

Perché la sede del Corso di Laurea in Infermieristica deve restare a Faedo

di Ercole Piani

Le lettera di Andrea Viviani merita la pubblicazione e come richiesto una approfondita e circostanziata risposta in merito alla posizione assunta dal sottoscritto. Bene evidenziare sin da ora il nostro apprezzamento all'Amministrazione Provinciale che "scende in campo" in difesa dell'Ospedale Morelli e pur non condividendo l'obiettivo che coinvolge il nostro Corso di Laurea in Infermieristica, si apprezza il documento nel quale sono evidenziati molti progetti condivisibili. L'Ospedale Morelli di Sondalo è un bene prezioso per tutta la nostra Provincia e ci auguriamo che le nuove sinergie possano far sì che anche gli Infermieri siano coinvolti nelle proposte. Ai Collegi Infermieri che esercitano presso questo Ospedale vanno gli apprezzamenti per quella caratteristica e encomiabile dedizione all'ammalato che da sempre è testimoniata dagli Utenti e dagli Studenti che svolgono il tirocinio pratico.



Lettera aperta al Presidente del Collegio

di Andrea Viviani

Caro Ercole, ho letto quest'oggi (2 marzo) l'articolo apparso su "Il Giorno" dal titolo "Scuola infermieri, nessun baratto" e che contiene la tua presa di posizione come Presidente del Collegio Infermieri ed è quindi espressione di ciò che la professione pensa ed esprime sulla questione.

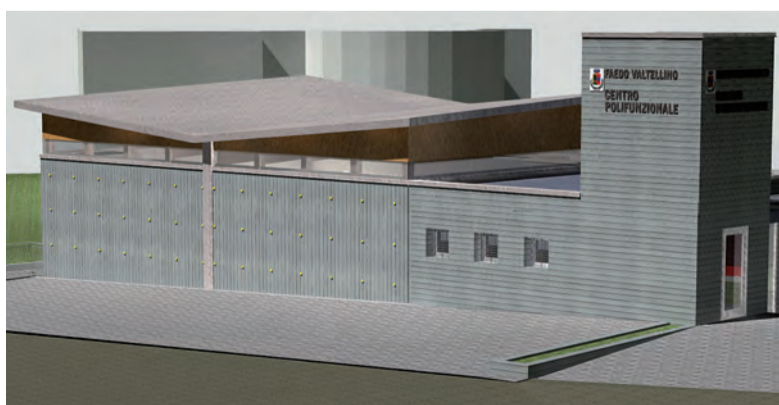
Sui giornali di questi giorni ho letto di tutto e di più...ma soprattutto ho letto notizie che poco o nulla hanno a che fare con la realtà delle cose!!! Te ne vorrei riportare alcune, tratte

da "Il Giorno" e "La provincia di Sondrio" dove si dichiara che: "...Faedo è allocata geograficamente al centro della Provincia, equidistante da Madesimo e da Livigno (60 km), e quindi in posizione ideale..." "...La sede di Faedo è dotata di attrezzature tecnologiche all'avanguardia..." "...La sede di Faedo è strutturato come un campus universitario..." "...Se la sede del corso venisse spostata a Sondalo, QUALE DEI MEDICI DI SONDRIO andrebbe così lontano per fare un'ora di lezione?..."

"...Gli iscritti del corso di Faedo sono, per la quasi totalità, di provenienza della media e bassa valle. Il disagio per il loro spostamento sarebbe notevole". Tralascio il resto.... Forse la geografia è una scienza un po' in disarmo e non merita di essere conosciuta (il centro della Valtellina è più o meno nel territorio del Comune di Tirano), forse la mia idea di campus universitario è un po' diversa di chi scrive e si esprime e bisognerebbe intendersi sul termine tecnologia (teledidattica? Ma quanto è didattica, intendendo cosa trasmet-

te, la medesima?...), forse bisognerebbe sapere quanti dei MEDICI di Sondrio sono impegnati nell'attività formativa e, soprattutto a livello storico, la provenienza geografica dei laureati infermieri (normale che dall'Alta Valle ce ne siano pochissimi: la sede è troppo distante). Capisco e comprendo perfettamente le posizioni del sindaco di Faedo, che difende la presenza di una realtà sul proprio territorio, che è lì da 15 anni e dà lustro alla comunità di Faedo. Ma proprio per questo motivo mi chiedo perché alcuni dei problemi logistici siano lì sul tappeto da allora. Se bisogna raccontare le cose, diciamole tutte, compreso il fatto che la struttura non è in uso gratuito (anche se non ho idea di quanto sia il canone d'affitto, ma il mio è un discorso prettamente di principio...) La discesa "in campo" della professione mi lascia alquanto perplesso: professione che non è scesa in campo ai suoi tempi e non scende in campo su altre questioni forse più prettamente organizzative infermieristiche e che si trascinano da anni (nelle questioni organizzative sanitarie la voce del Collegio è sempre stata assente o fiavole e mai con una presa di posizione forte sui quotidiani). Ma ancora più perplesso mi lasciano i termini dell'intervento: che il pericolo sia un escamottage per portare a casa dei voti mi sembra lampante (e la professione infermieristica non può permettersi questo) ma non ho letto una parola sulla progettualità, sul "vediamo quale è il programma e poi ci esprimiamo", sul "mettiamo sul tavolo i problemi e vediamo quali sono le risposte e se sono adeguate"...

CONTINUA A PAGINA 2 ►



Bollino
tesseramento

2010

Collegio
IP-AS-VI
2010

Le rubriche all'interno

Invito alla ricerca	Pag. 4-7
Una suggestiva lettura dalla natura	Pag. 8-9
Indagine conoscitiva	Pag. 9-10
Concorso Letterario	Pag. 11-12
Mezzi dottori?	Pag. 13
L'angolo dell'etica	Pag. 14-15
Disposizioni in merito alla posta certificata	Pag. 16

Sabato 24 aprile 2010
ASSEMBLEA ANNUALE

Continua dalla prima pagina

Si entra nella bagarre mediatica senza voler fare chiarezza: il messaggio che passa è che quella realtà, dal punto di vista logistico, è perfetta ed ottimale e si vuole distruggere un qualcosa di perfettamente funzionante e funzionale (dal punto di vista della logistica). Di tutte le voci che si sentono, nessuno si è premurato di chiedere a chi usufruisce del servizio (cioè gli studenti) qual è il loro grado di soddisfazione per i servizi offerti.

Caro Ercole, perdonami per lo sfogo...non è un voler sparare nel mucchio, né una critica senza costrutto, ma...ritengo che il parere del Collegio, espressione degli Infermieri, quando compare sui giornali esprima ANCHE il mio parere..

Non posso che dissentire da una difesa a spada tratta senza considerare gli aspetti positivi (creazione di un vero campus universitario, alloggi per gli studenti, struttura formativa dentro l'ospedale: logisticamente ha molto più senso che percorrere cinque chilometri per andare a mangiare in mensa). Da una difesa a spada tratta fatta senza aver visto la progettualità, le idee, le offerte, le soluzioni ai problemi effettivi o potenziali.

Faedo, purtroppo, nonostante sia vicino a Sondrio resta comunque in periferia e si perdono sia i vantaggi della struttura autonoma totalmente decentrata che di quella completamente integrata con la realtà ospedaliera.

L'atteggiamento di prudenza e del misurare le parole, tanto caro nelle pregresse occasioni, qui è stato abbandonato, cosa che di per sé non è un male: vorrei vedere lo stesso coraggio su tutte le questioni infermieristiche.

Caro Ercole, ritengo l'esposizione mediatica un buco nell'acqua, non in quanto tale ma per i contenuti espressi e, se posso condividere i dubbi sulla possibile speculazione elettorale, avrei voluto vedere espressa una posizione più equilibrata e più rispettosa: a fronte di un progetto, prima di dire se è bello o brutto, bisognerebbe analizzarne i contenuti e rifiutarlo se peggiorativo piuttosto che accettarlo/condividerlo se migliorativo.

Ti chiedo cortesemente di condividere questa mia con Rosella e con gli altri membri del Consiglio Direttivo e di pubblicarla su Parliamone, corredata da una tua/una vostra risposta.

Ti saluto caramente

Andrea

Carissimo Andrea, utilizzo il tuo scritto per rispondere in modo aperto a tutti gli Infermieri della nostra Provincia e come potrai capire queste che seguono non sono esternazioni che possono essere distorte come nei vari articoli della stampa a cui fai riferimento.

Ritengo importante fare una premessa sostanziale: le scuole di formazione per infermieri professionali, tanto care nei miei ricordi e di molti Colleghi, erano spesso ubicate all'esterno degli ospedali e non facevano eccezione anche le nostre, solo in un secondo tempo la scuola convitto di Sondalo era portata all'interno del Morelli così come la scuola di Sondrio che poi ritornava a occupare sedi esterne. Si è da sempre ritenuto opportuno che gli spazi all'interno degli ospedali fossero occupati da degenza o dai servizi complementari alla degenza e non dalle sedi di formazione. Era stata una decisione dell'Assessorato Regionale voler mantenere aperto solo un corso per Infermieri nella nostra Provincia e la scelta cadde sul corso di Sondrio; non è vero che la scuola convitto fu chiusa per carenze d'iscrizioni, i tentativi per mantenere aperta la formazione a Sondalo naufragarono perché non furono adeguatamente supportati. Oggi la sede del corso di laurea in infermieristica della Provincia di Sondrio è a Faedo e risponde in pieno alle attese della formazione universitaria che caratterizza ora la nostra professione per i seguenti motivi:

- Si trova vicina al capoluogo della Provincia, dove sono presenti quasi tutte le scuole secondarie.

- È l'unica sede di formazione universitaria della Provincia e la sua posizione centrale al nostro territorio rende appetibile la proposta formativa in valle a tutti gli studenti, anche se, a onor del vero, alcuni studenti di Chiavenna hanno scelto Lecco, ma se spostassimo la sede a Sondalo, altri sceglierebbero altrove. Oggi comunque quasi la totalità degli studenti presenti a Faedo non cambierebbero la sede con Sondalo; va sottolineato che alcuni di questi provengono dall'alta valle così come alcuni provengono da fuori Provincia.

- Faedo sta conseguendo consensi tra le diverse opzioni di formazione universitaria anche perché questa

Risposta ad Andrea Viviani

di Ercole Piani

sede è conosciuta e anche perché, fortunatamente, la nostra professione ha elevato il suo status.

- L'attuale sede ha tutti i requisiti strutturali e tecnologici atti alla formazione accademica.

- Presso la sede di Faedo insegnano Docenti e Professori a contratto, come il sottoscritto, che esercitano presso l'AOVV o l'ASL della Provincia di Sondrio, trasferendo la sede perderemmo molti insegnanti che non potranno spostarsi per insegnare a Sondalo; ognuno di noi sa quanto sia difficile acquisire queste competenze.

- Rispetto al passato la formazione didattica è articolata in modo diverso, prevedendo per il tirocinio dei periodi di distacco, senza formazione in aula, svolti presso tutte le strutture ospedaliere della Provincia da Chiavenna a Sondalo e presso i servizi territoriali e le RSA di tutta la Provincia e la sede di Faedo renderebbe più agevoli gli spostamenti sull'intera Provincia.

- Le competenze, a differenza del passato, non sono esclusive dell'Azienda Ospedaliera ma sono regolate da accordi con l'Università e nessuna disposizione regola oggi un possibile convitto anche se l'Azienda Ospedaliera potrebbe assumersi autonomamente l'onere della gestione.

- Altro motivo sostanziale è dato dal fatto che a Faedo esistono tutte le risorse strutturali e tecnologiche rispondenti ai nuovi bisogni formativi e non ultimo la realizzazione di una nuova costruzione adibita ad auditorium che potrà essere utilizzata anche per la formazione continua in medicina (avanti sarà evidenziato il progetto).

- Inoltre dovremmo domandarci perché uno studente universitario che si laurea nella nostra Provincia ha diritto all'alloggio, mentre tutti gli altri oltre al disagio del viaggio devono trovarsi un'abitazione nelle varie città della Regione a costi ben diversi dall'attuale convenzione con l'Istituto Salesiano.

- Infine il costo della sede di Faedo la cui locazione annua (seimila euro) è meno di un quarto del costo di un ausiliario la rende molto meno onerosa del costo del personale dedicato alla sorveglianza e alla cura dell'eventuale convitto a Sondalo. Vorremmo che l'eventuale onere aggiunto sia utilizzato a fini didattici e non disperso in nuove spese accessorie che rischierebbero di impoverire ulteriormente l'offerta accademica.

Infine per rispondere alla domanda sul perché di questo intervento devo evidenziare che da sempre il nostro Collegio interviene sui problemi della professione e sulle realtà che caratterizzano la nostra società e questi interventi sono sempre stati divulgati dai mass media oltre che su Parliamone che abbiamo voluto far nascere proprio per questo, nello specifico:

- Più volte nell'arco degli ultimi venti anni abbiamo sollecitato, sulla stampa e con convegni l'Amministrazione provinciale a "scendere in campo" al fine di garantire un'equa ripartizione delle risorse sanitarie.
- La proposta della Direzione infer-

mieristica è sempre stata richiesta dal nostro Collegio e presso la Direzione dell'allora USL ventidue era nato il primo Ufficio infermieristico d'Italia; il servizio era stato poi miseramente interrotto dalle Direzioni seguenti. In seguito abbiamo sempre richiesto l'istituzione della Direzione Infermieristica che attraverso il SITRA oggi è garantita.

- Abbiamo richiesto che nei Comitati Etici ci fosse la nostra rappresentanza, prima a Sondalo e ora presso l'AOVV questo è garantito.
- Abbiamo richiesto che tutti gli Infermieri fossero iscritti all'Albo Professionale; la nota sentenza di Sondrio ha portato alla formulazione di nuove Leggi da parte del Legislatore che ora obbligano tutti gli Infermieri italiani all'iscrizione a garanzia dei diritti dei Cittadini.

- Abbiamo sollecitato la nascita del servizio 118 dedicando numerose iniziative, ricordo che il Dottor Pradella (ora ci vede in contrapposizione sul progetto sede formativa ma da sempre ci contraddistingue un rapporto improntato da reciproco rispetto e considerazione), aveva ringraziato più volte gli infermieri per il contributo; ricordiamo ancora il grosso Convegno a Livigno al quale erano da noi invitate tutte le postazioni del 118 dell'arco alpino oltre al soccorso Elvetico.

- Abbiamo promosso e sollecitato una campagna nazionale sul dolore nel bambino che a Sondrio, in un nostro Congresso, grazie all'Ospedale Mayer di Firenze, alla Clinica pediatrica dell'università di Padova e alla Fondazione Benini, nel 1990 ha dichiarato, per la prima volta in Italia, che anche i neonati hanno i circuiti neuronali adatti a riconoscere il dolore (era negata questa realtà) da allora abbiamo portato in quasi tutte le Provincie italiane questa realtà che è stata ben evidenziata in tutti i circuiti informativi nazionali. Lo scrivente, in rappresentanza degli infermieri, ha collaborato con la Commissione bicamerale sull'infanzia.

- Abbiamo voluto che la mamma seguisse il proprio figlio in camera operatoria sino all'induzione dell'anestesia e proprio al Morelli, per quella grande capacità di accogliere tutti i nuovi progetti di umanizzazione, abbiamo ottenuto che il bambino sottoposto a intervento chirurgico oltre ad avere la mamma vicina potesse guardare attraverso un monitor i cartoni animati prima di addormentarsi. Ora stiamo sollecitando, con Associazioni del settore, il progetto rianimazioni pediatriche aperte ai genitori anche quando chi muore è un bambino.

- Abbiamo promosso per primi, attraverso un grande congresso, una campagna di sensibilizzazione sul suicidio che ha visto nascere grazie al nostro contributo l'ASIS che studia in Provincia questo triste primato. Ancora su questo tema stiamo collaborando con le iniziative promosse da CARITAS provinciale e il gruppo del Professor Bonomi. Un nostro infermiere ha collaborato con l'osservatorio regionale del suicidio e nell'osservatorio provinciale del disagio.

- Abbiamo partecipato alla campa-

gna nazionale sul tema della violenza alle donne portando in Sondrio un grosso Convegno sul tema e che ci ha visto col comandante del RIS di Parma e la Presidente dei Collegi delle Ostetriche portare questi convegni in alcune province italiane.

- Dall'esperienza dell'alluvione in Valtellina abbiamo voluto far nascere CIVES (Coordinamento Infermieri Volontari Emergenze Sanitarie) che ora è un progetto nazionale e che vede gli Infermieri sui luoghi delle calamità nazionali e internazionali. Ampiamente riportato sugli organi di stampa nazionali.

- Ancora abbiamo partecipato attivamente alla stesura dei nostri Codici Deontologici e abbiamo presentato due mozioni su due articoli contribuendo così al cambiamento di uno dei due.

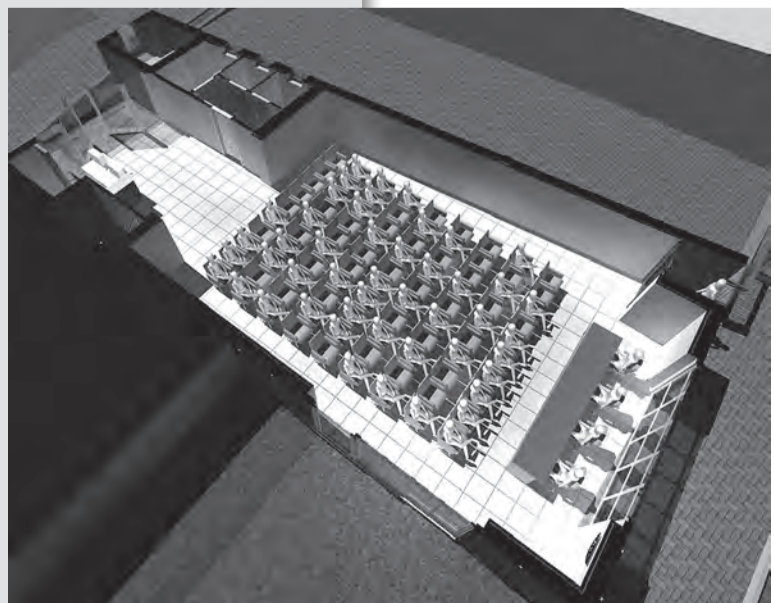
- Sul tema della contenzione dei pazienti, il nostro Collegio ha avuto la presidenza di un'apposita Commissione del Coordinamento regionale che ha proposto una interessante collaborazione con IREF per preparare i nuovi infermieri di psichiatria; su nostra esplicita richiesta, l'Assessorato regionale alla Salute ha diramato a tutte le Aziende Ospedaliere l'indicazione a monitorare il fenomeno contenzione. Anche questo testimoniato dall'Assessore regionale durante l'incontro a Sondrio nel 2009.

- Il Collegio inoltre ha preso posizione (dichiarazione pubblicata sulle testate giornalistiche provinciali) con i Collegi di Pavia e Como sulla vicenda Eluana Englaro e ancora grazie anche al Tuo contributo, nelle bellissime edizioni del convegno "L'infermiere e le cure di fine vita", nel mese di gennaio abbiamo condiviso col Collegio di Como un documento sulle cure di fine vita inviato in Federazione per l'apposita Commissione del Ministero alla Salute.

- Abbiamo inoltre, per tornare all'inizio del documento, sollecitato l'Università di Milano Bicocca e la direzione dell'AOVV a tenere aperto il Corso di Laurea di Faedo quando, negli anni scorsi, il numero di studenti non giustificava il mantenimento della sede distaccata di Sondrio, questa è stata, a differenza delle altre una manovra silenziosa al fine di non creare nuovi allarmismi. Da notare che allora si parlava di chiusura non di trasferimento.

- E infine, ancor prima di questa ipotesi di cambiamento sede, abbiamo chiesto al Comune di Faedo di poter intitolare l'edificio del corso di laurea alla Collega Maria Alessandria, con piacere la nostra richiesta è stata accolta e questa cerimonia si svolgerà a dicembre quando festeggeremo i nuovi Colleghi Infermieri.

Per quanto concerne invece la non presa di posizione sull'organizzazione dei servizi erogati, il Collegio è un Ente Pubblico, non può e non deve entrare nel merito, se non nel caso che eventuali disposizioni possano ledere la professione infermieristica; quando questo è avvenuto non siamo mai stati né prudenti né tantomeno zitti. La nostra rappresentanza professionale, voluta dal Legislatore, è garantita attraverso



tutti quegli atti che hanno permesso a noi tutti di assicurare al Cittadino i migliori presupposti assistenziali che ogni infermiere ha l'obbligo, con la propria preparazione di garantire. Il Collegio, apprezzando e condividendo con Te quel noi tutti, è da sempre impegnato nel promuovere la professione e credo che quanto fatto in questi anni, anche grazie alla Tua dedizione, sia testimoniato.

Carissimo Andrea Ti ringrazio per il contributo che ha permesso al sottoscritto di rispondere in modo dettagliato alle richieste; sarà mia premura, richiamate le mie responsabilità, richiedere al Consiglio Direttivo la fiducia al mio operato e, se ottenuta, chiederò la pubblicazione di Parliamone con queste considerazioni solo dopo le consultazioni elettorali così da non condizionare le scelte.

Come ben sai Ti apprezzo e Ti stimolo, con gratitudine

Ercole

Potenziamo l'Università per infermieri di Faedo

Giordano Caprari *

L'Amministrazione Comunale di Faedo Valtellino, oramai quindici anni fa, accettò con grande piacere e considerò un onore dare una casa al "corso universitario per infermieri".

In quegli anni, espulsi dal Morelli e dal plesso ex Canossiane in Sondrio, la Valtellina corse seriamente il rischio di vedere sparire questo importante centro di formazione.

La presenza in Faedo di un plesso scolastico ultra moderno, realizzato con criteri di avanguardia intorno agli anni 80, da poco chiuso per le riforme della scuola dell'obbligo primario, la vicinanza con Sondrio (e quindi con i centri nevralgici della sanità valtellinese) hanno permesso

questo felice connubio, realizzando l'unico centro Universitario valtellinese.

La Nostra amministrazione accolse con calore l'iniziativa e, rendendosi conto del valore dell'Università e delle necessità ad esse legate, nel tempo si è adoperata per poter migliorare i servizi offerti dal luogo e per aumentare le urbanizzazioni necessarie a una presenza di docenti e studenti.

Nonostante le sofferenze di bilancio di un ente così piccolo e grazie anche alla lungimiranza politica di alcuni enti sovracomunali, nel tempo, siamo riusciti a fornire e ampliare i parcheggi, a realizzare un centro sociale (bar) e annesso aree attrezzate

per sport, a fornire banda larga per i servizi informatici e grazie all'Università la Bicocca a informatizzare completamente il plesso scolastico. Ora le esigenze dell'Università hanno richiesto un'implementazione dei servizi offerti mediante la realizzazione di una sala multimediale per conferenze e teledidattica.

L'amministrazione, coadiuvata economicamente ancora una volta da enti rappresentati da politici locali avveduti, ha prontamente risposto ed è stata appaltata e in fase di avvio dei lavori una sala polifunzionale ad utilizzo dell'Università e del paese, in grado di ospitare sino a 150 persone in incontri stage o corsi di formazione.

Una sala che verrà in seguito dotata di attrezzature informatiche all'avanguardia e che permetterà al plesso di operare ancora più efficientemente e formare infermieri sempre più attenti alle esigenze della società.

Lasciatemi dire che siamo onorati di aver contribuito a formare negli anni centinaia di ragazzi nella nostra Provincia e speriamo che per il futuro questo accada ancora e che non siano vanificati gli sforzi sinora fatti, noi vogliamo ancora collaborare con Voi e con l'Università fornendo sempre più servizi per una formazione sempre più importante.

* Sindaco di Faedo Valtellino

La formazione dell'infermiere: dove e come

Dott.ssa Rosella Baraiolo *

È ben percepito nel mondo professionale e sanitario quanto si stia modificando la formazione degli infermieri. Nel contempo la direzione assunta dai cambiamenti in corso pare suscitare opinioni contrastanti, accompagnate da un dibattito anche acceso sugli aspetti controversi. Dibattito sostenuto anche ad alti livelli professionali e istituzionali. In particolare, sembra che molti colleghi infermieri facciano fatica a individuare la validità dell'impianto formativo attuale, non riconoscendo in esso le tracce del percorso che a loro volta avevano affrontato. Nonostante la supporto e l'attenzione più volte assicurato nei confronti dei giovani studenti, in effetti, è più facile vedere segnalate le differenze piuttosto che evidenziati gli elementi di continuità. Eppure un tenacissimo filo rosso lega tutti coloro che sono impegnati nell'erogare l'assistenza infermieristica, un collegamento che prescinde dall'anno di abilitazione professionale o dalla sede formativa. Riguarda la comprensione dei bisogni di assistenza manifestati dalle persone, dall'impegno a farvi fronte, dal sentirsi investiti della fiducia che, in quanto infermieri, si è grado di risolvere tante situazioni che ogni giorno esseri umani patiscono.

Questa è retorica? Sì, forse! Ma quale sarebbe allora il significato di intraprendere la professione di infermiere?

È in questo scenario che è possibile interpretare le decisioni e le scelte di dove collocare oggi la formazione universitaria infermieristica.

La scelta normativa, di fatto incontrastabile, dell'inserimento a pieno titolo del percorso di professionalizzazione dell'infermiere in ambito universitario risale al 1992. Il sistema universitario è illustrato nella figura 1. Da allora si sono susseguite una serie di disposizioni finalizzate a riorganizzare il triennio, coerentemente con il sistema universitario, le sue regole e la sua tempistica al fine portare gli studenti all'acquisizione del titolo accademico. Diversi



fattori hanno inciso sulle scelte operate in fase di concreta realizzazione del passaggio; essi riguardano principalmente il numero elevato di studenti candidati e l'obbligo del tirocinio, quale parte integrante della formazione, in quanto indispensabile all'abilitazione professionale. Due aspetti rilevanti, che, da subito, hanno condizionato la necessità di attivare e mantenere convenzioni specifiche tra istituzione universitaria, titolare della didattica, e istituzioni sanitarie, in grado di offrire sia risorse strutturali e che di personale non immediatamente disponibili in Università. Di fatto quello stesso movimento, forte e agguerrito di infermieri e non solo, che aveva spinto per l'entrata in Università, aveva la piena consapevolezza che ci si trovava di fronte ad un processo evolutivo e complesso, da gestire accuratamente, nel rispetto dei reali mezzi disponibili. Del resto era emerso con altrettanta consapevolezza che il patrimonio didattico ed esperienziale maturato all'interno delle ex Scuole Infermieri Professionali, da parte dei precedenti docenti coinvolti nella formazione infermieristica, non venisse disperso e che anzi potesse essere adeguatamente inserito all'interno della strutturazione dei corsi universitari. Gli accordi convenzionali avrebbero consentito proprio questa reciproca messa a disposizione di risorse, rispondendo anche a criteri di economicità evidente. Le convenzioni sono dunque lo strumento mediante il quale le istituzioni sanitarie hanno mantenuto fisicamente al loro inter-

no la formazione degli infermieri, sostenuta finanziariamente anche dal Servizio Sanitario. Per la Regione Lombardia, opportunamente, attraverso risorse a destinazione vincolata deliberate all'interno del fondo sanitario regionale.

È l'articolo 6 (Rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale ed Università), comma 3, del D.Lgs. 502/92, che regge sistematicamente a tutt'oggi le disposizioni e la regolamentazione dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, e appare utile presentare alcune parti testuali, sottolineando la scelta operata circa la titolarità degli insegnamenti.

"...la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate. I requisiti di idoneità e l'accreditamento delle strutture sono disciplinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica d'intesa con il Ministro della sanità. Il Ministro della sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili. Il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministro della sanità. Per tali finalità le regioni e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui

all'art. 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, le istituzioni pubbliche e private accreditate e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. I diplomi conseguiti sono rilasciati a firma del responsabile del corso e del rettore dell'università competente. L'esame finale, che consiste in una prova scritta ed in una prova pratica, abilita all'esercizio professionale. Nelle commissioni di esame è assicurata la presenza di rappresentanti dei colleghi professionali, ove costituiti. I corsi di studio relativi alle figure professionali individuate ai sensi del presente articolo e previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, sono soppressi entro due anni a decorrere dal 1° gennaio 1994, garantendo, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso ...

Il passaggio della titolarità formativa dall'istituzione sanitaria all'istituzione universitaria, pur se formalmente sancita, da un punto di vista del suo pieno realizzarsi sconta inevitabilmente la concretezza dei processi di cambiamento, che ancora oggi, come si diceva, si percepiscono come lenti e incompiuti. Si ha tuttavia la sensazione che i processi di cambiamento siano, in effetti, frenati soprattutto, a livello di mentalità diffusa, dall'opinione che la professione infermieristica non meriti un così "elevato" livello formativo, che le attività che è chiamata a garantire siano di semplice apprendimento, che le responsabilità che deve assumersi siano

relativamente modeste. Ebbene questo è il punto cruciale che chi è impegnato all'interno dei Corsi di Laurea, vorrebbe mettere in discussione. Un pregiudizio che condiziona fortemente l'intero sforzo dei docenti, dei Tutor, degli assistenti di tirocinio, degli stessi studenti. Il corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca si è proposto ed ha realizzato livelli di collaborazione estremamente positivi con le Aziende Ospedaliere e le altre istituzioni sanitarie coinvolte. Soprattutto con i servizi SITRA si sono instaurati rapporti di profonda collaborazione, in particolare per quanto riguarda lo sforzo di creare le condizioni per la certificazione del tirocinio clinico da parte di professionisti assistenti di tirocinio debitamente formati. È questa la direzione che obbligatoriamente occorre intraprendere. Tant'è che l'ultima disposizione in ordine di tempo, il Decreto Interministeriale del 19 febbraio 2009, *Determinazione delle classi delle lauree delle professioni sanitarie*, emanata per adeguare i corsi di Laurea ai cambiamenti intervenuti nel sistema universitario, non fa che riprendere, ribadire e dare mandato alle istituzioni coinvolte affinché, testualmente:

"...Il raggiungimento delle competenze professionali si attua attraverso una formazione teorica e pratica che include anche l'acquisizione di competenze comportamentali e che venga conseguita nel contesto lavorativo specifico di ogni profilo, così da garantire, al termine del percorso formativo, la piena padronanza di tutte le necessarie competenze e la loro immediata spendibilità nell'ambiente di lavoro.

Particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico, svolta con almeno 60 CFU con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente

La qualità delle prestazioni infermieristiche potrebbe, anzi, dovrebbe continuamente migliorare attraverso l'aggiornamento e l'approfondimento delle nostre conoscenze, arricchendole delle più recenti evidenze scientifiche. I problemi dell'assistito, reali o potenziali, sono in genere lo stimolo principale alla ricerca di conoscenze: partendo dalla formulazione del quesito (secondo i principi dell'EBP: Evidence Based Practice – la pratica basata sull'evidenza) riguardo l'argomento che ci interessa approfondire, si ricercano, sintetizzano e valutano le prove disponibili in letteratura riguardo l'efficacia degli

INVITO ALLA RICERCA

a cura di Caterina Panizza e Elena Motalli

interventi infermieristici. Anche se l'Università costituisce un luogo privilegiato per l'acquisizione di nuove conoscenze, l'approfondimento bibliografico (come i due elaborati seguenti) è effettuabile da ciascuno! Tra le fonti che possiamo consultare per la nostra ricerca vi sono i database on line (per es. TRIP, MEDLINE, CINAHL), riviste elettroniche e alcuni siti italiani (per es. i siti del centro studi EBN del Policlinico S.Orsola Malpighi di Bologna e del Sistema Nazionale Linee Guida), nonché riviste cartacee e altre tipologie di pubblicazioni recenti.

L'efficacia della teatro-terapia nella riduzione dei sintomi negativi nella persona affetta da schizofrenia cronica



INTRODUZIONE

I sintomi negativi di tipo affettivo, volitivo, del pensiero e del linguaggio che caratterizzano la schizofrenia di tipo residuo sono solitamente poco reattivi ai farmaci neurolettici (Secchiaroli, 2005).

La prevenzione del deterioramento dato dall'esacerbazione dei sintomi negativi delle persone affette da schizofrenia si avvale della riabilitazione psicosociale. La necessità di prevenire tale decadimento cognitivo e sociale mi ha indotto ad indagare sull'efficacia di uno dei diversi strumenti di riabilitazione psichiatrica e psicosociale esistenti: la teatro-terapia.

La teatro-terapia è una disciplina di carattere preventivo e terapeutico-riabilitativo che utilizza la drammatizzazione: attraverso la riattualizzazione e rappresentazione di situazioni vissute o immaginate dalla persona, in uno spazio protetto simbolicamente inteso come palcoscenico, vengono lasciate defluire le emozioni con l'accompagnamento e il sostegno del conduttore il quale crea e suggerisce nuove scene che enfatizzano un conflitto nodale dell'assistito per portarlo a un cambiamento a livello delle proprie capacità relazionali, consapevolezza di sé e della propria integrità psicofisica. E' un'attività di gruppo che si propone di favorire l'espressione e la condivisione di idee, pensieri ed emozioni, di rafforzare nuove visioni di sé, di stimolare le funzioni cognitive quali la memoria, il linguaggio, l'attenzione, di recuperare canali comunicativi inutilizzati o non usati adeguatamente e di sviluppare risorse relazionali e creative. Essa può inoltre costituire uno strumento d'ampliamento delle possibilità di osservazione e indagine clinica. (Ba, 2003)

E' fondamentale che l'intervento si articoli all'interno di una relazione terapeutica: la persona affetta da patologia psichiatrica che partecipa a questo tipo di attività va soste-

nuta durante tutta la durata dell'esperienza, attraverso l'ascolto attivo delle sue emozioni e idee ed è necessario saper riconoscere e gestire eventuali progressi, regressioni o fallimenti. L'infermiere, sia esso formato nelle tecniche di drammatizzazione o costituisca il professionista sanitario di riferimento del partecipante alla teatro-terapia, segue e conduce l'assistito durante il percorso di riabilitazione condividendo con la persona spazi e tempi fisici e mentali. L'equipe curante prescrive questi tipi di interventi riabilitativi, coinvolgendo l'assistito nella presa di decisione alla partecipazione a tali attività.

L'obiettivo di questo lavoro è ricercare evidenze in letteratura riguardo l'efficacia della teatro-terapia nel diminuire i sintomi negativi e migliorare il funzionamento relazionale, affettivo e volitivo della persona affetta da schizofrenia di tipo residuo.

Report della ricerca bibliografica

QUESITO	P&P Patient/Population & Problem: persona affetta da schizofrenia cronica con prevalenza di sintomi negativi I Intervention: teatro-terapia associata alla farmacoterapia C Comparison: solo farmacoterapia O Outcomes: miglioramento/riduzione dei sintomi negativi.
----------------	--

FONTI BIBLIOGRAFICHE

Linee guida e Revisioni sistematiche

Database: TRIPDATABASE
Disponibile da: <http://www.tripdatabase.com/index.html>
Search Strategy: "psychodrama"
Consultato il: 02/08/2009

Documenti reperiti: 9

Linee Guida, documenti reperiti: 0

Revisioni Sistematiche, documenti selezionati pertinenti: 2

- 1) Ruddy R., Dent-Brown K. (2007) Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1.
- 2) Kipper D.A., Ritchie T.D. (2003) **The effectiveness of psychodramatic techniques: a meta-analysis.** *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 13-25

Search Strategy: "drama therapy"

Documenti reperiti: 16

Linee Guida, documenti reperiti: 0

Revisioni Sistematiche, documenti selezionati pertinenti: 2

- 1) Ruddy R., Dent-Brown K. (2007) Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1.
- 2) Health Evidence Bulletins Wales, Support Unit for Research Evidence, Cardiff University (2005) *Social Inclusion. In: Mental Health.* <http://hebw.cf.ac.uk/mhnsf/index.htm>

"Clinical questions", documenti selezionati pertinenti: 1 (letteratura grigia?)

- 1) Health Services and Population Research Department -Institute of Psychiatry - De Crespigny Park, London -Section for Evidence-Based Mental Health (2007) *In children with mental health problems, how effective is drama therapy in improving transition, attachment, depression, self harm and emotional disorders?* <http://www.bestinmh.org.uk>

Database: COCHRANE LIBRARY

Disponibile da: http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_search_fs.html

Search Strategy: "psychodrama" OR "drama therapy"

Consultato il: 02/08/2009

Documenti reperiti: 18

Revisioni Sistematiche, documenti selezionati pertinenti: 1

- 1) Ruddy R., Dent-Brown K. (2007) Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1.

Letteratura primaria

Database: CINAHL

Disponibile da: <http://www.ebscohost.com/cinahl/>

Search Strategy: "drama therapy" or "psychodrama" and "schizophren*"

Limiti: pubblicati dal 2004

Consultato il: 10/09/2009

Documenti reperiti: 7

Revisioni Sistematiche, documenti selezionati pertinenti: 1

- 1) Ruddy R., Dent-Brown K. (2007) Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1.

Search Strategy: AB"recreation therapy" or AB"art*therapy" and AB"schizophrenia"

Limiti: pubblicati dal 2004

[AB=termini presenti nell'abstract]

Documenti reperiti: 34

Documenti selezionati pertinenti: 0

Search Strategy: "psychodrama"

Limiti: pubblicati dal 2004

Documenti reperiti: 45

Revisioni Sistematiche, documenti selezionati pertinenti: 1

- 1) Ruddy R., Dent-Brown K. (2007) Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1.

Database: ERIC, PSYCARICLES, PSYCRITQUES, PSYCINFO

Disponibile da: http://csaweb114v.csa.com/ids70/select_databases.php?SID=es11923pu6fst5mfpg3tmk2m7

Search Strategy: AB=(dramatherapy OR drama therapy OR psychodrama) AND AB=schizophrenia

Limiti: pubblicati dal 2004

[AB=termini presenti nell'abstract]

Consultato il: 10/09/2009

Documenti reperiti: 3

Documenti selezionati pertinenti: 1

- 2) Yotis L. (2006) A review of dramatherapy research in schizophrenia: Methodologies and outcomes. *Psychotherapy Research* 16(2),190-200.

Database: EMBASE

Disponibile da: <http://embase.com/home>

Search Strategy: 'psychodrama'/exp AND schizophrenia

Consultato il: 10/09/2009

Documenti reperiti: 34

Revisioni Sistematiche, documenti selezionati pertinenti: 1

- 1) Ruddy R., Dent-Brown K. (2007) Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1.

Search Strategy: 'schizophrenia'/exp AND 'drama'/exp AND 'therapy'/exp

Limiti: pubblicati dal 2004

Documenti reperiti: 41

Revisioni Sistematiche, documenti selezionati pertinenti: 1

- 1) Ruddy R., Dent-Brown K. (2007) Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1.

Documenti selezionati pertinenti: 1

- 1) Fleury F., Marazzani M.H. and Saucier J.F. (2004) Theatrical plays as therapeutic media in psychosocial readjustment: The point of view of participants *Canadian Journal of Occupational Therapy* 71(2), 108-115

Database: PUBMED

Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Search Strategy: ("Psychodrama"[Mesh] OR "drama therapy") AND "Schizophrenia"[Mesh]

Limiti: pubblicati negli ultimi 5 anni

Consultato il: 02/08/2009

Documenti reperiti: 13

Revisioni Sistematiche, documenti selezionati pertinenti: 1

1) Ruddy R., Dent-Brown K. (2007) Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses *The Cochrane database of systematic reviews*, 1.

Search Strategy: recreation* therapy AND schizophrenia

Limiti: pubblicati negli ultimi 5 anni

Documenti reperiti: 13

Documenti selezionati pertinenti: 0

DISSERTAZIONE

Le evidenze in letteratura reperite gettano una luce positiva sugli effetti della teatro-terapia nella riduzione dei sintomi negativi nelle persone affette da schizofrenia cronica, alcune di questi ricerche mettono tuttavia in discussione l'affidabilità dei dati disponibili, e quindi la validità degli studi condotti verso la dimostrazione dell'efficacia di questo approccio terapeutico.

In una revisione sistematica Ruddy e Dent-Brown riprendono uno studio di Qu in cui è confermato l'effetto benefico dello psicodramma, associato alle cure farmacologiche, nel migliorare i sintomi negativi della schizofrenia (Ruddy and Dent-Brown, 2007). Nelle conclusioni, gli autori sostengono tuttavia che non è chiaro l'impatto che la teatro-terapia ha sullo stato mentale, il funzionamento sociale, le relazioni interpersonali, la qualità di vita e l'autostima. Gli autori riportano dei cambiamenti positivi nelle persone assistite ma introducono delle attente osservazioni sulla modalità di strutturazione dei progetti di ricerca considerati e sulla limitata numerosità degli stessi.

Kipper e Ritchie (2003) riprendono i lavori di Kellermann e di Rawlinson per sottolineare che lo psicodramma costituisce un valido approccio terapeutico per promuovere il miglioramento del comportamento nelle relazioni sociali e uno strumento per aiutare le persone nello sviluppo dell'autostima e dell'empatia. In tale meta-analisi (Kipper and Ritchie, 2003) tuttavia non emerge un alto livello di evidenza riguardo l'efficacia delle tecniche psicodrammatiche se applicate nel campo della patologie psichiatriche.

Nella revisione della letteratura svolta da Yotis (2006) viene dipinto un quadro positivo dell'efficacia della teatro-terapia sulla diminuzione dei sintomi negativi delle persone affette da schizofrenia: esaminando i risultati di studi svolti negli anni '80 e '90, Yotis conferma che la teatro-terapia aumenta la frequenza di verbalizzazione e porta un miglioramento sul piano cognitivo. E' fortemente sostenuto l'effetto positivo dell'inclusione della teatro-terapia in programmi di riabilitazione rispetto agli elementi di fiducia, consapevolezza del proprio corpo, movimento, concentrazione e presa di decisione. L'autore afferma anche che la dramma-terapia aiuta i pazienti a ottenere maggiore consapevolezza delle proprie emozioni. Ne è un esempio l'effetto del lavoro di osservazione e discussione di immagini rappresentanti diversi stati d'animo: il professionista sanitario sollecita i partecipanti ad una precisa lettura dei particolari atteggiamenti del volto, dello sguardo, della mimica, della postura dei personaggi che giustificano l'interpretazione corretta dell'emozione rappresentata. Successivamente viene raccolta la verbalizzazione dei vissuti emersi spontaneamente. Quindi gli assistiti sono invitati ed aiutati ad utilizzare essi stessi la mimica facciale, la gestualità, l'espressione complessiva del corpo e la modulazione dei toni di voce al fine di immedesimarsi attraverso l'imitazione dei vari stati d'animo sottoposti alla loro attenzione. Inoltre, la complessità dei personaggi rappresentati può aiutarli nella riconciliazione di emozioni contraddittorie in loro stessi. Il ricercatore greco aggiunge



che questo approccio ha un effetto positivo verso la perdita di motivazione e i deficit di socializzazione delle persone con schizofrenia e che complessivamente ha significativi effetti sulla diminuzione nella sintomatologia negativa e residuale di questi pazienti e sull'aumento della loro autostima. Anche in questo studio è però riconfermata la difficoltà di implementare protocolli di ricerca in grado di indagare questa tipologia di fenomeni. In considerazione della scarsa numerosità del campione non è possibile fare inferenze generali sulla popolazione.

Il Dipartimento di Ricerca dell'Istituto di Psichiatria di Londra (2007), in una pubblicazione riportante i principali risultati inerenti l'approccio terapeutico ai bambini con problemi di salute mentale, riferisce che la teatro-terapia porta dei benefici, soprattutto nella capacità di gestire le proprie emozioni e stati d'animo, come l'ansia e la depressione, ma, come per i precedenti studi, si conferma la necessità di interpretare con cautela i risultati in considerazione della limitatezza dei dati disponibili.

Il Servizio di Salute Mentale del Galles (*Health Evidence Bulletins Wales*, 2005), afferma che le terapie creative, tra cui la teatro-terapia, potrebbero portare beneficio nelle relazioni interpersonali in persone affette da gravi malattie mentali. Tuttavia, fondando le sue informazioni su una singola revisione sistematica, aggiunge anche che l'interpretazione dei dati disponibili è poco affidabile.

Fleury *et al.* (2004) ha condotto uno studio rilevando i pareri di sei partecipanti a un programma di teatro-terapia, affetti da patologie psichiatriche, prevalentemente da schizofrenia. In questo studio osservazionale si riferisce che un partecipante, affetto da schi-

zofrenia di tipo residuo, ha affermato di aver notato un cambiamento positivo nelle proprie dimensioni cognitive, affettiva e spirituale, in particolare ha espresso di avere maggior forza di volontà nelle attività quotidiane e nei propri progetti e di provare sentimenti di soddisfazione personale e di piacere. Gli autori riferiscono anche che i rapporti tra i sei partecipanti e con il pubblico sono apparsi dinamici e favorevoli al miglioramento delle capacità di socializzazione. Gli studi condotti concernenti la teatro-terapia rivelano un miglioramento nelle persone con sindrome residuale e negativa (Yotis, 2006). Come già espresso dai sovraccitati autori (Ruddy and Dent-Brown, 2006; Kipper and Ritchie, 2003; Yotis, 2006) sono ancora necessari studi per chiarire l'evidenza dell'efficacia della teatro-terapia nel miglioramento dei sintomi negativi. E' ammessa una certa difficoltà nel costruire disegni sperimentali metodologicamente corretti per la determinazione di dati empirici valutabili da un punto di vista quantitativo, mentre risulta più semplice acquisire informazioni di carattere qualitativo (Kipper and Ritchie, 2003). Tuttavia viene anche introdotta la possibilità di condurre studi randomizzati in questo campo (Ruddy, 2007). L'utilizzo della teatro-terapia per la riduzione dei sintomi negativi dovrebbe continuare ad essere valutato per provarne l'efficacia.

Bibliografia

- Ba G. (2003) *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Carpenito-Moyet L.J. (2006) *Manuale tascabile delle Diagnosi Infermieristiche*. III edizione. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

- Fleury F., Marazzani M.H. and Saucier J.F. (2004) Theatrical plays as therapeutic media in psychosocial readjustment: The point of view of participants *Canadian Journal of Occupational Therapy* 71(2), 108-115
- Health Evidence Bulletins Wales, Support Unit for Research Evidence, Cardiff University (2005) *Social Inclusion*. In: *Mental Health*. <http://hebw.cf.ac.uk/mhnsf/index.htm>
- Health Services and Population Research Department - Institute of Psychiatry - De Crespigny Park, London - Section for Evidence-Based Mental Health (2007) *In children with mental health problems, how effective is drama therapy in improving transition, attachment, depression, self harm and emotional disorders?* <http://www.bestinmh.org.uk>
- Kipper D.A., Ritchie T.D. (2003) **The effectiveness of psychodramatic techniques: a meta-analysis**. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 13-25
- Secchiaroli L. (2005) *Principi di psichiatria. Manuale per i corsi di laurea in scienze infermieristiche e per gli operatori sanitari*. Roma: Carocci editore.
- Ruddy R., Dent-Brown K. (2007) Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1.
- Sironi C. (2006) *Citare e fornire riferimenti bibliografici. Una guida per gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica (e non solo...)* IV revisione. Varese: Università degli Studi dell'Insubria.
- Yotis L. (2006) A review of dramatherapy research in schizophrenia: Methodologies and outcomes. *Psychotherapy Research* 16(2), 190-200.

Caterina Panizza
Infermiere Residenza Sanitaria Disabili - Tirano



L'efficacia dell'irrigazione transanale nel paziente mieloleso con intestino neurologico



PREFAZIONE

Per la scelta dell'argomento sono partita dalla presa in carico di un paziente paraplegico. Non presentando egli particolari problemi ed essendo quasi completamente autonomo, ho considerato l'aspetto dell'evacuazione, che seppur ben gestita, ha comunque un forte impatto sulla vita quotidiana della persona (Tod *et al.*, 2007). Ho deciso così di ricercare evidenze sulla recente tecnica dell'irrigazione transanale, per poter consigliare questi pazienti in merito alla gestione dello svuotamento intestinale.

Il paziente mieloleso presenta diverse problematiche a seconda del livello e della completezza della lesione. Oltre alla perdita della mobilità e/o della sensibilità sotto il livello della lesione, ai problemi respiratori (per le lesioni alte) vi è la presenza di disturbi delle funzioni viscerali, tra cui vescica ed intestino (Smeltzer, Bare, 2006) (0).

Mentre le sequele urologiche e il loro trattamento sono ben documentate, le disfunzioni dell'intestino neurologico son tra gli argomenti meno discussi in letteratura. Per questo motivo, i trattamenti per le disfunzioni dell'intestino neurologico sono stati per lo più empirici e le soluzioni individuali. (Del Popolo *et al.*, 2008).

Come conseguenza della lesione midollare si perde irreversibilmente la possibilità di percepire le sensazioni provenienti dal retto (stimolo alla defecazione) e la possibilità di rinviare volontariamente l'atto contraendo lo sfintere anale. La disfunzione intestinale che ne deriva rappresenta uno dei principali problemi fisici e psicologici della persona mielolesa. I sintomi più frequenti legati a questo stato, come stipsi, incontinenza fecale, estrema lentezza nella procedura di defecazione e dolore pelvico cronico, riducono la qualità di vita della persona e rendono difficili anche le attività più comuni, tanto lavorative quanto di relazione (Coggrave, 2007b).

Vi sono diversi modi per la gestione dell'intestino neurologico. Innanzi tutto mantenere un buon apporto di liquidi e di fibre con l'alimentazione, l'utilizzo di lassativi per via orale, di supposte, la pratica di clisteri, la

stimolazione digitale e l'evacuazione manuale. L'irrigazione transanale è un metodo che facilita l'evacuazione delle feci grazie all'introduzione di acqua nel colon per via rettale. Ciò permette uno svuotamento efficace di colon discendente, sigma e retto (Coggrave *et al.*, 2007a). (10)

Le controindicazioni assolute a questo tipo di trattamento includono malattie infiammatorie acute dell'intestino, presenza di masse ostruttive a livello di retto o colon, anastomosi chirurgiche del retto o del colon avvenute nei sei mesi precedenti (Coggrave, 2007b) (12).

OBIETTIVO

Lo scopo della revisione è quello di comparare l'efficacia dell'irrigazione transanale con quella dei metodi tradizionali di gestione

ne dell'intestino neurologico nel paziente mieloleso nel ridurre la stipsi, migliorare la continenza e quindi la qualità di vita.

PICO

P	paziente mieloleso con intestino neurologico
I	irrigazione transanale
C	metodiche tradizionali
O	riduzione della stipsi e miglioramento della continenza

"L'efficacia dell'irrigazione transanale nel paziente mieloleso con intestino neurologico."

STRATEGIA DI RICERCA

Database: GUIDELINE

Disponibile da: www.guideline.gov

Consultato il: 14/09/09 ore 16.00

Search Strategy: anal irrigation

LIMITS: /

Documenti reperiti: 4

Documenti selezionati e pertinenti: 0

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.gov

Consultato il: 06/07/09 ore 14.00

Search Strategy: transanal irrigation AND nursing care

LIMITS: added to pubmed in the last 5 years, published in the last 5 years, only items with abstracts, Humans, English, Italian, Nursing journals

Documenti reperiti: 3

Documenti selezionati e pertinenti: 3

- Coggrave M. (2007a) Transanal irrigation for bowel management. *Nursing Times*, 103(26):47-49.
- Coggrave M, Norton C. (2008b) Teaching transanal irrigation for functional bowel disorders. *British Journal of Nursing*, 18(4):219-220, 222-224.
- Coggrave M. (2007b) Transanal irrigation after spinal cord injury. *Nursing Times*, 103(47):44-46.

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.gov

Consultato il: 27/07/09 ore 16.00

Search Strategy: "Spinal Cord Diseases"[Mesh] AND "Irrigation"[Mesh] AND "Fecal Incontinence"[Mesh]

LIMITS: added to PubMed in the last 5 years, published in the last 5 years, Humans, English, Italian

Documenti reperiti: 3

Documenti selezionati e pertinenti: 2 (1 dei quali è già stato citato)

- Christensen P, Bazzocchi G, Coggrave M, Abel R, Hultling C, Krogh K, Media S, Laurberg S. (2006) A randomized, controlled trial of transanal irrigation versus conservative bowel management in spinal cord-injured patients. *Gastroenterology*, 131(3):738-747.

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.gov

Consultato il: 27/07/09 ore 16.00

Search Strategy: irrigation neurogenic bowel

LIMITS: English, Italian

Documenti reperiti: 19

Documenti selezionati e pertinenti: 7 (3 dei quali sono già stati citati)

- Christensen P, Krogh K, Buntzen S, Payandeh F, Laurberg S. (2007) Long-term outcome and safety of transanal irrigation for constipation and fecal incontinence. *Disease of the Colon & Rectum*, 52(2):286-292.
- Faaborg PM, Christensen P, Kvitsau B, Buntzen S, Laurberg S, Krogh K. (2008) Long-term outcome and safety of transanal colonic irrigation for neurogenic bowel dysfunction. *Spinal Cord*, 47(7):545-549.
- Christensen P, Andreasen J, Ehlers L. (2008) Cost-effectiveness of transanal irrigation versus conservative bowel management for spinal cord injury patients. *Spinal Cord*, 47(2):138-143.
- Del Popolo G, Mosiello G, Pilati C, Lamartina M, Battaglini F, Buffa P, Redaelli T, Lamberti G, Menarini M, Di Benedetto P, De Gennaro M. (2008) Treatment of neurogenic bowel dysfunction using transanal irrigation: a multicenter Italian study. *Spinal Cord*, 46(7):517-522.

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.gov

Consultato il: 27/07/09 ore 16.00

Search Strategy: transanal irrigation dysfunction spinal cord injury

LIMITS: added to PubMed in the last 5 years, published in the last 5 years, English, Italian

Documenti reperiti: 5

Documenti selezionati e pertinenti: 5 (tutti e 5 sono già stati citati)

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.gov

Consultato il: 27/07/09 ore 16.00

Search Strategy: "Spinal Cord Diseases"[Mesh] AND "Neurogenic Bowel"[Mesh]

LIMITS: added to PubMed in the last 5 years, published in the last 5 years, Humans, English, Italian

Documenti reperiti: 4

Documenti selezionati e pertinenti: 2 (1 dei quali è già stato citato)

- Coggrave M, Norton C, Wilson-Barnett J. (2008a) Management of neurogenic bowel dysfunction in the community after spinal cord injury: a postal survey in the United Kingdom. *Spinal Cord*, 47(4):323-330; quiz 331-333.

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.gov

Consultato il: 27/07/09 ore 16.00

Search Strategy: transanal irrigation bowel management

LIMITS: /

Documenti reperiti: 9

Documenti selezionati e pertinenti: 7 (6 dei quali sono già stati citati)

- Goetz L. Lance. (2007) Transanal irrigation or conservative bowel management for patients with spinal-cord injury? *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*, 4(5):256-257.

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.gov

Consultato il: 27/07/09 ore 16.00

Search Strategy: "Spinal Cord Diseases"[Mesh] AND "Irrigation"[Mesh] transanal

LIMITS: added to PubMed in the last 5 years, published in the last 5 years, Humans, English, Italian

Documenti reperiti: 7

Documenti selezionati e pertinenti: 7 (tutti e 7 sono già stati citati)

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.gov

Consultato il: 27/07/09 ore 16.00

Search Strategy: "Spinal Cord Diseases"[Mesh] transanal irrigation

LIMITS: added to PubMed in the last 5 years, published in the last 5 years, Humans, English, Italian

Documenti reperiti: 7

Documenti selezionati e pertinenti: 7 (tutti e 7 sono già stati citati)

Database: CINAHL

Disponibile da: web.ebscohost.com/ehost

Consultato il: 27/07/09 ore 17.00

Search Strategy: transanal irrigation and continence and nursing care

LIMITS: Publication Year from: 2005-2009; Language: English; Abstract Available

Documenti reperiti: 50

Documenti selezionati e pertinenti: 8 (6 dei quali sono già stati citati)

- Tod AM, Stringer E, Lavery C, Dean J, Brown J. (2007) Rectal irrigation in the management of functional bowel disorders: a review. *British Journal of Nursing*, 16 (14): 858-864
- Biering-Sørensen F, Bing J, Berggreen P, Olsen GMV. (2008) Rectum perforation during transanal irrigation: a case story. *Spinal Cord*, 47 (3): 266-267.

Database: CINAHL

Disponibile da: web.ebscohost.com/ehost

Consultato il: 27/07/09 ore 17.00

Search Strategy: (MH "Spinal Cord Injuries") and irrigation and transanal

LIMITS: Publication Year from: 2005-2009; Language: English; Abstract Available

Documenti reperiti: 50

Documenti selezionati e pertinenti: 6 (tutti e 6 sono già stati citati)

Database: CINAHL

Disponibile da: web.ebscohost.com/ehost

Consultato il: 27/07/09 ore 17.00

Search Strategy: continence and irrigation and transanal

LIMITS: Publication Year from: 2005-2009; Language: English; Abstract Available

Documenti reperiti: 4

Documenti selezionati e pertinenti: 4 (tutti e 4 sono già stati citati)

Database: CINAHL

Disponibile da: web.ebscohost.com/ehost

Consultato il: 27/07/09 ore 17.00

Search Strategy: neurogenic and irrigation and transanal

LIMITS: Publication Year from: 2005-2009; Language: English; Abstract Available

Documenti reperiti: 4

Documenti selezionati e pertinenti: 4 (tutti e 4 sono già stati citati)

Database: COCHRANE

Disponibile da: www.cochrane.org

Consultato il: 27/07/09 ore 17.00

Search Strategy: irrigation transanal

LIMITS: Publication Year from: 2005-2009;

Language: English; Abstract Available

Documenti reperiti: 8

Documenti selezionati e pertinenti: 8 (tutti e 8 sono già stati citati)

SINTESI DELLA DISSERTAZIONE

L'interessamento nei confronti delle problematiche della gestione dell'intestino neurologico è dimostrato dal numero crescente di studi effettuati negli ultimi anni, che hanno come oggetto di indagine l'irrigazione transanale, e la ricerca di prove di efficacia che ne sostengano l'utilizzo rispetto alle tradizionali metodiche di svuotamento intestinale.

Dai risultati di un recente *postal survey* condotto nel Regno Unito (Coggrave *et al.*, 2008a) attraverso l'impiego di un questionario postale si evidenzia che l'impatto delle disfunzioni intestinali viene sentito in maniera significativa dai partecipanti (1334 pazienti), seppur pochi hanno riportato parziale o totale insoddisfazione (circa il 20%). La spiegazione è da attribuire a basse aspettative riguardo alla gestione intestinale e alla mancanza di consapevolezza dei soggetti rispetto alle scelte disponibili.

La recente introduzione dell'irrigazione transanale fornisce una scelta addizionale al limitato *range* degli interventi disponibili per la gestione di questi pazienti. Tuttavia, le evidenze per supportare la pratica clinica dell'irrigazione transanale sono limitate e conoscenza ed esperienza infermieristiche si stanno diffondendo soltanto di recente (Coggrave e Norton, 2008b).

Uno studio (Christensen *et al.*, 2006) che ha coinvolto 5 centri europei specializzati in lesioni spinali ha messo a confronto le metodiche tradizionali con l'irrigazione transanale assegnando in maniera randomizzata 87 pazienti ai due gruppi per un periodo di 10 settimane. I risultati confermano un miglioramento della stipsi, dell'incontinenza e dei sintomi relativi alla gestione dell'intestino neurologico (lunga durata delle cure, incontinenza frequente, distensione addominale, dolore, costipazione, emorroidi, episodi di disriflessia autonoma) nel gruppo sperimentale.

Goetz (2007) riprende lo studio di Christensen e sottolinea i numerosi vantaggi dell'irrigazione transanale rispetto alle metodiche tradizionali, sia per quanto riguarda il miglioramento dei sintomi associati all'intestino neurologico, sia in relazione alla facilità di utilizzo.

Lo stesso studio viene analizzato da Coggrave (2007a). Molti soggetti con problematiche connesse all'intestino neurologico si gestiscono bene anche con le metodiche conservative e non necessitano dell'irrigazione transanale. Infatti l'irrigazione non rimpiazza gli altri metodi, bensì rappresenta un'opzione aggiuntiva per coloro che trovano nella gestione intestinale problemi significativi. Le difficoltà sperimentate da alcuni partecipanti sottolineano che l'irrigazione non è adatta a tutti e che non è possibile predire quali soggetti possano effettivamente beneficiarne.

Tod *et al.* (2007) attraverso una revisione sistematica della letteratura trovano che l'irrigazione transanale abbia un buon potenziale nel trattamento dell'intestino neurologico in termini di riduzione della stipsi, dell'incontinenza e dei sintomi associati all'evacuazione, ma che, tuttavia, non ci siano ancora rigorose evidenze per dimostrarne l'efficacia.

Coggrave (2007b) cita uno studio di Christensen in cui l'irrigazione transanale viene valutata usando la scintigrafia, dimostrando che questa tecnica permette di svuotare l'intestino fino alla fessura splenica del colon. In questo modo è meno probabile che il soggetto sperimenti incontinenza fecale e il periodo tra le evacuazioni pianificate può essere più lungo. Questo fornisce una maggiore scelta e controllo sulla tempistica della gestione

intestinale. Inoltre, con svuotamenti regolari l'occorrenza della stipsi è ridotta. L'irrigazione riduce anche la necessità di stimolazione digitale, di supposte e di lassativi orali.

Come evidenzia anche uno studio condotto tra il 1994 e il 2004 (Christensen *et al.*, 2007) l'irrigazione transanale è semplice e sicura per un trattamento a lungo termine dei disturbi dell'evacuazione con i migliori benefici nei pazienti con intestino neurologico. Dopo un follow-up di 21 mesi in media il 47% dei pazienti ha avuto un esito favorevole nel trattamento dei disturbi derivanti dalla disfunzione intestinale. Si sono verificate 2 perforazioni intestinali su 110.000 irrigazioni effettuate, pari a meno dello 0,002%.

Anche un recente studio multicentrico italiano depone a favore dell'irrigazione (Del Popolo *et al.*, 2008); 36 pazienti insoddisfatti del loro trattamento tradizionale hanno adottato l'irrigazione transanale per 3 settimane. Essi hanno riportato un miglioramento nella funzione intestinale e dei sintomi associati all'evacuazione: dolore addominale o discomfort prima o dopo l'evacuazione, perdita di feci e incontinenza ai gas. I risultati confermano infine un esito favorevole riguardo all'incontinenza (68%) e alla stipsi (63%). Per quanto riguarda i rischi, questa metodica risulta generalmente sicura, ma può tuttavia causare perforazioni retali, come riportato in un *Case Report* (Biering-Sorensen *et al.*, 2008). Anche gli individui con esperienza devono quindi tenere sempre presente questa eventualità.

In letteratura sono presenti anche analisi che comparano i metodi in relazione al costo effettivo. In un trial clinico controllato randomizzato (RCT) condotto in 5 unità spinali in Europa tra il 2003 e il 2005 (Christensen *et al.*, 2008) vengono messi a confronto i costi effettivi dell'irrigazione transanale con quelli dei metodi tradizionali di gestione dell'intestino neurologico. Tra i risultati si evidenzia, oltre all'efficacia dell'irrigazione transanale nel migliorare l'incontinenza e la stipsi e nell'incrementare l'autonomia rispetto alle metodiche tradizionali, anche un minor costo per la società. Infatti, seppur i costi relativi al prodotto sono più elevati per l'irrigazione transanale, quelli dell'impiego di risorse umane nell'aiuto durante la procedura e nella pratica delle cure igieniche in conseguenza alle perdite sono più bassi. Anche i costi associati alle infezioni urinarie sono ridotti.

In un'ulteriore studio condotto tra il 1994 e il 2007 (Faaborg *et al.*, 2008) l'utilizzo a lungo termine dell'irrigazione transanale ha dimostrato un esito positivo riguardo a riduzione di incontinenza, stipsi e sintomatologia associata all'evacuazione nel 46% di pazienti dopo un *follow-up* di 19 mesi in media. Il tasso di successo era 35% dopo 3 anni ed è rimasto pressoché invariato per tutta la durata dello studio. Una perforazione intestinale non letale si è verificata su circa 50.000 irrigazioni, effetti indesiderati minori sono stati osservati nel 48% dei pazienti.

Infine, va citato un studio condotto nel Regno Unito attraverso il metodo delle *master classes* (una sorta di gruppi di discussione composti, in questo caso, da figure sanitarie). Esso sottolinea come in un campo della cura dove le opzioni sono limitate lo sviluppo e l'utilizzo dell'irrigazione transanale rappresenti una valida alternativa alla chirurgia nel trattamento di incontinenza fecale cronica e stipsi. Tuttavia, a causa dell'assenza di sufficienti evidenze, ci si affida al metodo per tentativi ed errori nel determinare quali individui possano beneficiare dell'irrigazione transanale. Nello studio si prende inoltre in considerazione il ruolo dell'infermiere nell'insegnamento della tecnica e l'importanza del supporto durante il *follow-up* (Coggrave e Norton, 2008b).

CONCLUSIONI

L'irrigazione transanale è più efficace rispetto alle tradizionali metodiche di gestione dell'intestino neurologico del paziente mieloso nel ridurre la stipsi, migliorare la continenza, i sintomi associati all'evacuazione e quindi la qualità della vita. Sono tuttavia necessari ulteriori studi per stabilire chi può effettivamente beneficiare dal trattamento. L'irrigazione transanale, infatti, non porta gli stessi benefici in tutti i soggetti. Per il momento rappresenta comunque una valida alternativa per chi trova difficoltosa la propria gestione intestinale.

Riferimenti bibliografici

- Biering-Sørensen F, Bing J, Berggreen P, Olesen GMV. (2008) Rectum perforation during transanal irrigation: a case story. *Spinal Cord*, 47 (3): 266-267.
- Christensen P, Bazzocchi G, Coggrave M, Abel R, Hultling C, Krogh K, Media S, Laurberg S. (2006) A randomized, controlled trial of transanal irrigation versus conservative bowel management in spinal cord-injured patients. *Gastroenterology*, 131(3):738-747.
- Christensen P, Krogh K, Buntzen S, Payandeh F, Laurberg S. (2007) Long-term outcome and safety of transanal irrigation for constipation and fecal incontinence. *Disease of the Colon & Rectum*, 52(2):286-292.
- Christensen P, Andreasen J, Ehlers L. (2008) Cost-effectiveness of transanal irrigation versus conservative bowel management for spinal cord injury patients. *Spinal Cord*, 47(2):138-143.
- Coggrave M. (2007a) Transanal irrigation for bowel management. *Nursing Times*, 103(26):47-49.
- Coggrave M. (2007b) Transanal irrigation after spinal cord injury. *Nursing Times*, 103(47):44-46.
- Coggrave M, Norton C, Wilson-Barnett J. (2008a) Management of neurogenic bowel dysfunction in the community after spinal cord injury: a postal survey in the United Kingdom. *Spinal Cord*, 47(4):323-330; quiz 331-333.
- Coggrave M, Norton C. (2008b) Teaching transanal irrigation for functional bowel disorders. *British Journal of Nursing*, 18(4):219-220, 222-224.
- Del Popolo G, Mosiello G, Pilati C, Lamartina M, Battaglino F, Buffa P, Redaelli T, Lamberti G, Menarini M, Di Benedetto P, De Gennaro M. (2008) Treatment of neurogenic bowel dysfunction using transanal irrigation: a multicenter Italian study. *Spinal Cord*, 46(7):517-522.
- Faaborg PM, Christensen P, Kvitsau B, Buntzen S, Laurberg S, Krogh K. (2008) Long-term outcome and safety of transanal colonic irrigation for neurogenic bowel dysfunction. *Spinal Cord*, 47(7):545-549.
- Goetz L. Lance. (2007) Transanal irrigation or conservative bowel management for patients with spinal-cord injury? *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*, 4(5):256-257.
- Smeltzer S.C., Bare B.G. (2006) *Infermieristica Medico-Chirurgica*. Terza edizione. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Tod AM, Stringer E, Levery C, Dean J, Brown J. (2007) Rectal irrigation in the management of functional bowel disorders: a review. *British Journal of Nursing*, 16 (14): 858-864.

Elena Motalli

*Infermiere Terapia Intensiva Neonatale
A.O. San Gerardo - Monza*



▶ CONTINUA DA PAGINA 3 ▶

assegnati, coordinata da un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per ciascun specifico profilo professionale e corrispondente alle norme definite a livello europeo ove esistenti.

I laureati della classe, in funzione dei suddetti percorsi formativi, devono raggiungere le competenze previste dagli specifici profili professionali.

In particolare:

nell'ambito della professione sanitaria di **infermiere**, i laureati sono professionisti sanitari cui competono le attribuzioni previste dal D.M. del Ministero della sanità 14 settembre 1994, n. 739 e successive modificazioni ed integrazioni; ovvero sono responsabili dell'assistenza generale infermieristica. Detta assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le loro principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria. I laureati in infermieristica partecipano all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identificano i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formulano i relativi obiettivi; pianificano, gestiscono e valutano l'intervento assistenziale infermieristico; garantiscono la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agiscono sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; svolgono la loro attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale; contribuiscono alla formazione del personale di supporto e concorrono direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale e alla ricerca ..."

Ebbene, è per questo che anche solo l'utilizzo della denominazione di Scuola Infermieri risulta, e non solo per chi è assegnato al Corso di Laurea, un po' paradossale. Rimanda a un tempo anteriore, certamente portatore di legami e valori pregevoli e duraturi, che però vanno necessariamente attualizzati. Si stanno piuttosto progettando e strutturando ulteriori forme di intesa tra Università e Regione Lombardia, tra Servizio Sanitario Regionale e Aziende Ospedaliere; e lo stesso Ministero della Salute sta elaborando una proposta articolata per il riconoscimento stabile all'interno della docenza universitaria del personale del ruolo sanitario.

È dalla risoluzione di tutti questi temi che è possibile costruire un'offerta formativa attraente per i giovani. Si è evidenziato più volte che essi sicuramente manifestano necessità legate alla loro vita di studenti, a condizioni accettabili per quanto riguarda l'acquisto del materiale didattico, gli alloggi, i trasporti, le esigenze quotidiane, oneri che siano proporzionate alle risorse di cui dispongono, spesso di origine familiare. Si vuole tuttavia sottolineare che l'attrattività della formazione infermieristica dipende soprattutto dalla qualità del processo di apprendimento strutturato, dalla coerenza del percorso, in quanto quello di cui hanno più necessità gli studenti, in realtà, è proprio il proiettarsi all'interno di una professione per la quale vale la pena spendersi.

Gli attori chiamati a curare l'attuazione di questi processi di cambiamento sono diversi, ma tutti dovrebbero essere orientati dal convincimento che dalla buona formazione attuale potrà derivare una migliore formazione futura e soprattutto il consolidarsi e il miglioramento dei servizi sanitari che si avvalgono dell'opera degli infermieri.

* Coordinatore Sede di Sondrio
Corso di Laurea in Infermieristica
Università degli Studi di Milano-Bicocca

Arricchimento e degrado sociale nei nostri paesi: una suggestiva lettura suggerita dalla natura

del dr. Fausto Gusmeroli*

Il tema del suicidio in provincia di Sondrio, riproposto all'attenzione delle istituzioni locali e delle realtà associative che si occupano di disagio dalla ricerca promossa dalla Caritas, mi ha stimolato a riprendere un articolo pubblicato sulla rivista *Ecologist* (n. 3, anno 2008) dal titolo: *L'eutrofizzazione degli ecosistemi come paradigma della trasformazione consumistica della società alpina*. L'elaborato stabilisce una simmetria tra i processi di eutrofizzazione (eccessiva crescita) degli ecosistemi e quelli di arricchimento materiale delle società quali si sono espressi in occidente nel passaggio dalla civiltà rurale a quella dei consumi. Secondo la teoria sistemica, ecosistemi e società umane sono infatti entrambi identificabili come sistemi complessi auto-organizzanti, ossia entità strutturate gerarchicamente, con complicate relazioni cicliche tra i componenti e capacità autonoma di organizzazione. Tuttavia, mentre gli ecosistemi esistono nella sola sfera fisica, governata dalle leggi stabili e inviolabili della natura, le società umane si costituiscono anche in una sfera simbolica, fatta di convenzioni sociali e regole prodotte internamente, del tutto contingenti, eludibili e rinegoziabili. Se in una società di insetti i ruoli dei membri sono fissati biologicamente da scambi di sostanze chimiche, in una famiglia le basi biologiche (oggettive), date dai rapporti di consanguineità, sono sovrastate dalle basi concettuali (flessibili) di matrice culturale. Negli ecosistemi non vi è dunque consapevolezza di sé, come non vi è linguaggio, l'elemento decisivo per lo sviluppo della coscienza e della cultura dell'uomo. Il grado di autonomia è decisamente inferiore e il loro evolversi è diretto da fattori biologici, mentre nei sistemi sociali prevalgono i fattori culturali.

Tutte queste differenze non impediscono per altro di fissare, come si diceva un parallelo tra le due entità, parallelo che sembra assumere maggiore significato nelle comunità delle aree montane e, più in generale, di tutti quei territori marginali dove un forte radicamento rappresentava la condizione imprescindibile per poter fronteggiare le ardue sfide dell'isolamento e della precarietà, espressa dalla verticalità delle terre e dalla severità climatica.

Il processo di eutrofizzazione dei sistemi ecologici consiste in un incremento abnorme della biomassa, determinata dall'immissione di risorse trofiche, principalmente azoto, attraverso le fertilizzazioni, le combustioni dei motori e gli scarichi urbani. La maggiore disponibilità di nutriente va a modificare l'organizzazione dell'ecosistema, distruggendo quella varietà di forme di vita (la biodiversità) garanzia di stabilità ed efficienza per il sistema. E' la



biodiversità che consente infatti di utilizzare al meglio lo spazio e le risorse materiali (acqua, anidride carbonica e nutrienti) e catturare quanta più energia solare possibile attraverso la fotosintesi. Nella dinamica eutrofica si riconoscono alcuni elementi caratteristici:

1. L'alterazione degli equilibri tra i componenti

L'aumento delle disponibilità azotate stimola la crescita di poche specie, quelle più efficienti nell'utilizzazione del nutriente (specie nitrofile), che si espandono a scapito delle altre, alterando così il quadro di sostanziale equilibrio che garantisce la biodiversità.

2. Il degrado delle relazioni

Le relazioni tra gli organismi vengono sempre più improntate alla competizione e sempre meno alla cooperazione. I rapporti instaurati dalle specie nitrofile sono infatti di mera concorrenzialità, tra di loro e soprattutto nei confronti delle altre specie.

3. La scomparsa delle componenti tipiche:

Le specie più sensibili all'aggressività degli elementi nitrofilici, dunque le prime a soccombere all'eutrofizzazione, sono quelle che normalmente caratterizzano l'ecosistema, identificandolo e differenziandolo dagli altri.

4. La semplificazione

Il sistema si semplifica, non solo in termini di numero di componenti, ma soprattutto di quantità e tipo di relazioni, più determinanti dei componenti ai fini della strutturazione del sistema. Lo stadio ultimo del processo è la totale distruzione della complessità, con la quale il sistema perde ogni organizzazione ed entra in uno stato di caos.

5. La riduzione dell'omeostasi e della resilienza

La biodiversità fissa l'omeostasi e la resilienza dell'ecosistema, le due prerogative grazie alle quali possono essere assorbite le solle-

citazioni esterne, preservando la funzionalità e l'efficienza nell'uso delle risorse. L'omeostasi esprime la capacità del sistema di rimanere inalterato di fronte al disturbo; la resilienza di ritornare alle condizioni iniziali una volta cessato un disturbo che lo ha modificato. La perdita di diversità compromette queste facoltà, rendendo il sistema più instabile e vulnerabile.

6. L'apertura dei flussi ciclici

La biodiversità scaturisce dal fatto che le specie tendono a separare le loro nicchie ecologiche e coordinarsi tra loro, creando cicli materiali chiusi, senza perdite, in cui gli scarti di una sono sostentamento di un'altra. Si tratta di uno dei principi organizzativi cardine della natura. Abbattendo la biodiversità, l'eccesso di azoto riduce l'efficienza dei cicli e l'elemento stesso non può più essere assorbito con regolarità. Si hanno perciò abbassamenti dei rendimenti energetici, perdita di controllo da parte del sistema e produzione di sostanze di rifiuto. Un esempio tipico di eutrofizzazione è quello che si osserva nei pascoli nelle aree di sosta del bestiame: l'elevato apporto azotato derivato dalle ingenti deposizioni organiche degli animali provoca l'espansione incontrollata del romice alpino (*lavazz* o *slavazz* nel vernacolo locale) e poche altre specie, a scapito delle molte che compongono normalmente i cotici.

L'arricchimento della società occidentale, iniziato storicamente con la rivoluzione industriale e consolidatosi in montagna soprattutto con lo sviluppo del turismo di massa, ripropone tutti gli elementi destabilizzanti prodotti dall'eutrofizzazione nei confronti della biodiversità. Il processo, infatti, come porta una ricchezza fino ad allora sconosciuta, affrancando le comunità da secoli di povertà, così ne determina lo sconvolgimento sociale e culturale, secondo i medesimi meccanismi eutrofici osservati negli ecosistemi.

1. L'alterazione degli equilibri tra i componenti: la disparità sociale ed economica

La società contadino-montanara era caratterizzata da una modesta differenziazione sociale ed economica. I membri della comunità avevano circa il medesimo accesso alle risorse, godevano delle stesse opportunità e ricevevano equanime attenzione dalle istituzioni. Pochissime figure si scostavano dalla massa, per censo, cultura, tenore economico o altro. Lo stato di relativa uguaglianza era assicurato, oltre che da uno spiccato senso di appartenenza alla comunità, dalle proprietà collettive dei beni e dagli statuti e regolamenti che le tutelavano e sancivano la priorità dell'interesse pubblico sul privato. La mortificazione dello spirito di iniziativa personale e l'emarginazione di chi non stava alle regole erano il prezzo da pagare a questa sottolineatura egualitaria, imposta dalla scarsità di risorse e dalla precarietà, prima ancora che da libere e consapevoli scelte.

Con il sopravvento del benessere materiale, il privato, in ogni sua espressione, invade il sistema, creando discontinuità e differenziazioni e favorendo i soggetti più intraprendenti, più aggressivi, maggiormente disposti ad abbandonare i criteri e i valori del passato, più inclini a sfruttare a proprio vantaggio le nuove opportunità. La ricchezza e il potere, specialmente con l'affrancamento da ogni vincolo in campo economico e finanziario imposto dalla globalizzazione, si concentrano così in poche mani, approfondendo la disparità sociale ed economica.

2. L'alterazione delle relazioni: la competizione e l'individualismo

Le difficoltà del vivere in territori con poche risorse e sottoposte a forti costrizioni ambientali, potevano essere affrontate solo con un forte spirito solidaristico. Le relazioni tra le persone, pur non esenti da aspetti di contrapposizione anche aspra, erano fondamentalmente permeate da atteggiamento cooperativo e pur essendo date soprattutto nella sfera simbolica trovavano un sostegno non trascurabile nella sfera fisica della consanguineità diffusa, specialmente in seno alle comunità piccole e isolate. La competizione, del resto, era soffocata dall'uso collettivo e dalle severe norme di tutela dei beni.

L'aumento delle risorse spezza o allenta questi vincoli, aprendo la corsa all'accaparramento della nuova ricchezza. La collaborazione non è più così necessaria e diventa, piuttosto, un ostacolo al successo: la nuova strategia di sopravvivenza, per dirla con Zygmunt Bauman, diviene l'individualismo, il cui combustibile è la competizione. Si tratta di un classico meccanismo di

retroazione (feedback) di rinforzo: la competizione spinge all'individualismo e questo allenta lo spirito comunitario; l'individuo non vede più nella comunità sostegno e sicurezza ed è spinto ad isolarsi ulteriormente, indebolendo ancor più lo spirito comunitario e così via, fino alla totale disgregazione sociale.

3. La scomparsa delle componenti tipiche: lo svuotamento identitario

Trattandosi di società rurali, la categoria che più patisce il cambiamento è quella degli agricoltori. Il crescere della ricchezza è cadenzato dall'arretramento e marginalizzazione del settore primario e dall'inevitabile disfacimento del suo costruito identitario. Nonostante il benessere materiale (o per sua causa), molte comunità scompaiono o smarriscono il senso comunitario e quelle che sembrano trovare nel turismo o in altri comparti economici una nuova ragion d'essere subiscono un processo di omologazione consumistica che non contribuisce certo a rimediare, anzi semmai acuisce, le contraddizioni di uno sviluppo senza più radici nel territorio.

4. La semplificazione: la perdita delle reti relazionali

La spinta all'individualismo e alla separazione, lo smantellamento della struttura normativa che regolava l'uso dei beni collettivi, la rinuncia alle consuetudini e ai riti propri di una società molto caratterizzata non possono che sfociare in un forte ridimensionamento della rete di relazioni che innerva il sistema. Sospinta anche dai nuovi paradigmi familiari e lavorativi, questa destrutturazione immateriale sembra esprimersi visivamente negli insediamenti a case isolate che circondano o affiancano gli antichi nuclei ammassati attorno alla piazza o alla corte dell'epoca rurale: un contrasto stridente tra modelli urbanistici orientati nell'uno caso ad ostacolare, nell'altro a favorire l'incontro tra le persone! La sensazione è che l'impovertimento relazionale si rapporti all'arricchimento economico secondo una rigorosa legge matematica di proporzionalità inversa.

5. La riduzione dell'omeostasi e della resilienza: l'instabilità e l'insicurezza

Lo sbilanciamento tra i componenti e la disgregazione delle reti interattive aumentano la vulnerabilità del sistema, esponendolo a rischi di destabilizzazione di fronte a turbative esterne. La destabilizzazione attiene fondamentalmente alla sfera simbolica della comunità e può identificarsi con la perdita del reciproco riconoscimento tra i membri, ossia di ciò che in ultima analisi distingue una collettività da un semplice raggruppamento di individui. Uno degli esempi più

emblematici della fragilità delle società arricchite è il modo con il quale esse cercano di arginare il problema della paura e dell'insicurezza, un problema delicatissimo nelle metropoli, ma non estraneo neppure ai piccoli centri alpini. Invece di attivare reti di controllo sociale, sostegno e coinvolgimento, come farebbe una comunità ben strutturata, reagiscono separando, creando confini, arroccandosi, riducendo gli spazi di libertà.

6. L'apertura dei flussi ciclici: un'economia senza controllo

L'economia delle società rurali di montagna, essendo improntata all'agricoltura, era strettamente legata al territorio. Sebbene il sistema non fosse totalmente isolato, ossia scambiava beni con l'esterno, erano le risorse autoctone a fissarne i limiti dello sviluppo, riproponendo la logica dei cicli chiusi degli ecosistemi. La riconversione e la svolta mercantile che accompagnano il passaggio alla società post-rurale liberano l'apparato dai vincoli territoriali, sciogliendo le briglie alla crescita economica e spingendola ben oltre le soglie di equilibrio del sistema. L'ingresso di risorse, rappresentato dai flussi di denaro dell'attività turistica, dalle materie e dall'energia, non può però più essere assorbito e metabolizzato nei cicli chiusi e crea scarti: scarti materiali (rifiuti e inquinanti), ma anche "scarti umani", come ancora Bauman testimonia con grande incisività.

Bersagli dei processi di eutrofizzazione ecologica e arricchimento materiale della società sono dunque i gangli vitali e le reti connettive costituite nelle entità ecologiche dalla diversità di forme di vita, nelle società dalle relazioni tra gli individui. Quanto scritto da Ivan Illich quasi quarant'anni fa, ovvero che elevati quanta di energia degradano le relazioni sociali con la stessa ineluttabilità con cui distruggono l'ambiente fisico, trova dunque conferma.

Aldilà delle riserve etiche che si possono (e si devono) muovere al processo di arricchimento materiale (le stesse riserve andrebbero per altro sollevate anche nei confronti del processo di eutrofizzazione, nel momento in cui deteriora irreparabilmente un ecosistema), specialmente nelle sue manifestazioni di disparità, si pone allora la domanda se la crescita economica nelle proporzioni raggiunte nel mondo occidentale sia sostenibile; se sia cioè compatibile da un lato con le risorse e le leggi della natura, dall'altro con i bisogni dell'uomo e della società. Dentro il solco della comparazione eutrofizzazione-arricchimento si ricava una risposta inequivocabilmente negativa, suffragata d'altro canto dalle gravissime emergenze ambientali e dai numerosi indicatori di qualità della vita che testimoniano come, oltre una certa soglia, la ricchezza si traduca in un peggioramento del benessere, né più né meno

di quanto accade nelle situazioni di privazione. La sostenibilità risiede invece nel porre dei limiti all'arricchimento, rispettando anzitutto le leggi della natura. Nel corso di oltre tre miliardi di anni di evoluzione, gli ecosistemi del pianeta si sono strutturati in maniera ingegnosa e complessa per raggiungere la massima sostenibilità. Sono pertanto i loro canoni organizzativi gli archetipi di una società sostenibile: l'equilibrio tra le componenti, la difesa e valorizzazione della diversità, la cooperazione, il radicamento sul territorio, una crescita controllata... tutto ciò che l'ipertrofica società dei consumi globale sembra invece negare! Ovviamente, la natura non insegna tutto: negli ecosistemi non esiste consapevolezza di sé, non esiste linguaggio, non esiste coscienza e non esiste cultura; e perciò non vi sono né giustizia né democrazia, ma nemmeno avidità e disonestà. Nulla possiamo imparare su questi elementi metafisici che, come tali, pongono all'uomo delle sfide su un piano squisitamente culturale. Nei loro confronti l'umanità si ritrova la sola guida della conoscenza maturata nel pensiero religioso e filosofico e negli accadimenti della storia. A questa conoscenza ci si deve rivolgere per far emergere le grandi potenzialità che stanno dentro le reti di connessione del mondo globalizzato, eludendo le spinte alla contrapposizione, alla prevaricazione e alla frammentazione. Circa il destino delle comunità alpine, il processo di arricchimento materiale, con le sue ripercussioni sull'identità, è venuto a sovrapporsi e ad alimentare quel percorso di marginalizzazione avviatosi già nel XVI secolo con la nascita degli stati nazionali. L'apposizione di confini sugli spartiacque, in assoluto dispregio alla contiguità culturale e ai contatti vitali che sussistevano tra i versanti, lacerò il territorio alpino, creando artificiose aggregazioni con la pianura e facendo perdere alle Alpi quell'unitarietà e quel protagonismo che le aveva fino ad allora contraddistinte. Annibale Salsa, in una sua opera recente, identifica nella costruzione delle entità statuali una delle maggiori violazioni perpetrate nei confronti dello spazio alpino in età moderna! Il cammino di marginalizzazione trova ora ulteriore impulso nelle politiche di sviluppo degli ultimi decenni, tese a identificare le Alpi essenzialmente come spazio di svago, di compensazione ecologica, di collegamento tra le pianure e di serbatoio idrico; sempre meno come luogo da abitare. Schiacciate tra queste politiche e lo svuotamento identitario, le comunità alpine rischiano di smarrirsi definitivamente o diluirsi al più in una dinamica di "periferizzazione" metropolitana che ne accentuerebbe l'anonimato e la subalternità. Forse anche in questo si possono trovare le radici del triste fenomeno dei suicidi.

* Fondazione Foianini di Studi Superiori

INDAGINE CONOSCITIVA

sull'applicazione/adozione di procedure di inserimento del principiante all'interno delle Aziende Ospedaliere pubbliche lombarde e sul ruolo rivestito dall'infermiere esperto. Scheda di presentazione strutturata

di Viviana Valsecchi*



Riassunto

L'inserimento in una nuova Unità Operativa (UO) può ripresentarsi più volte durante l'attività lavorativa di ciascun infermiere, e costituisce un momento critico. Lo scopo dell'indagine è descrivere come viene applicato il percorso d'inserimento nelle Aziende Ospedaliere (AO) pubbliche lombarde. È stato somministrato un questionario ai 29 Dirigenti Infermieristici (DI), ha risposto il 65,5%.

Nel 95% dei casi esiste un percorso d'inserimento documentato, che viene sempre applicato ma non in tutte le UO; tale percorso considera neo-assunti e infermieri in mobilità interna e si avvale principalmente di incontri orientativi, piano di addestramento e scheda di valutazione. Gli affiancatori possono essere uno (53%) o più (42%), sono scelti dal Coordinatore Infermieristico per le abilità didattiche e valutative, le doti umane e l'approfondita conoscenza dei meccanismi operativi dell'UO. Le funzioni loro affidate sono: accogliere e orientare il principiante nell'organizzazione, facilitare l'apprendimento sul campo e valutare. Solo alcuni sono preparati con corsi di formazione appositi.

I principali vantaggi riscontrati sono: la riduzione dei tempi per il raggiungimento dell'autonomia da parte dei principianti, l'acquisizione delle competenze necessarie all'assunzione di responsabilità e maggior senso di appartenenza all'équipe da parte degli stessi. Gli ostacoli riscontrati sono: difficoltà relative alla turistica e insufficienza di risorse economiche ed umane.

Introduzione

L'inserimento in una nuova Unità Operativa o Servizio costituisce un momento professionalmente critico per ciascun infermiere: certamente un'occasione di crescita, ma anche di cambiamento, adattamento e apprendimento.

L'inserimento lavorativo è ricondotto ad attività di addestramento e considerato dalla Regione Lombardia, e non solo, tra le iniziative di formazione sul campo accreditate con il sistema ECM¹.

L'obiettivo essenziale dell'inserimento è quello di *ottimizzare il periodo di apprendimento*, riuscendo a formare nei tempi stabiliti un nuovo infermiere dell'unità operativa, responsabile e autonomo in tutte le attività. Se correttamente presidiato, comunque, è momento di crescita per tutti e permette di

- Socializzare col gruppo di lavoro di cui si farà parte: l'équipe.
- Acquisire la piena consapevolezza delle attività da svolgere, della propria professionalità e del contributo che essa può dare all'organizzazione dell'UO
- Fornire ai colleghi l'occasione per ripensare alle proprie modalità operative, verificarne le prove di efficacia e porle a confronto con quelle utilizzate dal nuovo arrivato.²

Si ha inoltre "il passaggio fondamentale del know-how collettivo dallo stato implicito a quello esplicito, così come da informale a formalizzato, da localizzato a diffuso"³.

Gli Autori evidenziano tra le cause di frustrazione durante l'inserimento la mancanza di supervisione e di feedback da parte degli infermieri esperti, in particolar modo per i ne-

olaureati alla loro prima esperienza lavorativa⁴. Si ha quindi la necessità di affiancare il principiante (ovvero, chi non ha avuto esperienza della situazione in cui opera, e non è in grado di affrontare le situazioni in modo globale e di comprenderle appieno, sia esso un neoassunto o un infermiere in mobilità interna⁵) ad un infermiere esperto, formato ad hoc, che sia per lui modello e guida, facilitatore dell'apprendimento sul campo⁶.

Sta alla sensibilità dell'infermiere coordinatore la scelta di chi nell'unità operativa abbia le doti per diventare guida. Una questione delicata è l'accoppiamento di un determinato principiante con un determinato infermiere esperto: poiché si tratta di persone che dovranno lavorare insieme per settimane o per mesi, è opportuno che la scelta sia ben ponderata e fatta dal coordinatore infermieristico insieme agli affiancatori. I requisiti per un proficuo svolgimento della funzione di infermiere guida sono:

- una certa anzianità di lavoro (almeno due anni) nell'unità operativa;
- motivazione al cambiamento e all'avanzamento professionale;
- abilità didattiche e valutative;
- conoscenze teoriche approfondite sulla specialità;
- elevate doti umane, in particolare di equilibrio e di disponibilità, e capacità di valorizzare colleghi con diverso livello di professionalità e diverse attitudini;
- conoscenza approfondita dei meccanismi operativi dell'unità.

L'infermiere esperto deve essere in grado di informare, accogliere e orientare il principiante nella complessa operazione di lettura dell'organizzazione e di integrazione delle

proprie caratteristiche con quelle dell'organizzazione stessa. Egli, inoltre, se vuole massimizzare i risultati dell'inserimento, deve aiutare il principiante a mettere in risalto le carenze, le difficoltà, i nodi critici dell'unità operativa. La **formazione** delle guide richiede un corso apposito, che dovrebbe prevedere temi quali l'analisi organizzativa, le relazioni interpersonali, la comunicazione, metodologie e tecniche didattiche.⁷

Zannini⁸ definisce **tutor** chi "affianca un neoinserto e lo supporta nel processo di apprendimento dall'esperienza, lo aiuta a comprendere la cultura organizzativa e facilita la sua integrazione in essa". Tutto ciò richiede un'accurata **progettazione** dell'attività di **tutoring** (analisi dei bisogni, identificazione delle opportunità di apprendimento, monitoraggio, valorizzazione delle conoscenze, definizione di ulteriori fonti di conoscenza, partecipazione alla valutazione) che, quando realizzata, può trasformare la relazione educativa in qualcosa di non solo più efficace, ma anche di più soddisfacente per chi vi prende parte. La riflessione sull'esperienza (e quindi lo sviluppo di competenze) si gioca all'interno di una relazione caratterizzata da ascolto, comunicazione circolare, costante attenzione maieutica a porre le "domande giuste" prima ancora che cercare le "risposte giuste", flessibilità, creatività, finalizzazione, avalutabilità, empatia, ossia all'interno di una relazione che rende possibile anche uno sviluppo psico-affettivo del discente". La normativa e le evidenze disponibili sono utili nel guidare la formulazione di percorsi di inserimento aziendali.

Lo scopo dell'indagine conoscitiva è descrivere come viene applicato il percorso d'inserimento nelle Aziende Ospedaliere pubbliche lombarde, nel presente articolo si proveranno a confrontarne i risultati con la letteratura di settore.

Materiali e metodi

Il 1° settembre 2007 sono stati inviati per via telematica i questionari semi-strutturati a tutti 29 i DI delle AO pubbliche lombarde, dopo aver preso accordi telefonici con gli stessi. Lo strumento d'indagine era accompagnato da una lettera di presentazione in cui veniva garantito l'anonimato e l'impegno di un ritorno dei risultati ottenuti, su esplicita richiesta. Si comunicava, inoltre, che i dati sarebbero stati diffusi tramite discussione di Tesi di Master in "Management infermieristico per le funzioni di coordinamento", e che sarebbe stata proposta la pub-

blicazione di un articolo su una rivista nazionale di settore. Il termine ultimo per la restituzione dei questionari compilati è stata fissata al 21 settembre. Questi prevedevano percorsi diversi a seconda della realtà aziendale, ed erano costituiti da 19 domande, di cui 18 chiuse e 1 aperta. Le variabili riguardavano la presenza di percorsi d'inserimento documentati, la compliance degli stessi, le aree nelle quali l'inserimento viene maggiormente presidiato, le persone a cui è rivolto, le metodologie e gli strumenti utilizzati, l'affiancamento o meno ad un infermiere, i criteri di selezione degli affiancatori e documentazione degli stessi, la formazione degli affiancatori tramite appositi corsi intra o extra aziendali, il numero di affiancatori per ogni UO, funzioni e nomenclatura degli stessi, formalizzazione o meno del ruolo, presenza e tipo di incentivazione premiante per gli affiancatori, benefici e difficoltà riscontrate per l'attivazione del progetto di affiancamento, note osservazioni e commenti.

I dati raccolti sono stati inseriti in un foglio elettronico Excel, per permetterne l'analisi descrittiva.

Risultati

Hanno risposto al questionario 19 DI (65,5%). Uno dei restanti rende noto che è impossibilitato a rispondere a causa delle difformità tra presidi della stessa AO.

Nel 94,7% delle AO esiste un percorso documentato per l'inserimento dei principianti, nell'unica AO in cui manca è recentemente stata costituita una commissione interna che si sta attivando per l'elaborazione dello stesso. Tale percorso viene sempre applicato, ma nel 21,1% dei casi solo in determinate UO/Servizi: le aree in cui l'inserimento viene maggiormente presidiato sono l'Area Critica, le Sale Operatorie e la Dialisi.

I soggetti presi in considerazione dal percorso d'inserimento sono sia i neo-assunti sia gli infermieri che cambiano UO (94,7%), solo in un caso (5,3%) riguarda esclusivamente i neo-assunti.

Le modalità e gli strumenti che vengono maggiormente utilizzati sono incontro/i orientativo/i, il piano di addestramento (in cui vengono specificati strumenti, responsabilità, obiettivi e tempi previsti per il raggiungimento degli stessi e la scheda di valutazione).

Durante l'inserimento è previsto l'affiancamento ad un unico infermiere nel 52,6% dei casi, a più infermieri nel 42,1%, e al Coordinatore Infermieristico (CI) nel 5,3%. Gli affiancatori sono scelti dal CI



per le abilità didattiche e valutative, le doti umane: equilibrio, disponibilità, capacità di valorizzare i colleghi e le diverse attitudini e l'approfondita conoscenza dei meccanismi operativi dell'UO. I criteri di selezione degli affiancatori non sono però quasi mai documentati (78%). Per ogni UO sono previsti solitamente 2 (26,3%) o 3 (21%) affiancatori, ma solo alcuni hanno avuto l'opportunità di frequentare corsi di formazione appositi (45%), il 33% delle AO non ha formato nessuno, mentre il 22% ha garantito la frequenza a tutti.

I DI indagati sostengono che le principali funzioni dell'infermiere che affianca il principiante (chiamato tutor nel 55% dei casi) sono: accogliere e orientare il principiante nell'organizzazione, facilitare l'apprendimento sul campo e valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Generalmente non è prevista una formalizzazione del ruolo (66%), qualora esista (28%) è solitamente associata a un'incentivazione premiante (80%) che consiste nel riconoscimento della responsabilità nel processo d'inserimento con l'apposizione della firma in calce alla valutazione del principiante, nell'attribuzione di crediti formativi ECM, o più raramente con il riconoscimento economico.

I principali vantaggi riscontrati grazie all'affiancamento sono la riduzione dei tempi per il raggiungimento dell'autonomia da parte dei principianti, l'acquisizione delle competenze necessarie all'assunzione di responsabilità e maggior senso di appartenenza all'equipe da parte degli stessi. Gli ostacoli riscontrati nell'attivare il progetto sono: difficoltà relative alla turistica, insufficienza di risorse economiche ed umane e l'eccessivo turnover di personale in alcune UO.

Discussione

L'indagine conoscitiva ha evidenziato come in Lombardia ci sia un'ampia aderenza alle raccomandazioni legislative in merito alla presenza di una documentazione scritta del percorso di inserimento degli infermieri⁹. Risulta inaspettata la scarsa consi-

derazione prestata al questionario di valutazione delle potenzialità, utilizzato solo da 4 delle AO che hanno partecipato all'indagine. È comprovato infatti (cfr Calamandrei e Orlandi) come la raccolta di informazioni sul curriculum personale e professionale, e sulle aspirazioni lavorative del neoassunto, consenta di assegnarlo a una UO o un Servizio a lui adeguati, con maggiore coinvolgimento e motivazione da parte del professionista e maggiore capacità di trattenimento in servizio da parte dell'AO.

Probabilmente questa mancanza rispecchia le difficoltà connesse all'assegnazione di personale in UO poco ambite e all'urgenza di reclutare/assegnare infermieri in caso di assenze improvvise. Si ritiene probabile, comunque, che il DI che abbia costituito uno schedario dei questionari di valutazione delle potenzialità del personale che gestisce sia agevolato nella scelta delle unità da spostare in casi di trasferimenti d'ufficio urgenti, garantendo comunque la qualità del servizio e la soddisfazione del personale coinvolto.

L'affiancamento da parte di più infermieri può risultare positivo unicamente se i tutor ruotano in base alla fase che questi sono maggiormente in grado di presidiare¹⁰, anche se nella realtà si ritiene prevedibile che sia una strategia per bypassare i problemi relativi alla turistica; ciò potrebbe nuocere ad un rapporto tutor/tutee davvero costruttivo. Sorprende, inoltre, quell'unico caso in cui il principiante non viene affatto affiancato da un collega, ma fa riferimento unicamente al coordinatore. Tanto più che il CI non deve necessariamente essere il miglior infermiere nella specialità in cui opera, ma deve sicuramente avere ottime capacità manageriali.

Tra i criteri di selezione viene poco considerata l'auto-candidatura, ciò nonostante la resistenza degli infermieri a fungere da affiancatori non costituisce una criticità rilevante. Questo sta a dimostrare che, al contrario delle mie aspettative, gli infermieri tutor non sentono la necessità della formalizzazione del loro ruolo (attualmente presente solo nel 28% delle AO indagate), né di un riconoscimento economico per il

loro operato. La disponibilità dei tutor rende merito ai CI delle AO pubbliche lombarde, che pur non raccogliendo le candidature hanno saputo arruolare per ricoprire tale ruolo gli infermieri più motivati; ne dà conferma l'assenza di conflitti nell'equipe infermieristica, ciò nonostante i criteri di selezione degli infermieri affiancatori non siano documentati nella maggior parte dei casi (78%). Nonostante le difficoltà, tutti i DI indagati risultano soddisfatti dell'operato dei tutor, in cui nessuno ha dichiarato di non trovare alcun vantaggio dall'affiancamento. È stato possibile ottenere i vantaggi sopra elencati nonostante la maggior parte degli affiancatori non abbia avuto la possibilità di frequentare dei corsi di formazione appositi. Da ciò, e da un confronto con la letteratura di settore, si può desumere che qualora tutti i tutor venissero preparati ad hoc i benefici riscontrabili grazie all'affiancamento aumenterebbero.

Conclusioni

L'indagine conoscitiva presentata ha il limite di non essere riuscita a coinvolgere un campione davvero rappresentativo, ma probabilmente il più sensibile all'argomento. Ciò nonostante sembra generalizzabile che nella realtà lombarda si rispetti, per lo più, le norme concernenti la documentazione del processo d'inserimento, anche attraverso la presenza dei piani di addestramento scritti; risulta evidente, altresì, come tale processo sia presidiato principalmente nelle Aree che richiedono pronte abilità a livello tecnico-pratico.

Appare chiaro che è necessario ancora parecchio lavoro per aderire in modo completo alle evidenze fornite dalla letteratura, ma già si sta camminando nella giusta direzione. È auspicabile che vengano attivati dei corsi di formazione per tutti gli infermieri affiancatori, che questi abbiano la possibilità di creare un rapporto di fiducia con il principiante a cui fanno da guida, e che si provveda alla formalizzazione del loro ruolo.

Sarebbe interessante fare un confronto con le altre realtà nazionali per poter cogliere il meglio di ogni esperienza e percorrere insieme la strada verso il traguardo.

- 1) D.G.R. n.18576 del 5 agosto 2004 "Linee di individuazione per l'attuazione del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) in Lombardia"
- 2) Calamandrei C, Orlandi C, L'ingresso in azienda, ovvero il reclutamento, la selezione, l'accogliimento e l'inserimento del personale, in La dirigenza infermieristica. Milano: McGraw-Hill, 2^a ed; 2002.
- 3) Marenzi C. Apprendimento facilitato "during the job", in FOR 2003, 57:11-16
- 4) Cunicolo, Chinichio, Rigoni, Val-laperte. L'inserimento dei neolaureati nel mondo del lavoro. Assistenza Infermieristica e Ricerca. 2006; (25):88-91.
- 5) Calamandrei C, D'Addio, Livelli di competenza, in Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere. Milano: McGraw-Hill; 1999.
- 6) Marriner-Tomey A., Lo sviluppo del personale, in Management infermieristico. Milano: Sorbona; 1995
- 7) Calamandrei C, Orlandi C, opera citata.
- 8) Zannini L. La tutorship nella formazione degli adulti, GueriniScientifica; 2005
- 9) D.P.R. 14 gennaio 1997 n 211; UNI EN ISO 9001 capitolo 6; Joint Commission International, SQE5. Programma triennale per l'implementazione del sistema di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e del management delle aziende sanitarie pubbliche; 2004
- 10) Calamandrei C, Orlandi C, opera citata.

*Infermiere. Neo masterizzata in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento.

Parliamone

Copyright by Collegio IPAS.VI - Sondrio

Publicato trimestralmente ed inviato a tutti gli iscritti del Collegio IPAS.VI. Viene inviato in abbonamento, si prega pertanto di comunicare tempestivamente il cambio di indirizzo al Collegio IPAS.VI., via IV Novembre, 11 - 23100 Sondrio
E-mail: info@ipasviso.org

PRESIDENTE: Ercole Andrea Piani
VICE PRESIDENTE: Rosella Baraiolo
SEGRETARIO: Marisa Ambrosini
TESORIERE: Andrea Pedrini

CONSIGLIERI:

Alberta Acquistapace - Edo Bagiole - Ida Bertelli - Matteo Caneva - Olga Cedro - Carla Fallini - Arianna Fiorelli - Alessandro Fumasoni - Tiziana Giacconi - Bruno Orsini - Adelaide Tudori

REVISORI DEI CONTI:

Presidente Giancarlo Bottà - membro effettivo Milena Spandrio
membro effettivo Gisella Tridella - membro supplente Chiara Fognini

HANNO COLLABORATO

Rosella Baraiolo - Alessandro Fumasoni - Fausto Gusmeroli - Elena Motalli - Carmela Ongaro - Caterina Panizza - Niccolò Simonelli - Viviana Valsecchi - Angela Vigolo

Settembre 2009 - Il Concorso Letterario "Collegio IPASVI di Ragusa"

Il professionista infermiere oggi. "Sarà possibile anche qui la reciprocità?"

di Angela Vigolo

Introduzione

Questo è il racconto di una storia che ha lasciato una traccia profonda e incancellabile nei primi anni del mio percorso professionale.

Una di quelle esperienze che ti mettono di fronte all'essenza della vita, al senso stesso della malattia e della morte, al significato della sofferenza e del dolore.

Una di quelle esperienze che vorresti raccontare a tutti, soprattutto ai tuoi colleghi, ma per la quale non sei capace di trovare parole sufficientemente adatte...

Per questo ho pensato, offrendovi una sequenza di istantanee, di invitarvi a ripercorrere con me questa storia così come, sfogliando un album di fotografie, si viaggia insieme sulla trama dei ricordi.

L'incontro

Simona non parla. È immobilizzata dalla patologia neurodegenerativa che nel corso degli ultimi sette anni le ha irrigidito i muscoli di tutto il corpo. Nessun sconto: è un lento e spietato avanzare della malattia a cui non si può porre rimedio. Una malattia che ti prende e ti incarna nel tuo stesso corpo, che inesorabilmente sfugge sempre più dal tuo controllo. Per questo il volto di Simona ha assunto un'espressione caratteristica, quasi imbronciata per la contrazione delle mandibole. Un'espressione che tuttavia non riesce a mitigare la profondità e l'armonia dello sguardo.

Rimango catturata dagli occhi: due occhi grandi, che seguono i tuoi movimenti e che sembrano penetrare e leggere nel tuo intimo. Due occhi con i quali comunica: per dire sì li chiude entrambi, li tiene invece fissi quando vuole rispondere con un no. Riesce anche a piegare alcune dita delle mani (altra soluzione per rispondere affermativamente) e con queste a volte, volendo salutarti con calore, ti stringe la mano nella sua fino quasi a farti male!

Ma io questo ancora non lo so. Non capisco i versi inarticolati che escono dalla sua bocca. Sarà un tentativo di saluto, un benvenuto? O si sta lamentando per i dolori dai mille sapori che non le danno tregua? O forse mi sta chiamando perché vorrebbe... chissà che cosa? Tanti interrogativi vorrebbero accavallarsi alla rinfusa dentro di me, ma quello sguardo limpido non lo permette: allontana ogni preoccupazione, ogni domanda. Due grandi occhi davanti a te che ti scrutano quasi a voler leggere nei tuoi. Ti interpellano. Rispondo: "Ciao Simona, io sono Angela, sono contenta di conoscerti".

I suoi occhi si chiudono per un istante in segno di consenso e la mia mano, stretta tra le sue dita, segna



l'inizio di un nuovo rapporto che si preannuncia già un po' speciale.

La sfida

È un giorno di dicembre. Da poco tempo sono approdata in questo piccolo paese sui colli romani. A distanza di due bellissimi anni dopo la fine dell'università, eccomi qui alle prese con il mio nuovo posto di lavoro: un piccolo centro, molto familiare che ospita una quindicina di persone perlopiù anziane.

Un giro veloce degli ambienti e le solite presentazioni di rito: nome, stretta di mano, sorriso e saluto. Beh, devo ammetterlo, un po' insolite lo sono: i sorrisi qui campeggiano (nonostante i vari malanni di ciascuno) e ci si sente accolti come se si fosse sempre stati lì. Scoprirò che questi sono alcuni dei "segni e sintomi" della sfida che qui è stata lanciata: costruire nel quotidiano rapporti di fraternità, rapporti che nascono dal dono vicendevole di sé. Rapporti capaci di influire positivamente sulla società, di cambiarla lasciandovi il loro contributo. Anche la relazione con i pazienti o tra i diversi operatori sanitari viene implicata e "stravolta" da questo dinamismo di dono reciproco e ciò lascia delle tracce visibili. Immagino però che non è tutto scontato... Ci si dovrà mettere in gioco continuamente, completamente, attimo dopo attimo!

Intanto ripenso a Simona: sarà veramente possibile costruire anche con lei un rapporto così? O sarà una relazione di aiuto unidirezionale? E io sarò poi davvero capace di aiutarla?

L'empatia

Ricordo tutto il mio impegno dei primi giorni nel cercare di darle fiducia: quando dipendi totalmente da un altro ti fa piacere sapere in che mani finisci... Per questo cerco di essere il più attenta possibile, il più professionale. Ma in sostanza,

concretamente, che significa?

Capisco che, prima di ogni altra cosa, devo io per prima iniziare a vivere come lei: nello stesso modo in cui lei si consegna tutta a me (anche se, in fondo, perché costretta dalle circostanze), così anch'io devo darmi tutta a lei. Ciò vuol dire "dimenticare" ad esempio la mia stanchezza, la fretta che inevitabilmente al lavoro ti prende, anche il senso di inadeguatezza che a volte sopraggiunge e compiere ogni attività, dare ogni informazione, ogni saluto, ogni sguardo come non avessi altro da fare.

Ben presto però mi accorgo che non sono tanto io a dare fiducia a Simona, ma piuttosto è lei che la dà a me. Mi sembra di cogliere tutto il suo sforzo per farsi capire, tutta la tensione a fare la sua parte, a non farmi pesare i miei errori o la mia grossolanità, tanto da poter dire che fin dall'inizio mai ho avuto la sensazione o il timore di non riuscire a capirla.

Il gioco

Quello che ho impiegato più tempo ad imparare è stato capire quando Simona scherzava. Faceva un rumore con le labbra che non capivo se era una risata o un'espressione di dolore o un semplice richiamo. Sono sola con lei. Ho già passato in rassegna tutto quello di cui può aver bisogno, dalla posizione dei cuscini all'aspirazione delle secrezioni, dall'ossigeno alla musica del lettore DVD da accendere o alla luce da spegnere... Simona non mi aiuta. Mi guarda, segue con il suo sguardo penetrante ogni mia mossa. Oggi non riesco proprio a capire cosa mi chiede. Dopo un po' mi sopraggiunge un sospetto: "Simona, tu sai che ancora non capisco bene quando ridi... Non è che, per caso, ... mi stai prendendo in giro?". E i suoi due grandi occhi si chiudono finalmente in un inequivocabile sì!

Altro giorno, è ormai mattino. Dopo una notte lunga e tranquilla sono quasi al termine del mio turno di lavoro. Saluto Simona, che già è sveglia, tenendo la mia mano nella sua. Una collega mi chiama fuori dalla stanza, aspetta le consegne. "Allora, ciao Simona, mi chiamano. Ci vediamo questa sera!". Simona risponde di sì chiudendo gli occhi, ma allo stesso tempo mi tiene la mano senza lasciarla. "Simo... devo andare...". Lei ammicca con gli occhi stringendo ancora di più la mano. Intanto fuori continuano a chiamarmi. Sto al gioco: "Simo, lo sai che sono al tuo completo servizio e tua 'prigioniera' per sempre, ma ora lasciami andare... poi mi 'sgridano' se rimango qui...!". Lei non cede: più sente che mi chiamano e più le dico che devo andare, più lei mi stringe la mano ed è impossibile liberarsene!

Ricordo allora il nostro accordo di qualche giorno fa e le strizzo l'occhio sinistro. Questo gesto che ora, come lei, ho iniziato ad utilizzare anch'io è diventato il nostro saluto più speciale, come se ci dicessimo "Lascio qui con te tutto il mio cuore!". Simona allenta la presa della mano e mi saluta ammiccando a sua volta con un occhio solo.

La notte

È una notte piena di dolori, Simona esausta si lamenta, piange come può. I farmaci non coprono più i dolori, domattina bisognerà reimpostare la terapia con il medico. Domani... ma ora? Cerco come posso di darle almeno un po' di sollievo: terapia, posizione, massaggi... È una sofferenza vederla soffrire e non sapere più cosa fare.

Per lei è molto importante sentire la presenza di qualcuno vicino. Qualcuno che sa cosa fare e che fa quello che lei non può più fare: asciugare una lacrima che lenta scendendo giù lungo la guancia solletica il collo, riposizionare gli occhiali per l'ossigeno o aggiungere una coperta sui piedi freddi... Spesso si tranquillizza subito e si riaddormenta senza fatica solo sentendo una mano poggiata sulla sua o una parola sussurrata all'orecchio.

Ma questa notte non è così. Le parlo, l'accarezzo, cerco di usare le mani in tutti i modi possibili per farle sentire che sono lì con lei. Proprio così: sono veramente lì con lei, anche in questa impossibilità di aiutarla. In fondo, sto vivendo in piccolo quello che lei vive sempre di più da anni: sempre più "impossibilitata", limitata, bloccata.

Capisco che devo in quel momento "stare lì": essere infermiera non è tanto "assistere" qualcuno che ha bisogno di assistenza, ma prima di tutto è vivere insieme a lui il suo dramma o il suo problema, per poterlo poi in seguito affrontare e 'portare' insieme. Decido di 'rimanere lì'.

Finalmente verso l'albeggiare Simona si tranquillizza un po', stanca, sfinita. Ogni tanto mi guarda con i suoi due occhi grandi. Anche io la guardo, in silenzio. Non servono tante parole. Poi si addormenta.

La bellezza

Da un po' di tempo i dolori di vario genere sembrano essere implacabili. In questo momento però Simona è tranquilla, il

"Speranza" è una creatura con le piume -
Ancorata all'anima -
Celebra una melodia senza parole -
Non tace mai - mai -

Ascoltare - nella violenza del vento - è ancora più dolce -
La tempesta infiammata dal dolore -
Potrebbe disorientare questa creatura alata
Avvezza al calore -

Ne ho udito il canto provenire dalla terra gelida -
Dal mare straniero -
Ancora, mai, e infine,
chiede una briciola - di me.

Emily Dickinson (1891/1960)

cocktail di farmaci che le diamo fa ogni tanto il suo effetto. La guardo. Lei, con la mandibola serrata e i due grandi occhi che ti seguono quasi penetrando dentro. In attesa forse di un tuo cenno, di una tua parola. "Simo, sei bellissima!". Esce questo dal cuore, null'altro... Silenzio. Poi chiude gli occhi in cenno di sì. "Come fai ad esser così bella?" le chiedo. In risposta ammicca con un occhio solo ed io intuisco: "Forse ho capito... è perché tu sai che tutto questo ha un senso, è così vero Simo?". Lei chiude con decisione entrambi gli occhi e mi stringe la mano. Riapre gli occhi e mi guarda. Vorrei fermare il tempo e per un po' dimentico tutto il lavoro che aspetta. Può aspettare. Esistono attimi che hanno il profumo dell'eternità e questo è uno di quelli. La guardo sorridendo e cedo la parola a un dialogo di sguardi.

Più volte mi capita (ad essere sinceri non solo a me!) di perdersi a 'contemplare' il suo sguardo... Simona allora ti richiama alla realtà 'sbuffando' con le labbra in un modo tipico, come per dire "Cosa fai? Non stare lì a perder tempo!". Altre volte invece esce spontaneo dalle labbra un "Come sei bella, Simo!" e lei risponde sempre sì chiudendo gli occhi. Più il tempo passa, più "scompaiono" agli occhi le tracce della malattia e si vede una bellezza diversa, tutta interiore, misteriosa ma profondamente vera.

Il dramma

Dolore ai muscoli sempre più rigidi che sembrano volerti mummificare. Spasmi e contrazioni muscolari che senza riguardo interrompono a più riprese quel poco sonno che ancora riesci ad avere. Il nutrimento che inevitabilmente refluisce dallo stomaco provocando un fastidioso senso di nausea. Il medico che poco fa ha sostituito il catetere sovrapubico, facendo sanguinare la stomia. L'ossigeno, che non smette di borbottare nel gorgogliatore e che, nonostante ciò, secca tutta la mucosa delle narici. Il sondino della PEG che ormai si ostruisce sempre più frequentemente, sporcando pigiama e lenzuola con l'odore nauseabondo del preparato per la nutrizione entrale. La saliva che sempre più abbondante si accumula in bocca e diventa sempre più difficile deglutirla. Le pieghe di lenzuola, telini, coperte, cuscini che sono sempre lì e tu non puoi nemmeno cambiare posizione. Un capello che si muove e ti fa solletico sopra gli occhi, per non parlare di quelli che con il sudore si appiccicano dietro le orecchie. E chissà quanto altro ancora che tu non sai come esprimere e del quale chi ti assiste nemmeno si accorge...

"Simona, hai dolore?". Chiude gli occhi. "Ogni giorno c'è qualcosa di nuovo, vero Simo?". Chiude gli occhi. Silenzio. Preparo la terapia antidolorifica prescritta al bisogno, sperando che agisca in tempo a bloccare l'incombente acuirsi di tutta la sintomatologia. Incrocio il suo sguardo. È inspiegabile tutta questa situazione, sembra così crudele, non ha senso; eppure guardando Simona senti chiaro allo stesso tempo che c'è una spiegazione precisa a tutto questo tormento. A te magari sfugge, ma in realtà tutto ha un valore altissimo ed una motivazione altrettanto valida.

La gratitudine

Simona è ben consapevole del valore di quello che vive. Da tempo ho iniziato a ringraziarla ogni giorno e più volte al giorno. Non so spiegarne bene il motivo, ma qualcosa mi spinge a farlo.

I giorni scorrono e il procedere della malattia si fa sempre più veloce ed evidente. Non è più possibile alzarla dal letto, se non assai di rado. In brevissimo tempo anche ogni movimento che le facciamo fare le costa un dispendio di energie e dolori troppo alti. La pressione cala e il respiro diviene superficiale e faticoso.

Ci si organizza con dei turni che coprono l'intera giornata: gli altri ospiti di questo piccolo centro e il personale in servizio si alternano nella sua stanza per non lasciarla mai sola. Di tanto in tanto Simona si fa sentire presente e ricambia i presenti come riesce: stringendo le dita della mano o a volte aprendo per qualche istante gli occhi, che ormai è troppo faticoso tenere aperti. Sta entrando ormai in uno stato soporoso.

Arriva la sera del 10 ottobre, sono quasi le 22. Suona il campanello dell'ingresso, è qualche stretto conoscente. Un piccolo drappello di familiari e amici si uniscono agli altri ospiti e al personale di turno intorno al letto e intonano insieme un canto dopo l'altro. Così per più di un'ora. Simona ha solo la forza per chiudere leggermente di tanto in tanto le dita di una mano.

Come nei giorni precedenti, si continua ad avvertire una forte sacralità della vita. La ricchezza di ogni momento condiviso, pur nella tragicità del dolore. Gratitudine comune per le esperienze vissute insieme. Pace, tantissima pace. Quanto è vero che tutto passa, tutto finisce: la malattia, la sofferenza, il pianto. Così come è vero che rimane "l'aver sofferto", che rimane per sempre il rapporto costruito e tutto quello che si è vissuto insieme donandosi reciprocamente.

È quasi mezzanotte e attorno al letto sono rimaste solo due infermiere con un medico. Il polso si fa irregolare, Simona apre gli occhi e ammicca per l'ultima volta. A tutte e tre è chiaro: è il suo straordinario donarsi fino alla fine, è il suo "grazie".

Conclusione

Non ho conosciuto Simona quando anni fa era instancabile, piena di risorse, di simpatia ed era il punto di riferimento per centinaia di persone, in un altro continente. Non ho neanche mai ascoltato la sua voce... Non posso però nascondere che, nonostante ciò, mi sono sentita così voluta bene personalmente, apprezzata, valorizzata da poter affermare che ogni vita, in qualsiasi condizione, è un dono incommensurabile. Ancora oggi, a distanza di quasi un anno dalla sua morte, continuo ad avvertire profondamente la ricchezza che questa esperienza ha lasciato dentro di me, come infermiera e come persona.

Chiudo questo racconto senza dare risposte, è importante che ognuno trovi le sue. Vorrei però riproporre anche a voi, immersi nei diversissimi ambienti e contesti in cui operate, il mio interrogativo iniziale. Non è una sfida utopica - devo testimoniare -, ma realizzabile e soprattutto affascinante: "Sarà possibile anche qui la reciprocità?".

Tutto il mondo è paese... meditiamo un po'...

È pervenuta in Commissione Redazione la seguente lettera firmata frutto dello scambio di opinioni online tra due colleghi. Le tematiche affrontate nello scritto, seppur scaturenti da dinamiche professionali e aziendali agenti in ambito geografico lontano dal contesto valtellinese, possono stimolare importanti riflessioni sulla professione infermieristica e sul rapporto di collaborazione versus "ausiliarità" con la professione medica. Due facce della stessa medaglia, il positivo e il negativo di un percorso storico che continua inevitabilmente a presentare il suo conto... sia nell'ambito clinico sia nell'ambito dirigenziale. L'invito è quello ad una lettura attenta che stimoli la presa di coscienza responsabile di quanto è nelle mani del singolo infermiere e del gruppo professionale rispetto alle argomentazioni trattate che emergono anche nelle parole di Elio Drigo (Presidente Aniarti) in risposta all'editoriale di Pierantonio Muzzetto (Ordine dei medici di Parma). Si aspettano commenti...critiche...ulteriori spunti di riflessione, quanto di utile ad un dibattito costruttivo.

Riflessioni domenicali...

Ciao, ho appena finito di correggere le ultime parti della tesi di "...", e rileggendo qua e là i diversi stralci che trattano di leadership, management, sviluppo professionale mi è venuto in mente il tuo scritto in risposta al mio lavoro per gli obiettivi anno 2009; ti ho detto che avrei formulato dei pensieri a riguardo, e colgo questa occasione per farlo.

Innanzitutto grazie: coerentemente con quanto dichiarai da sempre, hai dato segno di considerazione, scrivendo a ciascuno di noi le tue impressioni circa quanto svolto. Mi verrebbe da dire, sorridendo: "...". Sei in linea con le caratteristiche del nurse leader degli ospedali magnetici...poi, però so che ti sentiresti un pochino preso in giro, e quindi non lo dico...

Le riflessioni - amare - partono da quanto mi hai segnalato, cioè la mancanza nel lavoro sull'analisi critica dell'andamento del nostro ufficio di un rilievo riguardo alla scarsa integrazione tra la linea clinica e quella assistenziale.

Mi farebbe piacere poter affermare che ciascuno dei due gruppi va per la propria tangente, e invece non è nemmeno così. Appare evidente -più che mai in questo momento- la volontà di controllo che le dirigenze mediche esercitano sulla nostra professione (e sul nostro servizio infermieristico), dai vertici sino alle corsie, dove ogni giorno la fatica del lavorare con le scarse risorse si somma alla cecità di una professione (quella medica) che non ammette il fisiologico mutare delle cose, legato alle epoche storiche, ai progressi, e arroccandosi su una posizione di assoluto privilegio che ha conquistato ormai da 500 anni pretende di indicare la via da seguire a se stessa e agli altri, negando non solo il cambiamento avvenuto tra le altre professioni che concorrono al bene della persona ricoverata, ma negando spesso il riconoscimento dello status di persona ai malati che ogni giorno dicono di seguire.

Sono davvero amareggiata dalla caduta inarrestabile di alcuni principi che ho sempre ritenuto fondanti non solo per gli infermieri e i medici, ma in generale per una

società che si dichiara democratica e rispettosa; per me onestà, verità, rispetto di pensieri diversi, compassione non sono soltanto delle parole, ma quello che ogni giorno cerco di mettere in atto, anche se spesso il risultato non è quello desiderato. Credo che non siano più di moda, almeno tra i più, almeno tra coloro che devono per forza avere un'idea diversa dalla mia nel momento in cui agiscono con prevaricazioni, coltivando interessi personali, pensando ai vantaggi per se e non al bene di tutti. Questi personaggi sono dentro e fuori la nostra professione, e qui mi ricollego alle affermazioni iniziali; la presenza di una dirigenza infermieristica forte, coesa, con un supporto



guinzaglio corto", perchè ogni tentativo di uscire da un territorio che è stato concesso da altri si risolve con un sonoro strattone, con un invito più o meno garbato a rimanere nello spazio che qualcun altro mi ha assegnato, senza troppe possibilità di negoziazione.

L'altro elemento di amarezza riguarda i nostri colleghi coordinatori: ho avuto modo di guardare da un osservatorio privilegiato - quale è il nostro ufficio - ciò che anch'io sono stata sino a 8 mesi fa, e ho colto una situazione a macchia di leopardo, dove gli elementi comuni tra i colleghi sono lo scazzamento, l'incapacità per alcuni di esercitare il ruolo in toto o in alcune sue parti, e la caratteristica tutta italiana

di tirare a campare, in attesa di tempi migliori, perchè quello che è il presente non va bene, a prescindere, è sempre da denigrare. L'attesa come way of life per la maggioranza: pochi quelli che provano invece a prendere in mano le situazioni per provare a cambiare...il cambiamento è sempre atteso da fuori, ma un detto orientale dice che solo cambiando se stessi è possibile influenzare

l'ambiente che ci circonda. Non so se quello che manca è il coraggio o la voglia, o se in generale ciò che pervade gli infermieri è un senso di generale rassegnazione, perchè tanto "tutto muta per rimanere sempre uguale". Mi piacerebbe allora che i nostri colleghi fossero come Renè, la protagonista dell'Eleganza del riccio: volontariamente aderenti allo stereotipo dell'infermiere/caposalpa per compiacere i medici e assicurarli circa il ruolo di subalterni un po' ignoranti, e poi invece farci beffe di loro, che non sanno nulla di tutto il nostro studio, le nostre conoscenze, le nostre abilità, e sfoderare nei momenti più impensati il genio del sapere, il pensiero critico, il ragionamento diagnostico, la leadership trasformazionale...invece non è così, purtroppo, il lavoro da fare è molto e la strada è in salita. Per quanto mi riguarda, ho abbastanza fiato (le gambe invece hanno bisogno di molto esercizio) ma il Monte Bianco al momento non è per me un obiettivo ragionevolmente raggiungibile... se però proviamo ad andarci tutti e 8 in cordata, chissà... buona serata "...".

autorevole del direttore del Servizio Infermieristico Aziendale credo che farebbe da argine ai tentativi di delegittimare l'operato degli infermieri. Per noi non è così, e le lusinghe dell'esercizio del "potere per sé" (Saiani docet) e relativo godimento nel suo becerio esercizio quotidiano, non solo consente di offrire il fianco ai medici, ma demolisce sistematicamente ogni tentativo di costruire qualcosa di buono. Prima di analizzare perchè la dirigenza medica di presidio non ha avuto una sola occasione di confronto con noi sarebbe giusto chiedersi perchè la nostra direttrice infermieristica non è mai venuta ad augurarci buon lavoro da quando il nuovo ufficio di presidio si è insediato...o perchè continua a bocciare ogni progetto di sviluppo professionale che abbia finalmente un senso... D'altro canto, non ho mai creduto nelle dirigenze mediche a cambiamento repentino, improvvisamente illuminate e progressiste, specialmente quando il ruolo è ricoperto da persone con caratteristiche personali forti, non molto elastiche.

In verità mi sento molto "cane con

Mezzi medici? No... Dottori in Infermieristica

Assegnare mansioni improprie ai non medici non giova al malato. Grande responsabilità politica nel consentirlo. Occorre rientrare nei ranghi.

di Pierantonio Muzzetto

Repetita juvant. Come ebbi modo di dire in passato, l'avvento delle professioni sanitarie e le lauree brevi hanno sollevato non pochi dubbi compreso quello che, di riffa o di raffa, si potesse arrivare anche ad una laurea breve in medicina e chirurgia. Una situazione perversa, prospettandosi sul mercato sanitario, ormai strutturato in azienda, la presenza di figure intermedie, atipiche e quasi "mediche", i mezzi dottori. Era sicuramente una ipotesi non plausibile, almeno credevo: sono purtroppo smentito dai fatti. Fin d'oggi è presente, e voluta, una sorta di surroga del medico. Mi riferisco a quegli infermieri possibili gestori, autonomi, delle lungodegenze, ed ancor oggi a quelli identificati come gestori dell'urgenza emergenza. Ma "solo in casi eccezionali" ci viene detto, in realtà pronti a fare i medici in situazioni in cui l'eccezionalità diventa prassi e routine. Se non fossimo Italiani! Quello di voler fare il medico lo reputo legit-timo, soprattutto quando l'accesso a Medicina è stato allargato, qualche decennio fa, anche ai maestri o ai geometri o ai periti industriali ad esempio, per cui non si capisce perché non lo si debba consentire anche ai diplomati in scienze infermieristiche. Ma, e in tutto c'è un ma, l'ovvio e ragionevole diventa un optional. E, dunque, si prevede di assegnare all'infermiere mansioni proprie del medico ingenerando negli stessi, ed in quelli più motivati, l'aspettativa di ricoprire mansioni e ruoli del medico, per loro impropri. Per giunta senza il riconoscimento di studi specifici e della conseguente laurea. In Toscana, ad esempio, regione molto simile alla nostra in cui le assonanze sono molto più numerose rispetto alle dissonanze, anzi non ve ne sono affatto, hanno agito in silenzio sovvertendo le carte. Complice proprio il silenzio ed il favore neanche tanto nascosto dell'ordine di Firenze che ha ben caldeggiato l'operazione di sdoganamento dell'infermiere. Come? semplicemente facendo un progetto che dura ormai da tre anni e volge al termine- mi si dice non con grandi risultati rispetto alle aspettative - che prevede per l'infermiere in pronto soccorso il "see and treat", cha altro non è il riconoscergli la possibilità i fare diagnosi e terapia " per le cose più semplici. Per decongestionare i pronto soccorso e per alleviare il medico sgravandolo da prestazioni banali". Questa la giustificazione ufficiale udita e, parafrasandola, anche scritta. E, guarda caso, similes cum similibus, la nostra regione ha fatto una bozza di protocollo, presentata in modo molto soft al tavolo degli esperti emiliano romagnoli che sembrerebbe andare nella stessa direzione. Gli esempi di fughe in avanti ce

ne sono tante: come per la storia del 118, ove si ha l'utilizzo dell'infermiere autonomo nell'emergenza così come a livello del pronto soccorso, si ravvisano i termini di un abuso della professione medica. Non ci sono storie. In quanto per effettuare la diagnosi e la terapia ancor oggi ci vuole la laurea specialistica e, guarda caso, non in scienze infermieristiche. Anche perché non è volendo fare ciò che non compete loro che si arriva a potenziare e considerare una professione importante e specifica, come quella infermieristica. Professione che sarà ancor più da incentivare, ma mai facendo un passaggio così ardito e fuori logica, come quello di scimmiettare il medico non avendone a monte la formazione adatta. E neanche il ricorso ad artifici, che sanno molto di politica spicciola, come quelli di assegnare mansioni improprie a chi ne abbia nessuna competenza od invitare i suddetti a congressi per medici, facendo loro credere di essere già medici. Tutto ciò non potrà portare all'acquisizione di meriti che possano affrancarli alla professione medica. Buon senso vuole, senza guerre di religione che si debba lavorare insieme. Ma assolutamente nel rispetto reciproco e dei ruoli. Quello stesso rispetto che si vede scemare nei reparti e negli stessi pronto soccorso ove da parte dell'infermiere ci si arroga diritti di critica aspra e palese verso il medico responsabile, nei momenti di diagnosi e terapia. Acuendo i dissapori verso quel medico da cui non si vuole più dipendere. E ciò non giova ancor più al malato. Grande è la responsabilità politica e amministrativa nel consentirlo. Continuare in un simile adagio significa cantare il de profundis per la professione medica, con sommo dispiacere solo per la salute collettiva, privato della assistenza qualificata, in quanto peculiare, del suo medico. Affossando per giunta la sanità. Se si affossa il medico è indubbio che se ne deve prevedere un altro con le stesse caratteristiche. Che curi dunque in serenità e piena autonomia. Ma medico. Cosa fare dunque? La soluzione passa per la strada dei ricordi positivi, attraverso una rivalutazione del passato. Come quando i Collegi erano negli Ordini dei medici, e la collaborazione era massima, si deve porre in essere un'intesa ed una collaborazione nuova che miri a determinare con chiarezza ruoli e mansioni, riattivando un mansionario nuovo e rispondente alle realtà lavorative di oggi, che non spenga le legittime aspirazioni degli infermieri, ma che miri a rendere agevole il lavoro fra medici ed infermieri nel rispetto delle funzioni e delle priorità. Senza confusioni. Altrimenti è solo caos. Sic.

Risposta all'editoriale di Pierantonio Muzzetto sul giornale dell'Ordine dei medici di Parma, n° 4, dic'09/genn'10.

Elio Drigo* – per Aniarti

Forse, a Pierantonio Muzzetto si potrebbe rispondere semplicemente invitandolo a pensare che cosa faceva come medico 35 anni fa. La mattina, arrivava con comodo in reparto e, assieme all'infermiera che lo assisteva, faceva il giro delle endovene, già belle pronte, aspirate nelle siringhe di vetro, in fila ordinata sul carrello. A fianco, un cartoncino che riportava, riscritti a matita da infermiere solerti, i numeri dei letti e il nome del farmaco da iniettare. Sono sicuro che oggi non lo fa più, il giro delle endovene, e sono anche sicuro che, in fin dei conti, non gli dispiaccia. Dal suo editoriale, si potrebbe pensare che vorrebbe farlo ancora... Oggi, che il mondo, da allora, si è rivoltato come un calzino molte volte, l'infermiere non assiste più il medico; assiste il malato. L'infermiere collabora anche con il medico per una diagnosi ed un trattamento terapeutico ottimale. Il medico oggi, deve dedicarsi a fare le diagnosi complesse, ad identificare le terapie più razionali e mirate per situazioni patologiche dall'equilibrio a costante rischio di instabilità. Dovrebbe anche integrarsi utilizzando scienze altre: lavoro per risolvere la complessità patologica non gli mancherebbe. La collaborazione è bidirezionale per definizione. Sarebbe opportuno che il medico, oggi, si orientasse a collaborare sistematicamente con l'infermiere per riuscire a garantire un'assistenza umana e meno intralciata da pratiche diagnostiche e terapeutiche troppo spesso inappropriate (e diciamolo!) perché solo consuetudinarie, ma non giustificate dall'evidenza medica, diffusissima e che anche gli infermieri sono in grado di leggere e capire, vista anche la loro formazione. Molti infermieri, ma anche tutti coloro che si occupano seriamente di professioni e di organizzazione, si stanno da tempo chiedendo dove stia il problema se un professionista, l'infermiere, con formazione lunga e severa (Muzzetto si informi meglio, in proposito), è in grado oggi, con tutte le garanzie (L. 42/99), di identificare situazioni di rischio evidente o possibile, di prendere delle decisioni, mettere in atto degli interventi anche terapeutici semplici o comunque salvavita, gestire dei processi in ogni caso concordati, lasciando comunque al medico la decisione diagnostica e terapeutica definitiva. E' di tutta evidenza una molto maggiore sovrapposizione di competenze fra medico ed infermiere oggi rispetto al passato, pur nelle reciproche specificità. O Muzzetto pensa che il nostro servizio sanitario sia il secondo maggiormente efficiente al mondo (fonte OMS) solo perché i medici, da soli, l'hanno portato a questi livelli difendendolo da quanti non ambiscono ad altro che fare abusivamente quello che solo ai medici spetterebbe in base ad una legge scritta nella pietra? Tranquillo Muzzetto: agli infermieri non interessa fare i medici bonsai. Proprio no, ma proprio per nulla. Anche perché non sono "non-medici": sono infermieri. Agli infermieri interesserebbe riuscire a garantire una buona assistenza infermieristica alle persone malate: anche perché le persone la reclamano. Cosa che spesso non è loro possibile ed a volte è compromessa da comportamenti di medici che si ritengono "dirigenti" di qualunque cosa, mentre spesso non sono in grado nemmeno di integrare il loro lavoro con coloro con cui dovrebbero collaborare. Compromettendo la qualità finale complessiva anche del proprio lavoro. Sia chiaro, nemmeno loro sono isole. Il medico padreterno descritto da Muzzetto esiste solo nei sogni di pochi. La pervicacia poi, di continuare a sollevare un supposto scandalo sul passato, origina e mira

evidentemente da un'altra parte: la non conoscenza dei fatti, una palese incapacità di lettura del contesto complessivo presente e, probabilmente, la tragica nostalgia per l'incrinarsi del privilegio della dominanza (se di privilegio si può parlare per un comportamento che, si badi, era anche allora offensivo prima di tutto per chi lo esercitava... se avesse avuto la finezza di accorgersene). Ma, il mondo! è da tempo da un'altra parte e non torna più indietro. Non necessariamente il mondo è, su questo punto, caduto in basso come sembra paventare Muzzetto. E non se la prenda nemmeno con i suoi colleghi di Firenze che approvano il "see and treat". Non dovrebbe piuttosto far riflettere che un Ordine dei medici abbia imboccato una strada in linea con i tempi? Non sa che cosa la Federazione italiana degli Ordini dei medici prevede succederà, statistiche alla mano, verso il 2015 ai medici italiani? ...si informi, perché manca poco... O pensa di poter continuare a fare tutto, a decidere tutto, in nome di tutti, al di sopra di tutti? Sindrome di onnipotenza pericolosa. Per Muzzetto c'è una tranquillizzante riprova che l'evoluzione culturale e professionale degli infermieri non produrrà sfracelli nel nostro paese. Ritorni al 1994, quando diversi suoi colleghi nonché Ordini di medici, evidentemente con scarsa fiducia nel futuro e nel prossimo, all'emanazione del DPR 739, "Profilo professionale dell'infermiere", avevano scritto sui loro organi istituzionali e, se possibile ancora più grave, proclamato ai 4 venti in tv e nei mezzi di comunicazione, che in base a quella norma "gli infermieri si sarebbero arrogati il diritto di dimettere i malati dalle terapie intensive...": sic. Gli infermieri di area critica, se lo ricordano bene quell'attacco, minaccioso, diffamatorio e fuori dalla storia; fortunatamente compreso da tutti per quello che era. Ci sono state "dimissioni di malati dalle terapie intensive fatte da infermieri" a Parma o altrove da allora? Nel frattempo gli infermieri, nonostante tutto, sono stati capaci di migliorare la qualità del loro lavoro a tutto campo: si guardino i fatti, non i pregiudizi. Spiace constatare che ancora non lo comprendano molti medici (anche se comincia finalmente a diminuire il numero), che pure avrebbero, ben più dei comuni cittadini, l'opportunità di vedere tutti i giorni il contributo che gli infermieri danno (troppo in silenzio per la verità...) alla salute, alla qualità della vita delle persone assistite, al funzionamento del sistema e financo ai loro troppo strombazzati cosiddetti successi. I Muzzetto (perché se riesce a pubblicare nel 2010, sull'organo istituzionale dell'Ordine, un editoriale di questo tono, è evidentemente ancora purtroppo in buona compagnia) invece che rimpiangere i bei tempi in cui gli infermieri "dipendevano" dai medici, invitare al "ritorno al passato", resuscitare "un nuovo mansionario" e paventare l'"affossamento della sanità", escano dai loro castelli medioevali, imparino a confrontarsi. Alla pari, perché altro tipo di confronto non esiste! e scopriranno che oggi, innanzitutto, senza gli infermieri non farebbero un bel nulla. Sarebbe offensivo delle intelligenze star qui a spiegare ed a portare esempi. Semplicemente perché tutto il mondo è interdependente. Provino a fare a meno anche solo degli infermieri extracomunitari (oltre il 10% del totale)... tanto per allargare lo sguardo sui fenomeni reali, quotidiani, complessi, e non continuare a guardarsi l'ombelico, come pigramente facciamo in troppi in questo paese vecchio. Passato il messaggio?! O lavoriamo assieme o non abbiamo futuro.

* Presidente Aniarti Gennaio 2010

È etico persuadere una persona ad un trattamento di routine per la sua salute sebbene abbia manifestato dubbi dopo aver sottoscritto il consenso informato?

di Niccolò Simonelli *

Abstract

Verrà di seguito analizzato, un caso clinico dalle implicazioni etiche, secondo il modello decisionale etico proposto da Fry e Johnstone. Il caso, vede un infermiere orientare le proprie azioni, al valore etico di perseguire il bene dell'assistita, a discapito, della valorizzazione della capacità di autodeterminazione della paziente medesima. Questa scelta porterà la paziente a compromettere la sua "idea" di dignità e la sua capacità di scegliere per se stessa, sebbene la sua salute verrà garantita e saranno prevenuti possibili eventi dannosi futuri per la stessa. Ci si interrogherà sulle motivazioni di tale scelta revisionando i Codici Deontologici Infermieristici (2009, 1999 e quello dell'ICN), medico (1998) e riflettendo sui Modelli di Pianificazione Assistenziale adottati. Inoltre si proporrà una soluzione, che possa permettere il rispetto di entrambi i valori etici in conflitto, suggerendo l'utilizzo del concetto deontologico di *Caring* per la pratica infermieristica. In conclusione, si sottolineerà la necessità, per la formazione infermieristica, della preparazione di natura etica, e si sosterrà la tesi di un forte legame fra l'etica professionale e la qualità assistenziale dichiarando l'importanza di standard per la pratica infermieristica che vadano a rappresentare e misurare il valore della qualità stessa.

Introduzione

L'infermiere è un professionista, che guida il suo comportamento sulla base di norme etiche condivise dagli appartenenti alla professione e che sono esplicitate allo interno del proprio Codice Deontologico. Con questo elaborato, si propone un caso clinico, analizzato con il modello decisionale di Fry e Johnstone, che l'infermiere potrebbe affrontare nella quotidianità lavorativa, e che lo pone davanti ad un dilemma etico.

Il professionista infermiere deve sempre far fronte a situazioni che hanno dei risvolti etici e deve essere preparato ad affrontare tali casi. "L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e ricorre, se necessario, alla consulenza professionale ed istituzionale contribuendo così al continuo divenire della riflessione etica" (art. 3.4 Cod. Deont. Inf., 1999).

Il materiale bibliografico, è sia di natura cartacea (libri reperiti in biblioteca universitaria, appunti del sottoscritto delle lezioni e materiale didattico fornito dai docenti del corso) e sia elettronico/informatico

(consultazione di banche dati via web).

Quali sono i retroscena dei conflitti di valori?

La sig.ra P.S. ha 60 anni, vive da sola a Milano, ha un basso livello di istruzione (licenza elementare), e soffre di Cardiopatia Cronica. Negli ultimi giorni, la signora ha avvertito dei dolori al petto, così si è recata dal medico di famiglia che, dopo averle fatto fare una TAC coronarica, le dice che è necessario il ricovero in ospedale, per sostenere un'Angioplastica dei vasi coronarici. Trascorso poco tempo, viene ricoverata all'Ospedale, con accesso ordinario, presso il reparto di Emodinamica degenza per sostenere una



L'angolo dell'etica per la pratica infermieristica

di Fumasoni Alessandro*

Ringrazio sentitamente Niccolò Simonelli che ha colto il mio invito a mandare il suo elaborato utilizzando il modello di Fry e Johnstone. Ovviamente aspetto che questo invito di provare a scrivere (anche utilizzando un altro modello) sia recepito dai nostri iscritti, perchè scrivere può essere un divertimento e l'idea di base di questa rubrica non è la correttezza metodologica, ma una condivisione di conoscenze e vissuti che portino ad un miglioramento dell'assistenza infermieristica sia per il paziente sia per noi stessi come infermieri e come persone. Ribadisco la mail info@ipasviso.org indicando "L'angolo dell'etica". Inoltre per comprendere meglio il lavoro pubblicato, soprattutto sulla formazione dei valori e i conflitti dei valori, si rimanda il lettore a Parliamone di Novembre 2009 visitabile anche online sulla pagina <http://www.ipasviso.org>. Non mi resta che augurare una buona lettura.

*infermiere S.S. Neurorianimazione Lecco

PTCA (Angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale). Entra in reparto il giorno xx/xx/2009, si presenta lucida, orientata tempo/spazio ed asintomatica per angina. Gli esami effettuati (ematici, ECG e RX torace 2p) presentano un lieve movimento enzimatico (dovuto agli episodi di dolore toracico avvertito poco tempo prima). Il giorno stesso si prepara la signora (posizionamento catetere venoso periferico e tricotomia) alla PTCA che dovrà effettuare l'indomani. All'accertamento infermieristico

la paziente presenta un solo modello funzionale alterato: *Coping*/Tolleranza allo stress (la paziente è ansiosa per la procedura diagnostica che dovrà affrontare). La relativa Diagnosi infermieristica posta è "Ansia correlata allo stato di salute ed esito della PTCA, che si manifesta con frequenti domande riguardo all'esame da sostenere" (Carpenito, 2000).

Così il medico, avvisato dagli infermieri del fatto, fornisce altre informazioni sulla PTCA alla paziente e reperisce il consenso scritto della

medesima, inoltre le prescrive per la sera stessa 20 gtt. di benzodiazepine per aiutarla a dormire.

La signora P.S. sembra tranquilla, fino alle 2 della notte precedente l'esame, quando suona il campanello di chiamata, e, all'infermiere arrivato, chiede nuovamente informazioni. L'infermiere N.S., di turno quella notte, prova a contattare il Medico di Guardia Notturna, ma esso è impegnato in un'urgenza sopravvenuta in Pronto Soccorso. Le domande della signora sono chiare: "Oggi il medico mi ha detto che sono possibili tante complicanze, ma io non ho capito niente: è rischiosa la procedura? Tutti mi dicono che l'esame di domani mi farà passare i dolori ma se va male? Io ho paura e poi i dolori non mi vengono ormai da una settimana è proprio necessario che io domani faccia l'Angioplastica?"

L'infermiere N.S. si reca nuovamente in camera della sig.ra P.S., le dice che la PTCA è necessaria dato il suo stato di salute, per prevenire problemi più gravi, che potrebbero avvenire se lei non si sottoporrà alla procedura il più presto possibile, infine l'infermiere invita la signora ad assumere le gocce prescritte dal medico che la aiuteranno a prendere sonno.

L'infermiere con questo comportamento ha convinto la sig.ra P.S. a sottoporsi alla PTCA l'indomani, col fine di garantire la salute della stessa, ma avrebbe potuto aiutare la persona ad esprimere liberamente il proprio consenso, o dissenso, al trattamento sanitario prendendo in considerazione anche le motivazioni, che portavano la signora ad avere dei dubbi (beneficenza o autonomia)?

Quale significato hanno i valori implicati?

Secondo il Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009, si legge all'art. 6: "L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione". Anche il precedente codice deontologico, edito nel 1999, diceva nell'art. 4.9: "L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psico-fisica dell'assistito". L'infermiere N.S. guida il suo comportamento sulla base di tali valori professionali, col fine della prevenzione di potenziali danni futuri per la persona assistita. Prevenire la malattia rappresenta una delle responsabilità etiche fondamentali di tutti gli operatori sanitari. Gli infermieri sono tenuti, per quanto possibile, a prevenire la sofferenza delle persone e a impedire che queste sperimentino la malattia e i suoi effetti. (Fry e Johnstone, 2004)

L'infermiere è guidato, nella sua scelta, nel rispetto del principio di beneficenza ovvero il dovere di operare il bene (Fry e Johnstone, 2004).

Di contro, la paziente non vede rispettata la propria autonomia: in un primo momento il medico acquisisce il consenso della persona ad essere sottoposto a PTCA senza verificare l'efficienza dell'informazione data non rispettando l'art. 32 del codice di deontologia medica del 1998. Successivamente l'infermiere N.S. non aiuta la persona ad esprimere liberamente il proprio consenso ai trattamenti sanitari (Baccin, 2009, ma la indirizza,

verso la scelta della PTCA, come unica strada possibile.

All'articolo 7 del codice deontologico dell'infermiere 2009 si legge: "L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile..."

"L'infermiere garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alle capacità del paziente di comprendere... E riconosce il diritto di non essere informato" (articolo 4.5 Cod. Deont. Inf., 1999). L'articolo 1 del Codice Deontologico ICN dice: "Nell'esercizio della sua professione, l'infermiere crea le condizioni affinché i diritti umani, i valori, le consuetudini e la fede religiosa della persona, della famiglia e della comunità, siano rispettati. L'infermiere si assicura che la persona riceva le informazioni sufficienti sulle quali basare il proprio consenso all'assistenza e ai trattamenti ad essa correlati" (articolo 1 Cod. Deont. ICN, 2005). In questo paragrafo abbiamo visto che l'infermiere N.S. agisce in riferimento ad un valore di etica professionale, che è quello del garantire la salute dell'assistito (beneficenza); questo comportamento va a discapito di un altro valore professionale che l'infermiere dovrebbe tenere in considerazione, cioè la tutela della capacità di autodeterminazione della persona (autonomia).

La Sig.ra P.S. è ansiosa, quindi dimostra un bisogno di informazioni e di sicurezza, perché non vede rispettata la propria dignità (valore / convinzione personale).

A riferimento di quanto riportato qui sopra, l'art. 32 della Costituzione Italiana recita: "Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge" e, il codice di deontologia medica, del 1998, dice: "Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente".

Le situazioni in cui è necessario applicare un trattamento contro il consenso del paziente (Benci, 2005) ricade in tre tipologie giuridiche:

- Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori (ASO e TSO)
- Lo stato di necessità
- Le malattie infettive e diffuse

Lo stato di necessità, normato dal codice penale all'art 54: "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se od altri da un pericolo attuale di danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia commisurato al pericolo..." (Benci, 2005).

E' chiaro, che il nostro caso, tratta una situazione di *routine*, per cui il consenso, per essere validamente prestato, deve essere informato.

L'infermiere da professionista che agisce in modo indiretto in veste collaborante e di esecuzione delle prescrizioni diagnostico - terapeutiche di carattere medico, verificando, laddove le circostanze lo rendano opportuno, l'effettiva prestazione del consenso informato da parte del paziente (Benci, 2005).

Qual è il significato di questi conflitti per le parti implicate?

L'infermiere N.S. guida il suo agire per fare del bene all'assistita e prevenirle possibili "danni" futuri ma, al tempo stesso, non prende in considerazione la capacità di autodeterminazione della paziente.

Si presenta, così, lo scontro fra due valori di natura professionale ispirati ai principi della beneficenza e dell'autonomia. La scelta dell'infermiere di privilegiare il principio di beneficenza rispetto a quello dell'autonomia ha portato la signora a compromettere la sua "idea" di dignità e la sua capacità di scegliere per se stessa.

Abbiamo visto, nell'esposizione del caso clinico, che il modello di Carpenito viene utilizzato per erogare l'assistenza ai pazienti.

Il Modello Bifocale dell'Assistenza di L.J. Carpenito, utilizza le Diagnosi Infermieristiche intese come: "Giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della collettività a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali. Le Diagnosi Infermieristiche costituiscono la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici per raggiungere dei risultati che rientrano nella sfera di competenza dell'infermiere" (NANDA, 1997). Fra gli elementi costitutivi di una Diagnosi Infermieristica troviamo i Fattori Correlati che descrivono l'eziologia o la causa del problema e possono essere: fisiopatologici (biologici o psichici), situazionali (ambientali, sociali, personali), fasi maturative (legati all'età) oppure legate ai trattamenti (terapie, interventi).

Per la sig.ra P.S. viene posta Diagnosi Infermieristica di "Ansia correlata allo stato di salute ed esito della PTCA".

L'infermiere N.S., difatti, orienta i suoi interventi allo scopo di prevenire ulteriori problemi di salute all'assistita (beneficenza) senza però considerare che l'ansia della persona, potrebbe essere causata, da "fattori correlati personali" (come ad esempio il vedere non rispettata la propria dignità), trascurando la capacità di autodeterminazione

della paziente (autonomia).

Tale comportamento dell'infermiere risente del paradigma storico medico - clinico cioè quel modo di vedere la persona come entità biologica - fisiologica, e quindi un approccio di tipo riduzionista (Manzoni, 2009).

Le azioni dell'infermiere vengono anche influenzate dal substrato organizzativo sanitario, come ad esempio, le norme che guidano l'accreditamento istituzionale degli ospedali basati sui finanziamenti a prestazione DRG (Genduso, 2008).

Che cosa si dovrebbe fare?

Con quanto scritto in precedenza, appare chiaro, che il comportamento dell'infermiere N.S. è stato superficiale e riduttivo. Infatti, prendendo come valore di riferimento l'ottenere il bene per la salute della paziente ha mancato di valorizzare la capacità di autodeterminazione della persona assistita.

La scelta del rispetto per l'autonomia della paziente, non comporta l'esclusione del raggiungimento del bene, inteso come garantire la salute. Infatti, l'autonomia deve essere considerata, innanzitutto, come il diritto di ogni individuo a essere trattato con dignità, prima che come il diritto a vedere formalmente rispettate le proprie idee (Sala, 2003). Se ritorniamo al nostro caso, sarebbe bastato, secondo mio parere, fornire, ulteriormente, informazioni alla paziente, magari adattando il linguaggio, alla capacità di comprensione della stessa, e così la Sig.ra P.S. avrebbe potuto fare la scelta autonoma (pienamente consapevole) di affrontare la PTCA.

L'infermiere N.S. avrebbe potuto fare riferimento, al concetto deontologico di *Caring* per la pratica infermieristica.

"Il *Caring* può essere definito come una forma di coinvolgimento con gli altri, che crea un interesse in merito a come le altre persone avvertono il mondo che le circonda. Tutto questo richiede sensibilità, capacità di relazione e coinvolgimento così come capacità di dare assistenza, conoscenze e abilità" (Fry e Johnstone, 2004).

"Un individuo è tenuto a promuovere il bene di qualcuno con il quale abbia una relazione speciale. Il rapporto infermiere - paziente è di natura speciale... Gli infermieri sono tenuti ad esibire comportamenti di *Caring* nei confronti di coloro che abbiano necessità di assistenza, perché così facendo promuovono il bene del paziente" (Fry e Johnstone, 2004).

"Il concetto di *Caring* è stato sancito come principio basilare per un'etica infermieristica che protegga e rafforzi la dignità umana dei pazienti che ricevono assistenza sanitaria" (Fry e Johnstone, 2004).

Conclusioni

Durante la stesura di questo elaborato sono sopravvenute, al sottoscritto, diverse considerazioni/interrogativi.

In primis, la necessità che il professionista infermiere sia dotato di conoscenze, in campo etico (ma anche storico), per identificare i bisogni degli assistiti e per saper orientare le proprie scelte di azione assistenziale.

Infatti, il caso esposto, presenta una situazione facilmente riscontrabile in ambito ospedaliero, e senza voler peccare di presunzione, mi pare che la preparazione universitaria infermieristica di base non dia gli strumenti necessari, come un modello decisionale etico, per prendere delle decisioni in merito.

Il caso proposto, volutamente banale e *rutinario*, ha presentato, secondo il mio parere, la concretezza che l'etica ha nell'agire quotidiano dell'assistenza, e la necessità, per gli infermieri, di conoscenze in campo etico.

Da tale considerazione mi sorge un interrogativo: quanto le aziende ospedaliere cercano di sopperire a tale preparazione?

Il primo standard di qualità, per le aziende ospedaliere, secondo la *Joint Commission International*, è "la centralità delle persone assistite, ma i sistemi di finanziamento delle stesse aziende si basano sui DRG. Quanto è voluta la qualità? Cos'è la qualità per gli infermieri? Ci sono degli standard qualitativi etici?

Il concetto di qualità assistenziale

si lega, in modo forte, al discorso dell'etica professionale, e l'elaborazione di standard qualitativi / etici infermieristici, che siano presi in considerazione dalle aziende ospedaliere è una delle sfide, attualmente in corso, per la disciplina infermieristica.

Infatti, negli ultimi anni, si è cercata una nomenclatura codificata che riunisca: i fenomeni, gli interventi infermieristici e i risultati infermieristici (*International Classification for Nursing Practice*).

Quanto queste classificazioni rappresentano e misurano la qualità assistenziale? E come è percepita questa qualità?

Queste sono alcune delle domande cui si cerca di rispondere oggi e che la disciplina infermieristica si pone per la ricerca sul campo.

Bibliografia

Baccin G. (2009). Materiale didattico tratto dal Corso Integrato di Deontologia e Regolamentazione Infermieristica ed Ostetrica, Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano Bicocca.

Benci L. (2005). Aspetti giuridici della professione infermieristica. Quarta edizione. Milano: mc Graw-Hill.

Carpenito L.J. (2000). Piani di assistenza infermieristica e Documentazione. Quarta edizione: casa editrice ambrosiana.

Fry S.T., Johnstone M.J. (2004). Etica per la pratica infermieristica: casa editrice ambrosiana.

Genduso G. (2008). Materiale didattico tratto dal Corso Integrato di Economia ed Organizzazione sanitaria, Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano Bicocca.

Manzoni E. (2009). Materiale didattico tratto dal Corso Integrato di Storia e Filosofia Infermieristica ed Ostetrica, Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano Bicocca.

Sala R. (2003). Etica e Bioetica per l'infermiere. Prima edizione: carocci faber.

Sitografia

Banca dati utilizzata per la sitografia è: <http://www.google.it/>

Codice deontologico infermieri 2009 consultato in:

<http://www.ipasvi.it/professione/content.asp?ID=19>

Codice deontologico infermieri 1999 consultato in:

<http://www.nursingpadrepio.it/codice%20deontologico-Patto%20infermiere%20cittadino.pdf>

Codice deontologico infermieri ICN del 2005 visionato in:

http://www.cnai.info/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=165

Codice deontologico dei medici tratto da:

http://www.ministerosalute.it/ecmings/C_18_presentazione_5_listafile_file_3_linkfile.pdf

Costituzione italiana revisionata su: www.quirinale.it/costituzione/costituzione.htm

QUIERO ADOPTAR UN PADRE, NO ME IMPORTA SU EDAD. ¿A VOS TE IMPORTA LA MIA?

VOS PODÉS ADOPTAR A UN CHICO DE MÁS DE 2 AÑOS.
Orientación y Asesoramiento: (011) 4901-6838 / 0800 222 ANIDAR (2643)
ANIDAR.ORG.AR - (011) 4771-4615/7390 6 4777-2374 - EQUIPOSANJOSE.ORG

CONSEJO PUBLICITARIO ARGENTINO



**DISPOSIZIONI IN MERITO
ALLA POSTA ELETTRONICA
CERTIFICATA**

Il 17 marzo abbiamo ricevuto dalla presidenza del consiglio dei ministri quanto segue e invitiamo tutti gli iscritti ad un'attenta attenzione alla disposizione, gli Infermieri libero professionisti erano già stati invitati a regolare la propria posizione e quindi l'invito a tutti a contattare la segreteria del Collegio.

Ai sigg. Presidenti dei seguenti Collegi:
Collegio degli Infermieri e delle Vigilatrici
Dell'Infanzia, Collegio delle Ostetriche

E p.c. al sig. Direttore Generale delle Risorse
Umane e Professioni Sanitarie
Dipartimento della Qualità
Ministero della Salute

Con la circolare n. 1/2010/DDI del 18 febbraio 2010, diramata dal Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione, le Amministrazioni sono state invitate a potenziare il grado d'informatizzazione e di digitalizzazione dei processi informativi e, in tale contesto, particolare rilievo è stato riservato alla Posta Elettronica Certificata (PEC) nella prospettiva in cui qualunque professionista, cittadino o impresa abbia necessità di interagire con un ufficio pubblico.

In proposito, si evidenzia che tale strumento è volto a semplificare i rapporti fra i professionisti e la P.A. e, oltre a ridurre tempi e costi delle comunicazioni, a garantire la certezza del mittente, l'integrità e la riservatezza dei messaggi (alla stregua di una raccomandata con ricevuta di ritorno).

Con la presente verifica, avviata a termini dell'art. 60 del decreto legislativo 165/2001, si ritiene necessario conoscere lo stato degli adempimenti previsti dall'art. 16, comma 7, del decreto legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito con modificazioni in legge 28 gennaio 2009, n., **che impongono agli Ordini e Collegi la raccolta degli indirizzi di PEC in un "elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni"**.

Tale iniziativa si affianca alla ricognizione già promossa dal Dipartimento per la digitalizzazione della pubblica amministrazione e l'innovazione tecnologica con l'acquisizione di specifiche informazioni richieste a codeste Presidenze mediante la compilazione di un apposito questionario.

Ciò premesso nel rispetto dei compiti di vigilanza attribuiti alla Direzione Generale - che legge per conoscenza - si chiede di accertare in ordine ai citati adempimenti l'osservanza di doveri da parte del responsabile del procedimento e le iniziative assunte dal predetto dall'entrata in vigore del decreto, quanti professionisti iscritti non abbiano provveduto a comunicare l'indirizzo di posta elettronica certificata e quali misure, nell'ambito di ciascun Collegio, siano state previste per i professionisti che non hanno ottemperato. Con la risposta, codesta Presidenza vorrà comunicare il nominativo del responsabile incaricato, a termini dell'art. 5 della legge 241/1990, di procedere al controllo del rispetto della normativa in trattazione, anche per una valutazione di carattere premiale per il risultato conseguito ai sensi dell'art 52 del decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n. 150.

In attesa di un riscontro possibilmente a breve e comunque entro il 30 marzo p.v., si ringrazia per la collaborazione.

Massimo Vitalini
Prefetto



Agli IPASVI
iscritti all'albo
della provincia di Sondrio
Loro Sedi

Sondrio, 20 marzo 2010
Prot. 2010/ 540 /II.01-tb

OGGETTO: AVVISO DI CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA.

L'assemblea ordinaria del Collegio IPASVI della provincia di Sondrio è indetta in prima convocazione il giorno 18 aprile 2010 alle ore 23 presso la sede del Collegio, Sondrio, Via IV Novembre n. 11.

Poiché si presume di non raggiungere il numero legale degli iscritti, l'assemblea è indetta in seconda convocazione il giorno 24 aprile 2010 alle ore 15.00, presso la sala "Vitali" del Credito Valtellinese, sita in Sondrio, Via delle Pergole n. 10 (accesso da Via Cesura)

Ordine del giorno:

1. Relazione del Presidente;
2. Presentazione a cura del Tesoriere e approvazione conto consuntivo anno 2009;
3. Presentazione a cura del Tesoriere e approvazione bilancio preventivo 2010;
4. Programma di attività per l'anno 2010;
5. Varie ed eventuali.

I colleghi che non potessero intervenire hanno la facoltà di delegare a rappresentarli un iscritto partecipante all'assemblea. La delega, posta in calce al presente avviso, dovrà essere consegnata alla persona incaricata all'inizio dell'assemblea. Ogni iscritto partecipante all'assemblea può essere investito di sole due deleghe.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE
Ercole Andrea PIANI

ASSEMBLEA ORDINARIA

Sabato 24 aprile 2010 - ore 15.00

SONDRIO - sala "Vitali" del Credito Valtellinese

Via delle Pergole n. 10

(ingresso da Via Cesura)

ORDINE DEL GIORNO

1. Relazione del Presidente;
2. Presentazione a cura del Tesoriere e approvazione conto consuntivo anno 2009;
3. Presentazione a cura del Tesoriere e approvazione bilancio preventivo 2010;
4. Programma di attività per l'anno 2010;
5. Varie ed eventuali.

DELEGA

Il/la sottoscritto/a

iscritto/a. all'albo professionale del Collegio IPASVI della prov. di Sondrio dal

n. di posizione impossibilitato/a a partecipare all'assemblea ordinaria degli iscritti del giorno

24 aprile 2010 delega a rappresentarlo/a il/la collega

iscritto/a all'albo.

Data,

Firma