

Parliamone

Anno 19 - N. 1 - Aprile 2009 - Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 2, comma 1, DCB Sondrio

Trimestrale di informazione settoriale - Autorizzazione Tribunale di Sondrio n° 218 del 19-2-1991 - Direttore Responsabile Ercole Andrea Piani
Redazione: Via IV Novembre, 11 - Sondrio - tel. 0342-218427 - fax 0342-517182 - E-mail: info@ipasviso.org - Stampa Lito Polaris (So)

In caso di mancato recapito restituire a:
Centro Postale Operativo Sondrio

Riflettori di nuovo puntati sulle scelte di fine vita. Dopo Welby è il caso Englaro a riaccendere le luci su un tema davvero scottante in merito al quale l'opinione pubblica è divisa. Riportiamo di seguito la relazione, rivista ed aggiornata, tratta dal convegno dello scorso anno....

D.A.T.: direttive anticipate di trattamento

Chiara Fognini*

“Il **testamento biologico** è l'espressione della volontà da parte di una persona, fornita in condizioni di lucidità mentale, in merito alle terapie che intende o non intende accettare nell'eventualità in cui do-

vesse trovarsi nella condizione di incapacità di esprimere il proprio diritto di acconsentire o non acconsentire alle cure proposte (consenso informato) per malattie o lesioni traumatiche cerebrali irreversibili o invalidanti, malattie che costrin-

gano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione(1)”.

Testamento biologico, Testamento di vita, Dichiarazioni anticipate di trattamento, Disposizioni anticipate

di volontà sui trattamenti sanitari... possono essere tutte considerate diverse traduzioni del termine anglosassone *living will*, utilizzate per esprimere lo stesso concetto: volontà del vivente.

Attraverso dichiarazioni scritte, ciascuno può esprimere a priori le proprie volontà in merito a trattamenti sanitari futuri; queste dovranno essere tenute in considerazione qualora la persona si dovesse trovare nella condizione di non potere esprimere al momento il proprio parere.

Persona quindi intesa come *soggetto* e non come *oggetto* di cura, appare a tutti come lo slogan che fa da cornice al principio etico di Autodeterminazione, universalmente riconosciuto.

“Il testamento biologico non solo dà attuazione ad un diritto fondamentale della persona, ma è anche un aiuto concreto all'esercizio della pratica medica, che trova nelle volontà anticipate indicazioni precise per orientare l'azione nel rispetto dell'autonomia propria della persona [...] per intraprendere senza esitazione la strada della medicina partecipe, dove il medico ascolta per agire nel giusto e costruisce insieme al paziente non solo decisioni migliori ma anche quelle difficili (2)”.

Questo in breve il senso di un documento sulla cui approvazione sono favorevoli tutte le “parti in campo”...nonostante il dibattito, vivace ed attuale, che coinvolge tutta una serie di questioni etiche, legislative, pratiche e di forma, sia ancora aperto.

Riferimenti etico-legislativi

In Italia il Testamento Biologico non ha valore giuridico. Tuttavia le dichiarazioni della per-

sona assistita, anche se non vincolanti, devono essere tenute in considerazione nell'esercizio della pratica clinica.

Costituzione Italiana - Art. 32.

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Convenzione di Oviedo [Consiglio d'Europa - 1997] - Art. 9.

Desideri precedentemente espressi. I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione.

Codice deontologico medico 2006 Art. 38 - Autonomia del cittadino e direttive anticipate -

Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa.

Il medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà.

In caso di divergenze insanabili rispetto alle richieste del legale rappresentante deve segnalare il caso

CONTINUA A PAGINA 2 >

Editoriale

Voglio dedicare il consueto spazio dell'editoriale al messaggio del Collega Loreto Lancia perché il silenzio vuole esprimere solidarietà e affetto agli amici Abruzzesi. Ercole Piani



COLLEGIO PROVINCIALE DELL'AQUILA
INFERMIERI PROFESSIONALI - ASSISTENTI SANITARI - VIGILATRICI D'INFANZIA
Via F. Corridoni, 10/A - 67100 L'Aquila

Prot. n. 107/2009

L'Aquila 16 marzo 2009

Agli Infermieri italiani

Oggetto: fondo solidarietà infermieristica per l'Aquila

Carissimi colleghi, in considerazione delle numerose offerte di aiuto giunteci da parte vostra e di tanti amici della professione in questi giorni difficili per la città dell'Aquila, desidero informarvi che il nostro consiglio direttivo, riunitosi in seduta straordinaria ed all'aperto per mancanza di una sede agibile, ha deliberato di istituire un conto corrente dedicato denominato **“solidarietà infermieristica per l'Aquila”**.

I proventi di questa raccolta saranno utilizzati principalmente per sostenere la rinascita della formazione infermieristica attraverso la realizzazione di un moderno laboratorio di simulazione delle attività tecnico-pratiche, in cui gli studenti infermieri potranno affinare la loro pratica clinica in totale sicurezza e ad integrazione dell'assistenza diretta, che fino ad ora veniva svolta prevalentemente nell'unico ospedale cittadino (S. Salvatore). È nostra intenzione dedicare tale struttura alla memoria dei nostri ragazzi del terzo anno (quasi colleghi) che hanno perso la vita in questa immane tragedia.

Colgo l'occasione per testimoniarvi a nome dei componenti il consiglio direttivo ed il collegio dei revisori dei conti il nostro sincero apprezzamento per il calore e l'affetto che ci avete dimostrato in questa occasione.

Il Presidente
Loreto Lancia

Conto Corrente
IBAN IT33W060404052000000155862
intestato a:
solidarietà infermieristica per l'Aquila
CASSA DI RISPARMIO DELL'AQUILA - Agenzia Castel Di Sangro

Bollino
tesseramento
2009
Collegio
IP-AS-VI
2009

Le rubriche all'interno

NOTIZIE	pag. 6-7
DAL COLLEGIO	
LE INDAGINI	pag. 8-9
DEL COLLEGIO	
INFERMIERI	pag. 10-11
DI AREA CRITICA	
PAGINA	pag. 14-15
DELLA	
PSICHIATRIA	
EMERGENCY	pag. 16

Continua dalla prima pagina

all'autorità giudiziaria; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato.

- Art. 39 - Assistenza al malato a prognosi infausta -

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psicofisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della persona.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico.

Codice deontologico infermiere 2009

Capo IV- Art 35 L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Art.36 L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.

I presupposti per il passaggio dal piano etico a quello legislativo ci sono, e sono forti, come dimostra il ricco dibattito sul tema. Tutti sono ormai concordi sull'esigenza di avere anche in Italia norme specifiche... Ma perché allora è tutto fermo?

I disegni di legge all'esame della Commissione Igiene e Sanità

Sono undici, ad oggi, i disegni di legge in materia di Direttive Anticipate all'esame del Senato. Una cinquantina fino ad ora le audizioni per lo studio di un testo unico.

Pur avendo qualche punto di somiglianza ed essendo oggetto di un esame congiunto, i documenti presentati dai diversi schieramenti politici hanno fra loro notevoli differenze.

Autodeterminazione, consenso informato, e da ultimo rifiuto dell'accanimento terapeutico sono i tre punti di contatto riconosciuti da tutte le fazioni, che si concretizzano sul piano pratico nella stesura di un documento scritto e sottoscritto dalla persona, che divenga riconosciuto anche dal punto di vista legale e non solo sul piano etico.

Diverse le modalità per il riconoscimento: atto pubblico notarile, atto scritto di data certa e con sottoscrizione autenticata da testimoni, atto sottoscritto dal direttore sanitario e annotato nella cartella clinica o ancora atto obbligatorio, alla cui stesura può intervenire il medico di medicina generale o di struttura sanitaria.

Tutti i disegni di legge all'esame della Commissione prevedono la nomina, da parte della persona sottoscrittore, di un fiduciario che nel momento di sopravvenuta incapacità di intendere e di volere diviene titolare dei diritti e delle facoltà del soggetto.

Quali sono invece le discrepanze? **Astrattezza delle volontà**



“Uno dei rilievi più frequentemente mossi alle dichiarazioni anticipate, o a documenti consimili, riguarda l'astrattezza di cui questi documenti inevitabilmente soffrirebbero, un'astrattezza e genericità dovuta alla distanza, psicologica e temporale, tra la condizione in cui la dichiarazione viene redatta e la situazione reale di malattia in cui essa dovrebbe essere applicata (5)”.

Una cosa è pensare e decidere la morte in anticipo, quando essa rappresenta poco più che un pensiero, un'altra cosa è viverla. Una persona non ci pensa fino a quando non vi si trova coinvolta. Pochi hanno la fortuna/sfortuna di conoscere da sani il vissuto di malattia. E anche a noi sanitari capita alle volte di trovarci in crisi di fronte a situazioni osservate dall'esterno... senza saperci dare risposte sicure. Cosa avrei fatto io al suo posto?...

Così se da un lato il Testamento Biologico può divenire un momento importante di riflessione sui propri valori, sulla propria concezione di vita morte e malattia, dall'altro potrebbe ridursi, se non supportato da campagne informative estese, ad una semplice formalità, o ad una firma in calce ad un modulo standard.

Al Parlamento il compito di produrre una buona legge. Al Governo quello di informare la gente, in modo che le Direttive anticipate divengano scelte realmente consapevoli.

Attualità delle volontà

Collegata alla precedente, è l'obiezione secondo la quale “nel tempo intercorrente fra la compilazione delle Direttive Anticipate e la sua entrata in azione, gli interessi o le volontà del malato potrebbero modificarsi, danneggiandolo con l'applicazione di volontà “date”. Le contro-obiezioni sono ricavabili dal fatto che le DA sono, per definizione, sempre modificabili nel tempo o revocabili anche solo oralmente; perciò il malato può tempestivamente adattarle al cambio di opinione. Inoltre, la presenza di un fiduciario può validamente attualizzarle. Tali contro-obiezioni sono valide anche per controbattere l'obiezione del sopraggiungere di nuove terapie in seguito al progresso tecnico-scientifico o di variazioni dell'identità personale” (5).

Al medico spetta l'obbligo di valutare l'attualità dei desideri del paziente in relazione alla situazione clinica ed alle nuove tecniche di cura.

“La persona chiede che i suoi desideri siano rispettati, ma chiede che lo siano a condizione che mantengano la loro attualità e cioè solo nel caso che ricorrano le condizioni da lui stesso indicate: si può, infatti, ragionevolmente presumere che nessun paziente intenda incoraggiare attitudini di abbandono terapeutico, privandosi così della possibilità di godere dei benefici dei trattamenti che eventualmente si rendessero disponibili quando egli non fosse più in grado di manifestare la propria volontà. Questo carattere non (assolutamente) vincolante, ma nello stesso tempo non (meramente) orientativo, dei desideri del paziente non costituisce una violazione della sua autonomia, che anzi vi si esprime in tutta la sua pregnanza; e non costituisce neppure (come alcuni temono) una violazione dell'autonomia del medico e del personale sanitario (5)”.

Quale il confine dell'accanimento terapeutico?

L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all'« accanimento terapeutico ». Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente.

Anche le parti più conservatrici (è qui sopra riportata una frase tratta dal Catechismo della Chiesa Cattolica) sono concordi nell'affermare che l'accanimento terapeutico contrasta con il rispetto della dignità umana.

Ma fino a che punto la medicina può spingersi, senza cadere nel vortice dell'accanimento terapeutico? La scienza e la tecnologia hanno fatto e continuano a fare passi da gigante, ma fino a che punto l'umanità ha conservato il senso del limite?

Queste ed altre ancora sono le domande che ci poniamo tutti noi, sempre a diretto contatto con la sofferenza e la malattia. Domande esplicite, ma più spesso implicite riflessioni personali, con le quali noi infermieri di terapia intensiva ci troviamo a fare i conti quotidianamente...in un reparto dove il confine fra la vita e la morte è veramente sottile.

Reinterventi su pazienti tumora-

li... sono terapie necessarie, oppure inutili sofferenze? Utilizzo di farmaci a supporto cardiovascolare su pazienti senza chances, quale il loro reale beneficio? Ventilazione meccanica in pazienti senza più capacità residue, supporto vitale o tortura inutile?

Gli infermieri. Spettatori ed osservatori... Quanto è facile alle volte giudicare, senza avere su di sé tutto il peso delle scelte! Quante volte, pur forse non ammettendolo, i medici si sono trovati soli di fronte a decisioni da dover prendere ed hanno cercato, in qualche modo il nostro aiuto, o un consenso al loro agire?

Questo faccia riflettere chi ancora ritiene che l'infermiere non abbia valore, in merito alle scelte di fine vita...in tutti i casi in cui l'accanimento terapeutico si affaccia alla porta.

Tutto questo è accanimento terapeutico...tutto ciò però rappresenta solo un “dietro alle quinte”, vissuto di pochi, perché l'attenzione pubblica è più orientata verso temi mediatici più eclatanti...

E il punto più discusso risulta pertanto quello inerente l'alimentazione-idratazione, se queste due azioni siano da essere considerati atti medici oppure no.

Il tema è controverso. Persino all'interno del Comitato Nazionale di Bioetica prendono piede pareri contrastanti, tanto da indurre lo stesso alla stesura di un ulteriore documento, “L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente”, approvato nel 2005, anche se non all'unanimità. In esso si legge:

Nutrizione e idratazione vanno considerati atti dovuti eticamente (oltre che deontologicamente e giuridicamente) in quanto indispensabili per garantire le condizioni fisiologiche di base per vivere (garantendo la sopravvivenza, togliendo i sintomi di fame e sete, riducendo i rischi di infezioni dovute a deficit nutrizionale e ad immobilità). Anche quando l'alimentazione e l'idratazione devono essere forniti da altre persone ai pazienti in SVP per via artificiale, ci sono ragionevoli dubbi che tali atti possano essere considerati “atti medici” o “trattamenti medici” in senso proprio, analogamente ad altre terapie di supporto vitale, quali, ad esempio, la ventilazione meccanica. Acqua e cibo non diventano infatti una terapia medica soltanto perché vengono somministrati per via artificiale; si tratta di una procedura che (pur richiedendo indubbiamente una attenta scelta

e valutazione preliminare del medico), a parte il piccolo intervento iniziale, è gestibile e sorvegliabile anche dagli stessi familiari del paziente (non essendo indispensabile la ospedalizzazione).

[...]La decisione di non intraprendere o di interrompere la nutrizione e la idratazione artificiale non è disciplinata dai principi che regolano gli atti medici (con riferimento ad altri supporti vitali): in genere si ritiene doveroso sospendere un atto medico quando costituisce accanimento, ossia persistenza nella posticipazione ostinata tecnologica della morte ad ogni costo, prolungamento gravoso della vita oltre i limiti del possibile (quando la malattia è grave e inguaribile, essendo esclusa con certezza la reversibilità, quando la morte è imminente e la prognosi infausta, le terapie sono sproporzionate, onerose, costose, inefficaci ed inutili per il miglioramento delle condizioni del paziente, sul piano clinico). Nella misura in cui l'organismo ne abbia un obiettivo beneficio nutrizione ed idratazione artificiali costituiscono forme di assistenza ordinaria di base e proporzionata.(7)

L'unica sospensione dell'alimentazione accettabile e doverosa è quella in cui l'organismo non sia più in grado di assimilare le sostanze fornite. Soltanto nel caso in cui l'alimentazione e l'idratazione si configurino come atti medici straordinari e non di ordinaria assistenza di base potrà essere rispettato il rifiuto scritto nelle Dichiarazioni anticipate.

Direttive anticipate: cavallo di Troia per introdurre l'eutanasia?

E' questa l'obiezione più ricorrente, che viene chiamata in causa ogni qualvolta si affacci l'ombra di una troppa libertà di scelta...

A questo proposito il Presidente della Commissione Igiene e Sanità Ignazio Marino sostiene: “In nessun modo i disegni di legge all'esame del Parlamento permettono aperture su questi temi [eutanasia, suicidio assistito] ed io mi opporrei fermamente se si verificasse tale eventualità. Sono infatti contrario ad ogni forma di eutanasia”(8)

La discussione in Parlamento continua da parecchi anni, senza riuscire ad arrivare ad una legge in grado di superare contrapposizioni politico-culturali. Attualmente le decisioni su casi “difficili” vengono prese dalla magistratura caso per caso. Nel tentativo di dare una svolta a questa situazione di stallo, è stato recentemente affidato alla senatrice Fiorenza Bassoli il difficile compito di riunire tutte le proposte in un unico testo, per poi votare la legge. Precisa Il presidente della Commissione: “sono convinto che una legge sul testamento biologico sia urgente e doverosa ma penso che non dovrebbe essere la legge o, peggio, la bandiera del centro sinistra, dovrebbe essere la legge del Parlamento per tutti gli italiani”.

2009 - ddl Calabrò sul biotestamento

Il presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato (XVI Legislatura), Antonio Tomassini ha affidato al senatore Raffaele Calabrò il compito di redigere un testo unificato in tema.

Dopo numerosi emendamenti ed infinite polemiche, il 26 marzo 2009, con 150 voti favorevoli, 123 contrari, e 3 astenuti, viene approvato in Senato il testo “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento”

Il provvedimento, in 10 articoli, delinea le finalità della proposta di legge, garantendo la partecipazione del paziente all'identificazione delle cure mediche nell'ambito dell'alleanza terapeutica fra medico e paziente, disciplinando il consenso informato, i contenuti e i limiti delle Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat). Le Dat devono essere redatte in forma scritta. Il documento è revocabile, modificabile e ha 3 anni di validità. Prevede la nomina di un fiduciario che, in collaborazione con il medico curante, si impegna a far rispettare le volontà del paziente. Il medico, motivando la decisione nella cartella clinica, può non seguire le Dat se queste non siano corrispondenti agli sviluppi delle conoscenze tecnico-scientifiche o terapeutiche...pertanto le Dat non risultano essere vincolanti. In caso di controversia fra fiduciario e medico curante la questione è sottoposta alla valutazione di un collegio medico costituito da un medico legale, un neurologo, un anestesista-rianimatore, il medico curante e il medico specialista della patologia designati dalla direzione della struttura di ricovero. Il provvedimento esamina anche le ipotesi di contrasto fra soggetti legittimati a esprimere il consenso al trattamento sanitario, stabilendo che la decisione viene assunta dal giudice tutelare, su istanza del pubblico ministero da chiunque ne abbia interesse, o in caso di urgenza, dallo stesso giudice tutelare, sentito il medico curante.

Nel testo unico si sottolinea il concetto che alimentazione ed idratazione sono forme di sostegno vitale, e non possono formare oggetto di dichiarazioni anticipate di trattamento. Inoltre, in caso di urgenza o pericolo di vita immediato, le Dat non si applicano. Ora il testo passa alla Camera, nel vivo del dibattito fra maggioranza ed opposizione...

Cosa succede nel mondo?

Ma com'è la situazione negli altri Paesi, dove le leggi in materia sono già in vigore da tempo? E come influisce la legislazione sull'assistenza al paziente?

Europa

A livello europeo non c'è ancora una normativa che uniformi l'importanza del testamento biologico all'interno di tutti gli Stati membri. Nel 1997, si è già detto, è stata adottata la Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina, sottoscritta dai diversi Paesi dell'Unione, alla quale ciascuno si sta attivando per rispondere in maniera assolutamente indipendente.

Spagna

Il *testamento vital* è disciplinato dalla legge 41/14.11.2002 (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), o documento de instrucciones previas. Secondo il documento, una persona maggiorenne manifesta per iscritto le sue volontà anticipate, e può designare un rappresentante che serva come interlocutore per il compimento di tali istruzioni previe. Viene demandato al singolo *servicio de salud* la regolamentazione dei procedimenti da attuare per l'espletamento delle direttive anticipate.

Non vengono prese in considerazione istruzioni contrarie all'ordinamento giuridico, ed esse possono essere revocate, per iscritto, in qualsiasi momento.

Il *testamento vital* viene formalizzato con atto pubblico notarile oppure viene redatto in forma privata in presenza di tre testimoni, due dei quali senza rapporti di parentela con il soggetto. La legge prevede inoltre l'istituzione di un registro nazionale.

Francia

Il *Testament de vie* era già disciplinato dal 2002 da una legge relativa ai diritti del malato. La legge Leonetti del 22 aprile 2005 (relative aux droits des malades et à la fin de vie) rinforza e traccia una frontiera chiara e netta fra il «laisser mourir» che è ammesso e il «faire mourir» che è negato. Questa legge afferma il principio secondo il quale gli atti medici non devono essere perseguiti con ostinazione sragionata; possono essere sospesi o non intrapresi nel caso in cui appaiano inutili, sproporzionati o non abbiano che il solo effetto di un mantenimento artificiale della vita. Ma gli atti eutanasi attivi sono negati.

Se una persona in fase avanzata o terminale di una malattia grave decide di limitare o interrompere le cure, il medico, dopo aver informato il paziente delle conseguenze dalla sua scelta, è tenuto a rispettarla. Il testamento di vita deve essere attuale, rinnovato ogni tre anni. Il documento deve essere scritto e conservato presso il medico curante o nel luogo di degenza.

Germania

Nonostante la mancanza di una legge che ne disciplini i contenuti, il testamento biologico è riconosciuto per garantire l'autonomia decisionale del paziente.

Le *Patientenverfügungen* si considerano vincolanti a meno che la situazione reale - tenendo anche conto dei progressi della scienza medica - non corrisponda a quella prevista, oppure esistano indizi per presumere la loro revoca.

È dunque ammesso l'aiuto a morire di tipo "passivo" (passive Sterbehilfe), cioè l'omissione o l'interruzione - in esecuzione della volontà del paziente - di misure atte a tenere in vita la persona. È inoltre consentita l'assistenza indiretta alla morte (indirekte Sterbehilfe), cioè l'utilizzo di medicinali che alleviano il dolore ma comportano una riduzione delle aspettative di vita del paziente (es. cure palliative). È invece vietata l'eutanasia attiva.

Il 1 marzo 2005 è stato istituito un registro centralizzato delle nomine di amministratori di sostegno e un registro degli "atti di disposizione" dei pazienti (testamenti di vita).

Belgio e Olanda

La normativa è inserita nelle **leggi che disciplinano l'eutanasia**, legalizzata in entrambi i Paesi nel 2002. Le dichiarazioni anticipate di trattamento, quindi, sono trattate in una prospettiva più ristretta, come uno degli strumenti a disposizione per richiedere l'eutanasia. L'attività di monitoraggio e controllo sul rispetto della legge è affidata alle Commissioni regionali di vigilanza. Il medico ha l'obbligo di notificare alla Commissione i casi di eutanasia su richiesta. La Commissione è composta da un numero variabile di membri, incluso sempre uno specialista legale, un medico e un esperto di materie etiche e filosofiche.

Inghilterra

Il *Mental Capacity Act*, approvato nel 2005, stabilisce come agire nel caso in cui la persona sia incapace a dare il suo consenso ad un tratta-

mento. Stabilisce le regole per la stesura di *advance decisions* che possono riguardare anche temi in merito alla propria salute. Per essere applicata la direttiva anticipata deve essere valida legalmente e deve poter essere applicabile al trattamento in questione. Il *Power of attorney* può essere conferito ad una terza persona che prenda decisioni al posto del soggetto divenuto incapace, agendo, s'intende, nel migliore interesse di questo. Le direttive non possono considerarsi valide se il soggetto ha già conferito a un'altra persona l'autorità di agire in sua vece. Nel caso in cui il soggetto incapace non abbia previamente provveduto a nominare un fiduciario, né abbia formulato direttive anticipate, è previsto l'intervento della Corte.

Svizzera

A pochi passi dal confine, l'ufficio federale di giustizia, parla di testamento biologico sin dal 1986. Le direttive hanno valore vincolante. In Svizzera è inoltre ammesso il suicidio assistito.

Lo studio Eureld (14)

Si tratta di uno studio condotto in 6 paesi europei (Italia, Belgio, Olanda, Danimarca, Svezia e Svizzera) per esaminare le decisioni prese dai medici nelle fasi terminali di vita del paziente e pubblicato su *Lancet* nel 2003.

Il metodo utilizzato è stato il questionario. Le domande toccavano tre punti: se il medico ha sospeso il trattamento (e se aveva o meno intenzione di anticipare la morte); se ha somministrato analgesici con l'intenzione di anticipare la morte o altrimenti considerando tale possibile effetto; se il decesso è riconducibile ai farmaci dati per anticipare la morte. Il paese in cui i medici si sono mostrati più restii a prendere decisioni che influenzassero il decorso degli ultimi momenti di vita è l'Italia, dove scelte simili sono state compiute solo in un caso su cinque, contro il 50 per cento della Svizzera, il 40 di Danimarca e Olanda e il 35 di Belgio e Svezia.

Tra le scelte, la somministrazione di farmaci con il deliberato intento di abbreviare la vita è stata infrequente ovunque anche se variabile da stato a stato. La situazione è molto più omogenea per quanto riguarda la somministrazione di antidolorifici con la consapevolezza di poter accelerare la morte (con valori che oscillano dal 20 per cento dell'Italia al 25 della Danimarca). La sospensione dei trattamenti varia dal 4 per cento dell'Italia al 14 di Belgio, Danimarca e Svezia, a oltre il 20 per cento di Olanda e Svizzera. È stato analizzato anche il grado di coinvolgimento del paziente e dei familiari nelle decisioni del medico, e la qualità della comunicazione nella relazione di cura. Quando il paziente non è in grado di prendere decisioni il medico più spesso compie autonomamente delle scelte, anche sulla base di volontà o desideri espressi dal malato quando era in grado di farlo. La discussione con i familiari si verifica con una frequenza molto variabile: è avvenuta più spesso in Olanda (l'85 per cento dei casi) e in Belgio (77 per cento), mentre in Italia e in Svezia in più della metà dei casi (sia con pazienti in grado di comprendere sia con quelli non in grado) il medico non si è confrontato né con il paziente né con i familiari. Meno del 5 per cento dei pazienti ha lasciato un testamento biologico scritto (tranne in Olanda dove i casi salgono al 13 per cento). Viene spontaneo osser-

vare come mai così poche persone abbiano redatto documentazione scritta in tema di direttive anticipate, a prescindere dalla normativa vigente all'interno del proprio paese di origine. Ciò è verosimilmente imputabile ad una generale disinformazione, nonostante l'attualità del tema. Fa eccezione la Germania, non coinvolta nello studio, dove il ricorso allo strumento delle disposizioni anticipate è aumentato dopo che nel 2003, la Corte suprema tedesca ne ha affermato il carattere vincolante. Secondo indicazioni del Ministero federale della Giustizia, nell'anno 2003 hanno fatto ricorso alle disposizioni anticipate circa 7 milioni di persone.

Stati Uniti

"Negli USA, una legge federale in vigore dal 1991, mediante il Patient Self Determination Act (PSDA) impone a tutte le strutture sanitarie che beneficino di fondi federali di fornire ai pazienti informazioni scritte circa il loro diritto di redigere direttive anticipate, che obbligatoriamente vanno allegate alla documentazione sanitaria.

Attualmente tutti gli Stati federali hanno legiferato in merito alla possibilità di lasciare direttive anticipate. In generale, le forme giuridicamente riconosciute di direttive anticipate sono due:

1. Il Living Will,

così chiamato perché produce effetti quando il disponente è ancora in vita, è un documento legale che consente a una persona di dichiarare le proprie preferenze circa le procedure di sostegno vitale per l'ipotesi in cui sia in condizioni terminali o in stato vegetativo permanente. Nella maggior parte degli Stati il Living Will non ha una scadenza e può essere revocato o modificato in qualsiasi momento. È necessaria la sottoscrizione di testimoni che non possono essere membri della famiglia o operatori sanitari che abbiano in cura il dichiarante.

2. L'Health Care Power of Attorney,

un documento legale che rende possibile a una persona designare un altro individuo, di solito un membro della famiglia o un amico intimo, affinché prenda decisioni sulle cure mediche per conto suo in caso di uno stato temporaneo o permanente di incapacità. Questo documento ha un ambito di operatività più ampio rispetto al Living Will perché si applica a tutte le decisioni mediche relative a pazienti incapaci e non soltanto alle misure di prolungamento della vita per i malati in condizioni terminali o in stato vegetativo permanente.

Una questione rilevante per garantire una più larga diffusione delle direttive anticipate è quella relativa alla carenza di uniformità normativa all'interno dei singoli Stati federali, che rende incerto il riconoscimento di dichiarazioni rese sotto un determinato quadro normativo nell'ambito di altre legislazioni federali.

Mentre circa 16 Stati hanno regolamentato con un unico strumento normativo sia il Living Will che l'Health Care Power of Attorney, gli altri hanno deciso di adottare uno statuto specifico per ciascuna delle due forme di direttive anticipate".(15)

Ma come è cambiata qualitativamente l'assistenza, in quei paesi dove il testamento biologico è già in uso? I risultati lasciano alquanto a desiderare. Il motivo?

"Spesso, nonostante le campagne educative, le direttive non vengono espresse, e di rado influiscono sulle cure terminali effettivamente prestate" afferma Singer, esperto di bioetica dell'università di Toronto (16). "Il punto è che le direttive oggi sono concepite nell'ottica del medico: come disposizioni scritte volte a salvaguardare l'autonomia del malato nel momento in cui fosse incapace di manifestare le proprie volontà. Ma al malato, o alla persona sana che pensa alla propria fine, interessa altro: la preparazione alla morte include l'elaborazione dell'ansia data dalla perdita di controllo sul proprio destino, il riesame dei rapporti con i propri cari, la risoluzione dei conflitti in sospeso e dei sensi di colpa, e gli accorgimenti per gravare il meno possibile su di essi".

Le direttive anticipate andrebbero redatte soltanto dopo una seria informazione sul tema, sia attraverso campagne informative collettive che attraverso colloqui personalizzati.

Le decisioni andrebbero prese solo dopo aver discusso a lungo assieme al paziente gli scopi della terapia, i benefici, l'utilità, per poter compiere scelte che meglio rispondano al volere del paziente stesso. In questo modo non si rischia che il testamento biologico divenga un fine e non uno strumento.

Quale il ruolo degli infermieri?

Come si colloca l'infermiere in questo contesto? I principi della deontologia professionale a tal proposito sono molto chiari:

Capo IV - Art. 35 L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Art.36 L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito

L'impegno forse più importante in tal senso è l'adozione di protocolli, redatti e condivisi da tutto il personale di cura, per un continuo miglioramento dell'assistenza erogata.

Spunti per l'adozione di specifiche procedure si trovano in questo lavoro del 2003 proveniente dagli Stati Uniti, avente come tema il miglioramento delle cure di fine vita nelle terapie intensive(17):

Riconoscere il paziente come il primo soggetto decisionale

Individuare e documentare gradi di parentela e livello di partecipazione dei familiari circa le scelte di cura, aiutare la famiglia a superare i conflitti.

Convocare ad un primo colloquio per la decisione dei piani di cura coinvolgendo l'assistito quando cosciente, oppure orientare le scelte dei parenti nel cercare di comprendere quali fossero i reali desideri del paziente quando ancora capace di intendere e di volere.

Documentare in cartella le scelte fatte, perché possano essere chiare e rispettate da tutto il personale di cura. Stabilire direttive circa i pazienti che non abbiano facoltà decisionali o familiari che possano decidere per loro. Aiutare paziente e familiari a comprendere oneri e benefici delle alternative di trattamento.

Comunicazione all'interno del team di cura, con il paziente e con i familiari

Adottare un tipo di comunicazione standardizzata. Superare i conflitti

ti all'interno dell'equipe prima di parlare con la persona/i parenti. Avvalersi della consulenza di esperti clinici, etici e spirituali.

Incontrare periodicamente i familiari, dedicando loro del tempo per la risoluzione di problemi e la risposta alle domande. Effettuare debriefing con il personale di cura, per comprendere il raggiungimento degli obiettivi ed il livello di comprensione dei parenti.

Identificare un referente fra i familiari ed uno fra l'equipe curante che fungano da portavoce.

Preparare il paziente e la famiglia al processo di morte, anche attraverso l'impiego di documentazione scritta, enfatizzando gli aspetti positivi (morte senza dolore, dignitosa) piuttosto che quelli negativi (abbandono delle terapie di supporto).

Garantire la continuità assistenziale

Se l'aspettativa di vita supera le 12-48 ore trasferire il paziente in un'unità di cura più adatta alle esigenze, possibilmente in una camera singola. Accertarsi che i passaggi di consegne siano chiari.

Garantire supporto pratico ed emozionale ai parenti ed alle famiglie

Far sentire la propria vicinanza, per evitare spiacevoli sensazioni di abbandono. Adottare flessibilità negli orari di visita, affinché il familiare possa essere sempre presente, specialmente nella fase finale del processo di morte. Incoraggiare i familiari a relazionare con l'ammalato. Dare la possibilità ai familiari di incontrare i curanti anche dopo la morte del paziente.

Eliminare il dolore e garantire il confort

Illustrare i tipi di interventi possibili per alleviare il dolore. Utilizzare scale di valutazione appropriate (dolore, sedazione, ansia...). Ridurre gli stimoli ambientali ed i rumori. Mobilizzare e spostare l'ammalato solo se necessario. Annullare procedure non necessarie (esami di laboratorio, parametri vitali...)

Fornire il supporto spirituale

Se il paziente ed i familiari lo desiderano garantire la presenza del ministro di culto

Supporto per gli operatori

Essere d'aiuto ai colleghi che si occupano di un paziente terminale. Comunicare regolarmente con tutti gli altri membri del team per un confronto attivo riguardo agli obiettivi di cura e a vissuti emotivi particolarmente forti.

L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito

Il ruolo di tutela dell'infermiere è fondamentale, nonostante il nostro agire sia spesso inconsapevole. Infermiere come portavoce del malato e della sua famiglia: infermiere che lotta perché il volere del malato sia rispettato... E infermiere come "voce della coscienza", che riporti alla realtà sforzi terapeutici inutili, specie quando generano inutile sofferenza... E' un nostro preciso dovere... *L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.*

Negli Stati Uniti si parla di *advocacy in nursing*, quasi a simboleggiare l'importanza dell'infermiere come "avvocato", come difensore dei diritti del malato.

"Non importa l'ambito, i pazienti alla fine della vita necessitano di infermieri in grado di agire come forti difensori dei loro desideri e delle loro preferenze. Sfortunatamente molti infermieri lottano con-

tro sentimenti di impotenza, sdegno e angoscia morale in situazioni assistenziali eticamente difficili. Questi sentimenti hanno il potenziale di influenzare negativamente il paziente e la famiglia che si trova nel cuore di un dilemma etico"(18)

L'infermiere, nel suo ruolo di "difensore", agisce come guida per il paziente morente nelle fasi di transizione: educa riguardo alla malattia, insegna specifiche abilità, chiarifica informazioni e scelte possibili.

"Come guida, l'infermiere non prende decisioni per il paziente, ma lo assiste nel prendere tali decisioni, chiarificando e semplificando le informazioni necessarie a decidere autonomamente"(18).

Essere fianco a fianco con il paziente in questo cammino di confine significa essere aperti e vulnerabili. Significa alle volte mettere in gioco le proprie emozioni. Significa trovarsi a disagio, ma nello stesso tempo significa essere realmente d'aiuto. E ciò non può altro che farci crescere sia umanamente che professionalmente.

Bibliografia

- (1) Wikipedia, enciclopedia sul web
- (2) *Il testamento biologico: un ausilio per il medico, un diritto per il paziente* Mariella Immacolato (Medico legale; consulta bioetica; commissione regionale bioetica toscana), Notizie di Politeia 2006
- (3) *Scelte sulla vita, l'esperienza di cura nei reparti di terapia intensiva a cura di Guido Bertolini*, Guerini studio, Milano 2007
- (4) *Testamento biologico Riflessioni di dieci giuristi* a cura di Umberto Veronesi
- (5) *Dichiarazioni anticipate di trattamento*, Comitato nazionale per la bioetica, 18 dic. 2003
- (6) *Obiezioni e contro-obiezioni alle Direttive Anticipate*, Luciano Orsi, Rivista italiana di cure palliative, primavera 2007
- (7) *L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente*, Comitato nazionale per la bioetica, 30 set.2005
- (8) *A che cosa serve il testamento biologico?* Ignazio Marino, Avvenire, Novembre 2007
- (9) Il Comitato Tecnico Scientifico del GIVITI *Disegni di legge: consenso informato e dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario R&P 135*; Volume 23, Numero 3, Maggio-Giugno 2007
- (10) *Testamento vital VIII* Camacho Diáz M., Reunión de la sociedad del Dolor (Ferro 2006)
- (11) *Du droit à laisser mourir au droit à faire mourir ?* AgoraVox www.obseques-info.fr
- (12) *Explanatory Notes to Mental Capacity Act 2005 Chapter 9* www.England-legislation.hmso.gov.uk
- (13) *Le ultime volontà del paziente in Europa, Nord America, Israele e Nuova Zelanda* www.sherpatv.it
- (14) *Decisioni di fine vita in sei Paesi europei: studio descrittivo sulle pratiche e le opinioni dei medici e dei neurologi europei* E. Paci G. Miccinesi S. Fischer B.D. Onwuteaka-Philipsen C. Cartwright A. van der Heide T. Nilstun M. Norup L. Deliens, *Neurol Sci* (2005) 26:S115-S119 © Springer-Verlag 2005
- (15) *Testamento biologico. Una scelta consapevole* Fondazione Veronesi, Febbraio 2007
- (16) *Planning for the end of life* Peter Singer, *Lancet* 2000; 356: 1672-1676
- (17) *Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit*, E. B. Clarke, J.R. Curtis, J.M. Luce, J. Nelson, M.Z. Solomon, *Critical Care Medicine* 2003
- (18) *The Role of the Nurse as Advocate in Ethically Difficult Care Situations With Dying Patients* K.McSteen, C.Peden McAlpine, *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2006; 8 (05) : 259-269

* Infermiera Consigliere Collegio IPASVI Sondrio

Il coraggio delle parole nel silenzio che assorda

di Andrea Viviani*



Dopo aver letto gli atti del XV Congresso nazionale Federazione Collegi Ipa-svi, tenutosi a Firenze dal 26 al 28 febbraio 2009, vorrei affidare a questo scritto alcune considerazioni personali, senza nessun intento provocatorio e senza la volontà di sminuire il lavoro di chi rappresenta la professione, ma con lo scopo di esternare alcuni dubbi e perplessità, alla ricerca di risposte ai miei singoli ed individuali perché. Abbiamo un nuovo codice deontologico, frutto del confronto e del lavoro di molti nostri Colleghi ed espressione delle intime convinzioni morali e professionali dell'Infermiere: principi, parole, dichiarazioni, intenti che devono guidare e motivare il nostro agire quotidiano.

Mi chiedo perché, di fronte ad un caso umano e morale come quello di Eluana Englaro, che ha avuto il potere di spaccare il nostro Paese in due, con moltissime affermazioni favorevoli, contrarie o dubbiose, l'unica voce che non si è levata è stata quella degli Infermieri.

Di Eluana Englaro tutti hanno parlato: giornalisti, politici, medici, religiosi, bioetici, opinionisti, tuttologi, uomini della strada. Molti hanno compatito (nella sua accezione di "patire con"), altri hanno giudicato, spesso senza conoscere la storia di quella Persona che oggi non c'è più, a volte senza avere il rispetto per le Sue sofferenze e quelle dei familiari e di chi le è stato vicino, permettendosi di condannare o assolvere senza conoscere ed arrogandosi il diritto di essere Giudice e Giuria, senza comprendere che il frutto doloroso di scelte dolorose, che siano esse condivise od avversate, meritano quantomeno il Rispetto e la pacatezza dei toni.

Nessuna limitazione alla libertà di opinione, ognuno è e deve essere padrone di poter esprimere i propri pareri e sentimenti, senza scordarsi però che dietro un evento o una notizia ci sono delle Persone, che vivono, muoiono, si sentono ferite e soffrono non solo per la loro situazione, ma anche per le parole di chi, spenti i riflettori, torna ad occuparsi di altro, dopo aver avuto

i propri quindici minuti di notorietà davanti alle telecamere o sulle pagine dei giornali.

In questo marasma mediatico, dove tutto quanto fa notizia deve essere esposto nei minimi particolari per soddisfare anche un certo tipo di curiosità morbosa, spiccano le parole del Cardinale Ersilio Tonini che, di fronte ad una specifica domanda su cosa avrebbe fatto Lui se avesse saputo che Eluana stava per morire, rispose: "Sarei andato da Lei". E alla domanda: "E a fare cosa?". Rispose: "Semplicemente a testimoniare la mia vicinanza con la mia presenza".

Un uomo esile ed anziano che, con poche e semplici frasi, dimostra come si possano sostenere con forza i propri principi pur nel rispetto di chi quella situazione la vive: il "patire con".

Non mi aspettavo che la Federazione Nazionale, con un Codice Etico e Deontologico nuovo nuovo, saltasse a piè pari dentro il circus mediatico per pontificare su quanto sono umani, professionali, preparati gli Infermieri ad affrontare questi dilemmi che lacerano.

Non avrei mai voluto che sul carrozzone dell'informazione "un tanto al pezzo" ci fossimo anche noi, giudicanti e magari non capenti appieno il significato delle nostre parole.

Non avrei voluto sentire da chi mi rappresenta dei giudizi morali sull'agire del padre di Eluana: di fronte allo stato si risponde nei termini di legge, alla propria morale si risponde in primis alla propria coscienza.

Ma questo totale silenzio, che rimbomba nelle orecchie come un sasso gettato in un pozzo senza fondo, mi sconcerta.

Possibile che i nostri principi, la nostra etica, la nostra tanto sbandierata professionalità ed autonomia, la nostra unica posizione possibile (essere dalla parte dell'ammalato), la nostra condivisione delle sofferenze altrui, la nostra empatia, la nostra umanità, il nostro essere Infermieri, non meritino nessuna parola da parte della Federazione che ci rappresenta?

Chi sta con la Persona che muore

negli ospedali e, a volte, anche al domicilio, negli ultimi suoi momenti? Chi è lì con loro, garantendogli umanità, affetto, comprensione, condivisione, in una parola sola, assistenza? Oltre alle proprie persone care, che necessitano anche loro di essere assistite nel difficile momento della fine della vita di un proprio familiare o amico, è il Buon Infermiere che dimostra, in quei momenti, la propria Professionalità ed Autonomia.

Nel momento in cui l'istinto ti porta a scappare, in cui la Morte aleggia sopra quell'individuo, in cui il Medico esaurisce la propria funzione terapeutica ma non la propria funzione umana (ma non tutti si ricordano che una Persona malata è qualcosa di più di una malattia che colpisce una Persona), il nostro posto è lì, capaci di stare ad ascoltare oppure in silenzio, a stringere una mano o a confortare, perché, anche noi, abbiamo l'obbligo morale di testimoniare che l'Infermiere sta con chi soffre fino alla fine.

Ma, di tutto questo, nemmeno una parola.

Accanimento terapeutico, eutanasia, cure di fine-vita, testamento biologico, dignità della persona, consapevolezza delle scelte, diritto alla vita, cure palliative, libertà dal dolore, hanno ampio spazio e risalto all'interno del nostro Codice e fanno parte del nostro interrogarci quotidiano: non era forse importante, al di là del caso singolo, affermare i principi del nostro agire e, perché no, anche del nostro avere dubbi? Non era importante ribadire il nostro "essere vicini", il nostro rifiuto a scappare, il nostro interrogarci di fronte a problemi che non possono trovare soluzioni univoche universalmente accettate o condivise?

Quante di quelle Persone che, a differenza di Noi, hanno parlato e si sono espresse, hanno guardato occhi-negli-occhi, persone sconosciute che, purtroppo, stavano per morire o che, purtroppo, non riuscivano a morire? I medici, sicuramente sì, così come i religiosi: fa parte della loro missione, così come della nostra. Ma quanti giornalisti, opinionisti, politici, tuttologi, uomini della strada? Quanti conoscono,

perché l'hanno toccata con mano, la sofferenza degli sconosciuti con le sue mille sfaccettature?

Il sasso continua a scendere nel pozzo senza fondo: nessun rumore, ed io mi chiedo ancora il perché.

Se questa scelta fosse dettata dal profondo rispetto per la Persona, potrei anche capirlo.

Il mio timore riguarda invece la nostra paura nell'esorcismi o, e questo sarebbe ancora peggio, il nostro non avere niente da dire.

Non si può pensare di fare bioetica sul singolo caso: un eccessivo coinvolgimento emotivo può portare a scelte affrettate.

Ma l'Italia, paese che vive e si sveglia solo di fronte alle emergenze, questa sembra proprio essere la norma.

Così, dopo il caso di Terry Schiavo, il Comitato Nazionale di Bioetica dà il proprio parere favorevole alle direttive anticipate di trattamento, che rimangono puntualmente lettera morta fino ad oggi, dove, di fronte al caso di Eluana Englaro, si risveglia anche il Parlamento e fra poco il testamento biologico vedrà la luce.

Non vorrei che dimenticassimo la battaglia legale compiuta dal padre di Eluana: anni passati dentro e fuori dai tribunali, finché, ottenuto il placet per interrompere alimentazione ed idratazione forzata, il Parlamento esce dal proprio lungo letargo, lavorando a ritmo serrato, chiedendo di aspettare ancora qualche giorno in modo tale da poter legiferare in maniera contraria. Italia, il paese delle emergenze: ci si muove solo, e solitamente, di fronte alle catastrofi o agli eventi senza ritorno.

Ma anche su questo il silenzio regna sovrano.

Così come non abbiamo nessuna voce in capitolo per quanto riguarda la futura legge sulle direttive anticipate di trattamento: non mi risulta, ma in questo posso anche sbagliarmi, che la nostra opinione sia stata chiesta o ascoltata in merito.

Se, come è probabile, il testamento biologico non sarà vincolante e non potrà essere espresso su alcune condizioni (in primo luogo nutrizione ed alimentazione forzata), mi chiedo: che senso ha chiamarlo testamento biologico? E che senso ha affermare che "i pareri precedentemente espressi dalla persona

devono essere tenuti in considerazione?"

In quale considerazione? O una Persona ha diritto di decidere e di scegliere, ed allora la sua volontà DEVE essere vincolante, oppure questo diritto non ce l'ha fino in fondo, e allora le norme sul consenso informato, ammesso e non concesso che queste siano rigorosamente applicate, bastano ed avanzano. Non era più semplice stabilire per legge che alimentazione ed idratazione forzata non si configurano come accanimento terapeutico e sono da ritenersi atti dovuti, non gravosi per la Persona, non presuppongono l'utilizzo di mezzi straordinari? Perché il rischio è che il significato di testamento biologico, se verrà approvato con queste modalità, alla fine si riduca semplicemente a questo.

Indipendentemente dalla nostra opinione in merito: se la legge è così, va rispettata.

Ma anche su questo non trovo riscontro da parte della Federazione, come se non fosse un problema nostro ma della categoria medica o del legislatore. Ma in questi ambiti è evidente la ricaduta anche sulla nostra Professione e, nonostante questo, la nostra opinione non è tenuta in alcuna considerazione.

Nulla di nuovo: in quali e quante sedi istituzionali, dove si parla di Sanità, progettualità, interventi di ristrutturazione sanitaria ma anche e soprattutto di principi morali della Sanità siamo rappresentati? Ed in quale misura e con quali risultati? Leggo tanti bei principi e tante belle parole negli atti del nostro Congresso:

"Vogliamo dire come sia possibile ripensare il sistema sanitario, la sua organizzazione, la sua gestione e la sua articolazione sul territorio, anche attraverso il ruolo e le funzioni che gli infermieri possono e devono assumere a fronte delle loro nuove competenze e responsabilità."

"È una vera e propria sfida quella che lanciamo da questo congresso. Basata sulla consapevolezza del nostro sapere professionale e sulla constatazione della nostra "grande, pacata e matura forza" costituita da decine di migliaia di professionisti preparati a un salto di qualità straordinario in termini di capacità di iniziativa e assunzione di responsabilità."

Ma anche nel nuovo codice deontologico, all'articolo 47, trovo:

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

Vorrei capire dove e come possono trovare applicazione questi principi, se ci si nasconde di fronte ad un problema, come quello della fine della vita, che richiederebbe sì la nostra "grande, pacata e matura forza" e la "consapevolezza

del nostro sapere professionale", proprio perché, di fronte al problema morale non ritengo giusto avere esitazioni. Dubbi certamente sì, ma non timori, senza aver paura di dire "non sempre è possibile sapere qual è il bene ultimo della Persona, ma ho l'obbligo di comportarmi secondo scienza e coscienza, nel rispetto della legge e del Codice Deontologico"

Vorrei capire dove e come possono trovare applicazione questi principi se nella stanza dei bottoni sembra proprio non esserci posto per noi. Leggo di una Sanità medico-centrica avviata sul viale del tramonto, ma non ho ancora visto il sorgere del Sole della futura Sanità, non dico Infermierocentrica (vorrebbe dire se non fare un passo indietro quantomeno non fare nessun passo avanti) ma che mette al centro di tutti i processi la Persona. Nonostante se ne parli da tempo, il Malato (permettetemi di chiamarlo così, e non Utente, come se fosse il cliente di un call center o di un supermercato) continua ad essere in periferia, preda e vittima di scontri di potere, di rivendicazioni sindacali, di strutture fatiscenti, di valzer di poltrone, di Medici che devono in prima istanza badare al budget (ed infatti nemmeno loro sono più Medici ma Dirigenti) ed Infermieri, talmente impegnati a documentare ed a riempirsi la bocca di inglesismi, che a volte si scordano che la loro presenza in quelle strutture è proprio motivata dai bisogni del Malato: l'anello più debole della catena, che paga e subisce passivamente. Oggi il Malato, purtroppo, è solo al centro del bersaglio!! Anche se loro stessi riconoscono il nostro valore, il nostro impegno, la nostra umanità e professionalità: ma quanti di noi si sentono Don Chisciotte contro i mulini a vento?

Ci riteniamo "fulcro e motore del cambiamento", ma siamo poi così sicuri di essere preparati a quel "salto di qualità straordinario in termini di capacità di iniziativa e assunzione di responsabilità"?

Basta analizzare la composizione professionale dei nostri parlamentari: quanti di essi sono Medici? E quanti Infermieri? E quante probabilità abbiamo di vedere approvate leggi che elevino il nostro status professionale di fronte a una disparità di molti a nessuno?

Riporto ancora dalla nota introduttiva di Annalisa Silvestro:

Prendiamo il Pronto soccorso. Le code e i tempi di attesa sono quasi sempre tremendamente lunghi. Perché?

Fondamentalmente perché ancora oggi, per qualsiasi intervento, compresi i codici bianchi, occorre attendere che un medico sia disponibile per "presiedere" alla visita e all'eventuale prestazione. E invece sappiamo che moltissime cose potrebbero essere autonomamente svolte da infermieri con elevata professionalità e totale qualità e in piena sicurezza per la persona/assistito.

Che strano leggere questa proposta! Forse può essere valida in altre realtà sanitarie, ma mi chiedo perché, in un'Italia con un così elevato numero di medici per abitante ed un così scarso numero di Infermieri per abitante, il problema dei codici bianchi e dell'affollamento del Pronto Soccorso debba essere risolto da noi. Diagnosi e terapia mi risultano ancora essere di competenza medica, ANCHE PER UN CODICE BIANCO! Se volevo diventare Medico, mi sarei iscritto a Medicina!! La domanda da porsi è il perché chi non ha necessità di una prestazione urgente si rivolga a strutture pensate e studiate per problemi che non



possono aspettare.

Cattivo rapporto/interfacciamento col medico di famiglia?

Liste d'attesa troppo lunghe?

Non comprensione da parte delle persone del motivo per cui esistono i Pronti Soccorsi?

Lì sta la soluzione del problema: migliore organizzazione, più medici, se ne servono di più, più Infermieri (deputati a fare l'Infermiere, però, e non il Vice-Medico), liste d'attesa umane e informazione ai cittadini (solo in quest'ultimo contesto ritengo che si possa esplicitare il nostro ruolo)

Con il nuovo profilo professionale, sul quale bisogna dar merito alla Federazione di essersi lungamente battuta, diamo quasi per scontato che gli Infermieri di oggi siano più preparati, consapevoli, professionali, di chi, come me, proviene dalla vecchia scuola. Non è mettendo un Dottore davanti al nome e nemmeno stabilendo l'obbligo della formazione ECM, che spesso si riduce ad una semplice raccolta punti, che si migliora la qualità infermieristica. Se non si dà un significato profondo, carico di contenuti, di attenzione, di umanità, di principi, di motivazione, di valorizzazione, alla nostra formazione, tutto rischia di restare un bell'involucro esterno ma senza niente di importante al proprio interno.

Se non sarà l'Infermiere a formare l'Infermiere e a trasmettere non solo il suo Sapere ma soprattutto il suo Essere, la formazione resterà sempre un qualcosa a metà, come se un cameriere insegnasse il proprio Sapere ad un cuoco o viceversa. Due ambiti professionali vicini, ma ben distinti, con competenze e conoscenze specifiche e diverse. Ma allora non solo dobbiamo chiedere una formazione infermieristica portata avanti dagli Infermieri ma, chi ci rappresenta la deve PRETENDERE, senza mezzi termini e mezze misure. Da quanto se ne parla? E quali risultati sono stati raggiunti?

All'interno della Professione sappiamo benissimo cosa ci sia richiesto in termini di conoscenza e competenza. Ma sappiamo uscire dal nostro ristretto ambito per farci conoscere e riconoscere come vettori di quella che dovrebbe essere una Buona Sanità? O, nell'immaginario delle persone comuni, siamo e sempre saremo i paramedici? Quanto e come entriamo nelle scuole o in contatto con la gente per fare anche semplicemente informazione ed educazione sanitaria?

Un Infermiere si qualifica prima di tutto per ciò che è e per ciò che è in grado di trasmettere, non solo all'interno degli Istituti di Cura. Questo estratto l'ho trovato su internet, alla definizione di Infermiere:

L'infermiere accudisce ed assiste le persone malate ed osserva scrupolosamente

le loro condizioni di salute nonché il loro stato d'animo. Si occupa dell'assistenza del malato lavandolo e mettendolo a letto, cambiando le bende e somministrando i medicinali secondo le prescrizioni del medico. Collabora inoltre con il medico durante le operazioni chirurgiche, gestisce e controlla le apparecchiature mediche ed accompagna i dottori durante i giri di visite. Rientra inoltre tra i suoi compiti la gestione della documentazione relativa a ciascun paziente nonché lavori di organizzazione ed amministrazione. Gli infermieri lavorano principalmente negli ospedali e nelle cliniche, negli ambulatori, presso i centri di assistenza a domicilio, centri per anziani e di riabilitazione, organizzazioni umanitarie e religiose. Il luogo di lavoro è rappresentato dalle corsie degli ospedali o, in caso di assistenza a domicilio, dall'abitazione del paziente. Trovano lavoro anche presso i centri di donazione del sangue, negli ambulatori medici, presso le unità sanitarie locali, centri di cura, uffici sanitari. Possibilità di impiego vengono inoltre offerte nelle infermerie delle grosse aziende industriali o sulle navi.

Ciò che mi sconvolge non è tanto il fatto che serva una laurea triennale per lavare, mettere a letto le persone malate e cambiare le bende (manca solo che, in più, svuotiamo alla bisogna anche i pitoli, come se le corsie fossero degli ospedali da campo tipo MASH) ma che questa definizione si trovi sul sito http://www.borsalavorolombardia.net/portal/page?_pageid=67,69771&_dad=portal&_schema=PORTAL&idfigura=01.03.06.003.000 che è il sito di Borsalavoro di Regione Lombardia. E tanti saluti ad autonomia e responsabilità!!

Ma il capitolo più doloroso riguarda le elezioni dei Collegi Provinciali, dove si registrano percentuali di votanti ridicole. In tutti gli interventi della nostra Presidente si rimarca il fatto che siamo più di 350000 Professionisti. Ma di questi, quanti vanno a votare, una volta ogni 3 anni, i propri rappresentanti? Il 5%, quando va bene il 10%, anche in realtà piccole come quella in cui vivo, dove, tutto sommato ci si conosce quasi personalmente e dove si fa un'enorme fatica anche solamente per trovare i candidati per il Consiglio Direttivo.

Scarsa conoscenza del ruolo del Collegio, disaffezione verso gli organi di rappresentanza, il non sentire il Collegio come la casa degli Infermieri, percezione che i problemi infermieristici non vengano risolti dai Collegi, quota annuale vista come una tassa da pagare senza avere riscontri, scarsa o nulla fiducia nelle nostre potenzialità come classe di operatori sanitari.

Forse la domanda più importante da porsi è perché.

Allora, forse, potrò finalmente sentire il rumore di quel sasso che è arrivato in fondo al pozzo.

* Infermiere Chirurgia toracica Ospedale Sondalo

Sogno che un giorno...

Io ho un sogno.

Il sogno che un giorno gli uomini si solleveranno e capiranno che sono fatti per vivere da fratelli.

Io ho un sogno che un giorno il nero di questo paese E ogni uomo di colore del mondo intero Saranno giudicati in base al loro valore personale anziché per il colore della pelle e che tutti gli uomini rispettano la dignità dell'essere umano.

Sogno che un giorno la giustizia scorrerà come l'acqua e la rettitudine come un fiume irruente.

Sogno che un giorno la guerra cesserà e gli uomini trasformeranno le loro spade in aratri, le lance in falci, le nazioni non si scaglieranno più le une contro le altre e non progetteranno più la guerra.

Sarà un giorno meraviglioso quello! Le stelle del mattino canteranno insieme e i figli di Dio grideranno di gioia!

Martin Luther King

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



IPASVI
23100 SONDRIO
Tel 0342/218427
Fax 342/517182
info@ipasviso.org
codice fiscale: 80000370140
Collegio provinciale di Sondrio

Sondrio, 3 febbraio 2009
Prot. 2009/270/I.03-tb

OGGETTO: **Notifica risultati elezioni Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei Conti triennio 2009/2011.**

• AL MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI	ROMA
• AL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA	ROMA
• AL MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, UNIVERSITA' E RICERCA SCIENTIFICA	ROMA
• ALLA FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI	ROMA
• ALL' ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA ASSISTENZA DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA	ROMA
• ALL'ASSESSORATO REGIONALE ALLA SANITA'	MILANO
• AL PRESIDENTE DELLA REGIONE LOMBARDIA	MILANO
• AL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA	SONDRIO
• AL SINDACO	SONDRIO
• A SUA ECCELLENZA IL PREFETTO	SONDRIO
• AL QUESTORE	SONDRIO
• AL PRESIDENTE DEL TRIBUNALE CIVILE E PENALE	SONDRIO
• AL PROCURATORE DELLA REPUBBLICA	SONDRIO
• AL MAGNIFICO RETTORE UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MI-BICOCCA	MILANO
• AL PRESIDE FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MI-BICOCCA	MONZA
• AL COORDINATORE GENERALE DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MI-BICOCCA	MONZA
• AL MAGNIFICO RETTORE UNIV. DEGLI STUDI DI MLANO	MILANO
• AL PRESIDE FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO	MILANO
• AL DIRETTORE GENERALE DELL'A.O.V.V.	SONDRIO
• AL DIRETTORE GENERALE DELL'A.S.L.	SONDRIO
• AL DIRETTORE SANITARIO DELL'A.O.V.V.	SONDRIO
• AL DIRETTORE SANITARIO DELL'A.S.L.	SONDRIO
• AL DIRIGENTE SITRA DELL'A.O.V.V.	SONDRIO
• ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI	SONDRIO
• AL'ORDINE DEI FARMACISTI	SONDRIO
• AL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI	SONDRIO
• AL COLLEGIO DELLE OSTETRICHE	SONDRIO
• ALL'ORDINE DEI GIORNALISTI	MILANO
• ALLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DELLA PROVINCIA	LORO SEDI
• AI COLLEGI IPASVI D'ITALIA	LORO SEDI
• AGLI ISCRITTI ALL'ALBO	LORO SEDI

In ottemperanza a quanto disposto dalle vigenti disposizioni di legge – D.L. 13.09.1946 n. 233 emanato con D.P.R. 05/04/1950 N. 221 -si è provveduto, a seguito delle votazioni avvenute in seconda convocazione nei giorni 24-25-26 gennaio 2009 ed alla successiva distribuzione delle cariche avvenuta il 2 febbraio 2009, alla costituzione del nuovo Consiglio Direttivo e Collegio dei Revisori dei Conti per il triennio 2009-2011 che risulta così composto:

PRESIDENTE	IP-AFD Ercole Andrea PIANI
VICE PRESIDENTE	Dott.ssa Rosella BARAILOLO
SEGRETARIO	VI Marisa AMBROSINI
TESORIERE	IP Andrea PEDRINI
CONSIGLIERE	IP Alberta ACQUISTAPACE
CONSIGLIERE	IP Edo BAGIOLO
CONSIGLIERE	IP-AFD Ida BERTELLI
CONSIGLIERE	IP Matteo CANEVA
CONSIGLIERE	IP-AFD Olga CEDRO
CONSIGLIERE	VI Carla FALLINI
CONSIGLIERE	IP Arianna FIORELLI
CONSIGLIERE	IP Alessandro FUMASONI
CONSIGLIERE	IP-AFD Tiziana GIACONI
CONSIGLIERE	IP-AFD Bruno ORSINI
CONSIGLIERE	IP-AFD Adelaide TUDORI

Revisori dei Conti:
PRESIDENTE
MEMBRO eff.
MEMBRO eff.
MEMBRO suppl.

IP-AFD Giancarlo BOTTA'
IP Milena SPANDRIO
IP Gisella TRIDELLA
IP Chiara FOGNINI

Il segretario
f.to V.I. Marisa AMBROSINI

Il Presidente
f.to IP.AFD Ercole Andrea PIANI

Provvedimenti nei confronti dei morosi

Si informano gli interessati che il Consiglio Direttivo del Collegio ha deliberato nella seduta del 16 aprile 2009 la radiazione dall'Albo professionale nei confronti dei morosi degli anni 2005 – 2006 e 2007 qualora, dopo convocazione, gli stessi non adempiranno all'obbligo del pagamento delle quote dovute.

Si informa inoltre che, su indicazione del Tesoriere, il Consiglio ha deliberato di procedere alla riscossione delle quote non versate da alcuni morosi dell'anno 2008 secondo procedure che saranno deliberate nei prossimi C.D..

Si avvisano i ritardatari che la quota relativa all'anno corrente doveva essere versata entro fine febbraio 2009, al fine di evitare ulteriore aggravio si invitano gli interessati a provvedere a breve termine; è possibile verificare la propria posizione contattando la segreteria del Collegio

ATTENZIONE ATTENZIONE!!!

- Iniziativa **"Chi più partecipa meno paga"**:
Coloro che parteciperanno all'Assemblea Annuale 2009, in data da definirsi, avranno diritto all'iscrizione gratuita ad un corso E.C.M. organizzato dal Collegio IPASVI nell'anno 2010.
- Il Consiglio Direttivo ha deliberato che per l'anno 2009 l'iscrizione ai corsi E.C.M. organizzati dal Collegio IPASVI di Sondrio sarà gratuita per tutti i Colleghi, questo per permettere pari opportunità a tutti visto che i dipendenti dell'AOVV avranno la possibilità di partecipare gratuitamente alla nostra iniziativa in collaborazione con l'Azienda ospedaliera.

• Opportunità **"Rimborso Corso di Aggiornamento"**:

Tra tutti coloro che invieranno alla redazione di Parliamone un elaborato riguardante l'argomento trattato in un corso d'aggiornamento ne verranno pubblicati due, e agli autori verrà rimborsato il costo d'iscrizione del corso stesso.



INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



IPASVI
23100 SONDRIO
Tel 0342/218427
Fax 342/517182
info@ipasviso.org
codice fiscale: 80000370140
Collegio provinciale di Sondrio

Agli iscritti all'Albo
del Collegio IPAS.VI.
della provincia di Sondrio
Loro sedi

Sondrio, 17 aprile 2009
Prot. 2009/735/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 11 maggio 2009 alle ore 23.00 presso la sede del Collegio IPASVI, Sondrio, Via IV Novembre 11.
Qualora non si raggiungesse il numero legale degli iscritti, l'assemblea è indetta in **seconda convocazione il giorno 12 maggio 2009 alle ore 16.00, presso la Sala "Vitali" del Credito Valtellinese, Sondrio, Via delle Pergole n. 10 (accesso da via Cesura).**

- ORDINE DEL GIORNO:
1. Relazione del Presidente.
 2. Approvazione conto consuntivo anno 2008.
 3. Approvazione bilancio preventivo 2009.
 4. Varie ed eventuali.

I colleghi che non potessero intervenire hanno 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 può essere investito di sole due deleghe.

Al termine dell'assemblea per celebrare il 12 maggio, giornata Internazionale dell'Infermiere seguirà, nella stessa sede, una presentazione di EMERGENCY (capienza sala posti 100).

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE
f.to IP.AFD Ercole Andrea PIANI

DELEGA assemblea annuale 12/5/2009

Il/la sottoscritto/a

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

n. di posizione impossibilitato/a. a partecipare all'assemblea ordinaria egli iscritti del giorno **12 maggio 2009 che si terrà a Sondrio presso la sala "Vitali" del Credito valtellinese**, delega a rappresentarlo/a. il/la collega

Sig.....

iscritto/a. all'albo.

Data,

Firma.....

Il fondosanita: un'opportunità per la professione infermieristica

di Mario Schiavon

In un sistema pensionistico che, negli ultimi quindici anni, ha vissuto tre importanti riforme, introdotte allo scopo di contenere la spesa previdenziale, in vista del progressivo aumento del tasso di invecchiamento della popolazione, il diritto costituzionale a disporre, al termine della vita lavorativa, di un tenore di vita adeguato, non può essere soddisfatto soltanto dal trattamento pensionistico obbligatorio, che, proprio in conseguenza alle citate riforme, che hanno modificato il sistema di calcolo, si è drasticamente abbattuto. Ad esso va affiancata, necessariamente, una tutela previdenziale di natura complementare, che possa offrire una rendita pensionistica ulteriore, rispetto a quella che la legge pone, obbligatoriamente, in favore di ciascun cittadino. Difficile è stato, nel corso degli ultimi anni, il percorso di affermazione di questa seconda forma di tutela: la cultura previdenziale, nel nostro Paese, non è, infatti, sviluppata come altrove e ciò rende problematico, per i cittadini, identificare la previdenza come una forma di risparmio e di investimento.

In questo scenario si snoda l'attività di ENPAPI nel riaffermare l'importanza di questa forma di tutela e nel porre in essere tutte le azioni ad essa funzionali.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Ente, in questo senso, ha deliberato, il 12 settembre 2007, l'adesione al "Fondo Sanità", cioè al fondo di previdenza complementare per le professioni sanitarie, mettendo in campo, fin da subito, tutte le risorse necessarie ad stendere tale ulteriore forma di tutela anche ai Professionisti iscritti agli Albi tenuti presso i Collegi Provinciali IPASVI, a prescindere dall'esercizio della professione in forma autonoma e, quindi, dall'iscrizione ad ENPAPI.

Diretta conseguenza è stata l'adesione della Federazione Nazionale dei Collegi Provinciali IPASVI, intervenuta nel mese di dicembre 2007, che ha concretizzato tale possibilità.

L'Assemblea del Fondo Sanità ha, successivamente, approvato l'adesione della Federazione IPASVI e la Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione (COVIP) ha approvato, il 31 luglio 2008, l'approvazione delle conseguenti modifiche dello statuto del Fondo che, nel frattempo, ha accolto, al suo interno anche l'Ente di Previdenza e Assistenza dei Farmacisti (ENPAF), insieme ai Medici, ai Dentisti e, naturalmente, agli Infermieri.

L'ottica con la quale ENPAPI ha operato si è posta l'obiettivo di favorire, verso la categoria infermieristica e, per estensione, verso tutti i Professionisti dell'area sanitaria, proprio quella consapevolezza necessaria a considerare la forma di tutela previdenziale come una forma di risparmio. Ciò rappresenta il presupposto per adempiere, ancora più compiutamente, al mandato che lo Stato ha conferito alla professione infermieristica, emanando il decreto istitutivo dell'Ente. La sinergia tra i due sistemi, quello obbligatorio e quello complementare, tende, quindi, a realizzare il risultato sperato ed a soddisfare i diritti costituzionalmente garantiti.

Per tutte queste ragioni, una volta intervenuta la predetta approvazione del nuovo Statuto del Fondo Sanità, stata avviata, a cura di ENPAPI, di concerto con la Federazione, la campagna informativa, rivolta a tutti i Professionisti iscritti agli Albi, che

potrebbe essere anche accompagnata dall'organizzazione di eventi specifici sul territorio.

Il "Fondo pensione complementare a capitalizzazione per gli esercenti le professioni sanitarie", denominato, per brevità, FondoSanità, è nato con lo scopo di erogare trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio. Destinatari del Fondo sono, attualmente, i medici e gli odontoiatri iscritti all'ENPAM, i farmacisti iscritti all'ENPAF e gli Infermieri, gli assistenti sanitari, le vigilatrici d'infanzia iscritti ad ENPAPI nonché



gli Infermieri, gli assistenti sanitari, le vigilatrici d'infanzia iscritti all'Albo dei Collegi IPASVI. VI. che esercitano la professione sul territorio nazionale.

FondoSanità è un **fondo pensione negoziale** (istituito in forza di accordi e destinato agli appartenenti di un singolo ambito/comparto: gli esercenti le professioni sanitarie i cui Enti Previdenziali di categoria ne hanno deliberato l'adesione), che opera in regime di contribuzione definita (l'importo della pensione complementare non è definito a priori ma dipende dalla contribuzione versata e dai relativi rendimenti).

La partecipazione al fondo è **libera e volontaria**.

L'interessato che, dopo aver visionato lo Statuto e la Nota informativa del fondo, intenda iscriversi, deve compilare il modulo di adesione indicando la quota di contribuzione che intende versare e la linea di investimento prescelta.

FondoSanità mette a disposizione 3 linee di investimento (comparti):

SCUDO: portafoglio orientato verso un'attività a basso rischio e di pronta liquidabilità.

- Grado di rischio: basso
- Orizzonte temporale: breve/medio periodo (fino a 10 anni)

PROGRESSIONE: composizione bilanciata in titoli di debito e di capitale

- Grado di rischio: medio
- Orizzonte temporale: medio/lungo periodo (oltre 5 anni)

ESPANSIONE: portafoglio orientato verso titoli di capitale

- Grado di rischio: medio/alto
- Orizzonte temporale: medio/lungo periodo (oltre 10 anni)

I contributi versati, incrementati dai rendimenti accumulati, formano il montante contributivo individuale dal quale dipenderà l'importo della pensione complementare che si percepirà in futuro.

La pensione complementare si ottiene **nel momento in cui matura il diritto a pensione nel sistema obbligatorio di primo livello a condizione che la partecipazione al fondo sia di almeno 5 anni.**

Le prestazioni pensionistiche possono

essere erogate in **capitale** (prestazione in un'unica soluzione erogabile fino ad un massimo del 50% del montante finale accumulato) ed in **rendita** (prestazione periodica).

È possibile, inoltre, chiedere **anticipazioni** nei seguenti casi e con i seguenti limiti

- **spese sanitarie:** in qualunque momento può essere richiesta un'anticipazione del 75% del montante in quel momento accumulato per far fronte a spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge ed ai figli per terapie e interventi straordinari riconosciuti

dalle competenti strutture pubbliche;

- **acquisto e ristrutturazione della prima casa:** dopo 8 anni di iscrizione può essere richiesta un'anticipazione pari al 75% del montante in quel momento accumulato per l'acquisto della prima casa di abitazione per sé o per i figli. Stessa anticipazione può essere concessa nel caso di ristrutturazione della prima casa di abitazione ma solo nei casi prestabiliti;

- **per altre esigenze:** dopo 8 anni di iscrizione può essere richiesta un'anticipazione pari al 30% del montante in quel momento accumulato per altre esigenze per le quali il Fondo non è tenuto a verificarne le motivazioni.

La normativa prevede inoltre che chi aderisce ad un fondo complementare possa:

1. **riscattare la propria posizione:** recuperare in un'unica soluzione le somme versate nel caso in cui ci si trovasse in alcune situazioni predeterminate quali inoccupazione prolungata o invalidità perma-

2. **trasferire la posizione ad altro fondo:** in caso di perdita dei requisiti di iscrizione ovvero in base a decisione volontaria dopo 2 anni di iscrizione al fondo.

Sono state, infine, introdotte agevolazioni fiscali sia per quanto riguarda i contributi versati che i per le prestazioni erogate:

- i contributi versati al fondo pensione sono deducibili fino ad un importo annuo massimo di € **5.164,57**;
- i rendimenti maturati sono assoggettati ad un'imposta sostitutiva con aliquota all'11% (i prodotti finanziari diversi da quelli con finalità previdenziale sono tassati al 12,5%);
- sia la **rendita** che il **capitale**, per la parte non tassata in fase di accumulo, sono tassati al 15%.

Recapiti utili Sito internet del fondo:

www.fondosanita.it Indirizzo e-mail: segreteria@fondosanita.it Telefono: 06/ 48294333/337 Fax: 06/48294284 Sede legale: 00185 ROMA, Piazza della Repubblica 68

LIBERA PROFESSIONE

di Tiziana Giaconi*

Attualmente il termine "professione" si riferisce all'esercizio di una attività nella quale la componente intellettuale prevale su quella materiale ed è condizionata al possesso, da parte del professionista, di determinati requisiti.

Ai sensi della legge 42/99, l'infermiere svolge una "professione sanitaria" non ausiliaria, con un suo campo di attività e responsabilità, si tratta quindi di una professione intellettuale ai sensi dell'articolo 22/29 del Codice civile, con conseguente obbligo di iscrizione al relativo Albo

Il libero professionista è un prestatore d'opera intellettuale che esercita in regime di autonomia scientifica e gerarchica nei confronti del cliente con ampia discrezionalità e con propria organizzazione del lavoro.

L'infermiere che esercita la libera professione assume la responsabilità del proprio agire (in forma autonoma) e la responsabilità di rappresentare la professione nel contesto sociale.

La modalità dell'esercizio della libera professione richiede:

- L'organizzazione in proprio dell'attività
- Il rapporto di fiducia tra professionista e cliente e la non subordinazione nei confronti del cliente
- La responsabilità diretta dell'attività svolta rispetto alle norme, legislative, fiscali e deontologiche
- Il diritto a ricevere l'onorario nel rispetto delle tariffe indicate nel nomenclatore tariffario del Collegio Provinciale
- La discrezionalità circoscritta alle regole professionali e all'esperienza posseduta

Il Collegio è l'Ente a cui è demandato il compito di vigilare sull'esercizio della professione e tutelare il decoro e l'indipendenza degli infermieri rappresentati. La libera professione è destinata crescere parallelamente alla crescita del processo di professionalizzazione e sarà la modalità di esercizio professionale che favorisce la possibilità all'infermiere di affermare il proprio Status professionale in ambito socio-sanitario.

Il Collegio, Tramite la Commissione Libera Professione, ha deliberato un aggiornamento dell'elenco degli iscritti che esercitano la libera professione, sia che venga svolta in forma individuale che in forma associata, al fine di aggiornare l'elenco attuale che risulta ormai obsoleto, inoltre è necessario avere da parte degli iscritti libero professionisti un consenso sul trattamento dei dati per rendere pubblico lo stesso.

Nelle "Norme di comportamento" emendate dalla Federazione dei Collegi, esistono dei criteri che ci spingono a scegliere questa strada:

- Obbligo pubblicitario: il Collegio ha l'obbligo di informazione verso la comunità degli esercenti la libera professione.
- Dovero verso il cittadino: Vi è la necessità di portare

a conoscenza dei cittadini dell'esistenza di infermieri che, sia pure in numero limitato, hanno scelto di esercitare la libera professione.

- Necessità di rendere evidenti alle istituzioni (enti, ospedali, RSA, ambulatori) preposti all'assistenza chi sono e quali sono i liberi professionisti riconosciuti dal Collegio che hanno titolo a norma di legge, per esercitare in regime di libera professione.

- Alla necessità di stimolare gli enti assistenziali affinché affidino incarichi professionali alle strutture associative notificate e riconosciute.

- Dovero verso i colleghi infermieri: rendere noto quali sono le organizzazioni associative esistenti e titolate, affinché coloro che decidano di esercitare in regime di libera professione, non si rivolgano a società di caporalato, interinali, che fanno intermediazione di manodopera, impiegando, gestendo, usando e sfruttando infermieri senza averne titolo e per motivi puramente di business.

Tutto ciò permetterà, attraverso il potere ispettivo e disciplinare del Collegio, di garantire una maggiore visibilità e tutela sia del professionista che del committente.

La pubblicazione è una scelta strategica di maggior visibilità della professione e la possibilità per l'infermiere libero professionista di agire un ruolo da protagonista in una fase di trasformazione della sanità pubblica, agendo quale anello di collegamento tra una domanda di assistenza infermieristica e l'offerta di professionisti abilitati.

A breve i Collegi Libero Professionisti riceveranno o potranno scaricare dal sito del Collegio (www.ipasvi.org) un modulo per l'aggiornamento dei dati anagrafici e un modulo per il consenso al trattamento degli stessi.

Per i motivi sopra elencati auspichiamo una risposta positiva e una fattiva collaborazione da parte dei Collegi Libero Professionisti, al fine di poter, nel più breve tempo possibile, costituire e rendere noto un Albo speciale dei Liberi Professionisti.

La Commissione Libera Professione si è posta come obiettivi per questo mandato anche la possibilità di attivare una consulenza per tutti i Professionisti, (giorno e ora da stabilire), inoltre, in accordo con la Commissione ECM, l'organizzazione di un corso personalizzato entro la fine del 2009.

In attesa di attivare il servizio di consulenza, i componenti della Commissione sono comunque a disposizione per qualsiasi chiarimento, domanda, necessità.

Tiziana e Danila, le segretarie del Collegio, saranno disponibili a raccogliere qualsiasi esigenza e a contattare nel più breve tempo possibile i componenti al fine di garantire risposte adeguate senza troppa attesa. Grazie per la collaborazione e a tutti "buon lavoro"

* Responsabile Commissione Libera Professione Collegio IPASVI Sondrio

LA LESIONE SPINALE: conoscerla per fronteggiarne le conseguenze

Lo staff di Unità Spinale - cura di Carnini Miriam

Fase post-acuta o riabilitativa: Unità Spinale A.O.V.V. presidio di Sondalo

QUALI POSSONO ESSERE LE CAUSE DI UNA LESIONE SPINALE?

Il midollo spinale può essere lesa in vari modi. Le lesioni più frequenti sono rappresentate: dai traumi con frattura o lussazione vertebrale; più rare sono le lesioni mieliche post-traumatiche senza evidenza di frattura o lussazione. Gli incidenti stradali rappresentano la causa più frequente di trauma vertebro - midollare; seguono le cadute accidentali, gli infortuni sul lavoro, i traumi sportivi, le ferite da arma da fuoco. Tra le cause non traumatiche di lesione spinale ricordiamo le compressioni midollari (neoplasie intramidollari, neoplasie vertebrali primarie o secondarie, gravi cifoscoliosi, crolli e fratture vertebrali così dette "patologiche", neoplasie delle meningi, cisti e processi infiammatori meningei, ernie discali, spondilodisciti, spondilosi cervicali).

Altre cause non traumatiche di lesione spinale possono essere ischemia midollare, le mieliti (virali, batteriche, tossiche), le malformazioni vascolari midollari, la siringomielite.

CHE COSA ACCADE DOPO LA LESIONE SPINALE ?

Immediatamente dopo il trauma si instaura una fase definita di "shock spinale" che è clinicamente caratterizzata dalla soppressione di tutte le funzioni sottolesionali (motorie, sensitive e viscerali) Vi sarà pertanto paralisi motoria, anestesia tattile e dolorifica, ritenzione urinaria e fecale (cioè impossibilità di urinare e defecare spontaneamente). Alla fase di shock spinale fa seguito la ripresa di attività sotto lesionale (volontaria, spontanea, riflessa) con caratteristiche estremamente va-

riabili. Qualunque ne sia la causa, la gravità e l'estensione del danno clinico dipendono dal livello midollare (cervicale, dorsale, lombare), dall'ampiezza della lesione (completa o incompleta) e dalla velocità con cui la lesione stessa si è realizzata. Oltre alla distruzione delle strutture situate nel segmento midollare colpito (livello di lesione), vi sarà l'abolizione di tutte le funzioni (motorie, sensitive e viscerali) situate al di sotto del livello lesionale e normalmente controllate dal centro superiore, a causa dell'interruzione delle vie ascendenti e discendenti che collegano il midollo spinale al cervello. Tali funzioni saranno totalmente abolite in caso di lesione completa, solo parzialmente compromesse se la lesione del midollo è incompleta. La paralisi motoria e i deficit sensitivi interesseranno tutti e quattro gli arti nelle lesioni cervicali (tetraplegia), i soli arti inferiori nelle lesioni dorso - lombari (paraplegia). In entrambi i casi saranno presenti inoltre, in misura più o meno grave in relazione al livello e alla completezza della lesione, disturbi delle funzioni viscerali (più propriamente definite come funzioni "autonome" o "vegetative").

FASE POST- ACUTA O RIABILITATIVA UNITA' SPINALE

PROBLEMI ASSISTENZIALI

- Gestione della funzione respiratoria
- Gestione problematiche circolatorie (ipotensione posturale, disreflessia autonoma, TVP, edemi)
- Gestione della funzione motoria e sensitiva (postura, trasferimento, disturbi sensibilità)
- Cura di sé (igiene, vestizione, alimentazione)
- Gestione funzione urinaria, genito sessuale ed intestinale
- Complicanze (spasticità, dolore, vizi articolari, lesioni da pressione.....)
- Adattamento e accettazione psicologica della disabilità
- Reinserimento sociale-famigliare-lavorativo
- Interventi preparatori alla dimissione



OBBIETTIVI ASSISTENZIALI

- Cura delle problematiche in atto
- Potenziamento dell'iter riabilitativo globale
- Recupero delle funzioni residue
- Rieducazione
- Prevenzione delle complicanze
- Reinserimento
- Adattamento e accettazione psicologica

COME SI RAGGIUNGONO ?

- Attraverso la presa in carico globale delle problematiche della persona mielolesa
- Lavoro di équipe
- Programmi individuali rispettando le priorità e i tempi della persona assistita
- Partecipazione attiva della persona e della famiglia
- Buona organizzazione per poter effettuare un lavoro integrato

Essendo l'obiettivo principale il raggiungimento dell'autonomia il sistema assistenziale utilizzato sarà : in parte **compensativo** (FARE CON)

e in parte **educativo** di supporto (FAR FARE)

Aspetto prioritario dell'assistenza elaborare ed attuare programmi di prevenzione, rieducazione, educazione

L'Unità Spinale del presidio di Sondalo è stata istituita con legge Regionale N° 57 del Maggio 1990. E' organizzata secondo modello di tipo dipartimentale, in grado di assistere e curare i soggetti con lesioni del midollo spinale dal momento dell'insorgenza della lesione sino al reinserimento familiare e sociale, assicurando una continuità assistenziale ospedaliera e extraospedaliera attraverso l'attivazione di una rete di servizi socio sanitari in grado di affrontare tutte le problematiche inerenti la disabilità. Per il trattamento dei soggetti nella fase acuta sono attivi tutti i servizi e tutte le Unità operative in grado di affrontare le problematiche relative a questa

fase: Pronto Soccorso, Unità di cure intensive, Radiologia, Laboratorio analisi, Neurofisiologia, Neurochirurgia, Ortopedia, Chirurgia generale, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Urologia, Cardiologia. L'unità operativa riservata alla riabilitazione dei soggetti con lesione midollare è ubicata all'interno del 5° padiglione e distribuita su quattro piani, due dedicati alla degenza (secondo e terzo piano), due alle attività diagnostiche, terapeutico - riabilitative e ricreative.

Dei due piani riservati alle attività terapeutico - riabilitative, uno comprende gli ambulatori e gli studi medici, le palestre di fisioterapia ed ergoterapia, la massoterapia e la terapia fisica, il centro consulenza ausili con mostra permanente, l' officina ortopedica; nell'altro piano sono ubicati il servizio di neuropsicologia clinica, il servizio psicosociale e la casa pre dimissioni. Ampi spazi interni ed esterni sono disponibili per attività ludico ricreative, sportive e di socializzazione.

E' infine attivo un servizio di idrokinesiterapia

FINALITA' PRINCIPALI DEGLI INTERVENTI RIABILITATIVI	Supporto agli interventi rianimatori e neurochirurgici nella prevenzione delle complicanze	E' il momento: • della cura della disabilità • dell'adeguamento al cambiamento • di imparare a compiere le attività della vita quotidiana in modo differente utilizzando al meglio le funzioni residue per raggiungere il massimo grado di autonomia	Facilitazione all'utilizzo ottimale delle capacità residue in ambito familiare, sociale, lavorativo Modificazione dell'ambiente per ottimizzare l'utilizzo delle capacità residue
STRUTTURE DOVE SI EFFETTUANO INTERVENTI	Rianimazione Neurochirurgia Unità per acuti	Unità di riabilitazione spinale	Strutture ospedaliere di riabilitazione generale o di mantenimento Strutture ambulatoriali Strutture sociali ed agenzie comunitarie per la reintegrazione familiare, scolastica, lavorativa
DURATA	Da alcune ore ad alcune settimane	Da alcune settimane ad alcuni mesi	Da alcuni mesi ad alcuni anni
DIMENSIONE DI MAGGIORE INTERESSE	Lesione primaria (midollare) ed eventuali lesioni associate Stabilizzazioni delle funzioni vitali	DISABILITA' (abilità perse e abilità recuperabili)	HANDICAP (emarginazione)
FASE	ACUTA Dal momento dell'insorgenza della lesione fino alla risoluzione delle problematiche rianimatorie e/o chirurgiche	POST-ACUTA O RIABILITATIVA Dalla stabilizzazione delle funzioni vitali al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile	DEGLI ESITI Dalla stabilizzazione della disabilità residua al raggiungimento e mantenimento del massimo livello di integrazione sociale possibile

Tabella che illustra il percorso terapeutico - riabilitativo - assistenziale dei soggetti con esiti di gravi lesioni midollari disabilitanti.



(terapia d'acqua) aperto all'utenza interna ed esterna tutti i giorni dalle 8 alle 18 (ad eccezione del week end). La vasca è dotata di camminamento, idromassaggio, attrezzature per fisioterapia e nuoto controcorrente. Il personale della struttura è composto da medici fisiatrici, fisioterapisti, ergoterapisti, infermieri, OSS, OTA, educatore, psicologo, assistente sociale. Ad accesso programmato neurologo, neurochirurgo, urologo, ortopedico, chirurgo plastico, internista, cardiologo, anestesista, dietologo.

PROGETTO PROGRAMMA RIABILITATIVO

Il progetto e il programma riabilitativo relativo a ciascun paziente vengono sempre pianificati da un'equipe multidisciplinare comprendenti tutte le figure professionali mediche, infermieri, fisioterapisti, assistente sociale, psicologo, educatore, questa seguirà il paziente lungo tutto il percorso riabilitativo mantenendo costanti contatti con le famiglie, i Comuni e le ASL di appartenenza. Il programma riabilitativo comprende tutti quegli interventi diagnostici, assistenziali ed educativi finalizzati a promuovere il raggiungimento del miglior stato di salute e di autonomia compatibili con la patologia, e la migliore qualità di vita. Fisioterapia, terapia occupazionale, terapia in acqua, nursing infermieristico, avviamento allo sport, addestramento alla guida dell'automobile con comandi adatti (è possibile il conseguimento della patente speciale durante il periodo di ricovero), valutazione e cura delle problematiche vescico sfinteriche, genito sessuali e intestinali, terapia del dolore e della spasticità, prevenzione e cura di tutte le possibili complicanze a carico dei diversi organi e apparati (per la cura di complicanze di competenza chirurgica sono previsti, come abbiamo visto, trasferimento presso i reparti appositi), chirurgia funzionale (trasferimenti o allungamenti tendinei) sono gli interventi più comunemente praticati durante il periodo di ricovero. A questi si aggiungono tutti gli interventi, non meno importanti, di carattere "psicosociale", rivolti a pazienti e alle famiglie, con lo scopo, tra l'altro, di favorire i riacciaciamenti con l'esterno e di preparare il rientro nella realtà della vita quotidiana.

Il progetto e il programma riabilitativo (dichiarazione di obiettivi perseguibili, dichiarazioni degli interventi e dei tempi necessari per il raggiungimento di tali obiettivi, coordinamento degli interventi) devono essere esplicitati e condivisi da tutta l'equipe riabilitativa, dal paziente e da ifamiliari; vanno verificati e adattati in continuazione sulla base dei risultati prodotti. A volte, in caso di insuccesso rispetto agli obiettivi prefissati, vanno rivisti insieme agli obiettivi.



LA "CASA FACILE: Come è fatta e a cosa serve



È un appartamento pensato e realizzato per le esigenze di chi ha una disabilità di movimento e chi gli da assistenza. Si chiama "facile" perché è ricco di accorgimenti che servono a semplificare la loro vita quotidiana. Nella casa facile... è più facile.

- Muoversi, perché è priva di barriere architettoniche: gli spazi sono abbastanza ampi per poter andare dove si vuole con la carrozzina, e le porte si aprono e chiudono senza doverle azionare a mano;
- Usare le apparecchiature domestiche, anche per chi ha difficoltà a muovere le mani: alcune si possono addirittura comandare con la voce, come il videocitofono e la porta d'ingresso, il telefono, il televisore e l'impianto stereofonico, le luci, gli scuri, il letto e tutte le porte;
- Usare il bagno perché ci sono diversi ausili che aiutano nell'igiene personale: una doccia senza soglie (per entrare con la carrozzina), con un seggiolino e con appositi sostegni (per reggersi se l'equilibrio è precario), una vasca da bagno con sollevatori (per non far fatica ad entrare e uscire), una doccetta vicino alla tazza W.C. e un W.C. - bidet, una carrozzina da W.C. e doccia. Nella casa facile i bagni sono due, per poter offrire tutte le soluzioni che sono utili in questo ambiente "delicato" per l'indipendenza e l'assistenza;
- Cucinare perché piani di lavoro, fornelli, lavello ed elettrodomestici sono adatti anche per chi fa tutto da seduto (e molto comodi anche per chi sta in piedi!)
- Riporre gli indumenti e gli oggetti personali, perché gli armadi e i cassetti hanno apertura facilitata per chi non ha una buona presa e dispositivi per portare gli appendiabiti all'altezza della persona seduta, per chi si muove in carrozzina;
- Assistere chi ne ha bisogno, grazie ad un sollevatore fisso e uno mobile, ad un letto a movimentazione elettrica, agli ausili e adattamenti dei bagni che abbiamo elencato.

A cosa serve la casa facile?

Visitare o soggiornare nella casa facile serve soprattutto a vedere e provare le sue soluzioni di architettura e tecnologia: molto utile per farsi un'idea degli ausili che possono servire nella vita di ogni giorno e sperimentare nuove strategie per l'autonomia. È molto importante sapere che l'esperienza in casa facile è supportata da operatori specializzati - fisioterapisti dell'Unità Spinale - che danno la loro consulenza sia sulle tecnologie di ausilio sia, più in generale, sull'autonomia.

Chi può visitare la casa facile?

Per una semplice visita, la casa facile è aperta alle persone disabili, ai loro familiari e assistenti, e a tutti coloro che hanno interesse nelle soluzioni architettoniche e tecnologiche utili ad affrontare la vita quotidiana con una disabilità: operatori della riabilitazione e dell'assistenza, progettisti, amministratori di istituti per anziani e disabili, membri di associazioni volontarie, studenti.

Chi può soggiornare nella casa facile?

Trascorrere un periodo (da due giorni ad una settimana, secondo i casi) in casa facile è possibile per tutte le persone con lesione midollare o con altre disabilità cui interessa migliorare la propria autonomia o semplicemente vedere e provare soluzioni abitative accessibili.

IL CENTRO CONSULENZA AUSILI

Questo servizio è aperto anche all'utenza esterna che vi può accedere tramite impegnativa del medico di medicina generale (a costo zero). L'attività di questo servizio consiste nella divulgazione di informazioni nel settore degli ausili e di supporto professionale personalizzato alla persona disabile, ai suoi familiari e agli operatori che la hanno in carico nel momento di affrontare le prospettive di autonomia, o di miglioramento della qualità della vita. Vengono inoltre forniti suggerimenti sugli eventuali adattamenti necessari per rendere accessibile l'abitazione e incrementare l'autonomia domestica. Per i pazienti ricoverati le prestazioni del servizio rientrano nel programma riabilitativo. Il servizio dispone di una banca dati contenenti informazioni su:

- Ausili tecnici esistenti sul mercato
- Aziende produttrici, distributrici e rivenditrici di ausili
- Centri di ricerca o di informazione nel campo delle tecnologie di ausilio
- Idee su come risolvere vari problemi pratici della vita quotidiana
- Esperienze personali di utilizzo di ausili

Comprende inoltre una vasta biblioteca di articoli, manuali e strumenti di lavoro utili per

chiunque desideri approfondire le proprie competenze nel settore, sia come utilizzatore di ausili che come operatore, progettista o ricercatore.

CONCLUSIONI

Una mielolesione compromette, più o meno seriamente, le funzionalità dell'intero organismo, ad eccezione della vista, dell'udito, della parola e delle funzioni cosiddette corticali (pensare, ragionare, ricordare). Il paziente mieloleso non guarisce: infatti se per guarigione si intende il ritorno alle condizioni precedenti all'evento morboso, purtroppo la mielolesione è irreversibile e comporta una paralisi permanente. Si migliora il quadro clinico, si entra nella fase degli esiti, molte funzioni possono essere vicariate mediante opportuni trattamenti farmacologici, riabilitativi, ortesici e comportamentali. L'obiettivo della riabilitazione in questi casi non può essere ovviamente il ritorno alla normalità, bensì la conquista del massimo benessere e della massima autonomia, nonostante la paralisi. Il mieloleso, pensa molto, si informa, si confronta con altri mielolesi, fonda associazioni, propone che le barriere architettoniche vengano abbattute, chiede di avere una adeguata assistenza medico-riabilitativa, esige in altri termini, strutture e personale in grado di dare una risposta ai suoi molteplici problemi.

Il mieloleso se correttamente trattato, assistito e soprattutto **informato**, con il tempo riesce a riprendere una vita molto simile a quella precedente l'evento morboso: una vita collocata evidentemente in una dimensione completamente diversa da quella dei soggetti "normali"; ma che con questi ultimi, può tranquillamente interagire, a condizione che, da entrambi le parti, vi sia la volontà di superare quelle situazioni di difficoltà che inevitabilmente ostacolano la piena integrazione sociale del disabile mieloleso.

Una lesione del midollo spinale rappresenta una condizione di disabilità tra le più gravi, che pone spesso l'individuo ai margini della vita familiare, sociale e lavorativa. Non potrà mai esistere nessuna medicina, nessuna cura, nessun intervento riabilitativo che possa sostituire la cultura della "globalità della persona" che se coerentemente esercitata dalla società civile, consentirà alla persona con lesione midollare di esprimere sempre il massimo delle potenzialità che possiede.



Assistenza infermieristica e sindrome coronarica acuta

di **Alessandro Fumasoni***

LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI: EPIDEMIOLOGIA

Le malattie cardiovascolari rappresentano nel nostro Paese la prima causa di morte e la principale causa di malattia e invalidità: nel 2004 hanno provocato il 44% dei decessi, con circa 240 mila morti, in particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia. Non esiste una causa unica delle malattie cardiovascolari. Sono noti diversi fattori che aumentano il rischio di sviluppare la malattia e predispongono l'organismo ad ammalare. I più importanti sono: l'abitudine al fumo di sigaretta, il diabete, l'obesità, i valori elevati della colesterolemia, l'ipertensione arteriosa e la scarsa attività fisica, oltre alla familiarità alla malattia, all'età e al sesso. La prevenzione delle malattie cardiovascolari coincide in gran parte con gli sforzi della collettività per l'adozione di stili di vita salutari: alimentazione sana, esercizio fisico, non dipendenza dal fumo di tabacco (Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (Dimensioni del problema (2000), Ministero della Salute).

LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE (SCA)

Le sindromi coronariche acute (SCA) rappresentano un gruppo molto eterogeneo di manifestazioni cliniche di ischemia miocardica dovute al fenomeno di trombosi su placca aterosclerotica che si traduce in una condizione di occlusione coronaria, a carattere sia completo che incompleto e di durata intermittente o persistente (Pancaldi L.G. da Cardionursing 2005). Quando il processo di trombosi occlude completamente e per un intervallo di tempo prolungato il lume del vaso coronarico si realizza una ischemia miocardica transmurale a cui corrisponde un quadro clinico dell'infarto miocardico acuto ST sopraslivellato all'ECG (STEMI); quando invece il trombo intracoronarico non determina una occlusione completa e persistente si realizza il quadro clinico dell'angina instabile o dell'infarto miocardico senza ST sopraslivellato (NSTEMI), in relazione alla assenza o alla presenza di marcatori specifici di necrosi miocardica (troponina). Alla luce dei meccanismi fisiopatologici e ai quadri elettrocardiografici le SCA si classificano:

- SCA con sopraslivellamento persistente del tratto ST, a cui corrisponde l'ostruzione rapida, completa e persistente dell'arteria coronarica;
- SCA senza sopraslivellamento persistente di ST, in queste condizioni si verifica un'ostruzione parziale dell'arteria coronarica oppure una chiusura totale di breve durata del vaso; in queste persone raramente compaiono onde Q all'ECG, mentre possono presentarsi alterazioni persistenti



dell'onda T. Nelle SCA senza sopraslivellamento persistente di ST la diagnosi differenziale tra angina instabile e infarto miocardico sarà fatta in base al comportamento dei marcatori di necrosi (troponine e CK-MB): se sono negativi si porrà diagnosi di angina instabile, se sono invece positivi si diagnosticherà un IMA senza sopraslivellamento ST (in precedenza definito come IMA non Q o IMA subendocardico). L'IMA è stato al centro di una vera e propria rivoluzione culturale, culminata qualche anno fa, con una nuova definizione che ne ha allargato i confini a sindromi cliniche fino a quel momento diversamente classificate, e conseguentemente trattate, facendo confluire la stessa condizione di IMA in un ambito nosologico più vasto quale è quello della SCA (Pancaldi L.G. da Cardionursing 2005). Anche le Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), hanno subito una trasformazione radicale: da aree di degenza ad aree operative. Alla base del problema resta comunque la scelta strategica attualmente ritenuta più valida: quella di considerare l'UTIC una struttura ben definita ed organizzata in stretta correlazione con il territorio e con elevata qualità d'assistenza, alla quale affidare la completa gestione del paziente con SCA. Molti trial clinici controllati effettuati negli ultimi anni su strategie terapeutiche note o di nuova acquisizione per il trattamento dei pazienti con SCA hanno generato Linee Guida e indicazioni di Percorsi Diagnostico-Terapeutici che, per la loro realizzazione pratica, necessitano di una imprescindibile organizzazione sanitaria, senza la quale non è possibile ottenere risultati di documentata efficacia. La velocità della progressione dell'ischemia miocardica dal momento in cui si è instaurata e gli effetti irreversibili a cui si può giungere nel giro di poche ore impongono la necessità di elaborare una serie

di modelli organizzativi che tengano conto del contesto temporale ed ambientale in cui si può sviluppare l'attacco ischemico, del modo per raggiungere la persona, delle modalità per raggiungerne la diagnosi, operare una stratificazione prognostica e conseguentemente applicare nel più breve tempo possibile gli interventi terapeutici disponibili e necessari. Queste evidenze scientifiche devono portare a ritenere che una appropriata organizzazione sanitaria è già di per sé un trattamento raccomandato per la gestione di persone con angina instabile / infarto miocardico non ST elevato e per quelli con ST elevato, che deve essere omogeneamente disponibile ed accessibile su tutto il territorio nazionale (Bambi S. et al. 2005). Indagini epidemiologiche stimano che in Italia si verificano circa 160.000 STEMI/anno di cui poco meno della metà raggiunge l'ospedalizzazione; un impatto per numerosità quasi doppio hanno sulle strutture ospedaliere l'angina instabile e l'NSTEMI (Pancaldi L.G. 2005). Le SCA rappresentano pertanto l'emergenza medica a più elevata incidenza nella popolazione italiana ed un'importante causa di morte.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA AFFETTA DA SINDROME CORONARICA ACUTA IN UTIC

L'Unità Coronarica, nata negli anni Sessanta per trattare efficacemente le aritmie ventricolari nei pazienti con IMA con un atteggiamento attendista si è sempre più evoluta in una Terapia Intensiva, UTIC, per pazienti affetti da gravi patologie cardiologiche sviluppando un atteggiamento essenzialmente attivo ed in molti casi "aggressivo" (interventi farmacologici immediati, combinati, quando possibile per via venosa ed ad alte dosi) (Gervasio G., Tozzi Q., Cardionursing 2005). Le persone che vengono colpite da SCA infatti necessitano di cure

intensive in quanto presentano una patologia a carico delle arterie coronarie e vedono compromessa l'integrità della funzione cardiocircolatoria, funzione vitale ad alto rischio di sopravvivenza. Per cure intensive si intendono la terapia e la sorveglianza continua, precisa e coscienziosa, di quella persona che in seguito a gravi eventi patologici è stata danneggiata in ogni suo atteggiamento autonomo. (Restelli P. 2003) Per terapia intensiva si intende il recupero, il supporto ed il mantenimento delle funzioni vitali, che sono provvisoriamente e gravemente alterate. Le cure e la terapia intensive sono realizzabili in modo ottimale soltanto in reparti appositamente attrezzati: l'ambiente, il tipo di materiale e di attrezzature, il personale specializzato e tutto l'occorrente per il funzionamento di tale reparto costituiscono le basi per un'assistenza intensiva. (Restelli P. 2003) L'obiettivo iniziale è rappresentato dal ristabilimento e dal mantenimento di tutte le funzioni vitali, come quella respiratoria e cardiocircolatoria, tramite una terapia specifica che ne garantisce la conservazione. Il paziente critico è una persona di ogni età in una situazione di instabilità/criticità nel mantenimento delle funzioni vitali e alta complessità relazionale, che necessita di risposte assistenziali tempestive, intensive, globali e continue. (Aniarti 1999) L'assistenza ad un malato critico va pensata come una costante attenzione a tutti i suoi bisogni. L'infermiere in UTIC assiste la persona in condizioni critiche dal momento in cui si verifica la situazione di rischio, fino a quando la persona è ritenuta fuori pericolo, vale a dire in condizioni di relativa stabilità emodinamica. Le caratteristiche peculiari di tali utenti sono quelle di essere:

- Critiche, cioè persone che sono state e sono in condizioni di insufficienza acuta di un organo o

di un sistema con conseguente rischio per la vita; essi necessitano di osservazione continua e prestazioni personalizzate;

- Intensive, cioè persone ad alto bisogno assistenziale sia dal punto di vista tecnico, sia nei bisogni di base. (Restelli P. 2003) Queste categorie di persone sono caratterizzate da un'alta intensità sia assistenziale che tecnica; gli operatori in questo contesto si trovano a dover gestire una situazione di lavoro in cui urgenza ed emergenza non sono eccezione ma quotidianità.

L'infermiere deve pertanto sviluppare competenze specifiche, capacità organizzative ed essere particolarmente preparato a riconoscere precocemente segni e sintomi della persona e darvi risposte immediate e corrette al fine di garantire un'assistenza ottimale alla persona con reali o potenziali problemi che ne mettono in pericolo la vita. Si può affermare che l'assistenza infermieristica è quindi, dedicata e qualificata.

Le competenze specifiche sono correlate alle cause della malattia, al decorso dei primi giorni dopo l'evento acuto, ed ai bisogni nel periodo di stabilità. Nella fase acuta l'intensità dell'assistenza è condizionata dalla instabilità delle condizioni cardiorespiratorie e del monitoraggio delle funzioni coinvolte nella evoluzione del danno miocardico.

In particolare quest'ultimo aspetto è caratterizzato dalla verifica della sintomatologia riferita dal paziente, dal monitoraggio delle funzioni vitali e dalla verifica delle reazioni emotive e comportamentali per la recente malattia.

L'assistenza intensiva si avvale di apparecchiature speciali (ad esempio il monitoraggio continuo dei parametri vitali attraverso tecnologie hardware-software specifici), come indispensabile completamento per il controllo diretto del malato da parte dei medici e del personale infermieristico. Questi però non sono sostituibili in toto, perché è sempre ed ancora l'uomo e non la macchina a comprendere le modificazioni della persona ed a collaborare in maniera decisiva al riconoscimento di situazioni di pericolo.

RACCOLTA DATI

La raccolta dei dati e di informazioni costituisce la prima fase del processo di assistenza infermieristica; ha lo scopo di raccogliere e classificare in modo sistematico i dati al fine di identificare, sia i bisogni e i problemi del paziente, sia le sue capacità e risorse. Le informazioni non si limitano alla salute fisica e psichica attuale ma anche alle eventuali patologie pregresse o concomitanti che possono partecipare indirettamente allo scatenarsi di un quadro clinico di SCA. Quindi la presenza di fattori di rischio come l'ipercolesterolemia, il diabete, il sovrappeso, la storia familiare di

cardiopatia ischemica e l'abitudine al fumo deve essere presa in considerazione. Nella raccolta dati non va dimenticata anche la storia cardiologica pregressa: un pregresso IMA, un pregresso intervento di by-pass aorto-coronarico o di PTCA e la presenza di una coronaropatia multivascolare che identificano il paziente come a rischio di evoluzione sfavorevole.

Oltre una attenta "anamnesi" è necessaria una altresì attenta valutazione delle caratteristiche del dolore attraverso l'applicazione ripetuta di una scala di valutazione. L'approccio alla persona con dolore è uno dei momenti più importanti dell'attività di raccolta dati dell'infermiere. Infatti egli, "si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili" (Codice Deontologico 1999); egli dovrà indagare sulle caratteristiche del dolore, non per la diagnosi clinica (campo medico) ma per il beneficio del trattamento assistenziale. In merito a ciò dovrà discriminare:

- Intensità: l'infermiere potrà ipotizzare al malato di indicare su una scala da 0 (assenza di dolore) a 10 (massimo dolore immaginabile) il valore che attribuisce alla sua sensazione attraverso una scala VNS (visual numerical score);
- Tipo: solitamente il dolore anginoso è oppressivo, raramente trafittivo, il più delle volte viene descritto come una morsa o un peso;
- Localizzazione: non sempre la persona riferisce il classico dolore retrosternale irradiato al braccio ed al IV e V dito sinistro. Più frequentemente il dolore si manifesta senza irradiazione; oppure può irradiarsi ad entrambe le braccia. Altre volte ancora può manifestarsi in sede dorsale o come una costrizione in zona giugolare, mandibolare od in regione epigastrica. Nei soggetti anziani e nelle persone diabetiche l'ischemia può facilmente verificarsi senza dolore;
- Variazioni del dolore: il dolore anginoso è un dolore costante che non si modifica con gli atti del respiro o i movimenti nel letto. Se i sintomi si modificano con la respirazione, va valutata l'ipotesi che sia secondario a una pericardite o a una pleurite. Un dolore che si modifica con la digitopressione può essere imputato a problemi osteoarticolari;
- Sintomi associati: il dolore può essere associato a fenomeni neurovegetativi quali sudorazione, nausea. Particolare attenzione

deve essere posta alla presenza di dispnea, che potrebbe essere espressione di insufficienza cardiaca, che in alcuni casi può rapidamente evolvere verso un edema polmonare;

- Condizioni scatenanti: il dolore può comparire in rapporto a una crisi ipertensiva (la pressione arteriosa deve essere sempre e rapidamente valutata in ogni persona con dolore toracico) o durante una tachiaritmia (la frequenza cardiaca e il ritmo radiale devono essere rilevati sempre in attesa di eseguire l'elettrocardiogramma);
- Risposta ai farmaci somministrati: classicamente il dolore anginoso regredisce rapidamente dopo la somministrazione di nitroderivati (nitroglicerina o isosorbide dinitrato). Tendenzialmente già entro i primi due minuti il dolore inizia a regredire. Se il dolore non si modifica, e se sono presenti variazioni del tracciato ECG, la somministrazione di farmaci per via sublinguale può essere ripetuta a 5 minuti di distanza l'una dall'altra. Se dopo 3 somministrazioni per via sublinguale la situazione non migliora, si inizia la terapia endovenosa con infusione di nitroderivati.

Il dolore toracico può essere un sintomo che si ripresenta nelle prime giornate dell'IMA con relativa frequenza; solo la metà di questi si accompagna a segni elettrocardiografici.

STATO CLINICO E PARAMETRI VITALI:

Sono quell'insieme di funzioni fisiologiche indispensabili alla vita vegetativa dell'individuo che indicano la presenza di una condizione vitale e che possono essere quantificati con un'indicazione prognostica.

Una prima rilevazione clinica avviene attraverso l'osservazione della persona e l'attento monitoraggio dello stato di coscienza, della meccanica respiratoria, dello stato di perfusione periferico valutando la presenza di sudorazione, vasocostrizione e cianosi cutanea. Anche l'alterazione dello stato psicologico della persona, l'agitazione, l'ansia possono essere campanelli d'allarme di un'eventuale modificazione della situazione emodinamica. Questa prima fase di valutazione, deve avere un riscontro clinico che è reso possibile dal monitoraggio dei parametri come PA, FC, PVC, SpO₂, diuresi totale e oraria, FR e temperatura corporea. Questi sono

elementi fondamentali da tenere in considerazione nella valutazione iniziale e per tutta la durata della degenza in UTIC. Inizialmente la rilevazione è di tipo non invasivo per questo è importante che avvenga per più volte al giorno e con controlli ravvicinati; in seguito soprattutto se la situazione emodinamica risulta instabile il monitoraggio di questi parametri può diventare invasivo; in questo caso la rilevazione sarà più veloce e le eventuali alterazioni facilmente riconoscibili.

All'ingresso della persona in UTIC, essa viene sottoposta a un prelievo di sangue venoso per la valutazione dei marcatori di necrosi (CK-MB e troponine) e Proteina C Reattiva e lipoproteine LDL. Anche l'Emocromo è importante per escludere un'anemia che può essere la causa scatenante dell'angina e per escludere una piastrinopenia pericolosa nelle persone ricoverate che eseguono una terapia con eparina o con inibitori delle glicoproteine IIB/IIIA.

RISPOSTA AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

La terapia nella SCA ha l'obiettivo di alleviare i sintomi, ridurre i danni dell'occlusione, i rischi di complicanze o di progressione della malattia. L'infermiere ha un ruolo importante nella corretta applicazione delle prescrizioni che lo porta a collaborare col medico nel monitoraggio e verifica costante del processo terapeutico. (Restelli P. 2003)

Nel caso delle SCA l'attenzione deve essere rivolta in modo particolare ai farmaci che agiscono a livello della PA, FC e della diuresi; importante è il monitoraggio continuo della risposta alla loro assunzione o infusione e dei parametri emodinamici, perché la loro azione può essere accompagnata da effetti collaterali spiacevoli o addirittura pericolosi.

Una mancata risposta o una risposta amplificata al farmaco va segnalata immediatamente al medico.

Nel caso di risposta amplificata è importante:

Se il farmaco viene somministrato per via venosa l'immediata sospensione del farmaco;

Il monitoraggio emodinamico; la predisposizione del materiale e dei farmaci per eventuale urgenza.

Lo scopo principale dell'assistenza, che costituisce il compito vero e proprio dell'infermiere, è in primo luogo e sempre, la conservazione della vita dei pazienti a lui affidati. Accanto a questo vi sono anche obiettivi non vitali ma ugualmente importanti come il mantenimento, lo sviluppo e la rieducazione delle differenti funzioni fisiologiche impiegate nella vita quotidiana.

Per questo importante è altresì la valutazione delle capacità residue della persona ricoverata nel soddisfare i propri bisogni. La persona ricoverata in UTIC si trova infatti nell'incapacità di soddisfare da sola vari bisogni: pensiamo al fatto che per prescrizione medica rimane a letto almeno per le prime 24 ore (come indicato nelle Linee Guida ACC/AHA del 2004), la persona non è in grado di soddisfare i bisogni di vestirsi, di muoversi, di

essere pulita e di proteggere i tessuti cutanei, di evitare i pericoli.

Anche il bisogno di bere e mangiare è alterato: come indicato dalle LG ACC/AHA 2004, la persona dovrà seguire un regime alimentare diverso da quello che seguiva a casa sua proprio per non aggravare le condizioni di lavoro del cuore che ha avuto un importante evento patologico e anche quando andrà a casa dovrà modificare le sue abitudini alimentari se scorrette.

Soprattutto la persona sarà totalmente dipendente nel soddisfare il bisogno di eliminare in quanto nelle prime ore rimane a letto e sarà compito dell'infermiere aiutarla a soddisfare sia il bisogno di urinare e eliminare dopo aver raccolto i dati riferiti al soddisfacimento di questo bisogno prima del ricovero.

Concludendo, le misure assistenziali si riferiscono:

Al trattamento terapeutico che comprende tutte quelle tecniche, generali e specifiche, che devono essere applicate;

All'assistenza che corrisponde alla cura dei bisogni nella vita quotidiana del paziente;

All'assistenza psicologica rivolta sia al paziente che ai parenti.

I pazienti con SCA si presentano con un ampio spettro di manifestazioni clinico-strumentali; riconoscere precocemente quelli con alta probabilità di subire eventi cardiaci gravi, è una sfida importante che l'equipé multidisciplinare, tra cui il medico e l'infermiere, deve affrontare avendo a disposizione già in fase acuta elementi clinici e strumentali adeguati.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agostini V. (2006), Dolore toracico dal triage ai reparti di Cardiologia. Sessione: Dolore toracico dal triage ai reparti di Cardiologia. In: Atti del Convegno A.N.M.C.O. Cardionursing 2006, Firenze
- AA.VV., Manuale di Cardionursing, Uno strumento per l'assistenza infermieristica, Centro Scientifico Editore, Torino, 2005
- AA.VV., Manuale operativo infermieristico ragionato, Milano, Gissi (Gruppo Italiano Studio Sopravvivenza Insufficienza Cardiaca), Anmco (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri), Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", 2000
- Bambi S. et al., L'infermiere e il cuore, Le Sindromi coronariche acute, I Quaderni de L'infermiere, Federazione Nazionale Collegi IPASVI Supplemento de L'infermiere n.06/05 Luglio 2005
- Borgognoni C., Troiani S. (2005), Organizzazione dell'attività di nursing nell'ischemia miocardica acuta e ictus: analisi dell'esperienza rivolta all'identificazione dei profili di cura, Ictus, 2(2): 136-141
- Cecchin E., Maricchio R., Linee Guida diagnostico terapeutiche assistenziali riabilitative nella gestione del paziente coronaropatico nell'azienda n.5 Bassa Friulana. Percorso Assistenziale, Palmanova 2003
- De Biase A., Manuale pratico per Infermiere Professionale, Dipar-

timento Cardio-Toraco-Vascolare A. De Gasperis, Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda Milano edizione 2003

- Elliott M. Antman et al ACC/AHA Guidelines for the management of patients with ST elevation myocardial infarction - executive summary. College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Circulation 2004; 110:1-49
- Istituto Superiore di Sanità online, <http://www.iss.it>
- Mariotti R., Mauri F., Coordinatori delle Commissioni per le Linee Guida ANMCO-SIC: Antonio Barsotti, Gianfranco Mazzotta, Linee guida, Revisione ed aggiornamento delle linee guida sulla cardiopatia ischemica acuta. Infarto miocardico acuto, Ital Heart Journal Suppl 2001; 2 (5): 510-552
- Paruscio C., Disciplina di Infermieristica in Area Critica, Corso Integrato di Infermieristica Clinica IV, Anno Accademico 2006-2007, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano Bicocca, sezione di Sondrio, Materiale didattico inedito
- Restelli P., Assistenza intensiva: chi identifico più grave, 19° Corso di aggiornamento per infermieri in Cardiologia, Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare A. De Gasperis, Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda Milano, 25-27 Settembre 2003
- Riccio C. (2004), Il ruolo del nursing nella prevenzione cardiovascolare, Italian Heart Journal, 5(Suppl 8): 102S-109S
- Rossi Mason J., I numeri del cuore (2000), Quotidiano Scientifico Eclplanet (on-line), <http://eclplanet.com/canale/salute-7/cardiologia-76/0/0/14315/it>,
- Saino A., Disciplina di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Corso Integrato di Medicina Clinica Specialistica e Infermieristica in Medicina Clinica Specialistica: Anno Accademico 2005-2006, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano Bicocca, sezione di Sondrio, Materiale didattico inedito
- Siebens K., Moons P., De Geest Sabina, Miljoen Hielko, J. Drew Barbara, Vrints Christiaan, (2007) The role of nurses in a chest pain unit, European Journal of Cardiovascular Nursing xx xxx-xxx, doi:10.1016/j.ejcnurse.2007.01.095
- Tavazzi L., Chiariello M., Scherillo M, et al. Federazione Italiana di Cardiologia (ANMCO/SIC) (2002) Documento di consenso. Infarto miocardico acuto con St elevato persistente: verso un appropriato percorso diagnostico - terapeutico nella comunità. Italian Heart Journal Suppl 2002; 3:1127-64
- Yusuf S. on behalf of Interheart Study Investigation. Effects of potentially Modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 Countries: a -control study . Lancet 2004; 364:937-952

* Infermiere A.O. Lecco Consigliere IPASVI Sondrio



Giornate dell'orientamento



26 marzo 2009

In occasione della manifestazione che si è tenuta presso il polo fieristico di Morbegno, in data 26 e 27 marzo 2009, si è cercato di orientare gli studenti delle scuole superiori nella scelta del percorso di studi post-diploma, secondo le personali attitudini dei singoli e mettendo a disposizione le esperienze maturate durante il percorso formativo. La giornata è iniziata alle 8:30 e subito si è registrato un notevole interesse da parte degli studenti per il corso di laurea da noi proposto; supportati da materiale audiovisivo, cartaceo e con dimostrazioni pratiche, abbiamo cercato di trasmettere il ruolo, le mansioni e l'importanza che la nostra figura professionale, riveste all'interno della società. La presenza della Dottoressa Rosella Baraiolo, responsabile del corso di laurea in infermieristica di Sondrio ha fornito un contributo rilevante per eventuali dubbi e chiarimenti in merito alla facoltà. Nel corso della giornata abbiamo avuto l'occasione di riportare esperienze particolarmente formative vissute durante i vari tirocini, applicazione pratica di quanto appreso dalle lezioni.

Rivedendoci nei nostri giovani interlocutori, siamo rimasti soddisfatti di aver dato un contributo concreto per la scelta, così difficile quanto importante, che determinerà la loro vita futura.

Elaborato dagli studenti: Luongo Gianfrancesco, Gentile Filippo, Lo Giudice Vincenzo, Acquistapace Clara e Amico Natale Aurelio

Giornata del 27 marzo 2009

Nella giornata del 27 marzo 2009 presso il polo fieristico di Morbegno abbiamo partecipato al salone per l'orientamento Università e lavoro organizzato dalla provincia di Sondrio e dalla "rete di scuole" di Sondrio.

Alla manifestazione hanno partecipato gli studenti delle classi quarte e quinte di tutti gli istituti superiori della provincia notando da parte loro un notevole interesse per la professione infermieristica manifestatosi tramite la presentazione di molte domande a cui si è risposto in modo chiaro cercando di fornire le informazioni in relazione al loro livello e grado di conoscenza.

Abbiamo avuto la possibilità di allestire uno stand che è riuscito a suscitare la curiosità di diversi studenti ancora indecisi sul loro percorso formativo post-maturità, il tutto tramite l'utilizzo di filmati mirati sulla facoltà di medicina e chirurgia e l'uso di volantini volti alla presentazione della proposta formativa.

Si è avuta inoltre l'occasione di illustrare in maniera più esaustiva il corso di laurea in infermieristica ed in particolar modo la sede di Sondrio all'interno di un momento preciso della mattinata. Durante questo work shop la dott.ssa R.Baraiolo, coordinatrice della sezione valtellinese, e due studenti hanno presentato la loro offerta formativa ai maturandi che vi hanno partecipato accogliendo positivamente i vari interventi e suggerimenti.

Indubbiamente l'esperienza di questa giornata di presentazione universitaria ha permesso di chiarire moltissimi dubbi legati al proprio percorso formativo futuro garantendo una migliore limpidezza nelle informazioni.

Elaborato dagli studenti: Spina Davide, Maggio Leandro, Giugni Debora, Lombardini Cinzia e Giacomelli Nicola

Saggezze

Vi sono momenti in cui uno si trova nella necessità di scegliere fra il vivere la propria vita piena, intera, completa, o trascinare una falsa, vergognosa, degradante esistenza quale il mondo, nella sua grande ipocrisia, gli domanda. O. Wilde

la decisione presuppone una scelta, e una scelta significa una mente che oscilla tra questo e quello. Una mente che vede con chiarezza non ha scelta. Non decide, agisce. J. Krishnamurti

Non ci è permesso di scegliere la cornice del nostro destino, ma ciò che vi mettiamo dentro è nostro. D. Hammar skjold

Troppo ampia libertà di scelte concessa fin dalla prima adolescenza crea insicurezza e fragilità. R. Bertolini

Scegli la strada in salita: è quella che ti porterà alla felicità. J. Salem

Mentre compi la tua scelta nella vita, non dimenticarti di vivere. S. Johnson

Apertamente una significativa iniziativa sul territorio

di Stefano Medici*

Una iniziativa da imitare che risponde ai bisogni del territorio dove i giovani, in un ambiente discretamente vigilato, possono trovare il piacere di incontrarsi vicini ad altri ragazzi con disabilità che sanno rendere l'ambiente ancor più autentico e sicuro (n.d.r.)

“Con l'inizio di aprile, la Cooperativa Sociale San Michele di Tirano, che dal 2001 si occupa, fra le altre cose, di servizi a favore di persone disabili e in situazione di fragilità psicosociale, in collaborazione con l'Associazione Fiori di Sparta, ha dato l'avvio al Progetto “apertamente”, finanziato dalla Fondazione “Pro Valtellina” e con il patrocinio del Comune di Tirano, dell'Ufficio di Piano, della Pro Loco, dell'Oratorio Sacro Cuore.

L'iniziativa prevede l'apertura pomeridiana, dal lunedì al sabato, del chiosco del Parco San Michele a Madonna di Tirano, gestito da persone con disabilità lieve supportate da un educatore. Il progetto non vuole rispondere solo ai bisogni socio-relazionali del singolo, ma intende generare nell'immaginario collettivo una rappresentazione mentale innovativa della persona disabile, che da soggetto totalmente bisognoso di cura e elemento passi-



vo delle decisioni altrui, diventa autore/attore di una parte della propria esistenza e, con i dovuti supporti, produttore di scambi relazionali significativi.

Il chiosco, già a disposizione dei frequentatori del parco, verrà ufficialmente inaugurato il 2 maggio. Sono in programmazione, inoltre,

delle giornate di animazione, con eventi, giochi, feste, organizzate in collaborazione con l'Associazione Fiori di Sparta. Si ringraziano tutti i numerosi sponsor che hanno sostenuto (anche economicamente) l'iniziativa!”

* Direttore Cooperativa San Michele Tirano

PROGETTO DI SOSTEGNO ECONOMICO

Carissime amiche ed amici, carissimi sostenitori, una delle tappe principali del viaggio del Gennaio scorso è stata la Casa d'Accoglienza di Mazatenango “Santa Maria de Jèsus”.

Cos'è questa struttura? E' un luogo dove vengono ospitate bambine e ragazze provenienti da situazioni di grave disagio familiare e sociale, o peggio, perchè vittime di abusi e violenze di diversa natura e gravità.

L'età delle ospiti, attualmente, è compresa tra i 7 mesi (c'è una neonata con sua mamma) e i 18 anni. La Casa è ubicata nella periferia agricola della città di Mazatenango - Nord/Ovest del Guatemala, Costa del Sur, non lontana dall'Oceano Pacifico, prossima al confine col Messico - ed è immersa in un contesto ambientale molto ricco caratterizzato dal tipico verde brillante della foresta tropicale.

Questa casa è gestita e diretta dalle suore della Carità di Maria Immacolata, con le quali collaboriamo ormai da diversi anni e di cui conosciamo la serietà e l'affidabilità; in particolare vogliamo riferirci a Madre Antonietta Leon Coloma responsabile della struttura e nostra referente per questo tipo di progetto.

La situazione attuale

Nel Gennaio scorso abbiamo registrato una situazione di forte difficoltà per quanto attiene la gestione economica della Casa. Principalmente per due motivi: da un lato l'estrema precarietà nel garantire la continuità dell'appoggio finanziario di alcuni benefattori locali impegnati da anni a sostenere l'Hogar, negli ultimi tempi sempre meno disponibili; dall'altro, la presenza di 40 ospiti,

ad oggi numero massimo di soggetti ricevibili, ha comportato un aggravio nelle esigenze di ogni giorno e nei costi generali di funzionamento. Il resto l'ha causato la crisi economica generale i cui morsi si fanno sentire in misura molto più accentuata nei paesi cosiddetti poveri. Per cominciare a porre un rimedio a questa stretta le quattro suore lì assegnate conferiscono in una cassa comune il loro stipendio (1000 quetzal mensili pari a 100 euro circa) oltre ad uno stipendio straordinario conferito da Madre Antonietta e frutto del suo lavoro presso la fondazione C.F .C.A. (2.900 Quetzal mensili sono 290 euro circa).

Diminuzione delle entrate, conseguente aumento delle bambine ospiti rispetto agli anni passati, risultato: problemi. Problemi per quanto riguarda la mensa, ovvero la quantità e la qualità di cibo somministrato almeno tre volte al giorno, quest'anno decisamente impoverito. Problemi per quanto attiene la reperibilità del materiale necessario all'igiene personale; problemi nel reperire materiale didattico sufficiente per coprire i bisogni di tutte le ragazze le quali frequentano, a seconda dell'età, un preciso grado scolastico. Problemi nella manutenzione generale della Casa. Insomma, tanti problemi.

Gli obiettivi “minimi” che proponiamo per dare una mano a questa comunità.

Alcune cifre.

Questione mensa: con 0.50 euro si garantiscono tre pasti al giorno a una bambina, con 15.00 euro tre pasti al giorno per un mese, con 90.00 euro per sei mesi e con 180 euro per un anno.

L'obiettivo minimo che ci prefissiamo è di raggiungere il traguardo

di 7.000 euro nel corso del 2009 per poter continuare a garantire un'alimentazione decente a queste bambine e ragazze.

Questione scuola: con 0,15 euro si acquista una penna o una matita, con 0,05 euro un temperino, con 0,10 euro una gomma per cancellare, con 0,25 euro un quaderno di 40 pagine, con 0,35 euro un quaderno di 80 pagine, con 1,50 euro si acquista un libro di geografia e con 4,00 euro un libro di lettura.

Questione sanitaria: L'obiettivo “massimo” è di raggiungere 30.000 euro necessari per coprire i costi di funzionamento annuali della Casa (costi generali, trasporti, manutenzioni, scuola, vitto, alloggio, mensa, custode, varie ed eventuali...). Con 5 euro/ora si garantisce la presenza, due ore la settimana, di una infermiera per la realizzazione di un progetto di educazione sanitaria e i primi interventi sanitari che si potrebbero presentare.

Con 5,00 EURO SI PUÒ garantire ad una bambina un'ora con la psicologa Con 550,00 EURO si può garantire l'aiuto psicologico a tutte le bambine per un anno. Questo obiettivo è anche finalizzato a creare un circolo virtuoso tale per cui, con questo appoggio più oneroso, la comunità possa approntare in un futuro prossimo progetti che consentano di avviare forme di autofinanziamento come l'apertura di laboratori o di piccole attività commerciali. Per iniziare, ovviamente, serve un fondo che incoraggi l'impresa.

Si può aderire a questo progetto, con un contributo volontario, nelle seguenti forme: Versamento su ccp. 46330429 intestato a Ains onlus- c/o AISLeC, via Flarer n. 6 - 27100 Pavia Causale: Progetto Mazatenango
Grazie a tutti per l'attenzione e la collaborazione

“SUGLI SCI NESSUNO È NORMALE”: esempio di montagnaterapia

di Rosaria Fiori*



“Sugli sci nessuno è normale” è il titolo di un progetto riabilitativo in campo psichiatrico che è ormai giunto alla quarta edizione.

Nata circa sette anni fa come attività ricreativa proposta da alcuni colleghi educatori appassionati di sci e montagna ha ormai raggiunto un livello di vera e propria progettazione metodologicamente finalizzata al raggiungimento di risultati riabilitativi precisi.

La collaborazione con il Telemarkclub Malenco è stata fondamentale per avvicinare il mondo dello sci a quello del disagio mentale.

Il successo dell’iniziativa che ha visto un numero sempre crescente di adesioni e che per questo anno ha raggiunto le 75 presenze sulle piste dell’Alpe Palù rappresenta un punto fermo nella nostra progettualità riabilitativa.

L’ambiente montano nella sua complessità, si trasforma in uno strumento efficace, originale e metodologicamente coerente per affrontare il disagio psichico; si passa così dalla “montagna fattore e causa di patologia” alla “montagna strumento riabilitativo”.

La nostra esperienza è stata significativa ed interessante in quanto realizzata per pazienti con gravi patologie psichiatriche inseriti in esperienze di media-alta difficoltà (sci da discesa, ciaspole in neve fresca e forti pendii).

Una proposta lontana dai consueti circuiti riabilitativi sanitari, quindi fortemente aggregante in grado di favorire il contatto con realtà “esterne” al circuito psichiatrico (frequentazione delle piste da sci maestri ecc.); rappresentando così una strategia centrale per impedire lo stigma sociale a cui il paziente psichiatrico è spesso condannato.

La dimensione grupppale è fondamentale in tale intervento. Il gruppo diventa uno spazio dove è possibile sperimentare la solidarietà, la cooperazione, la relazione d’aiuto; dove sono condivisibili le emozioni, e sostenibili le paure, dove assieme è possibile indagare il confine di “dove posso arrivare” ed essere sostenuti nell’accettare l’idea che “di più non posso fare, per lo meno oggi”.

Ogni persona diventa un anello importanti all’interno del gruppo, impara ad affidarsi agli altri, siano essi accompagnatori o pazienti.

Tutto questo lavoro non avrebbe senso se non venisse costantemente considerato il binomio azione/emozione, emozione intesa come propria percezione di “esserci” in relazione con l’esterno e con gli altri. Emozioni “intime” favorite da quelle date dall’ambiente naturale, dalle sue asprezze e dalla sensazione di rimando che arrivano dal corpo stesso.

Proprio il corpo rappresenta un altro elemento centrale, quel corpo spesso abbandonato o negato nella patologia psichiatrica qui viene riscoperto, riappropriato, questo accade nel movimento, attraverso la fatica, nel misurarsi con gli elementi atmosferici, nel confronto con la verticalità, nella scoperta del raggiungimento di una meta.

E tutto questo accade in un ambiente naturale ricco di stimoli diversi dove ritmi e limiti vengono imposti,

qui la persona diventa parte di una realtà che scorre, che costringe ad acquisire conoscenze integranti, come l’orientamento, l’attrezzatura specifica, la meteo, la capacità osservativa, l’equilibrio ecc.

L’ambiente natura porta, quasi obbliga con naturalezza, a riscoprire la manualità, l’uso di sé in maniera compiuta, i rapporti con chi è lì in quel momento (la funzione di noi operatori , ad esempio, perde la propria importanza a favore del ruolo del Maestro di sci, della Guida Alpina o del Volontario CAI).

Una costante è rappresentata dalla riformulazione dei rapporti e referenze interne al gruppo, l’individuazione di persone che con il loro ruolo portino una competenza specifica, che non sia quella sanitaria; così la gerarchia interna la gruppo diventa nuova e specifica, venendosi a creare al contempo una sorta di vicinanza tra pazienti ed operatori (che, almeno in questa occasione, condividono un’esperienza egualitaria) e una riconosciuta e positiva “verticalità”

tra gruppo ed esperto.

Valore ed importanza a tale progetto è stata data dall’adesione sempre più imponente dei pazienti stessi e dal loro grado di soddisfazione.

Certezza oggi più che mai consolidata SUGLI SCI NESSUNO È NORMALE!

A conclusione di tale esperienza non rimane che ringraziare fortemente

quanti hanno creduto in tale progetto e che da anni lo sostengono economicamente; la PROVALTELLINA la COMUNITA’ MONTANA DI SONDRIO oltre la preziosa collaborazione con il TELEMARCLUB MALEMCO e i suoi splendidi volontari!

*Educatore Professionale CPM Poggiridenti

ATirano presso la Casa di Riposo, dopo l’inaugurazione ufficiale pronti da utilizzare i mini alloggi per anziani autosufficienti

Dopo un lavoro durato cinque anni, sabato 4 aprile scorso, alla presenza di S.E. il prefetto di Sondrio, del sindaco di Tirano e molte altre autorità, si è tenuta la cerimonia ufficiale di inaugurazione dei 18 mini-alloggi per anziani autosufficienti realizzati dalla Casa di Riposo Città di Tirano nell’edificio adiacente, l’ex istituto scolastico professionale (IPSIA), ubicato in via Bertacchi.

Dopo il taglio del nastro da parte del presidente Pietro Belottini, i 18 mini alloggi, strutturati per due persone, sono pronti ad ospitare un massimo di 36 anziani autosufficienti e/ parzialmente autosufficienti.

L’offerta è rivolta ad anziani che vogliono mantenere la propria autonomia, ma hanno bisogno al tempo stesso di una garanzia di aiuto in caso di bisogno; nei mini alloggi, infatti, gli ospiti avranno garantito il vitto, l’alloggio, l’assistenza grazie ad un sistema di allarme e alla reperibilità per tutte le 24 ore di un operatore; inoltre è disponibile la palestra e una biblioteca.

Per facilitare il collegamenti tra questo nuovo edificio e quelli del Pensionato è stato realizzato un tunnel sotto via Bertacchi; anche la cucina e la lavanderia sono state completamente ammodernate

In questo edificio completamente ristrutturato prende sede anche il nuovo e moderno Centro Diurno per un totale di 15 posti accreditati. Gli interessati ai minialloggi si devono rivolgere negli uffici della Casa di Riposo Città di Tirano Onlus, in via Bertacchi, 6 Telefono 0342/70.43.84 fax 0342/ 70.47.90 e-mail info@casadiriposotirano.191.it per prendere visione di tutto il regolamento e presentare la eventuale domanda di ammissione.

I mini alloggi sono destinati ad accogliere soggetti con le seguenti priorità: residenti nel comune di Tirano, nativi ed ex residenti nel comune di Tirano, residenti nel mandamento di Tirano, residenti in Lombardia, in Italia, nella U.E. e nella Confederazione Elvetica.

L’ammissione è subordinata all’accertamento e alle verifiche dell’ufficio inserimento dell’ente.

Nell’assegnazione dei posti la direzione terrà conto anche delle condizioni familiari dell’anziano, oltre che della presenza di una situazione di coppia (marito e moglie, fratelli o parenti entro il 2° grado).

Per quanto riguarda i costi, la retta mensile per i residenti è di 1.400,00 euro; i non residenti pagano 1.500,00 euro però dopo il terzo mese la retta viene equiparata a quella dei residenti.

In caso di disponibilità è possibile l’utilizzo del mini alloggio da parte di un solo utente previo versamento di una retta maggiorata. Queste le principali disposizioni contenute nel regolamento

che gli ospiti devono osservare. E’ partito anche un altro importante servizio; si tratta del Centro notturno integrato, ovvero un posto notte per ospiti bisognosi di appoggio per brevi periodi, coincidenti per esempio con un periodo di malattia o di assenza dei propri parenti in casa. Anche per questa possibilità bisogna rivolgersi alla Casa di riposo di Tirano.

La Casa di Riposo di Tirano, con questi mini alloggi arredati e accoglienti, offre una nuova possibilità a persone anziane che vogliono passare in tranquillità e sicurezza la vita di pensionato; consigliamo gli interessati, ma non solo, di visitare questa bella realtà che la Casa di riposo di Tirano ha realizzato.



Tante psicoterapie... verso "la psicoterapia"?!

di Daniela Pianta*

Cosa è la psicoterapia? quante e quali sono le psicoterapie? Come funziona la psicoterapia?

Credo siano domande che si pongono non solo le persone in generale, ma anche tanti operatori del mondo sanitario; sono domande che interessano sempre di più gli stessi psicoterapeuti, che sempre più cercano di confrontarsi, pur nelle diversità teoriche e metodologiche.

Sono domande "piccole", ma in realtà racchiudono complesse problematiche che nel corso di questi ultimi venti anni hanno subito molti cambiamenti sia in campo culturale, sia in campo scientifico.

Anche solo nel mio piccolo osservatorio di psicologa/psicoterapeuta, che opera però da più di ventinque anni, ho potuto verificare molti cambiamenti riguardo alle conoscenze e aspettative delle persone che a me si rivolgevano per una psicoterapia, passando da una completa ignoranza di cosa essa fosse fino a conoscenze così specialistiche – è la realtà dell'oggi, grazie alle maggiori conoscenze mutate dai mass media, nonché alle tante informazioni, più o meno esatte, che internet fornisce – da portare la persona a chiedermi quale fosse il tipo specifico di psicoterapia da me praticata.

Ma si può affermare che è già difficile dire esattamente che cosa sia la psicoterapia.

Molti si sono cimentati nel definirla, giungendo però a definizioni e risultati molto diversi.

Credo che questo sia da connettere con il fatto che la psicoterapia, anche se è praticata dall'uomo da tempo memorabile, come disciplina scientifica solo oggi sta cercando faticosamente di muovere i suoi primi passi.

Il fuoco è sempre esistito, ma solo ad un certo punto l'uomo ha compreso "come funziona", ed eventualmente ha imparato a riprodurlo.

Così è per la psicoterapia: essa è sempre esistita, e si è cercato anche di riprodurla, ma come essa veramente funzioni stiamo cercando di capirlo in questi ultimi cinquant'anni, e la pluralità di opinioni dimostra chiaramente che siamo ancora in uno stadio prescientifico!

Non dobbiamo stupirci di questo. Da secoli l'uomo ha utilizzato degli strumenti terapeutici di cui o non conosceva il funzionamento, o riteneva che fosse di un certo tipo, che poi veniva smentito dalle scoperte successive.

Sono molti gli esempi in medicina, pensiamo al salasso, la dieta idrica, il digiuno, ecc.

Erano strumenti potenti, e tra i pochi a disposizione, per cui venivano usati spesso indiscriminatamente, facendo peggiorare molti, ma migliorare alcuni.

Ad esempio il salasso, se faceva migliorare gli ipertesi e i policitemici, faceva peggiorare o morire gli anemici.

Ora, grazie ai progressi delle conoscenze mediche, possiamo usare queste terapie solo in quei pochi

casi in cui sono utili, salvando molte vite.

Possiamo cominciare a porre come sufficientemente buona la definizione di psicoterapia come quel tipo di trattamento che si realizza tramite il rapporto interpersonale, quindi con mezzi cosiddetti "psicologici".

Ma, per non cadere in una posizione dualista riguardo al rapporto corpo-mente, va detto che ogni modificazione psicologica si accompagna sempre ad una modificazione biologica (e questo in taluni casi è stato dimostrato anche da ricerche empiriche), per cui a rigore non avrebbe senso separare nettamente i trattamenti psicologici da quelli biologici o fisici.

Possono differire però i metodi con cui si intende operare un cambiamento, e per psicoterapia appunto si intende l'utilizzo di metodiche non direttamente biologiche, come ad esempio i farmaci.

Si deve qui aprire un argomento complesso e delicato: oggi sappiamo e riconosciamo che ogni intervento sanitario avviene sempre e inevitabilmente all'interno di una relazione psicologica più o meno consapevole, che lo condiziona a volte in modo massiccio; un influenzamento del paziente in senso lato avviene sempre in qualunque professione di aiuto (come, se è per questo, in qualunque rapporto interpersonale).

Questo tipo di condizionamento (attraverso parole, gesti, aspettative, concetti ed inconce, ecc.) viene definito effetto *placebo* (dal latino "compiacerò", "mi adeguerò"), ed è estremamente potente, tanto che ricerche controllate (appunto dal placebo) in più occasioni hanno faticato a mostrare ad esempio una differenza tra psicofarmaci efficaci e sostanze inerti della stessa forma e colore (cioè placebo), dato che l'impatto della relazione interpersonale era responsabile di gran parte della varianza.

La vera alternativa dunque, a rigore, non dovrebbe essere tra trattamenti psicologici e trattamenti biologici, ma tra "trattamenti psicologici in cui vengono utilizzate anche sostanze psicoattive" e "trattamenti psicologici in cui non vengono utilizzate sostanze psicoattive".

Così una delle definizioni possibili di psicoterapia è che essa è la disciplina che ha cercato di studiare, scomporre e utilizzare al meglio l'onnipresente effetto placebo.

Nella psicoterapia il terapeuta, non utilizzando sostanze psicoattive, ma "solo" attraverso la relazione terapeutica, favorisce il cambiamento verso la salute di quella persona che, ponendogli una domanda di aiuto, si è riconosciuta in uno stato di oggettivo e/o soggettivo malessere.

La psicoterapia utilizza il rapporto interpersonale come agente di cura, e il terapeuta ha il compito precipuo di essere attento, di prestare profonda attenzione proprio a tutte le possibili ripercussioni che ogni suo intervento può avere sul paziente, cioè sul suo funzionamento globa-

le, sui suoi comportamenti, sul suo benessere personale e sociale.

Il terapeuta, per quanto possibile, analizza e evidenzia quello che avviene nella relazione, riconoscendone tutti gli elementi suggestivi - che fortunatamente si verificano in ogni relazione significativa, altrimenti nessun effetto placebo si produrrebbe! -; espone al paziente quello che capisce o rileva di lui, dandogli così gli strumenti più utili per conoscere se stesso, rendersi autonomo, vivere e stare meglio.

Ma quante e quali psicoterapie esistono?

Se pensiamo alla psicoterapia come trattamento che cerca di studiare e utilizzare al meglio l'effetto placebo il primo esempio di utilizzo esplicito del rapporto interpersonale a scopi terapeutici si può dire sia rappresentato dall'ipnosi, che fiorì in Francia nel 1800.

Freud (1856-1939) apprese l'ipnosi da Charcot che la utilizzava regolarmente, essendo a quel tempo praticamente l'unica tecnica psicoterapeutica esistente.

Però Freud ben presto abbandonò quella tecnica, facendo così nascere la psicoanalisi, cioè il primo e più importante tipo di psicoterapia del 1900, che influenzò tutte le psicoterapie successive (o perché ne assorbirono aspetti, o per differenziarsene).

Freud, insoddisfatto dei risultati passeggeri dell'ipnosi, volle provare a raggiungere gli stessi effetti chiedendo ai pazienti, da svegli, le "associazioni libere", per ottenere in tal modo che essi ricordassero l'evento traumatico, che secondo lui era all'origine della malattia psichica.

La teoria e la tecnica psicoanalitiche, sia durante la vita di Freud, ma soprattutto dopo, si modificarono frammentandosi in mille scuole, al punto che oggi non esiste più la psicoanalisi, ma esistono molte psicoanalisi.

Da radici completamente diverse, nel 1913 con il manifesto di Watson (1878-1958), nacque un secondo movimento: il comportamentismo o behaviorismo (da *behavior*, comportamento) che in seguito si trasformò in terapia cognitivo-comportamentale o cognitiva.

Questo originale approccio prevedeva che solo il comportamento osservabile e misurabile potesse essere oggetto di studio, per cui si prescindeva dall'intrapsichico (e quindi anche dal concetto di inconscio, che era invece centrale in psicoanalisi).

Il comportamentismo dominò la psicologia sperimentale americana dagli anni 1930 agli anni 1960, mentre la psicologia clinica era dominata dalla psicoanalisi che incominciò a declinare dagli anni 1970.

Il paradigma comportamentista entrò in crisi negli anni 1960-70 quando avvenne la cosiddetta rivoluzione cognitiva, cioè la riscoperta della mediazione cognitiva (e di tutte le sue implicazioni) tra lo stimolo (S) e la risposta (R); la terapia cognitiva perciò analizzò e

studiò i vari schemi cognitivi, per poi correggere e modificare quelle credenze (o cognizioni) che si rivelavano patologiche per il paziente.

Esiste poi una cosiddetta "terza forza" del movimento psicoterapeutico, che si volle differenziare sia dalla psicoanalisi che dal cognitivismo, sviluppata dalla metà del 1900 negli Stati Uniti.

È l'approccio "umanistico-esperienziale" (chiamato pure, a volte, anche fenomenologico o esistenziale) che si pone in reazione all'approccio materialistico, oggettivante o scientifico, che in effetti si può dire accomuni sia la psicoanalisi che il comportamentismo.

Di questa terza forza si può citare quale principio caratterizzante il concetto di "autorealizzazione" e più in generale la sottolineatura di una maggiore fiducia nelle risorse innate dell'individuo, che lo spingono verso il miglioramento e la realizzazione delle proprie "potenzialità umane".

Probabilmente il maggiore esponente (e più conosciuto e seguito) della psicologia umanistica è stato C.Rogers (1902-1987), che ha fondato la "psicoterapia centrata sul cliente".

Non si può poi non citare la Psicoterapia Sistemica, che ha avuto una enorme diffusione in Italia a partire dagli anni 1970, per poi ridimensionarsi, soprattutto a livello teorico, dalla metà degli anni 1980.

È una psicoterapia che privilegia il lavoro con la famiglia, anziché col paziente singolo, e uno dei suoi filoni più caratterizzanti è rappresentato dalla scuola di Milano fondata dalla Selvini Palazzoli (1916-1999); la tecnica sistemica vuole osservare e analizzare specificamente le dinamiche, le transazioni tra i componenti di un sistema familiare, per poi modificarle attraverso determinate strategie comportamentali o verbali.

Come si può vedere – ho citato solo filoni fondamentali, ma in verità sono state classificate centinaia di diverse psicoterapie! – la materia è così complessa che non stupisce sia alquanto complicato orientarsi, per la persona che cerca un aiuto, ma pure per gli operatori sanitari (se non operano o si interessano specificamente di questo settore della salute).

Come conoscere e orientarsi in un settore così impegnativo, che può apparire talvolta confuso e confondente, vista la sua estrema complessità e la grande differenziazione dei vari approcci?

Trovo possibili sviluppi verso il chiarimento e la semplificazione di questa delicata materia nel lavoro di molti terapeuti e ricercatori che, negli ultimi venti anni, hanno sviluppato iniziative di confronto, provocando significativi progressi nella capacità di incontrarsi da parte di terapeuti di approcci in partenza molto diversi.

Così dal 1990 il movimento di terapia cognitiva e la psicoanalisi si sono molto avvicinati nello studio di aree di interesse comuni, come

la teoria dell'attaccamento di Bowlby.

Quel concetto che sembrava appartenere solo alla psicoanalisi – l'esistenza dell'inconscio – oggi è largamente condiviso (pur se nominato con linguaggi diversi)

Infatti un terapeuta che oggi affermasse che non esiste un funzionamento mentale al di fuori della consapevolezza farebbe la stessa figura di un medico che dicesse che il cuore non esiste.

Oggi i cognitivisti fanno a gara con gli psicoanalisti nel dare importanza all'inconscio; accade che vi siano molte più somiglianze tra certe scuole cognitive e psicoanalitiche, che tra scuole psicoanalitiche tra di loro!

Si è verificato un confronto e un avvicinamento anche tra sistemici e psicoanalisti quando, ad esempio, si è chiarito che la tecnica di "ridefinizione" dei sistemici non è così lontana dalla interpretazione degli psicoanalisti.

Emerge perciò con sempre maggior evidenza che non hanno più senso le classificazioni tradizionali, sia per gli sviluppi avvenuti all'interno di ogni singolo approccio, sia perché tutti gli approcci si sono influenzati reciprocamente.

Con questo non si intende che non vi siano differenze tra diversi modi di lavorare, anzi, vi sono differenze sostanziali, che meritano di essere sottolineate e conosciute, ma queste differenze spesso e volentieri non sono affatto quelle che sembrano, secondo certi luoghi comuni o stereotipi.

Si è scoperto che terapeuti con differenti posizioni teoriche poi operano, in realtà, in modi spesso simili, evidenziando così un forte scollamento tra la teoria e la clinica, cioè tra la teoria cui si aderisce e ciò che viene praticato realmente nel contatto con il paziente.

A mio giudizio – ampiamente suffragato dal lavoro e dalle prime indicazioni di tanti terapeuti che confrontano il loro modo di operare, pur da approcci teorici diversi, alla ricerca appassionata di ciò che "davvero" funziona nelle psicoterapie - la sfida della psicoterapia di oggi è quella di ritrovare con coerenza il nesso tra teoria e clinica.

E così non è escluso che in un lontano futuro, chiarendo vari fraintendimenti, superando vecchi steccati, si arrivi gradualmente a una teoria della psicoterapia "senza aggettivi": cioè non più analitica, sistemica, rogersiana, ecc., ma "psicoterapia" *tout court!*

Bibliografia essenziale:

• Paolo Migone "Problemi di psicoterapia. Alla ricerca del vero meccanismo di azione della psicoterapia" vari articoli sulla rivista *Il Ruolo Terapeutico* (anni 1998 / 2008)

Paolo Migone "Terapia psicoanalitica" *Seminari Franco Angeli editore.*

* psicologa psicoterapeuta Ambulatorio Psichiatrico Tirano D.S.M. Azienda Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna

Gruppo di lavoro infermieri area salute mentale Regione Lombardia

*“Il Futuro si costruisce
un giorno per volta”*

Dean Acheson

Il coordinamento dei Collegi IPASVI della Regione Lombardia, ha costituito una commissione infermieristica per l'area psichiatrica per ottemperare quanto previsto nel Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale (PRSM) e successivamente il DRG 17513 del 17 maggio 2004, in accordo con le successive determinazioni regionali Circolare 28/SAN del 20049.

Il gruppo di lavoro ha avuto il mandato di pensare le strategie, gli obiettivi e le azioni per la tutela della salute e dei diritti di cittadinanza delle persone affette da disturbi psichici.

Quest'organismo si è insediato dal mese di novembre 2006 (solo alcuni collegi hanno risposto affidando il mandato ad alcuni propri infermieri dell'area psichiatrica) ed ha mantenuto un incontro mensile sino ad oggi, in diverse sedi dei Collegi IPASVI Lombardi e relazioni continue attraverso il sistema informatico.

Gli obiettivi:

- Favorire la crescita professionale e culturale (*morale*) degli infermieri
- Promuovere iniziative d'informazione/aggiornamento con specifica attenzione alla modalità d'erogazione e qualità dell'assistenza fornita alle persone con disagio psichico nei vari contesti operativi
- Pubblicazione e diffusione di materiale informativo e documentazione di carattere scientifico inerente la pratica assistenziale psichiatrica
- Rappresentare gli infermieri nell'area psichiatrica per le questioni che riguardano: l'organizzazione del lavoro, i rapporti tra operatori e associazioni di familiari e del privato sociale, Enti pubblici, Ordini e Collegi Professionali, per problematiche inerenti alla pratica assistenziale in ambito psichiatrico
- Stabilire i rapporti con altre Associazioni di Categoria mediche, sanitarie e sociali legalmente costituite
- Collaborare con le autorità politiche e Amministrative della Regione Lombardia e delle Province e delle ASL/AO nella promozione e nello sviluppo d'iniziative di natura assistenziale e sociale atte a migliorare gli interventi a favore delle persone con disagio psichico
- Creare una biblioteca e un centro di documentazione della letteratura scientifica in materia d'assistenza psichiatrica
- Sostenere i diritti delle persone con disagio psichico.

Il gruppo ha inoltrato nei mesi di maggio e giugno 2007, a tutto il personale infermieristico della Salute Mentale della Regione Lombardia, un questionario con l'obiettivo di valutare alcune proposte formative per gli infermieri operanti nella Psichiatria e di raccogliere i dati qualitativi e numerici per la stesura di una mappa della realtà regionale. Tutte le iniziative vedranno coinvolte, con gli infermieri, le Istituzioni che governano la Sanità nella nostra Regione.

Nel mese di Luglio dell'anno in corso, una delegazione infermieristica del coordinamento, ha incontrato l'Assessore alla Sanità della Regione Lombardia Dott. Luciano Bresciani e alcuni componenti del tavolo tecnico del medesimo assessorato per chiedere una partecipazione attiva degli infermieri per programmare la formazione in salute mentale sul territorio lombardo. Nell'occasione, è stata

presentata la Commissione e consegnata una parziale documentazione desunta dall'elaborazione dei dati raccolti con il questionario di cui sopra.

Nell'anno in corso, altri due incontri con la Regione Lombardia nelle persone della Dott.ssa Pisapia, Dott.ssa Morganti e Dott.ssa Tridico, hanno consentito di raggiungere due obiettivi importanti:

- La presenza infermieristica ai tavoli tecnici per la formazione in area psichiatrica.
- La collaborazione e patrocinio della Regione Lombardia alla realizzazione del Convegno Regionale previsto per l'autunno prossimo la cui organizzazione, sarà curata dal gruppo di lavoro lombardo dell'area della salute mentale.

La commissione, dimostra la volontà dei Collegi Infermieri IPASVI, rappresentativi di oltre 52.000 professionisti, di impegnarsi nei confronti di un settore delicato come quello della Psichiatria dove sin ora la richiesta del nostro contributo è sempre stata marginale seppur risultiamo essere il punto nevralgico del sistema.

Il lavoro sin qui svolto, ha evidenziato una non omogenea distribuzione delle risorse con delle criticità rilevabili soprattutto nelle aree metropolitane. Altra preoccupazione, dopo alcuni drammatici eventi sentinella, è la procedura attuata in merito alla contenzione dei pazienti in agitazione psicomotoria, dove, alcune realtà, non utilizzano il protocollo ed il registro di contenzione. A tal fine stiamo svolgendo un'indagine accurata in tutti i Servizi Psichiatrici.

Stiamo inoltre analizzando con attenzione, la Delibera n°VIII/4221 del 28.02.2007 avente per oggetto il riordino della residenzialità psichiatrica; ad una prima analisi è palese l'esistenza di criticità in riferimento alla dotazione del personale assistenziale.

I programmi futuri riguarderanno lo studio di EVENTI FORMATIVI decentrati nelle Province Lombarde e un primo convegno a livello regionale. Infatti, dai questionari emerge la necessità di eventi formativi riguardanti la contenzione, la responsabilità professionale, la normativa vigente, la documentazione infermieristica e la formazione complementare e specialistica in psichiatria.

Prossimo incontro previsto in Regione Lombardia il 16 Giugno 2009 alle ore 14.30 per iniziare i lavori di organizzazione del Convegno Regionale nell'autunno dell'anno in corso e per una prima proposta sulla formazione infermieristica in psichiatria per i neo-assunti.

E' stato presentato una bozza del piano formativo dell'area infermieristica per i neo-assunti nel rispetto delle indicazioni previste nel Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale (PRSM) e successivamente il DRG 17513 del 17 maggio 2004, in accordo con le successive determinazioni regionali Circolare 28/SAN del 20049.

Il percorso formativo obbligatorio prevede la com-

presenza di altre figure professionali quali: psichiatra, psicologo, educatore, tecnico della riabilitazione psichiatrica che potrebbero essere individuati dagli organi preposti a tale scopo della Regione Lombardia.

Nel frattempo la DG Sanità ha individuato alcuni professionisti medici e sanitari che si integreranno nel gruppo di progetto per dare un apporto multi-professionale alle tematiche affrontate. Il gruppo di lavoro infermieristico ha ricevuto una griglia per l'individuazione degli obiettivi formativi del percorso formativo ed è stato invitato in data **del 30 settembre p.v. presso la DG Sanità** per un incontro di progettazione.

La griglia è stata articolata su diverse aree per:

- conoscere l'evoluzione dell'infermiere e dell'assistenza infermieristica in psichiatria
- conoscere il percorso storico e legislativo
- conoscere le principali patologie di interesse psichiatrico e relative strategie assistenziali
- conoscere le principali categorie psicofarmacologiche e loro interazione
- apprendere i fondamenti teorici che regolano la relazione terapeutica
- conoscere le principali tecniche di riabilitazione in psichiatria
- conoscere e sperimentare strumenti per l'attivazione di progetti assistenziali di Case Management psico-sociale

La griglia proposta accolta pienamente dalla Dott.ssa Moranti è ora al vaglio della Dott.ssa Pisapia e Dott.ssa Tridico. Successivamente saranno individuati i docenti e il progetto sarà inserito nel Piano Formativo Regionale per il 2009 e quindi inviato all'IREF per l'attuazione. Il Progetto pilota potrebbe essere avviato nei primi mesi del nuovo anno permettendo così la diffusione dello stesso all'interno delle aziende nel secondo semestre.

Il Corso di formazione con obiettivi e argomenti di cui si farà carico l'IREF e la scelta dei docenti, sono stati completati ed inviati in Regione Lombardia.

Il gruppo di lavoro ha evidenziato in Regione Lombardia, l'importanza che le A.O. si impegnino a realizzare almeno un corso all'anno.

Un altro obiettivo del gruppo di lavoro (gruppo itinerante) è l'organizzazione di un Convegno Regionale Infermieristico, per presentare il lavoro svolto sino ad oggi a tutti i colleghi infermieri della Regione Lombardia e dare l'avvio all'Associazione "Infermieri della Mente".

In data 4 Marzo 2009 la Direzione Generale per la Progettazione e Sviluppo Piani della Regione Lombardia nella persona della Dott.ssa Marina Moranti, ha chiesto al nostro gruppo di lavoro, l'individuazione di un referente che lo rappresenti negli incontri di progettazione operativa che si svolgeranno con IREF e con altri professionisti individuati dalla DG Sanità.

In data 9 Marzo 2009 il gruppo ha individuato Cesare Moro come re-

ferente per la parte tecnica in Regione Lombardia; Beatrice Mazzoleni (attuale coordinatore del gruppo) come referente politico.

La Regione Lombardia ha organizzato per il 25/3/2009 un incontro di progettazione e programmazione di dettaglio del corso di "formazione per gli infermieri psichiatrici" progettato dal gruppo di lavoro.

E' stato realizzato un grande obiettivo dal Gruppo di Lavoro Infermieri Lombardi/Area della Salute Mentale/ Psichiatria

Finalmente gli infermieri siedono ad un tavolo tecnico della Regione Lombardia per decidere sulla formazione infermieristica psichiatrica.

Il 25 Marzo u.s. è stato definitivamente approvato il Progetto Formativo per i neo-assunti realizzato dal gruppo di lavoro (vedi manifesto affisso) che avrà inizio ufficiale nel Mese di Maggio con la prima edizione, la seconda edizione è stata organizzata per l'autunno dell'anno in corso.

Il gruppo di lavoro ha ricevuto consensi unanimi in Regione per la concretezza dell'attività svolta in questi tre anni.

La Regione Lombardia si è resa disponibile a collaborare con il gruppo di lavoro per ogni tipo di iniziativa tendente a migliorare la qualità della formazione infermieristica nell'Area delle Salute Mentale/Psichiatria.

Il gruppo sta già lavorando per preparare un Convegno Regionale per presentare i risultati dell'attività svolta e per allargare la partecipazione degli infermieri lombardi.

Per qualsiasi informazione e chiarimento è possibile contattare le seguenti persone:

ERCOLE PIANI (Presidente Collegio IPASVI di Sondrio)

BEATRICE MAZZOLENI (Presidente del Collegio IPASVI di Bergamo) Coordinatore Gruppo Infermieri Area Psichiatrica Collegi IPASVI Lombardia presso il Collegio IPASVI di Milano-Lodi via Adige 20 - 20135 Milano telefono 02/59900154 Fax 02/55189977 www.ipasvimi.it o info@ipasvimi.it bea.mazzoleni@libero.it

CRISTINA FINARDI (Revisore dei Conti Collegio Ipasvi Milano) Infermiera con Funzioni di Coordinamento c/o SPDC Fatebenefratelli - Milano) www.ipasvimi.it o info@ipasvimi.it

CESARE MORO (Infermiere A.F.D. Area Salute Mentale A.O. Treviglio - BG) moro.cesare@libero.it

ANNAMARIA TANZI (Consigliere Collegio IPASVI PV) Infermiera c/o C.R.A. Comunità Torchietto - Tel. 0382/432808 annamaria.tanzi@alice.it

ANNA MARIA BERGONZI (Consigliera Collegio IPASVI PV) Infermiera A.F.D.-S.P.D.C. Pavia - Tel. 0382/501816 anna_maria_bergonzi@ospedali.pavia.it

MARIA GRAZIA CASTOLDI Infermiera C.P.S. Cuggiono (MI) - Tel. 029733478 - Fax 029733235 maria Grazia.castoldi@ao-legnano.it

MARIANO DE MATTIA Infermiere S.P.D.C. Iseo (BS) - Tel. 0309887272 - Fax 0309887373 Cellulare 3331728843 lambarena@hotmail.com

TOMANIN SANDRA Infermiera C.P.S. Cuggiono (MI) - Tel. 029733478 - Fax 029733235 leoeffe@alice.it sandra.tomanin@ao-legnano.it





ASSEMBLEA ANNUALE

12 MAGGIO 2009 - ore 16.00

Sala "Vitali" del Credito Valtellinese, Sondrio
Via delle Pergole 10

Gli infermieri

e



EMERGENCY

**Una presenza qualificata
ed una opportunità per i colleghi di sondrio**



Emergency è un'associazione indipendente e neutrale, nata a Milano nel 1994 per offrire assistenza medico-chirurgica gratuita e di elevata qualità alle vittime civili delle guerre, delle mine antiuomo e della povertà. Dal 1994 - anno della sua fondazione - a oggi, Emergency è intervenuta in 13 paesi; con i suoi 7 ospedali, 4 centri di riabilitazione, 55 centri sanitari, un centro di maternità e un 1 centro di cardiocirurgia.

**Emergency presenta
la propria attività
ed esperienza
agli Infermieri il 12 maggio
durante l'assemblea annuale**



Dalla sua fondazione a oggi, Emergency ha curato oltre 3 milioni di persone grazie al sostegno di moltissimi cittadini italiani: l'80% dei finanziamenti di Emergency arriva infatti da donazioni private che garantiscono la sua indipendenza.