sulle evidenze scientifiche
- Il miglioramento della completezza e dell’accuratezza nella rilevazione delle informazioni importanti per monitorare l’assistenza clinica
- L’attuazione di un sistema di segnalazione, di indagine e di prevenzione degli eventi avversi
- La facilitazione dell’espressione di reclami da parte dei pazienti e dei loro familiari
- L’aumento del coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari e rivolge l’attenzione all’efficacia e all’appropriatezza clinica delle prestazioni, creando le condizioni necessarie per fare in modo che la valutazione della qualità delle cure diventi parte integrante dell’attività istituzionale dei servizi e non, come è stato solitamente, un fatto occasionale, episodico, volontaristico.

A livello aziendale il governo clinico richiede iniziative fortemente caratterizzate nel senso di impegno multidisciplinare, condiviso tra componente clinica ed organizzativa che si possono ricondurre in una funzione di coordinamento.

La legislazione e le consuetudini hanno “da sempre” affidato al caposala abilitato a funzioni direttive, prima, ed oggi all’infermiere in possesso di un master in Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento, un’attività di natura organizzativa e gestionale, ma anche di supervisione dell’assistenza erogata; perché non prevedere a livello istituzionale una figura specifica che governi l’aspetto clinico-assistenziale, alla luce delle innovazioni normative e formative? La proposta delineata in quest’articolo è che facilitatore di tale processo volto al miglioramento continuo della qualità dell’assistenza, può essere il coordinatore delle attività cliniche: nella realtà operativa dell’Azienda Ospedaliera Universitaria di Tor Vergata – Roma si è deciso di presidiare tale aspetto di coordinamento, distinguendolo da quello gestionale.

Lo studio effettuato si poneva l’obiettivo di conoscere il contesto a livello di realtà sanitarie complesse e di grandi dimensioni, utilizzando un questionario predisposto per verificare se l’organizzazione infermieristica presidiava insieme alla direzione sanitaria il governo clinico, tanto da prevedere una figura specificatamente dedicata al coordinamento delle attività cliniche.

Confrontando i dati raccolti da questa analisi ci si è posti l'interrogativo "Il coordinamento infermieristico delle attività cliniche è utopia, esigenza o realtà?".

L'esigenza nasce dalla visione integrata dell'assistenza, centrata sulla persona e sul percorso assistenziale, nella sua globalità piuttosto che sui singoli momenti che lo compongono.

L'indagine rileva i dati relativi a 52 delle 95 Aziende Ospedaliere del Sistema Sanitario Nazionale: di queste, 7, alla domanda del questionario proposto che chiedeva se nella loro realtà organizzativa esistesse una figura professionale espressamente dedicata al coordinamento delle attività cliniche, rispondono affermativamente.

In particolare:

Un' Azienda, su delega del Direttore Sanitario, ha affidato al Direttore del SIT, la responsabilità del governo clinico-assistenziale per quanto riguarda il processo di nursing nell'ambito dei programmi di assistenza; il Dirigente Infermieristico Dipartimentale ha una gestione autonoma dell'assistenza infermieristica al fine di erogare adeguati livelli di assistenza infermieristica, riabilitativa e tecnica necessari per le funzioni di base e specialistiche; predisporre modelli organizzativo-assistenziali che favoriscano l'integrazione per garantire la continuità assistenziale; valutare processi assistenziali specifici; realizzare specifici programmi di formazione.

Un' Azienda differenzia i livelli di responsabilità per assicurare il sistema di governo dell'assistenza infermieristica, tecnica ed ostetrica, e prevede: un responsabile Infermieristico e Tecnico di Dipartimento, un responsabile Infermieristico e Tecnico di Unità Operativa o Servizio, un responsabile di attività tecnico-professionali (Professional) e personale di supporto. In questa Azienda si è costituita un'Unità per l'Efficacia Clinica e l'applicazione delle strategie del governo clinico aziendale.

Un' Azienda, il Policlinico Universitario di Tor Vergata, che propone un profilo professionale del Coordinatore Clinico inserito a livello di AFA, con relative attribuzioni funzionali.

L'indagine riporta che, per il momento, nelle Aziende Ospedaliere italiane non è

prevista in modo specifico una figura che coordini le attività cliniche, nonostante il governo clinico sia presidiato.

Le attività che configurano il governo clinico nell'organizzazione aziendale vengono affidate a professionisti che svolgono anche altre funzioni di direzione e coordinamento in modo generico senza specificità di ambito, ad esempio accorpando la gestione clinica alle funzioni gestionali, amministrative, burocratiche, formative...

Allo scopo di contestualizzare l'ipotesi che possa essere necessaria una specifica figura professionale che coordini le attività cliniche, si è considerata la proposta dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Tor Vergata – Roma.

Il Policlinico Tor Vergata vuole essere simbolo di un nuovo modo di concepire e vivere la salute. La sua Mission: "Realizzare un nuovo modello di ospedale. Un ospedale umano, aperto e sicuro" è a corollario dei valori a cui tende: il riconoscimento della centralità del malato e della sua dignità come persona; la cura, il rispetto e l'impegno al servizio esclusivo della persona.

L'Avviso Interno che bandiva gli incarichi di coordinamento distingue e differenzia le caratteristiche del coordinatore clinico e del coordinatore gestionale:

"Il Coordinatore Clinico svolge attività di tutorato nei piani formativi dell'AFA/Unità Operativa di assegnazione e nei confronti degli studenti della professione infermieristica che afferiscono alla Facoltà di Medicina dell'Università di Tor Vergata; pianifica l'inserimento del personale neo assunto; coordina l'attività del personale addetto a predisporre i piani di lavoro nel rispetto della loro autonomia operativa; elabora le procedure assistenziali in accordo con il coordinatore gestionale e/o con il coordinatore di AFA ove presente; cura e organizza le relazioni professionali con gli altri coordinatori clinici al fine di dividerne, ove possibile, la standardizzazione delle procedure assistenziali.

Il Coordinatore Gestionale svolge tutte le attività organizzative dell'Unità Operativa assegnata, del personale infermieristico o tecnico e di supporto alla stessa afferente; cura in particolare la predisposizione dei turni ed il rispetto degli stessi; la tenuta

della documentazione clinica, gli approvvigionamenti, il corretto utilizzo degli spazi; vigila sull'igiene ambientale delle aree assegnate e sul rispetto delle procedure e dei protocolli concordati con il coordinatore clinico (ove presente) per quanto di pertinenza dell'unità di cura afferente e sulle direttive e raccomandazioni ricevute dagli organi direttivi del PTV (Coordinatore di AFA dove è presente, Direzione Infermieristica, Direzione Sanitaria e Direzione Generale); cura e organizza le relazioni professionali con le altre unità operative; partecipa attivamente, insieme al Coordinatore di AFA, dove presente, alla tutela della salute nei luoghi di lavoro; valuta, insieme al coordinatore clinico ed al coordinatore di AFA, dove presenti, il personale infermieristico o tecnico e di supporto afferente alla propria Unità Operativa."

L'intento di questo progetto è:

- creare un riferimento per la pratica clinica e, in dettaglio, identificare esempi di buona pratica clinica;
- identificare indicatori di qualità "solidi" comuni ai diversi ambiti infermieristici;
- incoraggiare i professionisti colleghi a riesaminare le modalità di lavoro all'interno delle unità di cura;
- mettere in discussione gli aspetti professionali ed organizzativi e i confini culturali di riferimento;
- condividere gli obiettivi istituzionali della Direzione Generale, Sanitaria ed Infermieristica;
- favorire l'allineamento tra obiettivi istituzionali e obiettivi della pratica assistenziale, ma anche l'allineamento tra obiettivi aziendali e obiettivi dei professionisti;
- orientare l'innovazione ed educare al continuo miglioramento.

Il Coordinatore delle attività cliniche "rincorre" l'appropriatezza, l'efficienza, l'efficacia, la sicurezza nella pratica clinica in un ambiente di attenzione e sensibilità che favorisce la crescita professionale.

L'impegno, formale ed esplicito, è quello di costruire un sistema integrato delle cure supportato da un'organizzazione ed una direzione condivisa, affinché la responsabilità di assicurare prestazioni cliniche di qualità sia collegiale.

La responsabilità della definizione dei

criteri a cui uniformarsi è sostenuta dalla Direzione Infermieristica e l'organizzazione ha individuato gli strumenti per sostenere i Coordinatori Clinici, ma sono i professionisti che dovranno imparare ad utilizzare la risorsa dell'esperto clinico e accettare di trasformare il proprio agire professionale in buona pratica.

Il coordinatore clinico insieme al coordinatore gestionale deve:

- sistematizzare la qualità tecnica sotto l'aspetto delle conoscenze e competenze,
- pianificare la supervisione per ridurre il rischio clinico e gli eventi avversi,
- governare la documentazione infermieristica
- accogliere i bisogni formativi
- organizzare i flussi informativi
- coinvolgere i colleghi attraverso l'informazione e attenzione, sensibilità, informazione, coinvolgimento nelle decisioni e conferimento di responsabilità.

AUTORI

Simona Nicolai
Infermiera - Azienda Ospedaliera
Universitaria Policlinico di Tor Vergata,
Roma



bibliografia

1. S. Biagi, B. Cavaliere, C. Moretto - "Funzioni e attività del coordinatore infermieristico di dipartimento fra letteratura e normativa: un'indagine nella realtà italiana" - Management Infermieristico n. 2/2004 - Ed. Lauri & T. Gandini - "Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità" - Ed. Franco Angeli 2005
2. Comitato Centrale Federazione Nazionale Collegi IPASVI - "Linee guida per il master di primo livello" Roma, 2001
3. L. Benci - "Il ruolo e le attribuzioni della dirigenza delle professioni sanitarie non mediche dopo l'accordo del CCNL integrativo della dirigenza sanitaria, tecnica e amministrativa" - n.3/2002 Ed. Lauri
4. R. Grilli, F. Taroni - "E' possibile un governo clinico delle aziende sanitarie?" - Politiche sanitarie 2000
5. R. Grilli, E. Berti - "Linee-guida e governo clinico: come riconciliare il mezzo con il fine?" - Politiche sanitarie 2002
6. R. Grilli, F. Taroni - "Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza" - Ed. Il Pensiero Scientifico 2004
7. L. J. Donaldson, Gray JAM - "Clinical governance: a quality duty for health organizations" - suppl. 7 Quality in Health Care 1998
8. R. Baker, M. Lakhani, R. Fraser, F. Cheater - "A model for clinical governance in primary care groups" - BMJ 1999
9. F. Fontana - "Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale" - Ed. Franco Angeli 2005
10. M. Lugon, G. Scally - Editorial: Risk Management, Clinical Governance Bulletin 2000 PDF created with FinePrint pdfFactory trial version <http://www.fineprint.com>
11. M. Lugon - An Organization with a Memory. Summary and implications for health care organizations, Clinical Governance Bulletin 2000
12. C. D. Shaw - Health care quality is a global issue, Clinical Governance Bulletin 2002
13. H. Mintzberg - "La progettazione dell'organizzazione aziendale" - Ed. Mulino 1996
14. Pignatto, C. Regazzo - "Organizzazione e qualità per i servizi socio sanitari" - Ed. Carocci 2002
15. G. Perkoff - "Efficienza ed efficacia del servizio sanitario: condizioni professionali e organizzativo-istituzionali" in Freddi G. (a cura di) - "Rapporto Perkoff: salute e organizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale" - Ed. Il Mulino 1984
16. Franzoni - "Il problema della valutazione nelle strutture ospedaliere" - ASI Agenzia Sanitaria italiana - Anno XIII, n. 46 - 17/11/2005
17. S. Veronesi - "Tra tecnica e politica" e S. D'Albergo - "Servizio sanitario Nazionale e riforma democratica dello stato" in "Democrazia e diritto" suppl. al n. 6/1988
18. VI Forum Internazionale EBN "Evoluzione delle funzioni di coordinamento per le professioni sanitarie" Milano 27/1/2006
19. Lupo "Il governo clinico" Villa Gualino 15/11/2000
20. Zangrandi "Il governo clinico" Convegno SDA Bocconi 10/5/2005

L'inserto

**Riforma
delle Professioni**

**Oltre 7 mila
infermieri alla
manifestazione
di Roma**



Riforma delle Professioni

Oltre 7 mila infermieri alla manifestazione di Roma

Una grandiosa prova di forza! Alla manifestazione di Roma del 12 ottobre indetta dal CUP, più di 7 mila infermieri sono scesi in piazza per rivendicare, insieme alle altre professioni italiane, il ruolo e il riconoscimento di professione intellettuale. E la loro partecipazione massiccia ha subito prodotto un livello di visibilità molto elevato, riconosciuto peraltro da tutte le altre professioni rappresentate che hanno lasciato che fossero gli infermieri, unici rappresentanti di una singola categoria, ad intervenire sul palco di Piazza Venezia per illustrare le ragioni della mobilitazione. Una presenza che è andata oltre ogni aspettativa, a testimonianza che tutta la professione infermieristica reclama il diritto di essere regolamentata a tutela della salute dei cittadini. E' l'intera professione a chiederlo. Non solo gli oltre 7 mila che hanno sfilato per le vie di Roma, ma anche gli infermieri che in piazza non c'erano perché impegnati a garantire i servizi sanitari negli ospedali e sul territorio. Tantissimi colleghi hanno fatto pervenire al Collegio attestati di solidarietà e condivisione per la battaglia che, dopo 12 anni, ha riportato gli infermieri italiani in piazza.

Allora, era il 1 luglio 1994, il risultato fu

lo storico riconoscimento del Profilo Professionale. Oggi l'obiettivo è altrettanto importante: spingere il Governo a mantenere l'impegno di una riforma vera del sistema professionale, che risponda alle esigenze dei professionisti e dei cittadini, riconoscendo il carattere intellettuale della nostra attività e il nostro Ordine, al pari degli altri professionisti e dell'Europa.

Il supporto straordinario degli infermieri alla manifestazione del CUP dimostra la volontà ferrea della professione di non tornare indietro, di opporsi con la forza dei numeri e delle ragioni a chi vuole mettere in dubbio le conquiste ottenute in tanti anni di lotte e costante impegno professionale.

Certamente, ci saremmo aspettata un'eco più vasta e roboante sui mezzi di comunicazione, che hanno riferito della manifestazione di piazza un po' sbrigativamente. Tuttavia, nei servizi filmati e scritti che hanno fatto seguito all'evento del 12 ottobre scorso, gli infermieri hanno avuto una buona visibilità, grazie ai numeri e all'entusiasmo che, come sempre, sono riusciti a portare in piazza. E sono i cittadini in primis ad esserci riconoscenti.

Raccontiamolo con... le immagini















Manifestazione di Roma del 12 ottobre 2006



Un gruppo di colleghi si è riunito per pianificare le attività di servizio d'ordine, gli slogan, le strategie d'azione al fine di garantire una buona visibilità della professione infermieristica

SEMINARI RESIDENZIALI DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEI COLLEGI IPASVI

La questione ordinistica: il ruolo della rappresentanza professionale e l'evoluzione normativa

di Alessandro Stievano

Si sono svolti nei giorni 29-30 settembre, 1-2-3 ottobre ad Abano Terme (Padova), i seminari residenziali della Federazione Nazionale dei collegi IPASVI nei quali si sono affrontati i temi della questione ordinistica: il ruolo della rappresentanza professionale e l'evoluzione normativa.

I seminari sono stati divisi in due giornate di lavoro ripetute per tutti i consigli direttivi dei collegi provinciali IPASVI e, sono stati intervallati, dal Consiglio Nazionale della Federazione il 1° ottobre 2006. Nel corso del Consiglio Nazionale si è deciso di aderire alla manifestazione programmata per il 12 ottobre 2006, dodici anni dopo la grande manifestazione del 1° luglio 1994, che ha determinato l'approvazione del nostro profilo professionale, si è deciso di scendere in piazza insieme a tante altre professioni intellettuali che vogliono l'innovazione degli Ordini e la riforma del sistema professionale.

Tra i temi analizzati nei due giorni di lavori possiamo annoverare:

l'infermieristica in Europa dove si sono confrontati, il rappresentante delle professioni liberali in ambito continentale (Ceplis), Theodoros Koutrubas, la Presidente della federazione nazionale Collegi Ipasvi Annalisa Silvestro ed il Vice Presidente della federazione nazionale Collegi Ipasvi Gennaro Rocco.

Il Ceplis è un'organizzazione ufficiale europea che raggruppa tutte le rappresentanze formali delle professioni liberali e organizzazioni monoprofessionali a livello europeo come la Fepi (Federazione Europea Professioni Infermieristiche). Su

questo tema si è parlato del mutuo riconoscimento delle qualifiche professionali sancito da una Direttiva continentale, della Direttiva per l'organizzazione dei servizi nel mercato interno non ancora approvata in via definitiva (la cosiddetta Direttiva Bolkestein) e della risoluzione del Parlamento Europeo che afferma che le Professioni Intellettuali sono centrali per la democrazia e per lo sviluppo del nostro continente.

Il giorno seguente sempre su questo aspetto ha relazionato sapientemente sulla Fepi (Federazione Europea Professioni Infermieristiche) la Segretaria nazionale Ipasvi Loredana Sasso. Indi, si è parlato dell'evoluzione del sistema di educazione continua in medicina per il prossimo futuro e si è ribadito che l'apprendimento permanente costituisce un valore irrinunciabile e sempre più attuale per la professionalità infermieristica. Il programma continuerà sempre migliorato anche per i prossimi anni per tutti i professionisti sanitari e costituirà quella base valoriale su cui accreditare la qualità delle prestazioni sanitarie.

Un interessante spaccato sul mondo del lavoro e sulle leggi regolative delle rappresentanze sindacali è stato delineato dai consiglieri nazionali della federazione F. Vallicella e B. Mangiacavalli, mentre Marcello Bozzi ha delineato il ruolo delle Regioni e degli Enti locali nella gestione della sanità non tralasciando una sostanziosa relazione sui numeri della formazione universitaria infermieristica in Italia. Danilo Massai ha analizzato ancor più approfondi-



Il nuovo formato magazine dell'“*Infermiere*”
Rivista della Federazione Nazionale dei collegi Ispasvi

ditamente il significato della formazione continua per la professionalità di ogni individuo e per l'infermiere in particolare. Molto interessante, inoltre, è stato il tema trattato da Emma Martellotti cioè: il ruolo e gli strumenti della comunicazione.

La comunicazione è un autentico valore aggiunto della professionalità infermieristica, solamente dando grandi risalto alle conquiste normative e proponendo un'immagine nuova e di qualità del professionista possiamo uscire da quell'ausiliarità che ci è stata imposta per troppi anni.

Per svolgere una efficace attività di comunicazione è necessario pianificarla, tenendo conto delle risorse disponibili. Il piano di comunicazione della Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi per questo triennio deve tradurre gli obiettivi strategici che l'istituzione si è data, in obiettivi comunicativi e strumenti operativi. La comunicazione deve diffondere i valori e i principi del gruppo professionale infermieristico nel sistema sociale e politico del Paese.

Accrescere il peso politico della professione infermieristica nelle istituzioni e nella sanità è fondamentale per creare confronto e consenso sulle scelte all'esterno della professione e costruire alleanze con le forze sociali, politiche e sindacali per dare visibilità al ruolo della professione e per migliorare la percezione dello status sociale della professione. La rivista “*Infermiere*” sarà sostituita da un nuovo magazine bimestrale che approfondirà i temi di politica sanitaria, Regioni, Europa, economia, previdenza e lavoro ecc. Inoltre, sarà accordata più attenzione



Momenti della conferenza sulle Direttive europee riguardanti l'infermieristica e il mercato del lavoro per le libere professioni ad Abano Terme.

all'aggiornamento clinico. Verrà istituito un *notiziario settimanale* su internet: **MONITOR.**

Per ciò che concerne la comunicazione scientifica la federazione nazionale con il progetto GISI (Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche) vuole favorire il confronto tra esperti clinici e ricercatori.

Valorizzare la capacità elaborativa e la progettualità di matrice infermieristica soprattutto in ambito organizzativo. Inoltre, vuole sostenere lo sviluppo della produzione scientifica e dare visibilità e diffusione a studi originali e ricerche.

Gli scopi della valorizzazione scientifica della professione saranno perseguiti presentando nel GISI (Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche), modelli di metodologia della ricerca, strutturando collaborazioni con Università e Associazioni Scientifiche, diffondendo la letteratura scientifica internazionale, coinvolgendo nel Comitato Scientifico della Rivista studiosi di chiara fama e puntando all'indicizzazione della rivista.

Nel pomeriggio della seconda giornata di incontri si sono svolti interessanti dibattiti sulle funzioni, i ruoli e le attività nei Collegi provinciali. A tal proposito hanno elaborato interessanti spunti di riflessione Barbara Mangiacavalli e Stefania Gastaldi per ciò che concerne il ruolo dei Segretari dei Collegi e degli amministrativi, Franco Vallicella e Adalberto Camisasca per ciò che riguarda i Tesorieri ed i Revisori dei Conti e Mario Schiavon e Giovanni Valerio per la Cassa di previdenza (Enpapi) e la libera professione.

A conclusione delle giornate possiamo affermare che imponente è stata la risposta dei Consigli Direttivi all'invito di sostenere il riconoscimento del loro Ordine professionale, messo in discussione dalle recenti vicende politiche, e grande è stato l'impegno dei Collegi Ispavi per l'organizzazione della manifestazione del 12/10/2006.

AUTORE

Alessandro Stievano

in pillole

Lesioni spinali, speranze da un batterio

Da un batterio nuove speranze di far ricrescere i nervi del midollo spinale danneggiati da una lesione e di poter riparare il conseguente danno motorio. La novità arriva dal lavoro realizzato da due gruppi di ricerca delle università americane Johns Hopkins e del Michigan, pubblicato sulla rivista "Proceedings of the National Academy of Sciences". Lo studio ha evidenziato che i ratti che hanno subito un trauma spinale, opportunamente trattati con l'enzima batterico sialidasi, mostrano un'intensa rigenerazione delle fibre nervose danneggiate. Secondo gli autori della ricerca, l'enzima agisce eliminando una molecola che blocca la crescita di nuove fibre nervose. Quattro mesi dopo il trattamento con sialidasi, più del doppio dei nervi nel midollo spinale dei ratti trattati ha sviluppato nuove fibre nervose rispetto ai nervi dei roditori non trattati con l'enzima. I ricercatori hanno simulato una lesione

del midollo spinale dovuta alla perdita di un braccio, che provoca lo strappo delle radici nervose midollari che vanno verso l'arto superiore. In questi casi la lesione spinale è irreversibile. Poiché è molto ricco di nervi, il midollo spinale in condizioni normali utilizza delle molecole per evitare la crescita eccessiva di nuove fibre. Il che va a scapito delle sue potenzialità di guarigione dopo un trauma. Provocando una lesione alla zampa anteriore del ratto simile alla perdita del braccio nell'uomo, i ricercatori hanno trapiantato un nervo periferico nella zona lesionata e hanno testato vari enzimi per tenere sotto controllo gli inibitori della crescita di nuove fibre. Hanno così osservato che la sialidasi risulta particolarmente efficace nel ridurre i fattori inibitori che bloccano la crescita di nuove fibre dal midollo. Nei ratti trattati è infatti raddoppiata la crescita delle fibre nervose che partono dal midollo spinale e si vanno ad attaccare al nervo trapiantato.

La nostra qualità:

il progetto della certificazione ISO 9001/2000 del Collegio IPASVI di Roma

Nel mese di ottobre è partito il progetto della nostra Certificazione di Qualità, che vedrà coinvolta la struttura nel suo insieme, nell'adeguarsi alla conformità della norma ISO 9001.

PERCHÈ QUESTA SCELTA

Il Consiglio ha ritenuto doveroso, oltre che opportuno, fare questa scelta considerandola una forma di rispetto nei confronti dei propri ISCRITTI, che troveranno sanciti, nei documenti elaborati, i propri rapporti con il Collegio.

Ha ritenuto inoltre, che il recupero di efficienza che, con l'adozione di un Sistema Qualità si viene a determinare è un innegabile vantaggio sia per chi usufruisce dei servizi che chi professionalmente ha il compito di erogarli.

COSA COMPORTA

Adottare un Sistema Qualità nella nostra struttura, come in tutte le strutture che erogano servizi, comporta essenzialmente un "riesame" del nostro lavoro quotidiano che, seppure senza grandi sconvolgimenti, ci condurrà tutti ad operare secondo schemi definiti. Questo è il primo passo, perché come più volte abbiamo avuto modo di dire, nei corsi di formazione, solo ciò che si conosce si può migliorare. La fase di miglioramento è il vero obiettivo. Migliorare le prestazioni, ascoltare la voce del "cliente" interno ed esterno, progettare con maggiore incisività nuovi servizi, sono target che saranno resi tangibili e il raggiungimento dei quali sarà sotto gli occhi di tutti.

CHI PARTECIPA

"Per fare qualità è indispensabile il contributo di tutti". Anche questa è una frase ricorrente nei nostri corsi. Il nostro caso non fa eccezione. E' previsto il coinvolgimento più ampio possibile di tutti i soggetti interessati, sia come attività formativa che informativa.

Fattivamente il consiglio ha individuato un gruppo di lavoro costituito dai Consiglieri Turci Carlo, Napolano Matilde e Proietti Maria Grazia e da altri colleghi esperti Sodo Susanna, Luciani Cristiana, Micheli Giuseppe, Lupi Paola, Orelli Angelo, Lucifreddi Enrico, Germani Tiziana, Bricca Assunta e Angeloni Gabriella che dedicando parte del loro tempo (che sappiamo quanto sia prezioso), costituiranno l'interfaccia con la consulenza esterna nella redazione delle procedure, individuate e da individuare. Attraverso riunioni periodiche si elaboreranno le nuove situazioni emerse e si valuteranno quelle pregresse con i relativi "compiti a casa" che è necessario portare avanti tra un incontro e l'altro. Pensiamo ad un aggiornamento costante sul sito e sulla rivista per tenere informati tutti gli interessati alla riuscita dell'iniziativa.

I TEMPI

La pianificazione in dettaglio è in corso di definizione, ci siamo tuttavia dati, come tempi di attuazione giugno 2007, termine entro quale si dovrebbe avere la verifica da parte di un Organismo di Certificazione Internazionale accreditato per le nostre attività.

Progetto di certificazione di Processo/Servizio



**Nel mese di ottobre è partito il progetto
della nostra Certificazione di Qualità,
che vedrà coinvolta la struttura nel suo insieme,
nell'adeguarsi alla conformità della norma ISO 9001**

Sono un'infermiera professionale che lavora in casa di riposo. Ho letto con interesse la recente pubblicazione allegata al n° 5/2006 de "L'Infermiere" poiché è stata realizzata molto bene e mi può essere di grande aiuto.

Ho notato però con disappunto che la frequenza dei termini inglesi utilizzati nei testi è in progressivo crescendo negli ultimi anni. Sono convinta che sia utilissimo imparare questa lingua, anche se non particolarmente bella (l'italiano è molto più gradevole), per poter comunicare con utenti di qualunque nazionalità, approfondire studi su pubblicazioni anglosassoni e frequentare congressi o corsi all'estero.

Io stessa, anni fa, subito dopo aver conseguito il diploma, ho trascorso alcuni mesi in Irlanda lavorando come infermiera e nel contempo frequentando una scuola di lingue, per apprendere l'uso fluente dell'inglese e lo consiglio idealmente a tutti coloro ne abbiano la possibilità. Ma trovo che all'interno di una pubblicazione redatta in lingua italiana sia giusto utilizzare il più possibile termini italiani, per non impoverire e dimenticare sempre più il nostro ricco e melodioso linguaggio.

Mi rendo conto che molti termini inglesi sono ormai di uso comune e che tutti noi, o quasi, ne conosciamo il significato, ma non è questo il punto. A mio avviso sarebbe meglio invertire questa tendenza che interpreto come negativamente globalizzante.

Ecco l'elenco dei termini inglesi trovati nella sola pubblicazione citata: life time risk, caregiver, hip protectors, follow up,

target, dispatch, airways, breathing, disability, box, patterns, step, screening, performance, rollator, wrist. Per la maggior parte di essi esiste il corrispettivo italiano. Perché non usarlo?

Lettera firmata

Lettera firmata

Cara Collega,
capisco e apprezzo le ragioni che ispirano la sua lettera. Di più: accolgo con piacere la sua "tirata d'orecchie" alla categoria per una tendenza che anche la mia esperienza conferma.

Pone un problema vero quando sottolinea l'esistenza di un rischio lessicale, di una contaminazione anglofona dell'italiano che, specialmente in campo scientifico, è del tutto evidente. Si potrebbe dire parafrasando un vecchio film: "E' la scienza, bellezza!". Come dire che è la necessità della comunità scientifica di un linguaggio comune, globale, che permetta di intendersi al di là di ogni confine geografico e culturale. Ed è anche la sua forza, come lei ben sottolinea nella lettera.

Quella stessa forza che la professione infermieristica italiana si è procurata in questi anni di grande crescita in termini di conoscenza e competenza, in cui si è imposta a livello internazionale con propri modelli organizzativi, capace di assumersi nuove responsabilità e sempre in attesa di riceverne in cambio un riconoscimento

economico adeguato. In soldoni, se siamo cresciuti così tanto lo dobbiamo anche a un rapporto con l'inglese tecnico più aperto e disponibile rispetto a quanto avviene in altri Paesi. E la sua esperienza professionale all'estero ne costituisce una testimonianza significativa.

Detto questo e sottolineata ancora una volta la natura di per sé internazionale della figura infermieristica, condivido in pieno la preoccupazione per la "tenuta" del nostro idioma sotto il peso schiacciante di un inglese che indubbiamente detta legge nella comunicazione scientifica, ma anche economica e politica.

Raccolgo perciò la sua riflessione: come garantire la convivenza tra lo strumento insostituibile della comunicazione globale, l'inglese appunto, e la difesa da eccessive incursioni in una lingua, la nostra, indubbiamente più armoniosa, ricca e precisa?

Forse l'equilibrio è la sola risposta possibile, il non esagerare in esterofilia. E neanche in un nazionalismo lessicale fuori dal tempo.

Ci sono termini ed espressioni inglesi entrate nel vocabolario consueto della professione. Credo che usare "step" o "screening" non debba oggi scandalizzare nessuno. Ma sposo la sua proposta di utilizzare quanto più possibile i corrispettivi termini italiani, di cui peraltro la nostra lingua è ricchissima e dettagliata.

Potrei cavarmela con una controproposta che contempra entrambe le esigenze: perché non usare entrambe le espressioni, con la traduzione inglese che segue fra parentesi i vocaboli tecnici italiani? Per quanto mi riguarda, investirò della questione il Comitato di redazione di questa rivista.

Lei che ne dice?

IL COLLEGIO IN TV

Per informarti in tempo reale
su tutto quanto fa... infermiere

Televideo

Regionale RAI

La pagina assegnata

al Collegio Ipasvi di Roma é...

439

Gli infermieri sempre più protagonisti della ribalta mediatica. E non di rado a sproposito. Anche quest'ultima estate non ha voluto smentire la propensione degli organi di informazione ad occuparsi degli infermieri. Il punto è che ancora troppo spesso lo si fa in modo scorretto, addirittura becero, bene che vada disinformato. Non mancano tuttavia servizi, inchieste, articoli e reportage che, pur nei limiti di precisione di una stampa non specializzata, affrontano i problemi più stringenti della professione con un sufficiente equilibrio, evitando di cadere nei soliti luoghi comuni.

E' forse su questi ultimi che conviene concentrarsi, alla luce dell'attenzione che i media dedicano oggi al mondo infermieristico, consapevoli finalmente (certamente più che in passato) che i loro problemi sono quelli dei cittadini, della comunità, di tutti e di ognuno. A cominciare dalla grave carenza di personale infermieristico, una piaga che, lungi dall'essere rimarginata, ha finalmente smesso di costituire un problema della sola categoria per assurgere al rango di emergenza nazionale, che intacca la sicurezza e il benessere di tutti.

In questa chiave va letta la risonanza con cui molti organi di stampa, tv e radio comprese, hanno denunciato le gravissime difficoltà che molte strutture sanitarie (non solo pubbliche) hanno dovuto affrontare per garantire i livelli minimi di assistenza, stanti i paurosi vuoti negli organici infermieristici. Per la verità, non molto si è detto e scritto sui sacrifici che i pochi infermieri in servizio sono costretti a sobbarcarsi per coprire i turni. Ma tant'è: per i media l'aspetto preminente resta quello della difficoltà

di assicurare assistenza ai cittadini. Ci accontentiamo. Dopo anni in cui gli infermieri si sono ritrovati soli a denunciare l'emergenza, è già qualcosa.

Certo è che in qualche caso si è andati oltre il seminato. Non sono mancati infatti veri e propri attacchi gratuiti alla categoria, accuse per lo più irricevibili, giudizi quanto meno affrettati se non capziosi. E' accaduto, ad esempio, per il caso dell'Ospedale Grassi di Ostia. Qui, per giustificare la mancata assunzione di nuovi infermieri, il direttore generale della Asl RM/D ha "fomentato" una

vera e propria campagna di stampa, protrattasi per tutto luglio e tutto agosto, all'insegna del solito refrain: "gli infermieri ci sono ma sono imboscati". E giù improprie contro chi "si dà malato", fino a sostenere che "è un vero scandalo!".

Se ne sono occupati nelle pagine di cronaca locale "Il Corriere della Sera", "La Repubblica" e altri fra quotidiani e periodici. Un'altra occasione perduta rendere giustizia agli infermieri, ai loro immensi sacrifici, alla loro senso del dovere, alla loro abnegazione. Pazienza. Anzi, mica tanto... anche la pazienza ha un limite!

Sullo stesso argomento è intervenuto, stavolta sugli schermi televisivi dell'emittente romana "T9", l'assessore regionale al Bilancio Luigi Nieri. Nel rispondere in diretta alle telefonate dei telespettatori, Nieri si è imbattuto in quella di un collega: "Al Policlinico Umberto I siamo drammaticamente pochi. Non riusciamo più a coprire i turni...". Secca la risposta dell'assessore: "Non invidio il direttore generale del Policlinico che deve operare in un posto di frontiera come quello. Comunque stiamo rivedendo le piante or-



ganiche. Certamente c'è un problema di riorganizzazione del personale infermieristico. Dateci ancora un po' di tempo". Il fatto è che di tempo non ce n'è. Molti servizi sono sull'orlo del collasso e gli infermieri non possono continuare a fare gli "eroi".

Anche altre questioni di primario interesse per la categoria hanno tenuto banco sulla stampa in questi ultimi mesi. Quella delle cooperative infermieristiche, ad esempio. Se ne è occupato a più riprese "Il Sole 24 Ore", specie dopo la discussa sentenza emessa dal Tar del Piemonte sul caso degli ospedali Sant'Anna e Molinette; sentenza che, di fatto, intima l'alt alle cooperative a tutto vantaggio delle agenzie per il lavoro. Secondo i giudici amministrativi piemontesi, riferisce il quotidiano, "solo le agenzie private possono concorrere ai bandi pubblici per fornire infermieri a ospedali e case di cura". Aggiungendo che si tratta di un problema legato alla necessità di "rispondere a un insostenibile turnover di 40-50 mila addetti all'anno". Ci si chiede: assunzioni bloccate, piante organiche "ingessate", cooperative pesantemente limitate; ma allora come si intende affrontare l'emergenza infermieristica?

Se non bastasse, per demoralizzarci un po' c'è dell'altro. A non farci perdere l'a-

bitudine a certi colpi bassi ci pensa la tv che, senza alcuna remora, manda in onda... l'abusivismo professionale. E' accaduto nel corso della popolare trasmissione "La Corrida" di "Canale 5". Un concorrente dichiara candidamente al conduttore Gerry Scotti: "Sono diplomato in Ragioneria, ma svolgo diversi lavoretti". "Quali?" chiede Scotti. "Beh, faccio l'idraulico, l'elettricista e poi vado a casa della gente a fare le iniezioni. Ebbene sì, faccio anche l'infermiere". Il tutto, senza un accenno di reazione da parte di nessuno se non del Collegio che, con una dura nota di protesta, ha censurato l'episodio.

Non solo giornali e tv. Anche la musica fa... comunicazione. Specie quando coinvolge frotte entusiaste di giovani e giovanissimi. Per questo lo spettacolo che il cantante Omar Pedrini ha portato quest'estate nelle piazze d'Italia è doppiamente riprovevole. Canta attorniato da uno stuolo di ballerine "svestite" da infermiere: calze autoreggenti e tacchi a spillo, camici bianchi di taglio inguinale, seni al vento, croce rossa sul cappellino e tanta volgarità. Non contento, Pedrini ha usato l'ormai datato stereotipo dell'infermiera tutta sexy anche per il suo ultimo video musicale. Che orrore! E che noia! Ma attenzione: prima o poi la musica dovrà cambiare.

in pillole

Un oceano di batteri

Gli oceani contengono molti più batteri di quanto si ritenesse fino a oggi. Sono queste le conclusioni di uno studio guidato da Mitchell Sogin del Marine Biological Laboratory di Woods Hole, pubblicato sulla rivista "Pnas". Dalla ricerca è emerso che in un litro di acqua oceanica convivono circa 20 mila specie diverse di batteri, contro le 1.000-2.000 attese. Finora sono state

descritte 5 mila specie di batteri oceanici, a testimonianza che il lavoro di classificazione di queste è ancora molto lungo. Gli esperti del Marine Biological Laboratory calcolano che il numero di specie batteriche presenti in tutti gli oceani potrebbe variare tra i 5 e i 10 milioni. Lo studio fa parte di un progetto denominato "International Census of Marine Microbes" che punta a censire le specie di microbi marini esistenti.



ipasvi.roma.it Il nuovo sito internet del Collegio

L'abbiamo annunciato, era nell'aria, ci abbiamo lavorato molto, e l'estate è stata il banco di prova del nuovo sito web del Collegio Ipasvi di Roma.

Cambia pelle, stile, filosofia. Al passo coi tempi e con le evoluzioni tecniche, ma allo stesso tempo, uno strumento "piegato" alla professione infermieristica: un "portale" per gli infermieri di Roma e provincia.

Accanto ai servizi istituzionali (quindi non ci abbandona ne la "collana arcobaleno", ne la rivista "Infermiere Oggi" in formato digitale e neppure gli atti dei corsi e convegni del Collegio), se ne affiancano altri, con una maggiore interattività:

News; un servizio, a cura della redazione, che segnala le ultime novità nel mondo infermieristico e della salute nel mondo. La vera novità è che anche gli utenti registrati al sito possono contribuire alla segnalazione di articoli, attraverso la funzione "scrivi" del portale. Le news sono consultabili attraverso l'homepage, oppure attraverso l'archivio storico suddiviso per categorie.

Funzioni utente; ovvero, la registrazione univoca del visitatore. Attraverso la registrazione (gratuita) avrete accesso a servizi altrimenti preclusi ai visitatori "anonimi", come la segnalazione di siti web, l'invio di articoli alla redazione, la fruizione del "calendario ecm personalizzato" oppure all'invio via email degli articoli che vi interessano. Altri servizi sono in via di attivazione, sempre dedicati agli utenti registrati. Collabori con il Collegio? Sei un referente o appartieni ai gruppi di studio? Se si, stiamo approntando delle Aree dedicate esclusivamente a te. Se no, ti aspettiamo tra i collaboratori per far parte dei gruppi. Chiedi ai consiglieri del Collegio come fare.

Calendario Ecm; la segnalazione dei convegni, corsi ed incontri, ora avviene attra-

verso un calendario. Le segnalazioni degli eventi prossimi in arrivo avviene anche in homepage. Se non volete mancare ad un appuntamento, aggiungete l'evento al vostro "calendario personale", e non vi passerà inosservato. Potete utilizzare il Calendario personale anche come un calendario tradizionale, aggiungendo i vostri impegni quotidiani, e rimarrà visibile e fruibile solo a voi (comodo se volete avere a portata di mouse tutti i vostri appuntamenti, convegni o ricorrenze)

Supporto Tecnico; siete in panne? Avete problemi? Vi serve aiuto per risolvere problemi tecnici o di accesso? Una pagina dedicata, costantemente aggiornata, cerca di spiegare tutti i servizi del Collegio, come funzionano e gli errori più frequenti. Se siete completamente persi, una email segnalata a fondo di questa pagina vi metterà in contatto direttamente con il gestore tecnico del sito.

Consigli e suggerimenti? Scrivete pure all'indirizzo email in basso, grazie.

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

Il reato di omicidio colposo nell'esercizio della professione infermieristica e il principio della posizione di garanzia

La professione infermieristica, rientrando tra le professioni di carattere sanitario come stabilito dall'art. 99 del Testo unico delle leggi sanitarie e modificato dall'art. 1 della legge 26 febbraio 1999 n. 42, è un'attività tesa a tutelare la salute del singolo o della collettività e pertanto indispensabile al fine di realizzare e garantire il diritto indicato dall'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti [...]"*.

Da tale proclamazione della tutela della salute a rango costituzionale, deriva il dovere del professionista sanitario di attuare il citato precetto costituzionale, attribuendo al medesimo, nello svolgimento della sua attività, un'inevitabile responsabilità derivante dalla natura dello stesso bene "salute" protetto e garantito.

Tra le forme di responsabilità giuridicamente rilevanti, civile penale e amministrativa, reputo quella penale come maggiormente incisiva e dimostrativa di quel che possa significare "tutela della salute" e di come essa possa stimolare l'infermiere a comportamenti professionali conformi.

Sussiste responsabilità penale in capo all'infermiere quando lo stesso ponga in essere una condotta corrispondente di per sé o che provoca un fatto costituente un reato in base a quanto previsto dal Codice Penale o da altra legge.

Il reato che andrò ad analizzare è uno dei

reati connessi a quel tipo di responsabilità penale detta "professionale" caratterizzata dalla posizione di garanzia che si assume l'infermiere nei confronti delle persone di cui si prende cura.

Tale posizione implica l'obbligo incondizionato del professionista di assumersi i rischi derivanti dalle sue prestazioni sanitarie in base alle conoscenze tecniche e scientifiche proprie della categoria professionale a cui lo stesso appartiene.

Pertanto l'infermiere non deve farsi carico di qualsiasi tipo di rischio, ma solo di quelli che possono rientrare nella sfera della prevedibilità e della evitabilità, usando le cognizioni teorico-pratiche proprie della categoria professionale appartenente.

Tali rischi assumono particolare importanza nei reati di tipo colposo, cioè quelli non voluti dall'agente nel caso in cui questi ponga in essere una condotta o un'omissione determinata da negligenza, imprudenza o imperizia ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (così come alla definizione della colpa di cui all'art. 43 codice penale).

Tra i delitti di tipo colposo che più spesso si possono incontrare nella esperienza infermieristica sicuramente troviamo l'omicidio colposo, così definito dall'art. 589 del codice penale:

"Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito col la reclusione da sei mesi a cinque anni".

Tale reato è sempre riconducibile a condotte erronee od omissive attuate dal

singolo agente, le quali però non assumono profili di rilevanza giuridica così semplicemente poste, esse devono comporsi di tre elementi fondamentali dai quali non si può prescindere per poter imputare all'agente la responsabilità del danno-morte:

1. elemento soggettivo;
2. elemento oggettivo;
3. nesso di causalità.

1. Sotto il profilo dell'elemento soggettivo, ai fini della sussistenza o meno della fattispecie criminosa, è necessario che la condotta dell'infermiere sia caratterizzata da colpa, così come definita nel già citato art. 43 del codice penale. Essa, infatti, può coincidere con attività di carattere generico (colpa generica), quali negligenza, imprudenza o imperizia (ad esempio per l'infermiere il non adottare particolare tecniche che ha acquisito nello svolgimento della sua professione), o con attività di carattere più specifico (colpa specifica), quali l'inosservanza di leggi o di regolamenti o di ordini (ad esempio sempre per l'infermiere il non eseguire un ordine impartito dal medico, o il non attenersi al Codice deontologico infermieristico, come espressamente previsto quale fonte di responsabilità nella legge n. 42 del 1999).

2. Sotto il profilo dell'elemento oggettivo, deve verificarsi un evento di danno alla persona affinché possa attribuire una responsabilità in capo all'agente. Nel reato che stiamo analizzando è la morte l'evento di danno che deve verificarsi.

La morte è intesa come perdita totale ed irreversibile delle capacità dell'organismo di mantenere autonomamente le proprie funzioni vitali, la così detta "morte encefalitica".

3. I due elementi sopra mostrati, la condotta e l'evento, devono essere necessariamente legati tra loro affinché possa sussistere reato, tra la condotta e l'evento-morte deve esistere un vincolo di consequenzialità, l'evento è il prodotto della condotta posta in essere. L'art. 40 del codice penale definisce

tale nesso:

"Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

Ma ciò non basta per individuare la causa che ha concorso alla produzione dell'evento, infatti, tra le varie tipologie di cause, affinché possa imputarsi ad una persona la responsabilità di un reato, bisogna individuare quella giuridicamente rilevante. Così stabilisce l'art. 41 del codice penale:

"Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione o omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione o omissione e l'evento.

Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento. In tal caso, se l'azione o omissione precedentemente costituisce per sé un reato, si applica la pena per questo stabilita.[...]". Tale articolo non fa altro che esprimere la teoria del *condicio sine qua non*: qualsiasi causa che abbia contribuito alla produzione dell'evento assume rilevanza giuridica a meno che una causa sopravvenuta di per sé sia risultata sufficiente a produrre l'evento.

Pertanto, è necessario ai fini dell'individuazione in capo ad un soggetto di una responsabilità per omicidio colposo che sussistano contemporaneamente i tre elementi sopra descritti, la condotta colposa, l'evento-morte e il nesso di causalità tra condotta ed evento in modo che la condotta sia sufficiente di per sé a produrre l'evento e che sia sopravveniente rispetto ad altre cause.

Per meglio capire il reato di omicidio colposo in relazione alla professione infermieristica ed alla posizione che esso assume nei confronti del paziente, voglio segnalare una sentenza della Suprema Corte di Cassazione (sentenza n. 9638/2000) che ha esaminato un caso di decesso di un paziente presso un Pronto Soccorso causato dal concorso delle condotte negligenti, imprudenti ed inosservanti a regolamenti ed ordini di quattro

infermieri.

Essi, infatti, invece di occuparsi prontamente del paziente così come gli era stato ordinato dal medico e di sottoporli quegli esami idonei a verificare l'entità del suo malore, in quanto convinti che esso fosse solamente in uno stato di ebbrezza, lo lasciavano abbandonato a sé stesso nella sala di attesa del Pronto Soccorso per tutta la notte.

Il paziente, trovato in fin di vita nella sala d'attesa la mattina seguente, veniva sottoposto ad un vano intervento chirurgico. Di lì a poco, decedeva.

La Cassazione ha innanzitutto stabilito che ogni infermiere, in quanto esercente una professione delicata e strettamente collegata al diritto della salute stabilito dall'art. 32 della Costituzione ed al diritto ed alla tutela della vita umana di cui all'art. 2 sempre della Costituzione, detiene una posizione di protezione nei confronti del paziente.

Tutti i sanitari infatti sono portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti affidati, a diversi livelli, alle loro cure o attenzioni, e in particolare, nel caso degli infermieri, di una posizione di protezione contrassegnata dal dovere giuridico, incombente a tali soggetti, di provvedere alla tutela del bene giuridico "vita" contro qualsivoglia pericolo.

In virtù di tale principio, la Cassazione ha ritenuto le condotte dei quattro infermieri come concause dell'evento morte del paziente.

Infatti, ognuno dei quattro ha posto in essere atteggiamenti gravemente colposi e scarsamente vicini alla posizione di garanzia appena descritta, comportamenti che se non fossero stati tenuti avrebbero sicuramente dato maggiori possibilità di intervento sulla vita del paziente.

Il tipo di colpa che ha rinvenuto la Corte è stata sia generica che specifica.

Generica poiché, gli infermieri, oltre a non essersi presi cura del paziente (negligenza), hanno lasciato lo stesso abban-

donato a sé stesso in sala d'attesa (imprudenza).

Specifica perché, gli infermieri, non hanno né eseguito l'input impartito dal medico di turno di contattare l'internista, né rispettato i principi espressi dal codice di deontologia infermieristica circa l'assistenza e la cura del paziente.

La condanna dei quattro infermieri per omicidio colposo è stata inevitabile.

Le suddette condotte oltre a non aver garantito la protezione e la tutela del paziente come espresso dal principio della Cassazione, non hanno rispettato i principi etici della professione di cui all'art. 2 del codice deontologico ed in particolare:

"2.2. L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione;

2.3. L'infermiere riconosce che tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione e le assiste indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia";

nonché alle norme dei rapporti con la persona assistita di cui all'art. 4 ed in particolare:

"4.15. L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del confronto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.[...]"

Certo, il caso appena mostrato è sicuramente un caso limite ed estremo che difficilmente potrà ripetersi nelle medesima fattispecie, ma proprio da un caso estremo la Cassazione ha preso lo spunto per introdurre una "posizione" giuridica che potesse raccogliere quei principi e quei doveri posti al fine del corretto svolgimento dell'attività professionale, rendendo ancora più importante e significativa la professione infermieristica.

Avv. Alessandro Cuggiani

Per una previdenza previdente. Le buone pratiche a partire dalle libere professioni

**Autori: Mario Schiavon e
Marco Bernardini**
introduzione di Tiziano Treu, Roma,
Lithos, 2006

La data del 6 ottobre 2004 ha segnato l'entrata in vigore della Legge Delega n. 243 del 23 agosto 2004 sulla riforma delle pensioni. La Riforma si fonda principalmente su due pilastri: l'innalzamento dell'età pensionabile e lo sviluppo della previdenza complementare. Si è trattato di decisioni rilevanti non soltanto per il contenuto normativo e per gli effetti contabili sulle casse dello Stato sempre più impingui. Da un punto di vista culturale, le trasformazioni che si sono registrate negli ultimi anni a livello demografico per il progressivo invecchiamento, e a livello sociale a causa del fenomeno della flessibilizzazione dell'occupazione hanno profondamente cambiato l'equilibrio fra domanda e offerta di lavoro, con innegabili ripercussioni sulla sua fase apicale, il sistema previdenziale. Una rassegna critica opportunamente interdisciplinare è stata condotta dagli Autori di questo libro che preannuncia la sua chiave di lettura analitica fin dal suo titolo volutamente ripetitivo. La *Previdenza previdente* che descrivono Schiavon e Bernardini è quella che inizia a tratteggiare con poche righe introduttive uno dei legislatori italiani, nella sua veste di esperto, l'attuale Pre-

sidente della Commissione XI sul Lavoro del Senato, Tiziano Treu. Nella sua nota introduttiva al volume, il sen. Treu sottolinea la scientificità e opportunità della scelta della chiave di lettura dei due Autori rispetto alla molteplicità degli aspetti associati al lavoro e alla previdenza che potrebbero essere presi in considerazione, non senza il rischio di cadere nell'ovvietà o nell'eccesso di critica. Ad un'analisi storica e didattica del tema della previdenza associato alle evoluzioni del "fattore lavoro" in Italia, il libro fa seguire una seconda parte



“costruttiva”, nella quale gli aspetti osservati vengono riproposti al lettore e in prospettiva di soluzioni attuabili. A ciò contribuisce la metodologia comparativa adottata, nel quale i modelli pensionistici di matrice europea vengono presentati attraverso le loro peculiarità nel contesto socio-culturale nel quale sono adottati. Gli Autori restano nell’alveo della legislazione europea e, in particolare, del suo output con la contestata “Direttiva Bolkenstein” sulla liberalizzazione nelle professioni autonome, per descrivere in Europa e in Italia la tipologia, i numeri, le normative, le emergenti problematicità di un “modo di lavoro”, quello libero professionale, che sembra poter coniugare gli aspetti della flessibilità, della variabilità della domanda di servizi, della conoscenza come risorsa economica secondo le strategie di Lisbona sulla competitività in un mondo globalizzato. Gli Autori non abbandonano la loro chiave di lettura analitica declinando l’osservazione su un caso di studio. Si tratta della libera professione infermieristica di cui Mario Schiavon è osservatore privilegiato quale presidente dell’Ente di previdenza e assistenza di categoria, l’Enpapi, assieme al suo addetto stampa, Marco Bernardini. Il “caso Enpapi”, doviziosamente presentato dagli Autori, affronta attraverso la prassi sia il tema della libera professione, sia la soluzione previdenziale della formula integrativa adottata dagli enti di previdenza regolamentati dal D.lgs. 103 del 1996. In base alle ipotesi iniziali del libro di carattere sociale, culturale e demografico, le tesi finali concordano nel prospettare le forme previdenziali aggiuntive come com-

plementari, ma anche “strategiche” per una riforma della previdenza, che porti ad una *previdenza previdente* in una società dominata dall’incertezza. Per tali ragioni il testo è consigliabile sia agli infermieri liberi professionisti che ai pubblici dipendenti nonché agli allievi infermieri per una più ampia visuale sullo svolgimento della professione infermieristica.

D.A.I. Rodolfo Cotichini



Nutrizione artificiale: indicazioni, complicanze, nursing

“Dall’ospedale al domicilio”

di Michele Sacco

INTRODUZIONE

La nutrizione artificiale (NA) è una procedura terapeutica, o meglio un complesso di procedure terapeutiche, mediante le quali è possibile soddisfare integralmente i fabbisogni nutrizionali di pazienti altrimenti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale. La ricerca nasce dalla contingenza operativa derivante da un’accentuata spinta normativa verso l’esternalizzazione dei Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata e dalla necessità di rivedere il ruolo svolto dagli operatori sanitari all’interno di un’organizzazione, quella dell’Azienda Sanitaria Locale (Asl), sempre più tesa al controllo delle prestazioni erogate da terzi anziché ad erogarle direttamente. Va ricordato che era la prima volta che veniva effettuata questo tipo di ricerca nell’ambito della ASL di Viterbo.

Scopo dello studio è evidenziare il gradimento e la tollerabilità mostrato dai pazienti durante le fasi di informazione, di disponibilità e di assistenza.

MATERIALI E METODI

Il campione su cui si è indagato, prevedeva “potenzialmente” tutti i pazienti sottoposti a Nutrizione Artificiale Domiciliare residente nel territorio di competenza dell’ASL di Viterbo, esattamente 76 pazienti (74 in NED e 2 in NPD).

Lo strumento utilizzato per l’analisi è stato un questionario anonimo composto da 15 items a risposta chiusa, somministrato attraverso interviste telefoniche utilizzando la metodologia CATI (Computer Assisted Telephone Interview).

Il follow up telefonico è iniziato a settembre 2005 e si è concluso a gennaio 2006.

in pillole

Il cervello giocoliera

Anche in età adulta le dimensioni del cervello possono aumentare. Lo rivela una ricerca pubblicata sulla rivista Nature da Bogdan Draganski, dell’Università di Regensburg (Germania), che dimostra come imparare qualche trucco tipico degli equilibristi e dei giocolieri faccia diventare il cervello un po’ più grande. Lo studio è stato condotto attraverso la risonanza magnetica per immagini su un gruppo di giocolieri volontari. Dopo tre mesi di esercizi, la materia

grigia era aumentata del 3 per cento. A tre mesi di distanza dalla fine degli esercizi, l’incremento si era ridotto solo al 2 per cento. Due le ipotesi avanzate: per affrontare i nuovi compiti richiesti dai giochi di equilibrio, i neuroni estendono le loro connessioni cerebrali, si collegano ad altri neuroni e aumentano così le dimensioni del cervello; oppure che l’aumento delle dimensioni dell’encefalo sono strettamente connesse all’incremento del numero dei neuroni.

SCHEMA 1

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL SERVIZIO EROGATO

Questo breve questionario tende a raccogliere alcune tue opinioni al riguardo.
Il questionario è anonimo, perciò non è necessario indicare il tuo nome.
Ti ringraziamo sin da ora per la tua collaborazione.

Età.....

Sesso.....

1. Come valuta la tempestività del servizio di rispondere e nell'affrontare i problemi più importanti che si sono presentati durante il periodo di assistenza?

insufficiente sufficiente discreto buono ottimo non saprei

2. È stato informato sulle ragioni per cui è stato avviato a NAD?

SI NO

3. Quale dei seguenti professionisti si è maggiormente occupato di lei?

infermiere fisioterapista M.M.G. medico specialista altro profession.

4. È stato addestrato adeguatamente alla NAD?

per nulla poco così-così abbastanza molto non saprei

5. L'intervento a domicilio degli operatori ha risposto ai suoi bisogni in modo:

insufficiente sufficiente discreto buono ottimo non saprei

6. Si sente soddisfatto del rapporto che ha con il medico?

SI NO

7. Si sente soddisfatto del rapporto che ha con l'infermiere?

SI NO

8. È stato messo in grado di gestire la NAD a domicilio?

SI NO

9. Il centro di riferimento l'ha seguita adeguatamente?

SI NO

10. Pensa che gli operatori sanitari comprendano i suoi stati d'animo?

SI NO

11. Gli operatori sanitari che la assistono sono dotati di cartellini di riconoscimento?

SI NO

12. Al momento della dimissione dall'ospedale le hanno dato informazioni in merito ai servizi socio-sanitari territoriali ai quali rivolgersi?

SI NO

13. Sa cos'è il tribunale del malato?

SI NO

14. Ha compilato dei questionari per conoscere il suo giudizio personale sul trattamento ricevuto a domicilio?

SI NO

15. Se no, avrebbe gradito questa iniziativa?

SI NO

Questionario di "valutazione del servizio erogato rivolto a pazienti in trattamento nutrizionale domiciliare"

Materiali e metodi:

- 76 pz (74 in NED e 2 in NPD) ASL Viterbo
- Questionario composto da 15 items
- Follow up telefonico (sett.2005/gen.2006)

RISULTATI

1. Si sente soddisfatto del rapporto che ha con il Medico?

2. Si sente soddisfatto del rapporto che ha con l'Infermiere?

3. Come valuta la tempestività del servizio di rispondere e nell'affrontare i problemi più importanti che si sono presentati durante il periodo di assistenza?

4. Quale dei seguenti professionisti si è maggiormente occupato di lei?

5. E' stato informato sulle ragioni per cui è stato avviato alla NAD?

6. E' stato addestrato adeguatamente alla NAD?

7. L'intervento a domicilio degli operatori ha risposto ai suoi bisogni in modo:

8. E' stato messo in grado di gestire la NAD a domicilio?

9. Il centro di riferimento l'ha seguito adeguatamente?

10. Sa cos'è il tribunale del malato?

11. Pensa che gli operatori sanitari comprendano i suoi stati d'animo?

12. Gli operatori sanitari che la assistono sono dotati di cartellino di riconoscimento?

13. Al momento della dimissione dall'ospedale le hanno dato informazioni in merito ai servizi socio-sanitari ai quali rivolgersi?

14. Ha compilato dei questionari per conoscere il suo giudizio personale sul trattamento ricevuto a domicilio?

15. Se no, avrebbe gradito questa iniziativa?

Un grazie particolare ai pazienti e ai loro familiari che hanno collaborato alla ricerca.

RISULTATI

Ha risposto al questionario la totalità dei pazienti intervistati (76), costituito dal 56% di maschi e dal 44% di femmine, con un'età media di 65 anni, residenti in parte (35%) nel Comune di Viterbo e in parte (65%) nei paesi limitrofi ad esso.

- Rispettivamente il 100% e il 99% del campione si sente soddisfatto del rapporto che ha con l'infermiere e con il medico.

- Il 57% dei soggetti giudica ottimo la tempestività del servizio erogato di rispondere e di affrontare i problemi più importanti che si sono presentati durante il periodo di assistenza.

- Il 50% dei pazienti asserisce che il professionista che si è maggiormente occupato di loro è l'Infermiere, il 20% rispettivamente il Medico specialista e altro professionista e il rimanente 10% rispettivamente il Fisioterapista e il MMG.

- Il 75% del campione afferma che è stato adeguatamente informato all'avvio della NAD, mentre il 90% è stato adeguatamente addestrato alla NAD.

- Il 36% degli intervistati considera ottimo l'intervento a domicilio degli operatori.

- Il 78% dichiara che è stato messo in grado di gestire la NAD a domicilio, il 92% è stato seguito adeguatamente dal centro di riferimento, mentre il 57% non sa cos'è il Tribunale del malato.

- Il 100% dei pazienti dichiara quanto segue:

- che gli operatori sanitari comprendono i loro stati d'animo

- che gli operatori sanitari che li assistono sono dotati di cartellino di riconoscimento

- che non hanno mai compilato dei questionari per conoscere il loro giudizio personale sul trattamento ricevuto a domicilio e che avrebbero gradito questa iniziativa.

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati ha permesso di affermare che grazie anche alla sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori sanitari coinvolti si è ottenuto il risultato di una razionalizzazione dell'impiego della NAD, con conseguente aumento considerevole della

NE rispetto alla NP, allineandoci così a quello che è l'andamento a livello Nazionale. Lo studio dimostra soprattutto che il passaggio più complesso e delicato è il reinserimento del paziente nell'ambito del proprio domicilio che richiede la collaborazione dei familiari oltre che del medico di famiglia. I risultati comunque dimostrano che l'obiettivo nutrizionale è stato raggiunto in una percentuale significativa di casi.

La pratica clinica e l'organizzazione dell'attività di Nutrizione Artificiale in Ospedale e sul Territorio, hanno ormai dimostrato la sua validità nei processi di cura. Perché le cure siano efficaci, è necessario che ci si affidi a personale esperto, che ponga al centro dei propri interventi il raggiungi-

mento di obiettivi di salute perseguibili razionalmente in ogni situazione clinica si presenti.

Pertanto, considerata la complessità dei quadri clinici e delle successive ricadute assistenziali, l'approccio globale delle valutazioni è da considerarsi un valore fondante in una organizzazione dell'attività che sia rivolta a garantire, per quanto onestamente possibile, la vita e il benessere dei pazienti.

AUTORE

*Inf. Michele Sacco
Ospedale Belcolle Viterbo
U.O. Anestesia e Rianimazione*

in pillole

Epilessia, svelato il ruolo degli astrociti

Si deve a un giovane ricercatore italiano dell'Istituto di Neuroscienze del CNR, Tommaso Fellin, un'importantissima scoperta sulla genesi dell'epilessia. Il suo studio, che ha ottenuto il "Premio Maurizio Mangrella", dimostra che gli astrociti, una popolazione di cellule nervose, svolgono il ruolo finora insospettato di sincronizzare, attraverso il rilascio di diverse sostanze neuroattive fra cui il neurotrasmettitore glutammato, i neuroni che così possono attivarsi contemporaneamente. Da questa sincronizzazione

dipende anche la genesi dell'epilessia, caratterizzata dall'improvvisa insorgenza e dalla ripetizione di crisi dovute paradossalmente a un eccesso di funzione del sistema nervoso. In pratica, alcuni neuroni del cervello lavorano a un ritmo molto superiore al normale, producendo la scarica elettrica che caratterizza le crisi epilettiche. L'individuazione del ruolo fondamentale degli astrociti nella produzione di tali scariche elettriche neuronali apre nuove vie d'indagine per la genesi dell'epilessia e per nuovi approcci terapeutici.

bibliografia

1. American Society for Parenteral and Enteral nutrition Board of Directors: Definition of terms used in A.S.P.E.N. guidelines and standards. *JPEN* 1995; 19: 1-2.
2. Robinson G, Goldstein M, Levine GM. Impact of nutritional status on DRG length of stay. *JPEN* 1987; 11: 49-52.
3. Gassul MA. Foreword. *Clin Nutr* 1998; 17 (Suppl 3): 1.
4. Candusso M, Braga M, Faraguna D, et al. Fogli di Trieste. *RINPE* 1994; 12: 107-10.
5. Pacelli F, Bossola M, Papa V, et al. Enteral vs parenteral nutrition after major abdominal surgery. *Arch Surg* 2001; 136: 933-6.
6. Braga M, Gianotti L, Gentilini O, et al. Feeding the gut early after digestive surgery: results of a nine-year experience. *Clin Nutr* 2002; 21: 59-65.
7. Salasidis R, Fleiszere D, Johnston R. Air insufflation technique of enteral tube insertion: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med* 1998; 26: 1036-9.
8. Axon A. Ethical considerations in gastroenterology and endoscopy. *Dig Dis* 2002; 20: 220-5.
9. American gastroenterological Association. Technical Review on Tube Feeding for Enteral Nutrition. *Gastroenterol* 1995; 108: 1282-301.
10. Shapiro T, Minard G, Kudsk KA. Transgastric jejunal feeding tubes in critically ill patients. *Nutr Clin Pract* 1997; 12: 164-7.
11. Elpern EH. Pulmonary aspiration in hospitalized adults. *Nutr Clin Pract* 1997; 12: 5-13.
12. Muscaritoli M, Pittiruti M. Manuale pratico di nutrizione artificiale nel paziente ospedalizzato. Eleda Edizioni 2002; 17-19.
13. Pittiruti M, Malerba M, Carriero C, Buononato M. Accessi venosi centrali a lungo termine per nutrizione parenterale domiciliare: scelta del presidio e tecnica di impianto. *RINPE* 2001, 4: 213-24.
14. Ray CE. Central venous access. Lippincott Williams & Wilkins 2001.
15. ASPEN Guidelines: Parenteral access. Board of Directors 2002; 26: 15: 36-7.
16. Linee Guida SINPE per la nutrizione artificiale Ospedaliera. *RINPE* 2002; 20 (suppl 5): S21-2.
17. Vanek VW. The ins and outs of venous access: part II. *Nutr Clin Pract* 2002; 17: 142-55.
18. ASPEN Board of Directors: Standard for Nutrition support Physicians. *Nutr Clin Pract* 1996; 11: 235-240.
19. Giurao X, Franch G, Gil MJ, et al. Extracellular volume, nutritional status, and refeeding. *Nutrition* 1994; 10: 558-61.
20. Attar A e Messing B. Evidence-based prevention of catheter infection during parenteral nutrition. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 2001, 4: 211-8.
21. Hanchett M, Kung LY. Do needless intravenous systems increase the risk of infection? *J Intraven Nurs* 1999; 22: 117-21.
22. Muscaritoli M, Pittiruti M. Manuale pratico di Nutrizione Artificiale nel paziente ospedalizzato. Eleda Edizioni 2002; 77-78.
23. Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE). Linee Guida per l'impiego della Nutrizione Parenterale ed Enterale nei pazienti adulti a domicilio. *Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale* 1998; 16 (S-3): 1-68.
24. Spaggiari C. Sezione Aziendale di Nutrizione Artificiale Domiciliare Azienda USL Parma 2004; 28-29.
25. Balzola F, Palmo A. Nutrizione Parenterale a domicilio. In: Bozzetti F, Guarneri F. eds. Manuale di Nutrizione Artificiale. Milano: Masson, 1992; 689-704.
26. Gaggiotti G. Tecniche di approccio al tubo digerente. In: Bozzetti F, Guarneri G eds. Manuale di nutrizione artificiale Milano: Masson, 1992; 333-50.
27. Delibera della Giunta Regionale del Lazio 11 ottobre 1994, n. 7872. Nutrizione Parenterale ed Enterale a domicilio. Piano operativo regione Lazio.
28. Delibera della Giunta Regionale del Lazio 8 luglio 1997, n. 4127. Erogazione diretta presidi e prodotti per il trattamento nutrizionale domiciliare.
29. Delibera della Giunta Regionale del Lazio 12 luglio 2002, n. 920. Regolamentazione della NAD nella regione Lazio.
30. Legge Regionale del 2 dicembre 1988, n. 80. Norme per l'assistenza domiciliare. Bollettino Ufficiale della Regione Lazio del 20 dicembre 1988, n. 5.
31. Delibera del Consiglio Regionale del Lazio del 29 novembre 1989, n. 1020. Direttive alle USL per l'organizzazione dell'assistenza domiciliare nel Lazio. Suppl. Ord. N. 2 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio del 10 febbraio 1990, n.4.
32. Melaragno E, Russo M, Rutili M, Sperduti E. Ricerca sull'assistenza domiciliare nel Lazio. Edizioni Grafiche Manfredi, Roma, 1999.
33. Delibera della Giunta Regionale del Lazio 16 dicembre 1997, n. 7878. Linee guida per l'organizzazione e l'attuazione delle attività di assistenza domiciliare. Suppl. Ord. N. 1 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio del 20 marzo 1998, n.8.
34. Delibera della Giunta Regionale del Lazio 31 luglio 2002, n. 114. Approvazione Piano Sanitario Regionale 2002-2004.

L'INFERMIERE E LA MORTE

di Alessia Fiocchetti

Il possesso di tecniche specialistiche, la conoscenza scientifica, l'uso di strumenti atti a fronteggiare e a combattere la malattia, non sono tutto.

Quello che si richiede all'infermiere che opera nelle cure palliative, oltre al "saper fare", cioè saper applicare, tradurre le nozioni teoriche in azioni, prendere una decisione al momento opportuno, è il "saper essere" cioè saper gestire i coinvolgimenti emozionali.

In un reparto di cure palliative, in particolare i conflitti affettivi, l'angoscia, l'incertezza sono molto frequenti.

Soprattutto nella fase terminale, il progredire della malattia e l'impossibilità della guarigione rendono più difficile il contatto con il paziente.

L'infermiere è l'operatore sanitario più presente in corsia, a lui si rivolgono i malati ed i familiari per chiedere informazioni, per stabilire il contatto con il medico, per essere rassicurato sui sintomi, per avere una presenza nei momenti di ansia e di solitudine.

Queste relazioni possono provocare uno stato di stress che fanno sorgere un senso di frustrazione, generando sfiducia e un senso di incapacità.

E' molto difficile porsi in relazione con un morente, questo soprattutto perché vi è un disagio ad ammettere che, nonostante le cure, il malato sta morendo; si prova un certo fastidio ad ascoltare il paziente che parla della propria morte, e questo può influire anche sulla vita privata dell'infermiere, che si troverà a dover ridefinire il proprio ruolo e la propria sofferen-

za.

La vita e la morte sono due facce di una stessa medaglia, "mors certa" dicevano gli antichi o anche "la morte è solo il continuo della vita".

La morte quindi deve essere presa in grande considerazione dagli infermieri, dato che tutto cambia dal punto di vista delle cure e dell'assistenza: le cure intensive vengono sostituite dalle cure palliative.

Il morente induce a riflettere sui grandi problemi etici come l'eutanasia e l'accanimento terapeutico. Il morire dell'uomo non è solo un fatto biologico ma un evento solenne carico di significato emotivo.

Nella nostra società la morte viene spesso allontanata, e questo rifiuto si ripercuote anche nell'ambito delle professioni sanitarie.

Purtroppo molto spesso l'operatore sanitario fugge di fronte alla morte del paziente anche perché ha un'esperienza limitata in questo ambito.

Forse il comportamento di fuga è per il senso di colpa, per il fatto che ci si sente impotente di fronte alla morte, ma l'appello che faccio è questo: "non bisogna pensare di dover solamente guarire i pazienti, poiché questo non è sempre possibile, occorre invece averne cura in ogni fase della loro vita, quindi anche nella morte, soprattutto avere cura del loro stato d'animo ricordando che quest'ultimo è legato alle caratteristiche individuali di ognuno".

Infine credo che tutti dovrebbero doman-

darsi se si sono comportati bene nelle esperienze che hanno avuto con i pazienti in fase terminale, in caso contrario domandarsi dove hanno sbagliato, per non fare più errori e per erogare l'assistenza in modo omogeneo ed uniforme. "Quando ci troviamo di fronte alla morte, la vita sembra un continuo scorrere, o un orologio che è stato caricato ed il cui regolare ticchettio è stato sempre dato per scontato. Non si è mai tanto consapevoli di questo regolare funzionamento quanto nel momento in cui ci si accorge che una vita

sta per finire, e gli interrogativi sul significato e sul valore della vita non diventano mai così pressanti quanto nel momento in cui si vede l'ultimo respiro lasciare un corpo che un momento prima viveva" (Carl Jung, The soul and Death).

AUTORE

Alessia Fiocchetti
Infermiera Professionale
Hospice Sant'Antonio da Padova - Roma

bibliografia

LIBRI

Eriksson J., Nursing oncologico uno strumento per studiare e apprendere, Edizioni Summa, Padova 1999;
Martini M., Management infermieristico, UTET, Torino 1992;
Pellegrini A., Nursing, assistenza al paziente oncologico, USES, Torino 1998;

RIVISTE

Cultura del collegio IPASVI di roma, "Infermiere oggi, USPI, 2001 ott/dic;
Rivista periodica a cura dell'Associazione Nazionale Infermieri, "NEU", 2001 apr/giu.

SITI INTERNET

www.Eurom.it
www.leo.it/italiano/infopatient
www.terzaeta.com/serv/assistenzaoncologica/assistenzadomiciliare

A cura dell'associazione italiana Nursing Sociale – Sezione di Pavia

Al cuore delle immagini

Il Guatemala visto dall'obiettivo di un cineasta attento e sensibile per testimoniarne la forza, le contraddizioni e il lavoro di chi vi opera

di Daniela Scherrer

Il Guatemala svelato e rivelato dall'occhio di una macchina da presa, cercando di coglierne quegli aspetti di particolare suggestione che invitano ad una riflessione più profonda.

La macchina da presa è quella di Filippo Ticozzi, trentuno anni, laureato col massimo dei voti al Dams di Bologna e attualmente assistente di Istituzioni di Regia Cinematografica al distaccamento bresciano della Cattolica.

Ticozzi nel 2004 ha fondato una piccola casa di produzione audiovisivi a Pavia, "La Città Incantata", e durante la realizzazione di un filmato sulla realtà di AINS (Associazione Italiana Nursing Sociale) è nata l'idea di un viaggio in Guatemala da cui trarre un documentario.

Filippo ha quindi accompagnato il presidente dell'AINS Ruggero Rizzini e l'infermiera, sempre di AINS, Claudia Mossi nella loro ultima spedizione in terra guatemalteca, tra il novembre e il dicembre scorsi.

Un'esperienza che Filippo non ha esitato a definire stupenda, sicuramente stimolante per un regista impegnato a cogliere emozioni e sensazioni che si respirano in un Paese ricco di arte, tradizioni e spiritualità come il Guatemala, terra dove ancora oggi vivono le comunità Maya.

"Il Guatemala, nonostante la povertà impressionante - chiarisce subito Filippo - è un posto meraviglioso sotto il profilo paesaggistico e umano. E forse

per la prima volta sono riuscito a seguire quasi completamente la scaletta che mi ero prefissato".

Il filo conduttore del documentario, come testimonia il titolo "Viaggio tra le religioni", è un percorso alla ricerca delle forme di spiritualità rilette nella chiave più culturale della questione religiosa. La religione dominante in Guatemala è quella cattolica, che si è integrata senza problemi con la civiltà Maya, la cui essenza è proprio una grande fede di impronta "latineggiante".

"Sono rimasto impressionato dal ruolo degli oratori - spiega Filippo Ticozzi - Vedere strutture colme di ragazzi anche ventenni, che organizzano manifestazioni e celebrazioni inneggiando con convinzione a Gesù è un'immagine davvero entusiasmante, molto diversa dalla realtà di certi oratori nostri".

Le immagini impresse nella macchina da presa hanno documentato momenti "rubati" ai riti Maya, a cui normalmente i turisti non posso accedere. Un lavoro reso possibile dai buoni rapporti di AINS con Fundamaya, la ONG che si occupa dei diritti dei Maya in Guatemala. Un'esperienza che Filippo definisce veramente unica.

Gli chiediamo quale immagine abbia portato con sé nel ritornare a Pavia, con il cuore prima che con la macchina da presa. "Sarà anche banale - conclude - ma è quella dei bambini che giocano in mezzo alla strada, scalzi e affamati. E tra un piccolo lavoro e

l'altro c'è sempre comunque la voglia di divertirsi come i bambini di tutto il mondo".

Il documentario, ricco di scene anche divertenti e curiose come quella che mostra due bambine che ballano imitando le nostre "veline", è ora in fase di montaggio e presto sarà pronto. Filippo lo presenterà a qualche festival e

il materiale sarà poi consegnato ad AINS per essere trasformato in un'altra occasione di conoscenza del Guatemala, con le sue incomparabili bellezze ma anche con le sue desolanti storie di povertà a cui AINS sta cercando di porre rimedio con progetti di straordinaria utilità e concretezza.

in pillole

Spuntini notturni sotto la lente

Svelato il meccanismo che spinge alcune persone a svegliarsi di notte per mangiare. La scoperta è di un gruppo di studiosi dell'Università del Texas a Dallas (Usa) ed è stata pubblicata sui "Proceedings of the National Academy of Sciences". I ricercatori hanno identificato la regione cerebrale responsabile dell'influenza del cibo sul controllo del ritmo circadiano. È infatti noto che il nostro orologio interno è influenzato sia dall'alimentazione sia dalla luce. Ciò che resta ancora da scoprire è invece come questo avvenga, cioè quali segnali neurali si attivino in corrispondenza di tali stimoli. Lo studio è stato svolto su topi, animali notturni che dormono di giorno, mangiano e si muovono col buio. I ricercatori

hanno provato a invertire le loro abitudini, nutrendoli regolarmente di giorno. La risposta dei roditori è stata sorprendente: hanno subito iniziato a dormire di notte e a vagare durante le ore diurne. Per individuare l'area del cervello responsabile di questo centro di controllo sensibile alle abitudini alimentari, gli scienziati hanno analizzato l'espressione genica di un particolare gene (MPER1), scoprendo che questa influenza una regione cerebrale chiamata nucleo dorsomediale ipotalamico. I risultati potrebbero risultare molto utili nel trattamento dell'obesità. Nei soggetti obesi, infatti, proprio questa regione del cervello invierebbe segnali anomali che costringono ad alzarsi di notte in cerca di cibo.

Concorso a 6 borse di studio per lavori di ricerca infermieristica, di cui 3 riservate a studenti infermieri

In esecuzione alla Deliberazione del Consiglio Direttivo n. 84 del 5 settembre 2006 è indetto un concorso a 6 borse di studio per lavori di ricerca infermieristica, di cui 3 riservate a studenti infermieri.

Requisiti generali e specifici

Possono partecipare al concorso gli iscritti negli albi degli Infermieri Professionali, degli Assistenti Sanitari e delle Vigilatrici d'Infanzia della provincia di Roma, nonché gli studenti dei corsi laurea per infermiere e infermiere pediatrico di Roma e provincia, anche in associazione.

Tali requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del bando di concorso. Gli studenti devono allegare al lavoro un certificato di iscrizione al corso di laurea.

Il lavoro di ricerca infermieristica deve essere originale, del tutto inedito e realizzato in una delle seguenti aree:

- Rischio clinico
- Cure Primarie
- Governo Clinico
- Modelli Organizzativi

Inoltre, per essere giudicato idoneo, il lavoro di ricerca infermieristica deve rispondere ai requisiti del metodo scientifico. Per questo una parte del lavoro deve essere dedicata alla discussione della metodologia e delle tecniche di indagine utilizzate.

Termini per la presentazione della domanda

La domanda di partecipazione al concorso, in carta semplice, dovrà essere indirizzata al Presidente del Collegio IPASVI di Roma, Viale Giulio Cesare, 78, 00192 Roma e dovrà essere presentata o pervenire entro le ore 12 del 30 settembre 2007.

La domanda si considera prodotta in tempo utile anche se spedita a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro e la data dell'ufficio postale accettante.

Nella domanda di partecipazione dovrà essere indicato il cognome, il nome, il luogo e la data di nascita, la residenza, l'albo nel quale è iscritto o la sede universitaria frequentata, dell'autore o degli autori, nonché il domicilio e il recapito telefonico presso il quale, ad ogni effetto, deve essere data ogni necessaria comunicazione relativa al concorso.

Il Collegio IPASVI di Roma non assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione del lavoro di ricerca infermieristica dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nel lavoro presentato, né per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa del Collegio stesso.

Il termine stabilito per la presentazione dei lavori di ricerca infermieristica è perentorio e pertanto non saranno presi in considerazione i lavori che, per qualsiasi ragione, non esclusa la forza maggiore, vengano presentate o spedite oltre il termine stabilito.

Alla domanda, sottoscritta dal o dai concorrenti dovranno essere allegati 3 copie del lavoro di ricerca infermieristica con il quale si intende concorrere, in formato cartaceo, e una copia in formato digitale su supporto CD.

Commissione esaminatrice

La commissione esaminatrice è composta dai membri della Commissione Ricerca Infermieristica in seno al Collegio IPASVI di Roma, presieduta dal Presidente, e viene nominata con successivo atto deliberativo.

La graduatoria e il premio

La graduatoria dei lavori idonei è formulata dalla commissione esaminatrice ed è approvata con apposito provvedimento, col quale, sulla base dei criteri indicati nell'allegato e parte integrante del presente bando, contestualmente si individuano i 6 lavori ritenuti migliori, a ciascuno dei quali si attribuisce il premio consistente in una borsa di studio di € 3.000, vincolata alla partecipazione a iniziative di formazione, aggiornamento, ricerca nel campo dell'assistenza infermieristica, e nella pubblicazione del lavoro di ricerca infermieristica.

Il presente bando viene pubblicato sulla rivista "Infermiere Oggi", organo ufficiale dei Collegi IPASVI del Lazio, e affisso presso i principali presidi delle aziende sanitarie e ospedaliere, pubbliche e private della provincia di Roma, nonché presso le sedi di corso laurea per infermieri di Roma e provincia.

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla Commissione Ricerca Infermieristica, costituita dai Consiglieri Nicola Barbato, Maria Grazia Proietti, Alessandro Stievano, Marco Tosini, nei giorni di lunedì e giovedì, dalle 16 alle 17, presso il Collegio IPASVI di Roma, viale Giulio Cesare, 78, Roma, tel. 06/37511597

La Segretaria

D.A.I. Dott.ssa Maria Grazia Proietti

Criteri e indicazioni

Fare ricerca per gli infermieri deve divenire un aspetto costitutivo della pratica assistenziale. Per questo vogliamo indicare, in linea generale, una metodologia che rappresenti ciò che il ricercatore si propone di percorrere per raggiungere i propri obiettivi.

1. le aree specifiche di interesse nascono dalla propria esperienza professionale e formativa e normalmente suscitano forte interesse e curiosità nel ricercatore. Inoltre è utile osservare criticamente ciò che viene fatto quotidianamente, ciò che viene fatto da altri colleghi in realtà diverse, leggere e confrontare la letteratura. Il bando ha individuato delle macro aree che possono rappresentare l'universo degli interessi professionali. In Ciascuna macro area è possibile individuare:

- a. gli aspetti privi di conoscenze o con conoscenze antiche o contraddittorie in ambito infermieristico
- b. l'applicazione nella pratica di una conoscenza certificata.
- c. la verifica dell'applicabilità degli strumenti operativi accreditati in ambito sanitario
- d. La conoscenza del rischio rispetto al livello assistenziale offerto.

2. Formulare la domanda, individuare la questione è il momento più importante della ricerca. E' necessario riflettere, confrontarsi, informarsi e, nel caso, utilizzare tutte le conoscenze e interpellare gli specialisti per comprendere pienamente cosa vogliamo. Infatti il metodo della ricerca dipende in larga misura dal tipo di domanda e quindi dagli obiettivi dello studio.

- a. osservazione della propria realtà
- b. formulazione delle idee, delle domande, delle ipotesi e quindi degli obiettivi
- c. pianificazione della ricerca
- d. scritta del protocollo operativo
- e. raccolta dei dati
- f. elaborazione e interpretazione dei dati
- g. rapporto finale
- h. pubblicazione dei risultati

3. Il protocollo operativo, e' lo strumento di lavoro del ricercatore e rappresenta la formulazione del piano di ricerca. Si compone di:

- a. il titolo: sintetico, semplice, esplicito;
- b. i responsabili della ricerca
- c. l'ente o gli enti interessati
- d. l'introduzione, in cui si identifica il motivo dello studio e perché è necessario, i riferimenti bibliografici e le evidenze scientifiche
- e. gli obiettivi: pochi, chiari, ben descritti, oggettivi e di facile comprensione.
- f. Gli strumenti e i metodi: indicare i tempi, i luoghi, i partecipanti, la popolazione di riferimento, i criteri di inclusione o esclusione, gli strumenti di rilevazione, il metodo della ricerca, i criteri di analisi dei dati.
- g. Il finanziamento: comprende il piano finanziario dello studio, i costi del materiale e delle risorse impiegate (umane e tempo).

4. Il rapporto finale della ricerca è ciò che rimane della ricerca da cui è possibile estrapolare articoli scientifici. I destinatari sono i committenti e i partecipanti allo studio. Riporta tutto ciò che è stato fatto e i risultati ottenuti. Se in parte può essere paragonato al protocollo operativo, si diversifica poiché è molto più ampio ed è destinato non al ricercatore ma alla conoscenza del pubblico professionale. Si compone di:

- a. titolo definitivo
- b. autori della ricerca, con qualifica professionale, grado di responsabilità nello studio, ente di appartenenza.
- c. riassunto/abstract, che contiene un'accurata sintesi del lavoro con l'indicazione del perché della ricerca, l'oggetto della ricerca, i metodi e gli strumenti, i risultati ottenuti, le possibili interpretazioni.
- d. introduzione, che deve individuare gli aspetti innovativi dello studio; sono indicate le ragioni e le motivazioni, le problematiche, le difficoltà e le questioni ancora aperte sullo studio, gli obiettivi della ricerca.
- e. descrizione del disegno dello studio, la cronologia delle fasi, il campo di indagine e il campione, l'area di analisi e le variabili osservate, gli strumenti per la rilevazione e l'elaborazione dei dati, la loro validità e affidabilità, i test statistici applicati.
- f. risultati, rappresentati in ordine di importanza, prima i risultati che rispondono agli obiettivi, poi quelli correlati o secondari. I risultati sono descritti con il supporto di grafici e tabelle che non devono sofferire alla descrizione.
- g. discussione: ha lo scopo di dimostrare come e in che misura i risultati ottenuti rispondano alle domande poste. E' possibile seguire uno schema che riassume brevemente i risultati, confrontare il proprio lavoro con quello fatto da altri, esprimere il significato dei risultati e valutare la misura di risposta a quanto è già stato fatto e pubblicato, esprimere eventuali limiti dei metodi impiegati, suggerire raccomandazioni e implicazioni pratiche da adottare o da cui possono scaturire ulteriori lavori di ricerca
- h. bibliografia: rappresenta il valore della ricerca rispetto all'argomento in studio. E' necessario riportare le citazioni del testo con rinvio alla lista bibliografica finale.



*Il Consiglio Direttivo del
Collegio IPASVI di Roma,
porge a tutti gli iscritti
e alle loro famiglie,
i migliori auguri di
Buone Feste.*

