

*M*fermiere oggi

Anno XVII - N. 4 - OTTOBRE-DICEMBRE 2007 - Tariffa Associazioni Senza Finesse 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 ottobre/dicembre 2006
Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.
- Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 90
del 09/02/1990
Anno XVII - N. 4 - OTTOBRE-DICEMBRE 2007

FOTO: MARIO ESPOSITO

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



ASSOCIATO
ALL'UNIONE
STAMPA
PERIODICA
ITALIANA

Finito di stampare: Dicembre 2007

Tiratura: 26.000 copie

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

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

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

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo.

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

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

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

1 EDITORIALE

Dal rischio alla virtù
di **Gennaro Rocco**

3 I pacchetti ambulatoriali complessi come attività assistenziali rimodulate alla luce dell'introduzione dei day service. Aspetti organizzativi e gestionali di un day service per l'ipertensione arteriosa di **Ricci Alessandro, Morlino Lucia, Marotta Anna, Di Carlo Rosaria, Patanè Antonino**

12 Morale ed etica nell'assistenza infermieristica
di **Nadia Saturnini**

20 Il sostegno emotivo alle pazienti ostetriche di elaborazione del lutto
di **Antonietta Salvatore, Vanessa Arnone, Francesco Cuomo**

26 L'ostinazione terapeutica nella rianimazione cardio polmonare
di **Cristian Vender**

29 Attività formative ECM del Collegio Ipasvi di Roma

30 La gestione di un team infermieristico: strumenti e metodologie
di **Mario Esposito**

51 Per-corsi in corsia. Comunicazione e leadership distribuita
di **Carlo Turci e Matilde Napolano**

53 Angeli senza ali il reportage di "ok"

54 RECENSIONE
Le bellezze dell'albero
Una giornata di straordinaria normalità
di **Miriam Miraldi**

56 RECENSIONE
Infermieristica clinica in area Materno-Infantile

57 L'angolo dei media

60 l'avvocato dice...
Esercizio abusivo della professione ed obbligo di iscrizione all'albo
di **Alessandro Cuggiani**

62 Linea diretta con il presidente

64 Infermieri in rete

Dal rischio alla virtù

di Gennaro Rocco

C'è qualcosa di più profondo e significativo in certe campagne scandalistiche, troppo spesso inusitate, che risuonano l'allarme sugli errori in sanità: c'è un atteggiamento diverso della gente, una nuova consapevolezza di massa. Oggi l'errore è un problema sociale perché diversamente dal passato lo si considera socialmente inaccettabile. Il cittadino non accetta che l'esito della cura sia diverso da quello ottimale. Così il tema si guadagna un posto in prima fila tra le questioni bioetiche del nostro tempo.

Ecco che per noi infermieri la gestione del rischio professionale diventa centrale, insopprimibile. Il rischio c'è. Dobbiamo guardarlo in faccia e abbatterlo. Abbiamo gli strumenti per farlo, dobbiamo saperli utilizzare. Il dibattito su questo tema si fa sempre più stringente e attuale. Tanto più per la professione infermieristica, protagonista assoluta dell'assistenza, dunque a più stretto contatto col cittadino e fra le più esposte al rischio.

In questo numero di *Infermiere Oggi* pubblichiamo il rapporto conclusivo della ricerca internazionale sui near misses perché questa divenga patrimonio di tutti i colleghi di Roma e della provincia, per stimolare il dibattito nella professione e per sottolineare che l'infermiere di oggi è in grado di fronteggiare il rischio di errori. La sensibilità professionale su questo tema è ormai di lunga data. Dal 2004 il Collegio ha coordinato in Italia la prima grande ricerca internazionale in questo campo, in collaborazione con numerosi



ospedali italiani, canadesi e con l'Università di Toronto. Uno studio qualitativo multicentrico che dà risposte precise e segna le linee guida da seguire, facendo luce sulle condizioni ambientali che possano determinare situazioni di rischio per i fruitori della prestazione e per gli stessi operatori sanitari.

Prevenire l'errore vuol dire anche imparare dall'errore. Perciò

l'analisi di quell'area grigia rappresentata dai near misses è sempre più indispensabile per implementare lo straordinario processo di crescita professionale che ci caratterizza ormai da diversi anni e ci distingue nel novero delle professioni sanitarie.

Il primo dicembre scorso si è chiuso ad Arezzo il "Forum Risk Management in Sanità 2007", (promosso, fra gli altri, da Fondazione Gutenberg, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute e Ispesi), un evento dedicato proprio a questo tema. Certamente possiamo condividere le parole del Ministro della salute che, intervenendo sulle stime diffuse dalla stampa circa il numero delle vittime di errori sanitari, ha sostenuto che anche se vi fosse un solo morto all'anno per cause evitabili, abbiamo il dovere di affrontare il problema con decisione, garantire la sicurezza dei pazienti e smorzare il conflitto che oggi emerge nel rapporto fra cittadini e operatori.

Prima di ogni altra cosa occorre rilevare il fenomeno per capirlo. Non disponiamo di studi ufficiali sul fenomeno dei near misses. Esistono solo alcune ricerche in-

ternazionali che peraltro forniscono stime difformi sugli eventi avversi in sanità (si va dal 3,7% al 16,6% dei ricoveri). Quella condotta dalla Harvard Medical Study mette in evidenza che la mortalità sul totale degli eventi avversi è del 13,7% ma anche che il 58% degli errori è prevenibile. Un altro studio americano fornisce dati simili; più alti quelli emersi da una ricerca australiana (16,6% di eventi avversi registrati, per metà prevenibili) e da uno studio neozelandese (12,9% di cui il 35% prevenibili). Nel Regno Unito la stima dell'incidenza degli eventi avversi è attorno al 10%, di cui la metà prevenibile, con costi valutati in circa un miliardo di sterline. In Italia non abbiamo studi nazionali completi, ma da alcune stime regionali si può dedurre che il dato (forse fin troppo ottimistico) degli errori si attesti sul 3%. I rimedi esistono e sono disponibili secondo i principi aggiornati di best practice. Ci troviamo però nella situazione paradossale in cui non c'è una mappatura precisa e quantificabile del fenomeno. In questa chiave la ricerca coordinata dal Collegio Ispasvi di Roma offre un contributo di grande valore e utilità. Ma non basta. Servono linee guida compiute, omogenee, efficaci. Dobbiamo poter capire come comportarci e agire di conseguenza, in sicurezza e con serenità. E' un traguardo possibile. Occorre però fissare alcuni concetti basilari. Ogni attore della sanità deve fare la sua parte. La politica deve agire per aumentare le competenze degli operatori attribuendo rilevanza strategica alla formazione (un serio ed efficace programma di ECM potrebbe fare molto in questo campo); serve una legge chiara, garante di percorsi rapidi e snelli per il risarcimento del danno ai cittadini, per dare serenità agli operatori con l'assicurazione obbligatoria e la copertura dei danni da parte delle Asl e degli ospedali; va favorita la segnalazione degli errori da parte degli operatori con l'obbligo della segnalazione ma proteggendone la riservatezza; vanno definiti una volta per tutte e in modo omogeneo gli aspetti medico-legali e assicurativi. Bisogna far emergere tutti i tipi di errore e adottare soluzioni giuridiche innovative non per sollevare i professionisti dalle loro responsabilità, ma per farne un driver nella ricerca di qualità.

Importante è anche investire in sicurezza, assumere un numero adeguato di professionisti (la carenza di organici è senz'altro un fattore di rischio), destinare risorse adeguate alle tecnologie avanzate che riducono gli errori. Come pure lo è comunicare l'errore. E' un diritto del cittadino e un dovere delle organizzazioni sanitarie. Rappresenta uno dei pilastri su cui costruire il sistema per la sicurezza del paziente e la gestione dell'errore stesso. Per garantire la sicurezza servono scambi di informazioni, appropriatezza, qualità delle prestazioni e formazione, serve un'ottica di globalità degli interventi. Ogni struttura dovrebbe avere un risk management ben formato per gestire i percorsi di cura, banche dati credibili sui sinistri e sistemi di rilevamento basati sul modello dell'audit clinico. Oggi la lotta agli errori si focalizza troppo sugli aspetti tecnici tralasciando quelli organizzativo-gestionali.

Il rischio va valutato all'interno della filiera dei servizi sanitari: un continuum che va dalla prevenzione alla riabilitazione. In questa chiave tante buone esperienze, non sempre conosciute, possono incidere e modificare in ogni struttura sanitaria i percorsi di cura, organizzativi e gestionali, divenendo magari requisito fondamentale per l'accreditamento.

Ragioniamo allora su un sistema condiviso di rilevamento, analisi e valutazione dei dati sugli eventi avversi, sui near misses, sul contenzioso. Evitiamo che, come spesso accade, chiunque si senta autorizzato a sparare a caso dati su morti o invalidi vittime degli errori, montando campagne mediatiche sulla malasanità che offendono il lavoro paziente, generoso, di altissima professionalità di chi lavora sul campo.

La sicurezza delle cure e la professionalità degli operatori è l'indirizzo di fondo per un servizio sanitario pubblico, universalistico e solidale, più efficiente, più equo. Gli infermieri ci credono. Il Collegio di Roma è impegnato su questo fronte: le borse di studio per la ricerca infermieristica bandite nel 2007 avranno continuità nel 2008 e saranno proprio il tema dei near misses e della gestione del rischio ad animare la Terza Conferenza Internazionale che si terrà a Roma il 17 e 18 Aprile prossimi.

I PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI COME ATTIVITA' ASSISTENZIALI RIMODULATE ALLA LUCE DELL'INTRODUZIONE DEI DAY SERVICE. ASPETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI DI UN DAY SERVICE PER L'IPERTENSIONE ARTERIOSA

di Alessandro Ricci, Lucia Morlino, Anna Marotta, Rosaria Di Carlo, Antonino Patanè

Il day service nasce come un modello per attività specialistica ambulatoriale di tipo programmabile che comporta l'istituzione di interventi specifici (es. ipertensione arteriosa) articolati e interdisciplinari.

La sua massima espressione operativa è esplicita nella gestione di alcune situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero che può essere prodotto in regime ospedaliero in h.24 o in day hospital risulta inappropriato per motivi di costi e gestibilità clinica.

La presa in carico del paziente da parte del referente individuato (specialista di riferimento) avviene per un inquadramento a 360° e con la successiva gestione assistenziale che dovrà avvenire in tempi brevi (massimo cinque stepp/accessi).

L'impostazione innovativa del modello assistenziale consiste in una novità perché non è più il cittadino/utente che ricerca le modalità per soddisfare la sua domanda di prestazioni diagnostiche e terapeutiche ma è la struttura sanitaria ospedaliera che identifica percorsi specifici con il fine di raggiungere in tempi rapidi l'obiettivo di salute richiesto dal-

l'utente, il tutto razionalizzando l'uso delle risorse nei percorsi stabiliti e semplificando l'accesso negli stessi percorsi assistenziali.

L'obiettivo è quello di garantire continuità e razionalità di gestione assistenziale nei percorsi (efficienza) ed essere allo stesso tempo attenti alle specifiche richieste dei bisogni assistenziali con il fine di recuperare e stabilizzare la salute dell'individuo (efficacia).

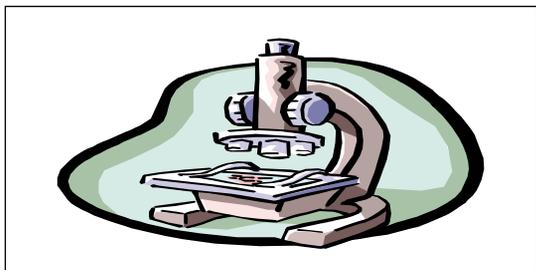
Il D.S. è articolato nella elaborazione di un vero e proprio pacchetto di prestazioni ambulatoriali (prestazioni ambulatoriali complesse - PAC) gestite dal medico specialista il quale permette all'utente di essere inquadrato dal punto di vista clinico diagnostico eliminando così quelli che sono i tempi che spesso si interpongono tra la richiesta del M. d. M.G. e l'effettuazione di ogni singola prestazione, ricalcando quelli che sono i ricoveri in d.h. ma con costi di gestione assai più economici (dh-drg spesso inappropriati e quindi non rimborsabili dalla Regione; equiparazione costi giornalieri di dh con quelli di degenza ospedaliera in h 24). E' un percorso diagnostico completo con la caratteristi-

ca principale di favorire il paziente grazie ad un insieme di prestazioni ed esami specifici, questo pacchetto di prestazioni nasce dalla necessità di creare protocolli diagnostici-assistenziali semplici e standardizzati.

Il percorso è di tipo programmato e non di tipo urgente, verranno concentrate le indagini in un arco di tempo relativamente breve (es. PAC ipertensione arteriosa massimo 5 accessi in un mese e non più di 8 prestazioni).

Tenendo conto per quanto è possibile delle esigenze dell'utente.

Il Pac a conclusione prevede un pagamento di un ticket relativo agli accertamenti sanitari eseguiti.



Le prerogative del PAC sono:

1. gestire percorsi assistenziali in regime ambulatoriale (in alternativa al DH e/o al ricovero ordinario, con conseguente risparmio sull'assistenza alberghiera del paziente;
2. il modello assistenziale deve essere centrato sul problema clinico e non sulla singola prestazione;
3. semplificare l'accesso del paziente alle prestazioni (la gestione delle prestazioni sono a carico della struttura sempre in coerenza con l'iter diagnostico) con l'ipotesi di riduzione delle liste di attesa;
4. razionalizzazione dell'assistenza (ottimizzazione delle risorse con il miglioramento dell'efficienza).

Perché?

Con l'introduzione del DAY SERVICE si vogliono dare risposte concrete alla luce dell'introduzione dei pacchetti ambulatoriali complessi eseguiti per i pazienti, in questo caso con ipertensione arteriosa, in modo da superare le problematiche che emergono in relazione all'ospedalizzazione (ricovero) in day hospital, ottimizzando

l'utilizzo di risorse e ricercando un nuovo modello organizzativo assistenziale per le prestazioni pluri-specialistiche, questo alla luce di problemi evidenziati:

1. un numero di ricoveri in day hospital inappropriati
2. liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali eccessivamente lunghe.
3. assenza, dall'esperienza degli anni precedenti, di una Continuità Assistenziale (l'utente sarà seguito dallo stesso medico specialista del PAC, in questo caso migliorando la continuità assistenziale.

Nelle Regioni in cui i day service sono stati organizzati e l'operato dei day hospital è ancora attivo, ci sono state alcune modifiche nella codifica delle diagnosi remunerate.

In sostanza secondo l'ICD-9 la sola diagnosi di "IPERTENSIONE ARTERIOSA" deve seguire un percorso di tipo esclusivamente TERAPEUTICO in day hospital e non di tipo DIAGNOSTICO.

L'attivazione dei PAC vuole portare proprio questa soluzione con percorsi complessi che diano aspettative positive sia all'utente che all'Azienda Sanitaria erogatrice del servizio.

Chi sono gli utenti destinatari?

Utenti che presentano problematiche correlate all'ipertensione arteriosa, sia in prima diagnosi che in fase cronica non ben tollerata da terapia farmacologica, per i quali il ricovero ospedaliero risulterebbe eccessivo o inappropriato.

La presenza della patologia, merita la gestione specialistica in tempi brevi, sia per la presa in carico del paziente che per la gestione dello stesso (continuità assistenziale).

Caratteristiche peculiari

L'attività specialistica ambulatoriale, consente di utilizzare il sistema organizzativo di un Day Hospital.

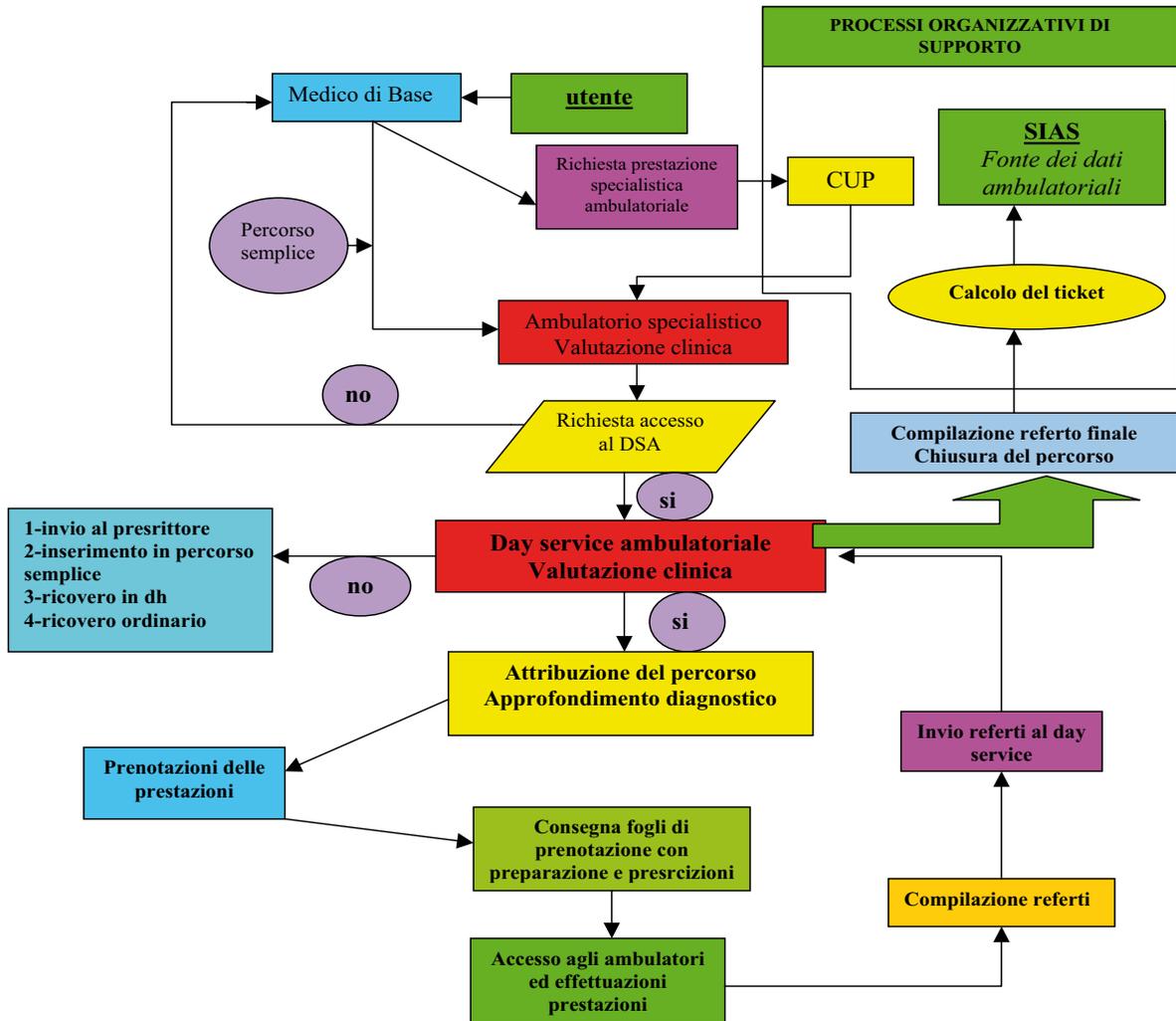
1. Questo processo organizzativo comunque positivo potrà essere ripreso, considerando gli aspetti positivi, per la organizzazione e gestione dell'ambulatorio specialistico;
2. permette di concentrare i tempi di attesa, per le prescrizioni richieste dallo

specialista seguendo i criteri del Day Hospital, perché verrebbe seguita la stessa corsia preferenziale;

3. l'accesso da parte dell'utente in modo diretto alle strutture ambulatoriali e senza dover provvedere alla prenotazione degli esami previsti;
4. unico modo di pagamento ticket (se previsto) sulla base di dati clinico anagrafici e di prestazioni da eseguire.



Il percorso del paziente nel Day Service



Sono stati individuati, come si osserva nel diagramma di flusso, percorsi in regime di assistenza in Day Service in considerazione della rilevanza quali-quantitativa, nell'ambito della patologia in questione (ipertensione arteriosa) si prevede la messa in rete di competenze specialistiche e l'utilizzo integrato di risorse tecnologiche, diagnostiche e strumentali (come la radiologia per immagini, il laboratorio analisi, il servizio di angiologia, ecc)

Per ogni percorso sono ben definiti:

1. i criteri clinici per l'ammissione allo specifico regime assistenziale
2. codifica da parte di un eventuale nomenclatore tariffario le prestazioni ambulatoriali
3. le modalità organizzative e le attività assistenziali nelle aree di riferimento (in base al percorso specifico)
4. il responsabile del percorso (case manager)
5. i referenti individuati, per ogni erogazione di percorso, necessari al case manager nella fase di pianificazione del percorso.

Le caratteristiche di questo modello organizzativo sono state concepite per assistere utenti con :

- patologie croniche che richiedono monitoraggi frequenti (vedi la presenza dell'ambulatorio specialistico);
- situazioni cliniche non croniche, ma complesse sul piano diagnostico assistenziale, i quali potrebbero avere danni secondari dalla patologia primari (ipertensione arteriosa-danno renale; ipertensione arteriosa-danno vascolare; ecc.).

Ecco la presenza nel percorso di Day Service di servizi ad integrazione e supporto:

- **le strutture ambulatoriali**, in questo modo riducendo o annullando la componente UTENTE-SPORTELLO (nuova componente sarà quella del Centro Servizi o CUP per il Day Service).

Quali modifiche?

Nessuna modificazione del sovraccarico strutturale (in risorse materiali o umane). Migliore gestione dei flussi informativi derivati dai dati provenienti dalle diagnosi finali del PAC (mediante l'ausilio di sole schede di dimissioni ospedaliere) e dalle prestazioni eseguite.

Migliore appropriatezza delle risorse, della qualità del servizio reso all'utente e della pratica clinica assistenziale.

Le figure previste

1. Il **medico specialista** svolge attività ambulatoriale di tipo internistico e costituisce il nodo cardine nella quale viene formulata l'indicazione all'accesso al percorso di Day Service.

Questa attività può essere espletata all'interno del presidio ospedaliero oppure se previsto dall'eventuale piano aziendale (qualora il territorio per caratteristiche lo preveda) a livello territoriale.

Il MMG in questa realtà è il professionista che valuta nella fase iniziale l'ipotesi di una visita dal **medico specialista**, è la figura di interposizione tra l'utente e il **medico specialista**:

2. La figura del MMG è molto importante perché darà informazioni essenziali per un successivo percorso di continuità assistenziale del paziente. I suoi compiti sono quelle:

- segnalare mediante relazione dettagliata l'eventuale quesito diagnostico

in relazione al caso clinico (es. ipertensione arteriosa dopo nefrectomia monolaterale)

- contatto telefonico diretto con il case manager titolare del percorso, per la segnalazione anche verbale del caso clinico da valutare.

Alla fine dell'iter diagnostico, il MMG riceverà la lettera di dimissione (relazione conclusiva) per la continuità assistenziale nel tempo.

3. Il **case-manager** è lo specialista identificato che ha la funzione della gestione dell'accesso e il coordinamento delle prestazioni specialistiche, in modo particolare prevede:

- interfaccia con il medico prescrittore, questo per orientare il problema diagnostico e terapeutico;
- l'inserimento del paziente in apposita lista di prenotazione per il Day-Service e definizione del **grado di priorità**;
- provvede alla prima valutazione medica (esame obiettivo raccolta dati anamnestici, conferma/riformulazione del quesito diagnostico/terapeutico
- pianificazione del percorso diagnostico/terapeutico;
- formulazione della diagnosi e proposta di trattamento
- prevede ad altri percorsi diagnostici terapeutici (ricovero in day hospital o ricovero ospedaliero);
- e responsabile della revisione dei percorsi clinici/assistenziali in quanto promotore verso il miglioramento della qualità;
- è responsabile della continuità assistenziale;

4. Il **infermiere coordinatore**, ovvero è colui/lei che ha l'incarico di organizzare in tempo reale tutti gli appuntamenti previsti per il percorso diagnostico, ha la competenza di organizzare i carichi di lavoro gestendo il personale infermieristico dedicato. Inoltre è deputato nella gestione dei flussi informativi che dovranno essere in modo capillare forniti ai servizi competenti (statistica degli accessi con riferimenti epidemiologici), riconoscimento di eventuali eventi sentinella che perturbano il percorso di qualità del prodotto (eventuali sospensioni temporanee delle prestazioni dei servizi di supporto). È la figura che si interpone tra le

richieste dell'utente (bisogni personali) e l'organizzazione clinico/assistenziale. È deputata alla registrazione di tutti gli accessi giornalieri con l'incarico di gestire il cartaceo personale di ogni paziente. Fa riferimento direttamente allo staff medico (collaborando on line) con il quale dovrà rimanere in contatto per la gestione delle prestazioni e dei casi che saranno presenti in Day-Service.

CONCLUSIONI

Dal punto di vista economico, l'attivazione di un PAC elimina la spesa alberghiera che altrimenti sarebbe prevista in caso di ricovero ordinario o di day hospital, inoltre viene remunerato dalla regione con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate; e da parte dell'utente è prevista una partecipazione di spesa con il pagamento del ticket; tuttavia si ritiene che per ammortizzare la spesa che giustifichi il lavoro del medico referente e dell'infermiere che orga-

nizza il tutto è auspicabile che durante una giornata si attivino più PAC possibili; inoltre si dovrebbe avere una sorta di check list in maniera tale che qualora un paziente fosse impossibilitato a presentarsi ad un appuntamento sia rimpiazzato da un altro utente in modo tale da non sprecare gli appuntamenti messi a disposizione dai vari servizi (radiologia, oculistica,...)

Si ribadisce che le finalità del PAC sono quelle di:

1. garantire percorsi assistenziali in regime ambulatoriale alternativi al ricovero ordinario e al day hospital, con un modello centrato su un problema clinico e non sulla singola prestazione;
2. semplificare l'accesso del paziente alle prestazioni attraverso la gestione da parte della struttura delle prenotazioni;
3. razionalizzare l'assistenza ospedaliera permettendo l'ottimizzazione delle risorse e il miglioramento dell'efficienza attraverso lo spostamento delle attività dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

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

SCHEDA DI PRESTAZIONE DI DAY-SERVICE

UNITÀ OPERATIVA		DATA APERTURA	
		DATA CHIUSURA	
PROBLEMA CLINICO			
REFERENTE DEL PAC			
NOME	COGNOME		
INDIRIZZO		TEL.	CELL.
ETA'	PESO	PA	FC
		PA	FC
		PA	FC
		PA	FC
DATA	PRIMO ACCESSO		
	PRESTAZIONE	codice	tariffa
	diagnostica		
	visita e gestione del PAC	P01	25.00
	monitoraggio della pressione arteriosa	89.61.1	41.32
	elettrocardiogramma	89.52	11.62
	esame del fondo oculare	95.02	11.63
	analisi cliniche		
	prelievo di sangue venoso	91.49.2	0.52
	colesterolo HDL	90.14.1	1.86
	colesterolo totale	90.14.3	2.28
	creatinina	90.16.3	2.56
	glucosio a digiuno	90.27.1	1.70
	acido urico	90.43.5	1.70
	emocromo	90.62.2	3.31
	esame chimico fisico delle urine	90.44.3	1.14
	potassio sierico	90.37.4	2.78
	trigliceridi	90.43.2	5.17
	proteina C reattiva	90.72.3	4.75
	microalbuminuria	90.33.4	4.65
	proteinuria	90.39.1	4.65
	renina	90.40.2	19.11
	aldosterone	90.05.3	19.11
	catecolamine totali urinarie	90.12.4	12.6
	cortisolo	90.15.3	19.11
	SECONDO ACCESSO		
DATA	prestazione	codice	tariffa
	ecografia renale	88.74.1	43.9

	ecocardiogramma	88.72.1	51.65
	ecocolor Doppler carotideo	88.77.2	43.9
	TERZO ACCESSO		
DATA	prestazione	codice	tariffa
	ecocolor Doppler femorale	88.77.2	43.90
	ecocolor Doppler arterie renali	88.77.2	43.90
DATA	ACCESSO CONCLUSIVO		
	prestazione	codice	tariffa
	Visita successiva alla prima	89.01	12.76
			Totale in Euro

La scheda PAC è stata studiata in maniera da contenere tutte le informazioni necessarie sia per avere un contatto diretto con il paziente, sia per una chiara organizzazione dell'iter diagnostico che il paziente deve seguire.

E' stata divisa in tre accessi in cui sono inseriti gli esami diagnostici strumentali e le analisi cliniche che il medico referente riterrà opportuno richiedere .per ogni accertamento si annoterà la data di esecuzione , in maniera di avere ben chiaro l'iter del paziente.

Sarà cura degli operatori del day service assicurarsi che il paziente venga informato adeguatamente sugli esami da effettuare in modo che non ci siano disguidi nella perdita di appuntamenti per mancata chiarezza delle informazioni.

RESPONSABILITA' DELLE FIGURE OPERATIVE DI DAY SERVICE			
Figura che svolge l'attività	Medico responsabile	Infermiere coordinatore	Medico di base Figura di sussidio per la continuità assistenziale
Descrizione attività			
Proposta di day service e/o visita specialistica	coinvolto	coinvolto	responsabile
Presa in carico del paziente in ambulatorio specialistico	responsabile	coinvolto	coinvolto
Presa in carico del paz. In day service	responsabile	responsabile	coinvolto
Informazioni ed istruzioni al paziente	coinvolto	responsabile	coinvolto
organizzazione degli esami specialistici	coinvolto	responsabile	coinvolto
Valutazione dei referti	responsabile	coinvolto	responsabile
Redazione del referto finale	responsabile	coinvolto	coinvolto
Organizzazione della continuità assistenziale	coinvolto	responsabile	responsabile
Prenotazione degli esami ed eventuale consulenze specialistiche in successione temporale mirando alla massima efficacia ed efficienza	coinvolto	responsabile	non coinvolto
RISORSE			
MATERIALI/STRUTTURALI		UMANE	
<ol style="list-style-type: none"> 1. LOCALI PER IL DAY SERVICE E AMBULATORI 2. ARMADI/ARCHIVI 3. CARTACEO 4. COMPUTER-STAMPANTI-FOTOCOPIATRICI-FAX 5. LINEE TELEFONICHE 6. MATERIALI PER ASS. SANITARIA 		<ol style="list-style-type: none"> 1. MEDICI 2. INFERMIERI 3. AMMINISTRATIVI (*) non afferenti al day service 4. EVENTUALI OTA O AUS. SOCIO SANITARI se previsti nell'organico 	

I PERCORSI NEGLI ACCESSI DEI PAZIENTI:

in base alle varie tipologie di accesso, tramite il MMG ,PRONTO SOCCORSO e DIMISSIONE DA REPARTO OSPEDALIERO, abbiamo elaborato diagrammi che definiscono in modo schematico il percorso dei nostri tre ipotetici pazienti.

1° PERCORSO



2° PERCORSO



3° PERCORSO



Il presente progetto è stato realizzato nell'ambito del corso di studi in Igiene Generale ed Applicata tenutosi dal Dott. R. Testa per il conseguimento al Master di Primo Livello in Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" anno accademico 2007/2008.

Autori:

*Ricci Alessandro infermiere presso l'U.O.C. Geriatria Ospedale S.Eugenio - Roma
Lucia Morlino infermiera presso l'U.O.C. Patologia Vascolare Ospedale S. Eugenio - Roma
Anna Marotta infermiera presso l'U.O.C. Pediatria Ospedale S.Eugenio - Roma
Rosaria Di Carlo infermiera presso l'U.O.C. Ematologia Ospedale S. Eugenio - Roma
Antonino Patanè infermiere presso l'U.O.C. Ematologia Ospedale S. Eugenio - Roma*

Bibliografia essenziale:

Appunti lezioni di Igiene generale ed applicata svolte nel Master in Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento Anno Accademico 2007-2008- Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" Docente Dott. Testa Roberto.

RIFERIMENTI LEGISLATIVI:

- 1) D.LGS 229/99 ART.8 economicità impiego delle risorse qualità ed appropriatezza delle cure attività dei LEA;
- 2) DPCM30/11/2001 in materia di prestazioni ambulatoriali - appropriatezza - risparmio
- 3) PIANO SANITARIO NAZIONALE 2002-2004
- 4) DGR 255/02 definizione dei livelli essenziali di assistenza.
- 5) DGR 864/02 individuazione delle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di inappropriatazza di cui all'allegato 2c DPCM 29-11-2001
- 6) DGR 1178/03 appropriatezza ed efficacia degli interventi sanitari-sistema regionale dei controlli esterni dell'attività ospedaliera
- 7) DGR LAZIO 731/05 ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.....(omissis).....

MORALE ED ETICA NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

di Nadia Saturnini

In qualsiasi area e a tutti i livelli del loro esercizio professionale, gli infermieri incontrano quotidianamente problemi di natura etica e quando si imbattano in questo tipo di problemi devono decidere se intraprendere un'azione e, nel caso lo debbano fare, che tipo di azione intraprendere e quando.

In ambito sanitario, la maggiore complessità delle situazioni assistenziali, i vincoli organizzativi e la costante preoccupazione del contenimento della spesa sanitaria hanno determinato l'aumento della portata dei conflitti e dilemmi etici, e ciò richiede una preparazione più mirata di tutto il personale sanitario.

Il bambino, l'anziano, il cronico, il morente sono per gli infermieri prepotentemente vivi, come vivo è il paziente in attesa di trapianto o il donatore mantenuto artificialmente in vita in attesa di una fine non sempre biologicamente accettabile come tappa di un processo clinico.

Problematiche ieri inesistenti quali la mappatura del genoma umano, la donazione, l'eutanasia, il suicidio assistito, il consenso informato, l'interruzione volontaria di gravidanza, l'obiezione di coscienza, l'accesso all'assistenza sanitaria e la sua equità, hanno generato maggiori perplessità riguardo le decisioni assistenziali che è necessario declinare con le responsabilità fondamentali dell'infermiere:

- promuovere la salute,
- prevenire la malattia,
- ristabilire la salute
- alleviare la sofferenza

L'acquisizione di maggiori strumenti in questi ambiti è più che mai opportuna in quanto è riconosciuto che gli infermieri sono individualmente moralmente re-

sponsabili e competenti delle loro azioni (Legge 42/1999)

La preoccupazione non è solo relativa alle responsabilità di carattere giuridico e penale connesse con la competenza e la presa di decisioni, ma si riferisce anche al costo in termini di disagio e malessere personale (per non citare i ben noti fenomeni di stress, burn out e mobbing) che ritengo abbiano una notevole incidenza sul livello di turn over e abbandono della professione proprio da parte degli "infermieri clinici" che costituiscono la spina dorsale del nostro sistema sanitario.

Naturalmente i problemi di natura etica e le decisioni assistenziali che determinano conflitti nella cura della salute, non sono solo confinati a casi estremi ed eccezionali infatti si deve considerare che la maggior parte delle azioni assistenziali hanno **rilevanza etica** cioè richiedono l'applicazione di **norme morali**, ossia vincolanti, nei confronti della propria coscienza, che rendono quel comportamento veramente degno del professionista infermiere.

L'agire etico di una persona dipende in parte dalla sua capacità di riconoscere che una certa situazione presenta un problema di natura morale, di identificare in che modo compiere **l'azione etica appropriata**, se e quando necessario, nonché l'impegno personale, animato da un desiderio autentico, per il conseguimento di **risultati morali**.

La capacità di rispondere in modo appropriato ed efficace a problemi di natura morale richiede a sua volta: sensibilità morale, ragionamento morale, motivazione morale e carattere morale o caratteristiche morali.

1. **SENSIBILITÀ' MORALE** deriva dal senso morale di una persona; è **influen-**

zata dall'educazione ricevuta, dalla cultura, dalla religione, dagli studi compiuti e dall'esperienza di vita; può essere espressa in modi diversi da persone diverse. **Richiede** riflessione critica, intuizione, capacità di riconoscere in una certa situazione la presenza di un problema di natura morale. **Implica** l'interpretazione dei comportamenti verbali e non verbali di una persona, l'identificazione dei suoi desideri o bisogni e la capacità di rispondervi in modo appropriato.

PROBLEMA MORALE

- rivelare o no la sieropositività HIV alla madre di una paziente per proteggere dal rischio di contagio i fratellini più piccoli?;
- rivelare o no la stessa sieropositività alla ragazza di un nostro assistito presso il centro SERT.

2. IL RAGIONAMENTO MORALE è l'atto di trarre conclusioni logiche da fatti o segni, la capacità di stabilire che cosa si dovrebbe fare da un punto di vista morale in una certa situazione. Può implicare che la persona scelga tra ideali, valori e obiettivi in conflitto tra loro per decidere che cosa fare.

E' principalmente un processo cognitivo attraverso il quale la persona identifica un insieme di azioni eticamente difendibili intese a conseguire un risultato morale ideale.

RAGIONAMENTO

- non rivelare la sieropositività rientra in un rapporto di fiducia individuale con il proprio assistito, in questo rapporto il segreto professionale rappresenta la colonna portante, d'altra parte gli infermieri hanno tra i propri doveri anche quello di prevenire la malattia e in questi casi si tratta di evitare il contagio di una grave patologia.

3. LA MOTIVAZIONE MORALE è il desiderio di conseguire buoni risultati morali. **Implica che la persona scelga** tra ideali, valori o obiettivi in conflitto tra loro:

- preservare il rapporto di fiducia infermiere paziente?
- salvaguardare il principio della privacy?

- considerare il valore etico e professionale di prevenire una grave malattia come l'AIDS nei fratellini del nostro assistito o nella sua ragazza ignari del rischio che corrono?

4. IL CARATTERE MORALE consiste nella fermezza delle proprie convinzioni e nel coraggio che permette di **attuare un piano di azione** che si ritiene moralmente imperativo.

La norma morale vincola la volontà del singolo perchè questi ne risponde alla propria coscienza.

La coscienza, quindi, rimane la norma che l'infermiere si propone di seguire per svolgere il proprio lavoro e di fronte ad essa stanno le norme e le leggi che la interpellano.

Ma la coscienza non obbedisce alle norme in maniera cieca, meccanica e passiva, bensì le valuta in maniera critica facendole proprie solo se corrispondono all'ordine morale da essa riconosciuto, se non vi corrispondono non hanno valore di fronte alla propria coscienza.

Nell'ambito dell'assistenza infermieristica, per decidere cosa sia eticamente corretto, occorre considerare le informazioni riguardanti il paziente all'interno di uno schema o un contesto di valori.

Infatti, affinché possa essere definito il modo migliore per assistere o aiutare il paziente, ogni singola decisione deve prevedere:

1. l'analisi dei VALORI coinvolti (personali, del paziente, individuali, della collettività, culturali e professionali) e gli interessi in gioco
2. Il contesto entro il quale dovrà essere presa la decisione
3. il genere di strategie che sarà necessario adottare per dare una soluzione ai problemi identificati
4. La natura delle responsabilità dell'infermiere in quella determinata situazione.

NATURA DEI VALORI

Un VALORE è uno standard o qualità di una persona o di un gruppo sociale che sia ritenuto importante.

Spesso i valori derivano da bisogni o esigenze, derivano dalla cultura personale, familiare di un gruppo o ambiente lavorativo.

Possono essere espressi dalle parole e dal comportamento e rappresentano l'insieme delle convinzioni che ciascuno di noi reputa vere.

All'interno di questo sistema individuale di valori, alcuni sono ritenuti più importanti e a questi viene data la **priorità**.

Tale gerarchia in genere è stabile nel tempo, ma altri valori possono, e in effetti lo fanno, rimpiazzare quelli ritenuti più importanti in seguito a nuove esperienze di vita e a una riconsiderazione dei propri valori.

Qualsiasi valore può acquisire il potere di motivare e guidare le scelte.

Spesso gli individui sono inconsapevoli dei valori che sono alla base delle loro scelte e decisioni, per questo la comprensione dei propri valori rappresenta il primo passo per prepararsi a prendere **decisioni etiche**.

Convinzioni personali

Alcuni valori che un infermiere possiede sono probabilmente più convinzioni personali e non di natura morale.

Per esempio è il caso in cui si dà più valore alla pratica assistenziale di eseguire l'igiene agli ospiti di una casa di riposo la mattina presto che alla scelta dell'orario da parte delle persone.

Considerare giusta questa regola è da considerarsi come scelta non di natura morale dal momento che si tratta di **questione di praticità dell'organizzazione, di efficienza, routine e ordine**.

Valori morali

I valori morali originano da quegli **interessi morali importanti** che fanno sì che le persone difendano concetti come la vita umana, la libertà e l'autodeterminazione, il benessere sociale e personale.

L'etica comprende i processi che utilizziamo per attribuire ragioni morali alle azioni umane e legittima (giustifica) queste azioni. L'etica si occupa dei giudizi di valore su ciò che è giusto o sbagliato, valuta un comportamento come buono o cattivo. (per es. difendere della vita e preservare la vita rappresenta un'azione moralmente buona).

Valori culturali

I valori culturali sono identificabili come standard accettati e dominanti in uno

specifico gruppo culturale e servono a dare significato e valore all'esistenza e alle esperienze del gruppo stesso.

Svolgono un ruolo determinante nell'influenzare usanze e tradizioni (comprese le pratiche religiose).

Per esempio la mutilazione genitale femminile è una pratica culturale che è stata giustificata sulla base di ragioni culturali interne che comprendono "l'appello al costume, alla religione, all'onore della famiglia, alla pulizia, all'estetica, all'iniziazione, all'assicurazione della verginità, alla promozione della coesione sociale e politica, all'aumento della fertilità, al miglioramento del piacere sessuale del maschio e alla prevenzione della promiscuità della donna" (Sherwin 1992) giovani donne di età compresa dai 7 ai 15 anni si sottopongono volontariamente alla mutilazione credendo che questa le renda più femminili pulite e obbedienti.

Tutte le culture possiedono un **sistema morale** (valori morali e convinzioni) per ciò che costituisce una condotta giusta o sbagliata.

Ogni cultura possiede valori e convinzioni anche in relazione alla salute, alla malattia, a quale sia un comportamento accettabile nel fornire assistenza e da chi e come l'assistenza debba essere erogata.

- sempre per esempio, la cultura anglo americana dà un elevato valore al diritto dell'individuo di attuare scelte in relazione alla propria vita che siano libere dall'interferenza altrui (compresi familiari e amici) la cultura greca e italiana o quella di gruppi culturali tradizionali attribuiscono un valore molto alto alle decisioni prese in seno alla famiglia;
- Alcune culture tradizionali considerano la morte come un evento ingiusto, mentre alcune culture contemporanee la percepiscono come un evento atteso e persino una "benedizione" al termine di una vita ben spesa.

E' importante capire che ogni cultura possiede un proprio sistema etico e che questo rappresenta il prodotto della storia e della cultura che lo ha generato.

Poiché l'assistenza infermieristica è praticata in numerose e differenti culture si deve tener conto dei valori sottesi ed espressi dalla cultura della popolazione che si assiste e di come tali valori si rap-

portano agli interventi infermieristici.

2.4. L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo.

Valori religiosi

I valori religiosi sono, come la morale il prodotto della storia e della cultura dalla quale originano.

I valori appresi in un contesto religioso sono talmente solidi e duraturi che continuano ad influenzare le abitudini e le convinzioni delle persone anche quando queste abbiano abbandonato un particolare credo religioso. Spesso sono profondamente radicati nell'educazione e nell'esperienza personali e non possono essere messi in discussione senza mettere in dubbio lo stesso concetto che ognuno ha di sé.

- per es. è noto che i testimoni di geova proibiscono la trasfusione di sangue sulla base dell'interpretazione del divieto contenuto nelle sacre scritture di "mangiare sangue": Essi puniscono i membri della loro chiesa che volontariamente disobbediscono alla dottrina religiosa con l'ostracismo o l'espulsione;
- per es. per valori religiosi si può decidere di non assistere il medico nella procedura di IVG in quanto può violare le proprie convinzioni e quindi può minare il concetto di sé come persona morale.

2.5. Nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. In presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale, si avvale del diritto all'obiezione di coscienza.

L'obiezione di coscienza è l'atteggiamento di colui che si rifiuta di svolgere attività assistenziali contrarie alla sua morale (legge 194 LV.G.); viene prevista dal legislatore per tutelare la coscienza e i principi morali degli operatori; L'operatore che solleva obiezione di coscienza deve astenersi dal prendere parte alle procedure intese come "quelle procedure e quelle attività specificatamente necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza e quindi non l'assistenza antecedente e conseguente

l'intervento". L'obiezione di coscienza assume pertanto il valore di diritto dovere. La partecipazione diretta a questo genere di interventi può costituire oggetto di obiezione, così pure la somministrazione di farmaci abortivi; l'obiezione trova limite in caso di pericolo di vita.

Valori personali

I valori personali sono le convinzioni morali, gli ideali individuali che fanno da guida al proprio comportamento e al modo in cui la persona si rapporta alla vita.

- Per es. Un infermiere potrebbe attribuire un grande valore alla pulizia (convinzione personale) e all'onesta (valore morale); questi valori personali influenzeranno il comportamento, le azioni e le decisioni che prenderà.

I valori personali sono organizzati in una gerarchia che ha importanza per quel singolo individuo e che quindi può variare notevolmente da persona a persona.

Ciascun infermiere possiede un sistema di valori personali influenzato dalla propria educazione familiare, dalla cultura, dalle convinzioni politiche, religiose e dalle esperienze di vita.

Per questo motivo non si può esser certi che il sistema personale di valori altrui sia simile al proprio.

I valori Professionali

I valori professionali rappresentano degli standard fondamentali che sono stati condivisi e che quindi ci si aspetta che vengano rispettati da un gruppo professionale.

I valori professionali degli infermieri sono promossi dai codici etici di condotta professionale, dagli standard di preparazione e dalla pratica professionale stessa.

Gli infermieri apprendono i valori professionali tradizionali (stile, abitudini, norme sociali di costume) e i valori più propriamente di natura morale (l'integrità, la giustizia, l'imparzialità, la compassione, il prendersi cura, l'onestà, la fedeltà, la comprensione ecc.) dall'istruzione e dall'osservazione di come lavorano gli altri infermieri incorporando nel proprio sistema di valori quelli professionali.

Conflitti di valori

Sia i valori morali, sia le convinzioni personali possono facilmente entrare in con-

flitto tra loro con i diritti del paziente e con gli obblighi professionali.

I valori personali possono entrare in conflitto con quelli professionali che a loro volta possono essere in contrasto con quelli culturali:

- ad es. il valore che un paziente anziano ripone nella libertà personale - scendere dal letto quando lo desidera - potrebbe essere in conflitto con il valore professionale di garantire la sicurezza del paziente espressa con la presenza di spondine;
- Il valore professionale di somministrare dosaggi sicuri di un farmaco può entrare in conflitto con il desiderio del paziente di alleviare il dolore e con il valore dell'infermiere di alleviare la sofferenza. In ciascuna di queste situazioni l'infermiere deve essere in grado di identificare i valori coinvolti, la rilevanza dei diritti reclamati e la corrispondenza dei propri doveri.

Fortunatamente, in questo tipo di conflitti di valori, le linee guida professionali e i codici deontologici forniscono indirizzi da seguire. Infatti i principi e i doveri (deontologia) che regolano la professione, sono una derivazione e insieme una precisazione e applicazione degli universali diritti dell'uomo.

I doveri e le regole che riguardano il gruppo professionale si identificano con l'etica professionale, il rispetto di queste regole e di questi doveri (indicati nei codici etici o deontologici) determinano l'immagine che la professione di se stessa, il suo buon funzionamento e la fiducia di coloro che si affidano alle prestazioni di un professionista.

1.4 Il Codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo dell'identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile.

E' uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.

Spicer (1955) sottolinea che le linee guida morali di un codice deontologico consistono, in genere, di 3 elementi: valori, doveri e virtù:

1. I valori rappresentano i fondamentali aspetti ritenuti buoni o gli obiettivi sposati dalla professione che nell'assi-

stenza infermieristica potrebbe essere tutto ciò che è finalizzato al benessere del paziente;

2. I doveri sono di varia natura e comprendono il rispetto per la dignità umana, la tutela dell'autodeterminazione, il mantenimento della riservatezza;
3. Le virtù possono comprendere quei tratti caratteriali che sono desiderabili per i membri di quel gruppo: l'onestà, la compassione, la sincerità e l'integrità personale.

L'etica professionale, quindi, può essere definita come un insieme di standard e comportamenti concordati che ci si aspetta dagli appartenenti ad un determinato gruppo professionale e che sono descritti nel CODICE DEONTOLOGICO di quel gruppo.

Gli standard per un comportamento etico sono stati influenzati dalle forze sociali e dallo sviluppo della stessa assistenza come professione contemporaneamente anche tali standard si sono evoluti da regole di etichetta per l'assistenza al malato a dichiarazioni di azioni morali sostenute da principi e contenute nei codici deontologici.

I principi etici sono delle guide per compiere delle decisioni o azioni morali che si focalizzano sulla formazione di giudizi morali nella pratica professionale. Affermano che le azioni di un certo tipo dovrebbero o non dovrebbero essere compiute e servono a giustificare le regole che vengono spesso osservate nell'assistenza al paziente.

Le modalità con le quali tali principi vengono applicati in una data situazione o all'interno di una cultura specifica possono tuttavia variare; per es. nella maggioranza delle culture si è convinti che l'infermiere non debba mentire al paziente (in accordo con il principio di veridicità) ma ciò che viene considerato come mentire può essere differente in due paesi diversi, così il principio in oggetto può essere applicato in modo differente in due paesi diversi.

I PRINCIPI ETICI FONDAMENTALI PER LA PRATICA INFERMIERISTICA SONO:

1. Beneficenza e non maleficenza;
2. Giustizia;

3. Autonomia;
4. Veridicità e fedeltà (rapporto fiduciaro o di fiducia).

Beneficenza e non maleficenza: Rappresentano 2 principi cardine che sono alla base della *pratica etica* dell'assistenza infermieristica e sanitaria, la beneficenza è il dovere di operare per il bene e la non maleficenza è l'obbligo di evitare di fare del male.

Tali principi, sebbene siano ovviamente correlati, sono comunque distinti ed è importante riconoscere la differenza quando si utilizzano come guida per una condotta morale.

Servizi di questi principi può significare sia aiutare gli altri ad ottenere ciò che per loro è un giovamento (es. promuovere la loro salute e benessere) sia comportarsi in modo tale da prevenire o ridurre i rischi di nuocere al paziente (ciò che può causare sofferenza fisica o psicologica o contravvenire a loro interessi morali significativi).

2.6. Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.

Giustizia Gli infermieri dovrebbero preoccuparsi di come i benefici e gli oneri debbano essere equamente distribuiti tra i pazienti, quale sia la giusta ed equa allocazione delle risorse sanitarie e dell'assistenza infermieristica. Il sistema dovrebbe garantire a tutti gli individui la medesima possibilità di accesso a qualsiasi risorsa sanitaria disponibile in relazione alle proprie necessità individuali.

2.7. L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse.

In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base di criteri condivisi dalla comunità professionale.

Autonomia

Il principio etico dell'autonomia implica che agli individui dovrebbe essere permessa la libertà personale di determinare le proprie azioni, ciò significa rispettare gli individui come esseri capaci di auto de-

terminare le proprie scelte che originano da valori e convinzioni personali. Uno dei problemi che possono derivare dall'applicazione di questo principio è rappresentato dal fatto che spesso pazienti hanno capacità variabili di essere autonomi rappresentate dalla capacità mentale, dal livello di coscienza, dall'età, dallo stato della malattia, la qualità delle indicazioni offerta per compiere scelte informate e la disponibilità di mezzi finanziari.

4.2. L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte.

Veridicità

Il principio di veridicità viene definito come il dovere di dire la verità e non mentire o ingannare gli altri. In molte culture la sincerità viene da tempo considerata come fondamentale per l'instaurarsi della fiducia tra gli individui. La sincerità è un valore che ci si aspetta generalmente come parte del rispetto che è dovuto alle persone: Gli infermieri sono tenuti ad essere sinceri in maniera culturalmente appropriata, dire la verità è un compito complesso che deve essere gestito in rapporto alla cultura stessa. Per esempio alcune civiltà attribuiscono un valore alto al rispetto dell'autonomia del paziente e al suo diritto di conoscere la propria diagnosi e prognosi medica, nascondere è considerato ingiusto paternalismo (il paternalismo viene definito come l'annullamento delle scelte individuali o delle azioni intenzionali).

In altre culture si presume che il paziente abbia il diritto di non sapere. In questi ambiti culturali la chiave interpretativa per onorare l'autonomia del paziente sta nel riconoscere il ruolo terapeutico non professionale della famiglia nel fornire al proprio caro le informazioni da dare al loro familiare.

4.5. L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza e adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere.

Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.

Fedeltà Il principio di fedeltà viene definito come l'obbligo di essere fedeli ai doveri impliciti in ogni rapporto di fiducia tra paziente e infermiere quali ad esempio mantenere le promesse e il rispetto della riservatezza. Quest'ultimo obbligo è uno dei requisiti fondamentali nell'etica delle professioni assistenziali e sanitarie.

4.8. L'infermiere rispetta il segreto professionale, non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione come risposta alla fiducia che l'assistito ripone in lui.

Si sostiene che sia moralmente accettabile non rispettare promesse e riservatezza quando ciò implichi un pericolo per la salute di terzi. Un esempio di questa situazione si ha quando la riservatezza presunta nei riguardi di un paziente viene violata per denunciare l'abuso su un minore o per trasmettere all'autorità sanitaria i

risultati di una grave patologia contagiosa. Le informazioni devono essere fornite solo all'autorità sanitaria e a nessun altro in modo da proteggere il bambino dal pericolo di abuso e le persone all'oscuro dal pericolo del contagio.

La capacità di prendere decisioni etiche è essenziale per eccellere moralmente nella pratica infermieristica professionale. Per raggiungere questo obiettivo gli infermieri devono imparare ad integrare i loro valori e convinzioni personali con la conoscenza dei concetti etici, degli approcci etici e degli standard di comportamento morale.

Tale integrazione diventerà parte integrante del quadro concettuale di riferimento che l'infermiere utilizzerà per prendere decisioni etiche e nel renderle operative nell'assistenza alle persone.

AUTORE:

*Nadia Saturnini
Responsabile Area Ospedaliera
del Servizio Infermieristico ASL RM/A*

bibliografia

- S. Spinsanti. Bioetica nella professione infermieristica Edises.
- Sara T. Fry, Megan Jane Johnstone. Etica per la Pratica Infermieristica. Ambrosiana.
- C. Viafora. Fondamenti di bioetica. Ambrosiana.

in pillole

TECNO-DIPENDENZA, LA NUOVA DROGA
Un adolescente italiano su cinque soffre di comportamenti disfunzionali rispetto all'uso di cellulari, di Internet e delle nuove tecnologie. I dati, elaborati dal professor Daniele La Barbera dell'Università di Palermo su un campione di oltre 2.200 studenti delle scuole superiori e pubblicati sul periodico "Focus.it", identificano con chiarezza una forma di disagio che,

in assenza di contromisure, rischia di innescare forme di dipendenza assimilabili al gioco d'azzardo. Il 22 per cento dei giovani oggetto dell'indagine ha infatti manifestato un atteggiamento eccessivamente immersivo, trascorrendo troppe ore al computer o mostrando forme di attaccamento quasi maniacali nei riguardi dei gadget tecnologici.

1° ANNUNCIO SANIT 2008

9-10-11 APRILE 2008

Palazzo dei Congressi all'Eur
3 eventi formativi 800 partecipanti
per ogni giornata

- 9 Aprile:** La responsabilità infermieristica tra etica e bioetica
- 10 Aprile:** Integrazione e Nursing transculturale
- 11 Aprile:** "Assistenza infermieristica e associazionismo professionale: un'esempio di integrazione per la ricerca"

Iscrizione gratuita ed obbligatoria fino ad esaurimento dei posti disponibili

Per iscriversi:
Sito web ipasvi.roma.it - fax 06.45437034
o presso la sede del Collegio

IL SOSTEGNO EMOTIVO ALLA DONNA PER L'ELABORAZIONE DEL LUTTO

di Antonietta Salvatore, Vanessa Armone, Francesco Cuomo

INTRODUZIONE

Gli aspetti rituali connessi ad un evento luttuoso (riti, simboli e maschere), accompagnano da sempre, rendendoli più agevoli, tutti i momenti di passaggio da una fase all'altra della vita: il rito aiuta soprattutto coloro che restano a condividere l'evento.

Nella società attuale si assiste ad una inversione di tendenza che ha condotto all'abbandono dell'uso dei questi riti e ad un conseguente isolamento della morte invece di affrontarla recuperando l'utilizzo dei rituali. In questo contesto sociale, il lutto in ostetricia appare ancor più inaccettabile: nascita e morte, in alcuni casi, possono coincidere e al personale sanitario è delegato il compito di gestire l'evento in termini di appropriatezza assistenziale.

L'assistenza che, in tali situazioni abbiamo il dovere di attuare, deve essere umanamente appropriata ai bisogni della persona assistita, alla sua modalità di esprimere il dolore, al senso che la persona attribuisce alla perdita subita.

Questi eventi sono assolutamente individuali ed individualizzanti, per il senso di solitudine interiore che sono capaci di ingenerare.² E' proprio l'aspetto correlato all'individualità del dolore che pone il professionista davanti alla possibilità di soffrire ed è per questo che scattano i meccanismi inconsci di proiezione di quest'ultimo sulla donna. In un'epoca in cui ad ogni bisogno umano si cerca di creare una risposta di tipo scientifico, l'unica risposta possibile al dolore del lutto è quella di soffocarlo, di non vederlo, poiché risulta più comodo fingere che non esista.

E' in questa ottica che di fronte alla morte neonatale, si giustificano atteggiamenti quali ad esempio: non far vedere il bambino, non lasciare che lo si tocchi, non lasciare tracce e ricordi, effettuare l'analgesia elettiva o il taglio cesareo elettivo. Torna l'illusione scientifica che non sentire, non vedere, corrisponda a non esserci anche se questa continua tendenza a negare ed ignorare ingenera soltanto un'incapacità della donna nel recuperare le proprie risorse endogene per superare l'evento e impedisce l'avvio del processo d'elaborazione.

ASPETTI CLINICI

Da un punto di vista clinico, in ambito ostetrico si può verificare la morte dell'embrione, del feto o del neonato. Si definisce aborto la morte embrio/fetale che avviene entro il 180° giorno d'amenorrea completa (25 settimane e 5 giorni). Tenendo conto dei fattori causali si distingue l'aborto spontaneo da quello provocato; a sua volta l'aborto provocato comprende sia l'interruzione volontaria della gravidanza a richiesta della paziente (o I.V.G. entro il 90° giorno), sia l'interruzione della gravidanza, sempre a richiesta della paziente per malattie e anomalie del feto (o I.T.G. dal 90° al 180° giorno).

In considerazione delle modalità con cui si manifesta il quadro clinico dell'aborto, esso può così classificarsi:

- *L'aborto completo*, che si verifica quando avviene sia l'espulsione dell'embrione che dei suoi annessi;
- *L'aborto incompleto*, quando parte del prodotto del concepimento (di solito tessuto coriale o placentare) viene ritenuto nella cavità uterina;

- *L'aborto interno*, quando il prodotto del concepimento muore, ma non viene espulso all'esterno.

Le cause dell'aborto spontaneo possono essere riconducibili a: Patologie materne, a loro volta distinguibili in locali (legate all'apparato genitale) o generali (che interessano tutto l'organismo della gravida); Patologie embrio-fetali; Patologie paterne.

Si definisce *morte endouterina* la morte di un feto, avvenuta dopo i 180 giorni d'età gestazionale.

Se si verifica prima del travaglio di parto può essere distinta dalla morte del feto che insorge durante il travaglio, o morte *intra partum*, poiché la prima condizione è associata ad una malattia materna o ad una patologia del feto e/o degli annessi fetali, mentre la seconda è solitamente associata ad un episodio di sofferenza fetale acuta.

Le cause della morte del feto sono molteplici, in realtà, gli eventi di patologia ostetrica possono essere tutti causa di morte fetale. Tuttavia, l'ipossia fetale a seguito di un'insufficienza placentare (acuta o cronica), rappresenta la prima causa di morte endouterina.

ASPETTI PSICOLOGICI CORRELATI ALL'ATTESA DI UN FIGLIO

La gravidanza è un percorso, durante il quale si verificano notevoli cambiamenti fisici e ormonali ma soprattutto è un percorso che origina nella mente della donna, prosegue nell'arco dei nove mesi di gestazione e si conclude con la nascita del bambino.

All'interno di questo percorso la gestante subisce una sorta di regressione che la porta ad avvicinarsi verso il mondo infantile; accade così che acuisca la percezione delle emozioni che appaiono come dilatate, siano esse paura, rabbia, tristezza, malinconia, piacere, gioia: è come se vedesse il mondo con gli occhi sensibili e stupiti di un bambino in un universo emotivo in cui la razionalità e l'esperienza contano ancora poco. Per alcune pazienti, ripercorrere i vissuti emotivi del proprio passato, comporta il riemergere improvviso e inaspettato di ricordi, conflitti, frustrazioni mai elaborate che possono trovare espressione sia a livello affettivo con l'esplicita richiesta d'aiuto, per stati

d'acuita ansietà, insonnia, paura, panico, sia a livello somatico: in entrambi i casi diventa essenziale fornire alla donna un sostegno psicologico che le possa consentire di chiarire la reale natura e origine della sua sofferenza.¹

Pertanto, da un punto di vista psicologico, la gravidanza rappresenta un momento cruciale a causa del riemergere di conflitti nascosti: è come se la trasformazione fisica ed emotiva cui va incontro, sia anche in grado di abbattere le difese e liberare un'affettività lungamente repressa e contenuta.

Nel caso in cui la gravidanza si interrompa, accanto alla realtà della gravidanza, vengono bruscamente interrotti il processo psichico che si era innescato con essa e il progetto idealizzato della futura madre: si pone fine improvvisamente all'idea del bambino immaginato e desiderato e si prende amaramente coscienza del fatto che non diventerà mai reale.

Un progetto di maternità interrotto favorisce l'instaurarsi di un senso di perdita con il quale la donna si deve confrontare.

Tale perdita non è soltanto quella del bambino sognato e idealizzato ma anche, soprattutto per le prime gravidanze, la perdita di una parte di sé, dell'identità di madre che cominciava, se non proprio a costituirsi, perlomeno a intravedersi e della conferma di sé stessa che questo progetto comportava.

La gravidanza, dunque, è luogo di riattivazione di conflitti complessi, poiché comporta un lavoro di cambiamento radicale dell'identità personale.

Il processo d'elaborazione necessario di questo avvenimento consiste nel dare un'individualità al bambino interno e riprenderlo dentro di sé come qualche cosa di proprio, ossia introiettarlo, prendendo coscienza della situazione.

Da tale consapevolezza ha inizio il lungo processo d'elaborazione del lutto.

STATI EMOTIVI E FASI DEL LUTTO: TEORIE A CONFRONTO

Le persone, quando devono superare gli eventi tragici della vita, attraversano diverse fasi che costituiscono meccanismi di difesa.

Nell'evolversi delle varie fasi, la donna necessita di un sostegno che sia rivolto non soltanto ai bisogni di assistenza fisica



ma anche a quelli di assistenza psicologico-emotiva.

Invece, accade molto spesso che l'infermiere e il personale sanitario non riescano a gestire questa situazione.

Il lutto è in grado di colpire la nostra sfera più intima, la più "difesa" e inaccessibile, risvegliando le paure ancestrali legate alla morte che ogni individuo tende a rimuovere, sia se viene subito in prima persona, sia se da esso veniamo coinvolti nel corso delle nostre attività professionali.

La morte nella nostra società, non viene più accettata come fatto ineluttabile del ciclo vitale, ma come qualcosa da dominare e sconfiggere.

Il profondo stato d'angoscia che si genera in tale situazione coinvolge, non solo la paziente ed i suoi famigliari, ma anche l'infermiere e tutta l'equipe preposta alla loro assistenza.

Allo scopo di relazionarsi responsabilmente con la paziente è necessario acquisire una adeguata preparazione psicologica da parte dell'infermiere, il quale prima, di confrontarsi con la paziente, deve eseguire una profonda valutazione delle motivazioni umane e professionali che lo portano a compiere il tipo di professione che svolge per riuscire ad elaborare le proprie angosce di morte.

Nel caso in cui ciò non venisse fatto, l'operatore si troverebbe a disattende-

re alla soddisfazione di particolari bisogni della paziente, nello specifico sarebbero "ignorati" il bisogno di mantenere l'interazione nella comunicazione e il bisogno di sicurezza.

Il non attendere al bisogno di comunicazione si attua non solo non trasmettendo messaggi verbali e non verbali, ma anche elargendo delle rassicurazioni futili, oppure evitando ogni conversazione non strettamente inerente agli interventi assistenziali, oppure ancora, cercando la

fuga ostentando quelle motivazioni che sembrano socialmente più accettabili quali ad esempio: la mancanza di tempo, i carichi di lavoro eccessivi, le priorità di tipo organizzativo, in altre parole con tutti quegli atteggiamenti che servono a "tenere lontano" le ansie della paziente da noi e dalla nostra sfera emotiva. Nel contempo, la situazione vissuta ricorda alla paziente che le è successo qualcosa d'irreparabile che l'accompagnerà per tutta la vita.

In questo contesto, se nessuno è in grado di soddisfare i suoi bisogni, la persona dovrà compiere da sola il processo di accettazione dell'accaduto e di gestione delle proprie ansie.

Per facilitare la comprensione dell'evolversi dei meccanismi di difesa posti in essere dalla donna colpita da un lutto, numerose esperte hanno studiato le fasi dell'elaborazione del lutto e le necessità di sostegno e di assistenza richieste in maniera più o meno esplicita.

Elizabeth Kubler Ross è la più importante ricercatrice che si è occupata delle reazioni psicologiche dell'individuo di fronte alla morte, definendo le seguenti fasi emotive:

- *rifiuto e isolamento, collera, compromesso, depressione (reattiva e preparatoria), accettazione.* ⁴

STATI EMOTIVI ATTRAVERSATI DALLA DONNA (TEORIA DI ELIZABETH KUBLER ROSS)					
INTERVENTO ASSISTENZIALE	RIFIUTO E ISOLAMENTO	COLLERA	COMPROMESSO	DEPRESSIONE	ACCETTAZIONE
	Fornire informazioni corrette.	Rendersi disponibili per mediare con flitti interfamiliari	Non sottovalutare né giudicare i commenti che esprime circa i suoi compromessi.	Porsi in atteggiamento d'ascolto verso le ansie della paziente.	Utilizzare in modo preferenziale la comunicazione non verbale.
	Assecondare le richieste.	Non interpretare gli sfoghi di collera come attacchi personali.	Parlare con la paziente di eventuali sensi di colpa.	Non comunicare attraverso frasi stereotipate del tipo: "Non sia triste!".	Non permettere che la paziente rimanga per troppo tempo da sola.
	Non fornire risposte risolutive al rifiuto.	Non assumere posizioni difensive.	Monitorare il dolore.	Essere in grado di gestire i momenti di silenzio.	Permettere il libero accesso di persone significative in qualsiasi orario.

STATI EMOTIVI ATTRAVERSATI DALLA DONNA (TEORIA DI URSULA MARKHAM)					
INTERVENTO ASSISTENZIALE	INCRETINITA' O RIFIUTO	DOLORE	RABBIA	SENSO DI COLPA E PAURA	ACCETTAZIONE E PACE
	Ascoltare la paziente.	Ascoltare e comprendere il dolore.	Sopportare gli attacchi d'ira.	Creare un clima d'empatia.	Gestire momenti di silenzio.
	Non esprimere giudizi durante il colloquio.	Creare un adeguato clima.	Far capire ai familiari l'importanza di non lasciare sola la donna.	Aiutare la paziente ad esternare i sensi di colpa.	Spiegare l'utilità della fase attraversata dalla donna ai familiari.
	Aiutare la paziente a vivere la fase di rifiuto.	Non sottovalutare il dolore della perdita.	Far capire ai familiari che si tratta solo di un sintomo passeggero.	Aiutare la paziente ad esternare le sue insicurezze.	Non lasciare la paziente da sola.

STATI EMOTIVI ATTRAVERSATI DALLA DONNA (TEORIA DI VERENA KAST)					
INTERVENTO ASSISTENZIALE	FASE DELLA NON ACCETTAZIONE	FASE IN CUI EROMPONO LE EMOZIONI	FASE DELLA RICERCA E DELLA SEPARAZIONE	FASE DEL NUOVO RAPPORTO CON SÉ E COL MONDO	
	Trovare un equilibrio relazionale affinché la paziente non abbia bisogno di fingere.	Ascoltare e comprendere durante la fase della collera.	Aiutare la paziente a confrontarsi con sé stessa.	Non giudicare la paziente sulla modalità di interiorizzare la perdita.	
	Far sentire alla paziente che non è sola, senza però farla sentire inabile.	Ascoltare e comprendere durante la fase della paura.	Non esercitare pressioni sulla paziente.	Aiutarla ad accettare la perdita.	
	Creare un clima d'empatia.	Ascoltare e comprendere i sensi di colpa.	Aiutare la paziente ad affrontare la separazione.	Spiegare l'utilità della fase ai familiari.	

Ursula Markham riassume le fasi d'elaborazione in questa sequenza:

- rifiuto, dolore, rabbia, senso di colpa, paura, accettazione e pace.⁵

Verena Kast, invece, suddivide il lutto in quattro fasi:

- fase della non accettazione, fase in cui erompono le emozioni, fase della ricerca e della separazione, fase del nuovo rapporto con sé e col mondo.³

MANAGEMENT DELLA PAZIENTE COLPITA DA LUTTO

Quando si presta assistenza ad una donna che affronta un lutto ostetrico, è di fondamentale importanza che tutta l'equipe sanitaria ponga in essere dei comportamenti, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, che aiutino la donna a prendere coscienza della situazione fornendole degli strumenti utili che possano metterla in condizione di intraprendere il processo d'elaborazione del lutto.

PROTOCOLLO: Gestione della paziente ostetrica in caso di lutto.

DEFINIZIONE	Reazione inconsolabile al dolore causata dall'interruzione della gravidanza e dalla morte del feto/embrione.
CARATTERISTICHE	Sentimento di sconforto, rifiuto, incapacità, collera, colpa, tristezza, paura. Lutto occorso precedentemente non superato, difficoltà nella comunicazione, idealizzazione della gravidanza, instabilità emotiva, diminuzione della concentrazione, chiusura in se.
FATTORI CORRELATI	Pregressa morte embrio/fetale, mancanza di sostegno, rifiuto di accettare l'interruzione della gravidanza desiderata.
MOTIVAZIONI	Senso di colpa nella paziente. Convinzione di non essere stata capace di portare a termine una gravidanza. Rallentamento dell'elaborazione del processo del lutto, mancanza di sostegno da parte degli operatori o dei familiari.
DATI SIGNIFICATIVI DA RACCOLGIERE E DOCUMENTARE	Età della paziente, età gestazionale, n° di parti e gravidanze precedenti, grado di maturità, comportamento della paziente e suoi commenti sulla situazione, gravidanza dovuta o meno ad un errore di contraccezione, livello socio-economico, presenza di una persona significativa e di sostegno, atteggiamento della persona significativa verso la donna, modalità di relazione.
RISULTATI ATTESI	La paziente sarà in grado di esprimere i sentimenti di dolore e riuscirà ad analizzarli realisticamente. La tristezza risulterà attenuata e inizierà il processo di adattamento.
INTERVENTI ASSISTENZIALI	<ul style="list-style-type: none"> • Creare un clima di fiducia che favorisca la comunicazione al momento del colloquio • Comprendere i possibili significati e le funzioni della sofferenza e del dolore • Lasciare sola la coppia per condividere i sentimenti di dolore. • Provvedere alle procedure mediche assistenziali, evitando l'uso di analgesici e sedativi se non strettamente necessari. • Compilare la modulistica specifica, e dare informazioni ai genitori sulle procedure. • Provvedere alla sistemazione del feto/embrione e permettere di vederlo e toccarlo per accettare la perdita. • Fornire alla coppia una foto, una ciocca di capelli, braccialetto di identificazione per facilitare l'iniziale processo d'elaborazione. • Aiutare la donna ad utilizzare le proprie risorse. • Osservare le reazioni della paziente. • Rispettare i suoi silenzi. • Raccogliere i commenti della paziente in merito all'esperienza vissuta. • Rispettare i tempi, i ritmi e gli orientamenti della coppia. • Aiutare il compagno a relazionarsi nel miglior modo possibile. • Fornire spiegazioni esaurienti in merito all'evento accaduto per diminuire i sensi di colpa. • Aiutare a vedere la situazione con realismo. • Indirizzare la coppia verso un'assistente sociale o uno psicologo. • Verificare se i risultati ottenuti corrispondono a quelli attesi.
VERIFICA	I commenti e le reazioni emotive della paziente suggeriscono una evoluzione verso fasi d'accettazione della perdita, l'atteggiamento del compagno è di fattivo sostegno alla donna, gli interventi assistenziali sono orientati al miglioramento dei risultati ottenuti.

CONCLUSIONE

Quando in ambito ostetrico si assiste alla morte, anziché alla nascita, gli operatori sanitari, infermieri, medici e ostetriche, cercano di gestire al meglio l'attività as-

sistenziale ma, nella maggior parte dei casi, il livello di coinvolgimento emotivo e il senso di impotenza che emerge in loro li inibisce di fronte a questa esperienza, creando delle difficoltà nell'offrire un valido sostegno morale alla coppia.

Un'assistenza orientata alla qualità, se da un lato deve essere organizzata dal punto di vista dell'aspetto tecnico, nel modo più sicuro e semplice possibile, riducendo al massimo i tempi di degenza e l'invasività degli interventi, dall'altro deve essere in grado di curare l'aspetto del supporto psicologico alle proprie utenti, e ciò diventa ancor più necessario se tali interventi riguardano l'area assistenziale ostetrica.

La risposta a tali esigenze non si esaurisce soltanto attraverso la formazione di base degli operatori professionali sanitari, ma anche attraverso un approfondimento culturale degli stessi che permetta l'approccio psicosomatico, vale a dire la presa in carico non solo delle esigenze medico-chirurgiche, ma anche degli aspetti e delle ricadute emozionali dell'agire.

Gli operatori devono rendersi conto di quanto sia necessario offrire un'assistenza adeguata e individualizzata alle coppie in corso di procedure mediche e chirurgiche.

Tale assistenza deve riguardare l'intera sfera psicosomatica, nella convinzione che il disagio psicologico è tanto grave e doloroso, quanto il disagio fisico.

Per poter attuare tali principi occorre comprendere che il lutto e tutto il rituale che ad esso si associa, deve essere affrontato e non evitato, queste esperienze devono essere vissute come momenti di crescita personale, non solo della coppia ma anche degli operatori sanitari coinvolti nell'esperienza ed è necessario instaurare una giusta relazione terapeutica che possa favorire l'evoluzione di questo processo dalle varie parti coinvolte nell'esperienza.

AUTORI:

*Vanessa Arnone CPS: Ostetrica
Francesco Cuomo CPS: Infermiere
Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
Antonietta Salvatore CPS: Ostetrica
ASL RM/A*

1. Finicelli, C.; a cura di, "Seminario di studio: La perdita del bambino reale e/o desiderato in gravidanza. Per un approccio multidisciplinare", rassegna bibliografica, Milano, 1998.
2. Freshwater D., "Le abilità del counselling. Percorsi di sviluppo delle competenze relazionali per infermieri e ostetriche", McGraw-Hill ed., Milano, 2004.
3. Kast V., "L'esperienza del distacco: lutto, perdita, abbandono come occasione di trasformazione e crescita", Red ed., Como, 1996.
4. Kubler Ross E., "La morte e il morire", Cittadella ed., Assisi, 1988.
5. Markham U., "L'elaborazione del lutto", Mondadori ed., Milano, 1997.
6. Stearns A. K., "Per superare i momenti di crisi: come affrontare la sofferenza di una perdita e ritrovare un nuovo equilibrio", F. Angeli ed., Milano, 1993.

Foto nell'articolo: personale

L'OSTINAZIONE TERAPEUTICA NELLA RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE

di Cristian Vender

Gli operatori sanitari che operano durante una situazione d'emergenza, all'interno di un pronto soccorso, hanno un obiettivo comune: riportare in vita o mantenere in vita un soggetto che per un motivo, a volte difficile da definire nell'immediato, è in pericolo imminente di morte. In pronto soccorso, può capitare di continuare una rianimazione cardio polmonare iniziata su un mezzo del 118. La centrale operativa del 118, infatti, telefona al triage del pronto soccorso dell'ospedale, per comunicare l'arrivo entro pochi minuti di un autoambulanza con un paziente in arresto cardio circolatorio.

L'equipe medico-infermieristica del pronto soccorso si prepara ad accogliere il paziente con compromissione delle funzioni vitali, assegnando il codice rosso e facendolo entrare in sala visita per fornire un'assistenza immediata.

Il problema, di notevole rilevanza etica, è di quanto prolungare le manovre rianimatorie, quali mezzi utilizzare (intubazione oro tracheale?, farmaci?, defibrillazione?) e soprattutto quando decidere di interrompere tali manovre e spegnere i macchinari per dichiarare il soggetto morto.

Nella ostinazione terapeutica si individuano cause pedagogiche, psicologiche, tecnologiche ed etiche che sono all'origine di un atteggiamento molto diffuso e portano l'operatore sanitario ad agire in qualunque situazione.

La diagnosi di morte può essere effettuata solo da un medico, e si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo¹.

La legge 578 del 29/12/1993, afferma che la morte per arresto cardiaco si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo e può essere accertata con le modalità definite con decreto emanato dal Ministro della Sanità. Il DM n.582 del 22/8/1994 all'art.1 afferma che l'accertamento della morte per arresto cardiaco può essere effettuato da un medico con il rilievo grafico continuo dell'elettrocardiogramma protetto per non meno di 20 minuti primi. La normativa in oggetto, all'art.2 e seguenti, si sofferma sull'accertamento di morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche.

Giovanni Paolo II, nel 2000, riconosceva i criteri della morte neurologica come criteri della morte della persona.

L'infermiere e l'ostetrica, specie in un pronto soccorso, sono chiamati ad iniziare immediatamente le manovre di rianimazione, anche in assenza del medico. L'infermiere per la sua specifica funzione è tenuto all'allertamento del sistema di emergenza e ad effettuare soccorso in quanto si presuppone che le sue capacità vadano al di là del buon senso del cittadino comune². E' per questo motivo che un requisito per gli operatori del settore del-

¹ Art.593 e 359 del Codice Penale

² Art.593 e 359 del Codice Penale

l'emergenza è aver effettuato un corso di basic life support and defibrillation (supporto delle funzioni vitali e uso del defibrillatore). Il problema nasce se iniziare o continuare le manovre rianimatorie in un paziente terminale da patologie con prognosi infausta.

Il codice deontologico dell'infermiere enuncia in valori e i principi etici in cui la professione si riconosce. Tra i principi menzionati, trovano fondamento nella riflessione della rianimazione cardio polmonare i tre principi bioetici di autonomia, giustizia e beneficio riferito al paziente, anche nell'allocazione e utilizzo delle risorse disponibili.

Anche il codice deontologico dell'ostetrica afferma che tale professione si ispira ai valori etici fondamentali.

Queste professioni, insieme a quella medica, sono professioni per la vita, ed è difficile immaginare di effettuare manovre per far cessare un tentativo di rianimazione (terminare la ventilazione, non defibrillare...).

Interessanti sono le riflessioni del comitato di Bioetica della SIAARTI sulle cure di fine vita e l'approccio al malato morente.

Le raccomandazioni emanate dalla SIAARTI riconoscono l'esistenza di condizioni che si possono collocare nell'ambito del processo biologico del morire.

Tali condizioni hanno bisogno di assistenza sanitaria al fine di alleviare le sofferenze e garantire una dignitosa fine della vita. La responsabilità di definire la morte di un soggetto, molte volte, specie in un pronto soccorso viene demandata all'anestesista-rianimatore, chiamato d'urgenza per far fronte alla situazione di arresto cardiaco.

La crescente disponibilità di supporti per erogare cure intensive hanno portato ad adottare comportamenti medici in una logica difensivistica il cui caposaldo è quello di agire anche in maniera sproporzionata, piuttosto che accettare la morte.

In un simile contesto operativo, assumere la decisione di limitare le cure intensive, diviene una scelta valutativa che lascia libere interpretazioni ai medici.

Le raccomandazioni SIAARTI su questo argomento, affermano che quando vi sia evidenza scientifica che l'approccio

intensivo non prolunga la vita bensì procrastina un processo di morte ormai irreversibile, ad esso debba esser preferito l'approccio palliativo.

Le recenti Linee-Guida Internazionali 2000³ affermano che l'utilizzo di terapie invasive e intensive, in determinati casi, rischiano di determinare pesanti effetti collaterali e quindi di violare il principio di beneficenza. L'insuccesso della rianimazione può determinare condizioni patologiche come lo stato vegetativo permanente da encefalopatia post-anossica, violando il principio di non-maleficenza. Altro problema ancora non risolto è il consenso del paziente ad effettuare su di lui le manovre rianimatorie (principio di autonomia).

L'allocazione delle risorse disponibili deve essere presa in considerazione anche nella rianimazione cardio polmonare e nelle cure intensive.

HT Engelhart, cristiano ortodosso, uno dei fondatori della bioetica disse "... quello di scegliere come investire risorse comuni nelle inevitabili scommesse con la sofferenza umana e la morte è un compito cui un sistema sanitario laico non può sottrarsi".

Il nuovo paradigma etico predominante rimane quello di preservare la vita ed alleviare le sofferenze, aggiungendo il limite da porre al nostro agire, affinché non sconfini nell'accanimento terapeutico.

L'accanimento terapeutico e l'eutanasia sono fenomeni che possono radicarsi in un processo di making-decision nella rianimazione cardio-polmonare. L'agire degli operatori in emergenza, può diventare paradossale nel momento in cui è difficile determinare se quell'essere umano che si sta rianimando è già un cadavere.

Difficile quindi determinare il criterio della morte per l'utilizzo di presidi e strumenti sempre più in grado di sostituirsi alle funzioni vitali dell'organismo.

L'applicazione della rianimazione cardio polmonare, nei casi in cui risulta essere un indebito prolungamento del processo del morire e non della vita, rischia di essere un rischio di violazione dei principi fondanti la bioetica: beneficenza, non maleficenza, autonomia ed equità nella distribuzione delle risorse.

³ Resuscitation 2000; 46

Pio XII nel 1957, richiamò i medici ad utilizzare solo mezzi ordinari e non quelli straordinari che causavano un prolungamento del processo della morte, nella cura dei pazienti.

In una unità sanitaria locale della Regione Veneto⁴ è stato adottato un protocollo che prevede i casi in cui la rianimazione cardio polmonare non deve essere iniziata. Il protocollo afferma che questi casi sono identificati in un *grave deperimento organico terminale*, per cui non si deve iniziare la rianimazione. Sono pazienti, in età molto avanzata, che presentano uno stato avanzato di deperimento delle funzioni organiche.

Per concludere le considerazioni del pensiero personalista ci portano ad affermare che dal momento del concepimento fino a quello della morte, è la persona umana il punto di riferimento e la misura tra il lecito e il non lecito. Non si possono prendere decisioni osservando solo alcuni aspetti del contesto dove stiamo svolgen-

do la nostra attività, ma è necessario avere una visione allargata che trova il suo focus nell'interesse della persona.

Queste sono alcune delle riflessioni che personalmente ho fatto, quando, lavorando in pronto soccorso mi è capitato di iniziare o continuare una rianimazione cardio polmonare, somministrare farmaci o collaborare con il rianimatore nell'intubazione oro tracheale. Nella maggioranza dei casi, un senso di sconforto e tante domande si ponevano a tutta l'equipe, del perché di tanta ostinazione in quei soggetti dove la medicina aveva soltanto allungato di qualche mese la vita in enormi sofferenze.

Anche la morte necessita del suo rispetto.

AUTORE:

Cristian Vender
Pronto Soccorso Osp. S. Giacomo - Roma

bibliografia

Autori vari. (1997). Temi di bioetica clinica (pp. 137-145). Milano: Ed. Fatebenefratelli.

Codice Deontologico dell'Infermiere. (1999).

Codice Deontologico dell'Ostetrica/o. (2000).

Codice Penale. Art.593 e 359.

DM n.582 del 22/8/1994.

Legge n. 578 del 29/12/1993.

Malerbe J.F. (1989). Per un'etica della medicina (pp. 169-179). Milano: Edizioni Paoline.

Mazzon D., Rosi P. (2000). La questione del "limite" alla rianimazione cardiopolmonare: riflessioni bioetiche. <http://www.siaarti.it> [18 gennaio 2007].

SIAARTI Commissione di bioetica. (2006). Le cure di fine vita e l'Anestesista-Rianimatore: raccomandazioni SIAARTI per l'approccio al malato morente. *Minerva Anestesiologica*, 72, 1-23.

Spagnolo A. (1999). *Camillianum*, 20, 225-246

⁴ SUEM della ULSS 9 della Regione Veneto

L'inserto

**Attività
formative ECM
del Collegio
IPASVI di
Roma**



La gestione di un team infermieristico: strumenti e metodologie

di Mario Esposito

INTRODUZIONE

Come ogni anno il Collegio IPASVI di Roma svolge dei corsi itineranti nelle varie strutture di Roma e Provincia per un contatto diretto con gli iscritti nelle varie sedi di lavoro. Nel 2007, la gestione del team infermieristico: strumenti e metodologie, è stato l'argomento che ha accompagnato il corso nelle molte sedi in cui si è svolto e che continuerà anche nel 2008.



In ogni attività che vede coinvolti dei professionisti, gli strumenti e le metodologie rivestono un ruolo determinante per il raggiungimento degli obiettivi, ma necessitano di fondamenta solide per poter sviluppare il proprio potenziale. Tali fondamenta sono rappresentate dalle caratteristiche individuali dei professionisti che nel team devono utilizzare

in modo sinergico strumenti e metodologie in grado di sviluppare le competenze del gruppo professionale. La motivazione, le competenze individuali, le abilità e le dinamiche relazionali rappresentano le caratteristiche indispensabili per rendere solida la base sulla quale costruire le sinergie e le competenze in un team. Tutti gli strumenti e le metodologie utilizzati

Corso Itinerante Collegio IPASVI di Roma



Programma

Sessione: strumenti operativi

8.00 : Accoglienza partecipanti – consegna Kit del corso – compilazione scheda anagrafica

8.30 : **Introduzione al Convegno** Gennaro Rocco

9.30 : **Letture Magistrali:** La gestione del Team: strumenti e metodologie.

Gennaro Rocco - M. Esposito

11.30 : Il brainstorming e le mappe mentali

M. Esposito

12.30 : Costruzione degli strumenti

M. Esposito

13.30 : Lunch



Sessione: Cambiamento e flussi formativi

14.30 : I fondamenti della comunicazione aziendale

M. Esposito

15.30 : Gestire le dinamiche del team professionale utilizzando il metapiano.

M. Esposito

18.30 : Presentazione e valutazione dei lavori di gruppo.



Progettazione formativa e scientifica: Dott. G. Rocco – Dott. M. Esposito

Segreteria Organizzativa Collegio IPASVI di Roma

Per prenotazioni Matilde Napolano Lunedì e Giovedì dalle 15.00 alle 17.00

Tel. 06 – 37511597 – Fax 06 - 45437034

nel corso di formazione itinerante partono dal presupposto che devono essere utilizzati da un gruppo di professionisti che lavorano insieme ed hanno una duplice valenza: impostare un approccio basato su regole, comportamenti, metodologie scientifiche e professionali condivise dal gruppo; e creare un ambiente relazionale basato sulla condivisione e la standardizzazione di comportamenti operativi in un clima di lavoro ideale.

Il corso, nella parte introduttiva, prende in considerazione gli aspetti che hanno caratterizzato l'evoluzione legislativa degli ultimi quindici anni attraverso una serie di parole chiave che disegnano lo scenario sanitario attuale. Quindi evoluzione legislativa e culturale, autonomia e responsabilità, competenze individuali e del gruppo professionale, conoscenze ed esperienze, l'èquipe, il clima di lavoro, la visualizzazione delle conoscenze sono le parole chiave che contestualizzano lo scenario sanitario con un'ottica infermieristica legata al ruolo dell'infermiere nell'era del post - mansionario. Il corso poi prende in considerazione alcuni strumenti e metodologie che pian piano i partecipanti interiorizzano attraverso la descrizione analitica delle fasi che ne permettono il corretto utilizzo. Gli strumenti e le metodologie vengono poi applicati nella seconda parte del corso che prevede la partecipazione diretta dei colleghi attraverso la didattica attiva. La fase dei lavori di gruppo prevede l'utilizzo degli strumenti e delle metodologie acquisiti, seguendo un percorso tracciato da un argomento pre - definito che permette ai discenti di rappresentare graficamente sul metapiano tutte gli strumenti utili al gruppo per definire i problemi ed individuare le corrette soluzioni. Si parte dal brain storming rappresentando graficamente le tre fasi che lo determinano: fase iniziale dove si definisce il tema da trattare, fase creativa dove si generano le idee, fase conclusiva dove vengono create le macroaree per sintetizzare e raggruppare per gruppi omogenei le idee raccolte. Il secondo strumento utilizzato è il diagramma causa effetto dove vengono rappresentate le tre fasi del brain storming e ne permettono una sintesi grafica che rappresenta tutte le cause che il gruppo ha identificato come determinanti quell'effetto. Il terzo strumento è rappresentato dalla riunione profes-

sionale attraverso la metodologia dei sei cappelli per pensare di Edward De Bono che poi viene rappresentata graficamente con una mappa mentale. Ora descriverò sinteticamente solo tre dei principali strumenti che il gruppo di lavoro ha potuto sperimentare nei lavori di gruppo: Il brain - storming ; la riunione professionale ; le mappe mentali.

Il brain -storming

È un termine coniato da Alex Osborn nella prima metà del secolo scorso e significa letteralmente tempesta di cervelli. Nella lingua inglese il termine viene utilizzato per indicare il pensiero creativo. Osborn ha creato questa metodologia dopo aver notato che le idee nuove, soprattutto nelle riunioni, venivano stroncate e criticate sul nascere da atteggiamenti di negazione che caratterizzano la prima risposta istintiva ad una novità che smantella le nostre certezze dell'esistente, e dalle resistenze ai cambiamenti non recepiti ancora come determinanti. Il brain - storming è uno strumento che ci permette di prendere una decisione dopo aver esaminato la più vasta gamma di soluzioni possibili. Con questo metodo si ha a disposizione una tecnica creativa finalizzata a generare una lista di idee in un clima in cui ogni partecipante è coinvolto attivamente ed a rotazione deve tirar fuori le proprie idee. Si genera così una sorta di reazione a catena dove ognuno è stimolato dalle idee degli altri. Sono tre le fasi che caratterizzano una seduta di brainstorming: La prima è la fase detta preliminare dove viene descritto l'oggetto del brainstorming a tutti i membri del gruppo. La seconda è la fase creativa dove le idee vengono generate. In questa fase è richiesta la massima concentrazione e sono vietate critiche verbali e non verbali, giudizi e spiegazioni sulle idee espresse.

La terza è la fase di analisi dove si creano le macroaree che racchiudono blocchi omogenei di idee. Il tutto viene poi rappresentato sul diagramma causa - effetto.

La riunione professionale

Un gruppo di lavoro è costituito da un insieme di individui che interagiscono tra loro con una certa regolarità, nella consapevolezza di dipendere l'uno dall'altro e di condividere gli stessi obiettivi e gli stessi compiti. Ognuno svolge un ruolo specifico e riconosciuto, sotto la guida di

un leader, basandosi sulla circolarità della comunicazione, preservando il benessere dei singoli (clima) e mirando parallelamente allo sviluppo dei singoli componenti e del gruppo stesso. Esistono molti tipi di riunioni ed ognuna si distingue per un obiettivo da raggiungere, un risultato da ottenere, un problema da risolvere. Questa è la nuova filosofia professionale che deve essere acquisita dal gruppo: gli obiettivi, i problemi, i risultati sono una prerogativa del team di persone che lavorano insieme. Da soli o confinati nel proprio turno di lavoro, non si ottengono risultati apprezzabili, la mentalità giusta si basa su azioni e comportamenti decisi e condivisi dal gruppo e su conoscenze scientifiche che rappresentano una solida impalcatura su cui costruire le attività, i processi, le metodologie, gli strumenti che caratterizzano i comportamenti in una determinata unità operativa. Quindi le conoscenze scientifiche e le esperienze professionali che recepite ed interiorizzate da tutti i professionisti del team vengono trasformate in comportamenti professionali sono le risultanti delle scelte e delle decisioni che i professionisti hanno condiviso. La metodologia dei sei cappelli per pensare inventata da Edward De Bono è una sorta di stratagemma per disarticolare il pensiero in tutte le sue componenti ed analizzarle singolarmente nella riunione professionale. Attraverso l'uso simbolico dei cappelli si recita un ruolo, ci si libera degli schemi e si dirige l'attenzione su alternative diverse per affrontare e risolvere un problema, si permette al gruppo di cambiare registro in modo pianificato nel rispetto delle funzioni attribuite ai vari tipi di cappello. La tecnica di De Bono si presenta più complessa del brain storming perché abbraccia l'intero iter del problem solving. L'autore parte dal convincimento che ogni problema ha varie sfaccettature e l'approccio per analizzarle è complessivo attraverso una discussione che li considera tutti insieme. De Bono afferma che per riuscire a risolvere efficacemente il problema l'analisi deve essere fatta a compartimenti stagni valutando una sfaccettatura per volta concentrando l'attenzione di tutti i partecipanti su quel particolare punto di osservazione. La metodologia prevede sei tipi di atteggiamenti mentali che vengono abbinati a sei cappelli di colore diverso. L'obiettivo originale di questo metodo è

rappresentato dallo stimolo che hanno i partecipanti ad utilizzare simultaneamente lo stesso atteggiamento mentale con la conseguenza di adottare il medesimo stile di pensiero nella discussione. I colori sono : Bianco, Rosso, Nero, Giallo, Verde , Blu. Ora brevemente vediamo le caratteristiche di ogni singolo colore.

Cappello Bianco: il cappello bianco rappresenta i dati oggettivi, le statistiche, le prove scientifiche, le ricerche, con questo atteggiamento mentale nella riunione ci si astiene da ogni parere e giudizio personale e si citano fonti ufficiali che abbiano una credibilità scientifica.

Cappello Rosso: Il cappello rosso rappresenta i dati soggettivi mette in evidenza opinioni, esperienze, intuizioni personali. Rappresenta un momento di confronto con i colleghi evidenziando i propri punti di vista le perplessità, l'entusiasmo, la sfiducia, le sensazioni, è un'occasione per mettere in luce le implicazioni meno razionali di una situazione. Con il cappello rosso si assume un atteggiamento intuitivo ed emotivo, si immagina la reazione e le emozioni delle altre persone coinvolte, si cerca di comprendere e giustificare utilizzando una buona dose di sensibilità.

Cappello Nero: Il cappello nero rappresenta il giudizio critico è il colore della cautela, questo atteggiamento in una riunione è molto utile per evitare errori, per impedire che idee sbagliate prendano forma. In questa fase il gruppo si concentra per individuare tutti i rischi, i punti di debolezza, le minacce, gli imprevisti che possono scaturire dalla situazione presa in esame. Quando si ha il cappello nero si diventa scettici e negativi utilizzando massima cautela ed una attenzione scrupolosa nella valutazione di tutti gli aspetti. Ogni situazione presenta dei punti di debolezza e questa è la fase in cui bisogna individuarli ed eliminarli per evitare che producano danni.

Cappello Giallo: Il cappello giallo permette di focalizzare i benefici derivanti dalla realizzazione del progetto, la sua fattibilità, l'altra faccia della medaglia, la capacità di cogliere sempre la metà piena del bicchiere. Rappresenta un formidabile stimolo ad andare avanti rimuovendo ostacoli, molto spesso a torto, considera-

ti insormontabili. La predisposizione che nasce utilizzando questo cappello è legata alla necessità di trovare aspetti vantaggiosi in tutte le idee, proposte, suggerimenti, considerazioni, anche in quelle apparentemente poco significanti.

Cappello Verde: Utilizzando questo cappello devono venir fuori idee creative nelle sue accezioni più profonde, cercando alternative per eccellenza, diverse da quelle più comuni, alternative alle soluzioni note ed apparentemente appaganti e soddisfacenti. Questo atteggiamento mentale rappresenta la voce delle idee, è lo spazio occupato dal più ardito pensare; si va a ruota libera, lanci nuove idee uscendo dagli schemi, dalle impalcature, dalle convenzioni ed affronti i problemi e le decisioni con la forza creativa della fantasia, di conseguenza le idee create vanno poi vagliate ed eventualmente ridimensionate con gli altri cappelli in particolare il giallo e nero.

Cappello Blu: Chi indossa il cappello blu coordina, indica la direzione in cui muoversi, traduce le idee in pratica, tira le fila della discussione, spinge al raggiungimento dell'obiettivo, garantisce il rispetto delle regole del gioco, stabilisce priorità, decide metodi, pianifica, organizza, è il quadro di controllo dell'intero processo; il cappello blu infatti, è utilizzato da chi presiede la riunione con freddezza e controllo del processo creativo ed organizza la sequenza alternata dell'uso dei cappelli.

Per organizzare una riunione è necessario fissare una data ed un orario almeno dieci giorni prima. Nella stesura dell'ordine del giorno dettagliare gli obiettivi e l'argomento oggetto di discussione in modo che ogni singolo partecipante abbia ben chiaro quale contributo ci si attende da ognuno nella riunione. Il resoconto finale di quanto discusso si rappresenta sotto forma di mappa mentale. Nel momento in cui il ogni membro del gruppo comincia ad esporre le proprie considerazioni si comincia a disegnare una mappa della situazione e man mano che la riunione va avanti lo scenario disegnato prende sempre più forma nitida;

La Mappa mentale

È un diagramma che rappresenta dei concetti in forma grafica: l'idea principale

viene posta al centro dello schema e da qui si ramificano idee collegate ed altri dettagli con una geometria radiante dal centro verso l'esterno in tutte le direzioni, il tutto arricchito da colori, immagini, simboli, e tutto ciò che si ritiene utile per rendere chiara la crescita della mappa. Quella delle mappe mentali è una tecnica della rappresentazione grafica della conoscenza ideata dallo psicologo inglese Tony Buzan intorno al 1960, il quale partendo da studi compiuti sulla possibilità della mente umana di associare concetti ed informazioni in modo non lineare e sulla differenziazione funzionale dei due lobi cerebrali: quello sinistro elabora le informazioni con un approccio lineare, logico, analitico, quantitativo, razionale, verbale mentre quello destro opera in modo non lineare, olistico intuitivo, non verbale, viene stimolato da simboli, colori, collocazioni spaziali ecc. l'autore ha ideato questa tecnica che permette di rappresentare graficamente una conoscenza in modo sintetico ed arricchita da colori simboli immagini in modo tale da stimolare entrambi i lobi cerebrali. La mappa è utile per rappresentare in modo sintetico e sinottico una struttura di pensiero anche articolata e complessa come la sceneggiatura di un film, la visualizzazione schematica di un testo, la definizione di un progetto, l'esposizione di un problema, la pianificazione di un a strategia d'azione, ecc. E' estremamente utile per organizzare, rappresentare e condividere idee; strutturare e disporre le informazioni in forma grafica, preparare, elaborare procedure ,protocolli, piani assistenziali, check list, diagrammi di flusso ecc.

La descrizione estremamente sintetica delle tecniche e degli strumenti necessita sicuramente di maggiori approfondimenti. Il testo di riferimento che troverete nella recensione su questa rivista e i corsi di formazione dedicati che il collegio di Taranto sta accreditando per l'autunno, sono due possibilità per chi è interessato per conoscere meglio quanto descritto nell'articolo e sperimentare direttamente le tecniche e gli strumenti descritti.

SCHEDA RIASSUNTIVA GRADIMENTO

1. Rilevanza: come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla Sua necessità di aggiornamento?

Non rilevante	Poco rilevante	Abbastanza rilevante	Rilevante	Molto rilevante
0	0	23	301	186

2. Qualità: come valuta la qualità educativa/di aggiornamento fornita da questo evento?

Scarsa	Mediocre	Soddisfacente	Buona	Eccellente
0	0	2	279	229

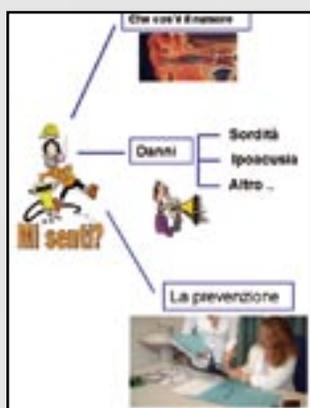
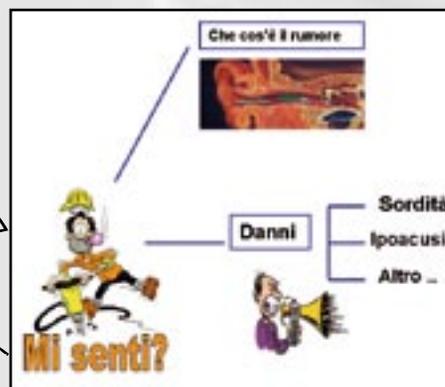
3. Efficacia: come valuta l'efficacia dell'evento per la Sua formazione continua?

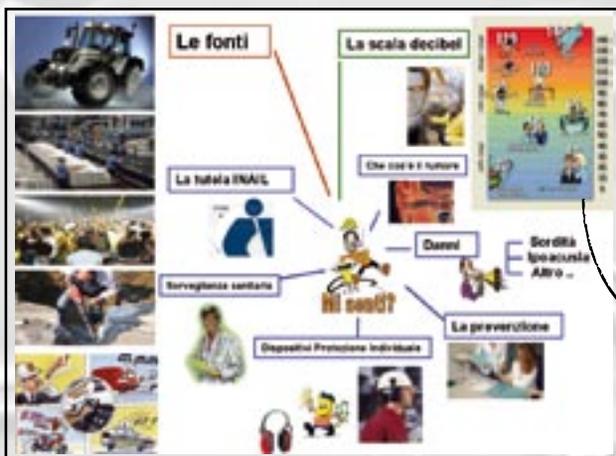
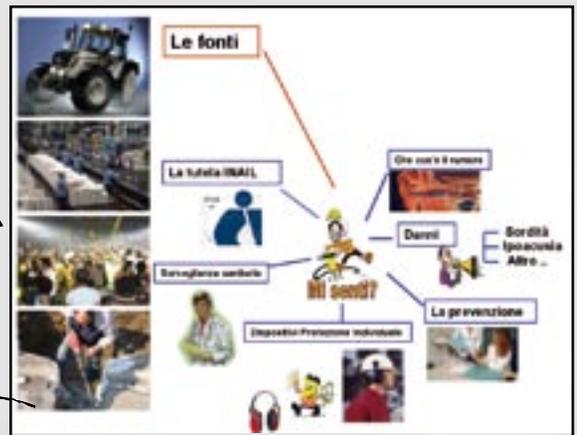
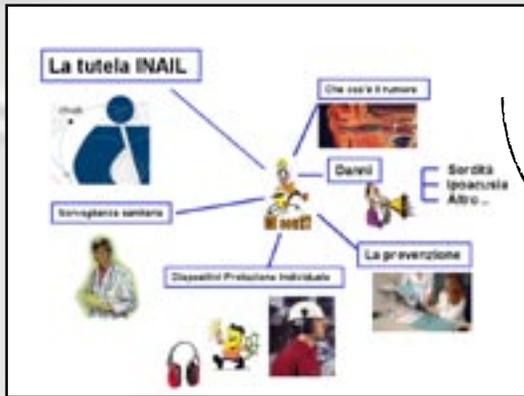
Inefficace, non ho appreso nulla per la mia attività assistenziale	Parzialmente efficace, mi ha confermato che non ho necessità di modificare e aggiornare la mia attività assistenziale	Abbastanza efficace, mi ha stimolato a modificare alcuni comportamenti e atteggiamenti verso l'attività assistenziale	Efficace, mi ha convinto a cambiare alcuni elementi della mia attività assistenziale	Molto efficace, mi ha convinto a lavorare per modificare e correggere aspetti rilevanti della mia attività assistenziale
0	0	2	289	200

Corsi effettuati nel II semestre del 2007

Ospedale Cristo Re	21 – 06 – 2007
IRCCS IDI	21 – 09 – 2007
Policlinico Tor Vergata	24 – 09 – 2007
Roma D Ostia 1° Ed.	08 – 10 – 2007
Roma D Ostia 2° Ed.	09 – 10 - 2007
Azienda Osp. S.Filippo Neri 1° Ed.	12 – 10 – 2007
Ospedale Nuovo Regina Margherita	13 – 10 – 2007
Azienda Osp. San Camillo Forlanini 1° Ed.	30 – 10 – 2007
Ospedale S.Spirito	14 – 11 – 2007
Collegio IPASVI 1° Ed	20 – 11 – 2007
Ospedale S.Giovanni Battista ACISMOM	22 – 11 – 2007
Policlinico A. Gemelli 1° Ed.	28 – 11 – 2007
Azienda Osp. San Camillo Forlanini 2° Ed.	26 – 11 – 2007
Azienda Osp. S.Filippo Neri 2° Ed.	29 – 11 – 2007
Policlinico A. Gemelli 2° Ed.	11 – 12 – 2007
Policlinico A. Gemelli 3° Ed.	13 – 12 – 2007
Collegio IPASVI 2° Ed	28 – 12 - 2007

Sequenza per la costruzione di una mappa mentale sui rischi da rumore





Schema di lavoro per le attività di didattica attiva svolte dai discenti nella pratica del corso

Gruppo N° _____

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

N°	FASE	DESCRITTIVA
1	Preliminare	Viene descritto l'oggetto del Brainstorming a tutti i membri del gruppo

Titolo: _____

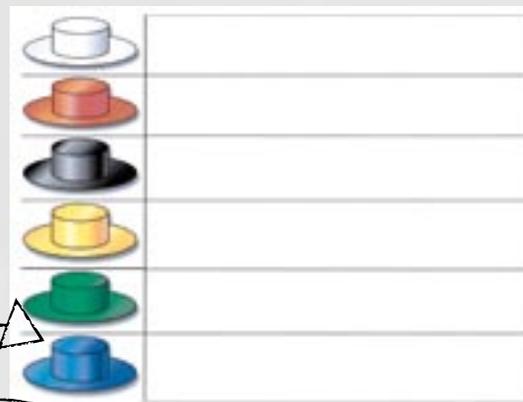
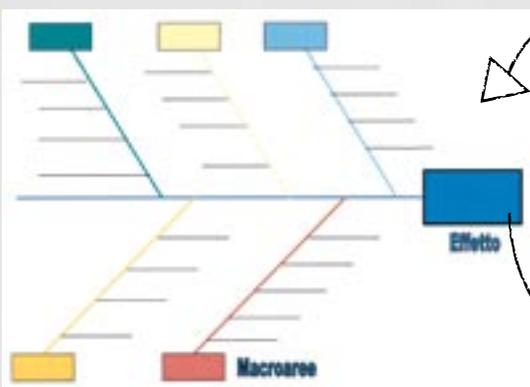
N°	FASE	DESCRITTIVA
2	Creativa	I membri del gruppo esprimono liberamente un'idea sintetizzando il concetto in poche parole

Idee:

N°	FASE	DESCRITTIVA
3	Finale	Si ritorna sulle idee generate per gli opportuni chiarimenti arrivando ad una sintesi delle idee migliori e maggiormente condivise

Macro aree:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____



Specifiche	Azione 1	Azione 2	Azione 3
Cosa			
Chi			
Dove			
Quando			
Come			
Perché			

bibliografia

Esposito M. Gestione del team infermieristico: strumenti e metodologie. Hopli editore. Milano 2007.
 Buzan T. Come realizzare le mappe mentali. Edizioni Frassinelli. Trento 2006.
 De Bono E. Sei cappelli per pensare. Biblioteca Universale Rizzoli.
 Barker A. Saper creare idee con il brain storming. EdiCart, Milano 2001.

Sitografia
www.amicucciformazione.com
www.scatolepensanti.it
www.problemsetting.org

RACCONTIAMOLO CON LE IMMAGINI

Il corso ha tra gli obiettivi l'introduzione nella pratica infermieristica di strumenti che permettono la visualizzazione delle attività e la partecipazione attiva alla costruzione in gruppo di strumenti utili al team. Entrano in gioco elementi come la creatività, la sinergia, la partecipazione attiva rendendo la parte pratica del corso molto accattivante e coinvolgente. Nel concetto di visualizzazione, l'immagine riveste un ruolo molto importante e comunica più di mille parole. Nelle pagine seguenti abbiamo voluto evidenziare proprio con le immagini quanto i colleghi abbiano apprezzato il corso diventando protagonisti e padroni degli argomenti trattati.

Ospedale Cristo Re e IRCCS IDI



Policlinico Tor Vergata



Roma D Ostia 1°-2° Ed.



Azienda Osp. S.Filippo Neri 1° Ed.



Ospedale Nuovo Regina Margherita



Azienda Osp. San Camillo Forlanini



Ospedale S.Spirito



Collegio IPASVI 1° Ed



Ospedale S. Giovanni Battista

ACISMOM



Policlinico A. Gemelli 1° Ed.



Policlinico A. Gemelli 2° Ed.



Azienda Osp. S. Filippo Neri

2° Ed.



PER - CORSI IN CORSIA. COMUNICAZIONE E LEADERSHIP DISTRIBUITA

Nei giorni 22 – 23 -24 novembre si è svolto il primo modulo formativo di “Per – corsi in corsia. Comunicazione e leadership distribuita”, che il Collegio IPASVI di Roma ha organizzato presso la Sala Convegni di viale Giulio Cesare 78, in collaborazione con il Dipartimento di Studi dei processi formativi, culturali e interculturali nella società contemporanea dell’Università Roma Tre. Il Corso si propone di promuovere l’utilizzo



Brain Storming

Lavoro di gruppo

vo delle Aziende sanitarie, è sempre più centrale la consapevolezza delle criticità/opportunità vissute nel contesto lavorativo e l’integrazione delle competenze tra ruoli professionali e all’interno del ruolo stesso.

L’intervento formativo è stato caratterizzato dall’attenzione alla comunicazione didattica intesa come superamento dell’impostazione tradizionale unidirezionale e come valorizzazione delle competen-

delle tecniche di comunicazione interpersonale per lo sviluppo della leadership, dell’assertività, dell’intelligenza emotiva, del team building, del problem solving e delle capacità negoziali nei rapporti interpersonali e di gruppo. L’intervento formativo rivolto principalmente alla figura del coordinatore e del dirigente infermiere ha visto partecipare 25 colleghi molto motivati. Il Presidente Dott. Rocco ed il Prof. Quagliata nell’introduzione hanno evidenziato, che alla luce delle più recenti variazioni nelle responsabilità e competenze nel processo organizzati-



Analisi dei casi

ze distribuite nel gruppo. L'approccio partecipativo e proattivo ha caratterizzato questi giorni formativi attraverso l'alternanza di momenti espositivi e momenti esperienziali in gruppi di lavoro, secondo il modello del cooperative learning. Al termine di ogni sessione è stata prevista una fase di debriefing con lo scopo di ottenere una valutazione dell'intervento formativo attraverso la discussione e lo scambio di idee in riferimento sia alle caratteristiche dell'intervento sia agli apprendimenti percepiti.

Gli strumenti messi in campo sono stati molteplici dall'analisi di casi alle simulazioni dal brainstorming ai giochi di ruolo.

AUTORE:

Carlo Turci e Matilde Napolano



Lavoro di gruppo



Simulazioni



Giuochi di ruolo



In aula

ANGELI SENZA ALI IL REPORTAGE DI "OK"

“Sono uscita dall’ospedale dopo una degenza di tre mesi. L’intervento chirurgico è riuscito. Bravo il professore che mi ha operato. E bravi i suoi assistenti. Ma ancora più brava una donna: l’infermiera che mi ha fatto scoprire l’amore per le piccole cose di ogni giorno. Madre di una bambina, vedova da poco. OK fa parlare i medici... Una volta tanto, vi prego, date un po’ di spazio anche a questi angeli!” Parte da qui il reportage pubblicato da OK sulla professione infermieristica: una e-mail ricevuta in redazione, da Roma. L’effetto è quello di uno spot alla professione, così raro per gli infermieri. 19 pagine di storie al femminile, infermiere e persone insieme.

Il reportage “Angeli senza ali” racconta 17 colleghe, il lavoro, la famiglia, le passioni, le aspirazioni. Con una luce positiva dell’impegno e della professionalità. E con belle immagini. Ci sono dati interessanti sulla professione e un intervento del professor Umberto Veronesi che è un vero elogio dell’infermiere.

L’ex Ministro della Sanità racconta il suo rapporto di medico con la nostra professione. Scrive a proposito frasi incisive: “il suo lavoro e la sua formazione professionale hanno caratteristiche di originalità e autonomia”; “Le efficienze di un ospedale sono gran merito del corpo infermieristico di quell’ospedale”; “In Italia abbiamo un medico ogni 150 abitanti, è un rapporto che andrebbe capovolto a favore di questa nobile professione”. E ancora: “Sono infermieri bravissimi, sempre più

preparati”; “spesso ne sanno più dei giovani medici appena assunti e hanno la bonomia di fare gli angeli custodi senza ‘tirarsela’, come dicono a Milano”; “noi medici dovremmo qualche scusa a questa nobile figura”.

Un grazie al professor Veronesi per lo spunto di verità e un plauso alla redazione di OK.



LE BELLEZZE DELL'ALBERO

Una giornata di straordinaria normalità

Miriam Miraldi

Una vita diversa, ma forse neppure poi tanto. Alessandro è un ragazzo che spesso sospira, quasi a dover cercare la forza per farcela, che parla poco perchè sa quanto peso possono avere le parole. E' una ragazzo che si sveglia con la voce di sua madre, e che prima di partire sa che nella borsa, insieme ai panini da lavoro, deve ricordarsi di mettere anche tanto coraggio e le sue medicine, quelle per l'epilessia. Alessandro è un ragazzo che cerca la bellezza e talvolta la trova tra le foglie del cortile del don Calabria, nei sorrisi dei ragazzi che come lui frequentano il centro diurno, nei ciclamini bianchi del vivaio dove lavora o negli occhi della sua ragazza. Ma soprattutto la bellezza la regala quando timido arrossisce se gli si dice di aver fatto un buon lavoro o quando torna indietro per chiederti se la copia del libro che grazie a lui è stato realizzato, può tenerla o deve riportarla domani.

Claudio ha conosciuto Alessandro poco meno di un anno fa e colpito dal suo sguardo ha deciso di seguirlo e di sentire che odore avesse la sua vita. Ha preso col lui il treno per andare a lavorare, ha annusato i fiori che Alessandro pianta per lavoro e l'aria di casa sua, l'odore della cena, il profumo di sua madre, l'odore del sudore di Alessandro mentre mette tutta la sua rabbia negli attrezzi della palestra dove va ogni settimana. Claudio Sica è un fotografo, capace di dipingere gli odori con la luce. A lui non servono i co-

lori e la sua sensibilità ha poco a che fare con quella delle pellicole che usa. Claudio ha fotografato la vita di Alessandro e Alessandro ha rivisto la sua vita in quelle foto con nuovi occhi, e ce lo ha detto. Forse ancora non lo sanno, ma Alessandro e Claudio, insieme, stanno creando bellezza. Oggi nella loro vita c'è infatti un nuovo profumo, quello della carta stampata di fresco: dal loro incontro è nato "Le Bellezze dell'Albero", un libro dove trovano spazio le immagini di Claudio e le parole di Alessandro.



Ed è un pò come se queste parole non fossero solo le sue, è come se avesse dato voce a tutte quelle persone che come lui fanno più fatica degli altri ad organizzare la propria vita, persone per cui è più difficile svegliarsi, uscire, prendere il treno e andare a lavorare ma che ce la fanno, che ogni mattina affrontano a viso aperto il loro corpo, le fantasie, i pensieri che li vorrebbero statici e incapaci e investono se stessi per sperimentarsi invece capaci di una giornata di straordinaria normalità. L'Opera don Calabria di Roma ha istituito il progetto "Articolo Tre", un centro di mediazione socio-lavorativa che nasce per queste persone e porta avanti un duplice obiettivo: aiutare le persone con disagio mentale ad appartenere ad un contesto socio-lavorativo e sensibilizzare i contesti sociali a conoscere e convivere con persone con disagio mentale. Ecco noi questo speriamo, che questo libro altro non sia che uno di mille passi per Emarginare l'Emarginazione, un

seme dal quale possa crescere un grande albero di Bellezza.

Tutto il ricavato delle vendite del libro sarà devoluto per la creazione e il mantenimento di borse-lavoro per tutti quei ragazzi che, come Alessandro, afferiscono al Progetto "Articolo Tre". Acquistare e regalare questo libro significa aiutare concretamente questi ragazzi nel loro percorso di crescita e di autorealizzazione sociale e lavorativa.

Se si desidera ricevere il volume "Le Bellezze dell'Albero" è possibile averlo al costo di 15,00 euro (spese di spedizione gratuite) pagando sui C/C Postale n.70467170 intestato a Edizioni Maprosti & Lisanti Sri. Per avere qualsiasi tipo di informazione riguardante il libro o il Progetto Articolo Tre potete rivolgervi a:

Opera don Calabria - Roma
Via G.B.Soria, 13-00168 Roma
Telefono 06.6274894
oppure 06.61283 153

in pillole

OSTEOPOROSI, LA VIA GENICA PER LA CURA

Uno studio sui topi condotto negli Stati Uniti apre una nuova strada alla terapia dell'osteoporosi. Sotto accusa il gene "Darc", localizzato sul cromosoma 1 murino.

I ricercatori hanno individuato nei topi un gene che aumenterebbe il rischio di osteoporosi, rendendo le ossa meno dense e quindi più fragili. La ricerca in questione, condotta dagli esperti californiani del Musculoskeletal Diseases Center è stato pubblicato sulla prestigiosa rivista on line "Genome Research". Secondo i suoi autori, la presenza del "Darc" (Duffy Antigen Receptor for Chemokines) potrebbe spiegare la maggiore predisposizione all'osteoporosi nelle popolazioni di razza caucasica, più vulnerabili rispetto agli afro-americani. Se le osservazioni svolte sui topi venissero confermate anche nell'uomo, si aprirebbe la

via per la sperimentazione di nuove terapie anti-osteoporosi basate sull'inibizione del gene Darc. Inoltre, potrebbero essere messi a punto dei test genetici per identificare gli individui che hanno più probabilità di ammalarsi. Secondo la National Osteoporosis Foundation statunitense, l'osteoporosi colpisce il 55% degli statunitensi over 50, aumentando il pericolo di fratture specie ad anca e vertebre. Il principale indicatore spia è la bassa densità minerale ossea (Bmd), associata a fattori di tipo sia ambientale che genetico. Il gruppo di ricerca californiano ha evidenziato che nei topi privati del gene "Darc" la Bmd è nettamente maggiore. La proteina "Duffy", codificata proprio dal gene "Darc", favorirebbe infatti la formazione degli osteoclasti che guidano il riassorbimento osseo e la perdita di calcio, fosfato e magnesio.

RECENSIONE

INFERMIERISTICA CLINICA IN AREA MATERNO-INFANTILE

**Autori M. Gialli - A. Miracoli
M.R. Rocchi - R. Sefanelli
Casa Editrice Hoepli
pag. 424 euro 28,00**

Questo volume si rivolge innanzitutto ai corsi integrati con la creazione della Laurea in Scienze Infermieristiche, si propone di affrontare l'area materno-infantile in un'ottica di continuità multidisciplinare, prendendo in considerazione sia la fisiologia sia la patologia, allo scopo di far acquisire agli studenti del Corso di Laurea triennale modelli metodologici operativi da applicare durante l'agire professionale. Particolare attenzione è stata dedicata all'aspetto relazionale ed educativo dell'assistenza alla persona, a scopo sia di prevenzione, in una logica di promozione di conoscenze e comportamentali finalizzati alla tutela della salute.

Nasce così un testo innovativo che ha l'intento di superare la settorialità delle singole specialità, ostetrico-ginecologica e neonatologico-pediatria. Scritto da due medici, un infermiere e un'ostetrica, con la collaborazione - per alcuni capitoli - di altri infermieri e medici di settori specifici attinenti alle problematiche trattate, il volume comprende una trattazione iniziale relativa alle conoscenze cliniche di fisiologia e patologia nell'area ostetrico-ginecologica e neonatologico-pediatria, a cui fa seguito una parte assistenziale-infermieristica incentrata sulla presa in carico della persona.

Uno degli aspetti peculiari del testo è rappresentato dalla costante considerazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio, al fine di permettere allo studente di comprendere come funziona il sistema previsto dalla normativa vigente.

L'opera è completata dalle diagnosi infermieristiche riconosciute dalla North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e da una parte relativa alle tecniche infermieristiche. Al termine di alcuni capitoli sono presentati vari casi clinici, derivati dall'esperienza degli Autori, che illustrano efficacemente allo studente situazioni tipo in cui applicare la procedura di assistenza infermieristica.

La linea conduttrice del percorso formativo è una segnaletica che compare al margine delle pagine creando un'accurata rete di rimandi, che contiene informazioni di vario genere, alcune espresse in modo schematico perché già assimilate (almeno in linea di principio) come bagaglio proveniente dagli studi precedenti.



Il solito coro, il solito allarme. Ormai una costante per il variegato mondo dell'informazione nazionale. Così, fra alti e bassi, urla e silenzi, la carenza di infermieri è tornata al rango di "caso". Gli infermieri mancano da Nord a Sud. Fra novembre e dicembre l'emergenza si è acuita catturando nuovamente l'attenzione dei media, dopo un'estate bollente e l'oblio mediatico che ne è seguito.

Ne riferiscono molti organi d'informazione: Milano Cronaca titola "Gli infermieri sono in rivolta: «Troppi turni»"; Il Corriere della Sera denuncia la difficile situazione nel capoluogo lombardo: "Mancano infermieri, assistenza a rischio negli ospedali. «Pronti a ridurre i ricoveri». Allarme al Policlinico e all'Istituto Tumori. Scioperi al pronto soccorso". Il Giorno rilancia l'allarme a Padova: "Il San Matteo è a rischio Mancano sicurezza e infermieri. I sindacati: «L'assistenza è in pericolo»". Il Tirreno gli fa eco a Livorno: "Il pronto soccorso è sotto stress"; La Stampa dà voce ai sindacati di categoria sull'emergenza infermieristica: "Basta con il numero chiuso nell'Università per infermieri".

Certo non mancano i soliti attacchi, della serie... come ti sparo nel mucchio. Uno sport praticato spesso e volentieri dalla stampa. Libero (Edizione Roma, 16/10/2007) presenta così un suo servizio: "Una sera al San Giacomo. Al Pronto soccorso un solo medico e pizza party per gli infermieri". Discutibile anche il taglio che Il Sole 24 Ore dà al "Primo Piano" del 15/10/2007: "Mercato del lavoro, le figure difficili da reclutare. I posti più rifiutati? Infermieri e falegnami". Un'inchiesta piena di numeri significativi ma che tradisce una certa approssimazione analitica che finisce per alimentare la confusione.



Con il servizio "Così l'infermiere sarà dirigente", Il Sole 24 Ore Sanità (6/11/2007) ha reso noti i criteri proposti dal Ministero della Salute alle Regioni sulla progressione di carriera: "Laurea specialistica, almeno cinque anni di servizio nel livello più alto del comparto (D o D super), iscrizione all'albo professionale (se esiste). Sono questi i requisiti che il personale non dirigente del Ssn dovrà avere per potersi sedere davanti alla commissione esaminatrice dell'azienda sanitaria che

dovrà valutare se farlo passare o meno dal contratto dei livelli a quello della dirigenza. La qualifica sarà unica, uguale per tutte e quattro le aree (infermieristico-ostetrica, della riabilitazione, della prevenzione e tecnico-sanitaria) e tre le prove d'esame per raggiungerla: scritta, pratica e orale. Omogenee su tutto il territorio nazionale dove per ora alla dirigenza si accede in base alla discrezionalità locale. Poi infermieri & Co. passeranno nell'area della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa, come prescrive la legge. Come dire: dirigenti sì, ma senza esclusiva".

Assai poco, e colpevolmente, gli organi di informazione hanno dato voce alle rivendicazioni degli infermieri nella lunga querelle che ha preceduto l'accordo sulla definizione di "lavoro usurante" ai fini pensionistici. Qualche buona notizia è invece arrivata dalle regioni meridionali: "Migliore assistenza ai malati di sclerosi creando un polo di infermieri al Sud" titola la Gazzetta del Sud pubblicando un focus sull'assistenza infermieristica (8/11/2007). Il Tempo (Edizione Molise - 16/10/2007) riferisce con l'enfasi propria dell'evento "Teramo, inaugurato il corso di laurea in Scienze infermieristiche".

Infermieri protagonisti sui media anche

per gli aspetti specialistici della professione. Il Sole 24 Ore Sanità del 6/11/2007 riferisce della ricerca internazionale condotta dallo Studio Dawn ("Diabete, pianeta allo specchio. Gli esiti dell'indagine su 500 malati, 151 specialisti e 101 infermieri"). Si legge che in Italia gli infermieri professionali specializzati nel campo sono "per il 70% donne, per il 57,7% di età compresa tra i 30 e i 49 anni e con circa 9 anni di esperienza di pazienti diabetici".

Ancora Il Sole 24 Ore Sanità (15/10/2007) pubblica uno studio dell'Agenzia sanitaria dell'Emilia Romagna sui motivi di abbandono dei corsi di laurea in Infermieristica: "I dubbi del futuro infermiere. Gli ostacoli principali: teoria difficile e impatto col tirocinio deludente".

Una questione che nelle scorse settimane ha attratto con forza l'attenzione dei media è stata quella del contratto infermieristico in Lombardia. "Federalismo infermieristico" hanno scritto e detto in molti. Il Sole 24 Ore del (Economia e Imprese - 10/11/2007) scrive: "Sanità. Il contratto degli infermieri lombardi. Un integrativo da mille euro all'anno. La trattativa in busta peserà sempre di più il merito dei singoli addetti. Difficile tuttavia che l'accordo sia esteso ad altre categorie di lavoratori". Il servizio mette a fuoco le trattative per il rinnovo del contratto regionale dei colleghi lombardi sulle quali incide il fattore "fuga". Spiega che in realtà la partita si gioca "... sull'importo che Regione Lombardia è disposta a riconoscere agli infermieri più produttivi, per bloccare la fuga verso gli ospedali della vicina ed economicamente vantaggiosa Svizzera ...".

"Il costo della vita a Milano - dichiara il Governatore della Lombardia Formigoni lo stesso giorno a La Padania - non è quello di Crotone ed è evidente che ci sia la necessità di lavorare perché gli infermieri di cui abbiamo bisogno rimangano in Lombardia e non vadano in Svizzera o nel Mezzogiorno". "Soldi per frenare la fuga degli infermieri" titola Il Giorno sulla questione. "Regione e sindacati «aprono» ai contratti locali. Via libera all'integrativo per gli infermieri" e "La svolta di Formigoni: Più soldi per frenare la fuga dagli ospedali" sono i titoli scelti dal Il Corriere della Sera. "Vogliamo tenerci gli infermieri? Allora è giusto retribuirli

meglio di quanto avvenga nelle altre regioni" dichiara Michele Tiraboschi, presidente del Centro Studi Marco Biagi sempre al Corriere, che indica nell'aumento "regionale" degli stipendi degli infermieri l'aspetto più innovativo dell'ipotesi di accordo. E alla domanda: "Ma perché gli infermieri sì e i tranvieri no?", risponde: "Quello degli infermieri è il caso classico in cui per sviluppare l'occupazione e garantirne il radicamento sul territorio l'incentivo retributivo è fondamentale".

Sulla vicenda La Repubblica titola "Infermieri, la Regione ammette: ne mancano più di quattromila". Libero aggiunge "Dopo l'aumento, la Regione agli infermieri dà la casa". Si legge nel servizio: "Il federalismo degli infermieri lombardi è ufficialmente iniziato. Non solo con gli aumenti di stipendio in un contratto integrativo regionale, ma anche con «soluzioni abitative ad hoc». Mancano gli infermieri (4200 secondo le stime del Pirellone) e la Regione trova i modi per attrarre forza lavoro. (...) Ha spiegato Roberto Formigoni: «dobbiamo ricavare in tempi brevi spazi residenziali» per affrontare il problema della casa degli infermieri. Alloggi ad affitti agevolati, non solo per gli studenti che vengono da fuori regione a seguire il corso di laurea in Scienze Infermieristiche, ma anche per i dipendenti delle strutture ospedaliere".

Opportunità in primo piano. Ma anche e soprattutto problemi. Sulla sua edizione nazionale il Corriere delle Alpi scrive: "No al part time, le infermiere protestano". Ne emerge un interessante spaccato di un medio ospedale del Nord con "troppe mamme infermiere che fra turni difficilmente conciliabili con l'accudimento dei figli piccoli e sostituzioni di colleghe malate o incinte, sono costrette a lavorare con i nervi tesi".

Normalmente, nel difficile rapporto con i media, per gli infermieri vale il detto "no news, good news". Troppo spesso, infatti, si parla di noi in chiave negativa. E denigratoria. E invece qualche eccezione l'abbiamo rilevata. Il servizio del pubblicato da Il Resto del Carlino col titolo "Al Day Surgery gentilezza e bravura" (10/11/2007) riferisce in positivo dell'esperienza maturata in un grande ospedale marchiano in cui, rileva il quotidiano, c'è "un'adeguata assistenza infermieristica,

pre e post intervento chirurgico”.

Un buon riconoscimento alla professionalità degli infermieri arriva dall'edizione nazionale de La Provincia Pavese (10/11/2007), che pubblica in evidenza una significativa lettera aperta dei genitori dei bambini in cura nel reparto di Oncoematologia Pediatrica del Policlinico San Matteo di Pavia. Preoccupati per l'annunciato taglio di alcuni posti letto, i genitori scrivono: "Queste cure sono importantissime. E gli infermieri vanno aiutati. Gli infermieri professionali che operano, pur tra le mille difficoltà dovute a un organico colpevolmente lasciato divenire sempre più ridotto (...) si sono sempre dimostrati pronti a rispondere a tutte le richieste assistenziali dei nostri figli. Agli infermieri tutti va la nostra più profonda gratitudine e il più sincero riconoscimento di quanto viene fatto con grande merito ogni giorno. Proprio per questo, gli infermieri e il personale medico non vanno lasciati soli in un momento di difficoltà e vanno, invece, aiutati e supportati, incrementando l'organico come doveroso. La risposta non può essere di tagliare i posti letto, con ciò negando la cura ai nostri figli affetti da malattie così

gravi". La riprova che infermieri e cittadini stanno dalla stessa parte e hanno lo stesso interesse.

Un'ultima citazione va al Corriere Medico, che nel numero 25 di ottobre pubblica un'intervista a Carlo Lusenti, segretario dell'Anaa Assomed, il sindacato più rappresentativo dei medici ospedalieri ("Anaa, siamo penalizzati"). Si legge fra l'altro: "Il 18 ottobre si è tenuto un convegno sulla competizione con le nuove professioni: quali i motivi di tensione in particolare con l'infermiere? «L'autonomia operativa della professione infermieristica è ormai una realtà ma le competenze mediche e infermieristiche sono chiamate ad agire in modo sinergico con ruoli chiari e interdipendenti per non compromettere la qualità delle cure. Medico e infermiere professionale si muovono in una realtà caratterizzata dall'interdipendenza tra operatori (...). Nell'interesse prioritario dell'assistito e del Ssn le due categorie sono chiamate a non ignorarsi in forza della loro autonomia, riconoscendo la necessità di un lavoro condiviso con pari dignità (...)". Ma non è proprio ciò che gli infermieri reclamano da anni?

in pillole

NUOVI SCENARI PER LA VITA ARTIFICIALE

Batteri riprogrammati geneticamente per produrre farmaci, vaccini, decontaminare terreni inquinati, nuove tecniche per ottenere cellule staminali e molto altro ancora. E' lo scenario che la prestigiosa rivista Science prefigura per il primo passo verso la vita artificiale compiuto dai ricercatori del Craig Venter Institute di Rockville (USA). Il gruppo di Craig Venter, fra gli artefici del sequenziamento del genoma umano, ha annunciato di aver trapiantato il DNA di un batterio su un altro, ottenendo così il primo essere vivente ad aver ricevuto un DNA totalmente nuovo. L'esperimento è stato presentato on line su Scienceexpress come una tappa cruciale del programma di realizzazione di un cromosoma artificiale. La prossima consisterà

nel trasferirlo in un organismo e attivarlo. I ricercatori hanno prelevato il Dna del batterio Mycoplasma mycoides, lo hanno privato delle proteine (ottenendo il "Dna nudo") e lo hanno trapiantato attraverso la parete cellulare nel batterio di una specie molto vicina, il Mycoplasma capricolum. In pochi giorni quest'ultimo ha cambiato "identità biologica", divenendo identico al microrganismo donatore del DNA. L'esperimento suggerisce l'esistenza di meccanismi per il trasferimento di cromosomi in modo naturale da una specie all'altra. "Quello che abbiamo scoperto - si legge nel comunicato del team di Venter - è una forma di trasferimento del DNA batterico che permette alle cellule che lo ricevono di diventare la base per la produzione di nuove specie".

Esercizio abusivo della professione ed obbligo di iscrizione all'albo

di Alessandro Cuggiani

Ai sensi dell'art. 348 del codice penale (c.p.) "Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione".

Con una recentissima sentenza la Corte di Cassazione ha stabilito che commette questo reato chi esercita abusivamente una professione anche se le prestazioni sono gratuite.

La Corte, infatti, con la sentenza 42790/2007 ha un principio estremamente chiaro: commette reato chi non avendo titolo esercita un'attività che non gli compete. E ciò anche se questo si verifica per un solo giorno e senza ricavo alcuno. Ai fini della configurabilità del delitto di esercizio abusivo di una professione - spiega la Corte - "non e' necessario il compimento di una serie di atti, ma e' sufficiente il compimento di un'unica ed isolata prestazione riservata ad una professione per la quale sia richiesta una speciale abilitazione, mentre non rileva la mancanza di scopo di lucro nell'autore o l'eventuale consenso del destinatario della prestazione, in quanto l'interesse leso, essendo di carattere pubblico, e' indisponibile".

Il principio è molto importante e occorre avere particolare sensibilità per capire che il reato si consuma, nella professione infermieristica, sia da parte di chi svolge tale attività senza essere in possesso del titolo abilitante (diploma di laurea o altro titolo equipollente ai sensi dell'art. 4, L. 26 febbraio 1999, n. 42), sia da parte di chi non sia iscritto all'albo professionale.

*** **

Sotto quest'ultimo profilo, e cioè l'iscrizione all'albo come elemento costitutivo del reato di "esercizio abusivo della professione", occorre muovere dalla ormai sin troppo nota legge n. 43 del 2006 che all'art. 2, comma 1, stabilisce "L'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, è subordinato al conseguimento del titolo universitario [o altro titolo equipollente-n.d.r.] rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione...".

Al comma 3 dello stesso articolo stabilisce che "L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge".

Da queste norme possiamo ricavare che l'iscrizione all'albo è condizione di esercizio, ossia chi non è iscritto non può esercitare.

La norma sopra riportata deve essere letta con il profilo professionale dell'infermiere che al comma 1 dell'art. 1, così recita: "E' individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".

L' "infermiere è" colui che ha conseguito il titolo abilitante ed è iscritto all'albo. Se manca una di queste due condizioni l'infermiere "non è".

Ciò significa che l'iscrizione è condizione per lo svolgimento dell'attività in quanto

forma lo "status giuridico" di infermiere. A nostro avviso la mancanza di iscrizione all'albo da parte di un soggetto che, pur in possesso di titolo abilitante, compia atti infermieristici (o anche un solo atto) configura un'ipotesi di esercizio abusivo della professione.

Su questo punto si è espressa la giurisprudenza della Corte di Cassazione secondo cui "L'art. 348 c.p.c. -...- ha natura di norma penale in bianco in quanto postula, come si evince dalla stessa formulazione del testo normativo (cfr. l'avverbio "abusivamente"), l'esistenza di altre disposizioni di legge che stabiliscano le condizioni oggettive e soggettive in difetto delle quali non è consentito -ed è quindi abusivo- l'esercizio di determinate professioni (quelle per cui occorre l'abilitazione statale); trattasi propriamente di altre disposizioni che, essendo sottintese nell'art. 348 c.p., sono integrative della norma penale ed entrano a far parte del suo contenuto quasi per incorporazione; cosicché la violazione di esse si risolve in violazione della norma incriminatrice (Cass., pen. IV, n. 198235 del 1993, in tema di esercizio abusivo della professione di ragioniere: la Corte ha stabilito che solo per lo svolgimento delle attività non comprese tra quelle previste dalle norme in materia non è prescritta l'iscrizione all'albo che, viceversa, è prescritta per lo svolgimento di tutte quelle attività menzionate dalla normativa di settore)

*** **

Il senso di tutto il sistema di norme in materia di esercizio (lecito) della professione è fin troppo chiaro ed è l'interesse dello

stato che determinate professioni che richiedono particolari requisiti di probità e competenza tecnica, vengano esercitate soltanto da chi sia effettivamente in possesso delle capacità tecniche e delle doti di dignità e probità necessarie a perseguire il fine ultimo che nel nostro caso è la tutela della salute come "diritto fondamentale dell'individuo" (art. 32 cost.).

In particolare se il titolo abilitante è dimostrativo delle qualità tecniche, l'iscrizione all'albo professionale tenuto dai Collegi IPASVI consente la verifica di quelle di dignità e probità altrettanto necessarie, secondo la giurisprudenza, per la realizzazione dell'interesse pubblico. E, non secondariamente, verifica la verità del titolo abilitante quale presupposto per l'iscrizione all'albo professionale.

*** **

In questo contesto è opportuno ricordare che il codice deontologico (formato in seno alla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI) è stato recepito da una legge dello Stato (L. 42 cit.) come elemento di valutazione della responsabilità infermieristica.

*** **

Su queste basi ben si coglie l'importanza dell'attività del Collegio IPASVI che costantemente svolge un ruolo di verifica costante e, purtroppo anche di recente, si è trovato a dover contestare la falsità di alcuni diplomi fino a promuovere l'azione penale per il reato di esercizio abusivo della professione.

[Avv. Alessandro Cuggiani](#)



linea
diretta
con il
presidente

Sono rimasta un po' stupita sentendo alla radio gli spot per avvicinare i giovani alla professione di infermiere. Francamente mi è parsa una presa in giro per i nostri ragazzi. Cosa diciamo a questi ragazzi: vieni a fare l'infermiere che tanto il lavoro non c'è? O che si è mal pagati?

Io ho diversi anni di lavoro alle spalle, ma la mia esperienza quotidiana è che i giovani non hanno più spazio. A Roma non si lavora assolutamente, le cliniche assumono solo infermiere dell'est perché costano meno, i concorsi pubblici sono ancora bloccati, nessuna possibilità di lavorare se non attraverso qualche cooperativa per finire magari sottopagati e sfruttati.

Perché la Regione non assume? Perché si continua a parlare di emergenza e a non fare niente di concreto? Spero che almeno lei mi possa dare qualche risposta convincente.

Lettera firmata

Cara collega, mette il dito in due piaghe, tutte ancora aperte. Ci sarebbe molto da dire in proposito. La lentezza con cui la Regione risponde all'impellente necessità di infermieri parla da sola.

Certo, non è una situazione peculiare del Lazio. Le fornisco due numeri: a livello nazionale negli ultimi anni negli organici del SSN si registrano 5 mila infermieri

in meno ma nello stesso periodo 2 mila medici in più. Alla faccia della carenza infermieristica e della "pletora" medica. Gli infermieri in servizio sono 5,9 per 1.000 abitanti, la metà di Germania e Irlanda, un terzo rispetto ai Paesi scandinavi. Nel Lazio il rapporto scende a 5,5 infermieri per mille abitanti. Qui mancano almeno 5 mila colleghi. D'altronde il nostro è l'unico Paese europeo con più medici (circa 370.000) che infermieri (poco più di 354.000). Significherà pur qualcosa...

Si dice che non ci sono i soldi ma si assumono sempre più medici. E il Lazio non fa eccezione. Le considerazioni del caso le lascio a lei.

Quanto alla campagna di comunicazione lanciata la scorsa estate dalla Federazione IPASVI per sensibilizzare i giovani alla professione, le porgo qualche altro breve spunto di riflessione.

I dati sono tutti convergenti. Da ultimo, una ricerca del Sistema Informativo Excelsior di Unioncamere su un campione di 100 mila imprese italiane conferma che la figura professionale più difficile da reperire sul mercato è quella infermieristica. In Italia servono circa 7 mila laureati all'anno solo per arginare l'emergenza. Laureati che non ci sono.

Da molti anni ormai la professione non attira i ragazzi, non offre loro prospettive economiche e di prestigio sociale adeguate alle aspirazioni. Anche perché non la

conoscono, hanno la percezione di avere poche chance di carriera.

La campagna di spot si è unita a un'opera capillare di contatto nelle ultime classi delle scuole superiori. Per la prima volta gli infermieri hanno spiegato la professione ai giovani. I risultati sono incoraggianti: le domande di partecipazione ai test d'ingresso dei corsi universitari sono cresciute del 7% rispetto all'anno accademico 2006/2007. Anche questo significherebbe qualcosa...

La strada per colmare il deficit di 60 mila

infermieri che segna il nostro Paese è una sola, ed ha almeno tre corsie che vanno percorse contemporaneamente: migliorare realmente le condizioni di lavoro ed incrementare le retribuzioni per migliorare lo status e il ruolo professionale e creare reali e trasparenti opportunità nello sviluppo di carriera. Probabilmente questo porterebbe molti più giovani nei nostri corsi di laurea e aiuterebbe a colmare il grande vuoto di organici che oggi abbiamo.

in pillole

OSTEOPOROSI, LA VIA GENICA PER LA CURA

Uno studio sui topi condotto negli Stati Uniti apre una nuova strada alla terapia dell'osteoporosi. Sotto accusa il gene "Darc", localizzato sul cromosoma 1 murino.

I ricercatori hanno individuato nei topi un gene che aumenterebbe il rischio di osteoporosi, rendendo le ossa meno dense e quindi più fragili. La ricerca in questione, condotta dagli esperti californiani del Musculoskeletal Diseases Center è stato pubblicato sulla prestigiosa rivista on line "Genome Research". Secondo i suoi autori, la presenza del "Darc" (Duffy Antigen Receptor for Chemokines) potrebbe spiegare la maggiore predisposizione all'osteoporosi nelle popolazioni di razza caucasica, più vulnerabili rispetto agli afro-americani. Se le osservazioni svolte sui topi venissero confermate

anche nell'uomo, si aprirebbe la via per la sperimentazione di nuove terapie anti-osteoporosi basate sull'inibizione del gene Darc. Inoltre, potrebbero essere messi a punto dei test genetici per identificare gli individui che hanno più probabilità di ammalarsi. Secondo la National Osteoporosis Foundation statunitense, l'osteoporosi colpisce il 55% degli statunitensi over 50, aumentando il pericolo di fratture specie ad anca e vertebre. Il principale indicatore spia è la bassa densità minerale ossea (Bmd), associata a fattori di tipo sia ambientale che genetico. Il gruppo di ricerca californiano ha evidenziato che nei topi privati del gene "Darc" la Bmd è nettamente maggiore. La proteina "Duffy", codificata proprio dal gene "Darc", favorirebbe infatti la formazione degli osteoclasti che guidano il riassorbimento osseo e la perdita di calcio, fosfato e magnesio.



Lo "starter kit" del ricercatore (parte prima)

A richiesta, riproponiamo per intero 4 articoli dello scorso anno, rivisti ed aggiornati-

In un mondo in cui l'informazione, l'innovazione tecnologica e scientifica corre alla velocità della luce, è logico pensare anche che le nostre conoscenze professionali debbano essere costantemente riviste, rivisitate, se non addirittura rinnovate nei contenuti e nelle concezioni più intime...

La ricerca come progressione della scienza e, di contro, come innalzamento degli standard qualitativi di assistenza alla persona, è essenziale anche alle Aziende Sanitarie ove trovano anche una certa economicità nell'esercizio e nella fruizione dei servizi.

Ma la ricerca e l'aggiornamento professionale, oggi, non possono prescindere dall'utilizzo di tecnologie avanzate, nella fattispecie dall'uso di "elaboratori elettronici" (personal computer) oramai essenziali per l'immissione, la gestione e l'elaborazione dei dati, e dalla rete internet ed intranet per la condivisione dei dati ed il confronto con altre realtà o istituti di ricerca.

Al momento di cominciare una *ricerca* abbiamo di fronte tante opportunità, una tra tante proprio *internet*.

È oramai luogo comune pensare che "su internet c'è tutto", ma quando si parla di infermieristica la delusione può essere forte... vediamo come ridurre questa delusione con qualche piccolo trucco.

Uno dei mezzi a disposizione di ogni utente web è il poter utilizzare un "motore di ricerca", ovvero un sito web specializzato, per così dire, in ricerche su internet;

scopriamo assieme come cercare e filtrare un risultato atteso.

Innanzitutto un piccolo elenco di "motori di ricerca": www.google.it - www.altavista.it - www.virgilio.it - www.motoridicerca.it

Oramai in vetta a tutte le statistiche di popolarità, **google** rappresenta oggi lo strumento più potente e semplice per poter cercare ed ordinare i risultati delle ricerche su web, ma ciò non significa che sia perfetto.

Uno dei "trucchi" per effettuare ricerche mirate, in tutti i motori di ricerca, è quello di utilizzare nelle chiavi di ricerca gli "operatori booleani", ovvero i termini AND, OR, NOT (in google, l'operatore AND è sottinteso).

Un esempio: digitiamo nel box dove inseriamo la nostra parola chiave, la frase "infermieri OR infermiere NOT cardiologia NOT neurologia" e vedremo come vengono aggiunte o tolti i termini della ricerca quando andremo a verificare i risultati della stessa.

Google fa caso a parte, in quanto cerca di semplificare le operazioni di aggiunta ed esclusioni dei termini con l'utilizzo dei simboli matematici "+" e "-"

Per maggiori informazioni su come restringere il campo di ricerca dei risultati su google, consultiamo questa pagina: www.google.it/intl/it/help/refinesearch.htm.

Una lettura disincantata su google, e fuori dalle righe, la possiamo leggere qui: www.apogeeonline.com/webzine/2004/04/22/01/200404220101

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



Collegio IPASVI Roma

1° ANNUNCIO 3^a CONFERENZA INTERNAZIONALE 17-18 APRILE 2008

L'IMPEGNO DELL'INFERMIERE PER LA SICUREZZA DEL MALATO: UN'ALLEANZA TERAPEUTICA

SESSIONE POSTER E COMUNICAZIONI NELL'AMBITO DELLA III^a CONFERENZA INTERNAZIONALE

Progetti per la sicurezza

La segreteria scientifica si riserva di valutare tutti i poster e le comunicazioni riguardanti progetti sanitari con partecipazione infermieristica per migliorare la sicurezza dei pazienti che perverranno entro il 15/03/2008 al Collegio Ipasvi di Roma e ne darà tempestiva comunicazione ai richiedenti.

Per informazioni e comunicazioni Collegio Ipasvi di Roma:

Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 -Roma-

Tel. 06/37511597 - Fax 06/45437034 e mail: collegio@ipasvi.roma.it

I lavori possono essere inviati per via postale o per e-mail entro il 03/04/2008



COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA

Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma - Metro Ottaviano

Tel. 06.37511597 r.a. - Fax 06.45437034

e.mail: collegio@ipasvi.roma.it

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

Nuovo orario

Gli orari di apertura degli uffici sono i seguenti:

Lunedì, Giovedì 8,30-12.30 e 14,30-17,00

Martedì, Mercoledì, Venerdì 8,30-12,30