

Parliamone

Anno 17 - N. 1 - Aprile 2007 - Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 2, comma 1, DCB Sondrio

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

In caso di mancato recapito restituire a:
Collegio IPASVI - Via IV Novembre, 11 - 23100 Sondrio

Quali strategie per una sanità più efficace

di Ercole Andrea Piani

Nei vari incontri ai quali partecipo mi confronto spesso sui problemi della salute pubblica, ora, nell'attesa di incontrare il nuovo Assessore alla sanità della nostra Regione, ho avuto modo di sentire i colleghi dei Collegi lombardi che trovo concordi nel riproporre, sul tavolo della discussione, alcuni fra i più importanti temi d'attualità in ambito sanitario.

Molte sono, infatti, le sfide che la nostra sanità è chiamata ad affrontare, tra queste probabilmente la più importante è l'incertezza per il futuro dove troviamo l'emergenza di una realtà demografica che evidenzia sempre più l'aumento della fascia di popolazione in età avanzata; dove aumentano le richieste di tipologie d'assistenza sanitaria e sociale. Aumentano le patologie di tipo cronico e degenerative che prevarranno sempre più su quelle acute; il 44% dei decessi sono causati da patologie del sistema cardiocircolatorio; il 30% da tumori dove aumenta sempre più comunque la sopravvivenza a cinque anni e quindi si può parlare anche in questi casi di cronicità. Per il futuro, lo scenario è ancor più complesso, nel 2045 gli ultra sessantacinquenni saranno oltre 18.000.000 (8.000.000 in più d'oggi); la speranza di vita si attesterà su 81,4 anni per gli uomini e 88,1 per le donne, ma questo considerevole, prevedibile, aumento dell'età non è disgiunto da una marcata richiesta d'assistenza con una popolazione attiva che difficilmente potrà addossarsene l'onere.

Altro fattore d'incertezza deriva dal persistere di una sostanziale sottostima della dotazione finanziaria del Servizio Sanitario che impedisce lo sviluppo con gravi rischi conseguenti.

Ultimo fattore d'incertezza deriva dalla confusione nell'attribuzione di poteri tra Stato e Regioni, conseguente alla riforma della Costituzione nel 2001, il tentativo di razionalizzare la spesa sanitaria non sempre ha dato i risultati attesi, anche perché i risparmi acquisiti sono principalmente riconducibili:

• Ai tagli alla spesa e all'introduzione dei ticket



- Alla riduzione delle durate delle degenze
- Alla riduzione a volte ingiustificata del personale.

Il processo di razionalizzazione dovrebbe puntare di più sulla revisione dei progetti organizzativi dove esistono, per quanto concerne non solo le prestazioni infermieristiche, spazi per la riduzione degli sprechi e per l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse umane e materiali, ma ancora una volta il ritardo alle attribuzioni di responsabilità e autonomia agli infermieri, seppur legiferato, trova scarsa applicazione. Un servizio infermieristico qualificato, autonomo dalle pressioni dei singoli referenti medici delle realtà presenti, porterebbe sicuro beneficio a tutto il sistema, il tutto attraverso una revisione dei modelli organizzativi, una riduzione degli sprechi e l'indispensabile valorizzazione delle risorse.

Nel frattempo sempre più la richiesta degli utenti si muove verso l'accessibilità, la gradevolezza e l'efficacia dei servizi. A tal fine ci si deve attivare al meglio per soddisfare queste esigenze.

Considerate queste criticità, il prendersi cura (attività peculiare e alla base della professione infermieristica), appare sempre

CONTINUA A PAGINA 2 ►

I NUMERI DEL NOSTRO COLLEGIO

di Giancarlo Bottà*

Presentiamo l'analisi svolta dal collega sui dati del nostro Collegio dalla quale si evince che anche nella nostra provincia risulta prevedibile, tra non molti anni, una grave carenza di Infermieri. N.d.R.

La percentuale maggiore riunisce Professionisti con Età 30-35 anni che unita alla fascia successiva quella tra i 35 ed i 40 anni rappresenta da sola il 50 % della composizione degli iscritti al nostro Collegio . Il dato rappresentato dai gruppi successivi ovvero 40-45 anni e 45-50 anni arriva quasi al 30% del totale.

Due considerazioni : La prima, senza nulla togliere ai professionisti più giovani, dimostra che nella nostra Provincia, statisticamente parlando, operano infermieri con una notevole esperienza e/o curriculum lavorativo alle spalle.

La seconda considerazione deve fare riflettere gli amministratori, i docenti, i politici i sociologi e tutti coloro che in qualche misura entrano nella programmazione di una professione : per quanto tempo gli infermieri continueranno a portare la loro esperienza ? Quanto durerà in sintesi la loro presenza in servizio?

Ma ritorniamo agli anni residui di attività per questo grande numero di Professionisti .

Tra 10-15 anni, normative permettendo, con chi e come si sostituiranno questi lavoratori, pari al 30%? Probabilmente per altri 10 anni proseguiranno quelli che adesso sono la maggioranza, ovvero il 50%, ma tanti dubbi appaiono!

Ma a seguire la caduta sarà drastica e lo si evidenzia con la presenza inferiore del 10 % relativa ai nuovi professionisti, che pur presentando una formazione di impronta universitaria, costituiscono un numero estremamente esiguo.

CONTINUA A PAGINA 2 ►

I seguenti grafici hanno la funzione di presentare la composizione del nostro collegio a fine 2006.

Alcune semplici considerazioni :

1. la significativa rappresentanza maschile, in piena sintonia con quella nazionale, ha superato il 10% del totale, dove in passato era evidente la preponderante presenza femminile. (vedi tab. 1)

Questo primo dato è rappresentato anche nella composizione dei Consigli Direttivi dei Collegi, con percentuali ancora maggiori in altre province.

2. Il secondo dato che si evidenzia riguarda la diversa rappresentanza nella composizione tra I.P., V.I. ed A.S., ma questo dato presenta la forte tendenza ad aumentare, (tab. 2) una particolarità e' legata al numero di liberi professionisti rispetto a quello degli infermieri dipendenti (tab. 2/ A) un dato questo che numericamente sembra esiguo ma che altrove ha dimensioni ben maggiori!

3. le diverse tipologie di formazione sono riassunte nella tabella (3), diploma biennale, prima del 1975, diploma triennale dal 1975 al 1998, formazione universitaria con denominazioni diverse: diploma in scienze infermieristiche, diploma di infermiere, diploma in infermiere ed infi-

ne formazione universitaria dal 2003 Laurea in Infermieristica.

4. nella tabella (4) si pone in evidenza la presenza di specializzazioni : specializzazione in... , a.f.d., master universitari, lauree universitarie (dato non perfetto perché non aggiornato dagli interessati) a tale proposito si invitano gli iscritti a perfezionare la loro posizione comunicando eventuali variazioni.

5. Il grafico finale, riassume il dato che questo articolo vuole porre in evidenza, quello relativo alla suddivisione in fasce d'età. Schematicamente suddivise in quinquenni (vedi tabella 5).

**Bollino
tesseramento
2007**

Collegio
IP-AS-VI
2007

Le rubriche all'interno

A PROPOSITO DI SITRA	pag. 3
PAGINA DEI CONCORSI	pag. 4
NOTIZIE DAL COLLEGIO	pag. 5
PROFESSIONE INFERMIERE	pag. 6-7
INFERMIERE FORENSE	pag. 8-11
PAGINA DELLA PSICHIATRIA	pag. 13-14
CORSI E CONVEGNI	pag. 15

Nonostante una lieve tendenza all'aumento (con motivazioni diverse: posto fisso di lavoro, decentramento universitario, incremento tra gli uomini e nel sud dello stato) probabilmente resteranno incolumi vuoti negli organici, che soluzioni verranno prospettate ed attuate? Bisognerebbe conoscere approfonditamente ed a livello nazionale questa situazione, ma senza avere dubbi di smentita (vista la tradizionale abbondanza in provincia) ritengo che la situazione altrove sia decisamente peggiore, con situazioni al limite del drammatico!

Pressanti Interrogativi

- nel futuro prossimo che infermieri avremo?
- Qualitativamente, non dovrebbero esserci problemi, ma quantitativamente?
- Quando si presenterà il turnover sarà decisamente negativo come si affronteranno i vuoti ed i buchi di presenze nei concorsi-avvisi? Già ora il problema appare, anche da noi, per quanto riguarda le RSA o le diverse strutture non Ospedaliere.
- Il ricorso a professionisti stranieri, spesso extracomunitari, impone ai Collegi un certo grado di rigore nella valutazione delle documentazioni presentate per

l'iscrizione all'Albo, con una particolare attenzione alla conoscenza della lingua italiana e delle norme sanitarie che regolano il nostro agire.

- Che strategie si possono /devono adottare per prepararsi a questa ineludibile situazione, che, pur non imminente, non tarderà a presentarsi?

Inutile guardare al passato dove soprattutto nella nostra Provincia avevamo centinaia di iscrizioni ai corsi; l'innalzamento dell'età d'ammissione ha certamente prodotto una maturità ed un innegabile innalzamento del livello culturale nei candidati, ma di contro i numeri di iscritti sono caduti drasticamente sino a mettere in discussione la partenza di anni scolastici.

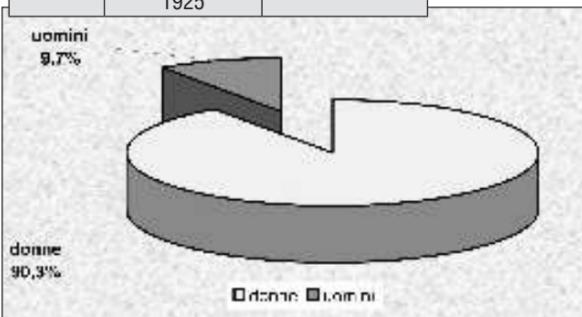
Quali le difficoltà, sentite direttamente dagli allievi?

La logistica, la programmazione dei tirocini, la formazione stessa che deve rispecchiare delle dinamiche universitarie, il differente inserimento nel tirocinio pratico, la innegabile problematica economica (sono note le esperienze del passato e gli errori in certe programmazioni per "produrre infermieri").

Conosciamo come attualmente gli allievi non possano

Tabella n° 1 - Confronto uomini-donne

	SESSO	
donne	1738	90,45%
uomini	187	9,55%
	1925	



fruire di alcun sussidio, se non legato a borse di studio. Alla necessità di dover affrontare spese per iscrizioni, per alloggi e per spostarsi, che nel passato non esistevano (convitti, mense ubi-citazioni non decentrate sono anche il nostro back-ground), sappiamo anche di tentativi per ovviare a queste problematiche, ma il nodo vero riguarda i numeri di questi allievi infermieri che sono e rimangono bassi, troppo

bassi. I livelli di decisione sono: politici, professionali, di programmazione, economici, sociali.

La funzione dei Collegi è di rendere nota questa situazione a chi decide o può decidere

Di controllare che non vengano adottate soluzioni tampone, di norma legate ad incentivi economici, spesso inefficaci e qualitativamente opinabili.

Tabella n° 2 - Suddivisione tra I.P. - A.S. - V.I.

A.S.	18	0,90%
I.P.	1881	97,70%
V.I.	26	1,40%

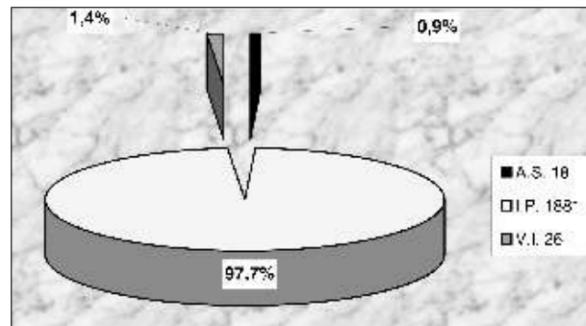
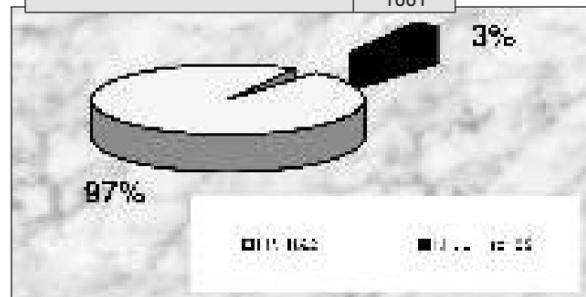


Tabella n° 2/a - % I.P. dip. - % I.P. lib. Profess.

I.P. dipendenti	1826
I.P. liberi professionisti	55
	1881



Raggiunta una discreta qualità, occorre a tutti i costi mantenerla, altrimenti la sanità italiana che è supportata anche e soprattutto dagli oltre

320.000 infermieri, non potrà che decadere.

* Inf. Coordinatore Ortopedia Morbegno; Presidente Collegio dei revisori dei Conti Collegio IPASVI Sondrio.

Tabella n° 4 - Formazione specializzazioni università

FORMAZIONE BASE	1681	87,51%
SPECIALIZZAZIONE IN ...	10	0,50%
ABILITAZIONE FUNZ. DIRETTIVE	109	5,67%
MASTER UNIVERSITARI	N. D.	0,00%
DIPLOMA UNIVERSITARIO	53	2,82%
LAUREA UNIVERSITARIA	72	3,50%

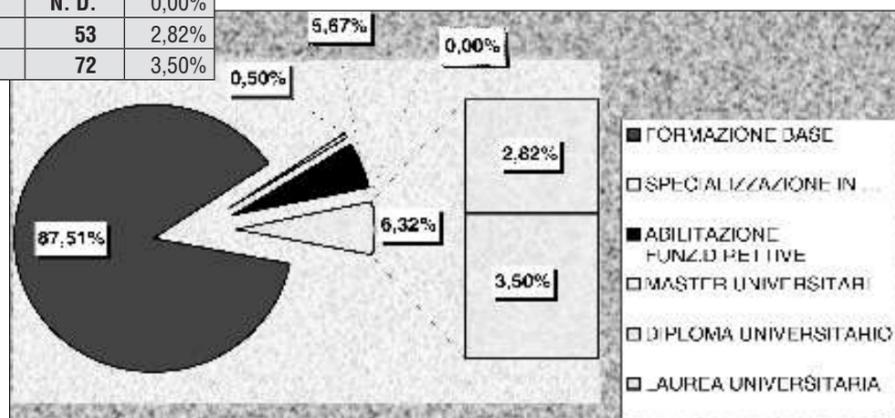


Tabella n° 3 - Suddivisione per formazione e titolo acquisito

Formazione base				
biennio	formaz regionale	precedente al 1975	diploma infermiere professionale	146
triennio	formaz regionale	precedente al 1998	diploma infermiere professionale	1641
triennio	università	nel 1998	diploma in scienze infermieristiche	13
triennio	università	nel 1999	diploma di infermiere	8
triennio	università	2000 al 2002	diploma in infermiere	19
triennio	università	2003	diploma in scienze infermieristiche	26
triennio	università	succ al 2003	laurea in infermieristica	72
				1925

1999	8
2000	8
2001	10
2002	1
2003	26
Totali	53

2004	31
2005	34
2006	7
Totali	72

TOTALI dal 1999	125
------------------------	------------

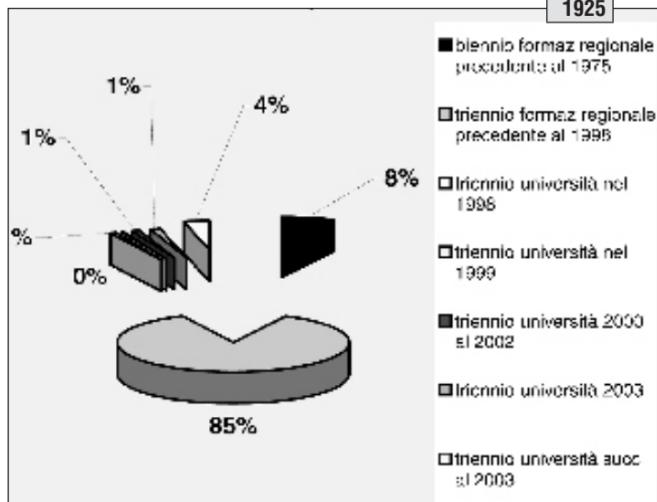
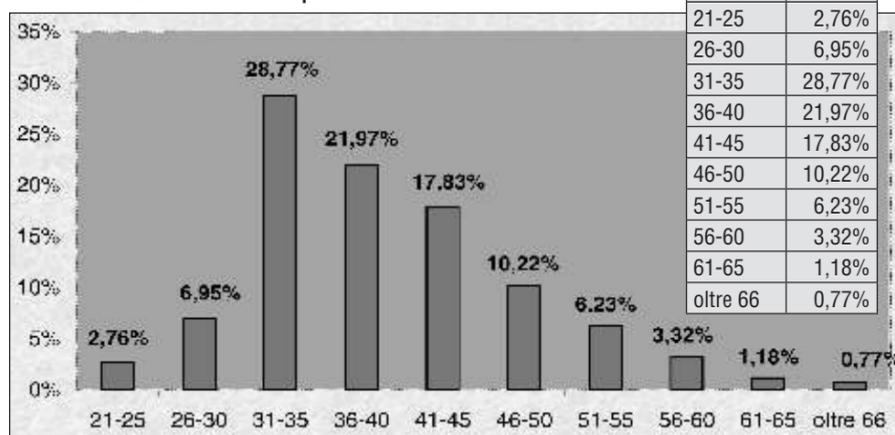


Tabella n° 5 - Suddivisione in % per fasce di età 5 anni



Da pagina 1

più complesso. Analizzando i vari documenti del nostro agire, non ultimo il decalogo presentato al Governatore della nostra Regione, ricordo di aver esordito in questo modo: "Se guardiamo i contenuti della nostra professione, si può rilevare come il primo punto del nostro decalogo sembri mutuato da un programma politico; l'attenzione agli anziani, ai portatori di diverse opportunità, a coloro che soffrono della malattia mentale o di una grave dipendenza, corrisponde all'impegno delle "fasce deboli" della popo-

lazione tipico del mondo politico più evoluto, quindi potremmo affermare che è strategico per gli Amministratori coinvolgere sempre più gli infermieri".

E' difatti attraverso la tutela e difesa dei "più deboli" che noi infermieri ci qualificiamo nella nostra professione.

Ma quale allora lo scenario auspicato nell'immediato futuro della nostra Provincia?

Una risposta in tal senso arriva dalla creazione di una rete, così come prevista e giustamente enfatizzata

dal documento salute XXI dell'OMS e dalla dichiarazione di Monaco, che operi sul territorio, rispondendo ai bisogni di chi non può trovare soddisfazione alle proprie esigenze negli ospedali. In tal senso appare fondamentale l'istituzione dell'infermiere di famiglia che rappresenti anche il punto d'incontro fra ospedale e territorio. Spetterebbe all'infermiere, infatti, partecipare all'erogazione delle cure primarie con pari dignità del medico e senza sottostare ad una posizione subordinata nei suoi confronti, in questo modo, da un

lato crescerebbero i servizi territoriali, mentre dall'altro si aprirebbero spazi di valorizzazione degli infermieri, garantiti dalle capacità della professione di produrre competenze. Una figura professionale, quindi, condivisa all'estero da tutti i Ministri della Sanità dei Paesi europei e che non trova un significativo riscontro all'interno del nostro Paese dove, se è vero, infatti, che si sta effettivamente costruendo una rete con i medici, e altresì vero che il ruolo infermieristico che va delineandosi con le UTAP rischia di essere di

mero supporto.

Altra opportunità per il nostro contesto è veder designato, finalmente, l'infermiere responsabile del SITRA. Non ultimo il veder valorizzata sempre più la formazione universitaria; l'accesso ai vari Master, la Laurea specialistica, l'insegnamento, sono, e saranno sempre più, spendibili per una vera valorizzazione della categoria. Anche sul versante della formazione degli studenti è necessario il coinvolgimento di tutti gli infermieri, come auspicato da alcuni colleghi di per sé già motivati e

coinvolti, soprattutto nella fase di tirocinio nelle diverse realtà ospedaliere e territoriali della nostra Provincia; la Sede di Faedo deve essere una grand'opportunità per tutti e come tale valorizzata e difesa.

Inoltre, dovremo sempre più vigilare perché la dignità di tutti noi non sia calpestate da interessi di chichessia e dover, ancora, ricorrere alla Giustizia per veder tutelato i diritti del nostro esercizio professionale, così come riportato nella sentenza integralmente pubblicata a pagina tre

A proposito dell'autonomia del SITRA



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE PER LA LOMBARDIA

Ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Sul ricorso n.2442/2006 proposto da ANPO- Associazione Nazionale Primari Ospedalieri, ANAO- ASSOMED Associazione medici Dirigenti in persona dei rispettivi legali rappresentati *pro tempore*, Gianpiero Benetti, Attilio Bini, Mauro Borzio, Anna Calori, Enrico Giulina e Francesco Rossi rappresentati e difesi dall'avv. Giuseppe Franco Ferrari nello studio del quale sono elettivamente domiciliati in Milano, Corso Vittorio Emanuele II, n. 15.

Contro l'Azienda Ospedaliera, ospedale di circolo di Melegnano, in persona del legale rappresentato *pro tempore*, rappresentata e difesa dall'avv. Vincenzo Avolio nello studio del quale è elettivamente domiciliata in Milano viale Gian Galeazzo, n. 16, e nei confronti di Laura Milani, non costituita a giudizio per l'annullamento della deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Melegnano n. 418 del 22.06.2006, recante in oggetto "Istituzione del S.I.T.R.A. (Servizio Infermieristico, Tecnico e riabilitativo Aziendale) dell'Azienda Ospedaliera di Melegnano)" dei connessi pareri favorevoli del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario;

Di tutti gli enti presupposti, connessi e/o consequenziali ed, in particolare della deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Melegnano n. 1468 del 30.12.2005, con cui è stato conferito l'incarico di direzione del S.I.T.R.A. Alla sig.ra Laura Milani;

E sull'atto d'intervento *ad opponendum*, proposto da Giovanni Mutillo, Ercole Piani, Enrico Frisone, Stefano Citterio, Roberto Vecchia, Beatrice Mazzoleni, Federica Renica, Nicoletta Castelli, Angela Salomoni ed Enrico Malinverno, in qualità di Presidenti dei Collegi Interprovinciali IPASVI (Infermieri Professionali, Assistenti sanitari e Vigiliatrici d'Infanzia) rispettivamente di Milano e Lodi, Sondrio, Pavia, Como, Cremona, Bergamo, Mantova, Lecco e Varese, rappresentati dall'avv. Umberto Fantigrossi nello studio del quale sono elettivamente domiciliati in Milano, Piazza Bertarelli n. 1; VISTO il ricorso con i relativi allegati;

VISTO l'atto di costituzione in giudizio dell'Azienda Ospedaliera, Ospedale di Circolo di Melegnano;

VISTO l'atto di intervento dalle parti a sostegno delle rispettive difese,

VISTO gli atti tutti della causa; Nominato relatore alla pubblica udienza dell'11 gennaio 2007 il dott. Vincenzo Blanda,

Uditi l'avv. Chiara Giubileo, in sostituzione dell'avv. Giuseppe Franco Ferrari, per i ricorrenti, l'avv. Vincenzo Avolio per l'Azienda Ospedaliera resistente e l'avv. M.T. Brocchetto in sostituzione dell'avv. Umberto Fantigrossi, per gli intervenienti, Considerato in fatto e in diritto quanto segue:

FATTO

Il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Melegnano con deliberazione n. 418 del 22 giugno 2006 ha istituito il SITRA, in attuazione della d.G.R. N. VII dell'8.8.2003, e recante le "linee guida" per l'adozione del piano

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI, ritiene importante portare a conoscenza degli iscritti la sentenza pronunciata dal TAR Regionale in merito al ricorso proposto da alcune Associazioni, che rappresentano i Primari Ospedalieri e i medici Dirigenti, contro l'istituzione del SITRA dell'Azienda Ospedaliera di Melegnano.



di organizzazione delle Aziende sanitarie lombarde e del Piano di Organizzazione e funzionamento Aziendale (POFA), approvato dalla medesima Azienda con delibera n. 2 del 19.1.2004.

In precedenza, la medesima Azienda Ospedaliera, con delibera n. 1468 del 30.12.2005, aveva già affidato la direzione di predetto Servizio, in attesa della sua formale istituzione alla sig.ra Laura Milani.

I ricorrenti hanno impugnato la suddetta delibera n. 418 del 22.6.2006 e n. 1648 del 30.12.2005, assumendo che l'assetto organizzativo del SITRA, nel quale non sarebbero previsti ruoli o funzioni riservati ai dirigenti medici che consentano un raccordo organizzativo tra questi ultimi e il personale infermieristico, violerebbe il diritto-dovere dei medici al pieno esercizio delle funzioni, esponendoli anche a rischi sotto il profilo delle responsabilità dirigenziali, che loro competono all'interno della struttura ospedaliera.

A sostegno del gravame gli interessati hanno dedotto i seguenti motivi:

Violazione e falsa applicazione degli articoli 3,32 e 97 della Costituzione

Violazione e falsa applicazione degli articoli 1 e 5 e della legge 241/1990;

Violazione e falsa applicazione del D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, con specifico riferimento agli articoli 14, comma 5, 15, comma 9, 5 e 6 ter, comma 3

Violazione e falsa applicazione del CCNL del 9 novembre 2005 per l'area della dirigenza medico-veterinaria, con particolare riferimento agli articoli 25, 26, 27, 28, 29, 30 e 31. Eccesso di potere per sviamento, illogicità, irragionevolezza, travisamento dei presupposti di fatto e di diritto, difetto di motivazione, difetto di istruttoria.

L'Azienda Ospedaliera di Melegnano, ferma restando l'autonomia gestionale del personale infermieristico, avrebbe dovuto stabilire, accanto alle funzioni "in staff" ad quelle "in line", una

rappresentanza della dirigenza medica alla quale affidare una funzione di coordinamento del personale medico con quello infermieristico.

Ciò risulterebbe necessario, secondo i ricorrenti, in virtù di quanto previsto dall'articolo 15, comma 3, del D.lgs. n. 592/1992 secondo il quale "l'autonomia tecnico-professionale, (propria dei dirigenti sanitari) con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale..."

Dalla suddetta norma si desumerebbe in particolare che il dirigente medico dovrebbe poter costantemente e direttamente contare sull'attività del personale infermieristico con il quale la necessaria cooperazione assonderebbe il fine di assicurare un livello ottimale di prestazione medica con corrispondente salvaguardia dell'interesse primario della salute dei pazienti.

Di conseguenza l'omessa previsione nella deliberazione istitutiva del SITRA di alcun raccordo con la dirigenza medica inciderebbe negativamente sulle stesse responsabilità dei dirigenti sanitari con corrispondente lesione del menzionato interesse primario alla salute; il che sarebbe puntualmente integrato, sempre ad avviso degli istanti, in virtù della contestata autonomia gestionale del predetto servizio che colliderebbe con l'art. 15, comma 6, del G.lgs. n. 502/1992, che attribuisce ai dirigenti medici "le funzioni di direzione e organizzazione della struttura... anche mediante direttiva a tutto il personale operante nella stessa..."

In detto mutato quadro organizzativo i dirigenti medici potrebbero essere dunque chiamati a rispondere per lo stesso mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati in virtù di quanto previsto dall'articolo 15 ter, comma 3 del D.lgs. n. 502/1992 e dagli articoli 25, 26, 27, 28, 29 e 30 del CCNL di categoria.

Si è costituita in giudizio l'Amministrazione intimata, che ha depositato documenti e memoria

con la richiesta di reiezione del ricorso per l'infondatezza delle censure.

Sono altresì intervenuti *ad opponendum*, con unico atto, i signori Giovanni Mutillo, Ercole Piani, Enrico Frisone, Stefano Citterio, Roberto Vecchia, Beatrice Mazzoleni, Federica Renica, Nicoletta Castelli, Angela Salomoni e Ennio Malinverno, in qualità di Presidenti dei Collegi Interprovinciali IPASVI della Lombardia, che hanno eccepito l'inammissibilità del ricorso per mancata tempestiva impugnazione quali atti presupposti della delibera regionale n. VII 14049 e del Piano di organizzazione e Funzionamento Aziendale (POFA) approvato con delibera n. 2 del 19.1.2004, di cui la delibera del Direttore Generale dell'A.O. di Melegnano costituirebbe mero atto applicativo. Gli intervenuti concludono poi con richiesta di reiezione del ricorso in quanto infondato in merito.

Con atto depositato il 9 novembre 2006 la ANPO - Associazione primari ospedalieri ed il dott. Mauro Borzio hanno dichiarato di rinunciare al ricorso per sopravvenuta carenza di interesse. In prossimità della trattazione del merito le residue parti in causa hanno depositato memorie, insistendo nelle rispettive richieste. All'udienza pubblica del 11 gennaio, 2007, sentiti i difensori presenti, il Collegio si è riservata la decisione.

DIRITTO

1. In via del tutto preliminare, il Collegio deve prendere atto della rinuncia al ricorso da parte dei ricorrenti ANPO-Associazione Primari Ospedalieri e del dott. Mauro Borzio.

Tale rinuncia è ammissibile, tenuto conto che nei casi - come quello all'esame di ricorso collettivo - si è in presenza di una pluralità di azioni che, ancorché riunite, conservano ciascuna la propria autonomia, con la conseguenza che è ben possibile la rinuncia da parte di uno solo dei ricorrenti (cfr. TAR Puglia, Bari, Sez. I, 26, 1.2006, n. 219; Con-

siglio di Stato, Sez. IV, 20 giugno 1996, n. 797).

2. sempre in via preliminare non può darsi seguito invece all'eccezione di inammissibilità dell'atto di interventi *ad opponendum* dei Presidenti dei Collegi IPASVI della Lombardia formulata da parte dei ricorrenti.

Non può, infatti certo disconoscersi in capo ai suddetti colleghi, che peraltro hanno dispiagato l'intervento nel rispetto delle prescrizioni rituali di notifica e deposito (avvenuto nei termini, come riformulati dall'art. 1 comma 4, della L. 205/00, la legittimazione di difendere dinanzi al giudice, amministrativo gli interessi di categoria degli infermieri professionali di cui hanno la rappresentanza istituzionale 8 cfr. Consiglio di Stato, Sez. V, 30.12.2002, n. 505, *idem*, 7 marzo 2001, n. 1339 e 1 ottobre 2001, n. 5193).

Nel caso di specie infatti, l'interesse fatto valere dai suddetti organi investe l'intera categoria professionale, essendo diretto ad evitare l'annullamento della delibera istitutiva del SITRA nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera di Melegnano le indicazioni contenute nel ricorso introduttivo, che verrebbero a ledere le prerogative e l'autonomia professionale del personale infermieristico riconosciutagli dalle due leggi di riforma del sistema professionale sanitario, e cioè, la n. 42/1999, e la 251/2000.

3. Osserva poi la Sezione che può prescindere dall'esaminare l'eccezione di inammissibilità del ricorso per mancata impugnazione della delibera di giunta regionale n. 7 del 2003 e della deliberazione n. 2/2004 di adozione del POFA sollevata dagli intervenuti e dall'amministrazione esistente, in quanto il ricorso risulta comunque infondato nel merito.

4. Può passarsi quindi immediatamente all'esame dei motivi di gravante con cui i ricorrenti sostengono che, pur dovendo restare ferma l'autonomia gestionale del personale infermieristico, mancherebbe, tuttavia, nel SITRA "una rappresentanza della dirigenza medica" con funzione di coordinamento del personale medico ed infermieristico.

L'assenza di tale nesso organizzativo e la mancata previsione di opportune forme di coordinamento sarebbero, per un verso, lesive delle prerogative della dirigenza medica individuata dall'art. 15 del D.lgs. 502/1992 e delle funzioni del dirigente medico di struttura complessa (art. 15, comma 6, cit.); dall'altro, suscettiva di riverbero sulle stesse responsabilità del dirigente medico.

4.1. La tesi esposta seppure illustrata sul fondamento, certamente condivisibile, di un necessario coordinamento tra medici responsabili di strutture ospedaliere e infermieri deve,

peraltro, essere disattesa, presupponendo essa la sostanziale pretermissione, nella specie non intervenuta, di basilari e imprescindibili principi che debbono necessariamente e costantemente informare l'organizzazione degli enti ospedalieri.

I ricorrenti, infatti, muovono dall'assunto che l'istituzione del SITRA all'interno dell'azienda Ospedaliera di Melegnano - così come attualmente configurato, possa svolgere i rapporti professionali tra medici e infermieri, quasi che fra di loro, fosse stato frapposta una netta soluzione di continuità con conseguente invalicabile ostacolo a quella indispensabile collaborazione che è garanzia di buon andamento di ogni plesso ospedaliero e dunque finalizzato ad assistenza sanitaria *tout court*.

L'errore che sul piano prospettico sono incorsi gli istanti è tuttavia inefficace.

Essi mostrano, infatti, di confondere, o meglio di sovrapporre in modo non corretto il piano meramente organizzativo delle funzioni, sul quale si colloca l'istituzione del SITRA, con quello dell'esercizio dell'attività professionale da parte degli infermieri.

4.2. Al servizio in questione, quale "struttura organizzativa a valenza aziendale, dotata di autonomia gestionale" (cfr. delibera istitutiva impugnata) sono stati invero devoluti esclusivamente compiti di "indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico", il cui esercizio non può refluire negativamente sul regolare svolgimento dell'attività degli infermieri professionali e dare luogo a quelle gravi difficoltà organizzative, che postulano quale infausta prognosi i ricorrenti.

E sufficiente sottolineare al riguardo, come limpidamente espresso sia per iscritto che oralmente dal difensore dell'Azienda ospedaliera, che il coordinamento tra medici e infermieri e la reciproca integrazione dei rispettivi ruoli professionali ai quali essi appartengono costituiscono principi immanenti dell'attività sanitaria, che non possono essere messi in discussione, ne tanto meno elisi dalla creazione di una struttura come il SITRA, la cui istituzione all'interno delle Aziende ospedaliere è stata sagacemente sollecitata dal legislatore (cfr art. 1 e 7 comma 1, della l. n. 251/2001) per soddisfare le esigenze di un impiego più efficiente e razionale delle capacità professionali del personale infermieristico.

4.3. Sotto tale profilo, eventuali disfunzioni determinate dal mancato dei sopra indicati canoni di coordinamento e reciproca collaborazione potranno e dovranno dunque essere perseguite, ove pure potessero prefigurarsi, facendo ricorso agli ordinati strumenti di cui "responsabilmente" titolano il Direttore sanitario di ciascuna azienda ospedaliera, ivi compresi ovviamente quelli disciplinari previsti dai singoli contratti di categoria.

L'autonomia riconosciuta a servizio in questione, non sottrae, infatti gli infermieri agli obblighi specificatamente previsti dalle norme che riguardano tale figura professionale. Basti pensare all'art. 2 comma 3 del DM 14.9.1994 n. 739 (regolamento

Continua da pagina 3

concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere che obbliga gli infermieri a "garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche-terapeutiche" e ad "agire in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali...", ed all'art 1 della citata legge n. 251/2000, che ben sottolinea la responsabilità del personale infermieristico nel quadro generale della attività sanitaria, richiamandolo al rispetto dei principi anche deontologici della professione.

5. A figurare definitivamente la perplessità e i timori mostrati dai ricorrenti è utile osservare, da ultimo, che le funzioni affidate al nuovo servizio sono state poste "in linea" alla Direzione Sanitaria Aziendale tanto che il dirigente sanitario responsabile del SITRA dipende gerarchicamente dal Direttore Sanitario aziendale (cfr. d. GR. N. 7/14049 del 2003) - e che, inoltre, la delibera istitutiva impugnata dispone espressamente che tale organismo "nelle sue articolazioni organizzative e funzionali deve integrarsi con tutte le articolazioni aziendali così come previste dal POA" (cfr. pag. 2 delibera n. 418/2006).

Nella medesima determinazione si specifica ancora che "l'integrazione, fondata sul reciproco rispetto dei ruoli e delle professionalità identificati in ambito aziendale, deve garantire sinergie e processi collaborativi tesi al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla direzione generale, l'integrazione deve realizzarsi in tutte le articolazioni aziendali".

6. Alla luce di quanto sopra resta sorpresa dunque la pretesa affacciata in giudizio dai ricorrenti, non essendo comprensibile come il rivendicato ruolo di coordinamento all'interno del SITRA dei medici dirigenti, tramite l'inserimento di "una rappresentanza della dirigenza medica" in tale servizio possa meglio soddisfare le esigenze rappresentate dai ricorrenti.

7. Ne a conclusioni diverse può condurre il confronto con il regolamento riguardo un'azienda Sanitaria locale della provincia di Bergamo (depositato dai ricorrenti il 29.12.2006), il quale evidenzerebbe la lacunosità del provvedimento adottato dall'azienda Ospedaliera di Melegnano.

In disparte la considerazione che detto regolamento, riguardando un'Azienda Sanitaria Locale e non una struttura Ospedaliera, non costituisce parametro di riferimento idoneo a valutare la adeguatezza del provvedimento impugnato, occorre rilevare come la contestata delibera istitutiva del SITRA, sebbene in forma piuttosto sintetica, preveda comunque la "integrazione con tutte le articolazioni previste dal POA"; integrazione che ovviamente non potrà che riguardare anche aspetti particolari, quali, la programmazione delle ferie, la fruizione di permessi e dei diversi istituti previsti dalle norme contrattuali, si da evitare disfunzioni o inconvenienti di sorta sul piano organizzativo dell'ente,

8. In conclusione, il Collegio è dell'avviso che le preoccupazioni rappresentate dai dirigenti

medici non trovino un'obiettiva base di giustificazione, solo che si consideri che la più efficiente e funzionale organizzazione del corpo infermieristico non potrà che tradursi in un vantaggio per l'intera struttura ospedaliera, ferma la necessità di un attento controllo da parte del Direttore sanitario, cui debbono egualmente rispondere collaborativamente sia i dirigenti sanitari, sia il SITRA per voce della sua responsabilità ad evitare problemi di sorte.

9. Infine, la domanda affacciata nel presente giudizio, avente oggetto la nomina a dirigente SITRA della sig.ra Laura Milani, deve essere respinta, posto che sebbene sia stata, in questa sede richiesta l'annullamento della delibera n. 1468/2005



di conferimento dell'incarico, nel ricorso non si legge alcun ulteriore cenno alle ragioni che avrebbero dovuto indurre all'accoglimento del gravame in tale sua parte. In conclusione il ricorso va respinto. Le spese seguono la soccombenza dei ricorrenti nella misura indicata in dispositivo.

P.Q.M.

Il tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia, Sez. III dispone quanto segue:

-prende atto della rinuncia al ricorso ANPO. Associazione Nazionale Primari Ospedalieri e del dott. Mauro Borio;

-respinge il ricorso in epigrafe nei sensi di cui in motivazione.

Condanna i ricorrenti ANAAO-ASSOMED- associazione Medici Dirigenti, Gianpiero Sonetti, Attilio Bini, Enrico Giuliani e Francesco Rossi al pagamento delle spese di giudizio, che si liquidano in E. 6.000.00 (seimila/00), di cui E. 4.000.00 (quattromila/00) in favore dell'azienda Ospedaliera di Melegnano ed E. 2.000.00 in favore degli intervenienti oltre ad I.V.A. e C.P.A.

Così ha deciso in Milano, nella Camera di Consiglio dell'11 gennaio 2007, con l'intervento dei magistrati.

**Francesco Mariuzzo
Riccardo Gianì
Vincenzo Blanda**

Appunti di viaggio

di Bruno Robustelli Test*

Pubblichiamo un nuovo elaborato che a giudizio della Commissione Redazione viene annoverato tra i vincitori del concorso tra i lettori: ancora una volta un viaggio che avviene questa volta all'interno di sé stessi. Le considerazioni meritano un'attenta riflessione. N.d.R

Personalmente amo tutta la letteratura, particolarmente quella di viaggio.

Penso a quanti viaggi ho intrapreso in compagnia dei più disparati autori, dal mitico Jack Keruac, con il quale ho attraversato gli States, a Carlos Castaneda, che mi ha portato in Messico a conoscere gli sciamani del Sud America, mentre in compagnia di Hillary (figlio

si possono fidare, che possono parlare liberamente, che saranno ascoltati.

A volte mi ritrovo a pensare, guardando mani tremanti, consunte; penso che quelle mani hanno lavorato, accarezzato volti di bambini, deterso sudore, costruito case. Ora sono qui davanti a me, cercano in me non soltanto l'esecutore di tutta una serie di manovre, ma cercano soprattutto un compagno di viaggio, in un momento difficile del loro cammino.

Condividere un peso con qualcuno lo rende più leggero, dedicare alcuni minuti del nostro tempo ad ascoltare il nostro compagno di viaggio è uno dei migliori modi di investire il nostro tempo, capace di risultati sorprendenti. Ricordo il titolo di un libro di Ernesto Oliviero, fondatore dell'Arsenale della Pace in quel di Torino, titolo che mi ha fatto a lungo riflettere: "Dio non guarda l'orologio".

Proviamo a pensare a quante volte, di fronte ad una richiesta di aiuto, abbiamo aggrottato la fronte, e guardando l'orologio, abbiamo risposto "non ho tempo", e a pensare a come si è sentito il nostro interlocutore a quella nostra risposta.

Tutte le volte che sono riuscito a superare questo scoglio del "non ho tempo", ho sempre ricevuto un dono in cambio, a volte un semplice sorriso, ma denso di significato, sempre permeato da un grazie per aver percorso un tratto di strada con quella persona.

Come non ricordare il protagonista di "Racconti di un pellegrino russo", quando dopo aver recuperato la sua borsa contenente poche monete, che gli era stata rubata da un bandito di strada, vede lo stesso portato via in catene, nel freddo di una giornata invernale, e rincorrendolo percorre una parte del cammino verso la prigione insieme a lui, e dopo avergli parlato, riconosce in lui un fratello sfortunato, e gli porge le monete che porta con se, e si sente guardare con

infinito stupore da quell'uomo e dalle guardie, mentre scende in lui una "Grande Pace"?

Cito soltanto due episodi della mia personalissima esperienza di corsia:

Luca (naturalmente si tratta di un nome di fantasia) era un paziente con un quadro di insufficienza respiratoria così grave che lo avrebbe portato a morte di lì a poco tempo.

Nella sua vita era stato un padre-padrone, aveva passato poco tempo in casa, e dedicato nessuna attenzione ai propri figli.

Inizialmente il suo modo di fare era tale che lo rendeva inavvicinabile ed invisibile a tutto il personale.

Con molta pazienza riuscii ad aprire un varco nella sua corazza di duro, e questo bastò per far sì che si riversasse un fiume in piena che travolse in breve tempo ogni remora e fu per lui come una catarsi.

Venni così a sapere che aveva una figlia con la quale aveva tagliato i ponti da molto tempo e che ora avrebbe rivisto volentieri, e con qualche difficoltà la contattai.

Qualche sera dopo, verso le 22.30, vidi arrivare in reparto una bella ragazza, di circa 30 anni, titubante, sulla soglia del reparto, che con voce rotta dall'emozione mi chiedeva di accompagnarla da suo padre.

Assistetti ai primi timidi tentativi di comunicazione dei due, poi con una scusa mi dileguai. Venni chiamato dopo un tempo sufficientemente lungo, e trovai padre e figlia in lacrime che avevano avuto il tempo di ritrovarsi appena prima dell'inevitabile (il padre della ragazza morì infatti la notte stessa).

Il secondo episodio riguarda un paziente della Calabria, completamente solo, che dopo una lunghissima degenza (diversi mesi), mi rivolse la più inusuale richiesta che mi sia mai stata fatta in tanti anni.

Giunto nella sua camera di degenza chiamato dallo stesso, verso le 20.45, mi invitò a

sedere sul suo letto, e guardandomi diritto negli occhi mi disse: "ascoltami bene, so che tu devi andare a casa, ma ti chiedo di fermarti ancora, di farmi dono di un poco del tuo tempo, di percorrere un altro pezzettino di strada insieme, l'ultimo." Da operatore abituato a cogliere segni e sintomi, rimasi esterrefatto di fronte a quella strana richiesta.

Il paziente infatti non presentava segni di un possibile exitus da lì a breve.

Tanta fu l'insistenza di quel paziente che decisi di fermarmi, e iniziai a chiacchierare, io ascoltavo e lui parlava, quasi a chiedere conferma di alcuni aspetti della sua vita. Dopo un'ora circa il paziente si aggravò improvvisamente e nonostante i tentativi di rianimazione prontamente messi in atto, morì.

Questi ed altri episodi mi hanno portato a riflettere, e ad iniziare il più affascinante e pericoloso viaggio che si possa intraprendere: quello all'interno di noi stessi, delle nostre aspettative, gioie, speranze, gratitudini, ma anche alla scoperta delle nostre zone d'ombra, dei nostri no, dei nostri non ho tempo. Questo viaggio, se abbiamo pazienza, ci riporta al vero motivo della nostra esistenza, al perché ultimo dell'esistere, che è e deve continuare ad essere alla base del nostro agire di uomini e professionisti dediti alla cura dell'uomo: donarsi all'altro, facendolo sentire accettato, capito, ascoltato, riconosciuto come uomo, come portatore di una dignità che nessuna malattia e nessuna deformazione può far venire meno. Fermiamoci un attimo, prendiamo nuovamente possesso del nostro tempo, così da rendere più piena la nostra vita e, se possibile, di tanto in tanto, doniamone qualche goccia; il nostro viaggio si arricchirà immensamente.

Buon viaggio a tutti.

** Infermiere presso il Servizio di Terapia Intensiva Respiratoria dell'Ospedale di Sondalo*

SAGGEZZE

NON VIOLENZA

L'approccio non violento non modifica immediatamente il cuore dell'oppressore. In primo luogo esso fa qualcosa nei cuori e nelle anime di coloro che lo praticano. Dà loro un nuovo rispetto per se stessi; richiama risorse di forza e di coraggio che non sapevano di avere. E alla fine raggiunge l'avversario e lo colpisce con tale vigore che la riconciliazione diventa realtà.

Martin Luther King Jr

Il farmaco cura la malattia - la parola cura il malato.

Vittorino Andreoli

Bisogna partire dalle cose belle che abbiamo e ampliarle. L'elenco delle cose che mancano è senza fine.

Cardinale Martini

"Per caso mentre tu dormi per un involontario movimento delle dita ti faccio il solletico e tu ridi ridi senza svegliarti così soddisfatta del tuo corpo ridi approvi la vita anche nel sonno come quel giorno che mi hai detto: lasciami dormire, devo finire un sogno"

Antonio Porta

Ciò che la ricchezza può dare oltre alla soddisfazione dei bisogni reali e naturali ha poca efficacia sul nostro benessere, anzi lo turba con le numerose e inevitabili preoccupazioni che accompagnano l'amministrazione di una grande proprietà. Tuttavia, mentre è provato che, quel che "si è" importa assai più di ciò che "si possiede", gli uomini si affaticano mille volte di più a cercar ricchezza che a procurarsi una cultura.

A. Schopenhauer

Notizie dal Collegio

12 maggio giornata internazionale degli infermieri

Anche quest'anno è riproposta la serata "Veli cuffie e capellini" in ricorrenza della giornata internazionale degli infermieri. Visto il successo delle edizioni precedenti abbiamo voluto lo stesso programma con, per quanto concerne la cena, un menù ancor più ricco; Alberta e la compagnia Ernesto Croci allieteranno la serata e poi con l'arrivo del 12 maggio la serata continuerà con musica e balli. Quindi per tutti l'appuntamento è per l'11 maggio alle ore 19.30 presso il ristorante SALYUT di Berbenno di Valtellina, la quota di partecipazione è fissata in 25 €.

Le iscrizioni si raccolgono presso la sede del collegio Ipasvi di via IV novembre o rivolgendosi ai delegati nei vari presidi della nostra valle:

- Sondalo: Borsi Nevilla (NCH)



- Tirano: Ercole Piani
 - Sondrio: Ambrosini Marisa, Bagiolo Edo, Orsini Bruno, Tudori Adelaide
 - Morbegno: Acquistapace Alberta,
 - Botta Giancarlo
 - Chiavenna: Fallini Carla
- Le iscrizioni dovranno pervenire entro il giorno 8 Maggio 2007

Tariffe minime e Decreto Bersani

di Rosella Baraiolo*

In seguito alla abrogazione della obbligatorietà di tariffe minime per le prestazioni professionali introdotta dal decreto Bersani, e nel rispetto delle indicazioni della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, anche il nostro Collegio ha provveduto ad aggiornare il testo del Codice Deontologico e a riportare integralmente i documenti di riferimento sul nostro sito. Qui di seguito riportiamo il contenuto della circolare della Federazione sul punto, in quanto riteniamo riporti sinteticamente e in modo efficace il percorso attuato. (ndr)

1. Ai sensi dell'art. 2 della Legge 4 agosto 2006 n. 248 sulla Conversione in legge, con modificazioni del D.L. 4-7-2006 n. 223 recante *Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale* (cosiddetto Decreto Bersani) "in conformità al principio comunitario di libera concorrenza ed a quello di libertà di circolazione delle persone e dei servizi, nonché al fine di assicurare agli utenti un'effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato, dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero-professionali e intellettuali:

a) l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime ovvero il divieto di pattuire compensi parametrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti".

Il Comma 3 dello stesso articolo prescrive che "Le disposizioni deontologiche e pattizie e i codici di autodisciplina che contengono le prescrizioni di cui al comma 1 sono adeguate, anche con l'adozione di misure a garanzia della qualità delle prestazioni professionali, entro il 1° gennaio 2007. In caso di mancato adeguamento, a decorrere dalla medesima data le norme in contrasto con quanto previsto dal comma 1 sono in ogni caso nulle".

Premesso quanto sopra il Comitato Centrale, visto l'obbligo nascente dalla norma, ha deliberato l'adeguamento del Codice Deontologico dell'Infermiere.

Di conseguenza l'art. 5.4 del Codice Deontologico dell'infermiere risulta così riformulato:

Nell'esercizio autonomo della professione l'infermiere si attiene alle norme di comportamento emanate dai Collegi Ipasvi.

È fatto pertanto obbligo ai Collegi in indirizzo, che stampano autonomamente il Codice Deontologico o lo hanno pubblicato sul proprio sito o altro, di attenersi alla riformulazione di cui sopra.

* Vicepresidente Collegio IPASVI Sondrio

INFERMIERI PROFESSIONALI
AGGIUSTANTI SANITARI
VIGILANTI D'INFANZIA

IPASVI

Agli iscritti all'Albo del Collegio IPASVI della provincia di Sondrio
Loro sedi

Sondrio, 30 marzo 2007
Protoc. 18407/03

OGGETTO: Avviso di convocazione assemblea ordinaria

23100 Sondrio
Via IV Novembre, 11
Telefono 0342 218427
Telefax 0342 517152
Codice Fiscale 01800470149
e-mail: info@ipasvi.org

Collegio Provinciale di Sondrio

L'assemblea ordinaria del Collegio IPASVI della provincia di Sondrio è indetta in prima convocazione il giorno 4 maggio 2007 alle ore 9.00 presso la sede del Collegio IPASVI, Sondrio, Via IV Novembre 11.

Qualora non si raggiungesse il numero legale degli iscritti, l'assemblea è indetta in **seconda convocazione il giorno 5 maggio 2007 alle ore 17.00, presso la "Sala conferenze E.Vitali" di Via delle Pergole n. 10 a Sondrio (accesso da via Cesura).**

Ordine del giorno:

1. Relazione del Presidente;
2. Approvazione conto consuntivo anno 2006;
3. Approvazione bilancio preventivo 2007;
4. Programma di attività per l'anno 2007;
5. Varie ed eventuali.

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

Prima dell'assemblea annuale, nella stessa sede, a partire dalle ore 14.30 si terrà un convegno gratuito dal seguente tema:

"Aggiornamento degli algoritmi di rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione precoce nell'adulto a seguito dell'emanazione delle linee guida 2005 da parte dell'European Resuscitation Council".

Relatore: IPAFD Bruno ORSINI

È stata inoltre richiesta di accreditamento ECM alla Regione Lombardia.

La iscrizione all'evento innovativo si aprirà il giorno 23 aprile 2007 alle ore 14.30 rivolgendosi presso la Segreteria del Collegio IPASVI. Per motivi di capienza dalle sale saranno consentite le prime cento domande di iscrizione.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE
fto IPAFD Ercole ANDRES PIANI

Scritto/a all'Albo professionale del Collegio IPASVI di Sondrio
Data sottoscrizione.....
n. di posizione.....
responsabilità: di partecipare all'assemblea ordinaria degli iscritti
dal giorno 5 maggio 2007, delega a rappresentarli/la. Il sig. controllo: sì/altro.
Firma.....
Data.....

Intitolata alla dottoressa Clorinda Minerva la scuola primaria di Villa di Tirano

N.D.R.

Con una suggestiva cerimonia il 20 gennaio 2007 è stata intitolata a Clorinda Minerva la scuola media di Villa di Tirano, alla cerimonia erano presenti i ragazzi che hanno presentato i motivi che hanno portato a questo importante riconoscimento. Tra gli invitati, oltre alle Autorità molti colleghi e amici di Clorinda che hanno voluto essere presenti; la targhetta posta all'ingresso riporta le motivazioni, tra questi ci piace riportare "Per la sensibilità e l'attenzione sempre dimostrata verso i problemi sociali e di disagio giovanile presenti nel nostro territorio". Anche il Collegio IPASVI è grato per la scelta che richiama alla memoria un impegno che è andato ben oltre i compiti istituzionali.



AWISO AGLI ISCRITTI

Si invitano i colleghi a verificare l'avvenuto pagamento della quota associativa del corrente anno e, nell'eventualità non si fosse ancora provveduto, a regolarizzare con urgenza la propria posizione.

Si ricorda che il Consiglio Direttivo, in data 16 marzo ha deliberato l'iscrizione presso l'esattoria provinciale dei colleghi che alla data del 31 maggio non avranno provveduto al versamento; la nuova quota da versare comprenderà le spese di gestione dell'istruttoria.

Grazie

Per la realizzazione di questo numero di Parliamone un sentito ringraziamento ai Colleghi:

Alcolisti in trattamento, Commissione ECM Collegio, Edo Bagiolo, Rosella Baraiolo, Botta Giancarlo, Impiegate Donata e Tiziana, Manuela Delle Grave, Ada Ferrari, Chiara Fognini, Carmela Ongaro, Lorella Moiola, Bruno Robustelli Test, Gisella Tecchio, Gisella Trivella, Andrea Viviani, Paola Zecca.

Atteggiamenti difficili nella relazione d'aiuto: passività e chiusura del paziente

(Obiettivi e strategie di intervento)

Infermiere Ongaro Carmela*

Il problema di "come comunicare" e di "quali strategie utilizzare" nel corso della relazione di aiuto, si pone, in modo ancora più complesso, nel momento in cui la comunicazione con chi riceve aiuto si caratterizza come difficoltosa, ostacolata da varie problematiche psico-emotive ed esistenziali presenti nel contesto della relazione. Il problema si evidenzia, in pratica, quando nella comunicazione è messa alla prova la capacità dell'interlocutore di affrontare argomenti delicati e solitamente non trattati, di stimolare comunicazioni difficili e bloccate, di agevolare l'altro a liberarsi verbalmente di ciò che ha dentro o ad introdurre nuovi comportamenti sanitari nel proprio stile di vita (Mambriani, 2001). Nella relazione infermiere-paziente sono importanti, quindi, delle "capacità di counselling" di base quali l'impegno ad attuare un ascolto attivo, l'empatia, il rispetto, la genuinità e un approccio non giudicante (Ferrucci, 2001), oltre che imparare a sostenere i silenzi e a concentrarsi sull'"esserci" piuttosto che sul "fare" o sul "dire" (Fredriksson, 1999). A queste premesse Egan (1998) affianca l'esigenza di impostare la relazione con il malato sulla chiarezza dall'inizio alla fine. Ciò si rende concreto nella divisione dell'intero processo di supporto in fasi precise comprendenti: l'individuazione del problema, l'identificazione degli obiettivi e l'utilizzo di strategie adeguate per il raggiungimento degli stessi, di cui l'infermiere si fa promotore. In ambito sanitario i comportamenti "difficili" possono essere genericamente divisi in due categorie:

- comportamenti di protezione quali chiusura e passività;
- comportamenti di difesa quali sfida ed opposizione.

L'utilizzo di strategie per attuare una comunicazione valida sono i fondamenti sui quali costruire, adattare, esplorare e rivedere gli incontri con i pazienti.

In questo elaborato si intendono approfondire le strategie di gestione della prima categoria di comportamenti: chiusura e passività. A questo proposito la solitudine e la chiusura in se stessi rappresentano, in certi momenti della vita, un'esperienza comune a molti individui e possono esprimersi attraverso un comportamento protettivo correlato ad un evento percepito come una minaccia. Lo stress provocato dalla malattia, associato alla tensione legata al ricovero ospedaliero può incrinare anche i caratteri più forti e resistenti. Il ritiro in se stessi può essere semplicemente un comportamento che rivela un disagio inaccettabile per l'indi-

viduo. Gli elementi che dirigono il comportamento dei pazienti ritirati in se stessi o passivi possono essere l'atteggiamento elusivo e la negazione di quanto è sentito come un evento insostenibile nella propria esistenza. Nel paziente, la sensazione di sentirsi frastornato, apatico, o emotivamente quasi distaccato da ciò che gli sta capitando può costituire una fase transitoria, la manifestazione di un meccanismo di difesa psicologico che protegge da emozioni troppo intense, permettendo alla mente del paziente di fronteggiare gli eventi senza esserne sopraffatto. Questo stato d'animo può durare qualche settimana, protrarsi anche durante il primo periodo delle cure ed evolvere spontaneamente. Non bisogna sottovalutare che, in ogni caso, la malattia è una potente fonte di stress, che consuma lentamente e progressivamente molte risorse, lasciando l'individuo esausto, apatico, sfiduciato (Costantini et al., 1998).

Gli obiettivi e le strategie che l'infermiere adotta nella relazione d'aiuto con il paziente chiuso in se stesso o passivo sono, quindi, finalizzati a:

1° OBIETTIVO: stimolare il paziente a comunicare

"I pazienti ritirati in se stessi o passivi, in particolare, soffrono di problemi nell'esprimersi, o possono, perfino, non arrivare a comprendere la necessità di farlo" (Duxbury, 2000). Non è raro il caso che il paziente non assuma alcuna iniziativa per comunicare verbalmente con l'operatore sanitario; il più delle volte è allora quest'ultimo che deve svolgere una funzione di stimolo, in modo che la relazione si instauri e la comunicazione possa fluire. È importante, secondo Jeffers (1992) che l'operatore sanitario si assuma la responsabilità di fare la prima mossa, che affronti e risolva il problema di "rompere il ghiaccio", che superi l'imbarazzo dell'iniziare per primo la conversazione, quando tra lui e il paziente non si è instaurato ancora un clima di confidenza e fiducia. Esistono anche situazioni in cui non comunicare verbalmente esprime esigenze particolari del malato e nelle quali forzare troppo la mano per stimolarlo a parlare può risultare più fastidioso per lui che non stimolarlo affatto; sta ovviamente alla sensibilità dell'operatore sanitario comprendere se, quando e quanto possa essere di aiuto, per il paziente, la comunicazione verbale, regolandosi di conseguenza.

Se il fine accertato è quello di stimolare la comunicazione, l'infermiere può utilizzare a tale scopo alcune strategie efficaci:

- Creare un ambiente non ostacolante: gli ostacoli alla comunicazione sono tali perché creano difficoltà o impossibilità di comunicazione. Un primo passo da compiere è, dunque, quello di sgombrare l'ambiente fisico dagli impedimenti materiali presenti: rumore, scarsa o eccessiva luminosità, via vai continuo di persone. Se si crea un ambiente fisico idoneo e privo di impedimenti, e se si trasmette un atteggiamento di disponibilità e di naturalezza verso la comunicazione, in un contesto privo di fretta, si sono già fissati due presupposti in grado di agevolare nel paziente la comunicazione.

- Mostrare attenzione: è la precondizione necessaria all'aiuto che si verifica attraverso l'ascolto e l'osservazione (Carkhuff, 1987); nel tentativo di agevolare la comunicazione è necessario non lasciare cadere le minime produzioni verbali del paziente bensì «sorreggerle» mostrando un comportamento di attenzione. La ripetizione della parte finale di una comunicazione stimola ed incoraggia il paziente a riprendere a parlare, e gli fornisce un'evidente testimonianza dell'attenzione prestata a ciò che ha detto e presuppone che il discorso continui dopo una breve pausa. A ciò può aggiungersi una sintesi, un riassunto di quanto è stato verbalizzato dal paziente che rappresenta una testimonianza «differita» di un atteggiamento di attenzione mantenuto durante il discorso; così anche porre in forma dubitativa ciò che il paziente ha affermato può essere considerato un modo per assumere un atteggiamento non valutativo ma aperto a riformulazioni e specificazioni da parte di chi ha prodotto quelle affermazioni (Mambriani, 2001).

- Porre domande: consiste nel presentare quesiti al paziente, richiedendo implicitamente una risposta, quindi una comunicazione che funga da stimolo all'avvio di una conversazione. Fare domande può essere utile per coinvolgere il paziente chiamando in causa i suoi pensieri e le sue convinzioni (Anchisi, Gambotto Dessy, 1992). È necessario non iniziare mai con domande che presuppongano una situazione di intimità che ancora non esiste, solo dopo questa prima fase sarà possibile affrontare argomenti più profondi ed emotivamente più carichi. Le

"Il tempo è infinitamente lungo ed ogni giornata è un recipiente nel quale può versarsi moltissimo se lo si vuole veramente riempire".

J.W. Goethe

domande sono classificate in due grandi categorie: le domande chiuse e le domande aperte. Le prime richiedono una risposta sintetica, telegrafica, scelta tra le possibili risposte previste dalla domanda, per cessare poi di parlare. Tali domande possono essere utili in quei casi in cui iniziare una conversazione presenta realmente delle grosse difficoltà ed essere, quindi, un punto di partenza. Le seconde sono quelle che consentono un'ampia possibilità di risposta, chi riceve una domanda aperta è invitato a «costruire» una risposta, a valutare una serie di dati per emettere poi una fra le infinite risposte e stimolare, così, maggiormente le funzioni mentali e psicologiche.

- Esprimere fatti ed opinioni: è possibile stimolare il paziente a parlare, semplicemente, non attendendo che lo faccia lui, bensì iniziando una «conversazione», stimolando in questo modo un suo successivo intervento. Se ciò non avviene rimane sempre la possibilità di invitare l'altro ad esprimere un'opinione in merito a ciò che si è affermato.

- Inviti diretti: è possibile chiedere al paziente di parlare, di esprimersi in libertà, oppure chiedergli spiegazioni in merito al perché non parla, o su quale argomento vorrebbe conversare. Ovviamente senza spingersi nell'insistenza, o nella pedanteria, o nella mancanza di sensibilità e di discrezione.

2° OBIETTIVO: favorire l'adozione di nuovi comportamenti nel paziente

I pazienti dalla personalità passiva, alcune volte, non sono in grado di compiere delle scelte

relative a se stessi, per questo, è necessario che l'operatore sanitario con molta attenzione e cautela utilizzi nella relazione d'aiuto degli atteggiamenti decisionali-prescrittivi. L'attività di prescrizione è molto più complessa del dire semplicemente al paziente che cosa fare e come comportarsi nel percorso di cura. Essa può riguardare un'attività proposta, un mutamento nel modo di pensare, qualche attività autodiretta o un vero e proprio trattamento. La prescrizione deve essere attuata partendo da un grado lieve per giungere ad un grado elevato di direttività, in considerazione del bagaglio di conoscenza e di esperienza che consentono all'operatore di effettuare le prescrizioni giuste per il paziente e di aumentarne l'autosufficienza. Importante è considerare la possibilità che il paziente dissenta da quanto è stato proposto e che questo non implichi forzature inutili da parte dell'infermiere. I consigli, le proposte, le raccomandazioni o le ingiunzioni possono, infatti, corrispondere ad una strategia curativa ben precisa ma devono essere utilizzati con attenzione per evitare comportamenti "paradossali" o inattesi nel paziente (Mercuel et al., 2000). Gli atteggiamenti decisionali tendono, quindi, a guidare il comportamento del paziente, attraverso istruzioni e consigli, in assenza dell'operatore sanitario. Questa strategia può attuarsi, anche, attraverso dimostrazione diretta al paziente di cosa si vuole che faccia, rispetto al comportamento proposto, con l'ausilio di materiale scritto o dimostrazioni pratiche in relazione ad obiettivi di tipo educativo. Quest'ultimi non devono essere troppo ambiziosi o troppo a breve scadenza ma, rispettare, comunque, una programmazione cronologica sostenuta utilizzando delle annotazioni scritte su un diario

riferito agli esiti dell'attività svolta. È possibile la pianificazione di una mappa che esplori, le percezioni del paziente nell'esperienza di malattia, tenendo conto degli scopi che il malato si prefigge, dello stile di vita, delle risorse, dei progetti e degli ostacoli. Importante l'analisi dei comportamenti attuati in passato e la valutazione dei risultati ottenuti, sia positivi che negativi, per riproporre le abilità risolutive utilizzate o fare esperienza degli insuccessi. Le raccomandazioni dell'infermiere devono effettuarsi mediante l'affermazione del valore del paziente perché i pazienti ritirati in se stessi e passivi possono soffrire di scarsa autostima o mancanza di fiducia. Quando il persistere di un atteggiamento passivo inibisce i progressi del paziente, la prescrizione dell'operatore sanitario può esplicarsi attraverso altre modalità:

- Paradossale: implica un atteggiamento contraddittorio rispetto ai precedenti, di "disprezzo" nei riguardi delle capacità del paziente, per spronarlo ad agire. Lo scopo è indurre una reazione costruttiva nel malato, anche se non sostenuta da una reale motivazione ma, che può spronare il soggetto ad agire; importante è il contributo dei famigliari e la preparazione dell'infermiere ad un feed-back non desiderato.

- Contraddittoria: si caratterizza nel presentare al paziente, informazioni in conflitto tra loro, in modo che di fronte ad un dilemma, la scelta si indirizzi verso il comportamento migliore (per esempio: suggerire al soggetto di stare a letto aggiungendo, però, che l'immobilità può provocare una trombosi).

- Contro-dipendente: implica l'imposizione di un comportamento nel tentativo di

ottenere uno esattamente opposto: può concretizzarsi nell'informare il paziente che considerato la sua scarsa partecipazione al piano di cura, da quel momento non saranno fornite altre informazioni, ma, si procederà soltanto ad effettuare i trattamenti (Duxbury, 2000).

3° OBIETTIVO: facilitare l'espressione delle emozioni

L'emozione costituisce una delle esperienze più significative dell'uomo e accompagna l'individuo lungo tutto l'arco della sua esistenza per fornirgli un modello di adattamento nelle interazioni tra organismo ed ambiente (Ricci, Bitti, Zani, 1983). L'espressione delle emozioni consente al paziente che si trova in una situazione che blocca l'interazione, di comunicare ad altri la propria condizione, i sentimenti e i disagi non risolti, la realtà intima e i vissuti personali del soggetto (Mambriani, 2001). Heron (1990) sostiene che, dopo aver conquistato la fiducia iniziale del paziente, l'infermiere deve promuovere e incoraggiare l'espressione delle emozioni attraverso un processo di comprensione che comprenda:

- L'analisi di ciò che sta accadendo al paziente "qui ed ora" (Mucchielli, 1996) attraverso la descrizione concreta di ciò che maggiormente preoccupa l'individuo, affrontando punti delicati o difficili da rilevare, ponendoli in una scala di priorità, da analizzare nelle fasi successive.
- Incoraggiare una descrizione realistica e dettagliata dell'esperienza che provoca il turbamento maggiore, con l'utilizzo dettagliato di descrizioni, richiamando immagini, suoni, odori, frasi dette ed azioni (per esempio: favorire la descrizione del vissuto di malattia dalla comparsa dei primi sintomi fino all'ospedalizzazione).
- Facilitare il racconto al tempo presente come se l'evento stesse accadendo in quel preciso momento. Ciò può rendere esplicito il problema che turba realmente il paziente e consentire la liberazione di sentimenti di dolore, tristezza o fastidio correlati al racconto stesso e a timori per il futuro.
- Afferrare i pensieri e i sentimenti collaterali: presuppone l'apprezzamento delle capacità del paziente e la sua espressione. Implica un'osservazione attenta delle reazioni del soggetto, la comparsa sul volto del malato di espressioni pensierose deve essere esplorata con l'utilizzo di semplici domande, l'individuazione di parole emozionalmente significative deve essere incoraggiata più volte, ogni volta con voce più alta; Heron (1990), sostiene che questa tecnica deve verificarsi in modo rapido, senza far trascorrere troppo tempo dall'incoraggiamento alla ripetizione e senza interrompere le modalità di esternazione del sentimento con domande per

motivare tale espressione.

- Favorire i contenuti di natura artistica: implica l'utilizzo di brani musicali, canzoni o poesie, emotivamente significativi, per il paziente e che consentano, quindi, l'espressione delle emozioni correlate alla malattia. A ciò può aggiungersi l'utilizzo della tecnica del monodramma, in cui il paziente è invitato a mettere in scena l'evento disturbante, quale la diagnosi di malattia o la decisione di sottoporsi o no, ad un intervento chirurgico, impersonando entrambe le parti di un conflitto interiore e avendo come spettatore l'infermiere. Oppure la tecnica dello psicodramma che coinvolge anche l'infermiere nell'esplorazione di particolari eventi stressanti vissuti dal paziente in quel momento della vita. Queste tecniche non sono attuabili con tutti i pazienti, a tutte le situazioni o a tutti gli infermieri (Kettles, 1994); tali modalità possono, anche, essere definite con il nome di gioco dei ruoli (role playing) in cui la spontaneità consente di mettere in condizione l'individuo di assimilare gli atteggiamenti verso eventi ansiogeni e di cercarne la soluzione. Il loro utilizzo può consentire di portare alla luce emozioni disturbanti, rimosse, quindi, non gestibili che attraverso la recita e l'improvvisazione, in modo da poter valutare più distaccatamente e razionalmente ciò che le ha determinate (Anzieu, 1976). Al termine dell'incontro è importante che l'infermiere chieda al paziente di descrivere le sensazioni provate e i benefici ottenuti, associando istruzioni utili per il presente e in prospettiva per i giorni successivi (Duxbury, 2000).

4° OBIETTIVO: promuovere un maggior controllo del paziente sull'esperienza di malattia e sul processo terapeutico

Heron (1990) sostiene che per favorire una maggiore partecipazione del paziente al processo di cura, gli interventi informativi rappresentano un aspetto essenziale della relazione di aiuto. In tale procedura, è necessaria una vera e propria abilità specifica

che consenta al malato di ricevere le informazioni giuste per non sentirsi sopraffatto e alienato da esse fino alla demotivazione; sufficienti a non lasciare il paziente nell'oscurità e con un sentimento di ignoranza. È bene ricordare che, mentre l'informazione sulla diagnosi è di competenza del medico che ha in carico il paziente, "la comunicazione" della diagnosi riguarda anche l'infermiere. L'informazione, la comunicazione e la relazione sono contenute una nell'altra e tendenzialmente sono presenti tutte e tre (Santosuosso, 1996). Le informazioni sono fornite riguardo alle aree problematiche e alle priorità del paziente e direttamente correlate ai suoi bisogni e, nell'assistenza ai pazienti, svolgono un ruolo importantissimo nel dare inizio o incrementare la cooperazione. Le strategie utilizzate per fornire informazioni comprendono:

- Spiegare le ragioni dell'attività dell'operatore prima di compiere qualunque intervento; questo atteggiamento implica il coinvolgimento del paziente e il suo consenso al trattamento. In passato il non rispetto di questa regola ha prodotto la tipologia del paziente passivo.
- Chiarire la diagnosi e la prognosi tenendo in considerazione l'esperienza globale del paziente e la sua storia.
- Fornire interpretazioni personali, sostenute dalla conoscenza reale dei problemi del paziente, ponendo l'attenzione su un suo comportamento.
- Fare una previsione psico-sociale che fornisca al paziente una panoramica concernente il decorso futuro del problema attuale che il paziente passivo può negare. Possono essere coinvolti anche pazienti con problemi simili che abbiano condotto un lavoro fruttuoso in questo senso.

Ley (1989) asserisce che le informazioni devono essere presentate in modo chiaro, non ambiguo, specifico, ripetuto, semplificato e ricontrollate nel tempo attraverso altri incontri. Il fatto che un paziente non ponga domande non implica, necessariamente, che la comprensione sia avvenuta o che siano stati affrontati i suoi punti di debolezza. Informare è un'attività che deve essere svolta con adegua-

tezza di tempi, la scelta richiede sensibilità e capacità empatiche oltre che intuizione. Gli operatori sanitari devono tenere in considerazione anche le altre persone coinvolte nel processo, come parenti e familiari (Duxbury, 2000).

In conclusione è necessario sottolineare che, per anni le abilità infermieristiche nella comunicazione sono state criticate perché sostenute da approcci teorici deboli (Bowles et al. 2001). Altri autori sostengono che la necessità di migliorare la comunicazione nell'assistenza sanitaria è sempre più evidente. Molti operatori sanitari possiedono le capacità, le specifiche abilità e conoscenze per instaurare rapporti terapeutici efficaci; tali conoscenze rimangono, però, ad un livello teorico, di cultura libreria su come ci si dovrebbe comportare per gestire la relazione con il paziente, cui non fanno quasi mai seguito degli atteggiamenti altrettanto adeguati su un piano concreto. A ciò si aggiungono, come causa, le prolungate pressioni cui sono sottoposti, la mancanza di tempo e di risorse oltre, ai meccanismi psicologici di difesa verso la malattia che non solo i malati utilizzano ma, anche gli operatori sanitari per gestire l'inquietudine che si genera dal contatto continuo con la malattia (Cannella et al., 2001). Le regole della comunicazione terapeutica secondo Fein e Schneider (1995), devono essere messe in pratica, provate e servono non soltanto per incrementare la comunicazione nella pratica professionale, ma per migliorare le proprie capacità di relazione in generale. In una certa misura, richiedono uno stile di vita e soprattutto un mutamento del modo di pensare. Peel (1995) sostiene, infatti, che il modo in cui ci si comporta può influenzare il comportamento degli altri, come pure l'esperienza globale di ciascun rapporto infermiere-paziente che noi intratteniamo, seppure breve. I pazienti passivi o chiusi in se stessi possono apparire meno difficili e, mostrarsi invece, come individui con specifici bisogni e problemi. La malattia frustra la soddisfazione dei bisogni e scatena delle reazioni emotive che, essendo penose, mettono automaticamente in moto delle difese psicologiche (Farnè, 2001). Qualsiasi nuova situazione, qualsiasi nuovo paziente o qualsiasi nuovo problema richiedono lo stesso livello di investimento, anche se la passività può essere giudicata come aspetto positivo nel malato e quindi indirettamente approvata e confermata: il paziente "bravo", considerato tale perché accetta silenziosamente qualunque trattamento proposto. In effetti, secondo Walsh e Ford (1992) il rapporto infermiere-paziente e medico-paziente si è retto per anni su basi di passività (Duxbury, 2000). Non attenersi alle regole della comunicazione terapeutica, anche in caso di passività, può essere controproducente e preparare il terreno allo sviluppo di un paziente problematico. Gli infermieri, per la natura della loro professione, devono essere preparati



ad avere il coraggio di avvicinarsi al paziente e devono avere modo di farlo. L'utilizzo consapevole di specifiche tecniche di comunicazione deve essere finalizzato a porre il malato al centro dell'interazione tenendo presente la storia di malattia che il paziente porta con sé, ciò che è definito come "agenda" del paziente (Moja, Vegni, 2000). Affinché, queste considerazioni non rimangano solo su un piano teorico, è auspicabile che l'infermiere per primo riconosca che essere professionista sanitario richiede la consapevolezza che, come cita Peplau (1962). "La relazione interpersonale, se opportunamente organizzata e orientata, può diventare terapia"; per questo è necessario che l'infermiere possa ritrovare il senso della propria professionalità anche all'interno di atti ripetitivi e di routine (Cannella et al., 2001). L'infermiere, più di ogni altro in relazione con l'assistito, dispone di grande potenzialità terapeutica e può gestire in modo "maturante" eventi psichici quali l'ansia, il panico, la confusione, l'aggressività senza ricorrere alla cultura tecnico-medica ma, al contrario, usando se stesso in forma terapeutica nella relazione con l'altro (Manzoni, 1997). Ciò presuppone la ricerca di una costante motivazione finalizzata alla crescita individuale e professionale svincolata dalla subalternità e dipendenza dal medico e dal modello tradizionale di medicina definito "disease centred" (Moja, Vegni, 2000). La centralità è l'utente e la relazione è lo strumento che l'infermiere può usare per aiutare l'assistito a sviluppare consapevolezza e capacità di controllo delle proprie dinamiche. Per ottenere questo è necessario evitare l'improvvisazione, ed è importante che le regole e le strategie della comunicazione siano conosciute ed applicate, che diventino un modo di essere. In questo settore sono fondamentali continui aggiornamenti e approfondimenti che potrebbero diventare spunto per programmi di Educazione Continua in Medicina, strutturali in brevi corsi di preparazione, finalizzati all'applicazione pratica, i cui risultati potrebbero essere valutati direttamente nei questionari di gradimento dei servizi. Le tecniche particolari come il monodramma e lo psicodramma richiedono conoscenze e tempi maggiori, oltre che un approccio collaborativo multidisciplinare. L'assistenza infermieristica ha tra gli scopi principali l'indipendenza e l'autonomia del paziente, obiettivi che non sono compatibili con la chiusura e passività.

Per un approfondimento dell'argomento:

- Anchisi R., Gambotto Dessy M., *Non solo comunicare*, Torino Edizioni Libreria Cortina, 1992.
- Anzieu D., *Il gruppo e l'inconscio*, Roma, Borla Edizioni, 1976.
- Cannella B., Cavaglia P., Tartaglia F., *L'infermiere e il suo paziente*, Milano, CEA, 2001.
- Carkhuff R., *L'arte di aiutare*, Trento, Erickson, 1987.
- Costantini A. et al., *Psicologia e tumori*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
- Duxbury J., *Il paziente difficile*, Milano, McGraw-Hill, 2001.
- Farnè M., *Psicologia salute e malattia*, Bologna, Zanichelli, 2001.
- Ferrucci G., *La relazione d'aiuto*, Roma, Edizioni Scientifiche Ma Gi, 2001.
- Fine S. F., Glasser P. H., *Il primo colloquio*, Milano, McGraw-Hill, 1999.
- Fredriksson L., Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening, *Journal of Advanced Nursing*, 1999; **30** (5), 1167-1176.
- Kanizsa S., *L'ascolto del malato*, Milano, Guerrini e Associati, 1988.
- Kettles A. M., Catharsis: an investigation of its meaning and nature, *Journal of Advanced Nursing*, 1994; **20**, 368-376.
- Mambriani S., *La comunicazione nelle relazioni di aiuto* (3ed.), Assisi, Cittadella Editrice, 2001.
- Manzoni E., *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*, Milano, Masson, 1997.
- Marchi R., *La comunicazione terapeutica*, Milano, Sorbona, 1993.
- Melamed B. G., Siegel L. J., *Medicina comportamentale*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1983.
- Mercuel A. et al., *Colloquio e relazione d'aiuto. Situazioni psichiatriche e psicologiche difficili*, Milano, Masson, 2000.
- Moya E. A., Vegni E., *La visita medica centrata sul paziente*, Milano, Raffaello Cortina editore, 2000.
- Mucchielli R., *Apprendere il counseling* (3ed.), Trento, Erickson, 1996.
- Ricci Bitti P. E., Zani B., *La comunicazione come processo sociale*, Bologna, Società editrice il Mulino, 1983.
- Santosuosso A., *Il consenso informato*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996.
- Sloan G., Watson H., John Heron's six-category intervention analysis: towards understanding interpersonal relations and progressing the delivery of clinical supervision for mental health nursing in the United Kingdom, *Journal of Advanced Nursing*, 2001; **36** (2), 206-214.
- Smith M. E., Hart G., Nurses' responses to patient anger: from disconnecting to connecting, *Journal of Advanced Nursing*, 1994; **20**, 643-651.
- Zannini L., *Salute, Malattia e Cura*, Milano, Franco Angeli, 2001.

*Tutor e docente di Infermieristica Generale (1° anno), Università degli Studi Milano Bicocca, sede di Sondrio



SHAKEN BABY SYNDROME

di Ada Ferrari*

Per l'art. 572 del codice penale (maltrattamento in famiglia o verso i fanciulli): "chiunque maltratti una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da uno a cinque anni. Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a otto anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a venti anni."

Nell'ambito dell'art. 572 c.p. si pongono i maltrattamenti ai fanciulli che sono stati oggetto di molti studi, così da isolare quella che viene definita come la "sindrome del bambino maltrattato".

Nella letteratura anglosassone, dove l'esperienza e lo studio dei maltrattamenti sui fanciulli hanno maggiore tradizione, la Shaken Baby Syndrome (SBS) venne identificata nel 1971 dal neurochirurgo pediatrico Guthkelch, il quale sulla scorta dell'esperienza di un collega radiologo pediatrico (Caffey, 1946), che evidenziò un legame fra fratture multiple nei bambini e maltrattamenti subiti, pubblicò un report relativo alle lesioni da SBS. Di nuovo Caffey nel 1972 e nel 1974 chiarì meglio le evidenze cliniche associate a SBS definendole "The Whiplash-Shaken Infant Syndrome". Già negli anni '80 i segni clinici relativi alla SBS potevano essere osservati con relativa facilità dagli operatori sanitari. Nel 2001 l'American Academy of Paediatrics (Committee on Child Abuse and Neglect) classificò la SBS come "una condizione medica chiaramente definibile"; infatti nei bambini che avevano subito violente scosse, erano presenti in concomitanza sia l'ematoma subdurale (Tzioumi et Oates, 1998) sia un trauma alla retina (Levin, 2000) e, nei casi fatali, tali evidenze potevano essere riscontrate durante l'autopsia.

La "Shaken baby syndrome (SBS)" o "Shaker Impact Syndrome (SIS)" viene comunemente definita come una forma di maltrattamento nei confronti del neonato e del bambino, causata da violente scosse perpetrate dai genitori o da persone che hanno in cura il neonato o il bambino, il quale può riportare lesioni quali trauma cranico, emorragia subaracnoidea, emorragia della retina, fratture alle ossa lunghe e alle coste, spesso con assenza di evidenti segni esterni di maltrattamento.

Così come per altre forme di abuso o violenza, il fenomeno resta fortemente sottostimato anche in quelle nazioni che sono particolarmente attive nella prevenzione dei maltrattamenti o abusi: ad esempio in Canada esiste un "Joint Statement 2001" sulla SBS in cui vengono descritti in modo semplice ed efficace le caratteristiche e ciò che serve per prevenire episodi violenti che possono causare SBS, ma non esistono statistiche in merito a quanti bambini effettivamente sono vittima di SBS. In Australia un recente studio della Queensland Police Service ha analizzato i casi di IAHT (letteralmente *Infant Abuse Head Trauma* - trauma cranico derivante da abuso su bambino) nel periodo 1993-2003 nei bambini con età sino a 2 anni: su un totale di 52 bambini 13 avevano subito SBS, 3 un maltrattamento da impatto, 25 riportarono evidenze sia SBS che da impatto e 11 bambini riportarono lesioni non determinabili come SBS o impatto; dei 52 bambini 20 morirono in conseguenze ai danni riportati.

Nel 2000 negli Stati Uniti approssimativamente 1200 bambini morirono in conseguenza a episodi di abuso o maltrattamento e il 44% dei bambini aveva età inferiore all'anno.

IL MECCANISMO DELLA LESIONE DA SBS

Il meccanismo che genera la lesione è riferito alle rapide e ripetitive flessioni, estensioni e rotazioni della testa e del collo del bambino rispetto al suo corpo tenuto tra le mani dell'adulto con o senza lesioni da impatto (Fig. 1):

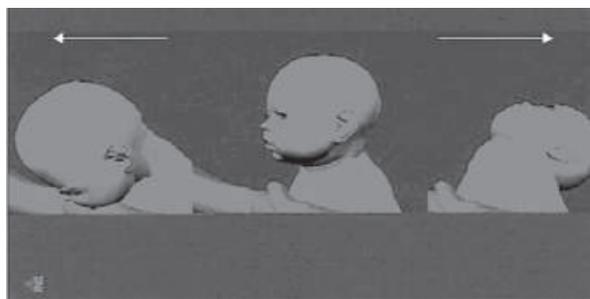


Figura 1: la dinamica dello scuotimento da parte dell'adulto a danno del bambino (da Lauridson, Levin, Parrish, Wicks, Shaker Baby Syndrome: A visual Overview, 2002).

L'adulto in genere tiene le proprie mani strette al torace, o agli arti, o alle spalle del bambino e con vigore lo scuote per 2/4 volte al secondo per un periodo che va dai 5 ai 20 secondi. Di seguito il bambino viene "sbattuto" contro o su una superficie - generalmente il lettino o il materasso del letto.

Lo scuotimento così repentino, unito alla fisiologica diversità del cervello del bambino rispetto a quello dell'adulto, genera una compressione e distorsione delle parti anatomiche contro la calotta cranica; si crea un trauma diretto dovuto allo scontro fra la massa cerebrale e la struttura ossea che la contiene con conseguente stress pressorio delle strutture vascolari che in molti casi si tramutano in una rottura dei vasi cerebrali. Tale meccanismo termina con l'emorragia subaracnoidea ed edema cerebrale.

La forza prodotta durante l'episodio di SBS può creare uno stress vascolare anche al sistema vascolare dell'occhio con conseguente emorragie della retina, rappresentando anche una evidenza utile per la diagnosi differenziale rispetto ad altre patologie; infatti l'emorragia della retina può essere un indicatore di SBS (fig. 2 A e B).

La forza prodotta durante l'episodio di SBS può creare uno stress vascolare anche al sistema vascolare dell'occhio con conseguente emorragie della retina, rappresentando anche una evidenza utile per la diagnosi differenziale rispetto ad altre patologie; infatti l'emorragia della retina può essere un indicatore di SBS (fig. 2 A e B).

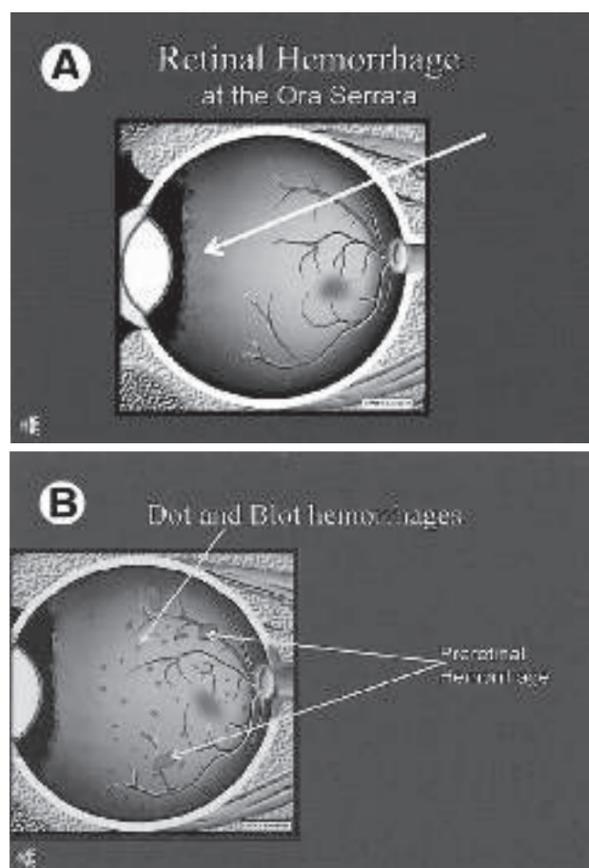


Figura 2: A) rappresentazione dell'emorragia della retina (da Lauridson, Levin, Parrish, Wicks, Shaker Baby Syndrome: A visual Overview, 2002).

I FATTORI DI RISCHIO

Come ricordato le vittime di SBS hanno spesso età inferiore all'anno e molto frequentemente età inferiore ai 6 mesi, periodo in cui i bambini hanno delle caratteristiche anatomiche peculiari:

- Corpo piccolo;
- Sproporzione fra testa e corpo;
- Muscolatura e legamenti del collo non sviluppati e quindi non ancora in grado di sostenere la testa;
- Incapacità al controllo dei movimenti della testa;
- Suture craniche non consolidate;
- Alta percentuale di acqua contenuta nel cervello;
- Largo spazio subaracnoideo e cellule nervose non ancora completamente sviluppate.

L'evento scatenante la violenza da parte dell'adulto è spesso rappresentato dalle crisi di pianto del bambino (Fig. 3). L'età media dei bambini che hanno subito SBS si concentra nei primi mesi di vita, periodo nel quale il bambino piange molto, circa dall'ora e mezza alle tre ore a giorno. I bambini che piangono molto appaiono spesso inconsolabili e necessitano di molta attenzione da parte dei genitori o di badanti. Nel lungo termine tale attenzione può in certi casi trasformarsi in frustrazione, ansia, inadeguatezza e rabbia dei genitori e generare episodi di SBS. La convinzione che il pianto rappresenti l'evento scatenante ha indotto alcune amministrazioni socio sanitarie americane a implementare corsi preparatori per genitori e badanti al fine di renderli consapevoli delle azioni "buone" da attuare in caso di pianto e irritabilità del bambino e chiedendo ai pediatri di seguire non solo i bambini ma anche le persone che ne hanno la responsabilità parlando loro della possibile frustrazione e ansia di fronte al bambino irritabile e quali tecniche adottare per cullarlo dolcemente.

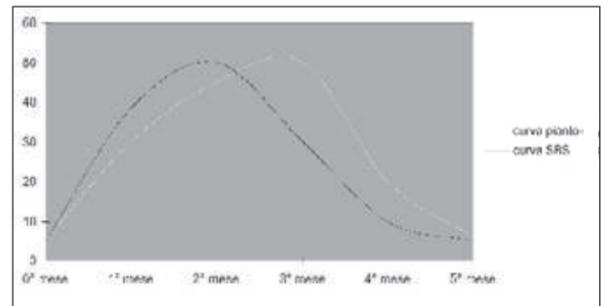


Figura 3: rappresentazione grafica della relazione fra le crisi di pianto e l'insorgenza di episodi SBS. L'incidenza della SBS si verifica circa un mese più tardi rispetto al pianto. Tale modello fu descritto nel 1962 da Brazelton.

In particolare destinatari di questa formazione sono i genitori di bambini nati prematuri o con handicap, in quanto saranno bambini più facilmente irritabili e con più frequenti crisi di pianto, e da studi effettuati è risultato che sono bambini più spesso maltrattati. Anche i bambini nati da madri che soffrono di depressione o che consumano stupefacenti o bevande alcoliche durante la gravidanza sono considerati a forte rischio (Tab. 1).

Tabella 1: bambini ad alto rischio di subire SBS:

- Bambino che piange frequentemente, che appare inconsolabile, e che soffre di coliche e che quindi necessita di particolare attenzione;
- Bambino con speciali bisogni;
- Con temperamento difficile;
- Bambino prematuro;
- Bambino esposto durante la gravidanza a dipendenza da parte della madre in relazione a droghe, alcool, nicotina, e che hanno riportato crisi d'astinenza;
- Bambini sottopeso;
- Bambini con difetti congeniti, con sindromi o malformazioni.

Non esiste un unico identikit di soggetto maltrattante (Fig. 4 a, b, c); infatti possono essere i padri biologici, i conviventi della madre, il patrigno, la madre, la babysitter, i nonni. Nonostante non esista una descrizione della personalità del soggetto maltrattante possono rappresentare fattori di rischio a carico di tali soggetti:

- Il carattere violento, facilmente irritabile e impulsivo, dipendente;
- L'ansia, le turbe depressive;
- Il comportamento puerile, l'età giovane;
- La tossicodipendenza;
- Il livello di scolarità molto basso;
- I soggetti già responsabili di violenza domestica;
- Sentimenti di inadeguatezza e frustrazione di fronte ai problemi.

Inoltre rappresentano possibili fattori di rischio: un ambiente sociale degradato, famiglie disgregate e isolate dal contesto sociale con difficoltà di accesso ai servizi socio sanitari, scarsa attenzione di sé durante la gravidanza, livello economico al limite della sussistenza.

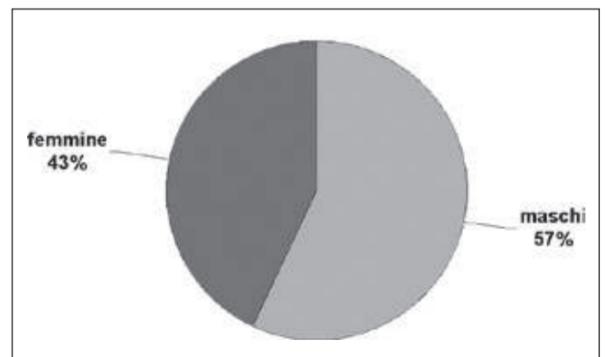


Figura 4a) vittime di SBS in base al sesso

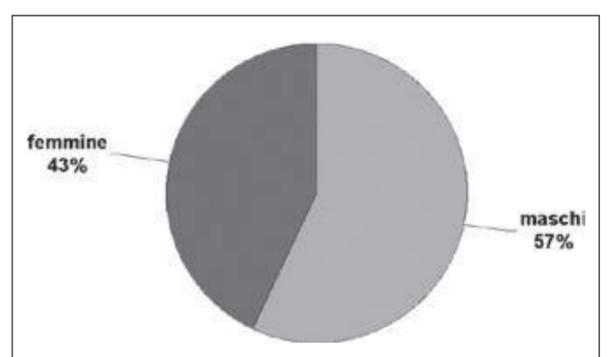


Figura 4b) sesso del maltrattante

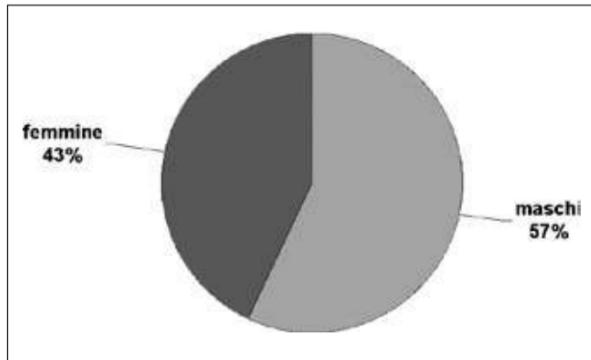


Figura 4c) parenti e non, attori di maltrattamento

MANIFESTAZIONI CLINICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI

I sintomi correlati alla SBS possono essere lievi oppure più gravi e spesso possono essere confusi con infezioni in corso, disordini metabolici, patologie neurologiche o traumi accidentali. Se emorragia subaracnoidea ed emorragie della retina rappresentano, senza una plausibile storia di trauma accidentale, i segni più gravi e indicativi di un probabile maltrattamento esistono tuttavia una serie di sintomi correlati alla SBS (Tab. 2). E' stato osservato come solo l'1% dei bambini che hanno subito trauma cranico accidentale riporta emorragia alla retina e l'AAP (2001) ha concluso che il 75-90% dei bambini vittime di SBS riportano emorragia alla retina (numero, localizzazione, dimensioni e caratteristiche variano da caso a caso).

Tabella 2: alcuni segni e sintomi clinici comunemente correlati a SBS
<ul style="list-style-type: none"> • Malnutrizione; • Vomito; • Problemi respiratori, apnea; • Letargia, alterato livello di coscienza; • Irritabilità; • Pupille fisse, pupille dilatate; • Ipotermia; • Bradicardia; • Iposviluppo.

A volte non esistono segni esterni apparenti correlati alla SBS e sebbene i sintomi possono essere presenti immediatamente dopo l'episodio di maltrattamento, la loro gravità è correlata alla severità delle lesioni e alla prontezza con la quale gli adulti responsabili dell'episodio soccorrono il bambino con il suo trasferimento presso le strutture sanitarie. Spesso infatti il bambino, dopo il maltrattamento, ritorna apparentemente tranquillo e viene riposto nel suo lettino e solo dopo ore l'adulto si rende conto che la salute del bambino è peggiorata e allora decide di soccorrerlo.

Nonostante il quadro clinico di SBS sia compatibile con l'assenza di evidenze cliniche esterne di maltrattamento, le fratture ossee possono essere diagnosticate nella metà dei casi di SBS (Zenel & Goldstein 2001). Le fratture ossee possono riguardare tutto l'apparato scheletrico del bambino e sono causate dall'incontrollato e violento "fluttuare" degli arti durante l'episodio di SBS. Spesso possono essere diagnosticate fratture costali e, in particolare, le fratture costali posteriori, le quali sono causate dalla compressione antero-posteriore del torace del bambino esercitata dall'adulto durante la SBS. Dopo l'anamnesi gli esami diagnostici necessari sono la TAC encefalo o la risonanza magnetica, Rx torace e apparato scheletrico, esame oftalmologico.

MORTALITA', MORBILITA' E PROGNOSI DELLA VITTIMA

Le conseguenze di lesioni generate da un trauma non accidentale alla testa del bambino sono generalmente più gravi di quelle accidentali (Blumenthal, 2002). Secondo l'American Academy of Paediatricians (AAP, 2001) la percentuale di mortalità varia dal 15% al 38%. Molti bambini in conseguenza alle lesioni da SBS riportano ad esempio deficit neurologici, uno difettoso o ritardato sviluppo psicofisico (deficit motorio, cognitivo con difficoltà di apprendimento rispetto a bambini che sono stati maltrattati in età più adulta), danni alla vista con casi di cecità, paralisi, spasticità, dilatazione dei ventricoli cerebrali, frequenti raccolte di liquidi a livello subaracnoideo, atrofia cerebrale.

Nel lungo termine le probabili e gravi conseguenze della SBS, così come in generale dei traumi cerebrali non accidentali (IAHT), sembrano essere:

- a) Alzheimer;
- b) Parkinson: probabilmente dovuta alla lesione dei gangli basali durante gli episodi di maltrattamento;
- c) Dementia pugilistica o encefalopatia cronica traumatica (Becker et al., 2002) risulta dalla ripetuta sofferenza inflitta dai colpi, dalle scosse, a danno della testa del bambino;
- d) Dementia post-traumatica: con insorgenza nell'immediato periodo post-traumatico sino al coma, con gravi problemi di memoria anche nel lungo periodo.

PREVENZIONE

I programmi di prevenzione hanno come principale obiettivo quello di educare i genitori e badanti alla gestione del pianto del bambino. In molti Stati americani alle neomamme viene data una "crying card" ovvero una "carta del pianto" nella quale, oltre a precise spiegazioni inerenti la SBS, viene descritto che cosa il genitore deve/non deve fare in caso di pianto prolungato e quali sono le alternative da scegliere per gestire la propria frustrazione o ansia. Delle oltre 3000 mamme a cui fu data la crying card, il 95% dichiarò di averla letta, e il 75% specificò che le informazioni contenute furono di assoluto aiuto nella prevenzione della SBS e che tale informazione doveva essere estesa anche ad altri familiari (Showers, 1992).

Partner importante e imprescindibili nell'educazione sono gli operatori sanitari. Lo Stato della Pennsylvania nel 2002 elaborò il "Shaken Baby Syndrome Education Program", rivolto a infermieri, infermieri pediatrici e ostetriche di 39 strutture ospedaliere dello Stato i quali dovevano essere formati al fine di: educare sulla SBS i parenti di tutti i neonati; far loro compilare un questionario; valutare i dati risultanti dai questionari per considerare l'efficacia delle informazioni. Il programma rivelò un'efficacia di tale importanza che lo Stato decise di estenderlo a obbligatoriamente a tutte le strutture sanitarie e molti altri Stati americani decisero di proseguire su quella strada. La riduzione dell'incidenza della SBS negli Stati dove la formazione viene offerta, è pressoché del 50%.

La prevenzione, dovrebbe essere prevista su tre livelli:

I livello): la prevenzione viene rivolta alla popolazione in generale con campagne informative "a largo spettro" (Thomas et al., 2003) effettuate ad esempio su emittenti nazionale o attraverso siti internet (ad esempio : www.dontshake.com) per periodi ripetuti nel tempo, con lo scopo di raggiungere il maggior numero di persone;

II livello): la prevenzione viene diretta in particolare alla popolazione o alle comunità che potenzialmente possiedono fattori di rischio per maltrattamento o per abuso. Sono ricomprese campagne informative ai parenti, alle badanti, organizzazione di corsi presso i consultori o presso gli ospedali con pediatria e unità neonatali.

III livello): prevede l'intervento su nuclei familiari specifici (Thomas et al., 2003) nei quali episodi di maltrattamento o abuso sono stati in passato identificati con lo scopo di ridurre i fattori di rischio per abuso o maltrattamento e prevenire futuri episodi violenti. Prevede ad esempio visite domiciliari da parte dei servizi sociali al fine di vigilare sulle condizioni del bambino con costante vicinanza fra la famiglia e gli operatori sociali.

CONCLUSIONI

L'identificazione, il management clinico e la prevenzione della SBS necessitano di un approccio sanitario multidisciplinare che permette di mettere in campo le conoscenze dei diversi professionisti al fine di ottenere le migliori cure possibili per i bambini maltrattati. I professionisti sanitari operanti nelle pediatria, unità neonatali, dipartimenti di emergenza pediatrica e non, ricoprono una posizione ideale per intercettare bambini maltrattati e fornire loro tempestivi interventi sanitari. Inoltre agli operatori socio sanitari viene richiesta l'importante opera di implementazione di programmi di informazione/formazione e la vigilanza sui bambini che sono a rischio per maltrattamento al fine di identificare tempestivamente le situazioni familiari a rischio di maltrattamento - nell'intento di evitare episodi di SBS - e di non permettere eventuali futuri episodi di maltrattamento da SBS.

BIBLIOGRAFIA:

Barr, Roger Trent, Cross, Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking, Child Abuse & Neglect, 30 (2006) 7-16.

Biron, Shelton, Perpetrator accounts in infant abusive head trauma brought about by a shaken event, Child Abuse & Neglect, 29 (2005) 1347-1358.

Brewster, Nelson, Hymel, Victims, perpetrator, family and incidence characteristics in 32 infant maltreatment deaths in the US Airforce. Child Abuse & Neglect, 22, 91-101.

Canadian Institute of Child Health, Joint Statement on Shaken Baby Syndrome, 2001.

Cazzaniga, Cattabeni, Luvoni, Zoja, Compendio di Medicina Legale e delle Assicurazioni, XXII Ed. 2006, Utet.

Franklin Carbaugh S., Understanding Shaken Baby Syndrome, Advances in Neonatal Care, vol. 4, No 2 (April) 2004, 105-116.

Geddes, Hackshaw, Vowles, Nickols, Whitwell, Neuropathology of inflicted head injury in children, Brain Vol. 124, No. 7, 1290-1298, July 2001.

Geddes, Plunkett, The evidence base for shaken baby syndrome, BMJ, 2004;328:719-720 (27 March).

Miehl, Shaken Baby Syndrome, Journal of Forensic Nursing, 2005;1(3):111-117.

Hoffman, A case of Shaken Baby Syndrome After Discharge

from the Newborn Intensive Care Unit, Adv Neonatal Care, 2005; 5(3): 135-146.

Kovitz, Dougan, Riese, Brummitt, Multidisciplinary team functioning, Child Abuse & Neglect, 1984; 8: 353-360.

Showers, Don't Shake the Baby: the Effectiveness of a prevention program, Child Abuse & Neglect, 1992;16: 11-18.

The National Center on Shaken Baby Syndrome, Shaken Baby Syndrome in the United States, Utah, 1998.

* infermiere legale forense

Cosa ho imparato dalla vita

di Paulo Coelho



Che per quanto sia buona una persona, ogni tanto ti ferirà. Per questo bisognerà che tu la perdoni. Che ci vogliono anni per costruire la fiducia e solo pochi giorni per distruggerla. Che non dobbiamo cambiare amici, se comprendiamo che gli amici cambiano. Che le circostanze e l'ambiente hanno influenza su di noi, ma noi rimaniamo responsabili di noi stessi. Che, o sarai tu a controllare i tuoi atti, o essi controlleranno te. Che gli eroi sono persone che hanno fatto ciò che era necessario fare, affrontando le conseguenze. Che la pazienza richiede molta pratica. Che ci sono persone che ci amano, ma che semplicemente non sanno come dimostrarlo. Che solo perché qualcuno non ti ama come vorresti, non significhi che non ti ami con tutto se stesso. Che non devi mai dire ad un bambino che i sogni sono sciocchezze: sarebbe una tragedia se lo credesse. Che non sempre è sufficiente essere perdonato da qualcuno. Nella maggior parte dei casi sei tu a dover perdonare te stesso. Che non importa in quanti pezzi il tuo cuore si è spezzato; il mondo non si ferma, aspettando che tu lo ricomponi. Che Dio, probabilmente, vuole che incontriamo un po' di gente sbagliata prima di incontrare quella giusta, così, quando finalmente la incontriamo, sapremo come essere ricon-

scenti per quel regalo. Che quando la porta della felicità si chiude, un'altra se ne apre, ma tante volte guardiamo così a lungo quella chiusa, da non vedere quella che si è aperta per noi. Che la miglior specie d'amico è quel tipo con cui puoi stare seduto in un portico o camminare insieme, senza dire una parola, e quando va via senti che è come se fosse stata la migliore conversazione mai avuta. Che non conosciamo quello che abbiamo prima di perderlo, ma non sappiamo neanche ciò che ci è mancato prima che arrivi. Che ci vuole solo un minuto per offendere qualcuno, un'ora per piacergli e un giorno per amarlo, ma ci vuole una vita per dimenticarlo. Che puoi avere abbastanza felicità da renderti dolce, difficoltà a sufficienza da renderti forte, dolore abbastanza da renderti umana, speranza sufficiente a renderti felice. Che le più felici delle persone, non necessariamente hanno il meglio di ogni cosa; soltanto traggono il meglio da ogni cosa che capita sul loro cammino. Che il miglior futuro nasce da un passato dimenticato e non puoi andare bene nella vita senza scordare i tuoi fallimenti passati e i tuoi dolori. Che quando sei nato stavi piangendo e tutti sorridevano e devi vivere la tua vita in modo che quando morrai, tu sia l'unico a sorridere e tutti intorno a te piangere.

GLI ERRORI DI TERAPIA

di Ada Ferrari*

Premessa

Per errore di terapia si intende, secondo la definizione offerta dal *National Coordinating Council for Medication Errors Reporting and Preventing (NCCMERP)*¹, ogni evento prevenibile che può causare o portare a un uso inappropriato del farmaco o a un pericolo per il paziente e può essere conseguente a errori di prescrizione, trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezionamento, allestimento, dispensazione, distribuzione, somministrazione, monitoraggio e uso del farmaco.

Purtroppo nella letteratura italiana di settore non è facile rintracciare dati riguardanti gli eventi avversi in generale e ancor più difficile risulta recuperare dati dissociati relativi alle singole categorie di eventi avversi, tra le quali vi è quella degli eventi avversi da farmaci².

Nel panorama internazionale, per contro, abbiamo una proliferazione di dati. Tra i più significativi studi pubblicati e di valenza internazionale si segnalano³ quelli di ANDREWS L., STOCKING C. et al. (1997); KAUSHAL R.; BATES W. et al. (2001); ALLAN E., BARKER N. (2003); GURWITZ J., FIELD T., et al. (2003). Gli autori di questi articoli hanno condotto studi relativamente alle classi di farmaci maggiormente soggetti a errori di terapia, agli errori di terapia più frequenti, alle specialità che maggiormente riportano eventi avversi.

Alcuni di questi studi sono stati poi richiamati nel *"Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries"*⁴ in cui viene raccomandata l'applicazione degli indicatori, derivati dalla JCAHO per almeno 5 domini, tra cui gli errori di terapia (compresi sotto il dominio "Eventi Sentinella"⁵).

Gli eventi avversi da farmaci analizzati in questo scritto, sono conseguenti a errori⁶ nella prescrizione, trascrizione/interpretazione, preparazione, distribuzione, somministrazione.

1.1 Errori correlati alla prescrizione

Le cause principali di errori di terapia risiedono nel sistema, ma è responsabilità di ogni professionista sanitario adottare ogni strumento necessario e possibile per prevenire l'errore.

Il primo professionista che deve prendere provvedimenti in tal senso è colui che prescrive i farmaci. Le-



sar et al.⁷ stimarono un tasso complessivo di 3,99% di errori di prescrizione clinicamente significativi su 1000 prescrizioni nell'arco di un anno; gli errori più comuni erano legati all'inadeguato aggiustamento della terapia in pazienti con funzionalità renale o epatica compromessa (13,9%), mancato riconoscimento di un'allergia del soggetto rispetto al farmaco prescritto (12,1%), all'uso del nome o del dosaggio sbagliato del farmaco o all'uso di abbreviazioni (11,4%) e all'utilizzo di una posologia inusuale ma critica (10,8%). Brennan et al.⁸ stimarono nell'1% gli errori derivanti da una cattiva gestione della terapia⁹. Dean et al. stimano che i farmacisti ospedalieri inglesi scoprono 1,5% di errori nelle prescrizioni, e calcolando un ospedale di 550 posti letto che genera circa 10000 prescrizioni settimanali, ritengono che gli errori di prescrizione ammontino a circa 150 alla settimana.

Le evidenze scientifiche richiamate dimostrano come la prescrizione sia un passaggio delicato nel processo di somministrazione.

La prescrizione si compone di due momenti: uno tipicamente medico consistente nella scrittura della terapia su ricette o su cartella clinica e uno tipicamente infermieristico che si compie con l'atto di somministrazione della prescrizione. I due momenti non possono essere disgiunti in quanto sono strettamente legati fra loro e la corretta procedura di entrambi porta alla corretta somministrazione del farmaco.

1.1.a Le prescrizioni scritte

La prescrizione compilata

in modo non corretto¹⁰ può generare una filiera di gravi errori come la ritardata e/o errata somministrazione in termini di farmaco, dose, via, orario, frequenza.

Il problema che comunemente si rileva è la cattiva scrittura del prescrittore: infatti la prescrizione può risultare corretta ma l'interpretazione del contenuto della prescrizione può risultare difficoltosa o errata.

Per sopperire alla cattiva scrittura del prescrittore si potrebbe pensare alla scrittura in stampatello¹¹, generalmente più leggibile, oppure a programmi di video scrittura oppure all'implementazione delle tecnologie informatizzate relativamente alla prescrizione informatizzata.

Nella prescrizione vi sono due tipi di comunicazione;

- Una *scritta*: che deve essere completa di tutti quegli elementi che permetteranno una corretta somministrazione: nome generico del farmaco (meglio se espresso con il nome commerciale per garantire il doppio controllo); quantità del farmaco espressa in unità metriche di peso; forma farmaceutica; dose totale da dispensare sempre espressa in unità metriche e non in unità di confezionamento (flaconi, tubetti, fiale); indicazioni per l'impiego con vie e frequenza di somministrazione; assenza di abbreviazioni o frasi fatte quali "assumere come indicato"; qualora si prescrive un farmaco ad alto rischio direttamente al farmacista, è opportuno segnalare le indicazioni terapeutiche e la patologia¹² del paziente.

- Una verbale: sarebbe buona prassi che prescrittore e infermiere si scambino in-

formazioni durante la prescrizione in modo da sanare immediatamente qualunque dubbio o incongruenza da parte di entrambi, e qualora il farmaco sia ad "alto rischio" la comunicazione dovrebbe coinvolgere anche il farmacista.

Particolare attenzione da parte del prescrittore deve essere posta al nome del farmaco. I nomi di farmaci che si somigliano nella scrittura aumentano il rischio di errore e il prescrittore deve adottare precauzioni affinché il nome del farmaco da lui prescritto non possa essere facilmente confuso con un nome di farmaco simile: ad esempio potrebbe scrivere il nome del farmaco parte in corsivo e parte in stampatello (*VinBLASTina*¹³ e *VinCRISTina*). In tal senso alcuni sistemi sanitari¹⁴ hanno istituito un sistema di segnalazione per quei farmaci che portano nomi simili, sistema operativo 24 ore su 24 e di libero accesso a tutti i professionisti.

Ulteriore precauzione per evitare la non corretta interpretazione della prescrizione è l'utilizzo del foglio unico di terapia o quantomeno predisporre le cartelle cliniche con uno spazio congruo e sufficientemente abbondante per poter scrivere le prescrizioni.

L'infermiere deve:

- Verificare che la prescrizione sia completa di ogni suo elemento fondante e qualora sia carente richiamare immediatamente il prescrittore a completare l'opera.
- Verificare l'appropriatezza della prescrizione in relazione all'attualità clinica del paziente.
- Non procedere alla somministrazione del farmaco prescritto qualora ritenga

la prescrizione non chiara, illeggibile, confusa, scritta su cartacei non appropriati, e contattare il prescrittore.

- Possedere le conoscenze necessarie su quel farmaco e nel caso sia carente, procedere alla lettura del foglietto illustrativo o richiedere al medico informazioni.

- Richiedere immediata trascrizione e controfirma della prescrizione effettuata telefonicamente appena il medico raggiunge il servizio.

1.1.b. La prescrizione verbale

Spesso in ospedale vengono effettuate prescrizioni verbali, in particolare quando il medico non è presente in reparto. Se la prescrizione scritta causa come ricordato numerosi errori, la prescrizione verbale non è da meno e dovrebbe essere evitata ogni qualvolta possibile.

Molte delle precauzioni descritte per la prescrizione scritta valgono anche per la verbale.

Nella prescrizione verbale il punto debole risiede nella modalità di trasmissione che non è supportata da cartaceo per eventuali controlli da parte dell'infermiere che dovrà procedere alla somministrazione. Infatti nella pratica quotidiana l'infermiere può ricevere prescrizioni telefoniche da parte del medico e in questo caso la prescrizione deve essere enunciata lentamente e chiaramente e, per i farmaci che hanno nomi particolarmente difficili o confondibili, anche scanditi a sillabe; la trasmissione deve comprendere tutti gli elementi descritti per la prescrizione scritta. Chi scrive la prescrizione deve immediatamente rileggerla

al prescrittore collegato al telefono in modo che questi possa verificarne la correttezza. La prescrizione verbale deve essere controfirmata appena il medico responsabile della prescrizione rientra in servizio.

Per avviare a questo anno una modalità molti autori¹⁵ suggeriscono di utilizzare sistemi di comunicazione elettronica come fax o e-mail anche se questi ausili elettronici non sono privi di criticità: ad esempio il fax potrebbe stampare la copia della prescrizione del farmaco con delle interferenze simili a linee o puntini e quindi falsare dose e nome di farmaco; inoltre non tutti i medici possiedono un fax al proprio domicilio. Per quanto riguarda la e-mail, sicuramente può trovare maggiore diffusione, ma vi sono problemi legati alla possibilità di indirizzo mail errato, intercettazione del contenuto della prescrizione, lettura da parte di utenti estranei al processo di cura, maggiormente alterabile.

*L'infermiere deve*¹⁶:

- Ripetere, immediatamente terminata la trascrizione telefonica, la prescrizione al fine di accertarsi della correttezza della prescrizione.
- Verificare che la prescrizione sia completa di ogni suo elemento fondante e qualora sia carente richiamare immediatamente il prescrittore a completare l'opera

- Verificare l'appropriatezza della prescrizione in relazione all'attualità clinica del paziente.

- Registrare e documentare attraverso l'inserimento in cartella clinica della copia del fax o della e-mail, e registrare in cartella infermieristica il contatto telefonico con il prescrittore.

- Rifiutarsi di somministrare farmaci qualora ritenga che la prescrizione effettuata con ausili informatici non sia stata fatta in sicurezza.

1.2 Errori correlati alla trascrizione

Gli errori di trascrizione/interpretazione¹⁷ avvengono quando la prescrizione medica, generalmente scritta a mano, non viene correttamente riportata, trascritta o interpretata dal professionista incaricato della somministrazione del farmaco.

Ogni struttura sanitaria dovrebbe tentare soluzioni al fine di eliminare o mettere in sicurezza questa fase, che notoriamente può generare molti errori.

Alcune soluzioni possono essere rappresentate dal foglio unico di terapia, prescrizio-

ne elettronica, partecipazione attiva dell'infermiere durante la fase di prescrizione, modulistica prestampata in cui vengono predisposti schemi standardizzati di terapia in particolare per quei farmaci di comune uso.

Quando l'infermiere si trova di fronte a dubbi relativi al farmaco prescritto, prima di trascrivere la terapia deve chiedere delucidazioni al prescrittore sino a quando il nome del farmaco, dose, via e frequenza di somministrazione, paziente a cui deve essere somministrato il farmaco, non risultano chiaramente leggibili e privi di elementi di confusione. Lo stesso comportamento responsabile tenuto per le prescrizione non chiara deve essere tenuto nel caso in cui l'infermiere si trovi di fronte ad una trascrizione già effettuata ma che risulta essere non chiara o che possa indurlo a pensare ad esempio che la dose trascritta sia eccessiva o la via di somministrazione non sia corretta etc.

1.3 Errori correlati alla preparazione.

Sono errori derivanti da un'errata formulazione o manipolazione di un prodotto farmaceutico prima della somministrazione. Comprende ad esempio diluizioni e ricostituzioni non corrette, associazioni di farmaci fisicamente o chimicamente incompatibili o confezionamento non appropriato di farmaci.

Per alcuni farmaci di particolare pericolosità – ad esempio gli antiblastici – il Servizio di farmacia provvede alla preparazione centralizzata, e in tal caso l'infermiere dovrà controllare che le indicazioni terapeutiche corrispondano sia con il farmaco ricevuto dal Servizio di farmacia sia con il paziente al quale il farmaco è diretto.

Per la maggior parte dei farmaci che necessitano di preparazione, ad esempio gli antibiotici che devono essere diluiti in differenti soluzioni, la preparazione viene effettuata presso l'unità operativa dall'infermiere.

L'infermiere deve:

- Possedere le conoscenze necessarie a trattare il farmaco in preparazione; in caso contrario prima di iniziare a preparare il farmaco deve riferirsi al medico, ad un collega esperto o cercare informazione sul farmaco.
- Controllare la prescrizione.
- Effettuare sempre tre controlli delle etichette del/i farmaco/i: 1) quando preleva il prodotto dall'area di stoccaggio; 2) quando prepara la dose per la somministrazione; 3) dopo la somministrazione, quando getta la confezione vuota o sostituisce un contenitore parzialmente utilizzato.
- Utilizzare il doppio controllo¹⁸, da effettuarsi con un collega che, affiancandolo durante la procedura di preparazione, può a sua volta

garantire la correttezza delle azioni.

- Identificare sempre il farmaco preparato con ulteriore etichetta in cui viene scritto che cosa contiene il flacone che ha subito manipolazione.
- Rifiutarsi di applicare soluzioni preparate da altri colleghi durante turni precedenti, o comunque non in propria presenza.
- Rifiutarsi di attuare preparazioni in presenza di condizioni di disturbo.
- Imparare a dotarsi del tempo necessario per la preparazione e quando ha applicato tale preparazione al paziente non fuggire via, ma controllare per qualche minuto "che tutto vada bene".

1.4 Errori correlati alla distribuzione¹⁹.

La distribuzione dei farmaci²⁰ comprende tutti quei processi che intercorrono tra la preparazione e la consegna all'Unità operativa dove verrà somministrato il farmaco, e quindi con errori di distribuzione ci si riferisce ad errori legati alla farmacia²¹ o a qualsiasi figura professionale che ha il compito di distribuire i farmaci.

Negli errori di distribuzione diventa ancor più prezioso il controllo dell'infermiere, che si attua contestualmente alla ricezione delle provviste farmacologiche sia settimanali che giornaliere.

In tale fase l'infermiere non solo deve verificare la corrispondenza fra il farmaco ricevuto e quello prescritto, ma deve altresì controllare l'integrità della confezione di ciascuno dei farmaci ricevuti e la loro data di scadenza. Qualora riscontri danni alle confezioni o date di scadenza prossime dovrà rispedire al mittente il farmaco.

Inoltre se il nome del farmaco può essere confuso con altri nomi è buona norma posizionare i farmaci in luoghi differenti e indicarne il pericolo.

1.5 Errori correlati alla somministrazione.

L'errore di somministrazione si verifica quando vi è variazione tra ciò che il medico ha prescritto in cartella clinica o su foglio unico di terapia e il farmaco somministrato.

L'infermiere deve possedere tutte le conoscenze necessarie a garantire una corretta somministrazione del farmaco prescritto, conoscenze che gli permettono di identificare, pianificare, somministrare, valutare e documentare il processo assistenziale della somministrazione della terapia. Una corretta applicazione delle conoscenze riduce la possibilità di errore.

Possiamo individuare tre momenti cruciali di somministrazione: il momento antecedente la somministrazione, quello durante la somministrazione e quello che segue la somministrazione. Preliminarmente alla somministrazione, l'infermiere deve:

- valutare l'appropriatezza della prescrizione in relazione al corretto paziente e alle sue condizioni cliniche e se rileva delle incertezze rivolgersi al prescrittore, e tale valutazione implica la conoscenza del farmaco che si è prossimi a somministrare;
- rilevare i parametri vitali per quei farmaci che possono incidere ad esempio su pressione o ritmo cardiaco;
- identificare eventuali interazioni con altri farmaci ed assicurarsi che il paziente non abbia riportato allergie a quel tipo di farmaco in precedenza;
- includere lo schema di terapia nella pianificazione assistenziale e ad esempio accertarsi che non vi siano alimenti controindicati rispetto al farmaco in somministrazione;
- informare il paziente sulla terapia che assume;
- accertarsi di aver provveduto alla preparazione del farmaco attraverso la verifica della corretta dose, della corretta combinazione di farmaci, della corretta identificazione della nuova preparazione in relazione al paziente a cui è diretta. Durante la somministrazione l'infermiere deve:
- applicare la regola delle 7 G:
 - giusto farmaco;
 - giusta dose;
 - giusta via;
 - giusta ora;
 - giusto paziente;
 - giusta registrazione;
 - giusto scarico.
- Applicare le corrette procedure asettiche.
- Assicurarsi che il paziente riceva adeguato monitoraggio durante la somministrazione.

Dopo la somministrazione, l'infermiere deve:

- Monitorare il malato per eventuali reazioni allergiche o effetti collaterali del farmaco, o alterazione dei parametri vitali.
- Documentare il beneficio ricevuto dal paziente, le reazioni collaterali, e se necessario predisporre tutte le procedure per l'intervento del medico.
- Riflettere sull'intero processo di somministrazione al fine di valutare se ha operato in sicurezza oppure ha avuto difficoltà in qualche passaggio del processo.

A volte nella realtà quotidiana la procedura di somministrazione non riceve tutte le precauzioni necessarie e questo in relazione a diverse variabili quali ad esempio la mancanza di personale che induce gli infermieri a turni in cui il rapporto infermiere - paziente non è equilibrato, la scarsa conoscenza del farmaco, la mancanza di sensibilizzazione alla tematica degli errori di terapia che induce a pensare "tanto non è mai capitato", la carenza di istruzioni operative che richiamano l'attenzione sul problema e lo scarso tempo dedicato alle riunioni

in cui si possono discutere ad esempio le problematiche inerenti schemi terapeutici di recente introduzioni o di errori accorsi a colleghi.

Dalla letteratura internazionale si apprende che per la riduzione degli errori di terapia a volte è sufficiente proprio l'applicazione delle 7G, le quali obbligano a una sorta di riflessione sulle condizioni in cui la somministrazione deve avvenire.

2. Gli eventi avversi da farmaci in dati.

L'errore di terapia probabilmente è il principale errore in ambito sanitario²² negli Stati Uniti e conduce a morte 700.000 persone all'anno con una percentuale di ricovero ospedaliero simile a quella delle patologie neoplastiche (1 su 10 ricoveri); nel Regno Unito e in altri paesi della comunità europea l'incidenza è probabilmente simile²³.

Gli errori di prescrizione si verificano nell'1,5% delle prescrizioni²⁴ se si considera la sola attività ospedaliera, raggiungendo l'11% se si include anche l'attività sanitaria sul territorio²⁵. Nello stesso studio si è calcolato che su un ospedale medio con di 550 posti letto, che genera circa 10000 prescrizioni settimanali, gli errori di prescrizione ammontano a circa 150 alla settimana. Tale percentuale è confermata in un altro studio inglese²⁶ in cui su 36200 prescrizioni considerate nel periodo di osservazione l'1,5% di esse generava errori di prescrizione di cui lo 0,4% con errori potenzialmente seri, nella maggior parte dei casi erano *errors in prescription writing* e in *decision making*. Secondo tale studio quindi ogni settimana vi sono 135 errori potenzialmente seri riconducibili alla prescrizione. Il primo momento della prescrizione²⁷ è tipicamente medico consistente nella scrittura della terapia su ricette o su cartella clinica; tale momento può generare errori c.d. *decision making*, legati cioè al processo di decisione del medico in relazione al tipo di farmaco scelto e alla sua posologia. Sono errori

decision making ad esempio una prescrizione con farmaco e dose inappropriati o controindicati per la situazione di paziente, prescrizione di un farmaco a cui il paziente ha mostrato allergia in passato, continuare la prescrizione dopo un evento avverso, prescrivere due farmaci di cui solo uno è realmente necessario; ed errori c.d. *errors in prescription writing*, ovvero errori legati alla scrittura illeggibile del prescrittore, i quali sono fondati su un processo di comunicazione fallace direttamente connesso con la interpretazione e trascrizione da parte degli infermieri, e che generano ad esempio errori legati all'ambiguità delle abbreviazioni usate, alla carenza di informazioni il relazione alla via di somministrazione, agli intervalli fra una dose e l'altra. Questo primo momento della prescrizione è seguito dal momento della trascrizione, tipicamente infermieristico, e il tale fase possono nascere errori quali una trascrizione non corretta del farmaco e della sua posologia, della misura di unità di farmaco da somministrare. Vari autori²⁸ consigliano l'implementazione delle attuali tecnologie informatiche a disposizione al fine di ridurre il rischio di errori da difettosa prescrizione.

Percentuali di errore ancora più ampie sono state descritte nella somministrazione di farmaci. In un ampio studio prospettico condotto in 36 centri sanitari nel Colorado e Georgia²⁹, accreditati e non dalla *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, gli errori di somministrazione della terapia risultavano estremamente comuni, 1 ogni 5 dosi somministrate. Omissione ed errato tempo di somministrazione erano le principali cause di errore. Analoghi risultati sono stati presentati in uno studio inglese³⁰ in cui si dimostrava l'elevata frequenza di errori di somministrazione in particolare legati all'omissione di terapia³¹: infatti su 3312 somministrazioni osservate, 115 erano errate di cui il 68%

in relazione all'omissione di terapia, 15 % relativamente a dose errata e il 3,5% in relazione alla frequenza errata. Ci sono in letteratura solo pochi studi prospettici che indagano la frequenza e le cause di errore di somministrazione per via endovenosa di un farmaco, tra questi lo studio di Tapis et al³² e lo studio di Han et al³³, i quali hanno rilevato che l'errore di somministrazione endovenosa è tutt'altro che infrequente con possibilità di almeno 1 errore serio al giorno in un ospedale medio di circa 400 posti letto. Da notare che il principale motivo di errata somministrazione endovenosa riportato era un difetto di preparazione di un farmaco in particolare per quelli somministrati in bolo. In particolare per la preparazione lo studio di Consis³⁴ et al. mette in evidenza come la preparazione sia un ulteriore passaggio delicato nel processo di somministrazione e su 798 dosi endovenose somministrate il 43% erano dosi non etichettate o etichettate non correttamente (43%, 99%, e 20% rispettivamente in Gran Bretagna, Germania, Francia) mentre il diluente errato era usato nell'1%, 49% and 18% (rispettivamente in Gran Bretagna, Germania, Francia).

3. Conclusioni

Tra gli incidenti in ambito sanitario gli eventi avversi da farmaci rappresentano una quota importanti di errori che spesso si ripercuotono negativamente sul decorso clinico del paziente.

Le evidenze scientifiche raccolte da autorevoli autori ci permettono di inquadrare il fenomeno e di poter prendere in considerazione i comportamenti infermieristici correttivi più idonei a mettere al riparo il paziente da un numero il più ampio possibile di errori causati dal professionista.

* Infermiera Legale Forense Sondalo

Nota redazionale: per ragioni di spazio non possiamo pubblicare la bibliografia di riferimento che è disponibile presso il Collegio.



Crisi della società, disagio giovanile, prevenzione

a cura di **Manuela Delle Grave*** e **Paola Zecca****

In Europa sono più di 57.000 all'anno i ragazzi adolescenti che muoiono per abuso di alcool e sempre in Europa si rileva che 1 decesso su 4 avviene nella fascia di età compresa tra i 15 e i 29 anni di età.

Ancora in Europa aumenta significativamente il consumo di alcool specialmente tra le ragazze e la media più bassa per età spetta all'Italia (14 anni).

In Valtellina l'abuso di alcool tra i giovani è preoccupante (soprattutto birra), tanto che la provincia di Sondrio detiene il primato di avere la più alta percentuale di consumo in Italia.

La Prefettura rende noto che questo nel 2005 ha determinato la sospensione di 1300 patenti di guida per stato di ebbrezza che a sua volta è la prima causa di incidenti stradali.

In valle la diffusione capillare di sostanze stupefacenti associate a quelle psicotrope, il vizio del fumo particolarmente apprezzato dalle ragazze tanto da superare in percentuale il sesso maschile e non ultimo quello del gioco danno vita ad uno scenario molto preoccupante in una realtà dove il tasso di suicidi anche in età giovanile è molto elevato.

Questo allarmante quadro illustrato in dettaglio al Convegno su "La crisi della Società, Disagio giovanile, Prevenzione" organizzata dall'Associazione "La Centralina" tenutosi a Morbegno lo scorso Settembre 2006.

I relatori a fronte dei dati emersi hanno tentato di dare un'interpretazione a questo fenomeno estremamente inquietante e tra le varie cause risulta che la crisi della famiglia in tutte le sue espressioni è quella che pare determinante.

La famiglia è il nucleo centrale su cui si fonda la società e della crisi che sta vivendo bisogna prenderne coscienza perché il disagio giovanile va gestito con competenza, creando le condizioni adeguate affinché questo problema non "getti radici" e diventi difficilmente sradicabile.

Il Disagio Giovanile viene definito come una caverna di difficili condizioni da esplorare e mai completamente esplorabile poiché il contenuto nel quale nasce è in continua mutazione. Il disagio si traduce in atteggiamenti e comportamenti che confliggono con quello che la famiglia si aspetta di vedere, la mette in crisi e la disorienta perché non riesce a comprendere.

Ecco perché spesso i genitori adottano il metodo della repressione e della proibizione come correttivi che invece di risolvere il problema lo acuiscono e allora per uscire dalla crisi la famiglia si affida alle istituzioni: scuola, oratorio, associazioni sportive culturali etc...

Le cause accertate del disagio sono quelle di carattere individuale intese come debolezza della persona e quelle di carattere socioculturale e il sommarsi di questi fattori scatena il problema.

Bisogna chiedersi come genitori dove e quali sono gli spazi e i luoghi di incontro dei ragazzi, spesso quelli che si pensa siano luoghi di socializzazione sono invece posti di isolamento perché non invitano al confronto e alla discussione. Pensiamo ai bar e alle discoteche dove rumori, luci soffuse e sovraffollamento incrementano la solitudine e proprio per questi motivi in

tali ambienti il consumo di alcool e sostanze stupefacenti è molto diffuso.

Inizialmente l'uso di queste sostanze danno al giovane una falsa sensazione benefica e disinibente, purtroppo nel breve/medio periodo si instaura il meccanismo della tolleranza/assuefazione che induce rapidamente alla dipendenza sia fisica che psicologica e non dimentichiamo che il fenomeno è presente a macchia d'olio indipendentemente dalle informazioni trasmesse o meno dai media.

Nel prendere coscienza di queste situazioni e attraverso una necessaria rivoluzione culturale la famiglia deve riscoprire il proprio ruolo educativo/formativo nei confronti dei figli, deve essere sempre presente e attenta a cogliere tutti i segnali, anche quelli più sfumati del loro possibile disagio affinché con l'ascolto, il dialogo e la partecipazione li possa aiutare ad affrontare e superare questo turbolento ma entusiasmante periodo della loro vita.

Occorre poi, prendere atto che dobbiamo convivere con le diversità e quindi superare la paura del diverso affrontandola per il tramite della prevenzione, offrendo alternative e non bloccando i fenomeni.

Serve saper cogliere i bisogni, particolarmente quelli occulti e le risposte devono essere personalizzate e non globalizzate, perché ogni individuo è una persona a se ricca del suo vissuto passato e presente e col fine di realizzare il proprio futuro.

Gli adulti devono prendere coscienza di dare spazio e fiducia ai giovani rendendoli protagonisti, attori, soggetti e non oggetti del cambiamento e la famiglia deve incoraggiare i figli a esprimere le proprie emozioni aiutandoli a socializzare, a far crescere l'autostima ed estrapolando il valore di saper dire di no a qualsiasi dipendenza.

Come genitori ci si deve chiedere continuamente che cosa la comunità dove viviamo sta offrendo come tipo di esperienze a livello di scuola, oratorio, politica, famiglia, sport, lavoro che possa fare da collante tra i ragazzi.

Per questo si rende necessario creare ex-novo o modificare le strutture esistenti con la partecipazione dinamica dei ragazzi stessi per renderle "ideali", a loro misura e dove si possa sviluppare il processo della comunicazione attraverso l'ascolto attivo.

Anche la scuola non si deve accontentare del ruolo di comparsa, ma deve rivedere i suoi contenuti organizzativi e formativi perché deve infondere una "sana cultura della vita".

Il mondo dei grandi e quello dei giovani non può essere diviso, le barriere che li separano devono essere abbattute perché i ragazzi attraverso le esperienze degli adulti devono riscoprire la loro identità per poter investire sul proprio futuro.

Abbiamo quindi la grande opportunità di far loro interiorizzare la speranza seminando il germe del cambiamento per arrivare a farli diventare **protagonisti veri** della loro vita di oggi, ma anzitutto di quella di domani.

Non giochiamoci l'opportunità di vivere il futuro attraverso i nostri figli.

* Responsabile Ufficio Infermieristico P.O. Morbegno

** I.C. Pronto Soccorso P.O. Morbegno

Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi

(metodo Hudolin)

Nei giorni dal 23 al 28 Ottobre 2006, si è svolto a Sondrio, presso l'Auditorium "La Piastra", il Corso di Sensibilizzazione all'Approccio Ecologico-Sociale ai Problemi Alcolcorrelati e Complessi (metodo Hudolin).

Al corso hanno partecipato 23 corsisti provenienti dalle province di Como, Lecco e Sondrio. Si ringraziano le famiglie ed i servitori-insegnanti dei Club degli Alcolisti in Trattamento dell'A.C.A.T. di Sondrio che hanno organizzato e cooperato a questa iniziativa, soprattutto accogliendo corsisti e docenti all'incontro settimanale del Club.

Per l'organizzazione si ringraziano l'A.C.A.T. di Sondrio e l'ASL della Provincia di Sondrio.

Come si ringraziano per avere co-organizzato il corso l'A.I.C.A.T., (Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento), l'A.R.C.A.T. Lombardia (Associazione Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento), Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria Ecologica e l'Amministrazione Comunale di Sondrio.

Il corso si è tenuto anche grazie ai patroni di: Amm.ne Provinciale di Sondrio, Dott. Sante Frantellizzi Prefetto di Sondrio, U.N.A.S.C.A. - Sondrio, Collegio Ispasvi di Sondrio, Cooperativa sociale Bucaneve, CRI delegazione di Sondrio e del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti ufficio della Motorizzazione Civile di Sondrio.

Il corso è stato finanziato con le quote di iscrizione versate dai corsisti e con i fondi della legge 45/99 - Fondo Nazionale per la lotta alla Droga.

Un particolare ed affettuoso ringraziamento va al Direttore del corso Bachisio Carta, che ha condiviso, con corsisti e formatori, le gioie e le fatiche di questa settimana. Con lui ringraziamo anche il co-direttore e conduttore di gruppo Angelo Tedioli, i conduttori dei gruppi Domenico Chirico, Roberto Sanna, Enrica Trovati, e i co-conduttori Angela Menegola e Mauro Zambon.

Un particolare ringraziamento a Rosalba Derada per il costante e preciso impegno di segretaria.

Il nostro pensiero va alla famiglia Hudolin, che ricordiamo sempre con profondo affetto e gratitudine: senza il loro impegno di una vita non sarebbe stato possibile realizzare questo corso, così come i programmi in tutta Italia e nel resto del mondo.

Un grazie infine a tutti i corsisti che hanno reso possibile il successo di questo corso, sotto il profilo dei risultati sia professionali che umani.

Il clima di profonda empatia che si è creato ed i contenuti trasmessi nelle lezioni, nelle tavole rotonde, nelle comunità, nei gruppi con conduttore ed autogestiti e, soprattutto, nelle visite ai Club, hanno stimolato le seguenti

CONCLUSIONI

1) L'approccio ecologico-sociale pone al centro la famiglia e la comunità locale viste come risorse, con la loro responsabilità di proteggere e promuovere la propria salute.

2) Perna dei programmi alcolologici territoriali secondo l'approccio ecologico-sociale sono i Club degli Alcolisti in Trattamento e la formazione continua in alcologia.

3) Il Club è una comunità multifamiliare composta da 2 a 12 famiglie e da un servitore-insegnante.

4) Il Club è autonomo da qualsiasi istituzione pubblica o privata, è radicato nella comunità locale, è aperto alla cooperazione e amicizia tra i Club e le varie agenzie della comunità.

5) L'approccio ecologico-sociale rivolge particolare attenzione al cambiamento della cultura generale e sanitaria esistente, cioè alla spiritualità antropologica, come parte determinante della vita della persona, della famiglia e della comunità; nella

Riceviamo e pubblichiamo la sintesi del corso che è stato patrocinato dal nostro Collegio ma, ancor più, per divulgare le attività che svolgono i Club degli Alcolisti in trattamento sul versante della prevenzione e cura delle dipendenze da alcool, inoltre ci scusiamo con gli organizzatori perché, per un nostro disagio, non eravamo presenti all'apertura dei lavori. N.d.R.

spiritualità antropologica rientrano i valori culturali, sociali, etici, di equità, di giustizia sociale, di solidarietà e di pace.

6) Il Club è parte integrante della comunità locale; realizza questa sua appartenenza promuovendone la crescita ed il cambiamento attraverso la sensibilizzazione ed il lavoro di rete.

7) Il Club è aperto a tutte le famiglie della comunità con problemi alcolcorrelati e complessi (problemi alcolcorrelati combinati con l'uso di altre sostanze psicoattive, disturbi psichici, senza fissa dimora, problemi con la giustizia, ecc...) senza alcuna discriminazione etnica, religiosa o sociale.

8) Le condizioni per l'ingresso nel Club di famiglie con problemi e complessi sono le seguenti:

a) che la famiglia accetti di informare del proprio problema le altre famiglie ed assuma le stesse responsabilità delle altre famiglie del Club;

b) che le famiglie ed il servitore-insegnante siano formati e aggiornati, sia nelle Scuole Alcolologiche Territoriali che nei corsi monotematici e di aggiornamento;

c) che nei Club, per ogni dieci famiglie con problemi alcolcorrelati, vi sia un massimo di due famiglie con problemi complessi.

9) Il Club ha queste uniche regole:

a) la puntualità e la regolarità negli incontri del Club;

b) la riservatezza su quanto viene detto durante l'incontro;

c) il divieto di fumare durante l'incontro di Club;

d) il Club si moltiplica con la tredicesima famiglia e, comunque, almeno una volta l'anno.

10) La famiglia che entra al club per la prima volta frequenta anche la Scuola Alcolologica Territoriale di primo modulo.

11) Ogni famiglia che entra nel Club deve sempre avere la possibilità di un colloquio iniziale con il servitore-insegnante del Club. Un precedente eventuale colloquio svolto da altri che non siano il servitore-insegnante del Club non può sostituire il colloquio iniziale.

12) L'approccio ecologico-sociale è fondato sulla centralità della famiglia e sottolinea l'importanza che l'intera famiglia, compresi i figli minori, frequenti con assiduità il Club, intesa anche come famiglia allargata, composta cioè da tutti coloro con cui la famiglia con problemi alcolcorrelati ha rapporti significativi (amici, colleghi e così via).

13) Le famiglie dei Club si formano e si aggiornano nelle Scuole Alcolologiche Territoriali; queste devono essere attive su tutto il territorio. Il 1° modulo è rivolto alle nuove famiglie del Club, il 2° modulo è per l'aggiornamento delle famiglie già inserite nel Club, il 3° modulo è per l'informazione e la sensibilizzazione delle famiglie della comunità.

14) Particolare importanza riveste la partecipazione agli incontri di interclub e ai congressi locali e nazionali e, in particolare si raccomandano:

a) il XVI° Congresso di Spiritualità Antropologica ed Ecologia Sociale che si svolgerà presso la Cittadella di Assisi 11-12-13- Maggio 2007.

b) il XVI° Congresso Nazionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento che si svolgerà a Montichiari (BS) il 19-20-21 Ottobre 2007.

15) Si ribadisce l'importanza del termine sobrietà: nel Club si creano le condizioni umane perché tutta la famiglia possa scegliere liberamente il proprio stile di vita, maturando tale scelta nell'amore e nella condivisione, per costruire insieme il proprio futuro.

16) Del Club fanno parte soltanto le famiglie con problemi alcolcorrelati e complessi ed il servitore-insegnante. Non ci sono tirocinanti, visitatori, volontari o quant'altro. L'unica visita prevista è quella concordata con le famiglie dei Club da parte dei corsisti durante il corso di sensibilizzazione.

17) La formazione e aggiornamento delle famiglie e dei servitori-insegnanti si conferma come un elemento vitale del sistema ecologico-sociale; l'Associazione Regionale e le Associazioni Locali, in quanto strumenti al servizio dei Club, devono garantire la continuità dei programmi formativi e la loro adeguatezza in base ai bisogni di crescita del sistema ecologico-sociale. Tutti i membri dei programmi devono avere pari opportunità di accesso alla formazione.

18) Accettando quanto sopra i corsisti delle ACAT di Como e dell'Alta Brianza, in collaborazione, si impegnano a verificare la possibilità di realizzare un Corso di Sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, entro l'anno 2007, in provincia di Como.

19) Si ribadisce come necessaria la cooperazione tra club ed istituzioni pubbliche, private e del terzo settore, per la migliore diffusione dei Club e degli altri programmi alcolologici territoriali. Il corso ha dimostrato l'esigenza di una fattiva collaborazione tra tutte le agenzie del territorio che si occupano di problemi alcolcorrelati, in particolare, le persone presenti al corso si impegnano a costruire una rete di contatti interpersonali finalizzata al sostegno ed alla diffusione dei programmi alcolologici territoriali, basati sull'approccio ecologico sociale. Particolarmente sentita è l'esigenza di collaborazione per la realizzazione delle scuole alcolologiche territoriali di 3° modulo in Provincia di Sondrio. Si impegnano inoltre a contribuire alla realizzazione di un corso monotematico sul tema dello sviluppo del lavoro di rete, entro il mese di Giugno 2007.

20) I corsisti auspicano inoltre la costituzione di una ACAT che sia di stimolo allo sviluppo dei Club in Valchiavenna, bassa Valtellina e alto Lario.

21) I corsisti si impegnano ad attivarsi, ciascuno nel proprio ambito di vita e di lavoro, nel comunicare quanto appreso e vissuto durante il corso.

22) I corsisti disponibili, riconoscendone l'importanza, si impegnano a partecipare alla riunione mensile dei servitori-insegnanti del proprio territorio; per i corsisti della Provincia di Sondrio è programmato un incontro presso la L.A.V.O.P.S. Via De Simoni (palazzo Bim) Sondrio, venerdì 10 novembre 2006 p.v. alle ore 20.30.

23) Le presenti conclusioni verranno inviate, agli organizzatori, co-organizzatori e patrocinatori del corso, ai Ser.T. all'A.O.V.V., ai comuni, alle comunità montane, all'ordine dei medici, al provveditorato agli studi ed alla LAVOPS della provincia di Sondrio, a "Camminando Insieme", a Cat & Dintorni", a "Parliamone", al settimanale della diocesi di Como, ed alla stampa locale.

Pagina
della Psichiatria

Incontro con il paziente violento: come valutare e supportare l'aggressività nei reparti di psichiatria

di Lorella Moiola *

Se realizzare un rapporto efficace con un malato può risultare abbastanza complesso per motivi di ordine diverso, lo è sicuramente di più con un paziente psicologicamente disturbato.

Nella cura del malato mentale l'infermiere è infatti parte attiva con il suo atteggiamento basato sull'empatia e con la comunicazione.

Visto che è impossibile comprendere cosa stia pensando, come agire il paziente, l'operatore sanitario utilizza le caratteristiche principali della sua professione: *l'osservazione, l'atteggiamento di ascolto attivo e la comunicazione come comprensione dei bisogni.*

Inoltre è senz'altro necessario che faccia ricorso ad alcune doti personali, quali la *spontaneità, l'autocontrollo, l'elasticità mentale e la disponibilità verso gli altri.*

L'aggressività è un sintomo che può presentarsi e sopravvenire in molti malati, seppur in percentuale sicuramente inferiore da quanto si è solito pensare, in diverse malattie mentali e non, quali: nei pazienti maniacali, negli schizofrenici, negli epilettici, negli alcolisti in stato confusionale, nei caratteriali ed altri. Considerando che l'aggressività non è esclusivamente un fenomeno di disturbo ma anche il sintomo di un bisogno quindi una richiesta di aiuto da parte del malato, l'infermiere deve essere capace di rispondere a queste necessità. Può farlo in maniera aggressiva, quando non conosce la realtà dell'agire in psichiatria, mettendosi così allo stesso livello del paziente rispondendo in modo istintivo con la contro aggressività, oppure, molto più efficacemente, cerca di controllarsi, non modificando il suo atteggiamento e, soprattutto, valutata la situazione, considera l'opportunità di entrare in comunicazione con il paziente o attendendo un'occasione più propizia per instaurare una relazione efficace. In ogni caso, se ritiene l'episodio importante e non riesce a controllarlo deve chiedere aiuto ai colleghi o ad un medico.

Nella crisi di violenza gli infermieri sono chiamati ad intervenire sia per rendere la crisi meno intensa e prolungata nel tempo sia per dare una risposta clinica che diventa terapeutica e risolutiva.

L'intervento non può essere legato allo stile personale di ognuno di noi, alle nostre competenze tecniche o scientifiche o culturali o gerarchiche ma deve sempre rappresentare il frutto di una organizzazione strutturale e funzionale di tutti gli operatori dell'équipe; così come avviene, ad esempio, nei reparti chirurgici dove tutti sono pronti ad affrontare un intervento chirurgico urgente pur rimanendo occupati nella routine.

Il paziente violento, qualsiasi paziente violento, può essere sempre adeguatamente gestito se si agisce correttamente e l'unico modo di fare bene le cose è fare quelle giuste.

I pazienti violenti sono soliti suscitare forti emozioni. Spesso evocano paura, ma possono anche indurre collera negli infermieri. È pertanto di fondamentale importanza, nell'ambito della presa a carico di questa tipologia di pazienti, prestare attenzione alle proprie risposte soggettive nei loro confronti, non entrare in simmetria e non adottare misure punitive. Generalmente l'**obiettivo** di chi aggredisce è quello di spaventare, persuadere e sottomettere l'altro alla propria volontà; quindi, da parte dell'infermiere riconoscere la paura e palesarla abbassando la guardia (perfino dicendo: "mi fai paura") può centrare l'obiettivo e affievolire di colpo l'ira del paziente, che poi non sempre mira alla distruzione dell'oggetto.

Il processo dell'aggressione è costituito da una sequenza lineare in tre fasi successive che denominiamo "stadi di escalation della violenza":

I stadio: pre-aggressione: è legata a fattori e motivazioni che hanno un significato spesso solo soggettivo o simbolico per il paziente che inizia con minacce verbali, espressioni ostilità, e manifesta cambiamenti motori minori accompagnati da sentimenti di ansia e frustrazione.

II stadio: aggressione: il paziente comincia ad aggredire con azioni fisiche dirette contro l'altro e manifesta cambiamenti motori maggiori accompagnati da sentimenti di rabbia.

III stadio: controllo: il comportamento aggressivo è terminato perché il paziente ha esaurito la sua carica esplosiva o ha riacquisito il suo autocontrollo. Nell'incontro con il paziente violento è necessario ricordare alcuni principi fondamentali:

- il paziente violento può suscitare emozioni forti che fanno perdere la ragione; la violenza del paziente spesso evoca paura, rabbia e collera;
- occorre saper riconoscere, controllare e gestire le proprie emozioni e dominare il linguaggio corporeo personale;
- l'operatore deve essere consapevole anche delle sue fantasie sul paziente, per non ipotizzare profezie destinate ad autoavverarsi;
- di fronte al paziente violento, non serve né un pavido fionone né un eroico combattente ma un professionista alle prese con un problema difficile; *un po' di diffidenza non guasta e la prudenza non è mai troppa*, non si è il protagonista di un melodramma a tinte fosche ma uno che lavora in un gruppo, per cui bisogna sempre concordare con i colleghi una linea unitaria su quello che va fatto prima di intervenire, superando eventuali conflitti personali o divergenze teoriche sulla gestione del caso e coinvolgendo i colleghi più esperti o quelli che meglio conoscono il paziente e di cui egli può fidarsi;
- è importante essere determinati ed assertivi;
- vanno sempre e con chiarezza definiti tutti i limiti, non



sempre però la comprensione, l'empatia, la dolcezza sono un deterrente, l'operatore deve essere capace di porre anche dei limiti esterni al paziente che in quel momento non ha adeguati controlli interni; non tutto potrà essere tollerato, esistono barriere che non possono essere travalicate, regole chiare e rigide da non infrangere, comportamenti che vanno condannati, ma senza minacciare né ostentare potere arrogante o spregiudicatezza;

- è importante contenere anche le angosce degli altri;

- di volta in volta è necessario decidere chi abbia sul paziente influenza stabilizzante o provocatoria e quindi ci si regola di conseguenza, si allontanano le persone che hanno, almeno apparentemente, un ruolo di istigatore per il paziente e ci si fa aiutare da chi il paziente ritiene può essergli utile in quel momento.

È importante che l'Infermiere sviluppi una profonda capacità di osservazione, infatti l'infermiere deve riconoscere sempre i segni di imminente pericolo per impedire che la violenza da potenziale diventi concreta, per fare questo è necessario tenere conto della diagnosi, della storia e del comportamento attuale.

Possiamo identificare i principali segni clinici, come:

- a. *il volto e l'aspetto generale del paziente:* sguardo minaccioso, arterie temporali pulsanti, narici dilatate, bocca secca, denti serrati. Vanno costantemente ricercati segni di intossicazione o astinenza da sostanze, specie alcool, droghe e allucinogeni;
- b. *la postura ed altri indicatori motori* che indicano un aumento della tensione muscolare: pugni chiusi, irrequietezza o attività compulsiva ed irrefrenabile o ripetitiva come il continuo andirivieni, il gesticolare minaccioso, il puntare il dito, lo sbattere le porte, il rovesciare oggetti o suppellettili;
- c. *segni vegetativi* che indicano uno stato di allerta: sudorazione, midriasi, respirazione rapida, arrossamento in varie parti del corpo, vene turgide e pulsanti del collo;
- d. *indicatori verbali:* timbro e tono di voce alto e minaccioso mentre esprime insulti diffamanti, oscenità e turpiloquio, e commenti a contenuto sessuale. Il paziente può mostrare

comportamenti disorganizzati e afinalistici con una assoluta indisponibilità a collaborare nelle procedure diagnosticoterapeutiche e nel frattempo proporre particolari piani o promesse di violenza.

Inoltre possiamo trovarci di fronte a diverse forme di contenuti del pensiero, ad esempio:

- a. *l'ideazione:* il paziente può rivelare fantasie o sogni e pensieri, non necessariamente deliranti, contro qualcuno, hanno notevole rilevanza minacce esplicite e chiare nei confronti di una specifica vittima;
- b. *l'affettività:* il paziente può essere travolto da ira, impulsi distruttivi, spinte incontrollabili ed incalzante bisogno di commettere atti distruttivi;
- c. *l'assetto psicologico:* predispongono alla violenza alcuni parametri caratterologici (come una struttura di personalità narcisistica o borderline) o sintomi indicanti disfunzioni cerebrali minime che contribuiscono ad impoverire i meccanismi di controllo dell'aggressività.

Indubbiamente le persone affette da disturbi psicotici, specie se in fase acuta e con deliri paranoici o allucinazioni uditive che comandano, più facilmente possono avere episodi di violenza contro chi hanno incorporato nei loro deliri (un amico, un familiare o l'operatore stesso).

Alcuni consigli pratici possono essere utili all'operatore per impostare una buona relazione empatica col paziente violento:

- quasi tutti i pazienti violenti si tranquillizzano dopo un approccio adeguato; l'intervento non può essere legato allo stile personale di ogni operatore, alle sue competenze tecniche, scientifiche, culturali o gerarchiche ma deve sempre rappresentare il frutto di una organizzazione strutturale e funzionale di tutti gli operatori dell'équipe;
- bisogna porsi interrogativi preliminari: che cosa sta facendo soffrire questa persona e qual è per lui il significato di questa crisi? Perché gli eventi o la malattia lo "costringono" a comportarsi in questa maniera? Come si affronta abitualmente una persona malata con comportamenti violenti e cosa potrebbe essere utile al paziente che ho davanti? Quale

aiuto competente potrebbe essere meglio accettata da lui? Che cosa il paziente potrebbe desiderare che gli riesce difficile chiedere in altro modo? Come la stessa persona ha affrontato in passato situazioni analoghe e quali inconvenienti sono stati messi in evidenza da quelle esperienze? Quali risorse sono ora a disposizione del paziente, dei suoi famigliari e del medico per affrontare il problema attuale e quello in prospettiva?

- **Infliggere punizioni non serve;** è dimostrato che la frequenza ed intensità dei comportamenti aggressivi diminuiscono anche con lievi forme di punizioni come la disapprovazione sociale, ma vi sono seri dubbi che un intervento punitivo più "pesante" produca sempre o in genere effetti di questo tipo. Chi riceve una punizione la interpreta spesso come un attacco tanto che può reagire con ancor maggiore aggressività. Una punizione esemplare provoca spesso desideri di vendetta e le persone che la infliggono possono costituire addirittura un modello aggressivo per chi la riceve;

- **Saper ascoltare,** perché tutto sommato *il paziente sta tentando di farsi capire da qualcuno e vuole trovare qualcuno da cui poter essere capito.* L'operatore deve tendere l'orecchio in modo che sia lui a condurlo e guidarlo sui temi che intende affrontare, deve parlare poco e comunque se non ha nulla da dire è meglio tacere.

- **Non la controviolenza** ma l'empatia è l'opposto della violenza.

Fasi dell'intervento relazionale

Prima fase: "trovare la chiave" per "agganciare" in qualche modo il paziente

Dobbiamo assolutamente riuscire a toccare qualcosa a livello emotivo per comunicare ed entrare in contatto con lui.

Prima di fare domande specifiche sulla violenza, cerchiamo di aprire una qualsiasi conversazione con lui parlando dei temi più vari fin quando troviamo quello che più lo interessa. Poi approfondiamo la conoscenza che deve precludere ad una alleanza terapeutica. Solo alla fine poniamo specifici quesiti sulla violenza in modo diretto ed esplicito, assicurando che si desidera aiutarlo a tenere sotto controllo gli impulsi violenti.

Anche l'intervista può giovare di alcune tecniche. Non proponremo mai inizialmente un farmaco sedativo che rischierebbe di mandare all'aria ogni ulteriore tentativo. Noi vogliamo offrirgli un'occasione per tirar fuori delle cose e non per fargli vedere come siamo forti e capaci di vincere ad ogni costo. Occorre scoprire i rapporti-chiave con le persone significative nella vita del paziente, sia presenti che passate, ponendo attenzione ai cambiamenti di queste relazioni nel periodo immediatamente precedente la crisi attuale.

Spesso le più semplici cortesie forniscono la strada migliore per prendere contatto. I piccoli gesti diventano più importanti delle parole: gli offriamo una sedia, una sigaretta, qualcosa da bere, una gomma da masticare. Gli stiamo offrendo cose concrete e dense di significati: vogliamo metterlo a suo agio perché non gli siamo ostili.

Attenzione particolare va data alla distanza fisica: in questo momento non possiamo ancora essere troppo direttivi ma neppure mostrarci troppo amichevoli perché il paziente potrebbe diffidare del nostro atteggiamento, interpretandolo come furbescamente recitato ad arte per incastrarlo.

Egli può sentirsi a disagio o minacciato già ad una distanza interpersonale normale per gli altri, per cui occorre non contrapporci a lui frontalmente ma avvicinarlo con calma e con movimenti cauti e lenti.

Noi consigliamo di chiedere al paziente (direttamente, senza indugi, se è realisticamente possibile e soprattutto se ce la sentiamo) di restare soli con lui, designandolo così come interlocutore privilegiato e preferito rispetto ai molti che intorno schiamazzano in una bolgia infernale.

Seconda fase: "guadagnare" un rapporto per sviluppare una futura alleanza

L'intervento da compiere "con" il paziente violento non consiste in un approccio terapeutico istantaneo da consumare velocemente in un setting caotico.

Perché l'intervento sia efficace occorre stabilire rapidamente un rapporto con il paziente violento, rapporto mai automatico ma che deve essere "guadagnato" sul campo, per raggiungere con lui un accordo utile ad un trattamento ragionevole e pratico. Occorre quindi tatto e disponibilità. Il paziente è impaurito ed ansioso e non solo arrabbiato, ha sintomi clinici che propone non per avere come risposta rimproveri, biasimi, ammonimenti, minacce, prediche morali.

Esplicitiamo subito e con chiarezza il nostro ruolo professionale e quello che faremo spiegando sempre cosa stiamo facendo e perché. Sicuramente è da bandire ogni ironia o canzonatura o irritante atteggiamento paternalistico, specie con i più giovani. Il paziente, per quanto eccitato, è sempre sensibile alla modalità con cui cerchiamo di aiutarlo.

Non possiamo sentirci offesi: alcuni psicotici molto intelli-

genti riescono a farci sentire sciocchi o scontati per le nostre osservazioni o futili domande, distorcono il significato delle nostre parole mettendoci in imbarazzo perché non riusciamo più a seguire un filo logico o ad affermare il nostro punto di vista, ci rendono impossibile dare qualsiasi direzione al nostro intervento. Rischiamo così di perdere la calma, ci sentiamo seccati e confusi.

Usiamo un linguaggio neutrale e non direttivo per chiedere informazioni senza però tempestarlo di domande che gli darebbero l'impressione di essere sottoposto ad un interrogatorio di polizia giudiziaria per reati commessi e di cui si reputa innocente o ingiustamente coinvolto.

Ricordiamoci il suo nome perché può tornare sempre utile chiamarlo e dargli così identità in un clima di maggiore confidenzialità.

Se proprio non risponde a nessuno dei nostri tentativi, proviamo a fare dei commenti sulla situazione specifica o su quanto sta accadendo a voce alta e senza critiche ma con accettazione: «Mi sembra che la situazione sia molto complessa e che lei sia disorientato dalle difficoltà attuali».

Terza fase: rassicurazione empatica. Diventa fondamentale farlo aprire per consentirgli di identificare i suoi sentimenti.

A noi interessa ciò che prova quel paziente che abbiamo davanti, con quella storia e tutto ciò che gli è successo e gli sta succedendo e che lo costringe obbligatoriamente ad essere violento.

Vogliamo conoscere il suo punto di vista e comprendere la prospettiva con cui interpreta quanto sta accadendo, non accertare l'accuratezza e l'attendibilità del suo racconto o ingaggiare un confronto con quanto sostenuto da altri.

Quasi sempre egli comincerà con una "tiritera" su come è da tutti maltrattato o perseguitato o incomprenduto. Dobbiamo decidere se lasciarlo andare avanti per molto tempo o interrompere la filippica in modo diplomatico con un generico «come posso aiutarla?»

Se vaneggia completamente per un marcato allentamento dei nessi associativi, gli diciamo che, sebbene in quel momento è difficile capire quello che sta dicendo, potremo avere in futuro più elementi e, conoscendolo meglio sarà per noi più facile fare qualcosa per aiutarlo. E' comunque presto per cercare di correggere le sue percezioni deliranti con argomentazioni logiche che lo costringerebbero ad ulteriori manovre difensive.

Il bisogno di proteggere il suo senso di identità ed integrità in qualsiasi modo lo rende riluttante ad un qualsiasi rapporto e capace solo di ingaggiare battaglie.

E' sempre utile esplorare i suoi vissuti emozionali, l'angoscia per la malattia, le preoccupazioni per il futuro, l'invivibilità di un presente catastrofico, il timore per sé o i suoi familiari. Ci sembrerà stranamente disponibile ad accettare le nostre proposte, così diverse da quelle che altri sono in grado di offrirgli perché lo temono in via pregiudiziale.

Noi non siamo interessati a conoscere la verità ma quello che il paziente pensa sia la sua verità.

Adesso siamo noi che vogliamo accompagnarlo e guidarlo riflettendo come in uno specchio i suoi sentimenti «Capisco come lei possa sentirsi arrabbiato» o per restituirgli contenuti e significati ragionevoli «La sua rabbia però non le consente al momento di capire in fondo cosa sia successo: lo faremo insieme ed insieme ci riusciremo».

Incominceremo così a creare le basi per una alleanza terapeutica: «Lavoreremo insieme per risolvere il suo problema».

Quarta fase: "attribuire un senso" alla violenza

La violenza deriva dalla disorganizzazione delle pulsioni dovuta a fattori interni o esterni, dunque anche in risposta a qualcosa percepito soggettivamente come minaccioso.

Ci interessano i contesti. Intanto vale sempre la pena chiederci quanti pazienti hanno effettivamente ragione ad essere

arrabbiati perché realmente perseguitati, vessati, sopraffatti. L'aggressività in questi casi si spiega come difesa contro sentimenti terrificanti di mancanza di aiuto e speranza, fragilità ed impotenza, disgregazione e senso di inutilità, impossibilità a cambiare l'ambiente circostante.

Ci interessa la storia del nostro paziente. La sua biografia è fatta di situazioni ed episodi ma soprattutto di emozioni ad essi connessi, non solo di pregresse malattie e ricoveri come nell'anamnesi medica.

Può essere utile rimuovere ogni ostacolo attuale per consentire alla persona di riprendere il normale andamento della vita di ogni giorno.

Dobbiamo difendere e mobilitare l'autostima del paziente riconoscendo la consistenza delle sue difficoltà.

Poi cerchiamo di separare l'oggettività dei fatti dalle concezioni soggettive: «Ora le sembra che tutto sia andato perduto ma forse dimentica che sua moglie non è stata sempre così e che tra voi c'è ancora affetto».

Ci è utile capire come sono descritte le persone significative coinvolte nel problema, come sono utilizzati i sentimenti. Mentre ascoltiamo o interveniamo stiamo continuamente formulando ipotesi su ciò che realmente il paziente o la famiglia vorrebbero e che stanno richiedendo in maniera incongrua o poco esplicita.

La violenza da una parte è tipizzata dalle caratteristiche individuali di una persona, dall'altra è quasi una forma di socializzazione perché richiama suo malgrado la partecipazione dell'ambiente che assiste al suo manifestarsi in scene più o meno consapevolmente finalizzate e incastonate in un momento preciso della storia personale del soggetto. La realtà, a volte obiettivamente intollerabile, è diventata soggettivamente insopportabile, la situazione è vissuta senza scampo né vie di uscita. Il paziente sta costringendo l'ambiente ad occuparsi di lui, in quel momento crede che quello della violenza sia l'unico modo per ottenere un nuovo adattamento.

Se attribuiamo alla violenza il significato di una richiesta, la interpretiamo forse come un estremo bisogno di dipendenza. L'essere violento dà al paziente la sensazione di essere indipendente nel momento in cui esiste un'opposizione ma in realtà egli resta inconsapevolmente dipendente dall'ambiente di cui non riesce a fare a meno mentre crede di opporvisi.

Gli atteggiamenti violenti hanno la funzione di negare il persistere della dipendenza da situazioni infantili di immagini genitoriali arcaiche. L'atto violento acquista il significato di un tentativo di rimodellamento e riappropriazione del proprio mondo interno attraverso la presa di contatto aggressiva con il mondo esterno. Se noi riusciamo a fornire almeno in parte questo adattamento potremmo avere un punto di partenza.

Dopo il passaggio all'atto vi è il momento più propizio per stabilire contatti: l'acting-out calma la tensione interna e permette l'avvio del dialogo.

Bibliografia

DELFINO Vera *La comunicazione paziente infermiere*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2001

DRIGO Maria Luisa, BORZAGA Laura, MERCURIO Angelo, SATTA Efisia *Clinica e nursing in psichiatria. Spazio di incontro tra operatori e pazienti*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1995

PELOSO Fabio, "Gesto e comunicazione non verbale", *www.newnursing.altervista.org*, 20 febbraio 2007 h. 114.00

TARTAGLIONE Sergio *ViolenzaMente. La violenza nella critica psichiatrica. Cosa fare e non fare di fronte al paziente violento*, Edizioni Del Cerro, Pisa, 1999

* Infermiera SPDC Presidio di Morbegno Master in Coordinamento Infermieristico di Dipartimento e/o U.O. Docente Corso di Laurea in Infermieristica Università degli studi Milano Bicocca

Il diritto alla famiglia

di Gisella Tecchio

Parlare di diritto alla famiglia significa parlare del diritto fondamentale di ogni bambino: quello di essere "figlio". Padri o madri, donne o uomini, vecchi o giovani, di qualsiasi razza, tutti siamo figli, abbiamo cioè ricevuto la vita da altri. La condizione di figlio è quella di essere accolto, senza condizioni, per il semplice fatto di esserci: sono stato atteso, accolto, e quindi amato in modo incondizionato. E' proprio ricevendo questa accoglienza e "cura", che il figlio impara ad apprezzarsi, e poi impara ad apprezzare il mondo intero. Così comincia a camminare con fiducia, diventando capace di prendersi a sua volta cura dell'altro.

L'esperienza dell'accoglienza e della cura incondizionata non è però sempre l'esperienza di tutti.

L'abbandono è esattamente il venire meno all'esperienza di essere figlio, è la prossimità rifiutata. Tuttavia l'esperienza filiale rimane incancellabile, magari solo desiderata, o sognata ma ogni uomo rimane un figlio.

L'abbandono conosce vari gradi, è un'esperienza che non si fa solo nell'abbandono radicale, ma in tante forme di trascuratezza. E' un'esperienza dolorosa, che incide sul vissuto affettivo, sui desideri, sul corpo, su tutte le relazioni. Proprio in quanto abbandono del padre e della madre, esso tocca le "radici" dell'identità. L'abbandono può essere:

- perdita di una relazione già dal concepimento e dalla nascita
- violenza perché sofferenza subita, non voluta
- menzogna perché coloro che mettono al mondo spariscono
- tradimento chi ha generato non ha tenuto fede all'impegno preso
- perdita della stima di sé
- smarrimento legato all'esperienza di non essere stati amati
- angoscia cioè paura ingiustificata
- disperazione
- rabbia, accusa
- rivolta
- protesta, a volte sterile a volte più costruttiva
- idealizzazione dei genitori nel tentativo di salvarli, e di salvarsi.

Tutte queste esperienze possono nel tempo essere superate, comprese, senza mai essere dimenticate, grazie a una rinnovata condizione di figlio.

Che cosa aspetta un figlio abbandonato? Aspetta di essere voluto, scelto, aspetta qualcuno che si prenda cura di lui. Aspetta di diventare soggetto della cura di qualcuno, aspetta una famiglia dove poter sperimentare la bellezza e la fatica dell'incontro e delle relazioni. Aspetta i gesti e le parole della cura, di qualcuno che gli dimostri nella quotidianità la capacità di spendersi a suo favore e insieme a lui. La cura che il figlio attende è quella che qualcuno suscita in lui le capacità di dedizione per una causa per la quale valga la pena di spendere la vita.

Possiamo allora forse parlare di abuso in assenza di una relazione familiare. Siamo abituati a sentir parlare di abuso di minori di fronte a violenza fisica o psicologica, non a configurare come abuso l'assenza di un rapporto affettivo ed emotivo necessario alla crescita. Forse possiamo incominciare a ragionare in termini di "abuso ai minori" anche la privazione di relazione familiare.

Il minore è una persona che è all'inizio della sua vita e quindi ha diritto ad avere una famiglia, ha diritto a riconoscersi in adulti significativi che gli



facciano da guida, ha diritto ad un affetto incondizionato.

Il bambino, a causa della sua vulnerabilità fisica e psichica, ha bisogno in primo luogo di essere protetto mentre avviene il suo progressivo incontrarsi con l'ambiente che lo circonda.

Pensando al bambino abbandonato si ha l'immagine di un bambino in attesa statica, ma la realtà è diversa. Dovendo crescere il bambino è costantemente impegnato in richieste all'ambiente che lo circonda, è quindi un bambino dinamico, tutt'altro che statico e in attesa e, in caso di abbandono, non si è solo presenti ad un blocco nella crescita ma, ancora peggio, ad una distorsione dello sviluppo.

Gli adulti sono per il bambino lo specchio che gli rimanda un'immagine della realtà connotata in senso affettivo, questo li rassicura e gli permette di costituirsi un'identità personale. Sono gli adulti ai quali egli si affida ed ai quali si lega da un forte attaccamento che sono investiti della responsabilità di garantirgli protezione e senso di continuità, ed è ovviamente la loro perdita a rappresentare il dramma più grave, tanto più drammatico quanto più precocemente si verifica.

Il trauma della perdita, tuttavia, è recuperabile se in un tempo ragionevolmente breve il bambino può ritrovare le condizioni perse con altre figure sostitutive con le quali riproporre nuovi legami di attaccamento esclusivo. Però questo non sempre è possibile e le risposte che l'ambiente offre non sempre sono appropriate. Il ricovero in istituto, per esempio, può essere una soluzione adatta a risolvere i suoi bisogni fisici, ma non quelli psicologici. Nell'individuo c'è una gerarchia dei bisogni che va da quelli fisici, tipo il bisogno di cibo, fino a giungere a quelli più elevati che comprendono il campo degli affetti. Sicuramente per vivere è necessario cibarsi, eppure ci sono esempi che ci dimostrano come i bisogni psichici prendano il predominio su quelli fisici. Possiamo rifarci per esempio agli esperimenti di Harlow e Spitz (piccoli di scimmia privi della madre. Scimmie artificiali. Una nutrice e la dispensatrice di tenerezza. Comportamento completamente disorganizzato dei neonati ricoverati senza la presenza materna, fino ad arrivare alla morte.)

L'istituto quindi sopperisce sicuramente ai bisogni materiali venendo meno però ai bisogni di attaccamento tra il bambino e l'adulto e le vicissitudini emozionali ed affettive che derivano da esso. Il bambino non riesce quindi a creare quel legame esclusivo, rassicurante, stabile e continuativo che rappresenta il terreno necessario per lo strutturarsi delle funzioni psichiche e delle capacità comunicative e di contatto. Un sistema di attaccamento disorganizzato diventerà il modello che l'individuo sarà capace di stabilire perché è l'unico che conosce.

In una relazione familiare invece l'adulto assume una posizione di identificazione con il bambino, caratteristica della funzione materna e paterna,

che permette di sintonizzarsi con i suoi bisogni, rendendone possibile la corretta ricezione e la risposta adeguata.

Viene in mente la figura di Mary Poppins, figura affettivamente efficace e calda, adempie il suo compito identificandosi nei bambini e mettendoli in contatto con le figure genitoriali che costringe a tener conto del punto di vista dei figli.

Mary Poppins non è un personaggio così estremo e fantastico, in fondo in ciascun adulto c'è una parte infantile in grado di guidarlo verso la giusta sensibilità, sempre che non venga tacitato dalla pressione istituzionale a muoversi in modo impersonale.

La necessità di procedere, come prescrive la legge 149/01, entro il dicembre 2006, alla chiusura degli istituti per poter dare una famiglia ad ogni bambino è sicuramente riconosciuta dalla stragrande maggioranza delle persone e le associazioni interessate alla tutela dei minori, come quella che presiede nella nostra provincia e che si chiama "Una Famiglia per l'Affido", hanno il compito di tenere desta l'opinione pubblica, sia per la necessità di azioni di sensibilizzazione volta a reperire le famiglie che accoglieranno questi bambini, sia per l'opportunità di accelerare la destituzionalizzazione senza creare facili semplificazioni del problema.

Va infatti ricordato che la stessa legge che decreta la chiusura degli istituti afferma in primis il diritto del minore alla propria famiglia, ecco perché anche noi come associazione ci adoperiamo perché vengano messe in opera tutte quelle iniziative che permettano al minore di non essere allontanato dalla famiglia d'origine. Nascono così i centri di prevenzione primaria, già presente a Tirano e che stiamo cercando di far nascere anche in altre città della provincia, come supporto alla famiglia e luogo di crescita per i bambini. A questo devono essere abbinati iniziative di sostegno alle famiglie, percorsi di riacquisizione di competenze relazionali per assicurare la funzione genitoriale. Se il bambino percepisce che ci si muove realmente verso una riparazione delle tensioni ed inadeguatezze dei genitori, allora anche in caso di allontanamento potrebbe sopportare l'assenza dei familiari, dare un senso all'amore che gli viene garantito dal nucleo familiare che l'accoglie e connota la propria identità.

Altro obiettivo dell'associazione è, per poter garantire una famiglia ad ogni bambino, attivarsi per trovare tante famiglie disponibili all'accoglienza: quelle necessarie per accogliere i bambini oggi ospitati nelle strutture, quelle necessarie per aprire comunità familiari e costituire reti di famiglie che insieme affrontano il problema dell'abbandono. Aggregare, formare, sostenere ed accompagnare le famiglie accoglienti.

Vigilare che l'aumentare del disagio delle famiglie, possa riapparire magari in nuove forme con nuovi meccanismi di istituzionalizzazione e si abbassi la soglia di attenzione per la tutela dei minori.

Per concludere e per tornare a sottolineare il diritto di ogni bambino a una famiglia faccio mie le parole di una bimba ormai grande, vissuta in istituto che dice "come avrei voluto almeno un giorno della mia vita, essere stata una figlia".

* Presidente Ass.ne Una famiglia per l'affido

Corsi e Convegni

QUANDO IL CONFINE DELLA VITA DI UN BAMBINO SI ACCORCIA

SONDRIO 26 maggio 2007 presso Policampus
Iscrivibili 250 infermieri e infermieri pediatrici

La Commissione ECM del Collegio, propone agli iscritti questo convegno per riflettere su un tema dai grandi risvolti etici non disgiunti da richiami di grande attualità in merito all'assistenza infermieristica in ambito pediatrico; vista l'opportunità di avere in Provincia i massimi esperti del settore e l'importanza dei temi trattati, abbiamo aperto la partecipazione a tutti gli infermieri. Commissione ECM

Moderatore: **ERCOLE PIANI**

- Ore 8.00 iscrizioni
- 8.30 - 9.45 **Lettura magistrale: Un ponte per la vita: accompagnare un bambino malato cronico nella relazione con amici e compagni. Elementi psicologici e pedagogici** - Michele Capurso - Perugia
- 9.45 - 10.15 **l'asma nel bambino: assistenza e criticità** Simona Quaglia - Roma
- 10.15 - 10.30 PAUSA
- 10.30 - 11.15 **Trasporto del neonato a rischio: aspetti organizzativi e aspetti assistenziali.** Paola Rocchetti e Sara Dubini - Ancona
- 11.15 - 11.45 **Supporto tecnico e umano nei casi difficili di allattamento al seno.** Cristina Villa - Milano
- 11.45 -12.00 Dibattito

ASPETTI ETICO RELAZIONALI IN AREA PEDIATRICA

- 14.00 - 14.30 **Problemi e problematiche connesse alla presenza dei genitori durante le manovre rianimatorie.** Amabile Bonaldi Verona
- 14.30 - 17.30 **Presentazione del decalogo per gli infermieri di pediatria.** Milena Carotti, Paola Rocchetti, Maria Bordignon, Sara Dubini, Silvia Coghi
- 17.30 - 18.00 **Dibattito con esperti.**

Commissione scientifica: Marisa Ambrosini, Milena Carotti, Ercole Piani, Paola Rocchetti

Segreteria organizzativa: Collegio IPASVI Sondrio

RELATORI

• **Michele Capurso** - Ricercatore in psicologia dello sviluppo e dell'educazione - Università degli Studi di Perugia Responsabile settore "formazione" Associazione Gioco e Studio in Ospedale

Lettura magistrale: l'intervento è centrato sulla visione di un filmato, "Un ponte per la vita". Il documentario narra il ritorno a scuola di Lena, una bambina tedesca malata di leucemia. Gli autori hanno dimostrato come attraverso un progetto educativo che sappia curare gli aspetti pedagogici, l'accompagnamento e i buoni contatti con la scuola di appartenenza migliora il benessere psicologico dei pazienti, si contribuisce allo sviluppo delle prospettive future, si aumenta la motivazione all'apprendimento e diminuisce la paura e l'insicurezza. La storia di Lena ci serve da esempio

per comprendere l'importanza dell'accoglienza e della condivisione di informazioni quale mezzo per facilitare il reinserimento di bambini malati cronici a scuola.

• **Simona Squaglia** - direttore Servizio infermieristico Policlinico Umberto 1° Roma Laurea in Sociologia; Laurea in Filosofia, Laurea Specialistica in Infermieristica

• **Paola Rocchetti** - Caposala Neonatologia/TIN Salesi-Ancona Vicepresidente Coordinamento Nazionale Caposala.

• **Cristina Villa** - Ostetrica I.C.P. Vittore Buzzi Milano.

• **Amabile Bonaldi** - Referente Infermieristico Dipartimento Pediatrico Coordinatore Terapia Intensiva Pediatrica Patologia e Assistenza Neonatale Ospedale Maggiore B.go Trento VERONA

• **Milena Carotti** - Caposala presso il Reparto di Malattie infettive dell'Ospedale dei Bambini "G.Salesi" di Ancona.

• **Maria Bordignon** - Caposala presso reparto di terapia intensiva neonatale dell'Azienda Ospedaliera "S.Maria della Misericordia" di Udine- Fondatore e Presidente nell'anno 1995 dell'Associazione "Insieme per crescere".

• **Silvia Coghi** - Infermiera pediatrica presso la SOC di Patologia Neonatale Azienda Ospedaliera Universitaria di UDINE - Presidente Associazione nazionale "Insieme per crescere".

• **Sara Dubini** - Infermiera presso la patologia Neonatale, dell'Azienda "Ospedali Riuniti Umberto 1°" di Ancona, presidio Salesi.

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA NELLE UNITA' DI DEGENZA

Visto il successo delle scorse edizioni e la richiesta di alcuni iscritti di poter partecipare a nuove edizioni la Commissione ECM del Collegio ripropone agli iscritti due edizioni del l'evento formativo: Nuova Olonio il 2 maggio 2007 e Ponte in Valtellina il 10 maggio 2007.

OBIETTIVI DEL CORSO

L'evento pone lo scopo di far acquisire conoscenze tecniche e aggiornamenti in tema di gestione del soggetto affetto da insufficienza respiratoria acuta.

L'evento pone lo scopo di acquisire abilità manuali, tecniche e pratiche in tema di: gestione dei dispositivi per l'assistenza ventilatoria.

L'evento pone lo scopo di migliorare le capacità relazionali e comunicative in tema di corretto approccio al soggetto che richiede una ventilazione meccanica non invasiva/tracheostomizzato

8.00 registrazione partecipanti

SESSIONE UNO: DALLA FISILOGIA ALLA PATOLOGIA: I MECCANISMI DI INSORGENZA DELL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA

8.30/9.30 **Cenni di fisiologia respiratoria.** Rel. Infermiere Andrea Viviani

9.30/10.30 **I meccanismi di insorgenza dell'insufficienza respiratoria acuta.** Rel. Infermiere Andrea Viviani

Ore 10.30 Coffe Break

SESSIONE DUE: INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA ED INATTESA

11.00/11.45 **Embolia polmonare: eziopatogenesi, segni e sintomi, interventi infermieristici.** Rel. Inf. A. Viviani.

11.45/12.30 **Pneumotorace iatrogeno: eziopatogenesi, segni e sintomi, interventi infermieristici.** Rel. A. Viviani

12.30/13.00 **Edema polmonare acuto: eziopatogenesi, segni e sintomi, interventi infermieristici.** Rel. A. Viviani

13.00/14.00 pausa pranzo

14.00/14.30 Registrazione partecipanti

SESSIONE TRE: LA VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA E NON INVASIVA

14.30/15.15 **La ventilazione meccanica invasiva.** Relatore Inf. Chiara Fognini

15.15/16.00 **La ventilazione meccanica non invasiva.** Relatore Inf. Bruno Robustelli Test

SESSIONE QUATTRO: LA GESTIONE DEL SOGGETTO TRACHEOSTOMIZZATO

16.30/17.15 **La componente infermieristica nel soggetto portatore di tracheotomia.** Rel. Inf. Bruno Robustelli Test

17.15/17.45 **Le cannule tracheostomiche e la ventilazione meccanica non invasiva:** dimostrazione pratica.

Relatore Inf. Bruno Robustelli Test

17.45/18.15 Verifica con test scritto

Evento accreditato: 7 crediti ECM

SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNI IPASVI SONDRIO

N.B. CONTROLLARE DATA INIZIO ISCRIZIONI

Cognome

Nome

RICHIEDO L'ISCRIZIONE AL CONVEGNO:

QUANDO IL CONFINE DELLA VITA DI UN BAMBINO SI ACCORCIA 26/05/07

SONDRIO SALA POLICAMPUS

Iscrizioni da lunedì 7 maggio - per infermieri e vigiliatrici d'infanzia - 250 posti

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA NELLE UNITÀ DI DEGENZA 02-05

RSA NUOVA OLONIO

Iscrizioni da lunedì 23 aprile ore 14.30 preferenza ai Colleghi RSA e libero professionisti - 50 posti

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA NELLE UNITÀ DI DEGENZA 10-05

TEATRO COMUNALE PONTE IN VALTELLINA

Iscrizioni da lunedì 23 aprile ore 14.30 preferenza ai Colleghi RSA e libero professionisti - 50 posti

AGGIORNAMENTO DEGLI ALGORITMI DI RIANIMAZIONE CARDIOPLOMONARE E DEFIBRILLAZIONE PRECOCE NELL'ADULTO A SEGUITO DELL'EMANAZIONE DELLE LINEE GUIDA 2005 DA PARTE DELL'EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL 05-05-2007

SALA VITALI SONDRIO VEDI PROGRAMMA A PAG.4 Lettera Assemblea annuale

Iscrizioni da lunedì 23 aprile ore 14.30 aperto a tutti - 100 posti

dichiaro di essere iscritto/a all'albo del Collegio IPASVI della prov. di Sondrio

del Collegio IPASVI della prov. di

di essere residente a

Via Tel.

e-mail codice fiscale

sede e Unità operativa di appartenenza:

qualifica:

Intestare la ricevuta a:
(se il nominativo è diverso dalla persona sopra indicata)

Ho effettuato il versamento di euro venticinque in data come da allegata copia.

Sono iscritto al corso gratuito: aggiornamento degli algoritmi di rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione precoce nell'adulto a seguito dell'emanazione delle linee guida 2005 da parte dell'European resuscitation council 05-05-2007

Autorizzo il Collegio IPASVI della prov. di Sondrio al trattamento dei dati personali sopra dichiarati ai soli fini istituzionali e alle comunicazioni inerenti la certificazione ECM, ai sensi del D.L. n. 196 del 30 giugno 2003.

Data Firma

MODALITA' DI ISCRIZIONE AI CONVEGNI

Leggere attentamente le note organizzative riportate nella presentazione di ciascun evento per documentarsi su sedi, date e costi. Per convalidare l'iscrizione è indispensabile seguire la seguente procedura:

1. Contattare telefonicamente il Collegio o presentarsi di persona in segreteria,

dopo le date indicate, per avere la conferma della disponibilità dei posti;

2. Ogni iscritto, oltre alla sua iscrizione, può iscrivere un solo altro collega;

3. Entro tre giorni dalla conferma della disponibilità dei posti, compilare in modo leggibile la scheda di iscrizione ed effettuare il versamento;

4. La scheda è reperibile: a) presso la segreteria del Collegio b) sul notiziario "Parliamone" c) sul sito

internet www.ipasviso.org

5. Il versamento della quota deve essere effettuato: a) presso la segreteria del Collegio b) tramite versamento sul c/c di TESORERIA n. 24367 cod. ABI 5216 - CAB 11010 Tesoreria Credito Valtellinese, sede di Sondrio, specificando la causale del versamento "convegno del Sig."

6. Inviare la documentazione (scheda di iscrizione

e copia della ricevuta di versamento della quota di iscrizione) tramite fax (0342/517182) alla segreteria del Collegio o via e-mail (info@ipasviso.org)

7. Utilizzare una scheda di iscrizione per ciascuna persona e per ciascun evento;

8. Saranno accettate disdette con rimborso della quota solo se pervenute, in forma scritta, entro e non oltre cinque giorni prima dell'inizio dell'evento.

G.M. Ente di formazione accreditato dalla Regione Lombardia
Organizza in provincia di Sondrio i seguenti corsi di aggiornamento:

LA POPOLAZIONE ANZIANA: ASPETTI PROBLEMATICI DELLA PRESA IN CARICO

Maggio - giugno 2007 presso R.S.A. CHIURO per infermieri 13 crediti

Informazioni e iscrizione presso GM via Trieste 70 Sondrio tel/fax 0342 050527

1° giornata sabato 26 maggio prevenzione e gestione delle cadute nel paziente anziano

2° giornata sabato 16 giugno La gestione della contenzione fisica: aspetti giuridici, etici e assistenziali

Docenti: Infermiera dott.ssa Antonella Bonanno - Infermiera Patrizia Almasi

LA PROFESSIONE DI AIUTO: COMUNICAZIONE, RELAZIONE E CONFLITTI INTERPERSONALI

Aprile - giugno 2007 presso GM via Trieste 70 SONDRIO per Infermieri e personale ausiliario

3 giornate è possibile iscriversi alle singole giornate

informazioni e iscrizione presso GM via Trieste 70 Sondrio tel/fax 0342 050527

1° giornata sabato 21 aprile Dr Stefano Marchi - la comunicazione assertiva - la comunicazione verbale e non verbale - le tecniche assertive - difficoltà nella gestione della relazione - crediti 8

2° giornata venerdì 18 maggio Dr Margherita Baruffi - i conflitti e problem solving nelle professioni d'aiuto: i rapporti di lavoro - il conflitto tra colleghi - le tecniche del problem solving - la gestione delle dinamiche conflittuali.

3° giornata sabato 9 giugno Dr Giovanna Della Briotta - la relazione d'aiuto - imparare ed aiutare - relazione di aiuto e comunicazione - le condizioni per una relazione di aiuto - strategie e tecniche per una relazione di aiuto efficace.



12 giornata internazionale
maggio dell'infermiere

11 dalle 19.30
maggio

grande serata
cenacabaretgiochi
MUSICHE & BALLI

Serata indimenticabile
dedicata a tutti gli infermieri e simpatizzanti.
Far pervenire l'iscrizione ai referenti del collegio.
Info: 0342.218427
info@ipasviso.org - www.ipasviso.org

HOTEL SALYUT
S. PIETRO BERBENNO

