

# Parliamone

Anno 21 - N. 1 - Gennaio 2011 - 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 Aldo Moro, 38 - 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

## Nel ricordo di Giuseppina Vanotti

di Ercole Andrea Piani

**L** nostro ultimo incontro è avvenuto poche ore prima che Giuseppina morisse, conservo un ricordo dolcissimo del tempo trascorso quel pomeriggio. Ero molto emozionato, perché sapevo che quella sarebbe stata l'ultima volta che l'avrei vista dopo un'amicizia che durava da 35 anni. Ho voluto ringraziarla per i tanti consigli e il sostegno che più volte ho sentito. Di quel pomeriggio ricordo come da subito, quasi fosse la necessità di "rubare tempo" si è parlato di Assistenza, di Dignità, di Rispetto e di come siano importanti anche gli ultimi attimi della vita. Certo la sua franchezza, come solito ma, ancor più in quella circostanza, ha liberato tutti i preconcetti e le maschere delle normali conversazioni.

Ci siamo trovati liberi di poter esprimere tutto senza nascondere nulla e, a fronte di alcune mie battute d'arresto, eccola incalzante con affermazioni e domande che riportavano all'autenticità. Ha saputo preparare tutto per la sua dipartita; ha scelto la foto che avrebbe dovuto ricordarla e mentre mi chiedeva l'impegno di parlare di Lei al suo funerale, quasi leg-

gendo la mia preoccupazione, diceva, riprendendo l'invito, che avrebbe comunque lottato sino alla fine.

Quando il torpore e la stanchezza stavano prendendo il sopravvento ancora mi chiedeva di ringraziare tutto lo Staff delle Cure palliative di Morbegno perché, come aggiunse: "Hanno saputo restituire dignità alla mia persona proprio ora che sto morendo".

Lasciandola le ho dato un timido bacio e mentre i miei occhi non nascondevano la commozione l'ho vista sorridere e sussurrando ha detto: "Sono serena".

Oggi a distanza di alcuni mesi eccomi quindi a ricordare l'Amica, la Collega, l'Insegnante, ma volendolo fare da Presidente del nostro Collegio è doveroso, da subito, evidenziare come Giuseppina Vanotti sia stata tra le più importanti testimoni della Nostra Professione. In molti sanno quale è stato l'impegno nella formazione di tanti Colleghi; il sacrificio della propria libertà per essere sempre presente di giorno alla Scuola per Infermieri Pro-

fessionali e il resto della giornata e la notte vissuto in convitto, sempre a disposizione di chi necessitava di aiuto e ripetizioni.

Ancora, alla chiusura della tanto amata Scuola di Sondalo, eccola chiamata a Sondrio ad avviare e a dirigere l'Ufficio di Formazione permanente aziendale, sempre presente nell'aggiornamento professionale dei colleghi.

Inoltre non si può tralasciare l'impegno nel nostro Collegio dove, come sempre ho sottolineato, avrebbe dovuto essere Lei la Presidente, ma insistette perché il Consiglio Direttivo nel 1990 incaricasse il sottoscritto.

Come non ricordare i tanti Consigli Direttivi di questi vent'anni, gli interventi, i suggerimenti e le critiche che Giuseppina ha fatto e tutto all'insegna della crescita professionale della nostra categoria.

*Un contributo sempre disinteressato e se oggi gli infermieri hanno una nuova sede devono molto anche al dono di quell'impegno gratuito, per il quale non ha mai voluto alcun rimborso e i Suoi soldi sono stati accantonati con quelli di altri, che hanno seguito il Suo*

esempio, per acquistare la nostra sede.

Per questo Suo encomiabile impegno, per la Sua disponibilità e per il Suo disinteresse il Consiglio Direttivo del Collegio ha voluto un segno tangibile di riconoscimento e, insieme all'Amministrazione Comunale di Faedo, abbiamo intitolato alla Sua memoria l'edificio scolastico di Faedo oggi sede della Formazione Universitaria Infermieristica.

Non so dirvi se Giuseppina avrebbe gradito questo riconoscimento, ma sono invece certo che sapere che un giorno un gruppo di pazienti psichiatrici avrebbero modellato tante piastrelle di creta per permettere poi ad un'artista di creare un'opera d'arte in Sua memoria Le avrebbe fatto piacere.

A noi tutti che abbiamo la "presunzione di curare" il suo insegnamento, così ricco di autentici richiami etici, sono certo è servito e servirà ancora nell'importante ruolo di confermare sempre che i Cittadini che si rivolgono a noi sono al centro delle nostre attenzioni.



## MORELLI: NON SOLO SANITÀ

di Stefano Rossattini\*



**È** con grande interesse che partecipo alla riflessione sul tema del recupero e della valorizzazione del "Villaggio Morelli" di Sondalo, riflessione che si è particolarmente elevata grazie al Convegno Internazionale che si è svolto il 15 e 16 ottobre scorso. Lo spazio che mi è offerto su questo numero di Parliamone mi offre l'occasione per riproporre alcune idee, ma prima di tutto per dare testimonianza del legame e della grande considerazione che ho per questa struttura ospedaliera.

Non nascondo certo i grandi problemi e le difficoltà che sono collegate ad un progetto di conservazione e di rilancio, sia della parte architettonica che della funzione sanitaria, ma sono pienamente convinto che non possano essere disgiunte. O meglio che sia impensabile poter riutilizzare, con tutto quello che comporta in termini di spesa, la ristrutturazione di tutti gli edifici esclusivamente per una destinazione ospedaliera. Quindi è necessario mettere a fuoco una pluralità di destinazioni che possano non solo convivere tra loro, ma addirittura creare sinergia. Il percorso può essere così individuato "conservazione, esposizione, ricerca, formazione e didattica, cura e assistenza, riabilitazione".

E' impensabile, direi offensivo, raccogliere proposte oscure ... come quella di apparta-

menti per turisti o roba del genere!

Allora ritengo che un primo punto fondamentale di un grande progetto europeo di rilancio del Morelli sia questo: **per recuperare è indispensabile trovare una destinazione significativa per ognuno dei padiglioni.** Questo permetterà di trovare i finanziamenti necessari, perchè così si entra nella logica dell'investimento che non è legato solo ad intenti di rendimento economico, ma a obiettivi di carattere culturale, formativo, turistico, ambientale ecc.

**Non solo sanità, ma anche... un grande Museo con varie sezioni.**

**Museo d'arte**

Milano e la Lombardia hanno un debito di riconoscenza da assolvere con il Morelli, perchè, forse a tutti non è noto, che il 6° e 7° padiglione furono utilizzati durante la seconda guerra mondiale come ricovero segreto di opere d'arte importantissime, provenienti da musei e collezioni private. Quando nell'estate del 1943 i depositi fino ad allora ritenuti sicuri per il patrimonio artistico corsero il rischio non solo delle razze, ma anche dei bombardamenti aerei su Milano e l'Italia del Nord, la posizione decentrata del Villaggio Morelli ed il fatto di essere un ospedale lo escludevano da questi pericoli. Allora centinaia di casse contenenti mobili, capolavori artigianali italiani, sculture rinascimentali, mummie egizie, maioliche, vetri artistici di Murano, quadri lombardi e veneti dal Rinascimento all'epoca contemporanea furono trasferiti e collocati nei sotterranei dei due padiglioni. I pezzi provenivano dalle Pinacoteche di Brera e Ambrosiana, dai Musei Civici del Castello Sforzesco, dalla Villa Reale, del Poldi Pezzoli, dal Museo teatrale della Scala, dall'Archivio storico civico, dalla Biblioteca Trivulziana, dai Palazzi Reale, Marino e Sormani, da molte collezioni private e chiese milanesi, dall'Accademia

### Le rubriche all'interno

Dedicato a Giuseppina	Pag. 3
Il nuovo Collegio	Pag. 7-8
La persona con problemi di alcool	Pag. 9
Segnalare l'incompetenza per salvaguardare il paziente	Pag. 10-11
Il disabile: questo sconosciuto	Pag. 12
17 novembre 1918: storia di una levatrice	Pag. 15-16

Continua dalla prima pagina

Carrara di Bergamo e dai musei bresciani. Alla fine del conflitto tutte le opere ritornarono ai legittimi proprietari, a differenza di quanto avvenne in altri luoghi.

Pensiamo a quante opere d'arte e di grande valore giacciono accantonate nei sotterranei di questi musei.

E' così assurdo pensare che almeno una parte possa essere ospitata al Morelli e, pur escludendone la proprietà, essere esposte a Sondalo per il godimento pubblico.

## Museo sulla cura della TBC nell'area alpina

Si può pensare a varie sezioni sulla storia della medicina, organizzazione ospedaliera, strumentari, tecnologie, documenti provenienti non solo dagli ex sanatori d'Italia, ma dalla Francia, Svizzera, Austria. C'è il rischio concreto, ormai purtroppo imminente, che tutto vada perduto, perchè sono passati ormai molti anni e soprattutto se ne stanno andando le persone che vi hanno lavorato e che conservano la memoria del valore che questo patrimonio ha avuto.

Nel riquadro un esempio sviluppato:

Penso ad un Museo vivo e moderno, non ad un deposito, che sia ad un tempo la testimonianza della storia dell'impegno e delle fatiche di tante persone (medici, infermieri, tecnici, suore, Camilliani, amministrativi, operai, giardinieri...e ammalati) ed ad una modalità per ricordare che la tubercolosi è tutt'oggi nel mondo una delle malattie più diffuse e che miete centinaia di migliaia di morti ogni anno.

Ricordare degnamente "il patrimonio umano", chi ha lavorato per costruire il Villaggio, chi si è impegnato per curare e assistere, chi tra quelle mura ha sofferto trova una degna destinazione nel mettere una parte della struttura a servizio della formazione degli operatori sanitari dei Paesi dove la TBC rappresenta uno dei principali problemi sanitari.

Non è pensabile che il patrimonio scientifico che il Villaggio Morelli ha rappresentato non solo in Italia, ma nel mondo vada disperso. Se grande è stato il contributo del Villaggio Morelli, altrettanto grande deve essere il progetto e il disegno di una sua valorizzazione. L'errore più grave è ragionare in piccolo. Cercando l'elemosina agli Enti che fanno del risparmio il loro obiettivo fondamentale, non se ne ricaverà che dei palliativi.

Se mi verrà concesso uno spazio nei prossimi numeri, vi proporrò riflessioni sugli altri aspetti, ben lieto di ascoltare critiche, contributi e suggerimenti.

\* **Stefano Rossattini**

**Stefano Rossattini** è stato il primo Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Morelli di Sondalo, a partire dal primo gennaio 1995. Precedentemente ha ricoperto il ruolo

### Sezione dedicata al clima montano: la cura del sole

*Fanno la cura della sdraio. Io avevo oggi libera uscita... Altrimenti sto anch'io coricato sul balcone.*

**Thomas Mann,**  
*La montagna incantata*

Riposo all'aria aperta, le cure elioterapiche accompagnate da un corretto regime alimentare, un blando esercizio fisico, durante la convalescenza erano ritenute alla base del trattamento terapeutico sanatoriale. La vita quotidiana del paziente trascorreva disciplinata da regole e orari che contemplavano una serie di appuntamenti fissi con luoghi e oggetti simbolo della permanenza in sanatorio. Le cure d'aria e di sole giornaliere prevedevano diverse ore di riposo in veranda. Queste ultime potevano trovarsi davanti alle camere da letto, appoggiate all'edificio principale oppure situate ad una certa distanza dal dormitorio. In ogni caso dovevano essere orientate verso sud in modo da permettere la massima esposizione ai raggi del sole durante le ore più calde della giornata.

Le verande dovevano essere chiuse posteriormente e chiudibili ai lati, ampiamente aperte anteriormente e protette da tende. L'altezza sarà di metri 3.20-3.50, lo spazio per ogni lettino di metri 1.20; una profondità di metri 3 è sufficiente per proteggere intemperie. Le verande difendevano i degenti dalle intemperie, ma non li proteggevano dagli sguardi indiscreti dei sorveglianti: "Fu sostenuto che alcuni tipi di veranda si prestano più facilmente per la sorveglianza, necessaria al mantenimento della disciplina. Certo, anche il miglior ammalato se non è costantemente sorvegliato, tende a sottrarsi alle modalità della cura in veranda con danno per se stesso e disturbo e cattivo esempio per gli altri. Dall'esperienza fatta siamo però convinti come per il normale svolgimento della cura in veranda sia necessaria l'opera di persuasione del medico e la sorveglianza sua personale o fatta direttamente o in parte a mezzo di personale a ciò adibito; contare sulla sorveglianza che può essere fatta saltuariamente da personale adibito ad altri servizi, significa lasciare gli ammalati in balia di se stessi. Ammesso questo, poco divario corre fra l'uno e l'altro tipo di veranda".

F. Stroppa,

*Appunti di tecnica sanatoriale*

### Altre sezioni che possono essere sviluppate

**Sezione dedicata alle architetture dei sanatori**

**Sezione filmica-iconografica**

**Sezione dedicata allo strumentario e alla tecnologia**

**Sezione medica scientifica:**

- la cura della TBC nel tempo passato
- la cura della TBC oggi
- statistica

di amministratore straordinario delle USSL di Sondrio e di Tirano. Successivamente ha diretto l'ASL e gli Ospedali Riuniti di Bergamo. E' stato per tre anni Presidente della Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO). Ha insegnato per molti anni nei Corsi di Formazione per Infermieri Professionali. Collabora, come nel passato, con l'IPASVI in tema di aggiornamento. E' autore del libro "Un Villaggio straordinario" edito da Litostampa srl nel dicembre 2002, dedicato alla storia del Sanatorio Morelli che tratta dei seguenti aspetti:

- Tubercolosi. La malattia e la cura nella storia
- Questione del clima nella scelta di localizzazione dei sanatori
- I sanatori in Valtellina
- La figura di Eugenio Morelli
- La Valtellina tra la prima e la seconda guerra mondiale
- La legge sull'assicurazione obbligatoria

contro la TBC ed il piano di costruzione dei sanatori in Italia

- Il Villaggio: la costruzione, l'avvio e il funzionamento
- L'attività assistenziale al Villaggio Sanatoriale dal 1946 al 1965
- La ricerca scientifica nel Villaggio
- La popolazione del Villaggio e le sue esigenze
- Caratteristiche tecniche e ambientali del Villaggio
- Relazioni sanitarie
- La vita nel Villaggio attraverso nove interviste di persone che hanno vissuto al Morelli
- Il Villaggio Sanatoriale attraverso la stampa locale.

Seguono poi dodici schede su personaggi fondamentali e tematiche importanti nella vita e storia del Villaggio Morelli, tra le quali quella che segue.

compagne e la conoscenza di Luigi, operaio specializzato, a sua volta ricoverato, le conferiscono una nuova coscienza di sé e l'attirano verso l'avventura sentimentale, dimenticando per un attimo la sua duplice condizione di sfruttata, sul lavoro e in famiglia. Durante il soggiorno la donna ha finalmente il tempo di pensare a se stessa, coltivare la lettura, farsi bella e innamorarsi.

L'avventura non si conclude per l'intervento dei familiari e per la dimissione dal luogo di cura. Con molta tristezza Clara viaggia verso casa: l'attende di nuovo un lavoro gravoso e un ménage umiliante.

E' un'opera che si guarda con un criterio ideologico abbastanza abusato (quello della storia che non regge al corso degli eventi e degli anni) ma non è affatto un film invecchiato male, o nato già vecchio.

Il personaggio di Clara (notevole l'empatia popolare della brasiliana Florinda Bolkan

con un personaggio femminile tanto "italiano") cerca una via di fuga proprio, mentre nella sua vita aleggia un costante referente di morte, e si sente perduta, o magari ritrovata. Ha un marito imbarazzante (Salvadori) e la realtà della malattia le appare meno traumatica della sua comune vita quotidiana e coniugale.

Ci sono momenti di grande riflessione, altri stancamente retrospettivi, veri ma anche una grande commozione che prende alla gola e non si libera quasi mai dello spettatore.

E' uno spettacolo tetro, che non incute speranza, a tratti autocompassionevole. Ha il sapore neutrale di un grande film incompiuto, e a noi resta solo radiografare la vicenda di Clara per poi tornare tranquillamente alla nostra... splendida la presenza di Adriana Asti, piccola parte per un giovanissimo (il ragazzo del treno) Christian De Sica.

## Omicidio al Villaggio

Era il 22 maggio 1957. Una serata tranquilla, da poco c'era stato il passaggio delle consegne al personale che si apprestava a fare il turno di notte. L'ausiliaria Maria Elisabetta Simonelli, iniziava il suo giro nei reparti, per controllare che tutto andasse bene, e perché no, anche per augurare la buona notte ai quei tanti pazienti che potevano avere parole di conforto solo da lei. Ma quella sera, per Maria Elisabetta iniziava il suo ultimo giro, il conforto che per tante notti aveva rivolto ai suoi amici pazienti, forse fu frainteso, e uno di loro, un tal Leone, magari segretamente innamorato, l'aspettava per avere qualcosa di più di semplici parole.

Leone l'aspettava, ma non con dei fiori, forse sapeva già che Maria Elisabetta avrebbe rifiutato qualsiasi sua richiesta di prova d'amore, e così invece di fiori l'accorse con un pugnale che infierì più volte nel corpo dell'amica ausiliaria. Le grida della giovane avevano svegliato tutto il 5° padiglione, e tutte le colleghe si prodigarono a correrle in aiuto. Tra queste l'infermiera Maria Alessandria per prima arrivò nel bagno dove la brutale forza omicida non aveva ancora finito di colpire. Purtroppo anche per lei, che con grande coraggio aveva affrontato l'assassino per difendere la collega, il pugnale non ebbe pietà. In seguito a questo fatto, l'INPS istituì presso il Villaggio Morelli la Scuola per Infermiere che venne dedicata a "Maria Elisabetta Simonelli e Maria Alessandria".

**Testo autografo del testamento di Maria Alessandria, stilato pochi mesi prima della morte.**

*"Al Signor notaio di Sondalo  
Non essendo sicura del mio domani, desidero esprimere le mie ultime volontà e che queste siano rispettate.*

*I La mia roba di vestiario desidero venga data ad una infermiera orfana come me.*

*II Che il mio seppellimento venga fatto nel cimitero vecchio di Sondalo, se muoio qui.*

*III Che il funerale si faccia dalle ore 14 alle 16 così le colleghe possono parteciparvi senza detrarre la loro opera dal servizio".*

*In fede Alessandria Maria  
li 3/1/57*



**Critica**  
"Nel chiuso universo della 'famiglia', De Sica

ritrova la vena borghese, delicata e amara. Si chiude l'arco di una lunga parabola che ha avuto alti e bassi, deviazioni e pentimenti, superficialità e l'incanto di un cinema scoperto proprio nella sua matrice diretta e autentica." (G. Turroni, in "Vittorio De Sica", Bianco e Nero, 1975)

**Note**

- Premiata al XIX Festival Karlovy Vary. - David di Donatello 1973 Premio Europeo a Vittorio De Sica; Nastro d'Argento 1974 ad Adriana Asti come migliore attrice non protagonista. - Girato negli studi Icet-De Paolis di Milano. Esterni a Milano e dintorni E A Sondalo (So).

## Una breve vacanza

**Regista:** Vittorio De Sica

**Genere:** Drammatico | Romantico

**Trama**

Clara Mataro, una donna di origine calabrese, sposata al conterraneo Franco, madre di tre figli e operaia in una grande fabbrica del milanese, è costretta a mantenere stentatamente la suocera, il cognato e tutta la propria famiglia, poiché il marito è momentaneamente invalido per un incidente a una gamba. La salute di Clara, già fragile, vacilla insieme al suo morale. Stimolata dalle compagne di lavoro, si fa visitare: la mutua le prescrive il sanatorio perchè ammalata di tubercolosi e viene inviata presso il sanatorio di Sondalo, splendida località della Valtellina, per un periodo di cura.

Mentre la piacevole "vacanza" le restituisce salute e forze, l'esempio delle emancipate

## Lettera della Ex Direttrice della Scuola Infermieri Professionali di Sondalo

di Lamberti Mirella\*

**P**arlare in sintesi di una persona con la quale si sono condivisi oltre venti anni (1974/1997) di collaborazione e di esperienza umana e professionale, certamente non è cosa facile.

Ho conosciuto Giuseppina Vanotti nel 1974, quando fui chiamata a dirigere la Scuola Infermieri di Sondalo.

Erano quelli anni di grandi cambiamenti nel campo della sanità ed il Sanatorio si stava trasformando da Struttura Monospecialistica in Ospedale Generale.

Anche la Scuola Infermieri, fondata nel 1962 dall'INPS, passava sotto la competenza regionale e doveva inserirsi nel nuovo contesto divenendo un centro molto dinamico che oltre alla formazione di base di nuovi allievi, doveva attivarsi per la formazione continua degli operatori già in servizio.

Questa sfida richiedeva alla Scuola la presenza di operatori didattici dotati di grande versatilità. Giuseppina Vanotti in questo contesto fu all'altezza del compito e, mettendo in risalto le sue caratteristiche individuali, e capacità didattiche, dedicò alla formazione infermieristica tutta la sua vita.

Il suo dinamismo e la sua vivacità erano sempre molto coinvolgenti ed a volte era difficile starle al passo.

Certamente non mancavano i momenti di acceso confronto utili a favorire la riflessione sulle problematiche da affrontare.

Instancabile e leale, si proiettava sempre in avanti, non perdeva occasione per aggiornarsi, per poter a sua volta aggiornare altro personale ed allievi infermieri con i quali era sempre esigente ma altrettanto sempre disposta alla comprensione ed all'aiuto.

I valori etici e morali erano alla base della sua personalità e testimoniavano in tal modo il profilo di Infermiera Professionista e non "mestierante", mettendo sempre al centro dell'operare la "Persona" con le sue molteplici esigenze e valo-

ri, un profilo che si racchiudeva nel motto della scuola: "SCIENZA, TECNICA, UMANITÀ". A Giusi voglio esprimere pubblicamente tutto il mio "sentire", il mio apprezzamento, la mia profonda stima ed amicizia che in tanti anni di stretta collaborazione si sono sviluppati e consolidati.

Un grazie grande grande, scusandomi con Lei per tutte le volte che l'ho solo sussurrato o non espresso nel momento opportuno: grazie al Collegio IPASVI che mi ha dato questa possibilità.

Questa occasione mi permette, inoltre, di esprimere con emozione la condivisione della posa della targa a ricordo di Giuseppina Vanotti al cui esempio anche i giovani Infermieri, sono certa, potranno ispirarsi.

Come ex Direttrice della Scuola Infermieri di Sondalo esprimo anche il mio plauso al Collegio IPASVI, ed in particolare al suo Presidente Ercole Piani, per questa iniziativa permeata di alto senso umano e capacità di valorizzare la Professione Infermieristica.

\* Già direttrice Scuola infermieri professionali Sondalo



## SPIRITO, ARTE, DOTTRINA elementi essenziali dell'assistenza

Dr.ssa Rosella Baraiolo\*

**P**uò destare una speciale attenzione quanto riportato nel DM 30 settembre 1938 "Approvazione dei programmi d'insegnamento e di esame per le Scuole convitto professionali per infermiere e per le scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici". Al III punto del programma di insegnamento per Infermiera Professionale infatti, all'interno della materia di "Elementi di

etica ed organizzazione professionale", nell'elenco dei contenuti, al numero 3) si ritrova "Elementi essenziali dell'assistenza (spirito, arte, dottrina). Anche per chi non ricorda quanto fosse lungo e articolato il programma di insegnamento di allora, pare poter scorgere come in questo punto si volesse sintetizzare il senso di tutta la preparazione dell'infermiera. Evoca certamente un omaggio a Florence Nightingale, di cui viene spesso riferita la celebre frase: "L'assistenza è un'arte; e se deve essere realizzata come un'arte, richiede una devozione totale ed una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore; con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano il tempio dello spirito di Dio. È una delle Belle Arti."

Tuttavia all'interno del corposo programma, rigoroso certamente, in quanto questo era lo stile della normativa in epoca fascista, potrebbe anche rappresentare un investimento alla libertà di arte, spirito e dottrina delle future infermiere.

È suggestivo pensare che gli elementi essenziali appartengono a sé stessi, sono interiorizzati e poi espressi in termini di competenza, difficilmente descrivibili in modo oggettivo, intangibili ma fortemente percepiti quando presenti, e viceversa lasciano un senso di limitatezza quando assenti. Come trasmettere e far acquisire spirito, arte e dottrina, come verificare che tale parte essenziale dell'assistenza

fosse presente nelle infermiere diplomate. Non si tratta di una divisa che si mette e si toglie, sembra più adeguato rappresentare una sorta di una seconda pelle, che diviene perenne. Questo sembra essere la preoccupazione educativa che emerge. Gli estensori del programma di formazione infermieristica si trovavano di fatto nella medesima difficoltà in cui si possono trovare anche i formatori attuali, con i giovani aspiranti alla professione infermieristica. La valenza positiva dei termini rimanda all'espressione che essere infermiere è diverso che fare l'infermiere. Se è vero che infermieri non si nasce, tanto più è mandato delle sedi formative adottare percorsi nei quali la consapevole assunzione della responsabilità dell'assistenza infermieristica vada ben oltre all'addestramento a tecniche e metodologie. Divenire professionista non consiste nell'accumulare una massa estesa di conoscenze, in cui viene privilegiato il nozionismo e le abilità mnemoniche. Non è nemmeno un apprendimento per imitazione di ciò che si osserva in ambito di tirocinio e nella realtà sul campo. È ormai consolidato un concetto di competenza inteso come un continuo integrarsi di entrambi questi aspetti, per giungere a dominare efficacemente un campo di fenomeni della realtà umana. Per l'assistenza infermieristica l'espressione dei bisogni, e il loro accertamento, la definizione e codificazione in seguito ad un rigoroso processo diagnostico, la scelta di interventi sostenuti da prove di efficacia, la valutazione in termini di obiettivi misurabili dei risultati ottenibili. Nel triennio di Laurea è l'attività tutoriale che ha lo scopo di condurre lo studente ad avere la piena consapevolezza dell'impegno che tutto questo comporta, ad avere prima ancora delle abilità operative, la capacità di autovalutazione della propria competenza, del sentire se lo spirito, l'arte e la dottrina gli appartengono. Ovviamente il senso attuale di questi tre termini può essere differente da come venivano intesi negli anni '30. Certamente si prestano a molteplici interpretazioni, si vorrebbe non cadessero nell'oblio, e che anche oggi fosse proponibile uno spirito, un'arte e una dottrina che accomuna tutti gli infermieri. C'è bisogno di mantenere uno spirito aperto, perfino costantemente sereno, per una professione che è in continua crescita e sa dare risposte sempre più appropriate ai problemi di salute che si pongono; c'è l'esigenza di seguire l'ampliamento dello stare vicino alle persone anche nelle dimensioni dell'espressione culturale e della creatività umana; c'è necessità di trasformare le dimostrazioni scientifiche in quotidiana rilevante assistenza infermieristica.

Dovremmo ricordare che una persona ci ha già dimostrato che è possibile apprendere gli elementi essenziali dell'assistenza, era Giuseppina Vanotti.

Coordinatore - Corso di Laurea in Infermieristica  
Università degli Studi di Milano-Bicocca  
Sezione di Corso A.O. Valtellina e Valchiavenna Sondrio

## Ricordando Giuseppina: Argillart a Tirano

di Michele Falciani\*

L'ARTE di manipolare la terra.

**Vieni, vieni via con me....** Entra in un paese di terra e acqua, modelleremo il fango, ci sporcheremo le mani per esprimerci, ma anche perché abbiamo bisogno di riappacificarci con la nostra anima e con il mondo.

**Vieni via con me...** conosciamoci e insieme conquistiamo un modo nuovo di stare vicini, con le possibilità che il fango offre asciugando con l'aria in terra secca e poi cotta con il fuoco. Comunicando in modo spontaneo la nostra gioia nel plasmare.

La vita è stata creata dando forma al fango... Oggi siamo uniti in un progetto. Lavoriamo fianco a fianco aiutandoci e mettendo a frutto l'esperienza. Io sono il mondo. Realizzo una piastrella, sono cosciente di cosa faccio, partecipo al gruppo per realizzare un pannello commemorativo. Per ricordare, per amare. So che il mio tassello quadrato farà parte di un insieme, io sarò là presente con il mio segno, visibile e tangibile. Quello che non si vede lo racconterò sottovoce o ad alta voce per farmi sentire da chi mi vuole ascoltare.

Manipolare l'argilla è per noi un atto magico perché consente di trasformare un materiale informe in un'idea. Modellare la terra ci fa esprimere con immediatezza, è come una forma di terapia che ci fa star bene, superare le difficoltà. E' il piacere di realizzare, di creare opere d'arte con il cuore in mano.

Comporre per moduli quadrati di cm 10, orditi

come in un tappeto, verticale e orizzontale, dinamico e statico. Una cornice esterna porta il suo nome e il cognome, la si vuole ricordare: Faedo 3. 12. 2010. La gloria del 3, del 4 e del 7...64 piastrelle. Nella cornice più interna quattro rosoni indicano le direzioni che le persone possono scegliere. Le farfalle stanno per la leggerezza dell'essere, il tocco delicato, silenzioso fruscio d'ali, l'amore verso gli altri. Gli uccelli, il volo libero e la capacità di comunicare. Volti, visi angelici o umani si avvicinano a lei: Giuseppina che vogliamo ricordare, non dimenticare, "una vita dedicata alla formazione di infermieri"... Il colore caldo della terra cotta con le sue sfumature, il suo volto rivestito con foglia d'oro per illuminare il cammino degli studenti. La cornice in legno antico...Facciamo cultura in gruppo da alcuni anni, respirando la stessa aria, condividendo spazi vecchi e nuovi, adattandoci e gustando felici i risultati. Con un maestro paziente che con le sue indicazioni ricrea la bottega rinascimentale, affidando ad ognuno il lavoro che può fare. Incoraggia, mettendosi alla prova con loro e per loro di fronte e a fianco per dire e per fare, per affermare che ci siamo, che esistiamo e che insieme costruiamo un paese di terracotta...terra...acqua...aria...fuoco, oro e legno.

\*Professore Maestro d'arte e volontario al Centro Psicossociale di Tirano

# L'efficacia della medicina complementare ed alternativa (yoga) nella persona affetta da diabete insulino dipendente con valori glicemici alterati ed inadeguata adesione al regime terapeutico dietetico

di Valentina Della Vedova\*

**L'**infermieristica, nata per essere scienza umanistica con un orientamento olistico, risponde effettivamente ai requisiti proposti dalle medicine complementari ed alternative e non può ignorare le indicazioni dell'OMS, che già dal 1996 richiamavano l'attenzione del mondo infermieristico invitando a guidare gli assistiti nelle scelte tra i diversi approcci assistenziali e sottolineando che la formazione dovrebbe mettere gli infermieri in condizioni di capire i diversi approcci (Ripa, Baffi, 2004).

L'obiettivo di questo lavoro è ricercare evidenze scientifiche in letteratura riguardo l'efficacia della medicina complementare alternativa (ed in particolare per mezzo dell'impiego della pratica dello yoga) nella persona affetta da diabete insulino dipendente con valori glicemici alterati ed inadeguata adesione al regime terapeutico dietetico, in modo da raggiungere un miglior compenso dei livelli ematici di glicemia. Il raggiungimento di una maggior consapevolezza di se stesso e la crescita della propria autostima mediante un maggior livello di benessere sul piano olistico.

## REPORT DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA PICO

**P&P Patient population & problem:** persona adulta affetta da diabete insulino dipendente con valori glicemici alterati.  
**I Intervention:** utilizzo della medicina complementare alternativa (YOGA).  
**C Comparison:** //  
**O Outcome:** miglior compenso dei valori glicemici.

## Linee guida e revisioni sistematiche

**Database:** TRIP DATABASE  
**Disponibile da :** <http://www.tripdatabase.com/index.html>  
**Search strategy:** "yoga" and "diabetes"  
**Consultato il :** 06/07/2010  
**Documenti reperiti:** 5 revisioni sistematiche  
**Revisioni sistematiche, documenti selezionati pertinenti:** 0

**Database:** TRIP DATABASE  
**Disponibile da :** <http://www.tripdatabase.com/index.html>  
**Search strategy:** "yoga" and "diabetes"  
**Consultato il :** 06/07/2010  
**Documenti reperiti:** 16 linee guida  
**Revisioni sistematiche, documenti selezionati pertinenti:** 1

1. Joslin Diabetes Center, 2007. Guideline for the care of the older adult with diabetes [on line].  
 Disponibile da:  
<http://www.guidelin.gov/content.aspx?id=11373> [consultato il 06 luglio 2010].

**Database:** COCHRANE LIBRARY  
**Disponibile da:** [http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane\\_searchfs.html](http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane_searchfs.html)  
**Search strategy:** "yoga" and "glucose level"  
 Limits: published date from 2005 to 2010  
**Consultato il :** 05/07/2010  
**Documenti reperiti:** 1  
**Documenti selezionati e pertinenti:** 0

**Database:** COCHRANE LIBRARY  
**Disponibile da :** [http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane\\_search\\_fs.html](http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane_search_fs.html)



**Search strategy:** "yoga" and "diabetes"  
**Consultato il :** 05/07/2010  
**Documenti reperiti:** 1  
**Documenti selezionati e pertinenti:** 0

## Letteratura primaria

**Database:** CINAHL  
**Disponibile da :** <http://www.ebscohost.com/cinahl.html>  
**Search strategy:** "yoga" and "diabetes"  
 Limits: abstract available, filter by publication data (last 10 years)  
**Consultato il :** 10/08/2010  
**Documenti reperiti:** 45  
**Documenti selezionati e pertinenti:** 9

- Alexander GK., Taylor AG., Innes KE., Kulbok P., Selfe TK. (2008). Contextualizing the effect of yoga therapy on diabetes management : a review of the social determinants of physical activity. *Family & Community Health*, 31 (3): 228-39.
- Bijlani RL., Vempati RP., Yadav RK., Ray RB., Gupta V., Sharma R., Mehta N., Mahapatra SC. (2005) A brief but comprehensive lifestyle education program based on yoga reduces risk factors for cardiovascular disease and diabetes mellitus. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11 (2): 267-74.
- Bronas UG., Treat-Jacobson D., Painter P. (2009) Alternative forms of exercise training as complementary therapy in the prevention and management of type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 22 (4): 220-5.
- Brummer M. (2004). Yoga for diabetes. *Positive Health*, (103): 53-6.
- Elder C. (2004) Ayurveda for diabetes mellitus: a review of the biomedical literature *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 10 (1): 44-50.
- Garrow D., Egede LE. (2006) Association between complementary and alternative medicine use, preventive care practices, and use of conventional medical services among adults with diabetes. *Diabetes Care*, 29 (1): 15-9.
- Karunagari K. (2007). Yoga a tool to reduce

the risk for diabetes mellitus and cardiovascular diseases. *Singapore Nursing Journal*, 34 (3): 47-50.

- Pilkington K., Stenhouse E., Kirkwood G., Richardson J. (2007). Diabetes and complementary therapies mapping the evidence. *Practical Diabetes International*, 24 (7): 371- 6.
- Waryasz GR., McDermott AY. (2010), Exercise prescription and the patient with type 2 diabetes : a clinical approach to optimizing patient outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22 (4): 217-27.

**Database:** CINAHL  
**Disponibile da :** <http://www.ebscohost.com/cinahl>  
**Search strategy:** "yoga" and "reduction of blood glucose levels"  
 Limits: abstract available, published date from 2005 to 2010, human, language English, French, italian  
**Consultato il :** 05/07/2010  
**Documenti reperiti:** 58  
**Documenti selezionati e pertinenti :** 0

**Database:** PUBMED  
**Disponibile da :** [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)  
**Search strategy:** "diabetes" [ MeSH] AND "yoga" [MeSH ]  
 Limits: published date from 2000 to 2010  
**Consultato il :** 10/08/2010  
**Documenti reperiti:** 45  
**Documenti selezionati e pertinenti:** 9 (di cui i primi seguenti tre già citati in cinahl) :

- Aljasir B., Bryson M., Al-Shehri B. (2008). Yoga practice for the management of type II Diabetes Mellitus in adults: a systematic review. *Evidence Based Complementary Alternative Medicine*, 7 [Epub ahead of print].
- Bijlani RL., Vempati RP., Yadav RK., Ray RB., Gupta V., Sharma R., Mehta N., Mahapatra SC. (2005) A brief but comprehensive lifestyle education program based on yoga reduces risk factors for cardiovascular disease and diabetes mellitus. *Journal of*

*Alternative & Complementary Medicine*, 11 (2): 267-74.

- Dham S., Shah V., Hirsch S., Banerji MA. (2006) The role of complementary and alternative medicine in diabetes. *Curr Diab Rep*, 6 (3): 251-8.
- Elder C. (2004) Ayurveda for diabetes mellitus: a review of the biomedical literature *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 10 (1): 44-50.
- Garrow D., Egede LE. (2006) Association between complementary and alternative medicine use, preventive care practices, and use of conventional medical services among adults with diabetes. *Diabetes Care*, 29 (1): 15-9.
- Innes KE., Vincent HK. (2007). The influence of yoga based programs on risk profiles in adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med*, 4 (4): 469-86.
- Manyam BV. (2004). Diabetes mellitus, ayurveda and yoga.
- J Alternative Complementary Medicine*, 10(2):223-5. .
- Sahay BK. (2007). Role of yoga in diabetes. *J Association Physicians India*, 55:121-6.

## Articoli di riviste italiane indicizzate

**Rivista:** Air (assistenza infermieristica e ricerca)

**Disponibile da :** aula riviste sede laurea infermieristica di Sondrio

**Search strategy:** "yoga" and "diabete"  
**Limits:** published date from 2003 to 2009  
**Consultato il :** 16/06/2010

**Documenti reperiti:** 0  
**Documenti selezionati e pertinenti :** 0  
**Rivista :** Professioni infermieristiche  
**Disponibile da :** aula riviste sede laurea infermieristica di Sondrio  
**Search strategy:** "yoga" and "diabete"  
**Limits:** published date from 2003 to 2009  
**Consultato il :** 16/06/2010  
**Documenti reperiti:** 0  
**Documenti selezionati e pertinenti :** 0

## Altre fonti online

**Disponibile da :** <http://www.regionelombardia.it>  
**Search strategy:** settori e politiche: sanità; informazioni medico scientifiche; medicine complementari .  
**Consultato il :** 06/07/2010  
**Documenti reperiti:** 1  
**Documenti selezionati pertinenti:** 0

## DISSERTAZIONE

La pratica dell'antica filosofia indiana dello yoga, la quale include fra le sue attività *stretching*, esercizi di respirazione, posture, modificazione dei comportamenti e controllo della dieta attraverso la disciplina mentale, rappresenta una delle svariate medicine alternative complementari. L'interesse nei confronti di queste ultime è dimostrato sia dal numero crescente di articoli e studi effettuati che ne sostengono l'utilizzo pratico rispetto alle tradizionali metodologie di gestione del diabete mellito, sia dalla crescente richiesta da parte della popolazione per la gestione integrata di medicine alternative complementari e terapia convenzionale (Elder, 2004). Il diabete mellito<sup>2</sup>, tipico dell'adulto, è aggravato da una dieta poco salutare, dalla mancanza di esercizi e dall'obesità. Questo diabete risulta quindi potenzialmente prevenibile perché alcuni dei maggiori fattori di rischio sono

collegati allo stile di vita e possono essere modificati. La pratica dello yoga migliora l'apporto del volume di sangue altamente ossigenato ricevuto dalle cellule con notevole incremento di nutrimento e rinnovamento delle stesse, ponendo il corpo, la mente e lo spirito in armonia, con benefici per la salute in senso olistico (Brummer, 2004).

Dati raccolti nel 2002 dal *National Health Interview Survey* (NHIS) su un campione di 2474 adulti con diabete evidenziano la correlazione fra uso di medicine alternative-complementari e medicina convenzionale per la gestione del diabete stesso. Il 48 % dei soggetti fa uso di medicine alternative-complementari (il 4% dei quali lo yoga). In contrasto con studi di ricerca precedenti l'uso di medicine alternative e complementari appare associato con l'aumento della probabilità di accettare servizi di cura preventivi o l'aumento delle visite di controllo (Garrow *et al.*, 2006).

Inoltre ci sono crescenti evidenze che lo yoga possa rappresentare una strategia di salvezza e convenienza economica nella gestione del diabete mellito2. La ricerca sistematica condotta da Kim *et al.* (2006) ha considerato studi effettuati dal 1970 al 2006 che hanno valutato gli effetti clinici e metabolici dello yoga negli adulti affetti da diabete mellito (tolleranza al glucosio, sensibilità all'insulina, profilo lipidico fra quelli che sono rilevanti per questa ricerca). Sono stati identificati 25 studi eleggibili, fra i quali 15 *trials* non controllati, 6 *trials* controllati non randomizzati e 4 *trials* randomizzati controllati. Tutti questi suggeriscono i benefici cambiamenti degli indici di rischio sopracitati.

Una revisione della letteratura condotta su individui sani e con diabete conferma il positivo ruolo della pratica dello yoga nel gestire il controllo glicemico e la cinetica dell'insulina. Lo studio sui soggetti normali rileva una diminuzione nei livelli ematici di glucosio a digiuno dopo la pratica di esercizi di respirazione yoga (prima 89,05 mg/dl; dopo 55,23 mg/dl con  $p < 0.001$ ). I soggetti diabetici sono stati suddivisi in 4 gruppi, ciascuno dei quali ha assunto differenti posture yoga per 45 minuti al giorno per 10 giorni. In sintesi ne è emerso che la pratica dello yoga comporta la diminuzione significativa dei valori glicemici a digiuno e nel postprandiale, con una diminuzione nell'utilizzo di farmaci ipoglicemizzanti e delle complicanze acute quali infezioni e chetosi. Il numero dei recettori di insulina aumenta, cambia la cinetica dell'insulina e degli ormoni regolatori come il cortisolo, migliora la sensibilità all'insulina e diminuiscono l'insulino resistenza e gli acidi grassi (Sahay, 2007).

In una revisione sistematica che include 5 *trials*, con popolazione composta da 363 individui oltre i 18 anni affetti da diabete mellito, sono stati sperimentati periodi di pratica di yoga che vanno dai 40 giorni ai sei mesi con una media di 300 minuti di attività alla settimana. Ne risultano effetti benefici maggiormente cospicui per i livelli di glucosio plasmatico a digiuno e nei profili lipidici. L'emoglobina glicata riporta un miglioramento modesto. Il peso corporeo mostra un effetto di riduzione favorevole ma non significativo (Aljasir *et al.*, 2008). Bronas *et al.* (2009) nella loro revisione sistematica affermano che la pratica di yoga 150 minuti a settimana unita ad esercizi di resistenza svolti tre volte a settimana porta ad un miglioramento nel controllo e smaltimento del glucosio, nonché nella sensibilità all'insulina e nella diminuzione di peso in persone affette da diabete mellito2. I possibili meccanismi implicati nel rafforzamento del controllo glicemico con la pratica dello yoga sono un aumento dell'attività del GLUT-4 (*glucose transporter*), dei trasportatori di glucosio (insulino dipendenti ed indipendenti), dell'attività metabolica enzimatica del glucosio, nonché la diminuzione della gluconeogenesi, unite ad adattamenti strutturali dei muscoli scheletrici ed ad adattamenti sistemici.

Infine da una revisione pubblicata sul *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* emerge che molti diabetici, pur essendo

a conoscenza dei comportamenti da tenere per gestire la loro malattia (attenzione al nutrimento, all'esercizio ed al peso corporeo) non sempre dimostrano una *compliance* adeguata. Emerge inoltre che un regolare esercizio riduce la dislipidemia, aumenta l'insulino sensibilità, converte fibre muscolari con maggiori recettori di insulina e ribadisce lo aumento della concentrazione di GLUT-4 (Gregory *et al.*, 2010). Dagli studi condotti sulla gestione del diabete mellito2 attraverso la pratica dello yoga si evincono effetti positivi sui parametri correlati al diabete a breve termine, ma non necessariamente su quelli a lungo termine (oltre i sei mesi). Queste affermazioni sono da attribuire alla difficoltà nella valutazione delle variabili a distanza temporale dei *trials* (che in questo modo non risultano validi per determinare gli effetti a lungo termine) ed alla loro bassa significatività statistica dovuta agli esigui partecipanti agli studi. Per questo sono necessari ulteriori studi per mezzo di RCTs e revisioni sistematiche che monitorizzino i soggetti campione per periodi di tempo più lunghi (Aljasir *et al.*, 2008). Il diabete mellito2 è una condizione in cui è stato documentato che l'attività fisica (e nello specifico di questa mia elaborazione lo yoga) apporta miglioramenti nei risultati di gestione del diabete mellito2; la ricerca ha altresì evidenziato che gli operatori sanitari professionisti non affrontano adeguatamente la questione, con conseguente sottoutilizzo della stessa come terapia (Gregory *et al.*, 2010). Nel nostro regime sanitario sarebbe auspicabile affiancare in modo sinergico ed integrato le medicine alternative e complementari alle terapie convenzionali al fine di contribuire al miglioramento del grado di benessere effettivo e percepito degli assistiti.

## BIBLIOGRAFIA

- Alexander GK., Taylor AG., Innes KE., Kulbok P., Selfe TK. (2008). Contextualizing the effect of yoga therapy on diabetes management: a review of the social determinants of physical activity. *Family & Community Health*, 31 (3): 228-39.
- Aljasir B., Bryson M., Al-Shehri B. (2008). Yoga practice for the management of type II Diabetes Mellitus in adults: a systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 7.
- Bijlani RL., Vempati RP., Yadav RK., Ray RB., Gupta V., Sharma R., Mehta N., Mahapatra SC. (2005) A brief but comprehensive lifestyle education program based on yoga reduces risk factors for cardiovascular disease and diabetes mellitus. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11 (2): 267-74.
- Bizier N. (1990). *Dal pensiero al gesto. Un modello concettuale di assistenza infermieristica*. Edizioni Sorbona Milano s.r.l.
- Bronas UG., Treat-Jacobson D., Painter P. (2009) Alternative forms of exercise training as complementary therapy in the prevention and management of type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 22 (4): 220-5.
- Brummer M. (2004). Yoga for diabetes. *Positive Health*, (103): 53-6.
- Carpenito-Moyet L.J. (2006) *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*. III edizione Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Ceylan S., Azal O., Taslipinar A., Turker T., Acikel C.H., Gulec M. (2009) Complementary and alternative medicine use among Turkish diabetes patients. *Complementary Therapies in Medicine*, 17 (2): 78-83.
- Dham S., Shah V., Hirsch S., Banerji MA. (2006) The role of complementary and alternative medicine in diabetes. *Current Diabetes Report*, 6 (3): 251-8.
- Elder C. (2004) Ayurveda for diabetes mellitus: a review of the biomedical literature *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 10 (1): 44-50.
- Garrow D., Egede LE. (2006) Association between complementary and alternative medicine use, preventive care practices, and use of conventional medical services among adults with diabetes. *Diabetes Care*, 29 (1): 15-9.
- Innes KE., Vincent HK. (2007). The influence of yoga based programs on risk profiles in adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 4 (4): 469-86.
- Iyengar B.K.S. (2003) *Teoria e pratica dello Yoga*. Roma Edizioni Mediterranee.
- Joslin Diabetes Center, 2007. Guideline for the care of the older adult with diabetes [on line]. Disponibile da: <http://www.guidelin.gov/content.aspx?id=11373> [consultato il 06 luglio 2010].
- Karunagari K. (2007). Yoga a tool to reduce the risk for diabetes mellitus and cardiovascular diseases. *Singapore Nursing Journal*, 34 (3): 47-50.
- Lidell L. (2000). *Il libro dello yoga. Guida gra-*

*duale e completa per la salute del corpo e della mente*. X edizione. Como: Lyra Libri.

Manyam BV. (2004). Diabetes mellitus, ayurveda and yoga. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10 (2): 223-5.

Pilkington K., Stenhouse E., Kirkwood G., Richardson J. (2007). Diabetes and complementary therapies mapping the evidence. *Practical Diabetes International*, 24 (7): 371-6.

Ripa P., Baffi E. (2004) *Le cure complementari e l'infermiere*. Roma Carocci Faber editore.

Sahay BK. (2007). Role of yoga in diabetes. *The Journal of the Association Physicians of India*, 55: 121-6.

Waryasz GR., McDermott AY. (2010). Exercise prescription and the patient with type 2 diabetes: a clinical approach to optimizing patient outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22 (4): 217-27.

\* Infermiera neolaureata



Interno nuova sede Collegio Ipasvi.

## Kinaesthetics

Cari colleghi, vorremmo condividere con voi l'appassionante esperienza fatta partecipando ad un corso base di "KINAESTHETICS NELL'ASSISTENZA" tenuto da un'amica infermiera austriaca. La 'Kinaesthetics' tocca un campo tipicamente nostro - la mobilitazione di pazienti che si trovano ai più vari livelli di autonomia o dipendenza - e ci sembra che in Italia sia un campo molto aperto, con tanti aspetti ancora da indagare e approfondire. I concetti base della Kinaesthetics vengono sviluppati negli anni '80 da parte dei ricercatori americani F. Hatch e L. Maietta, che coniugarono gli studi di cibernetica comportamentale di K.U. Smith con il loro interesse per la danza.

Nel corso degli anni si è sviluppata in Europa una rete formativa, ampiamente diffusa in Austria, Germania, Svizzera ed un po' anche in Italia - l'**European Kinaesthetics Association (EKA)** - che ne coordina le attività e ne promuove lo sviluppo e la ricerca scientifica.

### Ma, in sostanza, cos'è la Kinaesthetics?

Si può definire come una modalità di assistenza (assistenza intesa proprio nella sua accezione etimologica di "stare accanto") che si basa sulla **percezione ed esperienza del movimento** proprio e altrui. Offre strumenti e metodologie alternative alle tradizionali tecniche di mobilitazione del paziente, spesso abbastanza indiccate e sgradevoli per l'assistito: permette di **muovere le persone in un modo molto armonioso e senza uno sforzo eccessivo da entrambe le parti, senza sollevarne il peso**, ma piuttosto spostandolo, sfruttando il lavoro fisiologico di muscoli ed ossa e guidando le capacità di movimento del paziente. Una modalità di assistenza **efficace** perché nasce e si fonda sulle abitudini e capacità di movimento dell'assistito e che **nessita** del rispetto e della sintonizzazione con i tempi dell'altro, dell'entrare nei suoi schemi e preferenze. Imparando ad utilizzare il proprio movimento e ad **interagire** attraverso il **contatto** deciso e al tempo stesso delicato - e perciò rassicurante - la persona viene guidata, sostenuta o compensata in modo tale da sfruttare il più possibile le sue capacità di movimento.

### Tutto ciò comporta per il paziente:

- un aumentato mantenimento o ampliamento delle proprie competenze di movimento e un maggior sviluppo di attività proprie e autonome;
- un influsso benefico sul fisico in generale (respirazione, funzionalità intestinale, apparato muscolo scheletrico, etc.);
- un' influenza positiva sull'umore e lo stato emotivo, poiché la persona non viene più manipolata, spostata o sollevata di peso per compensare il suo limite, ma interagisce e collabora (come può) con chi la assiste.

Non solo, la Kinaesthetics ha anche delle ricadute positive **su noi infermieri**:

- si riducono notevolmente gli infortuni sul lavoro legati al sollevamento dei pesi;
- non si è più limitati sul lavoro dai - purtroppo - comuni e molteplici problemi alla schiena;
- un'appagamento professionale' nuovo per i risultati raggiunti ed 'in primis' per il diverso approccio con l'assistito attraverso il quale si rinforza sensibilmente il rapporto di fiducia. Come avrete intuito, il corso ci ha molto coinvolte in particolare perché presuppone e mette in luce un tipo relazione d'aiuto "bi-direzionale" che purtroppo si sta perdendo a causa dei vari contesti organizzativi in cui ci troviamo ad operare, ma che sentiamo essere il fondamento peculiare della nostra professione.

Ora la sfida è aperta!

Ana Lucia Martin - Brasile  
Angela Vigolo - Collegio IPASVI di Varese  
Carla Somavilla - Collegio IPASVI di Genova  
Daniela Antolini - Collegio IPASVI di Roma  
Julia Tigges - Germania  
Monika Bucher - Svizzera

Per ulteriori approfondimenti: il sito [www.kinaesthetics.it](http://www.kinaesthetics.it) e la scheda di presentazione [http://www.kinaesthetics.it/download/EKA/Infoblaetter/ital/Cos%27\\_è\\_Kinaesthetics.pdf](http://www.kinaesthetics.it/download/EKA/Infoblaetter/ital/Cos%27_è_Kinaesthetics.pdf)

# L'efficacia della masticazione del chewing gum nel promuovere la ripresa della funzionalità intestinale nella persona sottoposta ad intervento di chirurgia gastro-intestinale

di Michela Natta\*

La ripresa della funzionalità intestinale nel periodo post-operatorio rappresenta una delle problematiche maggiormente presenti soprattutto per quanto concerne gli interventi di chirurgia gastrointestinale e di chirurgia urologica maggiore, come affermato da Meyer and Fawcett (2009) e influisce sulla durata e sulla qualità della degenza dopo l'intervento. Dagli studi consultati emerge che la motilità riprende nello stomaco mediamente in 24/48 ore e nel colon in 48/72 ore dopo intervento laparotomico. L'assenza di peristalsi dopo intervento chirurgico prende il nome di ileo paralitico post-operatorio definito come assenza di peristalsi senza ostruzione meccanica che si verifica nel decorso post-operatorio degli interventi di chirurgia addominale maggiore. Per il paziente l'ileo postoperatorio rappresenta un disagio, provoca nausea e vomito, ritarda la ripresa dell'alimentazione enterale e prolunga la durata della degenza con un peso economico rilevante: 6,300\$ a paziente; su 800.000 persone sottoposte ad intervento chirurgico nel 2002 negli Stati Uniti il 4,25% di loro ha manifestato di ileo post-operatorio (Jonhson and Walsh 2009).

Tenendo in considerazione queste affermazioni la problematica che mi sono posta riguarda le modalità per favorire la ripresa della peristalsi in tempi brevi, importante obiettivo infermieristico per agevolare il decorso postoperatorio del paziente.

Dalla letteratura (Johnson and Walsh 2009) emerge che numerosi sono gli interventi attuabili per ridurre l'ileo paralitico post operatorio: l'analgesia epidurale toracica che riduce il bisogno di oppiacei ed agisce sulle vie afferenti simpatiche; il posizionamento di sondino naso gastrico per decompressione solo in casi selezionati e non routinariamente; la ripresa dell'alimentazione enterale precoce, entro 24 ore successive all'intervento, si è però dimostrata svantaggiosa considerando i dati emersi da uno studio che ha coinvolto 1.173 pazienti che hanno presentato vomito e rottura delle anastomosi (Griffiths and Watson 2007). In considerazione delle ripercussioni clinico-assistenziali è importante allora analizzare quale sia il metodo o lo strumento più efficace per favorire la ripresa della funzionalità intestinale. Dalla ricerca bibliografica effettuata emerge che la masticazione del *chewing gum*, a partire dalla prima giornata post-operatoria promuove una più rapida ripresa della funzionalità intestinale poiché la masticazione stessa simula i processi dell'alimentazione; il meccanismo d'azione è la stimolazione vagale colinergica del tratto gastrointestinale, con una conseguente riduzione degli episodi di vomito e aspirazione rispetto all'introduzione dell'alimentazione enterale nell'immediato post-operatorio (Jonhson and Walsh 2009). La somministrazione di chewing-gum subito dopo l'intervento chirurgico è una strategia economica ed innocua per ridurre l'ileo post-operatorio.

## OBIETTIVO

Lo scopo della revisione è quello di valutare l'efficacia della masticazione del *chewing gum* nel promuovere la ripresa della funzionalità intestinale nella persona sottoposta ad intervento di chirurgia gastro-intestinale

## REPORT DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA

P	Persona adulta sottoposta ad intervento di chirurgia gastro-intestinale
I	Masticazione del chewing gum
C	//
O	Promuovere la ripresa della funzionalità intestinale



## FONTI BIBLIOGRAFICHE

### Linee guida e revisioni sistematiche

**Database:** TRIPDATABASE

**Disponibile da:** www.tripdatabase.com

**Search Strategy:** surgery AND chewing gum  
Limits: human- adult-published in last five years

**Consultato il:** 12/08/2010

**Linee guida documenti reperiti:** 3

**Linee guida documenti selezionati pertinenti:** 2

1. Parnaby C., Mac Donald AJ, Jenkins JT., (2009) Sham feed or sham? A meta-analysis of randomized clinical trials assessing the effect of gum chewing on gut function after elective colorectal surgery
2. Purkayastha S., Tilney H., Darzi A., Tekkis P. (2008) Meta-analysis of randomized studies evaluating chewing gum to enhance postoperative recovery following colectomy. *Archive of surgery*, 143 (8), 788-793

**Database:** COCHRANE

**Disponibile da:** www.thecochranelibrary.com

**Search Strategy:** chewing gum AND post-operative ileus  
Limits: human- adult-published in last five years

**Consultato il:** 26/06/2010

**Linee guida documenti reperiti:** 1

**Linee guida documenti selezionati pertinenti:** 1

1. Griffiths P, Watson H. (2008) Chewing gum for postoperative ileus (protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2

**Database:** COCHRANE

**Disponibile da:** www.thecochranelibrary.com

**Consultato il:** 26/06/2010  
**Search strategy:** gum chewing AND surgery  
Limits: human- adult-published in last five years

**Revisioni sistematiche documenti reperiti:** 1

**Revisioni sistematiche documenti selezionati pertinenti:** 1

1. Noble E., Harris R., Hoise K., Thomas S., Lewis S. (2009) gum chewing reduces postoperative ileus? A systematic review and meta-analysis. *International journal of surgery*, 7 (2) 100-105

**Database:** MEDLINE

**Disponibile da:** www.pubmed.com

**Search Strategy:** chewing gum AND post-operative ileus  
Limits: human- adult-published in last five years

**Consultato il:** 26/06/2010

**Revisioni sistematiche documenti reperiti:** 11

**Revisioni sistematiche documenti selezionati pertinenti:** 5

1. Chan M., Lun Law W. (2007) Use of chewing gum in reducing postoperative ileus after elective colorectal resection: a systematic review. *Disease of the colon & rectum*, 50 (12), 2149-2157
2. Edward J., Fitzgerald F., Ahmed I. (2009) Systematic review and meta-analysis of chewing gum therapy in the reduction of postoperative paralytic ileus following gastrointestinal surgery. *World journal of surgery*, 33, 2557-2566
3. Hocevar B., Robinson B., Gray M. (2010) Does chewing gum shorten the duration of postoperative ileus in patients undergoing abdominal surgery and creation of a stoma? *Journal of wound, ostomy and continence nursing*, 37 (2) 140-146
4. Leier H. (2007) Does chewing gum help prevent impaired gastric motility in the postoperative period? *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 19 (3), 133-136
5. Matros E., Rocha F., Zinner M., Wang J., Ashley S., Breen E., Soybel D., Shoji B., Burgess A., Bleday R., Kuntz R., Whang E. (2006) Does chewing gum ameliorate postoperative ileus? results of a prospective, randomized, placebo-controlled trial. *Journal of the American college of surgeon*, 202 (5), 773-778

**Database:** MEDLINE

**Disponibile da:** www.pubmed.gov

**Consultato il:** 12/08/2010

**Search strategy:** chewing gum AND ileus and surgery  
Limits: human- adult-published in last five years

**Revisioni sistematiche documenti reperiti:** 12

**Revisioni sistematiche documenti selezionati pertinenti:** 1

1. Vasquez W., Hernandez A., Garcia-Sabrido J. (2009) Is chewing gum useful for ileus after elective colorectal surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of gastrointestinal surgery*, 13, 649-656

**Database:** EMBASE

**Disponibile da:** www.embase.com

**Consultato il:** 04/08/2010

**Search strategy:** gum chewing AND surgery  
Limits: human- adult-published in last five years

**Revisioni sistematiche documenti reperiti:** 5  
**Revisioni sistematiche documenti selezionati pertinenti:** 1

1. Johnson M., Walsh M. (2009) Current therapies to shorten postoperative ileus. *Cleveland clinic journal of medicine*, 76 (11), 641-648

## Letteratura primaria (studi/articoli singoli)

**Database:** MEDLINE

**Disponibile da:** www.pubmed.gov

**Consultato il:** 26/06/2010

**Search strategy:** chewing gum AND bowel motility

Limits: human- adult-published in last five years

**Documenti reperiti:** 13

**Documenti selezionati pertinenti:** 2

1. Augestad K., Delaney C. (2010) Postoperative ileus: impact of pharmacological treatment, laparoscopic surgery and enhanced recovery pathways. *World journal of gastroenterology*, 17 (7) 2067-2074
2. Kouba E., Wallen E.M., Pruthi R.S., (2007) Gum chewing stimulates bowel motility in patients undergoing radical cystectomy with urinary diversion. *Adult urology*, 70 (6) 1053-1056

**Database:** MEDLINE

**Disponibile da:** www.pubmed.com

**Consultato il:** 04/08/2010

**Search strategy:** chewing gum AND postoperative nursing  
Limits: human- adult-published in last five years

**Documenti reperiti:** 4

**Documenti selezionati pertinenti:** 1

1. Stewart D., Waxman K. (2010) Management of postoperative ileus. *Disease a month*, 4 (56), 204-214

**Database:** EMBASE

**Disponibile da:** www.embase.com

**Consultato il:** 26/06/2010

**Search strategy:** chewing gum AND postoperative nursing  
Limits: human- adult-published in last five years

**Documenti reperiti:** 5

**Documenti selezionati pertinenti:** 2

1. Meyer J-P., Fawcett D. (2007) The use of chewing gum for preventing postoperative ileus. *British journal of urology*, 101 (1) 1-2
2. Tandeter H. (2009) Hypothesis: hexitols in chewing gum may play a role in reducing postoperative ileus. *Medical hypotheses*, 72 39-40

## DISSERTAZIONE

Secondo Steinbrook (2005) le cause dell'ileo postoperatorio sono multifattoriali ma possono essere divise in due categorie: correlate all'evento traumatico dell'intervento chirurgico; correlate all'utilizzo di farmaci specialmente oppioidi nel periodo post-operatorio Vasquez *et al.* (2009) citando uno studio di Asao *et al.*, 2002 che ha coinvolto 19 persone sottoposte a colectomia laparoscopica afferma che i soggetti che hanno masticato il *chewing gum* hanno ripreso la funzionalità intestinale in tempi ridotti rispetto a coloro i quali non erano state fornite gomme da masticare. La ripresa della peristalsi è avvenuta mediamente 24 ore prima nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo. Lo studio dimostra inoltre che la prima defecazione dopo l'intervento è avvenuta 2,7 giorni prima nei pazienti che hanno masticato il *chewing gum* a partire dalla prima giornata postoperatoria. In conclusione gli autori affermano che non vi è stata una riduzione delle giornate di ricovero, ma raccomandano la masticazione del *chewing gum* dopo interventi di chirurgia gastrointestinale come terapia aggiunta. La stessa raccomandazione viene ripresa da Chan and Law (2007) a conclusione di una revisione sistematica di cinque trial clinici randomizzati per un totale di 158 pazienti coinvolti dove l'associazione fra trattamenti e cure postoperatori standard alla

masticazione del *chewing gum* ha dimostrato una più veloce ripresa del transito intestinale, minor durata del ricovero e ridotta incidenza di complicanze post-operatorie.

Uno studio prospettico su 34 persone sottoposte a colectomia ha dimostrato una diminuzione del tempo nel primo passaggio d'aria all'interno dell'intestino, riduzione del tempo di ripresa della peristalsi ed ha affermato una diminuzione della degenza ospedaliera Schuster *et al.* (2006). Un ulteriore studio condotto da Rocha *et al.* (2006) non ha trovato sostanziali differenze per il tempo di passaggio d'aria e la ripresa della peristalsi tra il gruppo sperimentale, il gruppo di controllo e il gruppo placebo.

Nella progettazione di un ulteriore studio per valutare la durata dell'ileo postoperatorio sono stati selezionati 66 pazienti, sottoposti a colectomia (Matros *et al.* 2006) suddivisi in tre gruppi: il gruppo di controllo riuniva 21 persone, il gruppo sperimentale cui è stato fornito il *chewing gum* era formato da 22 unità, mentre al gruppo placebo (23 persone) veniva posizionato un bracciale sul dorso del polso e fornite le cure postoperatorie standard. I risultati sono stati rilevati in doppio cieco. I *chewing gum* distribuiti ai pazienti avevano gli stessi ingredienti e dovevano essere masticati per 45 minuti tre volte al giorno in orari stabiliti: alle nove, alle sedici e alle venti; agli stessi orari i pazienti appartenenti al gruppo placebo dovevano indossare il bracciale. Per accertare le complicanze postoperatorie l'attività clinica è stata monitorizzata per tutto il ricovero e per i trenta giorni successivi tramite *screening* di routine ambulatoriale. Gli obiettivi dello studio erano stabilire il tempo del primo passaggio d'aria nell'intestino dopo l'intervento che è avvenuto mediamente dopo 72/76 ore mentre nel gruppo sperimentale dopo 66 ore. Questo parametro non ha raggiunto la significatività statistica: (p=0.384); la ripresa della peristalsi è avvenuta mediamente dopo 86 ore nel gruppo trattato con *chewing gum* e tra le 96 e 87 ore negli altri due gruppi (p=0.913). Gli obiettivi secondari dello studio: tolleranza di due pasti completi consecutivi senza complicanze, prima evacuazione dopo l'intervento e complicazioni a trenta giorni non hanno mostrato significative differenze tra il gruppo sperimentale e gli altri gruppi. In conclusione la masticazione del *chewing gum* non ha rilevanza clinica per quanto concerne il miglioramento dell'ileo paralitico postoperatorio, ma essendo uno strumento sicuro, senza effetti avversi può essere masticato dal paziente nel periodo postoperatorio se questi lo desidera.

Dello stesso parere è Edward *et al* (2009) che all'interno della revisione sistematica e meta-analisi approfondiscono il problema dell'ileo paralitico postoperatorio coinvolgendo sette studi per un totale di 272 pazienti adulti che hanno subito un intervento di chirurgia gastrointestinale: 144 randomizzati nel gruppo trattamento e 128 nel gruppo di controllo. L'intervento dalla quale sono stati ricavati i dati analizzati è stato: somministrazione di *chewing gum* versus trattamento *postoperatorio routinario*. La masticazione del *chewing gum* è stata iniziata in prima giornata postoperatoria in tutti e sette gli studi con durata variabile dai cinque/trenta minuti per tre/quattro volte al giorno. I risultati dello studio sono stati: riduzione del tempo per il primo passaggio d'aria nell'intestino di 12,6 ore nel gruppo sperimentale, mentre la riduzione per la prima evacuazione è stata di 23,11 ore; la durata del ricovero e complicanze a trenta giorni non hanno dimostrato tendenze alla diminuzione statisticamente significative. La riduzione della durata del ricovero non è stata provata nemmeno dallo studio di Kouba *et al.* (2007) che ha preso in analisi 102 pazienti sottoposti ad intervento di cistectomia tra il 2004 e il 2006 per tumore localizzato alla vescica poiché non vi era una differenza con significatività statistica tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo: P= 0.067. Il tempo necessario affinché passasse nuovamente dell'aria nell'intestino dopo l'intervento è stato minore nel gruppo sperimentale 2,4 giorni mentre nel gruppo di controllo 2,9 giorni, P < 0.001. La ripresa della peristalsi è risultata essere più veloce nel gruppo sperimentale, ovvero si è manifestata 3,2 giorni dopo l'intervento, mentre nel gruppo di controllo per ristabilirsi sono stati necessari 3,9 giorni, P < 0.001. La gomma da masticare è stata ben tollerata da tutti i pazienti e non si sono verificati eventi avversi legati al

*chewing gum*.

In una meta analisi condotta da Vázquez *et al.* (2008) su sei *trial* clinici randomizzati per un totale di 244 pazienti coinvolti sono stati valutati questi obiettivi: tempo necessario per il primo passaggio d'aria, tempo per la prima evacuazione di feci e durata del ricovero. I dati ottenuti sono stati analizzati ed hanno dimostrato per quattro *trials* una significativa riduzione del tempo del primo passaggio d'aria nell'intestino (23.5 ore per il gruppo *chewing gum* e 4.6 ore per il gruppo che ha ricevuto cure postoperatorie standard p=0.001); mentre solo due *trials* hanno dimostrato una riduzione statisticamente significativa del tempo della prima evacuazione di feci con una riduzione di 42.3 ore per il gruppo *chewing gum* p=0.05. In aggiunta a questi dati è stata dimostrata una riduzione della durata del ricovero di 26 ore nel gruppo sperimentale, ma questo parametro non ha raggiunto la significatività statistica: p=0,1. I *chewing gum* somministrati erano senza zucchero in cinque *trials*, ma non sono state fornite spiegazioni in merito a questa selezione e venivano distribuiti tre volte al giorno a partire dalla prima giornata postoperatoria.

### CONCLUSIONI:

Leier H. (2007) afferma che non ci sono terapie approvate dalla *Food and Drug Administration* (FDA) in America per il trattamento dell'ileo paralitico post-operatorio, ma che è raccomandabile seguire un programma di approccio multimodale tendendo ad evitare i fattori che causano o aggravano l'ileo paralitico postoperatorio includendo anche la masticazione del *chewing gum* all'interno del programma. Tenuto conto degli studi analizzati e sopra citati questo intervento si è dimostrato un metodo sicuro ed economico atto a stimolare la motilità gastrica, migliorare il comfort del paziente e ridurre il costo della spesa sanitaria. È auspicabile ampliare i risultati e gli studi fin qui elaborati al fine di migliorare le conoscenze sui metodi esistenti per ridurre l'ileo paralitico postoperatorio che si è dimostrato essere una delle cause più frequenti di complicanze postoperatorie per interventi di chirurgia gastrointestinale.

### BIBLIOGRAFIA

Augestad K., Delaney C. (2010) Postoperative ileus: impact of pharmacological treatment, laparoscopic surgery and enhanced recovery pathways. *World journal of gastroenterology*, 17 (7) 2067-2074

Chan M., Lun Law W. (2007) Use of chewing gum in reducing postoperative ileus after elective colorectal resection: a systematic review. *Disease of the colon & rectum*, 50 (12), 2149-2157

Edward J., Fitzgerald F., Ahmed I. (2009) Systematic review and meta-analysis of chewing gum therapy in the reduction of postoperative paralytic ileus following gastrointestinal surgery. *World journal of surgery*, 33, 2557-2566

Griffiths P, Watson H. (2007) Chewing gum for postoperative ileus (protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2

Kouba E., Wallen E.M., Pruthi R.S., (2007) Gum chewing stimulates bowel motility in patients undergoing radical cystectomy with urinary diversion. *Adult urology*, 70 (6) 1053-1056

Hocevar B., Robinson B., Gray M. (2010) Does chewing gum shorten the duration of postoperative ileus in patients undergoing abdominal surgery and creation of a stoma? *Journal of wound, ostomy and continence nursing*, 37 (2) 140-146

Johnson M., Walsh M. (2009) Current therapies to shorten postoperative ileus. *Cleveland clinic journal of medicine*, 76 (11), 641-648

Leier H. (2007) Does chewing gum help prevent impaired gastric motility in the postoperative period? *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 19 (3), 133-136

Matros E., Rocha F., Zinner M., Wang J., Ashley S., Breen E., Soybel D., Shoji B., Burgess A., Bleday R., Kuntz R., Whang E. (2006) Does chewing gum ameliorate postoperative ileus? results of a prospective, randomized, placebo-controlled trial. *Journal of the American college of surgeon*, 202 (5), 773-778

Meyer J-P., Fawcett D. (2007) The use of chewing gum for preventing postoperative ileus. *British journal of urology*, 101 (1) 1-2

Noble E., Harris R., Hoise K., Thomas S., Lewis S. (2009) gum chewing reduces postoperative ileus? A systematic review and meta-analysis.

*International journal of surgery*, (7)100-105

Parnaby C., Mac Donald AJ, Jenkins JT., (2009) Sham feed or sham? A meta-analysis of randomized clinical trials assessing the effect of gum chewing on gut function after elective colorectal surgery

Purkayastha S., Tilney H., Darzi A., Tekkis P. (2008) Meta-analysis of randomized studies evaluating chewing gum to enhance postoperative recovery following colectomy. *Archive of surgery*, 143 (8), 788-793

Sironi C. (2006) *Citare e fornire riferimenti bibliografici. Una guida per gli studenti del Corso di Laurea in infermieristica (e non solo...)* IV revisione. Varese: Università degli studi dell'Insubria- Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Stewart D., Waxman K. (2010) Management of postoperative ileus. *Disease a month*, 4 (56), 204-214

Tandeter H. (2009) Hypothesis: hexitols in chewing gum may play a role in reducing postoperative ileus. *Medical hypotheses*, 72 39-40

Vázquez W., Hernandez A., Garcia-Sabrido J. (2009) Is chewing gum useful for ileus after elective colorectal surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of gastrointestinal surgery*, 13, 649-656

\* Infermiera neolaureata  
Università degli Studi di Milano-Bicocca (Sede di Sondrio)  
Anno Accademico 2009-2010

## LA CASA DEGLI INFERMIERI: NOSTRA E SPAZIOSA

di Ambrosini Marisa\*

Cari Colleghi,

da pochi mesi la sede del Collegio provinciale di Sondrio è trasferita in Via Aldo Moro n. 38/E, dove ha beneficiato di un'abbondante spazio che la rende sicuramente più ospitale e più organizzata nell'erogazione del servizio agli iscritti.

A nome del Presidente e di tutto il Consiglio Direttivo, unitamente al Consiglio dei Revisori dei Conti, esprimo la grande soddisfazione per aver raggiunto questo importante obiettivo che ha trovato precise indicazioni dai Colleghi riuniti nell'ultima Assemblea. Ora nella nuova sede il lavoro ha ripreso il ritmo abituale dopo un'estate travagliata a organizzare il trasferimento di tutta la documentazione esistente in segreteria e ad adattare il mobilio pur mantenendo continuativo il servizio agli iscritti.

Tutto questo ha richiesto un notevole impegno e disponibilità sia da parte dei Componenti del Consiglio Direttivo che da parte delle nostre "storiche" impiegate: Tiziana Briotti e Danila Molinari, che hanno garantito la loro presenza modificando il periodo di ferie estive.

Come ribadisce sempre il nostro Presidente il Collegio è la casa degli infermieri, per questo rivolgo l'invito a tutti gli iscritti a visitare la nuova sede, dove si potrà accedere e consultare i testi presenti nella biblioteca e utilizzare la postazione informatica presente in uno spazio dedicato.

Il Consiglio Direttivo sta valutando in che periodo prevedere l'inaugurazione perché non vorremmo che, vista l'intitolazione dell'Istituto Scolastico di Faedo alla Collega Giuseppina Vanotti, le due cerimonie fossero troppo vicine; daremo comunque ampia diffusione sulla data dell'inaugurazione.

È comunque doveroso in questo articolo sottolineare alcuni aspetti tecnico-economici relativi all'acquisto della Nuova sede. La decisione di tale scelta, nata dall'esigenza di maggior spazio per una miglior organizzazione del servizio e dal desiderio di dare agli infermieri una Sede bella e accogliente, è stata possibile grazie alla disponibilità economica di oltre 100.000 euro, accantonata in Collegio grazie ai Colleghi che, facenti parte dei C.D e dei C.R.D.C. dall'anno 1955 all'anno 2010, hanno dato il loro contributo senza chiedere la remunerazione prevista.

Suddetto accantonamento è integrato dall'erogazione di un mutuo quindicinale pari a Euro novantamila, che equivale alla quota che avremmo pagato come affitto della precedente sede, pertanto si è potuto concludere l'acquisto dell'immobile a seguito di un'accurata relazione di stima consultabile in Collegio e rilasciata dal geometra interpellato che, come sempre viene sottolineato, Vi invito a consultare.

Nel concludere voglio ringraziare a nome di tutto il Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti tutti i 117 Colleghi, il cui elenco è riportato di seguito, che in questi anni di vita del nostro Collegio hanno permesso, con il loro impegno e contributo, il raggiungimento di questo importante obiettivo a beneficio di tutti noi.

Abordi Ivana	Caprotti Sr. C. Cesarina	Ghilotti Margherita	Pini Ester
Aceti T. S. Alessandra	Cardillo Anna	Giaconi Tiziana	Rapaggi Benita
Acquistapace Alberta	Cazzaniga Giovanna	Gianola Michela	Revel Graziella
Almasi Patrizia	Cazzoli Generosa	Gianoli Tecla	Ricetti Alida
Ambrosini Marisa	Cedro Olga	Giudice Aurelia	Rota Laura
Bagiolo Edo	Colombera Mariella	Giuliani Vilma	Sala Mariuccia
Balatti Emanuela	Crapella Stefania	Heffler Dolores	Scapin Lucia
Baracchi Giuseppina	Crapella Vittorio	Ignazzi Maria	Scieghi Luciano
Baraglia Lidia	Cristini Roberta	Largher Olga	Simonelli Emilia
Baraiolo Rosella	Culai Indiano Lidia	Mantovani Erina	Spandrio Milena
Barini Sonia	Dalle Piatte Giuseppina	Minelli Albertina	Spini Irma Maria
Barni Paola	Del Dosso V. Arianna	Miotto Virginia	Spini Maria Laura
Beltracchi Vittoria	Del Vecchio Annalisa	Molinari Anastasia	Spini Maria Paola
Bertalli Ersilia	Demonti Rita	Montagni Erina	Tgliapietra Claudio
Bertelli Ida	Fallini Carla	Moroni Elena	Tognascioli Paolo
Bianchi Carla	Famlonga Bruna	Murada Lina	Tognolina Lucia
Bigiotti Nicoletta	Ferrara Ada	Neri Luisa	Tornadu' Annamaria
Bissaldi Maria	Ferrari Maria Teresa	Olivieri Paola	Tridella Gisella
Bonanno Antonella	Filippini Adele	Ongaro Carmela	Trussoni Monica
Bonazza Lucia	Fiorelli Arianna	Orsini Bruno	Tudori Adelaide
Bongio Lucia	Fognini Chiara	Pancotti Enzo	Ussia Daniela
Borsi Nevilla	Folini Dionisia	Paruscio Camilla	Valli Gemma
Botta' Giancarlo	Fornari Pasquina	Pedrini Andrea	Vanotti Giuseppina
Branchini Gigliola	Franzoni Paola	Pedrini Irene	Vegro Ivana
Brivio Elisabetta	Fumasoni Alessandro	Peiti Giuseppina	Viviani Andrea
Buldrini Renata	Gadola Elisa	Peiti Vittoria	Zani Maria Rita
Cadringer Ezzela	Gambetta Antonella	Pes Silvia	Zanoni Rachele
Caneva Matteo	Gammino Fabrizio	Pezzati Aquilina	Zappa Claudia Milena
Capitani Odillia	Gandossini Giovanni	Piani Ercole Andrea	Zubiani Paola

\*Vigilatrice d'infanzia - Segretaria Collegio

# Relazione di stima sede Collegio Ipasvi

Si riportano stralci della relazione di stima effettuata dal nostro consulente, geometra Massimo Muffatti, si ricorda agli interessati che è possibile e gradita la consultazione completa degli atti depositata in Collegio. N.d.R.

## Introduzione

Il sottoscritto **geometra Massimo Muffatti**, nato a Sondrio il 28 agosto 1980 ed iscritto al collegio dei geometri della provincia di Sondrio al n. 1395, con studio a Sondrio in via Pio Rajna n. 1 (codice fiscale MFFM-SM80M28I829Y; Partita IVA 00823940143), ad evasione dell'incarico conferitomi dal **collegio IPASVI** della provincia di Sondrio con sede a Sondrio in via IV novembre n. 11 rappresentata dal Presidente signor **Ercole Piani**, nato a Tirano il 30 gennaio 1952 ed ivi residente in via Argine Poschiavo n. 10 (codice fiscale PN IRLN52A30L175Q), dopo aver svolto tutte le indagini, gli accertamenti necessari e gli opportuni sopralluoghi per l'assolvimento dell'incarico ricevuto, provvede alla compilazione della presente relazione descrittiva-estimativa atta a determinare il valore della porzione immobiliare situata in comune di Sondrio, in via Aldo Moro n. 46 e catastalmente identificati come al successivo punto n. 3.

## Immobile oggetto di valutazione

Unità già adibita a studio "medico dentistico" del piano seminterrato, libera su tre lati (sud, est ed ovest) e compresa in uno stabile pluripiano denominato "Scas" edificato alla fine degli anni settanta (1977); costituita da 2 corpi indipendenti di cui il primo (ad est) composto da ingresso, attesa, 3 studi, spogliatoio, servizio igienico privo di aperture, 2 ripostigli; ed il secondo (ad ovest) definito da uno spazio multiuso con annesso servizio igienico dotato di antibagno. L'accesso pedonale avviene direttamente da via Aldo Moro attraverso un percorso di raccordo inclinato.

**Zona Centrale.** Il fabbricato è situato in fregio alla via Aldo Moro, nel quartiere urbano meridionale consolidato e connesso alla zona centrale della città ove si rileva, oltre alla presenza di insediamenti abitativi e direzionali, un'alta densità di attività commerciali. L'area urbana è dotata di tutte le connessioni ai servizi comunali e dei principali servizi di trasporto pubblico. Si evidenzia la disponibilità di aree a parcheggio pubblico a pagamento e non nelle immediate vicinanze dell'edificio.

## Situazione dell'immobile

### Analisi della proprietà

Immobile costruito negli anni '70 (1977) ed oggetto di opere interne di riassetto distributivo-funzionale interessanti l'unità immobiliare oggetto di valutazione nell'anno 1998. Dalla visura catastale consultata (situazione degli atti informatizzati al 15/04/2010) e come si evince dall'atto di compravendita del 28 agosto 1997 di repertorio dott. Notaio Franco Cederna n. 43102 raccolta n. 7469 la proprietà degli immobili risulta dei signori Caprari Erio (codice fiscale CPRREI52H21 D456Y) e Torbus Marila (codice fiscale TR-BMRL55S49A944V) residenti in comune di Caspoggio (SO) in via Monte Palino n. 17.

## Strutture e finiture

Fronti in cemento armato tinteggiato; infissi installati sulle aperture di facciata in assenza di lignea dotati di specchiature in lastra di vetro singola smerigliata e prive di sistemi

per l'oscuramento, ma dotati di inferriate metalliche protettive; pavimento sopraelevato in piastrelle di ceramica; pareti perimetrali intonacate a civile e tinteggiate; partizioni divisorie interne in lastre di cartongesso; soffitti intonacati a civile e tinteggiati o con controsoffittatura in lastre di cartongesso; i vani adibiti a servizio igienico presentano rivestimento delle pareti in piastrelle di ceramica; finiture buone in relazione ai materiali di finitura interna ed esterna dello stabile; altezza netta interna dei locali pari a metri 2,70. Da evidenziare una risalita dell'umidità in corrispondenza della parete su a diretto contatto, esternamente, con terreno vegetale e cotica erbosa.

### Dotazioni impianti:

**Riscaldamento:** la distribuzione dell'acqua calda alla rete idrica e di riscaldamento avviene mediante caldaia alimentata a gasolio. I corpi riscaldanti sono costituiti da radiatori a parete. Le reti impiantistiche capillari (impianto elettrico, idraulico, termico) sono state completamente revisionate. Si è rilevata la presenza di un impianto di allarme e di aspirazione forzata.

## RELAZIONE TECNICA PERITALE

### Premessa

Si definisce "il più probabile valore di mercato di un bene quel valore che ha più probabilità di realizzarsi per quel bene in quel mercato nel caso che venisse alienato". Per determinare il più probabile valore di mercato di un immobile possiamo avvalerci di due procedimenti che costituiscono il fondamento delle tecniche estimative: sintetico o analitico. Il procedimento sintetico, che rappresenta il metodo applicato nella seguente valutazione, consiste

esclusivamente nello stimare, per comparazione diretta, il valore del bene in base ad una scala sistematica di prezzi noti. Il presupposto per l'utilizzazione di questo sistema diretto è la conoscenza dei prezzi del mercato, secondo gli aspetti che è necessario individuare per il principio della dipendenza del valore allo scopo della stima.

Sostanzialmente il procedimento sintetico consiste in una comparazione del bene oggetto di stima con i prezzi di quei beni con i quali ha maggiore analogia; è necessario individuare la scala dei prezzi di mercato per gli immobili simili e, in base alle loro caratteristiche, si effettua la comparazione, facendo riferimento su dati storici, omogenei, relativi ad un unico parametro (€/m<sup>2</sup>).

### Formulazione del giudizio peritale

Il giudizio di stima è stato espresso in funzione

CONSISTENZA ANALITICA					
Progr.	Identificazione/piano	Destinazione	Superfici e (m <sup>2</sup> )	Coeff. Eq	Superficie equivalente
1	Foglio 51 particella 135 subalterno 2	unità a destinazione studio medico dentistico	128,00	100%	128,00
SUPERFICIE sub. 52					128,00

VALUTAZIONE				
Destinazione	Consistenza	Prezzi di Vendita (€)		Valore
		per unità	al m <sup>2</sup>	
SUPERFICIE sub. 2	128,00	Im <sup>2</sup>	1.600,00 da	204.800,0

VALORE COMPLESSIVO ATTRIBUITO	
204.800,00	

del sopralluogo effettuato, dopo attenta valutazione delle condizioni intrinseche ed estrinseche degli immobili da valutare. I fattori estrinseci considerati riguardano l'ubicazione e la localizzazione degli immobili all'interno del territorio comunale, l'inserimento nella rete stradale e il collegamento con le strade periferiche, le valutazioni paesaggistiche e climatiche; mentre le caratteristiche intrinseche connotano la conformazione, lo stato di conservazione e le finiture materiche.

## Provvedimenti autorizzativi/ regolarità della costruzione

### Provvedimenti autorizzativi

Immobile originario edificato con Concessione di Costruzione del 15 marzo 1977 prot. 11885/2652 e successiva Concessione di Costruzione in Variante del 03 gennaio 1978 prot. n. 9447/2927 ed in data 09 gennaio 1979 prot. n. 12019/78. Opere interne autorizzate ai sensi della legge n. 47/85 prot. 18897 del 02/10/1997).

La costruzione risulta sostanzialmente **REGOLARE**

## INDAGINE DI MERCATO

Le analisi dei prezzi di scambio effettuati presso agenzie immobiliari ed operatori del settore e la successiva comparazione con i parametri unitari dell'Osservatorio Mercato Immobiliare dell'Agenzia del Territorio hanno evidenziato e confermato valori di Mercato per unità a destinazione "ufficio" che oscillano da (€/m<sup>2</sup>) minimo 1.450,00; massimo 1.650,00. Il parametro unitario espresso considera le buone finiture in relazione agli interventi di manutenzione straordinaria di cui al punto n. 8.

## OSSERVAZIONI DEL PERITO

Il parametro unitario è riferito alla situazione degli immobili come visionati in fase di sopralluogo e considera la proprietà in quota proporzionale sulle parti comuni. Le superfici sono dedotte dalla planimetria catastale allegata e verificata attraverso rilievi metrici eseguiti in fase di sopralluogo.

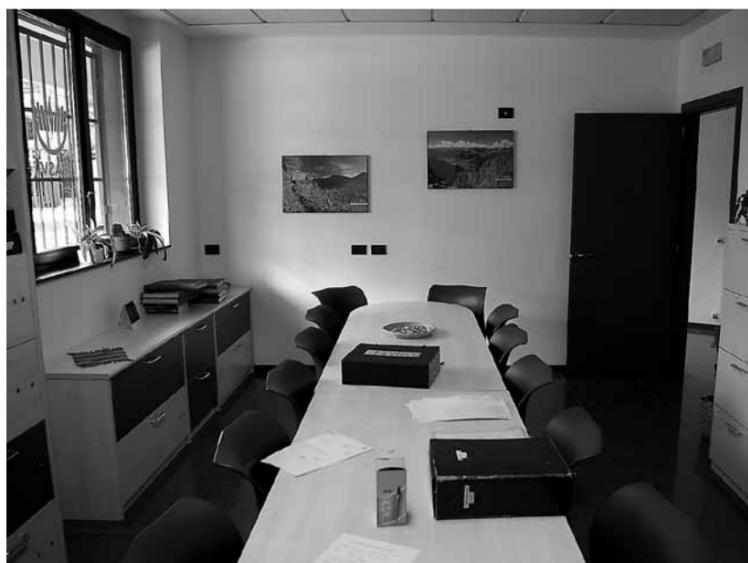
## ALLEGATI

Localizzazione territoriale dell'immobile oggetto di stima su Carta Tecnica Regionale, estratto strumento urbanistico e stralcio foglio di mappa; n. 6 riprese fotografiche; atto di provenienza (compravendita); visure catastali ed ispezioni ipotecarie; planimetria catastale dell'unità immobiliare.

15 aprile 2010

*Il perito incaricato*

Con quanto sopra si ritiene di aver assolto l'incarico ricevuto.



# L'approccio medico-biologico alla persona con problemi di alcool"

di Roberto Ferrara\*

## Premessa

Accogliendo volentieri l'invito di Ercole Piani per un mio intervento in questa sede, relativamente alle problematiche alcool correlate mi propongo di fornire un punto di vista che, partendo da una esperienza professionale diretta oltre che da elementi teorici ed evidence based, possa favorire una riflessione da parte degli addetti ai lavori, in particolare Infermieri/e che si trovano frequentemente ad agire, in ambienti ospedalieri e non, su pazienti la cui presentazione è condizionata da disturbi di abuso/dipendenza da alcool o da utilizzo problematico di alcool.

L'allarme più che giustificato in relazione al consumo di alcool, ed ai rischi e danni conseguenti nella fascia di popolazione più giovane, anche pre-teen, costituisce l'opportunità per definire in termini non sensazionalistici ma per quanto possibile concreti ed obiettivi gli elementi noti che sono alla base delle condotte di abuso/dipendenza di alcool (e non solo) in tutte le età e di descrivere quali possono essere le procedure da seguire per affrontare i disturbi che ne derivano.

## Il substrato biologico e l'importanza di tenerlo in considerazione

Storicamente le problematiche alcool correlate sono state ritenute, e per molti lo sono ancora, pertinenti alla sfera morale con conseguenti approcci psico-sociali (anche religiosi) il cui scopo è volto sostanzialmente alla "rieducazione": in questa prospettiva è perfettamente logico che il fallimento degli interventi comporti per gli individui interessati da un lato una deriva dissociata e giudiziaria dall'altro una assistenza sanitaria volta a trattare le complicazioni del/dei disturbo/disturbi da alcool senza apparente interesse nei confronti sia della loro prevenzione che del loro esordio e del successivo sviluppo.

A tutt'oggi la maggior parte delle persone, tra queste gli operatori sanitari, psichiatri compresi, è influenzata in maniera potente, viscerale, da questo paradigma.

Termini quali "alcolizzato" o "alcolista" rimandano nell'immaginario collettivo a quadri sgradevoli, ritratti in cui il degrado umano, la dannosità, pericolosità, delinquenza sono il risultato di una colpa individuale: la conseguenza di una scelta volontaria che il soggetto ha autonomamente e coscientemente definito, quella del vizio (o del peccato); meno frequentemente, ma in modo altrettanto preconcetto, il giudizio nei confronti del paziente è convogliato più benevolmente da una sorta di pietas, con attribuzione di ruolo causale determinante nella genesi del disturbo a fattori esistenziali negativi quali la famiglia, il contesto socio-economico, eventi di perdita e/o catastrofici; questa è tra l'altro la chiave di lettura del problema che tipicamente, spesso in consonanza con i conoscenti, adotta il diretto interessato. Ciò che accomuna queste due correnti di pensiero è la conclusione nei confronti dell'eventuale trattamento, in particolare quello medico, ritenuto inutile se non dannoso ai fini della risoluzione di una situazione fatalmente destinata a non variare nel tempo o, al più, a peggiorare.

Alla fine tutti hanno raggiunto le loro certezze: i familiari, gli amici, gli operatori, di avere fatto tutto il possibile, il diretto interessato che tutto il possibile è stato fatto e che l'unica soluzione, rispettando tra l'altro le aspettative dei primi, è quella di...continuare a bere.

Il punto debole della "questione morale", che vale per tutti i disturbi di abuso dipendenza, è che i suoi paladini fanno i conti senza



l'oste, o meglio gli osti: a dire la sostanza, l'organo bersaglio (il cervello), l'incontro tra i due.

Negli ultimi 20 anni le tecniche di neuroimaging hanno rivoluzionato il campo della ricerca neurologica e psichiatrica permettendo di visualizzare sia la struttura che il funzionamento del cervello umano in vivo; in termini schematici per quanto riguarda i meccanismi biologici che sottendono all'abuso/dipendenza da sostanze si riconoscono 2 sistemi di funzionamento alternativi: il sistema "GO" e quello "STOP". Il sistema "GO", filogeneticamente più antico, è costituito da una rete di strutture sottocorticali interconnesse la cui funzione è quella di assicurare il conseguimento delle naturali ricompense necessarie per la sopravvivenza quotidiana (cibo) e la sopravvivenza della specie (sesso); dalla stessa rete dipende la sensazione di piacere associata alla fruizione dei comportamenti conservativi. Dal punto di vista dello sviluppo cerebrale il Sistema GO è già strutturato, e prevalente, sino a quando, intorno ai 20 anni, non arriva a maturazione quello STOP (Lobo Frontale); questo è il motivo neurofisiologico per cui normalmente gli individui più giovani tendono naturalmente ad essere impazienti e irruenti nella loro condotta rispetto a quelli più anziani in cui è (o dovrebbe essere) superiore la capacità di controllo (cioè di differire o inibire la spinta all'azione). La via finale comune di rinforzo e gratificazione del cervello sembra essere la via dopaminergica mesolimbica. Tale via viene direttamente stimolata da una incredibile quantità di sostanze naturali che vanno dalla morfina/eroina endogena cerebrale (endorfine) alla marijuana cerebrale (anandamide), alla cocaina/amfetamina cerebrale (la stessa dopamina).

L'alcool, come tutte le sostanze che danno dipendenza, di fatto agisce a questi livelli cerebrali: il significato nella pratica è che se il suo utilizzo comincia in una età (pre-adolescenza - adolescenza) in cui evolutivamente vi è la tendenza alla ricerca del piacere immediato, il sistema GO sarà rinforzato e dominerà la condotta anche quando entrerà in gioco (o meglio fuori gioco) il sistema STOP. Detto in altro modo l'origine dei comportamenti relativi all'abuso e alla dipendenza che configurano l'addiction (cioè la ricerca compulsiva di sostanze come l'alcool) nascono non dalla volontà (che presiede all'elaborazione "nobile", a dire capacità di auto ed eteroriflessione, astrazione, associazione logica, pianificazione articolata in successione cronologica e spaziale, inibizione oltre che promozione delle condotte), la cui sede è riconducibile al lobo frontale ma dalla motivazione (o dalle motivazioni) intese come spinta, drive automatico e indotto da stimoli spesso non percepiti da

chi agisce, funzioni proprie del citato sistema limbico: dunque sostenere che uno "se vuole può smettere" non soltanto è falso ma anche fuorviante ai fini del trattamento, che dovrà tenere conto in primo luogo dello squilibrio cerebrale che l'azione dell'alcool ha creato.

## Gli obiettivi ed i limiti degli interventi sanitari: l'importanza di cominciare il trattamento in emergenza

Nell'ambito della attività di servizio presso il S.P.D.C. di Sondrio gli Psichiatri sono chiamati ad intervenire su soggetti affetti da disturbi del comportamento le cui caratteristiche destano nei familiari, nei sanitari e (anche se non sempre) nei diretti interessati la preoccupazione riguardo minacce, rischi e/o pericoli alla loro o altrui integrità fisica. Nei fatti sono sintomi quali ritiro e isolamento, mancanza o riduzione del contatto con l'ambiente circostante, minacciosità verso sé stessi o altri, manifestazioni di ansia, agitazione, condotte disorganizzate, aggressività etero o autodiretta che provocano la richiesta di una valutazione psichiatrica: tale valutazione, nei casi connotati psicopatologicamente come sopra, deve considerare attentamente le varie ipotesi etiopatogenetiche a partire dai fattori noti determinanti alterazioni neurometaboliche compatibili con la insorgenza del quadro clinico emergente. Tra questi fattori un ruolo preminente è svolto dalle reazioni esotossiche cui vanno incontro sia i soggetti con utilizzo problematico e a rischio che quelli affetti da abuso/dipendenza di sostanze.

Che il Pronto Soccorso in realtà proprie dei Paesi sviluppati rappresenti un luogo particolarmente frequentato da soggetti portatori di problematiche alcool correlate è certo: negli U.S.A., in accordo con il fatto che circa i 2/3 degli adulti bevono occasionalmente mentre approssimativamente il 13% della popolazione è costituito da alcolisti e 1 persona su 5 fra quelle che usano l'alcool a scopo ricreativo diviene in un certo periodo dipendente dall'alcool, studi effettuati presso i Dipartimenti di Emergenza indicano che sino al 20% dei pazienti ha problemi di alcool, con il maggiore tasso costituito da coloro che si presentano a tarda notte (1); non desta sorpresa perciò che in quel Paese intervenire sui pazienti con problemi di alcool in sede di emergenza sia da alcuni anni considerato prioritario.

Per "intervenire" si intende in primo luogo la rilevazione (detection) dei soggetti affetti dalla problematica da parte degli operatori dell'emergenza (non necessariamente medici) attraverso strumenti semplici ma dotati di attendibilità (2) e, soprattutto, praticità; quindi

la valutazione del problema a livello individuale con proposta ed inizio già in sede di Pronto Soccorso di un programma di trattamento: in sintesi si tratta di attuare lo screening dei forti bevitori, differenziare i bevitori a rischio da quelli affetti da un disturbo di alcool, portare a termine un intervento breve per le persone appartenenti ai 2 gruppi (3). La componente operativa (intervento breve) si avvale di fatto di una tecnica di intervista che richiede all'operatore di sfruttare attraverso strumenti relazionali (la disponibilità all'ascolto, il supporto empatico, il suggerimento/la suggestione) e cognitivi le risorse dell'individuo e quelle ambientali (4); per ciò che riguarda i pazienti affetti da abuso/dipendenza è necessario un approccio più squisitamente medico in relazione alla specificità dei quadri clinici (gestione dell'astinenza e della dipendenza fisica).

La filosofia che sta alla base di questa impostazione si avvale di concetti la cui validità è ampiamente riconosciuta non solo e non tanto nella teoria ma soprattutto nella conduzione della attività clinica da coloro che, anche in Europa ed in Italia, si occupano di problematiche di sostanze e segnatamente di alcool. Il riferimento capitale è la teoria del natural change: "Interventi brevi che sfruttano eventi che avvengono naturalmente o che forniscono informazione, feedback o consigli interagiscono anche con il processo di self-change e possono promuoverlo. Interventi brevi, specie quelli che sono connessi a eventi significativi o conseguenze negative nella vita di un individuo, possono incrementare l'interesse, favorire il processo decisionale, rinforzare l'impegno ad agire ed offrire qualche piano o azioni di condotta che possono aiutare l'individuo a portare a termine con successo alcune importanti tappe del self-change." (5).

In questa ottica è evidente che l'accesso in emergenza in P.S. di queste persone è da ritenersi una, forse la, opportunità di aggancio ai servizi a partire da una fase in cui è presente anche se talvolta in termini ambivalenti e non riconosciuti dal diretto interessato una motivazione spontanea al cambiamento (contemplazione nei termini usati da Di Clemente). Last but not least: l'unico approccio che possa sfruttare a pieno i vantaggi offerti da tale metodologia di intervento è quello integrato, ove il team operativo, nelle sue varie articolazioni professionali, appartiene comunque ad un medesimo gruppo di lavoro.

Considerato come sono strutturati i Servizi per le Dipendenze a livello regionale, distaccati dalla realtà ospedaliera e per di più facenti capo localmente non solo ad un Dipartimento ma ad una Azienda diversa, è sin troppo facile evidenziare quanto distante possa risultare un modello come quello prima illustrato.

## Bibliografia:

1. Cohagan, Wortington, Krause – Alcohol and Substance Abuse Evaluation – E medicine, updated Dec 4 2009
2. Identifying and treating patients with alcohol dependence in your practice: pharmacotherapeutic and psychosocial interventions – Medscape feb 27, 2007
3. A pocket guide for alcohol screening and brief intervention – updated 2005 edition, NIAAA
4. William R. Miller – Motivational Factors in Addictive Behaviors – in "Rethinking Substance Abuse", Guilford Press, 2006
5. Carlo C. Di Clemente – Natural Change and the Troublesome Use of Substances in "Rethinking Substance Abuse", Guilford Press, 2006

\* Medico psichiatra SPDC Sondrio

# Segnalare l'incompetenza del collega per salvaguardare il paziente

Letture secondo il modello Fry - Johnstone

dott.ssa Arianna Fiorelli\*

## ABSTRACT

*“L’infermiere è l’operatore sanitario responsabile dell’assistenza infermieristica. La responsabilità dell’infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo.”* (IPASVI, 1999)

L’infermiere, come citato nel Codice Deontologico, è responsabile dell’assistenza infermieristica erogata, che deve rispondere agli standard professionali.

Nel caso affrontato, si vuole analizzare una situazione problematica derivante dalla incompetenza manifestata da un collega e il disagio e sfiducia dei colleghi nei suoi confronti.

Analizzando il caso secondo il modello etico di Fry e Johnstone si vogliono cercare delle possibili soluzioni per la situazione e permettere a tutta l’equipe infermieristica di riflettere eticamente, per avere una consapevolezza maggiore nell’agire professionale e crescere anche in situazioni di disagio.

L’analisi effettuata con il metodo Fry-Johnstone per la presa di decisioni etiche mette in luce i principi e i valori professionali che sono legati alla competenza del personale infermieristico. Le parole chiave che sono presenti nell’esposizione sono: responsabilità professionale, competenza, caring, advocacy, accountability.

## PRESENTAZIONE

Il caso clinico esposto nelle pagine seguenti è stato esaminato secondo il modello etico decisionale di S. Fry e M.J. Johnstone proposto a lezione durante il corso di Deontologia professionale della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.

Tale modello utilizza quattro domande per venire in aiuto all’infermiere:

Quali sono i retroscena dei conflitti di valori?

Quale significato hanno i valori implicati?

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

Che cosa si dovrebbe fare? (Fry, Johnstone, 2004).

Tra tutti i casi, situazioni che meriterebbero un’analisi etica, la decisione di trattare un caso di incompetenza di un infermiere, deriva da una situazione vissuta sul lavoro e che ha generato dei problemi etici e organizzativi.

Infatti da parte di tutto il gruppo infermieristico è riconosciuta l’importanza del benessere della persona, della sua sicurezza e la qualità dell’assistenza infermieristica ero-



gata; inoltre è riconosciuto il valore competenza professionale.

Partendo dal fatto che, tuttora non è stato fatto nulla per cambiare la situazione, ho deciso di analizzare questo caso per trovarvi una possibile soluzione partendo da un punto di vista etico.

Grazie alle lezioni di Deontologia Professionale, ho potuto ampliare le mie conoscenze e acquisire un modello etico di presa di decisioni, con cui potermi fermare, pur con difficoltà per l’inesperienza di applicazione, e riflettere su tutte quelle questioni etiche di assistenza infermieristica, per capire quali sono i valori, professionali o personali, che entrano in conflitto.

La bibliografia utilizzata è stata in parte fornita dalla docente del corso e in parte recuperata attraverso l’utilizzo delle parole chiave.

## QUALI SONO I RETROSCENA DEI CONFLITTI DI VALORI?

L’infermiere Simone lavora da circa tre anni presso la Rianimazione di un grande ospedale lombardo. Egli si è laureato da circa tre anni e questo è il suo primo impiego di lavoro. Già nei tirocini e nei tre anni del Corso di Laurea, Simone aveva manifestato il desiderio di lavorare in un’area critica per il rilevante interesse manifestato nelle Urgenze ospedaliere, sia per la tipologia di pazienti ricoverati, cioè persone ad alto bisogno assistenziale sia dal punto di vista tecnico, sia nei bisogni di base.

Queste categorie di persone sono caratterizzate da un’alta intensività di cura

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; il *nursing* è dedicato e qualificato.

L’assistenza intensiva si avvale di apparecchiature speciali come indispensabile completamento per il controllo diretto del malato da parte dei medici e del personale di assistenza. 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. 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 delle attività di vita quotidiana del paziente e all’assistenza psicologica rivolta sia al paziente che ai parenti.

Simone durante il suo inserimento nella Unità Operativa ha raggiunto tutti gli obiettivi presenti nella scheda di inserimento del neoassunto e secondo la valutazione del collega che lo ha seguito, infermiere di provata esperienza e alta competenza tecnica, non vi erano difficoltà o problematiche di nessun tipo; dopo circa due mesi Simone non era più affiancato ma aveva in carico già

due pazienti della Rianimazione e si trovava sempre in turno con il collega che lo ha seguito. Dopo quasi sei mesi di lavoro, Simone si mostrava sempre attento e veloce nelle urgenze ma si mostrava sempre più svogliato nel prendersi cura del paziente riguardo all’assistenza di base.

Molti episodi di problematicità incominciano a presentarsi: i pazienti che sono seguiti da Simone, vengono trovati in scadenti condizioni igieniche, non mobilizzati, con il letto non rifatto oppure in alcune occasioni vengono trovati proprio sporchi dai colleghi dei turni successivi.

Gli infermieri che si ritrovano in turno con Simone, cercano di accollarsi anche l’assistenza di base dei suoi pazienti, e per il benessere di questi fanno anche quello che Simone non vede o non vuole fare. Tutto questo porta ad un malcontento e sfiducia dei colleghi nei suoi confronti; essi non vogliono lavorare con lui e anche criticano il fatto che Simone sia interessato alla Rianimazione e ammetta di essere contento di lavorare lì dove i pazienti sono intubati e non è possibile avere una comunicazione verbale con loro.

Cosa si dovrebbe fare? Quali provvedimenti prendere per garantire la assistenza di base e la sicurezza dei pazienti? Come migliorare la situazione problematica garantendo il rispetto dei valori dei soggetti?

## QUALE SIGNIFICATO HANNO I VALORI IMPLICATI?

In questa situazione i vari attori vivono una situazione di disagio che deve essere risolta analizzando i

vari valori in gioco per capire se sono valori o convinzioni personali.

*“Gli infermieri hanno quattro responsabilità fondamentali: promuovere la salute, prevenire la malattia, ristabilire la salute e alleviare la sofferenza”* (Codice Deontologico ICN, 2000).

Gli infermieri che lavorano con Simone, vivono la propria dimensione di disagio nel lavorare con una collega di cui non si fidano.

L’atteggiamento di Simone nel prendersi cura in modo superficiale delle persone prese in carico da lui, crea una situazione di sfiducia. L’equipe dà importanza al valore di aver cura dei pazienti secondo standard accettati e riconosciuti, dà importanza anche al valore di tutelare la sicurezza dei pazienti e alla collaborazione.

Tutti gli infermieri conoscono il valore di rispondere delle proprie azioni e di essere in grado di erogare un’assistenza secondo gli standard riconosciuti, il valore di essere preparati per poter agire per il bene del paziente e inoltre essere coscienti che qualunque azione scelta ha un’influenza sulla salute del paziente.

Simone ritiene valore la propria formazione e la propria posizione all’intero dell’organizzazione.

Simone, attribuisce alla propria preparazione tecnica un valore importante; per la sua formazione universitaria recente, conosce i fondamenti del nursing anche se non attribuisce valore al prendersi cura e all’assistenza di base; invece ritiene valore esclusivamente la formazione tecnica e tecnologica.

I valori dei pazienti assistiti, presumibilmente, sono di ricevere un’assistenza infermieristica qualificata e di non ricevere danno dalle azioni praticate.

I principi etici che possiamo trovare in questo caso riguardano:

- **Principio di beneficenza – non maleficenza:** *“promuovere il bene della persona, evitare ciò che nuoce o danneggia la persona”*: agire bene per la persona comporta anche a una formazione adeguata;

- **Principio di giustizia:** *“opporsi a discriminazioni ed ingiustizie”, “giusta ed equa allocazione delle risorse”*, decidere quale sia la giusta o equa allocazione delle risorse sanitarie e dell’assistenza infermieristica ai pazienti sotto la propria responsabilità e quali le priorità assistenziali in caso di carenza infermieristica, il professionista ha l’obbligo di identificare che cosa privilegiare all’interno del suo piano di attività assistenziale se non tutto può essere garantito.

Il principio di giustizia è legato al concetto di advocacy: l'infermiere deve tutelare i diritti e il benessere delle persone: deve fornirgli un'assistenza infermieristica sicura e che risponda agli standard riconosciuti dalla professione.

Anche il concetto di accountability è presente in questa analisi: l'infermiere è competente nel momento in cui ha la capacità di rispondere a determinate situazioni e gestisce queste responsabilità; quando è in grado di spiegare come queste responsabilità vengano espletate, giustificando le scelte e le azioni conformemente alle norme o agli standard morali accettati.

Importante, è tenere in considerazione in questa analisi, anche il concetto di caring: i comportamenti orientati al caring sono diretti alla protezione della salute e del benessere delle persone; il caring può essere inoltre definito come una forma di coinvolgimento con gli altri che crea un interesse in merito a come le altre persone avvertono il mondo che le circonda. Tutto questo richiede sensibilità, capacità di relazione e coinvolgimento così come capacità di dare assistenza, conoscenze e abilità. Questi comportamenti sono fondamentali per il ruolo dell'infermiere: il caring è un concetto basilare per un'etica infermieristica che protegge e rafforza la dignità umana dei pazienti che ricevono assistenza sanitaria, è proprio della pratica infermieristica. Definendo poi il concetto di competenza esso è costituito dalla capacità di rispondere delle proprie azioni e assumerne la responsabilità; questa "non comprende solamente la propria condotta intenzionale ma anche qualsiasi cosa nei confronti della qual si ritiene che il soggetto in questione abbia una relazione di tipo causale" (Fry, Johnstone, 2004), e investe una sfera più ampia del rapporto infermiere-paziente contemplando tutta una serie di livelli di responsabilità.

La responsabilità/competenza in questo contesto assume diverse dimensioni a seconda degli attori in analisi.

Anche ciascun componente del gruppo infermieristico esprime dei valori importanti sia in generale nei confronti di tutta l'équipe (rispetto, collaborazione, fiducia) sia nei confronti di ogni singolo collega (solidarietà, collaborazione, aiuto): "L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui rico-

nosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'équipe. Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali" e "L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto ed alla solidarietà..." (IPASVI 1999).

Inoltre è un obbligo morale dei professionisti infermieri salvaguardare il paziente da qualsiasi danno: quando vi può essere la possibilità, anche se pur potenziale che sia provocato un danno al paziente, deve nascere nel gruppo infermieristico la volontà di trovare dei meccanismi che evitino o riducano al minimo questa possibilità. Inoltre gli infermieri hanno il dovere morale di valutare il proprio operato, anche alla luce delle migliori evidenze scientifiche: "l'infermiere ha il dovere di autovalutarsi e di sottoporre il proprio operato a verifica, anche ai fini dello sviluppo professionale" (IPASVI 1999).

Questo significa anche che ogni infermiere dovrebbe essere disponibile e predisposto a modificare il proprio modo d'agire, riflettere sulla propria preparazione porre in discussione le proprie posizioni.

### QUAL E' IL SIGNIFICATO DEI CONFLITTI PER LE PARTI IMPLICATE?

Affrontando questa problematica da un punto di vista etico e deontologico, condiviso da tutti i professionisti infermieri, i Codici deontologici, italiano e dell'ICN, offrono degli spunti interessanti.

Infatti nel PATTO INFERMIERE - CITTADINO, del 12 maggio 1996, viene affermato che "Io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:... GARANTIRTI le migliori condizioni igienico e ambientali. FAVORIRTI nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari. RISPETTARE il tuo tempo e le tue abitudini. AIUTARTI ad affrontare in modo equilibrato e dignitoso la tua giornata supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi, dormire, quando non sei in grado di farlo da solo."

Anche nella premessa al Codice dell'ICN viene espresso che "Il rispetto dei diritti dell'uomo, compresi i diritti culturali, il diritto alla vita e alla scelta, alla dignità e ad essere trattati con rispetto, fanno parte integrante dell'assistenza

infermieristica. L'assistenza infermieristica è rispettosa..."

Queste due norme di comportamento indicano l'impegno che l'infermiere deve prendersi nell'assistere con dignità la persona, questo rappresenta un obbligo morale anche per assicurare l'assistenza di base. Inoltre come sancito nel codice deontologico italiano al punto 2.6 "Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse ..." e inoltre al punto 3.1: "L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza efficaci." Al punto 3.3 viene definito: "l'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non potere agire con sicurezza. Ha il diritto/dovere di richiedere formazione e/o supervisione..."

Nel Codice dell'ICN troviamo al punto 3: "l'infermiere assume il ruolo principale nella definizione e nell'applicazione degli standard accettabili nella pratica assistenziale clinica, nel management..." Questi punti dei codici deontologici, evidenziano che debbano essere mantenuti degli standard nell'erogazione dell'assistenza infermieristica riconosciuti da tutti gli infermieri.

Gli infermieri che lavorano con Simone, manifestano dei dubbi che questo in effetti venga garantito ai pazienti che Simone ha in carico. Continuando nella lettura dei codici, si trova in quello italiano al punto 4.9 "L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei suoi familiari", mentre al punto 5.1 "L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico rapporto all'interno dell'équipe. Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale, contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali", questo probabilmente è quello che i colleghi si aspetterebbero da Simone ma che invece non viene propriamente rispettato.

Inoltre nel codice ICN si afferma al punto 4: "...l'infermiere assume tutte le misure necessarie per salvaguardare le persone...nel momento in cui la loro salute fosse messa a rischio da un collega o da qualsiasi altra persona" mentre nel codice deontologico italiano al punto 6.4 viene affermato: "l'infermiere riferisce a persona competente e all'autorità professionale qualsiasi circostanza che possa pregiudicare l'assistenza infermieristica o la qualità delle cure, con particolare riguardo agli effetti sulla persona". Queste due norme di comportamento indicano come gli infermieri abbiano un obbligo morale di intervenire a tutela della sicurezza del paziente e come vi sia un altrettanto obbligo morale di assumere iniziative per non nuocere.

## Così muoiono i notiziari di categoria

n.d.R.

Le nuove tariffe imposte dalle poste Italiane stanno uccidendo i giornali come Parliamone - abbiamo ritenuto ridicolo, oltre che dispendioso, dover rivestire con plastica la rivista ma ora anche lo sconsiderato aumento della spedizione della rivista sta imponendo di ridurre le uscite di Parliamone.

La Redazione sta valutando, con il Consiglio Direttivo del Collegio, se esistono soluzioni alternative a Poste Italiane per inoltrare la rivista. Ci scusiamo con i nostri iscritti e abbonati per il disagio, così come per altri disagi che ci riserva il servizio postale italiano.

Nel caso descritto i conflitti di valori riguardano l'atteggiamento di Simone nell'erogare l'assistenza di base ai pazienti in carico.

Per i colleghi è necessario garantire un'assistenza infermieristica adeguata alle persone ricoverate in terapia intensiva, anche per la presenza di parecchi accessi venosi, la misurazione della pressione arteriosa cruenta, ecc., quindi è fondamentale il rispetto del principio di beneficenza - non maleficenza: il dovere di operare il bene.

Per Simone l'assistenza che eroga è adeguata e non si pone nell'ottica di autovalutarsi o formarsi adeguatamente su questa peculiarità che manifesta.

Per i pazienti ricoverati è fondamentale ricevere un'assistenza infermieristica adeguata e che non nuoccia al loro già precario stato di salute.

### CHE COSA SI DOVREBBE FARE?

Perché non parlare apertamente con Simone di questa sua carenza e aiutarlo a superarla?

La prima ipotesi è quella di seguire Simone nell'assistenza di base e pensare ad un percorso formativo ad hoc per lui, che potrebbe essere seguito da una valutazione.

In effetti non esistono linee guida per la valutazione dell'assistenza nell'U.O. e sarebbe utile che l'U.O. se ne dotasse così da creare uno standard oggettivo di riferimento. Sicuramente questo potrà essere fatto dopo avere intrapreso un'azione di segnalazione nei confronti del collega di lavoro al Coordinatore infermieristico dell'U.O., in modo che questi possa prendere dei provvedimenti non tanto per punirlo, ma per educarlo a migliorarsi.

Se anche dopo un percorso di rivalutazione, Simone manifesterà delle lacune o delle inadempienze sull'assistenza di base, la sua valutazione all'interno dell'U.O. potrebbe portare il Coordinatore a prendere delle decisioni riguardo alla sua capacità di prendersi in carico completamente il paziente ricoverato in terapia intensiva.

Sicuramente in questo caso ha un ruolo fondamentale la valutazione che è un obbligo normativo ma soprattutto etico.

Per fare questa valutazione delle conoscenze, capacità e formazione è necessario avere ben chiaro gli standard accettabili di assistenza infermieristica anche dal punto di vista etico.

Inoltre è necessario che all'interno della professione maturi una coscienza di valutazione e autovalutazione conformemente a quanto dichiarato nei codici deontologici

(italiano e ICN), nel rispetto dei principi di beneficenza-non maleficenza e dei principi di giustizia e autonomia.

Una seconda ipotesi è quella di riorganizzare le attività dell'igiene nei vari turni in modo che Simone esegua questa procedura con un collega esperto in grado di segnalare e correggere eventuali manchevolezze ed errori nello svolgimento della stessa.

Questa seconda ipotesi potrà essere applicata grazie anche al lavoro del Coordinatore che a livello gestionale, provvederà a collaborare con il gruppo infermieristico nel riorganizzare le attività.

### CONCLUSIONI

Nella situazione descritta, una soluzione non è ancora stata trovata, ma la condivisione con il gruppo infermieristico di questo lavoro e metodo etico per prendere decisioni potrebbe portare alla risoluzione.

Proteggere il paziente da qualsiasi danno è un importante obbligo morale della pratica infermieristica. Quando giudizi o azioni altrui mettono in pericolo il paziente o la sua salute, l'infermiere è tenuto a fare rapporto di tali giudizi o azioni ai superiori.

Sfortunatamente, documentare un'assistenza incompetente e non etica da parte di altri può essere difficile. Inoltre può essere anche difficile stabilire se il comportamento o l'atto in questione sia veramente frutto di incompetenza o se non sia semplicemente uno sventurato errore che chiunque potrebbe commettere.

Adottare e applicare una metodologia rigorosa permette di prendere in considerazione i fattori e le dinamiche che entrano in gioco con un'ottica diversa e soprattutto permette, a chi pone in essere la riflessione, di compiere uno sforzo di approfondimento tale che ciò che era stato inizialmente ritenuto valido o proponibile assume alla fine un significato e un valore completamente rinnovato.

### BIBLIOGRAFIA

Federazione Nazionale Collegi IPASVI, *Il codice Deontologico degli Infermieri*, Roma, Maggio 1999  
Fry T. S., e M. Johnstone M. (2004) *Etica per la pratica infermieristica*. Milano: Casa editrice Ambrosiana International Council of Nurses, *il Codice Deontologico dell'infermiere*, Ginevra, anno 2000  
Sgreccia E. (1999) *Manuale di bioetica*. Roma: Vita e Pensiero

\* Infermiere cardiologia  
Unità Coronarica Lecco

# Parliamone

Copyright by Collegio IPASVI - Sondrio

Publicato trimestralmente ed inviato a tutti gli iscritti del Collegio IPASVI. Viene inviato in abbonamento, si prega pertanto di comunicare tempestivamente il cambio di indirizzo al Collegio IPASVI, via Aldo Moro, 32 - 23100 Sondrio  
E-mail: info@ipasviso.org

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

CONSIGLIERI:

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

REVISORI DEI CONTI:

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

HANNO COLLABORATO

Ambrosini Marisa - Rosella Baraiolo - Valentina Della Vedova - Roberto Ferrara - Arianna Fiorelli - Fausto Gusmeroli - Carmela Ongaro - Caterina Panizza - Stefano Rossattini - Salvatore Maria Giuseppe Salvo

# Il disabile: questo sconosciuto...

di Caterina Panizza\*



E' intuibile quanto sia importante la profonda conoscenza della persona assistita: per questo lo scambio di informazioni da parte dei famigliari e degli operatori è di grande utilità. La salute della persona non è raggiungibile solo attraverso la terapia farmacologica, ma anche dal rapporto umano tra operatore e utente, rapporto speciale perché bizzarro, fuori dal comune: in questo frangente l'operatore sanitario si può rendere conto del peso e del significato che possono avere una carezza, il tono modulato della voce, il silenzio, il ritmo dei propri passi, e può imparare a controllare la propria comunicazione non-verbale. Acquisendo il giusto modo di relazionarsi, che nella persona con grave ritardo mentale possiede molti caratteri istintivi, l'infermiere potrà aumentare le conoscenze e quindi saprà meglio valutare e diagnosticare eventuali alterazioni o compromissioni dei bisogni della persona disabile. Ogni utente si distingue per la propria indole e per il proprio modo di vivere la propria disabilità e di reagire a un'eventuale malattia che la possa compromettere ulteriormente. Singolari e bizzarri sono gli automatismi, le stereotipie, i manierismi (nei quali spesso gli operatori ritrovano le caricature dei loro stessi comportamenti!), nonché periodiche e apparentemente immotivate oppositività da parte dell'utente verso banali indicazioni o suggerimenti.

La disabilità può coinvolgere l'intera famiglia della persona, appesantendola dei problemi che essa comporta: ognuno ha una storia e un vissuto che legano a volte felicemente e a volte drammaticamente ciascun ospite alla famiglia di origine. Viene favorito il mantenimento dei rapporti con i famigliari, ove questi sono possibili e terapeutici per l'utente disabile. In altri casi, invece, il contatto con alcuni parenti è controindicato perché generante stress tradotto dall'ospite in agiti aggressivi o autolesivi. Per quanto gli compete, l'infermiere trasmette al tutore informazioni rispetto alla salute dell'assistito, ad eventuali visite mediche, esami o procedure diagnostiche e terapeutiche, diagnosi infermieristiche o problemi collaborativi emersi e si attiva per la risoluzione dei problemi presentati dai famigliari relativi alla gestione dell'ospite e dei suoi bisogni. Inoltre il famigliare (o tutore) viene reso a conoscenza della pianificazione assistenziale ed educativa attraverso la visione e condivisione dei piani redatti rispettivamente

dall'infermiere e dall'educatore di riferimento, ovvero gli operatori assegnati a ciascun ospite per una presa in carico più personalizzata e responsabile.

Tenendo conto dei vissuti della persona, osservando e conoscendo i suoi comportamenti, le abilità, le abitudini, le attività quotidiane, le funzioni fisiologiche, si decodificano i suoi bisogni. Tutto ciò è reso possibile dalla collaborazione tra le varie figure che ruotano intorno all'utente: ASA, OSS, educatore, fisioterapista, infermiere, principalmente, e medico, riabilitatori psicosociali, arte-terapeuti, volontari. La conoscenza degli utenti richiede tempo, confronto e condivisione con i colleghi, specialmente quelli con più anzianità di servizio all'interno di questa struttura che per questo conoscono maggiormente l'utente e sono conosciuti. L'infermiere identifica i bisogni di assistenza infermieristica degli ospiti, pianifica gli interventi infermieristici e valuta i risultati avvalendosi del personale di supporto; prepara e somministra le terapie farmacologiche; collabora con il medico per gli aspetti di diagnosi e cura; accompagna e si fa porta-voce per il malessere dell'assistito in occasione di visite specialistiche; collabora con gli altri professionisti per gli aspetti relazionali e il benessere psicofisico dell'ospite; è responsabile della somministrazione delle diete. Per molti utenti, l'alimentazione è compromessa per adentulia, per assenza di masticazione e iperfagia secondarie al deficit cognitivo, e per problemi di digestione a volte secondari a patologie del tratto digerente. L'infermiere somministra le diete, sia per quanto riguarda la quantità sia per la qualità degli alimenti, in relazione ad alterazioni temporanee o croniche del bisogno di alimentazione e idratazione della persona assistita. L'alimentazione è un tasto delicato nell'assistenza al disabile perché rappresenta una delle poche fonti di piacere e benessere per la maggior parte degli utenti: per questo nella pianificazione del regime dietetico l'infermiere deve tenere conto non solo dell'aspetto funzionale e fisico, ma anche di quello psicologico. Lo scontro tra uno stato di ossessione per il cibo e le limitazioni imposte dal fatto di essere obesi o affetti da diabete è un problema quotidiano, affrontato dall'equipe e difficilmente risolvibile per la mancanza di consapevolezza di malattia e la conseguente assenza di collaborazione da parte della persona assistita.

Nell'assistenza ai disabili emerge in particolare il bisogno di sicurezza per il cui soddisfacimento viene garantita continua sorveglianza ad ogni utente, viene creato un ambiente tranquillo, si applicano misure preventive come, per esempio, allontanare dal gruppo l'ospite agitato e/o aggressivo seguendolo individualmente. È da sottolineare l'importanza di mantenere un clima sereno, non solo per garantire generale benessere ad ospiti ed operatori ma anche per prevenire specifici disagi ad alcuni particolari utenti. Questi ultimi hanno infatti la speciale capacità di percepire lo stato d'animo dell'altro, fino ad identificarsi, ma la loro disabilità psichica li rende incapaci di saper gestire emotivamente i sentimenti altrui di nervosismo, ansia, rabbia o tristezza, cosicché traducono ciò che avvertono in urla, aggressività verbale, pianto, comportamenti auto- o etero-lesivi. Un'altra caratteristica del ritardo mentale grave contro la quale vanno protetti alcuni utenti in RSD è un disturbo per il quale la persona è spinta ad ingerire anche materiali non commestibili. La plastica dei pannoloni, tovaglioli di carta, parti staccabili del materasso sono potenziali spuntini per alcuni utenti. La prevenzione di questi atti si serve di dispositivi di tutela e protezione, particolari tute fatte indossare all'ospite e modifiche nell'ambiente circostante, negli arredi e nelle pareti (no decorazioni, né quadri a un'altezza raggiungibile dagli ospiti che li potrebbero frammentare e ingerire).

L'utilizzo sistematico di dispositivi di tutela e protezione secondo il protocollo sulla contenzione in uso, scelto e concordato con i famigliari, si rende necessario nella gestione dell'agitazione cronica caratterizzata da continui atti di autolesionismo, acatisia, insonnia.

La comunicazione è compromessa non solo sul piano del linguaggio ma anche dal punto di vista non-verbale, cosicché la compromissione del comfort si manifesta con comportamenti inusuali: c'è chi diventa minaccioso e aggressivo in conseguenza a dispepsia o stipsi, chi fissa l'eloquio sullo stesso tema in presenza di uno stimolo doloroso, chi invece è totalmente asintomatico anche in presenza di segni evidenti di patologia. Nel paziente disabile, la valutazione della persona e dei suoi bisogni si avvale in particolare dell'interpretazione degli sguardi, dei gesti, della richiesta o del rifiuto di contatto fisico e dalla verifica delle funzioni più basilari e fisiologiche.

Al di là delle prestazioni infermieristiche, viene svolta attività socio-riabilitativa che prevede anche uscite sul territorio, in piscina, gite e soggiorni marini e in montagna, laboratori con manipolazione di legno, vimini, ceramica, teatro- e musico-terapia.

Ogni operatore sanitario, assistenziale, educativo, secondo ciò che gli compete, si attiva per mantenere e rinforzare le abilità della persona disabile, accettandola (e facendola sentire accettata) con i suoi limiti e dipendenze.

\* Infermiere R.S.D. Cooperativa Sociale San Michele Tirano

Alla mia entrata in RSD, l'utente, pazzo e deficiente nel contempo, mi appariva scomodo, fastidioso, inutile, brutto, spaventoso, rumoroso: ma questa mia impressione nasceva da una grande ignoranza sulla disabilità. La Residenza Sanitario Assistenziale per persone con Disabilità (RSD) di Tirano ospita persone, di età compresa tra i 18 e i 65 anni, con grave disabilità sia fisica che psichica, non assistibili a domicilio. Attraverso la conoscenza progressiva di ogni utente e in base alla competenza di ciascun professionista operante in questa residenza, si risponde ai bisogni delle persone assistite collaborando al fine di migliorare, per quanto possibile, la loro qualità di vita.

Le trenta persone ospitate presentano alterazioni della motilità e della sensibilità secondarie non solo a disfunzioni neuro-muscolari ma anche a diversi disturbi delle funzioni mentali: percezione, pensiero, affettività, intelligenza, memoria, coscienza sono compromessi o alterati.

L'ospite dell'RSD ha scarsa (o assente) consapevolezza di sé, del proprio corpo, del proprio mondo interno e dell'ambiente esterno e ha una compromissione della vigilanza, cioè dell'orientamento nel tempo, nello spazio e nelle persone.

Ogni utente è unico e l'infermiere, con la collaborazione di tutte le figure professionali presenti in questa struttura, se ne prende carico nella sua globalità. Il quadro di disabilità a volte è complicato da patologie croniche come diabete, celiachia, epilessia, broncopatia cronica, ecc. Alcuni soggetti sono sordomuti o ipovedenti; vanno incontro a periodiche o sporadiche paranoie, intese genericamente come il "pensare cose non vere"; hanno difficoltà a gestire l'ansia e a riconoscerla; sono

più irritabili perché il loro deficit intellettivo implica loro difficoltà ad elaborare uno stimolo e a modulare una risposta adeguata oppure, all'opposto, sono apatici, distaccati e areattivi anche di fronte a stimoli importanti e/o dolorosi (come quelli conseguenti a calcolosi renale o coliche addominali).

L'oligofrenia, cioè il difetto dell'intelligenza per cause perinatali (organiche, congenite, ereditarie o acquisite), è aggravata dalla demenza in alcuni ospiti di età più avanzata che vanno verso un deterioramento delle loro funzioni e abilità, necessitando di ulteriore assistenza infermieristica. Ne sono un esempio persone affette da sindrome di Down che hanno ormai superato i 55 anni di età od ospiti con disabilità di altra origine per i quali si assiste ad un'esacerbazione degli handicap mentali e fisici correlata all'invecchiamento: l'equipe pluridisciplinare pianifica e attua interventi con la persona assistita per rafforzare le capacità residue della stessa.

In altri casi l'ospite riporta ritardo mentale e alterazioni della motilità (para- o tetra-plegia, emiparesi...), afasia e amnesia, anche in qualità di danni di un evento traumatico (trauma cranico).

Con particolare attenzione si assiste l'utente nell'ambito dell'aumento dell'attività psicomotoria, che si manifesta attraverso irrequietudine più o meno manifestata e iperattività, e dell'impulsività, per la quale il paziente compie azioni improvvise, dannose a se stesso o agli altri. La pianificazione assistenziale prevede misure per il riconoscimento tempestivo, la prevenzione o il trattamento di questi episodi di autolesionismo o di aggressività: gli interventi comprendono un approccio relazionale, l'isolamento fino al ricorso della contenzione farmacologica e fisica.

## Piccola riflessione...

di Ezio Giacomelli\*

A Roma, nella cripta di S. Carlo al Corso, per iniziativa della Pastorale Giovanile della Diocesi e delle ACLI romane è stato aperto un Centro giovanile per tutti intitolato a Giovanni Paolo II.

Nel Centro funziona un pub sul cui bancone campeggia la frase di Gesù alla samaritana "Dammi da bere" che immediatamente evoca al frequentatore una dimensione anche spirituale.

In questo ritrovo ci si può divertire in modo sano, ma anche pensare; è un centro aperto a tutti i ragazzi dell'Oratorio e non.

Ogni sera, dal giovedì alla domenica, si svolgono attività organizzate (musica, maxischermo per le partite con personaggi dello sport capaci di spiegare come i valori sportivi possano coniugarsi con la dimensione della fede, incontri con personaggi della cultura, dello spettacolo, del mondo ecclesiale, esposizioni temporanee e permanenti di mostre).

Questo luogo diventa quindi una sorta di piazza nella quale possono incontrarsi in modo semplice ma profondo, persone e progetti.

Oggi i giovani vivono sperduti in una società individualizzata, soli e impauriti in un mondo fluttuante, liquido, incerto, senza più legami, regole, certezze, punti di riferimento, interpellati soltanto come consumatori. Il percorso educativo sollecitato da questo che definirei "Il pub dello spirito" promuove attività che aiutano la persona a ricrearsi veramente appagando quel bisogno di crescita individuale che oggi viene sopraffatto dalla superficialità e dal consumo a volte sfrenato.

Un Centro che indirizza verso un cammino e una strada, ben oltre la possibilità del panino e di una birra; un luogo per la crescita umana, culturale e spirituale vissuta con profondità.

\* Educatore, volontario Casa Famiglia L'Arco Tirano

# Dagli OGM la risposta al problema della fame nel mondo?

di Fausto Gusmeroli\*

**D**i recente, Kathleen Kennedy, figlia primogenita del senatore Robert e sostenitrice di Obama alle presidenziali americane, in una conferenza stampa e un successivo incontro al Teatro Sociale di Trento si è espressa con convinzione in favore degli OGM (organismi geneticamente modificati). Citando il famoso *Golden Rice* (riso d'oro, ricco di pro-vitamina A), la signora Kennedy ha fatto propria la tesi, vero e proprio cavallo di battaglia dei fautori della manipolazione genetica degli alimenti, che gli OGM sono la risposta al problema della fame nel mondo, in quanto capaci attraverso l'incremento della produttività e un maggior adattamento a condizioni avverse di aumentare le disponibilità alimentari e migliorarne la qualità nutrizionale, senza dimenticare i benefici per l'ambiente che deriverebbero da un minor impiego di pesticidi e consumo di acqua. Si riprende questo fatto perché emblematico della disinformazione, falsità e demagogia che stanno dietro al tema degli alimenti modificati e in particolare all'idea che essi possano risolvere il problema della fame nel mondo. Un'idea alimentata dalle potenti lobby del transgenico, alla quale, sulla spinta di un'informazione assolutamente parziale, aderiscono purtroppo, in buona fede, molte persone. L'argomento OGM è troppo complesso perché lo si possa sbrigare in poche battute avulse da un contesto di conoscenze specialistiche che spaziano dalla genetica, all'agronomia, all'ecologia, alla medicina e così via. Non si può qui che limitarsi ad alcune osservazioni di carattere generale, utili tuttavia a promuovere una riflessione seria e critica sull'argomento e, si auspica, a stimolare il desiderio di un approfondimento personale.

**1.** Attorno agli OGM si giocano enormi interessi delle multinazionali dell'agro-biotech. Oltre a produrre e distribuire le sementi modificate, protette da brevetto in totale dispregio dei diritti dei popoli cui si deve la selezione e il mantenimento nei millenni dei materiali genetici di partenza e da una tecnologia che le rende sterili (definita curiosamente *Terminator*), ossia non utilizzabili per nuove semine, le multinazionali forniscono "in allegato" un bel pacchetto di prodotti chimici (fertilizzanti e presidi fitosanitari). Questi sono indispensabili, perché gli OGM sono colture intensive e industrializzate che, diversamente da quelle estensive tradizionali, sono molto esigenti in nutrienti e più vulnerabili agli attacchi dei parassiti. La resistenza genetica indotta nei confronti di questi comporta senza dubbio una soppressione o limitazione dei trattamenti fitosanitari, ma, per come ottenuta (modificazione di singoli geni), si tratta

di un carattere temporaneo e che stimola l'insorgenza nei parassiti di resistenza, come avvenuto proprio di recente per la Piralide del mais, l'insetto più dannoso per la coltura. La forma mutante del parassita non può più essere controllata per via naturale con il *Bacillus thuringiensis*, il batterio antagonista utilizzato con efficacia nella lotta biologica.

**2.** Come tutte le colture intensive, le coltivazioni transgeniche raggiungono picchi produttivi estremi, ma sono molto più sensibili a decorsi stagionali negativi, depauperano la fertilità dei suoli e, soprattutto, hanno rendimenti energetici molto bassi, causa input elevatissimi (da sei a dieci volte più delle agricolture tradizionali). A questo proposito Odum, il padre dell'ecologia, ebbe a dire che nelle agricolture moderne ci si nutre di petrolio! Nella prospettiva di diminuzione delle risorse e di contenimento delle emissioni di CO<sub>2</sub>, un processo a così scarsa efficienza energetica è del tutto insostenibile.

**3.** Un altro effetto deleterio dei sistemi agricoli intensivi è la distruzione dell'agrobiodiversità. Nella sua evoluzione, l'umanità si è nutrita con oltre ottantamila specie vegetali, tremila delle quali usate in maniera significativa. Ora si fa affidamento su sole otto specie per produrre il 75% del cibo mondiale e con l'ingegneria genetica il campo si sta restringendo a tre specie: mais, soia e colza. Quanto più un sistema è povero di diversità, tanto più risulta vulnerabile ai cambiamenti e a rischio di derive irreversibili. Di fronte al cambiamento climatico in corso, naturale o indotto che sia, questa seconda rivoluzione verde, come è stata chiamata, solleva allora non pochi interrogativi.

**4.** Altri portati negativi degli OGM sono i rischi di inquinamento genetico delle specie naturali e altre colture e i rischi sanitari per i consumatori. Entrambi hanno avuto svariate conferme sperimentali, malgrado le falsità e i sotterfugi cui sono ricorsi le multinazionali per impedire la divulgazione dei lavori o confutarne i riscontri. Per gli aspetti sanitari occorre anche tenere conto di normative discutibili, che non tutelano affatto i consumatori: basti pensare che per poter immettere sul mercato il materiale transgenico non sono necessarie evidenze dirette di innocuità, ma è sufficiente dimostrare che la loro composizione è sostanzialmente equivalente a quella del prodotto convenzionale. Le stesse prove dirette sugli animali, dal momento che sono normalmente finanziate e controllate dalle società produttrici, non possono essere considerate sempre affidabili o, quantomeno, devono essere guardate con un po' di sospetto. Sono indagini, inoltre, discutibili in molti aspetti e circoscritte nel tempo, incapaci di cogliere gli effetti di

medio-lungo periodo, quelli cioè collegati ad una reazione blanda ma cumulativa, dell'organismo ad una dieta composta di alimenti non presenti naturalmente nell'ecosistema e che non hanno superato il vaglio di millenni di storia alimentare dell'umanità. Le allergie potrebbero essere solo la prima (e non più grave) conseguenza.

L'apertura al transgenico pretende dunque molta prudenza e bene ha fatto l'Europa ad assumere una posizione interlocutoria, sebbene motivata più dalla difesa di interessi economici locali, pur legittimi e condivisibili come la tutela delle produzioni tipiche o del biologico, piuttosto che da una consapevolezza dei reali pericoli ecologici e sanitari implicati. Ma le perplessità nei confronti degli OGM trovano in primo luogo ragione proprio su quel punto rivendicato da molti con enfasi: la soluzione al problema della fame nel mondo.

Aldilà del fatto che il problema non è al momento dato da un carenza globale di cibo, ma semmai da una distribuzione squilibrata della ricchezza e altre deficienze, risulta davvero difficile credere in un improvviso rigurgito di filantropia delle multinazionali, avvezze normalmente a politiche di mero business. Non è un caso che alcuni paesi poveri abbiano rifiutato gli OGM, con i connessi aiuti internazionali, consapevoli che il problema ha altre soluzioni che passano anzitutto da un esame serio delle cause del sottosviluppo e che mettono sotto accusa proprio coloro che ora vorrebbero accreditarsi come i salvatori. Non si può ignorare che la fame è il risultato anzitutto dell'assoggettamento spietato dei paesi poveri agli interessi del mondo occidentale, all'imposizione di quelle colture per l'esportazione che, diversamente da quanto sostenuto dalla signora Kennedy, non hanno fatto altro che accrescere la dipendenza dall'occidente e privato le popolazioni della terra, del cibo, dei loro saperi e della loro cultura. Dall'aumento della ricchezza, dove avvenuto, hanno tratto profitto corrotte oligarchie locali, mentre i contadini sono stati defraudati e costretti all'ammasso nei ghetti delle favelas e baraccopoli. Forse, prima di schierarsi così fiduciosamente a favore degli OGM (e degli interessi che vi stanno dietro), ci si dovrebbe porre una semplice domanda: "Che fine farebbe il mondo occidentale se l'Africa, l'Asia e il Sud America espellessero gli occidentali e i loro traffici? Oppure si potrebbe sempre chiedere alle multinazionali del transgenico di rinunciare ai diritti di brevetto e alla sterilizzazione dei semi: sarebbe la prova del nove per verificare se davvero hanno così a cuore il destino dei paesi poveri! Rimane infine il problema etico. Gli OGM sono entità non previste di per

sé dalla natura, almeno nel percorso evolutivo che prescinde dall'uomo. La natura ha posto evidenti barriere al trasferimento di materiale genetico tra specie, soprattutto se appartenenti a regni diversi. L'uomo rende possibile questo scambio, interferendo così direttamente con i meccanismi evolutivi, di riproduzione e trasmissione della vita. Al di là del fatto che la conoscenza e la comprensione di questi meccanismi è assolutamente parziale e, data la complessità, verosimilmente tale resterà per sempre, sorge il dubbio se ciò sia lecito, oltre che opportuno. La domanda interpella la coscienza dell'uomo e rimanda pertanto alla sfera filosofica e religiosa. Dalla prospettiva della nostra cultura cristiana ci si può chiedere se la manipolazione genetica rappresenti una risposta dell'uomo al mandato di Dio a custodire il Creato (Genesi) e cooperare al suo processo di perfezionamento (Paolo) o se, invece, non sia una sorta di riedizione del

peccato originale: l'uomo che vuole diventare come Dio! Il fatto che gli OGM siano costituiti per tentativi assolutamente casuali (si bombardano il genoma con dei micro-proiettili ricoperti con il DNA da introdurre o si utilizza un microrganismo come vettore) dimostra la superficialità, l'approssimazione e la supponenza con le quali si opera e, forse, contiene già la risposta.

Se comunque, come pare, l'umanità intende proseguire nell'esplorazione di questo campo minato, almeno lo dovrebbe fare assumendo il criterio di precauzione e ponendo regole chiare, limiti precisi e controlli severi al lavoro degli scienziati. Per chi nei laboratori di genetica manipola la vita il passo verso il delirio di onnipotenza e la totale liceità rischia, infatti, di essere molto breve, soprattutto dove affrancato da un solido retroterra morale.

\*Ricercatore Fondazione Fojanini di Studi Superiori di Sondrio

## Raccontano che...

**U**n sant'uomo ebbe un giorno da conversare con Dio e gli chiese: «Signore, mi piacerebbe sapere come sono il Paradiso e l'Inferno»

Dio condusse il sant'uomo verso due porte.

Ne aprì una e gli permise di guardare all'interno.

C'era una grandissima tavola rotonda.

Al centro della tavola si trovava un grandissimo recipiente contenente cibo dal profumo delizioso.

Il sant'uomo sentì l'acquolina in bocca.

Le persone sedute attorno al tavolo erano magre, dall'aspetto livido e malato.

Avevano tutti l'aria affamata.

Avevano dei cucchiaini dai manici lunghissimi, attaccati alle loro braccia.

Tutti potevano raggiungere il piatto di cibo e raccogliergliene un po', ma poiché il manico del cucchiaino era più lungo del loro braccio non potevano accostare il cibo alla bocca.

Il sant'uomo tremò alla vista della loro miseria e delle loro sofferenze.

Dio disse: "Hai appena visto l'Inferno".

Dio e l'uomo si diressero verso la seconda porta.

Dio l'aprì.

La scena che l'uomo vide era identica alla precedente.

C'era la grande tavola rotonda, il recipiente che gli fece venire l'acquolina.

Le persone intorno alla tavola avevano anch'esse i cucchiaini dai lunghi manici.

Questa volta, però, erano ben nutrite, felici e conversavano tra di loro sorridendo.

Il sant'uomo disse a Dio:

«Non capisco!»

- E' semplice, - rispose Dio, - essi hanno imparato che il manico del cucchiaino troppo lungo, non consente di nutrire se stessi...ma permette di nutrire il proprio vicino. Perciò hanno imparato a nutrirsi gli uni con gli altri!

Quelli dell'altra tavola, invece, non pensano che a loro stessi...

Inferno e Paradiso sono uguali nella struttura...La differenza la portiamo dentro di noi!!!

Mi permetto di aggiungere...

"Sulla terra c'è abbastanza per soddisfare i bisogni di tutti ma non per soddisfare l'ingordigia di pochi.

I nostri pensieri, per quanto buoni possano essere, sono perle false fintanto che non vengono trasformati in azioni.

Sii il cambiamento che vuoi vedere avvenire nel mondo".

Mahatma Gandhi

## La ridefinizione e l'evoluzione delle competenze degli infermieri risponde ai bisogni dei cittadini e del sistema sanitario: la posizione dell'Ipasvi

Il 20 novembre 2010 si è tenuto a Bologna il Consiglio della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri (FNC IPASVI) convocato in assemblea straordinaria per analizzare l'impatto dell'esposto presentato dall'Ordine dei Medici di Bologna alle procure di Bologna e Firenze e definire la conseguente risposta della professione infermieristica. L'esposto contesta in particolare il modello organizzativo "See & Treat" approvato dalle regioni Toscana ed Emilia-Romagna per migliorare l'efficacia dei servizi di Pronto Soccorso e ridurre i tempi di attesa dei cittadini. La contestazione retribita di una parte del mondo medico sorprende soprattutto perché il progetto sotteso al modello organizzativo "See & Treat" - ad oggi in corso di sperimentazione - non contiene sostanziali elementi di novità rispetto a ciò che gli infermieri italiani fanno già dagli anni Novanta: ne formalizza unicamente le funzioni e la responsabilità sulla base di specifici protocolli condivisi tra medici e infermieri, oltre a definire i correlati e puntuali percorsi formativi. Dopo ampio ed approfondito dibattito e all'unanimità, il Consiglio della Federazione nazionale Collegi Infermieri:

- **esprime** sostegno e solidarietà ai professionisti infermieri che operano nelle strutture sede di sperimentazione, apprezzandone l'alto livello di competenze, responsabilità

e dedizione;

- **ribadisce** che gli obiettivi principali degli infermieri sono la qualità e la personalizzazione dei servizi sanitari rivolti alla persona, che costituiscono il focus dell'agire infermieristico;
- **sottolinea** che le attività in fase di sperimentazione sono svolte nel pieno rispetto delle leggi nazionali e degli orientamenti regionali ed aziendali;
- **rifugge** da strumentali provocazioni foriere di conflitti inter professionali, che danneggiano l'attenta e responsabile risposta ai bisogni di salute dei cittadini;
- **si impegna** a mantenere un alto livello di collaborazione con i medici con cui da sempre gli infermieri condividono l'impegno assistenziale e curativo;
- **esprime** la volontà a proseguire in un confronto aperto e costruttivo che punti alla condivisione di valori, obiettivi e percorsi operativi.

Il Comitato centrale e il Consiglio della Federazione nazionale dei Collegi Infermieri, per continuare a presidiare l'evoluzione della vicenda sul piano professionale, politico e giudiziario nell'interesse dell'intero Sistema sanitario e dei cittadini, si riuniranno nuovamente in Assemblea straordinaria nei giorni 17 e 18 dicembre 2010.

Ufficio Stampa e Comunicazione

## Rinnovo sollecito agli iscritti per attivare pec come da disposizioni di legge

### PEC, istruzioni per l'uso

La Posta Elettronica Certificata (PEC) è un sistema di "trasporto" di documenti informatici che presenta delle forti similitudini con il servizio di posta elettronica "tradizionale", cui però sono state aggiunte delle caratteristiche tali da fornire agli utenti la certezza, a **valore legale, dell'invio e della consegna (o meno) dei messaggi e-mail al destinatario.** Sulla Gazzetta Ufficiale del 28/1/2009 supplemento ordinario n. 14/L è stata pubblicata la legge 28 gennaio 2009 n. 2 sulla "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale". Di particolare rilevanza per i Collegi è quanto riportato dai commi 7 e 8 dell'art. 16:

**"I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto.** Gli ordini e i collegi pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata."

Per maggiori informazioni sulla PEC rimandiamo alla sezione Posta Elettronica Certificata (PEC) del sito del CNIPA, il Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione

Per l'attivazione di una casella **PEC gratuita** potete rivolgervi all'ENPAPI (**se siete liberi professionisti**) oppure, dal 26/04/2010 è attivo un servizio gratuito del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione fornito da Poste Italiane, Telecom Italia e Postecom che consentirà a tutti i cittadini di attivare una casella e-mail gratuita.

Per richiedere l'attivazione del servizio "PostaCertificat@" (casella di posta certificata 500 MB di spazio sicuro per archiviazione) è sufficiente collegarsi al portale [www.postacertificata.gov.it](http://www.postacertificata.gov.it) e seguire la procedura guidata che consente di inserire la richiesta in maniera semplice e veloce. Trascorse 24 ore dalla registrazione online ci si potrà quindi recare (entro tre mesi) presso uno degli uffici postali abilitati per l'identificazione e la conseguente firma sul modulo di adesione. L'elenco degli uffici postali abilitati è disponibile su [www.postacertificata.gov.it](http://www.postacertificata.gov.it).

Il richiedente dovrà portare con sé il documento originale di riconoscimento personale, utilizzato per la registrazione online, e un documento comprovante il codice fiscale (la tessera del codice fiscale o del servizio sanitario nazionale), lasciandone una copia all'ufficio postale. Al termine della verifica dei dati forniti dal cittadino e della sottoscrizione del modulo di adesione per l'attivazione del servizio, la casella "PostaCertificat@" sarà pronta all'uso.

Altri Enti che offrono la possibilità di attivazione della casella e-mail certificata gratuita sono: INPS o l'ACI (Automobile Club d'Italia).

ASSESSORATO SANITÀ REGIONE LOMBARDIA: CRITICITÀ  
Bergamo - Brescia - Como - Cremona - Lecco - Mantova - Milano-Lodi - Pavia - Sondrio - Varese

## Presentazione dati incontro 13 maggio 2010

In seguito alla presentazione dei dati in possesso a Regione Lombardia e Università Lombarde presentato il giorno 7 aprile 2010 in occasione dell'incontro con Presidi e funzionari Regionali, il Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI, notata una discrepanza numerica dei dati sopra citati, ha provveduto ad effettuare un'ulteriore mappatura degli infermieri, infermieri pediatrici, assistenti sanitari e infermieri stranieri iscritti ai Collegi delle 10 province lombarde.

Dallo studio, risulta che al 31 dicembre 2009, i professionisti iscritti agli albi provinciali sono 53.916 così distribuiti e confrontati con i dati ricavati da R.Lombardia

RANGE ETÀ	DATI COORD. IPASVI	DATI Regione Lombardia
Da 55 a 60	3085	1739
Da 61 a 65	1414	196
Over 66	643	42

Tenendo conto della popolazione della regione Lombardia (9.742.676 al 31/12/2008), è facile dedurre l'impatto della professione infermieristica in un territorio che deve rispondere alle esigenze sanitarie di circa 1/6 della popolazione nazionale.

Inoltre, questi dati se riferiti ai parametri OCSE, che richiedono un rapporto infermiere per 1000 abitanti pari 7, evidenziano che, se sul territorio nazionale tale rapporto scende a 6,1 nella nostra regione si riduce addirittura al 5,6.

Se si considera il tutto, con una proiezione a medio termine, dell'età anagrafica degli iscritti e della conseguente programmazione di pensionamenti in base all'attuale regolamentazione dei numeri di professionisti formati dalle università, appare chiaro che l'attuale carenza, non potrà che aumentare esponenzialmente nel prossimo futuro, coinvolgendo il SSR in una situazione di deficit numerico per la risposta ai bisogni di salute della popolazione. Lo studio tiene conto anche della mobilità nazionale e internazionale dei professionisti, soprattutto degli stranieri (circa 4.000 unità), che già da anni hanno dimostrato un continuo spostamento all'interno del territorio nazionale e una predisposizione, dopo pochi anni di servizio, al rientro nel proprio paese d'origine.

I Collegi, quali Enti Pubblici deputati al controllo dei professionisti e alla tutela del cittadino attraverso l'erogazione di un livello assistenziale qualitativamente elevato e sicuro, propongono azioni comuni al fine di programmare attività che siano indirizzate ad affrontare le criticità dell'attuale situazione in risposta alle necessità presenti da tempo e che si presenteranno sul territorio lombardo nel prossimo futuro.

Il quadro sinora presentato, non è certamente risolvibile con un aumento *tout court* dei numeri di infermieri laureati, ma rientra in una necessaria pianificazione precisa ed attenta, sia quantitativa che qualitativa della formazione, dell'organizzazione e della gestione del personale, coinvolgendo i diversi livelli istituzionali attori della realtà sanitaria.

A livello universitario, l'aumento numerico dei laureati in infermieristica, porterebbe probabilmente ad una risposta quantitativa del problema, ma come spesso riportato nelle dichiarazioni delle stesse università, condivise dai Collegi in qualità di promotori della qualità formativa dei professionisti, porterebbe ad una formazione basata sui numeri e non sull'eccellenza formativa.

Negli ultimi anni abbiamo assistito, grazie anche alla pubblicizzazione della figura professionale dell'infermiere, ad un aumento costante delle richieste di iscrizione ai corsi di laurea, permettendo una selezione dei candidati e quindi una maggiore possibilità di valutare la reale volontà di proseguire nel percorso di studio prescelto.

Nonostante ciò il dato inerente la "mortalità scolastica", non va sottovalutato, essendo ancora, secondo i dati delle università, una criticità importante che porta a percentuali elevate coloro che abbandonano il percorso in itinere.

Per queste ed altre motivazioni, la qualità rimane uno dei punti cardine da affrontare a breve termine attraverso più azioni.

Come già detto non risulterebbe utile l'aumento numerico indiscriminato, magari con la creazione di numerose piccole sedi decentrate, ma potrebbe invece essere positivo l'aumento calibrato delle sedi esistenti in una progettazione condivisa. In tale programmazione risulterebbe necessario l'aumento proporzionale dei tutor e dei requisiti quantitativi e qualitativi dei corsi, attraverso un monitoraggio puntuale e successivo aumento degli strumenti a disposizione.

In questo progetto risulterebbe utile, se non fondamentale, lo strumento del Protocollo d'Intesa, attualmente scaduto e scarsamente applicato, condiviso tra Collegi, Università e Regione, che pianifichi le necessità degli interlocutori, definisca i criteri per la formazione e valuti le potenzialità che possano essere messe in campo.

In questa vision non può essere messa in secondo piano la necessità ineludibile di avere un maggior numero di professionisti con specifica qualifica in ogni sede, quali promotori, organizzatori e collaboratori delle attività universitarie.

Figure professionali di alto livello accademico come professori (ordinari/associati) e ricercatori, quali elementi indispensabili nello sviluppo di ogni settore scientifico disciplinare. A livello politico, nell'ottica di condivisione delle strategie comuni, va posta l'attenzione anche sul ruolo della Regione Lombardia, quale ente di pianificazione, organizzazione e tutela del sistema sanitario regionale.

Nella realtà esposta, tenendo conto del PSSR, non è prevedibile, nel prossimo futuro, un'applicazione valida del piano con la possibile carenza infermieristica qui descritta, ribadendo che la professione infermieristica, ricopre ruolo fondamentale tra le figure sanitarie, attore protagonista in risposta alle esigenze del cittadino evidenziate dalla Regione. In tale ottica, risulterebbe valido, come già evidenziato da altri progetti sviluppati dai Collegi IPASVI sia a livello Nazionale che Provinciale, una campagna di sensibilizzazione congiunta, rivolta ai giovani delle scuole superiori, promuovendo la figura dell'infermiere e stimolando l'iscrizione ai corsi di laurea in infermieristica.

Ulteriore sollecitazione alla categoria, deriverebbe da un migliore utilizzo delle Risorse Aggiuntive Regionali, quale stimolo economico nei confronti degli infermieri, quali protagonisti coinvolti nelle criticità quotidiane di carenza nelle realtà assistenziale, e non quale riconoscimento distribuito "a pioggia" nei confronti di tutti gli appartenenti al comparto. Nella necessità di partecipare allo sviluppo professionale di concerto con Università e Regione Lombardia, con l'obiettivo comune di favorire una sanità regionale sempre puntuale e di certa qualità, si ribadisce la volontà di promuovere la professione rappresentata quale strumento indispensabile a favore del cittadino assistito e della salute

La Coordinatrice Collegi IPASVI della Regione Lombardia  
**Beatrice Mazzoleni**

# 17 novembre 1918

di Chiara Fognini\*

«M<sup>ariiiiiiaaaaa.....</sup>»  
Silenzio.  
Silenzio carico d'attesa, che solo la notte porta con sé. Aprì gli occhi nel tepore delle pesanti coperte, ben contenta di non essere lei la Maria che si sentiva chiamare. La Pina, che dormiva alla più bella attaccata al suo gomito, invece avrebbe pagato un intero *bisciulii*<sup>1</sup> per andare a vedere di persona se per davvero la Ména aveva nel ventre un mostro a due teste, come le aveva detto la Ghita...

«E' un battito doppio» aveva sentito dire a Maria mentre visitava la Ména... e nel vedere la madre in lacrime, la Ghita era scappata via dal suo nascondiglio per non mettersi a piangere anche lei... Altre due bocche da sfamare. Questo era quel che angosciava la Ména. Tre figli piccoli e altri due in arrivo. A servizio a Talamona non sarebbe più potuta andare per diversi anni, almeno fino a quando tutti i figli non avrebbero saputo badare a se stessi. E quel *braga buida*<sup>2</sup> del Lisändru glielo avrebbe rinfacciato vita natural durante.

«Mariiiiiiaaaa... *vignén*...<sup>3</sup>»  
Sollevato per essere arrivato fino ai *Spii*<sup>4</sup> sano e salvo, soltanto una volta seduto sul muretto fuori dall'osteria si accorse del freddo che faceva, e si strinse alla bell'e meglio dentro al suo *marsinii*<sup>5</sup>.

Essendo il più grande dei cugini, gli era toccato l'ingrato compito di venire in Paese fin dalla *Muta*<sup>6</sup> per chiamare la levatrice... «che la Ména, aveva detto la *cumàar* della contrada (non senza una punta d'invidia), *la gh'è i dälur e dal muméet che l'è amòdo débot la vòol inàc' vek àpròof la so amisa stùdiada*...<sup>7</sup>»

Con la voglia di far del bene, ma anche con la santissima paura di trovare per la strada il *basalésk*<sup>8</sup>, era corso giù per il sentiero della Rusanida con le mani sulle orecchie fino alla Baita dul Pradel, e solo alla *pòsa*<sup>9</sup> della Spunda si era concesso una pausa per dir su un Ave Maria a quella Madonna col Bambino che tutti dicevano somigliare tanto alla sua ava Radegonda.

...e poi su, lungo la mulattiera sgranando Pater a non finire, fino al *Gisòl dul Zàpel de Val*<sup>10</sup>, girando lo sguardo a ogni passo, per controllare che nessuno Spirito del Maligno lo seguisse in processione<sup>11</sup>.

«Maaaa...»

«...e rivi, rivi...<sup>12</sup>» scostò appena i vetri da dietro le gelosie per interrompere il grido dell'Austii, che avanti di quel passo non solo avrebbe svegliato tutta la contrada, ma si sarebbe fatto sentire fino in *Frasnii* e oltre, alla *Prùna*. Finì di vestirsi al chiarore della luna che filtrava dalle imposte, cercando di fare il meno rumore possibile.

Qualcosa doveva essere andato storto. Non eran passati più di dieci giorni da ch'aveva visitato la Ména per l'ultima volta, e avrebbe dovuto impegnarsi solo di lì a un mese, un mese e mezzo... Certo, "...la gravidanza multipla per lo più si interrompe prima del termine..." aveva spiegato



l'illustre professore...

Quanto tempo era ormai passato dai giorni della scuola... ma li ricordava ancora come fosse stato ieri!

La Pina e la Maria non erano ancora nate, e i quattro figli più grandi li aveva lasciati a casa con gli avi per andare fino a Treviglio a studiare da ostetrica. Era stata la levatrice di Talamona a parlarle tanto bene di quella nuova scuola, quando era scesa a Valle per farsi visitare, dal momento che erano ormai passate dieci lune e la Ida ancora non ne voleva sapere di uscire.

La bella maniera, il linguaggio colto di quella donna nello spiegare i meccanismi fisiologici del parto e la sua esperienza di studio, oltre alla delicatezza e alla manualità nell'eseguire le manovre di secondamento, l'avevano convinta a scegliere di avventurarsi in quella nuova strada.

Non era stato, il suo, un capriccio del momento... era stato piuttosto un fare di necessità virtù, dal momento che il marito, prima di lasciarla vedova (a non ancora trent'anni) aveva riempito l'osteria della quale vivevano di debiti e stenti.

Se non aveva potuto studiare a tempo debito, e dopo la quinta classe aveva smesso, era perché suo fratello Cirillo s'era messo in testa di farsi prete, e in due a collegio non potevano andare... Avrebbe sempre potuto continuare adesso, che sapeva provvedere a se stessa e pagarsi gli studi lavorando a servizio in città.

«*Vardé vòtre*...<sup>13</sup>» aveva risposto il Bonifacio alla notizia, continuando a tabaccare senza colpo ferire.

«*Iòtos Marta*...<sup>14</sup>» si era lasciata scappare la mamma sprofondando sull'ottomana... aveva ancora stampata in mente la sua faccia terrorizzata all'idea di dover fare la *pipéra*<sup>15</sup> per (...bene che le sarebbe andato) due lunghi anni... alla sua età poi. Ci aveva pensato su un po'... e poi «*Maria*» le aveva risposto «...*un quai Sant al prùedarà*...<sup>16</sup>»

Scesa al piano di sotto aveva tirato il catenaccio per aprire la porta al povero Austii che stava lì sul muretto immerso nel freddo della notte e nei pensieri.

«*Vén*...», lo aveva accompagnato davanti al fuoco e «*büfa*!...<sup>17</sup>» gli aveva detto la Maria, mentre con cura preparava la sua inseparabile borsa dei ferri. Mentre soffiava nel *büfét*<sup>18</sup>, fissava attentamente la brace, per non far peccato nel guardare quelle segrete cose di donne.

Spazzola, forbici e lima per le unghie. Stetoscopio, termometro centigrado, forbici per la recisione del funicolo. Grembiale di tessuto bianco, netto di

bucato, sonda vescicale, irrigatore e canula vaginale. Cotone fenicato per zaffo e 200 grammi di acido borico. In realtà ne prendeva sempre almeno 400... per i lavaggi dei giorni successivi, quando la casa era lontana e poteva dare istruzioni alla puerpera o alla comare della contrada in caso non fosse potuta andare di persona a prestare assistenza.

Cuffia, guanti, garze e cotone... meglio prendere l'intera confezione, se la Ména non ne aveva, per tenere al caldo i *tusii*<sup>19</sup>. Andò nel ripostiglio sotto lo sguardo attento dell'Austii, che nel frattempo era riuscito ad accendere il fuoco e si scaldava le mani davanti alla fiamma.

«*Gh'èet fam*...<sup>20</sup>?»

La domanda lo colse alla sprovvista... era quasi l'una di notte, uno non avrebbe dovuto aver fame a quell'ora... ma a cena aveva mangiato poco e niente, dato che ben poco c'era sul tavolo... cos'avrebbe dovuto rispondere?

Assenti lievemente con la testa e, quasi vergognandosi, tornò a fissare la debole fiamma. Maria gli tese il pane avanzato dall'osteria e una bella fetta di *matusc*<sup>21</sup>, e intuendo l'andamento di quella famiglia negli ultimi tempi, caricò un *bàzek*<sup>22</sup> di roba da mangiare da fargli portare a casa.

Coprì con la cenere la brace, caricò la borsa con gli attrezzi e fece cenno all'Austii di andare, che avevano già tirato anche troppo tardi.

Arrivarono alla *Spunda* in silenzio, l'una risparmiando il fiato per tener dietro all'andatura veloce che avevano preso, l'altro perché in fondo, esaurite le risposte alle poche domande della Maria, non aveva più niente da dire. «...*cus'él capitàa*...<sup>23</sup>?» gli aveva domandato... Gli ci era voluto molto poco per spiegare che la Ména era andata alla Messa della domenica in *Sostila*, e tornata a casa aveva iniziato a sentire qualche dolore... poi, gli avevano spiegato, si era messa a letto, e i dolori erano spariti. Preparata la cena e messi a letto i bambini, i dolori erano ricominciati... via via sempre più forti, fino a che avevano deciso di mandarla a chiamare.

Com'era stata bella la Messa, pensava l'Austii arrancando lungo il sentiero... «La Grande Guerra è finita... Te Deum laudamus!» aveva detto il prete, sventolando la Domenica del Corriere su cui campeggiava una donna con la bandiera dell'Italia in mano... «migliaia di morti, feriti e dispersi... a cosa sono valsi?? Ad un pezzetto di terra in più?? La bramosia dell'uomo non ha limiti, miei cari fedeli!! Gioiamo, sì... ma non per la vittoria» aveva tuonato indicando il giornale «Gioiamo per la fine di questo scempio!!»

Com'era stata stupida la Ména... cosa «*Santo*» era andata a fare fino in Sostila, che il prete poteva benissimo portargliela lì la Comunione... glielo mandava a dire dai bambini e sarebbe andato senza chiedere nulla in cambio... lo sapeva bene anche lui che non navigavano in buone acque, non avrebbe preteso niente... Ma la Ména

era fatta così... «*pciùtòst che fà figuri*...<sup>24</sup>»... piuttosto... piuttosto si faceva venire le contrazioni e rischiava di perdere i bambini... che *crapùna*<sup>25</sup>! Arrancando su per il sentiero, accese la lanterna, ch'è la luce della luna dentro al faggeto cominciava a scarseggiare. Mezz'ora e sarebbero arrivati.

Lumi accesi, gente che parlava concitata, i bambini che le correvano incontro agitati... pareva la *fii dul muunt*<sup>26</sup>... ognuno aveva la sua da dire, ed era difficile mantenere la calma nell'ansia generale, e riuscire a cavare un ragno dal buco attraverso spezzoni di frasi.

Quattro passi sulla scala esterna, attraversata la *lòbgia*<sup>27</sup>, entrò nel locale, per rendersi conto di persona della situazione... La Ména, quasi esausta, le rivolse un debole sorriso dal letto. Era in atteggiamento di spinta... dal momento che, come aveva annunciato la *cumàar*, «*l'g'è giamò pasadi li aqi*... *sanguaròt*...<sup>28</sup>».

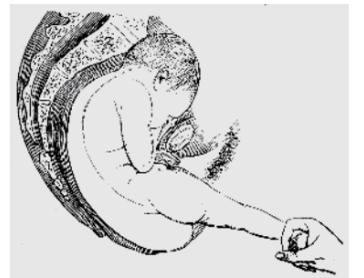
«*Piñcia mia*...<sup>29</sup>», non voleva che spingesse, prima di averla visitata ammodo.

Le si avvicinò, rassicurandola con lo sguardo, appoggiò lo stetoscopio sull'addome e si mise in attento ascolto. Mentre con lo sguardo controllava che avessero già messo a bollire l'acqua per sciogliere i disinfettanti, e notava con piacere che la *stua*<sup>29</sup> era pulita e ben riscaldata, con l'orecchio non riceveva affatto buone notizie. Battito cardiaco rallentato (all'incirca 90 per minuto)... ed uno solo. Uno dei due feti doveva probabilmente esser morto per sofferenza intrauterina... ma poco tempo c'era per trovare spiegazioni, dal momento che anche l'altro era in serio pericolo di vita... «*col lungò perché, sarai sempre affamata*»: non bisognava indagare troppo sulle cause, come le aveva spiegato la sua cara amica e maestra d'arte Esterina, ma era necessario agire sulla situazione presente... in special modo ora che il tempo a disposizione per riusci-

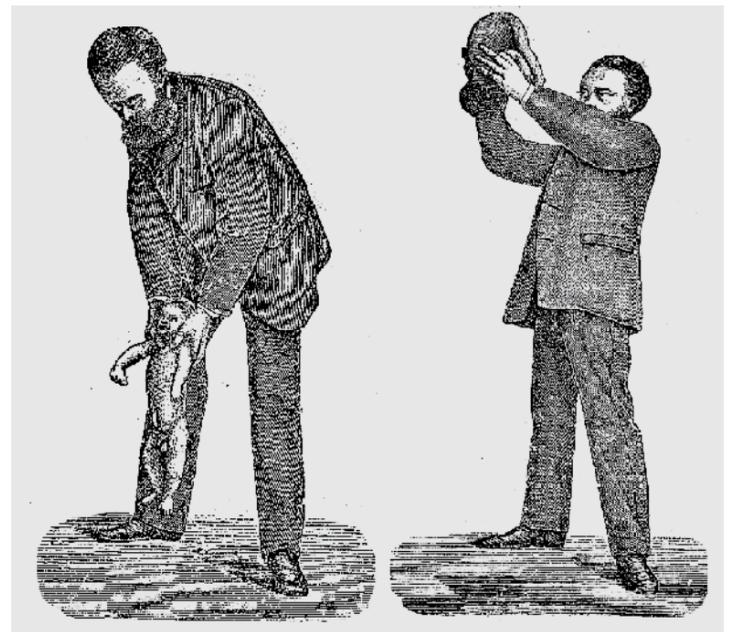


re nell'intento era ben poco. Non parlò.

Dal silenzio assordante si capì che la Maria l'era *propri grama*<sup>30</sup>. Si lavò in fretta le mani con acqua bollente, non c'era spazio per preparare l'acido borico e disinfettare, lo avrebbe fatto più tardi, adesso bisognava estrarre il feto nel più breve tempo possibile, sperando che quello vivo fosse il primo a uscire. All'esplorazione sentì chiaramente tre piedi all'ingresso del bacino. «Sia lodato il cielo!»... di tutte le combinazioni di presentazioni gemelle, come aveva studiato sul manuale di ostetricia per prepararsi a quell'evento straordinario, il Signore aveva scelto la più semplice. Tirò con decisione sul piede più basso, e vuoi la prematurità del feto, vuoi la larghezza di bacino della Ména (che era ormai alla quarta gravidanza...), il Vittorio, come la Ména lo avrebbe chiamato in seguito, in occasione della fine della Grande Guerra, sgusciò fuori proprio in fretta.



...Nero come i *scarpü*<sup>31</sup>...e «*bròt cumè l'pécàa*...<sup>32</sup>», spiegava ancora una volta la Ghita alla Pina... che lei l'aveva vista dal *fenestròol*<sup>33</sup> la sua mamma a prendere il «*Vitürinu dèi pée n'nsò*...<sup>34</sup> e *tirac fò li bàvi e petàl à vòolt e picàc*...<sup>35</sup>...»...ma si ma sì, aveva capito bene, non c'era ▶





bisogno di ripeterlo: il Vittorio aveva cominciato a piangere e a respirare ed era diventato bello rosso e rosa come lo vedevano adesso lì nella bambagia... «...ma l'òtru?!<sup>36</sup>» domandò curiosa la Pina... Ma cosa voleva che ne sapesse, lei, che la zia l'aveva tirata via dalla finestra, dicendo che aveva visto anche troppo?? Si scaldava ogni volta che ci ripensava... avrebbe potuto vedere e raccontare tutto all'amica... e invece era stata anche trattata in malo modo... però dopo un lungo silenzio aveva sentito chiaramente la Maria che diceva «Se sei vivo e sei degno, io ti battezzo nel nome del Padre, del Figliuolo e dello Spirito Santo»...

...aveva versato l'acqua sul capo di quella povera creatura per amministrare il battesimo d'urgenza, tanto mai nessuno oltre a lei avrebbe saputo che in verità era nata già morta. Almeno la Mèna avrebbe potuto piangere sul suo angioletto senza troppi sensi di colpa. Tornava spesso a farle visita, per portarle un po' di conforto, un po' di cibo avanzato dai pasti dell'osteria e per sincerarsi che il puerperio stesse andando per il meglio... la aiutava a fare i lavaggi con il disinfettante e le insegnava come fare con il poppatoio tiralatte che le aveva prestato, per quando il Vittorio aveva poca forza per succhiare al seno. Anche le sue bambine sembravano entusiaste di quelle visite... le osservava da lontano... «Pròpri bël 'stu tusù... par fàcc cul cumpass<sup>37</sup>!» stava dicendo la Maria da sopra la cùna<sup>38</sup>, mentre la Pina assentiva trasognata... forse pensando a quando anche lei avrebbe avuto bambini tutti suoi da cullare...

*Ne avrebbe avuti cinque di figli...e quattro nipoti, una dei quali sono io. Pina era la mia nonna... Questa storia, in parte ricostruita ed in parte inventata, nasce dall'insistenza del Presidente della Commissione Redazione... che dopo aver visto il Diploma di Levatrice datato 1907 e firmato da Camillo Golgi in persona nella mia baita in Val Tartano, ha voluto che ne raccontassi l'origine. Questo il risultato, senza pretese alcuna.*

#### Legenda

- 1- pane coi fichi
- 2-sciocco
- 3-venite...
- 4-contrada Spini
- 5-giacchetta
- 6-contrada Motta

7-ha i dolori, e dal momento che è ancora presto preferisce aver vicino la sua amica che ha studiato...

8-il *basalèsk* (o *basalisk*), il basilisco, drago con le ali di pipistrello, la testa di gallo e gli occhi infuocati, infestava sino alla fine del 1800 il versante destro della Val Fabiolo, quello della Motta. Non era molto grande, ma incuteva terrore: poteva stordire e perfino uccidere con lo sguardo o con il fischio. Viveva in qualche anfratto nascosto e minacciava in particolare i viandanti che, sfruttando una comoda bocchetta sopra Pramusii (il prato dove ora si trova la Casa Rotonda), la raggiungevano salendo da Alfaedo (sul versante orobico che si affaccia alla media Valtellina) per poi scendere in Val Fabiolo. Il *basalèsk* non fu più visto su quei sentieri dal 1893, anno in cui il Cardinal Andrea Ferrari, che fu vescovo di Como fra il 1892 ed il 1894, prima di diventare arcivescovo di Milano, venne in visita pastorale in Valtellina e volle visitare Campo. Venendo da Alfaedo passò per la bocchetta sopra Pramusii. Per risparmiare tempo, non scese al fondovalle, ma rimase a mezza costa, sfruttando il sentiero della Rusanida, uno dei più aspri ed infidi delle Orobie Valtellinesi. Era un uomo di grande tempra, oltre che di grande santità, non aveva paura di fatica e dirupi. Quando giunse al punto più critico, dove il sentiero è intagliato nella viva roccia e corre su un'impressionante strapiombo, gli uomini che gli facevano da guida si offrirono di sorreggerlo e di dargli la mano per sicurezza. Egli, però, non volle farsi aiutare, e rivelò di essere stato, da ragazzo, umile capraio: ne aveva visti di passaggi sospesi sul vuoto, ormai non lo impressionavano più. Giunse, quindi, a Campo, il 6 agosto 1893, e si fermò fino al giorno successivo, consacrando la chiesa e l'altar maggiore. In paese non si parlava d'altro: tutta la gente esprimeva la sua ammirazione per quel cardinale così santo, così coraggioso e così alla mano. Dopo il passaggio del Cardinale, il basilisco scomparve. Nessuno lo vide più, nessuno più né sentì il fischio, né alla Rusanida, né al passo della Mùta. Non se ne sentì più parlare. Il sentiero rimase con tutti i suoi pericoli, ma almeno fu liberato da quell'essere malefico, nonostante il suo spauracchio rimanga ancora a popolare la fantasia dei più piccoli.

9-sosta

10-Cappella votiva posta all'incrocio delle valli

11-Molte allora erano le leggende di spiriti e fantasmi che infestavano la val Fabiolo, la più conosciuta ha come involontario protagonista un tal Gaspere, di Somvalle (il gruppo di case che, ancora in comune di Forcola, è posto a ridosso di Campo Tartano, alla sommità, appunto, della val Fabiolo), che tornava a casa dopo essersi recato a Biòlo. Imboccata sul far della sera, a Sirta, la mulattiera, e superata la gola terminale della valle, giunse al suo primo ponticello (detto "d'inem la val", cioè all'inizio della valle), dove dalla mulattiera si stacca, sulla sinistra, un sentiero che, inerpandosi sul fianco dirupato della valle, conduce a Lavisòlo (gruppo di case posto sul bel poggio che sovrasta la Caurga, in una posizione panoramica che guarda alla piana di Ardenno e della Selvetta). Lì si accorse che, proprio dal sentiero per Lavisòlo, giungeva una processione inquietante di figure incappucciate, che procedevano silenziose, reggendo una candela. Fu tanto lo spavento, che non riuscì neppure a muoversi, cosicché la processione lo raggiunse ed uno degli incappucciati, senza mostrare il suo volto, gli chiese di reggere anche lui una candela e di seguirlo. Gaspere, sempre in preda al terrore, si incamminò al seguito di quel sinistro corteo, su su, per la val Fabiolo, fino al Gisöl dul zapel de val, cioè alla cappelletta posta sul limite della sella erbosa posta alla sua sommità, dove la processione si diresse verso

destra, in direzione della chiesa di Campo, che si trova oltre il cimitero. Giunto alla chiesa, si accorse non si sa bene come, che la processione non c'era più: era rimasto lui solo, con la candela in mano. Corse, quindi, a bussare alla porta del parroco, per raccontargli l'accaduto, e fu allora che si avvide, con raccapriccio, che ciò che reggeva non era una candela, ma una tibia.

12-arrivo, arrivo...

13-guardate voi

14-Gesù Maria...

15-bambinaia

16-qualche Santo provvederà

17- soffia! ... Fin dopo la seconda guerra mondiale, in molte case, per risparmiare i fiammiferi, una volta usato il fuoco, si copriva la brace con la cenere, per averla, poi, per accendere il fuoco successivamente. Per riattivare il fuoco con la brace conservata sotto la cenere occorreva soffiare sulla brace per attivare la fiamma, spesso a lungo. Chi non aveva avuto questo accorgimento o aveva trovato la brace consumata e quindi spenta, spesso per non consumare fiammiferi, si recava nella casa vicina con una paletta a prendere un po' di brace per ridestare il proprio focolare (G.Bianchini, R.Bracchi)

18-soffietto

19-piccoli

20-hai fame?

21-formaggio

22-sacco

23-Cos'è successo?

24-piuttosto che far figure...

25-testarda

26-fine del mondo

27-lobbia, terrazza

27-si son già rotte le acque...rosate

28-non spingere...

29-tinello, locale con pavimento e soffitto di legno, riscaldato dalla stufa.

30-era molto preoccupata, in difficoltà.

31-peduli, calzature di pezza. La suola è fatta con pezze di indumenti smessi e stracci sovrapposti, imbastite e cucite fitte fino a formare uno strato molto rigido.

32-brutto come il peccato

33- finestrella

34-con i piedi in alto e la testa in basso

35-togliere il muco dalla bocca e poi

rimetterlo a testa in giù e dagli colpi ripetuti...

...tratto dal Manuale di Ostetricia ad uso delle Levatrici" Prof. Alessandro Cuzzi, 1902:

“Vari sono i metodi di respirazione artificiale che furono consigliati. I principali, in numero di cinque, noi li designeremo, un po' abusivamente, coi nomi di metodo inglese, metodo americano, metodo italiano, metodo tedesco e metodo francese.

Metodo tedesco:Esso si eseguisce nel seguente modo. L'ostetrico in piedi, colle gambe alquanto divaricate, sostiene il feto per le spalle, ciascuna delle quali è afferrata con una mano in guisa che il pollice si trovi sulla clavicola, l'indice nel cavo ascellare, e le altre tre dita posteriormente contro le scapole. Si comincia col tenere diritto davanti a sé il neonato, che per questo atteggiamento trovasi in attitudine inspiratoria: difatti il moncone della spalla solleva le coste, il diaframma tende ad abbassarsi, la capacità toracica aumenta e l'aria cerca di penetrare nei polmoni. Da questa posizione inspiratoria si passa il feto in posizione espiratoria, sollevandolo in alto e contemporaneamente rovesciandolo colle natiche in sopra, la testa in basso, ed il tronco incurvato sul suo piano sternale: in questo nuovo atteggiamento per legge di gravità i visceri addominali premono sul diaframma, che cerca di addentrarsi nella cavità toracica e l'aria contenuta nei polmoni è costretta ad uscire verso la trachea e la laringe. Da questa seconda posizione espiratoria si passa di nuovo alla posizione inspiratoria, abbassando il feto in modo da porlo colla testa in alto ed il podice in basso come prima. L'intera manovra di respirazione artificiale si ripete 20-24 volte al minuto”.

36-ma l'altro?

37-proprio bello questo bambino, paffuto e tondo da sembrare fatto con il compasso...

#### Bibliografia:

- M.D'Amelia *Storia della maternità* Laterza editori Roma 1997  
M.Canclini *Il ciclo della vita, la nascita e l'infanzia* Centro studi storici alta Valtellina Pradella ed 2000  
Bormio  
G.Bianchini, R.Bracchi *Dizionario etimologico dei dialetti della Val Tartano* ed Bettini Sondrio 2003

\* Infermiere Anestesia e Rianimazione  
Presidio di Sondalo  
Revisore dei Conti Collegio IPASVI Sondrio



# Dopo la Malaombra: prevenzione del suicidio e rete sociale in provincia di Sondrio

di Mario Ballantini\*

*Pubblichiamo il testo dell'intervento del dr. Mario Ballantini, direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Sondrio, alla X edizione del Corso di Aggiornamento dal titolo "Le Trasformazioni in Psichiatria" tenutosi a Bormio dall'8 all'11 aprile 2010. Il Corso, a cui hanno partecipato circa 400 psichiatri provenienti da ogni parte di Italia ed ha avuto relatori di livello internazionale, è diventato uno tra gli eventi più significativi della psichiatria italiana - n.d.r.*

Tra l'ottobre 2008 e l'aprile 2009 la Caritas di Sondrio, col coordinamento scientifico di AASTER, ha sviluppato un'indagine approfondita sulla percezione del suicidio in provincia di Sondrio. Sono stati raccolti mille questionari a campione e sono state effettuate 100 interviste "in profondità" a soggetti rappresentativi della realtà sociale e produttiva valtellinese. La finalità dell'indagine non era certamente indagare intorno alle motivazioni dell'atto autolesivo, né tentare spiegazioni sul perché di tassi significativamente diversi tra Sondrio e il resto d'Italia. Più precisamente, il senso dell'indagine era comprendere se e come una comunità ritenga vi sia un legame tra integrazione sociale e suicidio.

Lo studio è esitato in un numero della rivista "communitas", molto bello e ricco, dal titolo "la Malaombra", e in un convegno che si è svolto a Sondrio nel settembre scorso.

Il convegno (ma anche il volume) ha messo in dialogo esperienze, percezioni e saperi diversi. Aldilà dei risultati dell'indagine (di estremo interesse e meritevoli a mio giudizio una decantazione e una riflessione anche di lungo periodo), il valore dell'iniziativa è stato proprio quello di mettere attorno al tema personaggi provenienti da ambiti, esperienze e formazioni diversissime come lo psichiatra e fenomenologo Eugenio Borgna, il cantautore Davide Van De Sfroos, il vescovo Coletti, l'assessore Boscagli, imprenditori, insegnanti, operatori sociali e così via.

Per usare una metafora di Van de Sfroos, non è stato un "frullato" ma una "macedonia", dove si è iniziato, o meglio si è fatto un passo avanti nel nostro territorio nel senso di parlare in modo trasparente dei suicidi e della loro relazione con la comunità.

La relazione degli interventi si trovano sul sito de "La Navicella" (associazione di familiari pro salute mentale: [www.navicella.org](http://www.navicella.org)) e della Caritas diocesana ([www.caritas.como.it](http://www.caritas.como.it)), che ha commissionato l'indagine.

Da questo evento ha preso le mosse una iniziativa che vuole dare continuità al convegno. Questo evento potrà avere un suo sviluppo nel senso di una maggior integrazione e collaborazione tra il DSM e gli altri attori di quella che Bonomi chiama la comunità della cura.

Ciò è tanto più importante in quanto, nel campo della prevenzione, infatti è sempre più in discussione un modello diretto riguardo al sui-

cidio. Quello che viene chiamato il "simple model" cioè quello che imputa il suicidio sostanzialmente nell'ambito di una causalità lineare con la patologia psichiatrica mostra sempre più i suoi limiti.

Sempre più spesso si fa riferimento a modelli interattivi, approcci globali, indagini di reti sociali e quindi a una modellistica sempre più complessa davanti ad un comportamento tragico e di grande rilevanza per la salute pubblica. (Kouichi Yoshimasu et al, 2008)

Molti sono gli elementi che mettono in discussione un modello lineare. Ad esempio già vecchi studi classici sull'autopsia psicologica ci dicono che una gran parte di coloro che si suicidano soffrono di un qualche disturbo mentale, spesso la depressione e l'uso di sostanze, anche in comorbidità.

Ma, grazie a Dio, non è vero il contrario. Sappiamo bene che non tutti i depressi si suicidano e ci sono molte ipotesi su cosa porti una condizione relativamente frequente come la depressione ad esitare in un evento tragico e relativamente raro come il suicidio. E sappiamo che il solo parametro della gravità clinica non è sufficiente a spiegare una evoluzione così drammatica.

Inoltre gli stessi studi ci dicono che se è vero che nella stragrande maggioranza degli individui era riconoscibile a posteriori una patologia psichiatrica, in coloro che era stata riconosciuta tale patologia anche a priori, cioè in coloro che erano in qualche modo in contatto coi servizi psichiatrici, si verificava un remarkable undertreatment, cioè non ricevevano di fatto un trattamento appropriato; inoltre dobbiamo considerare il problema della compliance, particolarmente presente in ambito psichiatrico ed ancor più per quanto riguarda i soggetti in trattamento psicotropo deceduti per suicidio (Isometsä ET, 2001). In buona sostanza, la semplice prescrizione di una terapia, anche se adeguata, di per sé non ha molte probabilità di successo perché il paziente spesso non la assume.

Infine: qual'è una terapia che possiamo ritenere sicuramente "adeguata" per prevenire il suicidio? Le certezze sono davvero poche. Tra i prodotti per stabilizzare l'umore, sicuramente i sali di litio hanno una certa efficacia ma già gli anticonvulsivanti hanno evidenze meno robuste. E neanche gli antidepressivi, sicuramente efficaci nel trattamento della depressione, mostrano in modo incontrovertibile di essere utili anche nel prevenire il suicidio.

Tra gli antipsicotici, la clozapina sembra avere un certo effetto ma la cosa che stupisce è che anche i "non-drugs intervention", cioè gli interventi non farmacologici (psicoterapia, ospedalizzazione precoce e persino la terapia elettroconvulsivante) hanno evidenze molto scarse di servire a qualcosa. (Baldessarini J.R, 2003). Sappiamo bene che questo è il risultato di studi di meta analisi e quindi con la debolezza propria di questa metodologia; e sappiamo anche bene che i medici non fanno nella pratica clinica solo ciò che è incontrovertibilmente provato e questo per molti motivi

e con risultati talvolta positivi. Ma dobbiamo conoscere cosa è provato e cosa no anche nel campo della prevenzione del suicidio.

C'è un altro elemento che complica ancora lo scenario ed è forse il più pesante: la maggior parte di chi si uccide, se è vero che spesso va dal suo medico per svariati motivi nel periodo che precede il gesto, non è in contatto con nessun servizio psichiatrico. Non percepisce i servizi di salute mentale come un possibile aiuto al suo stato di malessere. Quindi quanto detto finora sull'efficacia o debolezza dei diversi interventi, su cosa si debba o non debba fare riguarda solo una percentuale di chi muore per suicidio, cioè quella percentuale con cui riusciamo ad entrare in contatto. E' il grosso problema dell'accessibilità. Gli studi parlano i percentuali del 20 o 30 % al massimo. (Lee H.C. et al., 2008; Appleby L. et al., 1999; Luoma J.B. et al. 2002)

In Provincia di Sondrio dei 110 suicidi che si sono verificati dal 2004 al 2008, solo 48 erano conosciuti, anche solo occasionalmente, dai Servizi di Salute mentale, una percentuale del 43,6 %. I numeri sono piccoli e non hanno massa critica per avere una significatività; ma questa percentuale che tende ad essere maggiore che in letteratura si può giustificare col fatto che i nostri servizi sono particolarmente accessibili, cioè la quota di popolazione che chiede prestazioni al Dipartimento di Salute Mentale è più alta che nel resto della Lombardia e probabilmente di altre aree. Ciò è probabilmente dovuto alla diffusione capillare degli ambulatori su una vasta area a scarsa densità abitativa e non tanto ad una maggior presenza di persone che necessitano di cure psichiatriche.

In sostanza, si comprende quindi come in realtà abbiamo molte armi utili per intervenire sui pazienti a rischio suicidario ma questi strumenti, da soli, sono largamente insufficienti: anche se molti suicidi hanno problematiche psichiatriche, perlopiù non entriamo in contatto con questa popolazione quindi abbiamo un primo grosso problema di accessibilità. Spesso quelli che vediamo non ricevono un trattamento adeguato cioè il rischio non viene identificato in quanto tale. Inoltre parliamo di trattamento adeguato per la condizione di base - ad es. la depressione - ma, come abbiamo visto, questo non significa automaticamente trattamento adeguato per la prevenzione del suicidio. Anzi neanche una rapida ospedalizzazione o una psicoterapia, sebbene necessarie, in molti casi danno dei risultati affidabili sul lungo periodo. Infine dobbiamo considerare l'aspetto compliance che, anche in condizioni ottimali, può vanificare ogni intervento.

Non stupisce quindi che, ormai oltre 10 anni fa, la Chrochane collaboration in una revisione dei trattamenti farmacologici e psicosociali di efficacia provata per la prevenzione delle condotte autolesive concludeva, in modo assai interlocutorio, che "rimane ancora una notevole incertezza su quali interventi fisici o psicosociali siano più efficaci nel

trattamento dei pazienti con tendenze autolesive" (Hawton K.K.E. et al., 1999). Le cose non sono molto cambiate da allora.

Vuol dire forse che il lavoro dei dipartimenti di salute mentale, degli psichiatri, degli psicologi non serve, non incide è superfluo?

Certamente no, anzi. Diversi studi ci testimoniano che dove ci sono più psichiatri e psicoterapeuti e dove sono più prescritti gli antidepressivi sembra che ci si suicidi di meno. (Kapusta N.D. et al., 2009) Sul rapporto tra antidepressivi e suicidio c'è stata poi una particolare problematica in quanto anni fa sembrava che addirittura potessero peggiorare il rischio suicidale, specie nella popolazione giovanile (attraverso la c.d. "sindrome di attivazione da antidepressivi"). Le autorità regolatorie, come la Food and Drugs Administration americana, imposero serie restrizioni alla prescrizione di questi prodotti nei ragazzi e questo portò ad un crollo delle prescrizioni per queste fasce di età. Parallelamente si è osservato un incremento dei suicidi nei giovani e questo ci dice quanto l'argomento sia delicato e complesso.

Quindi la psichiatria e gli interventi specialistici sono probabilmente utili ma, come abbiamo visto, da soli non bastano.

L'OMS (WHO programma SuPRE 2010 - Suicide Prevention) assume pienamente questa posizione dichiarando che "E' ormai chiaro che la prevenzione del suicidio richiede interventi anche al di fuori del settore sanitario e c'è bisogno di approcci innovativi, globali, multi settoriali in ambiti sanitari e non sanitari, come quelli educativi, del lavoro, delle forze dell'ordine e gli ambiti religiosi, giudiziari, politici e dei media."

Quindi, laddove ci si ponga seriamente il problema della prevenzione del suicidio, questo non può essere limitato ai servizi psichiatrici, ma deve vedere delle sinergie con tutti i diversi settori sociali, quella che Bonomi nell'inchiesta chiama la comunità della cura.

E qui in Valtellina il problema ce lo dobbiamo porre. Infatti se l'Italia è considerata tra le regioni con tassi suicidari non elevati, la Valtellina ha una condizione significativamente diversa. Qualche riflessione su questo occorre farla anche se non siamo certo un unicum, replichiamo, in fondo, i tassi di nazioni a noi vicine come Austria, Svizzera e Francia e il trend forse è in diminuzione (ma i numeri sono troppo piccoli per fare congetture).

Di certo in Italia (e in molte nazioni cosiddette sviluppate) i tassi stanno generalmente rallentando (Vichi M. et al., 2010) mentre così non è nel mondo. A livello globale, il suicidio è un problema che si sta facendo sentire in maniera crescente e probabilmente con un maggior carico nelle nazioni meno sviluppate.

Ma un fenomeno che si osserva a livello mondiale è condiviso anche dall'Italia: le fasce di età interessate sono cambiate negli ultimi 50 anni e se prima la maggior parte dei suicidi avvenivano oltre i 44 anni adesso è l'esatto contrario. Anche in Italia i tassi fra i ragazzi, specie tra i ma-

schì, continuano lentamente a salire (Pompili M. et al., 2009).

Occorre riprendere quanto detto finora e ciò che dice l'OMS per implementare delle strategie efficaci e la mobilitazione e il dibattito nato con la Malaombra deve continuare e concretizzarsi: dobbiamo aver ben presente che il capitale sociale e di fiducia presenti su un territorio sono inversamente correlati coi comportamenti suicidari di quel territorio (Heliwell, 2004).

Ed ecco perché è utile riferirsi e coinvolgere l'intera comunità della cura, come dice l'OMS. E quali sono i ponti, i punti di contatto, gli ambiti di lavoro che occorre sviluppare tra il Dipartimento di Salute mentale e i "non-health sectors" della società?

Non sono cose eccezionali ma non per questo meno importanti. Ci sono modelli interessanti di intervento, come quello proposto dall'Alleanza Europea Contro la Depressione (<http://www.eaad.net/>), un intervento a quattro livelli testato nell'area di Norimberga con risultati incoraggianti (Hegerl U. et al., 2006). In Italia il programma si sta implementando nella Provincia di Bolzano.

I quattro livelli di intervento, sommariamente, riguardano la popolazione generale (informazione e lotta allo stigma), medici di medicina generale (interventi formativi su suicidio e depressione), formazione di facilitatori di comunità nel tessuto sociale (insegnanti, sacerdoti, allenatori, amministratori ecc) ed infine interventi per gruppi ad alto rischio e gruppi di auto aiuto per pazienti e familiari.

Il fattore di rischio più evidente e univoco per il suicidio completo è quello di uno o più precedenti tentativi di suicidio. Occorre implementare percorsi specifici per chi tenta il suicidio. Nello studio fatto al Fatebenefratelli dal prof. Mencacci a Milano, spesso gli adolescenti che tentano il suicidio, passano dal Pronto Soccorso e non viene offerto loro altro che un trattamento che quello rivolto alle loro condizioni somatiche e quindi vengono dimessi senza che sia colto l'allarme e senza che la famiglia sia aiutata a decodificare il segnale del disagio del loro figlio o figlia. (Migliarese G. et al., 2008). Si liquida tutto come una "ragazzata" e si chiude il problema. E' probabile che qui da noi le cose non vadano troppo diversamente e non siamo ancora attrezzati, ad es., per poter accogliere in ricovero in ambiente adatto ragazzi che hanno tentato il suicidio o con altre emergenze psicopatologiche.

Quello dei ragazzi è un problema particolarmente delicato e occorre fare iniziative per diminuire lo stigma, migliorare l'integrazione sociale dei pazienti con disagio psichico e iniziative specifiche rivolte a questa popolazione. Solo così si migliorerà il problema dell'accessibilità ai servizi dei pazienti a rischio che, come abbiamo visto, è uno dei punti critici.

Infatti abbiamo più sopra affermato che il DSM ha una accessibilità molto alta rispetto al resto della regione ma occorre distinguere il

concetto di “coverage” da quello di “focusing”. In altre parole, è possibile che venga coperta una buona parte di popolazione con bisogni di salute mentale, ma siamo sicuri di entrare in contatto con chi davvero ne ha bisogno?

Tra coloro a cui il DSM fornisce assistenza i giovani dai 15 ai 24 anni rappresentano il 4% ma nella popolazione generale sono poco meno di tre volte tanto. Incontriamo poco i giovani. Non sarebbe un problema se ci occupassimo di artrosi o ipertrofia prostatica oppure se in psichiatria dai 15 ai 24 anni succedesse poco o nulla. Ma in psichiatria in quella fascia di età accade tanto, è un'età molto critica per l'esordio di condizioni anche gravi. Questa popolazione non la copriamo come si dovrebbe.

Infatti, dei 12 suicidi avvenuti tra il 2004 e il 2008 con età inferiore ai 26 anni, avevano avuto un contatto col servizio psichiatrico solo 2 soggetti (ed è stato un contatto sporadico, puntiforme, occasionale). Nelle altre fasce di età erano molti di più.

Ecco perchè il DSM si è orientato su programmi come “Familiari Benvenuti” che lavora coinvolgendo i familiari e le scuole per diffondere una corretta informazione e abbattere lo stigma. Il programma è attivo in Bassa Valle ma deve essere esteso a tutta la Provincia. Anche il programma “lavoro e Psiche” proposto e finanziato da Fondazione cariplo con quasi 4 milioni di euro su quattro territori lombardi (tra cui Sondrio) va nel senso di migliorare l'integrazione lavorativa dei pazienti con un complesso lavoro di rete e sul campo che, in caso di esito positivo potrà dare indicazioni per la politica di regione Lombardia in questo settore.

Da oltre un anno è attivo sul distretto di Sondrio il progetto Tempozero per la diagnosi precoce e il trattamento degli esordi psicotici. Sta facendo un lavoro molto bello e sta incontrando ragazzi e famiglie grazie ad un approccio informale e calibrato sul target giovanile. E' chiaro che esistono molti falsi positivi (cioè molte valutazioni che vengono chieste non esitano in una presa in carico in quanto risultano essere di problematiche di altro tipo) ma l'accessibilità dei ragazzi a rischio è migliorata. Ultimo nato, da qualche mese, è il centro integrato per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. Il centro oltre a dare una risposta fino ad ora assente ad una problematica emergente e di forte allarme sociale, contribuirà a farci intercettare meglio le problematiche psicopatologiche in età giovanile. I DCA, infatti, interessano proprio quelle fasce di età.

Come ho evidenziato, il DSM deve fare la sua parte ma non è sufficiente senza una mobilitazione di tutta la Comunità della cura, come abbiamo visto nel lavoro e nel convegno sulla Malaombra. Oggi mi sembra ce ne siano le condizioni.

Quando ormai oltre dieci anni fa con un gruppetto di amici, anche non tecnici, abbiamo iniziato a girare per i paesi, le parrocchie, le associazioni, le biblioteche della valle, incontrando gruppi di 30 o 40 persone per spiegare la depressione e il suicidio, facevamo vedere un video che aveva un titolo che mi piace molto perchè rappresenta il senso del nostro lavoro e quello di tutta la comunità della cura: “reach out with hope”, dare una mano alla speranza.

La speranza, il percepire una possi-

bilità positiva nella realtà anche difficile che si affronta, è un ingrediente fondamentale del lavoro di chi si prende cura degli altri. Insieme alle nostre conoscenze e competenze, uno sguardo in cui traspaia la positività del vivere e la possibilità di una novità e di una nuova occasione da il senso di ciò che facciamo ai nostri pazienti.

## BIBLIOGRAFIA

- Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, Kiernan K, Davies S, Bickley H, Parsons R. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ*. 1999 May 8;318(7193):1235-9.
- Baldessarini J.R. MD Reducing suicide risk in psychiatric disorders *Current psychiatry* 2003 Vol. 2, No. 9 / September 2003
- Hawton KKE, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, van Heeringen K. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999.
- Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*, 36(9):1225-1233, 2006.
- Helliwell John F. Working Paper 10896 WELL-BEING AND SOCIAL CAPITAL: DOES SUICIDE POSE A PUZZLE? <http://www.nber.org/papers/w10896> NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH 1050 Massachusetts Avenue Cambridge, MA 02138 November 2004
- Isometsä ET Psychological autopsy studies—a review. *Eur Psychiatry*. 2001 Nov;16(7):379-85.
- Kapusta ND, Niederkrotenthaler T, Etzersdorfer E, Voracek M, Dervic K, Jandl-Jager E, Sonneck G Influence of psychotherapist density and antidepressant sales on suicide rates. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Mar;119(3):236-42.
- Kouichi Yoshimasu, Chikako Kiyohara Kazuhisa Miyashita and The Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene Environ Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Health Prev Med*. 2008 September; 13(5): 243-256.
- Lee HC, Lin HC, Liu TC, Lin SY. Department of Psychiatry and Sleep Center, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan. Contact of mental and nonmental health care providers prior to suicide in Taiwan: a population-based study. *Can J Psychiatry*. 2008 Jun;53(6):377-83.
- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002 Jun;159(6):909-16.
- Pompili M, Masocco M, Vichi M, Lester D, Innamorati M, Tatarelli R, Vanacore N. Suicide among Italian adolescents: 1970-2002. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Sep;18(9):525-33.
- Vichi M, Masocco M, Pompili M, Lester D, Tatarelli R, Vanacore N. Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002. *Psychiatry Res*. 2010 Jan 30;175(1-2):89-97.
- Migliarese G., Bernardo L., Omboni E., Ottolini A., Pietropolli Charmet G., Zanaboni M., Mencacci C. Una nuova strategia di prevenzione del suicidio in adolescenza: il progetto regionale dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano – Studi su Aggressività e Suicidio, 11 2008: 28 -35

*Psichiatra Direttore del Dipartimento di Salute Mentale AOVV di Sondrio*