

Parliamone

Anno 18 - N. 3 - Dicembre 2008 - Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 2, comma 1, DCB Sondrio

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

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

Attendendo il nuovo direttivo del Collegio

di Ercole Andrea Piani

A fine anno è doveroso fare il punto della situazione e, per quanto riguarda il nostro Collegio, è giusto riflettere sui risultati raggiunti ma lo è ancor più per quelli attesi e non realizzati.

Non voglio però tediare nessuno sulla cronistoria degli impegni che hanno contraddistinto questo 2008 che, seppur tanti ed impegnativi, rischierebbero di enfatizzare un impegno che è dovuto.

Vorrei però rimarcare che troppo spesso sentiamo scarsa la partecipazione degli iscritti alla vita del Collegio e, nonostante lo sforzo di voler informare tutti sugli eventi della professione attraverso il nostro sito e il giornale, il riscontro è spesso deludente.

Ora siamo giunti al rinnovo del Consiglio direttivo e come rappresentante del Consiglio uscente sento forte il desiderio di ringraziare tutti i Consiglieri e i Revisori dei conti che in questi tre anni si sono impegnati a portare avanti questo impegno; soprattutto perché è stato un impegno disinteressato che spesso è costato giorni di riposo o di ferie.

In ultima pagina trovate i Candidati per il nuovo Consiglio, con piacere evidenzio che abbiamo alcune nuove disponibilità tra i giovani Colleghi che troveranno vicino altri infermieri da anni impegnati nel compito di rappresentanza.

Ci attende un anno ancora pieno di risultati da raggiungere primo tra tutti il nuovo codice deontologico che da febbraio entrerà in vigore e l'atteso passaggio da Collegio ad Ordine.

Sarà inoltre importante essere sempre più presenti e vicini ai problemi dei colleghi dove risulta ancora scarso il coinvolgimento nei progetti aziendali.

Per quanto concerne la formazione dovremo essere impegnati sempre più in Università, con piacere si sono visti tanti infermieri impegnati nei master o nella Laurea specialistica; è tempo di richiedere che questo impegno sia poi riconosciuto contrattualmente.

Infine cari colleghi permettetemi di evidenziare ancora una volta che il più importante obiettivo resta il cittadino che fruisce dei nostri servizi e che cerca in noi oltre alla dovuta professionalità una presenza discreta, sorridente e umana. Nel rinnovare l'invito alle prossime elezioni, vogliate gradire, anche a nome di tutto il Direttivo e dei Consiglieri, i migliori auguri per le prossime festività e chi di noi, in queste circostanze, sarà presente nei luoghi di lavoro, il ringraziamento per saper essere ancor più vicini a chi da ragione alla nostra professione.

SESTA FESTA DEI LAUREATI 25 novembre 2008



di Monica Rita Nonini*

Ed eccoci nuovamente qui a parlarvi della festa dei laureati: martedì 25 novembre abbiamo definitivamente congedato dal corso di laurea in infermieristica 18 studenti, mi correggo, neo laureati e quindi colleghi.

Sembra ieri che parlavamo dei laureati nell'anno accademico 2006/2007, ma effettivamente è già passato un'altro anno durante il quale abbiamo accolto alla sede di Faedo 30 matricole, accompagnato 26 studenti lungo il secondo anno e 20 studenti del terzo; 18 di questi ultimi, appunto, si sono laureati nella sessione di novembre terminata il 21.11.2008.

Durante il percorso triennale ciascuno di questi ragazzi, chi chiaramente, chi in modo meno manifesto, rivela una sempre più definita maturità professionale.

Si presentano da matricole: alcuni hanno un progetto chiaro per il proprio futuro nel campo infermieristico, altri, sia pure con minore convinzione, iniziano questo percorso per valutare se può fare al caso loro, data la sicurezza di un impiego futuro. Arriva poi il periodo del primo tirocinio e lì si decidono veramente i giochi.

Alcuni ragazzi si rendono conto dell'impegno che tale scelta richiede: i turni di lavoro, un intenso coinvolgimento emotivo talvolta inevitabile, momenti professionali che agli occhi dei meno convinti possono apparire persino umilianti. - No, tutto questo non fa per me! - alcuni hanno il coraggio di dire a se stessi, per poi abbandonare.

Ben venga questa consapevolezza, perché il lavoro dell'infermiere non può essere portato avanti malvolentieri senza pagarne di persona le conseguenze o peggio ancora che a soffrirne siano poi i malati.

L'impegno profuso dai laureandi nella

preparazione alla prova finale li ha condotti a presentare lavori di approfondimento bibliografico o tesi su argomenti di tipo assistenziale infermieristico negli ambiti: psichiatrico, ginecologico, chirurgico e medico-specialistico.

Terminata la fatica e le preoccupazioni, e superato l'esame, ha prevalso anche per i neolaureati la voglia di fare festa e molti di loro hanno partecipato attivamente alla preparazione della giornata.

Non è mancato un pensiero forte a Roberto Pinchetti, collega che ha condiviso parte del suo percorso formativo con questi compagni e che pochi mesi dopo la laurea, nel luglio di quest'anno, ha tragicamente lasciato tutti noi: la giornata è iniziata al cimitero, dove con la mamma commossa abbiamo ricordato Roberto con un momento di preghiera.

Nella hall della Sezione di Faedo dove si è svolta la festa hanno presenziato: On.Sen. Fiorello Provera, Presidente della Provincia di Sondrio, Prof. Andrea Stella, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano - Bicocca, Prof. ssa Stefania Di Mauro, Coordinatore Generale Corso di Laurea in Infermieristica, Dott. Marco Luigi Votta, Direttore Generale A.O. della Valtellina e della Valchiavenna, Dott. ssa Maria Cristina Manca, Direttore Sanitario A.O. della Valtellina e della Valchiavenna, Dott. Luigi Gianola, Direttore Generale A.S.L. di Sondrio, Dott. Mauro Lovisari, Direttore Amministrativo A.S.L. di Sondrio, Sig. Valter Sterlocchi, Vice Presidente Comunità Montana Valtellina di Morbegno, Geom. Enrico Bettomè, Sindaco Comune di Faedo Saltellino e Ercole Piani, Presidente Collegio I.P.A.V.S.I. della Provincia di Sondrio; tutti hanno avuto parole di elogio verso i neolaureati e di augurio per un futuro professionale ricco di soddisfazioni.

Dopo la lettura del giuramento di Florence Nightingale il Professor Andrea Stella, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, la Professoressa Stefania Di Mauro, Coordinatore Generale del CdL in Inf. ed il Presidente del Collegio IPASVI della nostra provincia Ercole Piani hanno consegnato ai neolaureati una pergamena ricordo e le tradizionali corone d'alloro realizzate anche quest'anno dagli ospiti del centro diurno e CPS - CRA di Sondrio, che qui cogliamo l'occasione per ringraziare di cuore. La giornata si è conclusa con il buffet preparato dai cuochi dell'Ospedale Civile di Sondrio.

Un ringraziamento va ai titolari del negozio di P.le Bertacchi di Sondrio "FLORART" che gentilmente ci hanno fornito i gradevoli addobbi floreali con cui è stata abbellita la sede.

L'ultimo pensiero va ancora una volta ai festeggiati: l'augurio che sappiano sempre cogliere da ogni esperienza ciò che può loro essere utile a migliorarsi e che ricordino del loro percorso formativo i momenti più belli.

* Tutor CdL in Infermieristica Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Milano - Bicocca Sezione di Sondrio

Le rubriche all'interno

NOTIZIE DAL COLLEGIO	pag. 2
PAGINA DEL BAMBINO	pag. 6-7
LE INDAGINI DEL COLLEGIO	pag. 8-11
INFERMIERI DI AREA CRITICA	pag. 12-13
PAGINA DELLA PSICHIATRIA	pag. 14-15
I CANDIDATI	pag. 16

A tutti
un Buon Natale
e un Felice 2009

Sito internet

http://www.ipasviso.org/

CONTINENTI DI PROVENIENZA DEI VISITATORI	
Continente	Visitatori
Europa	13205 (59.45%)
America	2650 (11.93%)
Asia	381 (1.72%)
Oceania	203 (0.91%)
Africa	10 (0.05%)
Europa	13205 (59.45%)
America	2650 (11.93%)
Asia	381 (1.72%)
Oceania:	203 (0.91%)
Africa:	10 (0.05%)

PAESI DI PROVENIENZA DEI VISITATORI	
Paese	Visitatori
Italia (it)	11225 (50.5%)
Non riconosciuto	5762 (25.9%)
Stati Uniti d'America (us)	2279 (10.3%)
Svezia (se)	915 (4.1%)
Svizzera (ch)	526 (2.4%)
Canada (ca)	315 (1.4%)
Australia (au)	202 (0.9%)
Cina (cn)	170 (0.8%)
Francia (fr)	116 (0.5%)
Germania (de)	105 (0.5%)
Regno Unito (gb)	79 (0.4%)
Russia (ru)	41 (0.2%)
Irlanda (ie)	40 (0.2%)
Repubblica Ceca (cz)	33 (0.1%)
Giappone (jp)	32 (0.1%)
Repubblica di Corea (Corea del Sud) (kr)	29 (0.1%)
Taiwan (tw)	26 (0.1%)
Olanda (Paesi Bassi) (nl)	24 (0.1%)
Israele (il)	23 (0.1%)
Norvegia (no)	22 (0.1%)
Romania (ro)	22 (0.1%)
Argentina (ar)	19 (0.1%)
Brasile (br)	18 (0.1%)
Spagna (es)	17 (0.1%)
Polonia (pl)	17 (0.1%)
India (in)	14 (0.1%)
Turchia (tr)	14 (0.1%)
Tailandia (th)	10 (0%)
Ungheria (hu)	9 (0%)
Bulgaria (bg)	8 (0%)
Finlandia (fi)	7 (0%)
Messico (mx)	6 (0%)
Perù (pe)	6 (0%)
Albania (al)	5 (0%)
Ucraina (ua)	5 (0%)
Portogallo (pt)	4 (0%)
Principato di San Marino (sm)	4 (0%)
Belgio (be)	3 (0%)
Cile (cl)	3 (0%)
Algeria (dz)	3 (0%)
Grecia (gr)	3 (0%)
Hong Kong (hk)	3 (0%)
Lussemburgo (lu)	3 (0%)
Malesia (my)	3 (0%)
Arabia Saudita (sa)	3 (0%)
Austria (at)	3 (0%)
Emirati Arabi Uniti (ae)	2 (0%)
Danimarca (dk)	2 (0%)
Repubblica Dominicana (do)	2 (0%)
Croazia (hr)	2 (0%)
Iran (ir)	2 (0%)
Latvia (lv)	2 (0%)
Malta (mt)	2 (0%)
Repubblica Slovacca (sk)	2 (0%)
Vietnam (vn)	2 (0%)
Sud Africa (za)	2 (0%)



di Giancarlo Bottà*

A distanza di 3 anni e 6 mesi dalla creazione del nostro sito internet (12 aprile 2005), ed al termine del triennio si pone doveroso un consuntivo di questa nostra iniziativa.

Evidenzio che i dati sono ricavati da statistiche e sono puramente indicative.

Il dato più significativo è che siamo "visitati" 1200 volte al mese, con trend in costante crescita.

L'accesso medio è di 32 contatti al giorno.

Il giorno con il numero massimo di visitatori è stato il 10 agosto 2006 con 100 visitatori (evidentemente si visita il sito soprattutto durante le ferie?).

Le pagine visitate sono oltre 150.000, mentre quelle visitate al mese sono circa 5300.

Il giorno con il numero massimo di utenti collegati, è stato il 27 luglio 2006 con 13 utenti collegati contemporaneamente.

La provenienza dei contatti è sommariamente descritta dalla tabella (n.b. il dato è parziale, non recente e non tutti i contatti sono riconoscibili - manca il 25%!).

Le parole più ricercate sono: collegio, ipasvi, convegni, albo, assicurazione, libera professione.

Le pagine più visitate sono: convegni, segreteria, avvisi, parliamone, albo, leggi.

La media giornaliera è di 116 pagine viste.

La media per visitatore è di 4 pagine viste.

La permanenza media sul sito supera i 4 minuti ad accesso.

Dall'inizio abbiamo raggiunto ormai 40.000 accessi, la creazione del sito curata da De Stefani hosting Assitech, è in via di aggiornamento.

In attesa di una nuova veste grafica qualche anticipazione sulle prossime novità:

- una galleria fotografica di immagini, anche storiche, ricavate da un archivio fotografico depositato in sede;
 - una pagina legata ai corsi online (collegamenti, link);
 - una pagina legata a siti che riteniamo interessanti;
 - la possibilità di vedere clip estratte da filmati, (convegni, serate 12 maggio ...)
 - per ora non si ritiene utile immettere nessun tipo di forum, ma esiste sempre la possibilità di inviare e-mail all'indirizzo info@ipasviso.org;
 - una pagina di pubblicazione online di lavori infermieristici (tesi, pubblicazioni testi) ricordo che la nostra rivista parliamone può dare diversa documentazione;
 - a breve saranno disponibile sul sito anche dei plug in, per vedere filmati, foto files di testo ed animazioni (acrobat reader, java, quick time)
- Qualsiasi idea e suggerimento sono sempre graditi e attesi.

*Inf. A.f.d. Revisore dei Conti Collegio

AVVISI

RESIDENZA: Si invitano gli iscritti all'albo che hanno cambiato residenza a volerlo comunicare in segreteria onde poter permettere di mantenere aggiornato l'albo professionale.

Il modulo per la notifica del cambio di residenza si può scaricare dal sito: www.ipasviso.org

E-MAIL: La segreteria sta aggiornando i dati personali degli iscritti all'albo.

Chiunque possedesse una e-mail e desiderasse comunicarla al Collegio IPASVI è pregato di voler inviare per iscritto l'autorizzazione all'utilizzo della stessa da parte del collegio per le comunicazioni di segreteria.

PROCEDURE ELETTORALI: Quando si svolgono le elezioni? Le elezioni si terranno nei giorni 24-25-26 gennaio 2009.

Dove si trova la sede dell'Assemblea elettiva: La sede dell'Assemblea elettiva è presso la Sala "Vitali" del Credito Valtellinese, sita in Sondrio Via Delle Pergole n. 10 (vicino alla sede della Provincia e con accesso da Via Cesura). Inizio dell'Assemblea ore 15.30 del 24/1/09.

Dove si vota? La sede dell'unico seggio elettorale (secondo la normativa vigente) è presso la sede del Collegio IPASVI, Sondrio Via IV Novembre n. 11

Gli orari della votazione? Sabato 24 gennaio 2009 dalle ore 17.00 alle ore 19.00, Domenica 25 gennaio 2009 dalle ore 9.00 alle ore 12.00 e dalle ore 14.00 alle ore 19.00. Lunedì 26 gennaio 2009 dalle ore 10.00 alle ore 17.00.

Chi è chiamato a votare? Tutti gli iscritti all'albo di Sondrio hanno diritto di esprimere il loro voto.

Chi sono gli eleggibili? Tutti gli iscritti all'albo della provincia di Sondrio sono eleggibili.

Candidature. La propria candidatura può essere presentata in qualsiasi momento, fino al giorno stesso delle elezioni, ma nella sede del seggio elettorale verranno esposti i nominativi pervenuti in collegio entro il 23 gennaio 2009. Per informazioni contattare la segreteria amministrativa

Come si vota? La scheda elettorale che vi verrà consegnata, previa presentazione di un documento di identità personale in corso di validità è divisa in due sezioni, rispettivamente per il rinnovo del Consiglio Direttivo e per il rinnovo del Collegio dei Revisori dei Conti.

Nota bene: Ogni elettore, affinché la propria scheda elettorale sia valida deve indicare sulla scheda n. 15 nominativi dei consiglieri per il Consiglio Direttivo e n. 4 nominativi di consiglieri per il Collegio dei Revisori dei Conti.

Omonimie: Se l'iscritto all'albo che si intende votare ha un collega omonimo iscritto all'albo è indispensabile indicare sulla scheda la data di nascita dell'iscritto che si intende votare.

Deleghe: Non sono ammesse deleghe per le elezioni del Consiglio Direttivo.

PAGAMENTO QUOTA ASSOCIATIVA ANNO 2008: Ricordiamo a coloro che non hanno pagato la quota associativa riferita all'anno 2008 che a breve riceveranno a casa la cartella esattoriale per il pagamento della stessa, maggiorata delle spese di emissione della cartella.

CREDITI E.C.M. AQUISITI IN FAD

A fronte di numerose richieste sulla percentuale di crediti acquisibili con la "formazione a Distanza", abbiamo girato la richiesta alla Federazione nazionale Ipasvi.

Ecco la risposta:

A riscontro della nota in oggetto si rileva che la percentuale annua di crediti ECM che l'infermiere può acquisire in modalità FAD sarà una decisione determinata dalla Commissione nazionale ECM.

In precedenti occasioni l'orientamento espresso dalla FNC Ipasvi è stato quello di non superare il 50%.

Si ritiene di confermare tale suggerimento fino a formalizzazione da parte della Commissione nazionale ECM.

Cordiali saluti

La presidente
Annalisa Silvestro

Sii...

Se non puoi essere pino sul monte,
sii un cespuglio di erica nella valle,
ma sii la migliore, piccola erica
sulla sponda del ruscello.

Sii un cespuglio,
se non puoi essere un albero.

Se non puoi essere una via maestra,
sii un sentiero.

Se non puoi essere un sole,
sii una stella.

Sii sempre il meglio di ciò che sei ora.

Cerca di scoprire il disegno
che sei chiamato ad essere:

poi mettilo con passione
e realizzarlo nella vita.

Douglas Mallok

Fiocco azzurro in Collegio

La Consigliera
Chiara Fognini
è diventata Mamma
di Gabriele,
tutta la Redazione
di Parliamone
e i Consiglieri
condividono con papà
Andrea questa felicità.



Amministratore di sostegno

Una presa in carico innovativa e personalizzata per le persone in difficoltà.

di Bruno Orsini*

Con la legge numero 6 del gennaio 2004 è stata introdotta anche nel nostro ordinamento giuridico la figura dell'amministratore di sostegno. Questa norma assicura alle persone che si trovano nell'impossibilità anche parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi, la maggior tutela con la minore limitazione possibile della loro capacità di agire.

Il provvedimento normativo, che porta la firma dell'ex Ministro Roberto Castelli e che è diventato parte integrante del Codice Civile, trae origine dai limiti che si sono riscontrati nell'applicazione pratica degli istituti dell'interdizione e della inabilitazione previsti per le persone che, soprattutto per problematiche psichiche, non sono in grado di badare a sé stesse. Con l'interdizione infatti la persona non può compiere atti giuridicamente validi per i quali viene nominato un tutore dall'Autorità Giudiziaria, mentre con l'inabilitazione l'autonomia della persona è limitata solo agli atti di ordinaria amministrazione dovendo ricorrere al curatore, anch'esso nominato dall'Autorità Giudiziaria, per gli atti di straordinaria amministrazione. Tali istituti presentano però due inconvenienti principali: innanzitutto richiedono procedure lunghe e complesse, spesso onerose in termini economici ed in molti casi contrarie al rispetto della dignità e della riservatezza della persona; inoltre, in assenza di altri strumenti giuridici, hanno trovato applicazione in casi per i quali non erano stati originariamente pensati.

Misure "totalizzanti" perchè destinate a persone in condizione di abituale e grave infermità di mente, quasi sempre sproporzionate rispetto al nobile obiettivo di proteggere la persona e più orientate a proteggere la società e il patrimonio.

La figura dell'amministratore di sostegno riempie quindi un vuoto giuridico e può dare una risposta concreta alle persone che, per effetto di una infermità temporanea o permanente, si trovano nella impossibilità, anche parziale, di provvedere ai propri interessi e/o di badare al proprio patrimonio. Persone che non si possono definire come abitualmente inferme di mente, ma che sono deboli per età o malattia, oppure che hanno una posizione sociale indebolita dalla dipendenza da sostanze stupefacenti o alcoliche, con un danno per la loro salute e per le loro proprietà.

Alcuni esempi possono evidenziare la potenzialità della misura applicabile in situazioni molto comuni:

- persone molto semplici o disabili che non sanno spendere bene le proprie risorse e vengono raggiunte;
- persone deboli o disabili che sono incapaci di esercitare i propri diritti;
- persone che vivono in condizioni di isolamento sociale e di deterioramento abitativo;
- persone che hanno bisogno di qualcuno che li assista nella cura della propria persona e della

propria salute, che spesso sono sufficienti ad evitare l'istituzionalizzazione;

- persone con disturbi della personalità o con comportamenti disordinati;
- persone con salute precaria per la quale si rendono necessarie particolari responsabilità di cura;
- persone con alcool dipendenza che indirizzano le risorse in prevalenza al bere;
- persone con tossicodipendenza;
- persone senza dimora;

L'età avanzata di per sé non è una menomazione, ma può avere ripercussioni psichiche o fisiche che incidono sull'autonomia, per cui l'anziano talvolta non è più in condizioni di provvedere a sé stesso e ai propri interessi.

Per un genitore con un figlio disabile a carico si pone l'esigenza di garantirgli un futuro dignitoso, attraverso un progetto spesso identificato con il "dopo di noi", individuando quindi una persona che ben conosce l'ambito familiare e il vissuto del beneficiario e possa quindi prendersi cura in modo personalizzato delle sue esigenze future, evitando il ricorso alle istituzioni che inevitabilmente si dovranno comunque attrezzare in risposta a questo bisogno.

La richiesta di nominare un amministratore di sostegno può essere presentata dalla persona interessata, dal coniuge, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado, dal tutore o curatore, dai Servizi Sociali del Comune, o dal Pubblico Ministero. Non è richiesta l'assistenza di un avvocato, mentre è buona norma dettagliare lo stato di salute psico-fisica, allegare il consenso di tutti i parenti entro il quarto grado e descrivere lo stato patrimoniale.

Il decreto di nomina emesso entro sessanta giorni dal Giudice Tutelare contiene, oltre alla durata e all'oggetto dell'incarico, anche l'indicazione degli atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario, gli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore, i limiti di spesa sia per l'amministratore che per il beneficiario e la periodicità con la quale l'amministratore deve riferire al Giudice Tutelare circa l'attività svolta e le condizioni di vita personali e sociali del beneficiario. Da sottolineare il fatto che la persona assistita conserva la capacità di agire e di decidere, manifestando quindi le proprie scelte, per tutte le necessità tese a soddisfare i bisogni della propria vita quotidiana, avvalendosi della protezione di una persona gradita che la supporta partendo proprio dalla sua soggettività, dalla capacità decisionale residua e dal vissuto personale, ma non disgiunta dalla condizione di infermità, disabilità, fragilità, dipendenza o devianza.

Una presa in carico innovativa e personalizzata, lontana dagli schemi istituzionali ai quali spesso la nostra società si affida. L'amministratore di sostegno viene quindi

identificato, ove possibile, con il consenso della persona beneficiaria e di norma all'interno della cerchia familiare, riscoprendo quindi il più autentico significato di famiglia, valorizzando la "risorsa famiglia" e le relazioni interne.

Alla famiglia si rifà anche il modo di operare che deve essere comune a tutte le persone che si trovano a gestire ed amministrare beni altrui: "la diligenza del buon padre di famiglia".

Da evidenziare il fatto che la legge non prevede nessun compenso per l'amministratore di sostegno; tuttavia il Giudice Tutelare può ricono-

scere il rimborso delle spese e, in alcuni casi, un equo indennizzo stabilito in relazione al tipo di attività prestata e all'entità del patrimonio della persona assistita.

Sempre più le istituzioni pubbliche vengono sollecitate a dare delle risposte ai bisogni che la società esprime, a mettere a disposizione maggiori risorse per i servizi socio sanitari e assistenziali, a cercare sinergie fra più Enti. Sempre più queste richieste si connotano come delega alle istituzioni di un problema di cui la famiglia non può, o non vuole, farsi carico. Intervenire in via preventiva sulla famiglia pro-

ponendo strumenti e alternative che riducano questa domanda, significa garantire un futuro migliore alle persone in difficoltà, diminuire i costi sociali dei servizi alla persona e ridurre l'assistenzialismo passivo. Scelte e interventi che propongono coraggio e lungimiranza, ma che valorizzano il nucleo sul quale necessariamente si deve fondare una società evoluta, consegnataci con il sacrificio di chi ci ha preceduto, alla quale abbiamo il privilegio di appartenere.

* Infermiere
Consigliere Collegio borsini@alice.it

Oriente e occidente: la scienza non cambia in funzione della geografia (e nemmeno la medicina)

di Roberto Ferrara*

Rivolgo un sincero ringraziamento ad Ercole Piani per la sua disponibilità ad accogliere il mio intervento, che illustra una posizione a quanto pare poco di moda, quella di chi vede nella rivoluzione scientifica (che è relativamente recente) il propellente essenziale per il progresso della civiltà umana. "E' forse un cliché, ma non di meno vero, che un tipico Italiano del XV secolo si sarebbe sentito pressoché a casa sua nel XV secolo, ma un Italiano del XV secolo troverebbe il XXI secolo meno familiare per lui dell'Italia dei Cesari" ("Science, a history" John Gribbin, Penguin Books, 2002)

La citazione è tratta da un contesto in cui viene enfatizzato dall'autore il significato del rinnovamento globale apportato nella civiltà (tutta, anche se dapprima solo in quella Europea) dal pensiero scientifico e dalle sue applicazioni.

Nell'articolo "Oriente e Occidente: due "mondi" per curare" pubblicato nel numero di luglio, vengono espresse considerazioni polemiche nei confronti delle modalità applicative della moderna scienza medica (definita occidentale, non correttamente dato che esistono prestigiose facoltà di medicina in tutto il mondo, Cina, India e Giappone compresi) e dei concetti che ne sono alla base.

Dal momento che questa rivista si rivolge a professionisti formati attraverso non soltanto nozioni ma anche modi di pensare ed agire conformi al sapere scientifico moderno (il quale ha storicamente origine in Europa a partire da Galileo, all'inizio del XVII sec), ritengo opportuno chiarire la manifesta validità, e perciò stesso superiorità, di tale sapere, forgiato attraverso gli sforzi e le opere di persone intelligenti (per la verità non molte) a vantaggio di tutto il genere umano.

Chi opera nel campo della salute, e in particolare della Sanità Pubblica

in un periodo storico controverso come questo, per essere nella migliore disponibilità ad affrontare i propri compiti, deve ignorare le mode ed essere consapevole della fondatezza scientifica delle basi del suo operare: equiparare la medicina (e chirurgia) a pratiche che nei secoli (o nei millenni) originano da teorie suggestive ma indiscutibili oltre che indimostrabili (quindi false sotto il profilo scientifico) e procedono sulla ripetizione di quanto tramandato dai testi "sacri" senza alcun progresso (e sfido chiunque a dimostrare che la scienza medica non sia soggetta a variazioni e miglioramenti, non annualmente, ma pressoché quoti-

è faticoso, interminabile, mai autosufficiente né autoreferente, talvolta sgradevole quando non pericoloso, in genere non ben remunerato... ma necessario, a meno di accontentarsi, e, di nuovo, non solo in campo sanitario, di un mondo sempre uguale a sé stesso, immutabile nei principi (aprioristicamente ed inspiegabilmente validi), scontato negli esiti, finito e compiuto nella soggettività di ognuno, che evidentemente non ha bisogno di altro che di esplorare sé stesso e, così, ottenere, oltre che ogni conoscenza, ogni beneficio.

Ora, quando si dice che "La medicina cinese è empirica (empirico: Iffilos) che si basa sull'esperienza non guidata da presupposti metodici 2 Fondato solo sulla pratica e non su criteri scientifici - Lo Zingarelli 1999, vocabolario della Lingua Italiana) scaturita dall'osservazione e dalla formulazione di correlazioni che investono non solo l'uomo ma anche la Natura e l'Universo intero" si ha come riferimento, con un linguaggio forse poetico, di sicuro altisonante e ambizioso ma privo di contenuti, un primitivo sistema a valenza dogmatico/spirituale, utile forse per infondere sicurezza e formare adepti, ma agli antipodi della ricerca e della conoscenza scientifiche; nella scienza medica non si pratica l'empirismo fine a sé stesso ma la sperimentazione; la

formulazione delle correlazioni deve essere fondata non soltanto sull'osservazione, ma anche sull'evidenza; l'atto medico vero, per soddisfare i criteri di scientificità, nella raccolta dei dati anamnestici fa riferimento a discipline biologiche (genetica, biochimica, malattie trasmissibili infettive e non, patologia medica e chirurgica, neurologia, fisica, meccanica...) che costituiscono un patrimonio esclusivo della cultura e pratica scientifiche, patrimonio di cui non fanno parte elementi teorici quali i "meridiani" o il Qi, ectoplasmatico stato energetico non osservabile, non misurabile, ritenuto essenziale per definizione.

Ed è veramente paradossale affer-

ANDREAE VESALII
BRUXELLENSIS, DE HUMANI CORPO-
RIS FABRICA LIBER SEPTIMVS, CEREBRO AN-
MALIS FACIANTIS FELIX DE FORMIS REGIARIS DEDICAVIT. SE MOS IN IUSTO OMNES
PROPRIOSQVE SPUS FIGURAS, AN SE DUO PROXIMIS PRECEDEN-
TIBUS LIBRIS, COMMUNICAVIT.



dianamente!) significa negare tutte (proprio tutte) le acquisizioni degli ultimi cinquecento anni, in tutti i campi (dalla meccanica all'informatica), in tutto il mondo e per qualche miliardo di persone (Cinesi, Indiani e Giapponesi compresi).

L'effetto placebo, il rilassamento e la suggestione, perché no, l'illusione, sono fenomeni che pure hanno un loro ambito di legittimità, ma riguardo all'esito non possono essere confusi con la probabilità (che non vuol dire la certezza) di un risultato genuinamente terapeutico: oltre ad essere una semplificazione inaccettabile dal punto di vista razionale, ciò si presta a far ritenere tout court inutile, superfluo, e, peggio, disumano tutto il lavoro della ricerca scientifica, che

mare, riferendosi a Descartes e Newton, "Utilizzando la logica e l'analisi hanno formulato leggi meccaniche e fisiche in modo certo, fisso, assoluto;...": il primo ci ha lasciato un motto, "dubium sapientiae initium" (l'inizio della conoscenza è il dubbio) che non lascia spazio a equivoci circa le certezze assolute dell'autore, il secondo, impegnato a sviluppare, tra l'altro, bazzecole come il calcolo infinitesimale, le tre leggi sul moto e quella della gravitazione universale (tuttora valida, per quanto limitata dalla successiva teoria relativistica) ha espresso in una lettera al Gesuita Francese Gaston Pardies il suo modo di ragionare come segue: "Il migliore e più sicuro metodo di filosofeggiare (n.d.r. all'epoca scienza e filosofia erano sinonimi) sembra essere primo investigare diligentemente sulle proprietà delle cose, e stabilire tali proprietà attraverso le esperienze (n.d.r., gli esperimenti) e quindi procedere più lentamente verso le ipotesi per la spiegazione di esse. **Poiché le ipotesi dovrebbero essere impiegate soltanto per spiegare le proprietà delle cose ma non assunte per determinarle** (il corsivo è mio)..."

Alla faccia dell'assolutismo!

Che l'O.M.S. riconosca l'agopuntura come atto terapeutico di per sé non ne certifica la base scientifica; come ho premesso, esistono talune situazioni e condizioni in cui svariate tecniche, per motivi non ancora noti, possono essere d'aiuto o addirittura risultare efficaci: ciò non toglie che nel caso di una malformazione cardiaca congenita l'eseguire una razionale procedura chirurgica attraverso l'aiuto di cognizioni di fisica (il cuore non è semplicemente paragonabile ad una pompa, lo è di fatto), di chimica, di igiene ecc. non sia una semplice opzione, ma l'unica possibilità di ottenere un risultato drammaticamente positivo (per il paziente) e significativo (per tutti).

L'evidenza circa non solo il miglioramento delle condizioni di vita, ma anche del suo prolungamento grazie all'utilizzo di farmaci e di tutte le tecniche preventive (si pensi alle vaccinazioni) sviluppate a partire dal pensiero scientifico (così sminuito, disprezzato, degradato, ignorato dai paladini delle varie forme di naturismo e salutistica contemplazione) è confermata dalla storia e dal presente: per il futuro i lavori sono in corso.

Nella nostra attività professionale dobbiamo fornire alle persone cui prescriviamo farmaci o altro una serie di informazioni che tendono ad essere, con il passare del tempo, sempre più numerose e maggiormente articolate; ciò è coerente con una mentalità scientifica, quella che richiede spiegazioni non affidate al caso, alla fede o alla superstizione, ma alla prova sperimentale. Tale mentalità è, purtroppo, talmente lontana dalle aspettative e opinioni popolari che spesso il solo fatto di trovare un foglietto illustrativo sugli effetti farmacologici in una confezione di medicinali, costituisce un motivo di sospetto e sfiducia per i destinatari, cioè i pazienti, che in 2/3 dei casi o assumono scorrettamente quanto loro prescritto dal Medico di Medicina Generale o non lo assumono affatto.

Se le persone, non soltanto i pazienti ma anche gli addetti ai lavori, tendono oggi a non avere fiducia della Medicina (e Chirurgia) ciò non dipende dalla infondatezza della Scienza, ma in primo luogo dalla sua incomprensione e/o scarsa conoscenza, secondariamente dagli errori e dalla malpractice degli operatori sanitari, ovviamente i medici per primi; ciò che deve essere centrale e non può venire meno nella conduzione della attività clinica è il saper costruire una relazione terapeutica attraverso la nostra capacità empatica, la sensibilità che ci fa essere vicini nell'ascolto oltre che nella proposizione, il contatto umano modulato sull'altro...tutti requisiti che sono essenziali dell'atto medico, che si aggiungono alla nostra formazione e preparazione scientifica senza esserne in contraddizione.

* Medico psichiatra Centro Diurno e Comunità Protetta Tirano

Ruolo del coordinatore infermiere nell'accoglienza della persona in onco-ematologia

a cura di Maristella Colombo* - Anne Destrebeq** - Marta Nocchi***

Premessa

L'accoglienza dell'utente costituisce un momento di fondamentale importanza all'interno del ricovero ospedaliero.

Il malato "oncologico" è persona sottoposta ad uno "shock emotivo" generato dalla malattia nelle sue diverse fasi. Uno degli ostacoli alla comunicazione tra infermiere e paziente è rappresentato dalla necessità, che si evidenzia durante il colloquio iniziale, di procurare, da parte dell'operatore nei confronti del malato, una vasta quantità di informazioni inerenti l'organizzazione dell'unità operativa (U.O.), relativamente a quei fattori incidenti sulla degenza del paziente. Lo svolgimento di tale ineludibile incombenza, riduce sensibilmente il tempo che l'infermiere può dedicare all'approfondimento della conoscenza professionale dell'utente e, soprattutto, all'ascolto attivo dello stesso, modalità che consente di evidenziare eventuali bisogni di assistenza infermieristica, nonché la presenza delle risorse proprie del malato per far fronte ad essi (1) Nell'intento di sottolineare la centralità dell'utente, in numerosi ospedali vengono distribuiti opuscoli informativi relativi ai servizi offerti a quest'ultimo e contenenti informazioni riguardanti i trattamenti e le eventuali complicanze ad essi connessi. Analogamente, nell'U.O. di Centro Trapianto di Midollo Osseo (CTMO), viene fornito all'utente un opuscolo informativo che è stato recentemente modificato. Tale iniziativa è sorta dalla difficoltà, riscontrata dai malati, a comprendere le informazioni proposte con un linguaggio tecnico. L'esigenza attribuita dall'utente all'ottenimento di informazioni comprensibili risulta particolarmente accentuata in questo genere di malati che necessitano di continue conferme inerenti i sintomi eventualmente manifestati in corso di trattamento oncologico.

Per comprendere se le informazioni verbali, che gli assistiti ricevono dagli operatori sanitari, necessitano di un supporto scritto, anche in DH di onco-ematologia si è sentita l'esigenza di indagare quale grado di soddisfazione manifestino gli utenti in relazione all'accoglienza per dare inizio al complesso rapporto relazionale ed empatico basato sull'ascolto e sulla valorizzazione della persona. (2)

L'accoglienza quale indicatore della qualità percepita dagli utenti I.D.L.gs 502/92 e D.L.gs 517/93 introducono il concetto di "qualità delle prestazioni rese nell'ambito dei servizi sanitari nazionali". Il perseguimento della qualità nell'ambito dei servizi sanitari, che si è sviluppata come importante area di ricerca, costituisce criterio di riferimento istituzionale ed è possibile, al suo interno, distinguere tre aree:

- 1 *organizzativa*, riguarda l'impiego delle risorse e la struttura organizzativa e decisionale dell'azienda;
- 2 *tecnica*, relativa al livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili;
- 3 *percepita*, si riferisce, sostanzialmente, alla modalità con la quale la struttura sanitaria e gli aspetti relazionali vengono vissuti dai protagonisti del processo assistenziale (utenti ed operatori).

Quest'ultima, conosciuta anche come "customer satisfaction", è rilevante fattore di qualità assistenziale e legata ai seguenti aspetti:

- 1 *accessibilità*, intesa come vicinanza alle



presidi sanitari, disponibilità oraria, flessibilità, assenza di burocrazia, accettazione immediata, tempi di attesa accettabili per l'utente;

- 2 *aspetti relazionali*, quali la disponibilità, l'accoglienza, la cortesia, il rispetto, la sensazione di essere "attore principale del processo assistenziale";
- 3 *aspetti "di contorno"*, quali il comfort, l'igiene, il trattamento alberghiero.

Si può affermare che la soddisfazione dell'utente debba rappresentare un obiettivo aziendale strategico da perseguire attraverso la responsabilizzazione di tutti gli operatori. Il momento dell'accoglienza dell'utente assume un valore determinante, sia per l'importanza in sé, sia per la complessità del rapporto relazionale e clinico, che l'operatore infermiere instaura con la persona.

La "qualità" del rapporto che si viene a creare con l'utente, al momento della sua accoglienza, esige anche l'uso di una procedura formalizzata che, tuttavia tenga conto dell'unicità della persona, al fine di orientare e motivare i professionisti verso la "riprogettazione" del proprio agire professionale. (3)

La comunicazione con l'utente al momento dell'accoglienza in U.O.

La ridondanza di informazioni relative all'organizzazione dell'U.O. fornite al malato al momento della sua ingresso in tale contesto, può essere ostacolo, come già ribadito, alla comunicazione autenticamente accogliente, qualora si verifichi una sottrazione di tempo dedicabile all'ascolto della persona ed alla valutazione delle sue necessità assistenziali e delle risorse personali per far fronte ad esse. (1)

Numerosi assistiti ritengono che l'informazione-comunicazione costituisca uno degli atti medici-infermieristici che necessita di miglioramento. Quanto appena detto si è evinto in occasione della "Giornata della conoscenza", a cura del servizio di psicologia della Fondazione IRCCS INT dove, attraverso la compilazione di un questionario, è emerso che il 61% dei pazienti intervistati ha dichiarato che vorrebbe ricevere più informazioni sulle proprie condizioni future, ed il 45% di essi desidererebbe avere un dialogo maggiore con i medici ed infermieri. (4)

Identificare i principi dell'informazione-comunicazione tra i medici e i loro malati; rendere il dialogo terapeutico più trasparente; concedere a questo tipo di incontro più tempo e ambienti idonei: quelli appena elencati rappresentano obiettivi da perseguire, anche

attraverso la formazione permanente degli operatori. In linea con gli orientamenti internazionali, presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano, dal 1997 è iniziato il progetto "ULISSE". Tale iniziativa nasce da un gruppo multidisciplinare di operatori sanitari, quale corso di formazione e supporto per gli ammalati di tumore e per i loro familiari.

Il progetto si pone l'obiettivo di aumentare le risorse dei pazienti attraverso:

- 1 La comunicazione di una serie di contenuti informativi sulla malattia e le cure che riducano la diffusione una cultura ancora veicolante il concetto di "cancro" come patologia inguaribile e, soprattutto, incurabile.
- 2 L'utilizzo di tecniche psicocorporee in grado di favorire un rapporto più sereno con il proprio corpo.
- 3 La facilitazione nel far sorgere dinamiche di auto aiuto, promuovendo la comunicazione tra i pazienti di più efficaci strategie di adattamento alle nuove situazioni determinate dalla malattia e dalle sue cure.

Le iniziative riguardano: incontri per piccoli gruppi (per quanto concerne la conoscenza di tecniche psicocorporee); conferenze ed elaborazione di materiale informativo; organizzazione di corsi concernenti il tema della comunicazione rivolti a medici ed infermieri. (2)

Gli operatori sanitari formati adeguatamente per erogare il miglior servizio possibile, rappresentano punti di riferimento per l'utente, già dal momento dell'accoglienza. Frequentemente le parole e le modalità comunicative di questi professionisti lasciano, in particolari momenti, tracce importanti nell'animo dei malati, che, in quanto tali, spesso sperimentano la propria fragilità e vulnerabilità. (2)

Ruolo del coordinatore

Il coordinatore ha responsabilità gestionali e competenze manageriali, di leadership e di esperto dell'assistenza, per la quale si fa garante del livello qualitativo. Pertanto tale figura professionale deve saper coniugare/integrare i bisogni dei pazienti, con gli obiettivi organizzativi e, dunque, le competenze che esprime devono essere orientate al perseguimento degli obiettivi aziendali ed alle caratteristiche dell'U.O. in cui esercita il ruolo.

Il coordinatore infermieristico ricopre "... una posizione di snodo all'interno del sistema azienda, nella quale si realizza il passaggio

dall'area tecnico-operativa all'area gestionale e si abbinano e si confrontano le preoccupazioni di clienti e infermieri con quelle dell'organizzazione: in un certo senso si tratta di una "terra di nessuno" che va continuamente ridefinita." (5) Riuscire a creare un setting idoneo affinché il paziente possa ricevere le informazioni, potendo porre domande senza rischio di interruzioni inopportune ed avendo la possibilità di ricevere il tempo che egli richiede, rappresenterebbero presupposti significativi al fine di sviluppare una buona relazione tra utente e personale infermieristico.

Adottare idonee modalità di accoglienza, darebbe la possibilità al cittadino di sentirsi al centro del processo assistenziale, riducendo lo stato di incertezza, insicurezza e ansia..

Il ruolo del coordinatore diventa così quello dell'operatore che, considerando prioritario il raggiungimento degli obiettivi di salute e benessere da parte dell'assistito, opera affinché si possa perseguire:

- 7 una completa soddisfazione dei bisogni di assistenza infermieristica del malato (e dei suoi familiari), anche in termini di qualità percepita;
- 8 il raggiungimento degli standards di qualità ed efficienza, secondo gli attuali canoni di best practice;
- 9 il raggiungimento di un'integrazione professionale di tutti gli operatori, anche mediante l'utilizzo di strumenti di documentazione facilitanti;
- 10 la completa attuazione dei protocolli e delle procedure previste dal piano di assistenza mediante l'approvvigionamento dei presidi.

Un'indagine: materiali e metodi

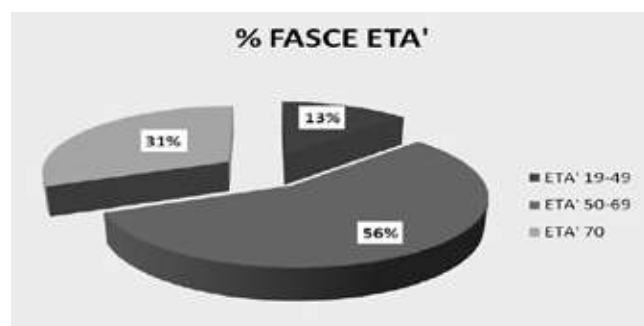
L'indagine rivolta agli utenti è stata realizzata tramite osservazione al fine di valutare le modalità di accoglienza utilizzate dagli infermieri e, successivamente, anche attraverso la distribuzione di un questionario a domande chiuse, rivolto ai malati, per verificare la loro percezione relativamente al momento vissuto.

Il questionario è stato consegnato ai pazienti ricoverati in DH e sottoposti a trattamento chemioterapico ed a terapie di supporto, con esclusione di quegli utenti che erano stati ricoverati presso il Centro Trapianto Midollo Osseo e di coloro che, pur afferenti al DH in oggetto, risultavano affetti da anemie o malattie ematologiche non curabili con chemioterapia.

Risultati

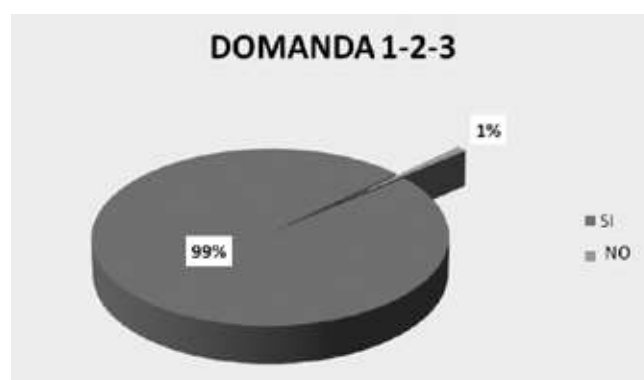
Il questionario è stato consegnato a 100 pazienti di età compresa tra i 19 anni e i 75 anni. La popolazione indagata presentava la seguente distribuzione anagrafica: il 13% compreso nella fascia d'età 19-49 anni; il 56% compreso nella fascia d'età 50-69 anni; il restante 31% di età superiore ai 70 anni.

Il 100% del campione analizzato ha risposto al questionario consegnato.



Domanda

- 1 Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione dell'DH SI NO
- 2 Informazioni ricevute inerenti la Sua malattia SI NO
- 3 Informazioni ricevute inerenti il Suo trattamento SI NO

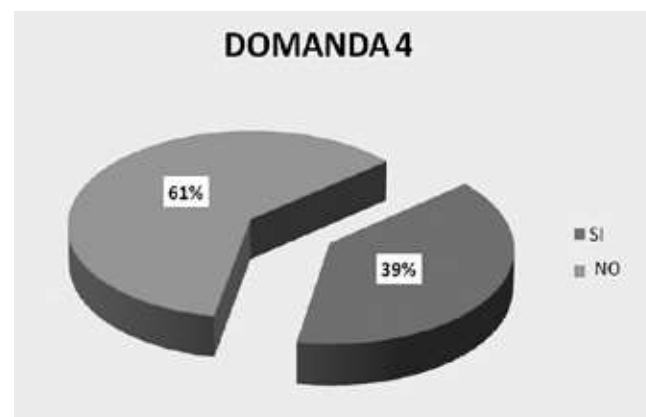


COMMENTO: solo un paziente, tra quelli che hanno compilato il questionario, (ovvero la totalità del campione indagato), si è detto non soddisfatto delle informazioni e dell'accoglienza ricevute. Verosimilmente tale risultato va posto in relazione al fatto che il paziente avesse da poco ricevuto la notizia

della diagnosi di tumore ed era all'inizio del suo percorso terapeutico.

Domanda

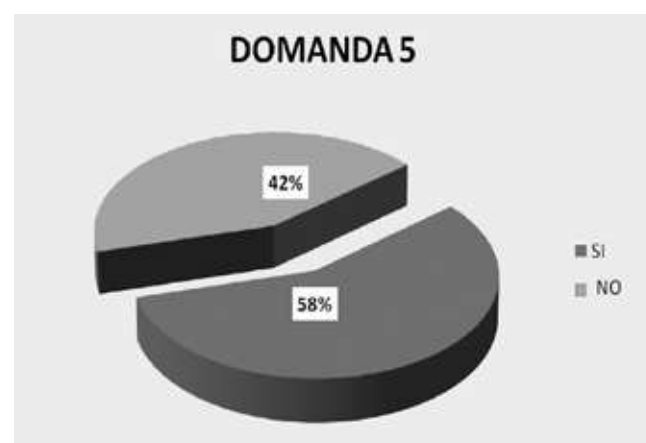
- 4 Ha ricevuto informazioni scritte sul trattamento e le eventuali complicanze? SI NO



COMMENTO: il 39% dei pazienti intervistati riceve un opuscolo informativo ed una scheda denominata "eventi avversi": il materiale è fornito nel momento in cui si conferma al malato la diagnosi di tumore e si programma l'inizio della chemioterapia. Questi utenti afferiscono all'ematologia 1 - CTMO. I pazienti che hanno ricevuto informazioni scritte sono coloro che, pur avendo avuto effetti collaterali, non sembrano essere stati colti da una particolare ansia.

Domanda

- 5 Gradirebbe ricevere un opuscolo informativo che Le spiegasse cos'è la chemioterapia, le eventuali complicanze, i comportamenti da tenere durante e dopo il trattamento? SI NO

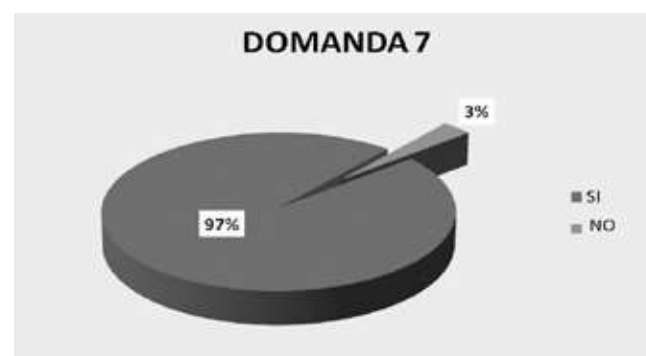


COMMENTO: il 58% degli utenti gradirebbe ricevere un opuscolo informativo che spiegasse il trattamento, eventuali effetti indesiderati e possibili precauzioni comportamentali da assumere pre e post esecuzione della terapia

Solo tre persone, di età superiore ai 70 anni, hanno risposto di non volere ulteriori informazioni al di fuori di quelle fornite loro dal medico di riferimento, poichè ripongono in quest'ultimo piena fiducia.

Domanda

- 6 E' soddisfatto del tempo che il personale infermieristico Le dedica per affrontare dubbi, e timori? SI NO

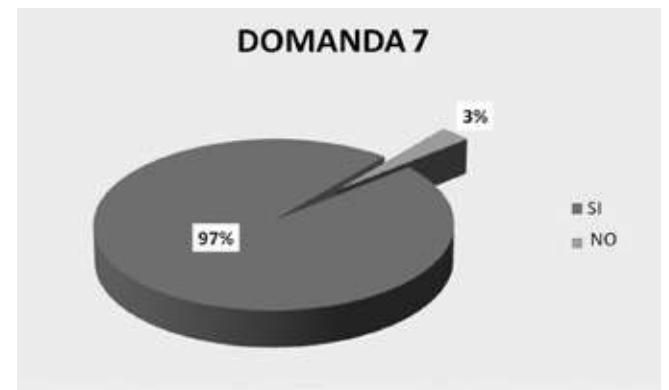


COMMENTO: un paziente, tra coloro che hanno compilato il questionario, si è detto non soddisfatto del tempo che il personale infermieristico gli ha dedicato.

La motivazione andrebbe forse ricondotta, (come nel caso della risposta negativa ricevuta al quesito n.4), al fatto che il paziente aveva da poco ricevuto la notizia della diagnosi tumorale ed era all'inizio del suo percorso terapeutico.

Domanda

7. Se si, lo scambio di informazioni è avvenuto in ambiente idoneo, garantendoLe la privacy? SI NO



COMMENTO: il 3% dei pazienti che hanno compilato il questionario, ha risposto che le informazioni non sono state date garantendo la privacy, associando tale mancanza all'effettuazione del trattamento chemioterapico nella "sala poltrone", nella quale possono essere ospitati contemporaneamente nove malati sottoposti a terapia.

Conclusioni

Il perseguimento della soddisfazione del cliente, nella generale tensione al raggiungimento della qualità, rappresenta un concetto ormai diffuso in ogni contesto aziendale. Tuttavia la peculiarità dell'ambito sanitario implica la traduzione di questo obiettivo in una considerazione dell'utente non solo come cliente, ma come persona, ponendo delle inevitabili difficoltà nella realizzazione e valutazione del suo raggiungimento. La customer satisfaction rappresenta un obiettivo aziendale strategico alla cui realizzazione concorrono tutti gli operatori sanitari, tra i quali l'infermiere, il cui agire risulta essenziale nella fase di accoglienza del malato nelle diverse U.O. In tal senso il ruolo del coordinatore infermieristico, che deve costantemente mediare tra la necessità prioritaria di porre le condizioni per garantire la migliore assistenza possibile all'utente ed il mantenimento di criteri di efficienza ed economicità, risulta significativo. L'attività di questo professionista nell'ambito dell'accoglienza ai pazienti assistiti in un DH di onco-ematologia, deve poi tener conto dello specifico momento nel percorso di salute e di vita che, nella maggioranza dei casi, vede il malato oncologico portatore di ansie, timori e quesiti relativi al proprio futuro.

L'indagine svolta in questo lavoro ha voluto indagare il grado di soddisfazione manifestato dagli utenti in relazione all'accoglienza attuata dagli infermieri all'interno, appunto, di una U.O. di onco-ematologia.

Dall'analisi dei dati emersi si evince una sostanziale soddisfazione, da parte del malato, dell'informazione ricevuta e del tempo dedicato dagli infermieri a tale aspetto assistenziale. All'interno del campione preso in considerazione, il 39% ha ricevuto informazioni scritte relativamente al tipo di trattamento (chemioterapia), ai possibili effetti collaterali associati ed alle eventuali modalità comportamentali per poterli affrontare od attenuare. Inoltre, nella maggioranza dei casi, (58%) l'utente desidererebbe ricevere un opuscolo informativo che fornisca tali spiegazioni. Infine, per quanto concerne la valutazione, da parte del malato, dell'idoneità del luogo (in termini di tutela della riservatezza) ove ha ricevuto informazioni ed ha potuto esprimere dubbi e timori al personale infermieristico, essa è sostanzialmente risultata positiva. Una bassa percentuale (3%) ha ritenuto che non vi sia stato rispetto della propria privacy a causa delle condizioni logistiche nelle quali si effettuava la terapia ("sala poltrone" che poteva ospitare contemporaneamente sino a nove persone).

Bibliografia

1. Migliorare l'informazione al paziente in: INT informazioni Periodico dell' INT Milano Anno 11 n°4 dicembre 2004 pp. 7-10.
2. Una proposta verso la personalizzazione dell'assistenza: La donna, la malattia e le cure Progetto formativo/organizzativo per gli infermieri della senologia fatto in collaborazione con l'Associazione "Salute Donna" e l'Ufficio Infermieristico dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano anno 2000
3. M. Bona L'accoglienza quale indicatore della qualità percepita da operatori ed utenti in: Management infermieristico, n.4/1999 pp. 22-31.
4. Cosa chiedono i malati? In: INT informazioni Periodico dell' INT Milano Anno 8 n°5 dicembre 2001 pp. 8-12.
5. C. Calamandrei, C. Orlandi, Il ruolo dell'infermiere dirigente e del caposala in: La dirigenza infermieristica Milano, McGraw-Hill 2002 pp. 55-80
6. Gestione del ricovero in DH rev. 0 del 30.12.2006 pp. 2 in <http://intranet.asp> - Qualità - Area onco-ematologica [consultato il 13.12.2007 ore 11]

* Master di primo livello in Coordinatori di unità operativa e/o di dipartimento, infermiere della Fondazione Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

** Ricercatore di scienze infermieristiche, Università degli Studi di Milano.

*** Professore di scienze infermieristiche, Università degli Studi di Milano.

IL BAMBINO MALTRATTATO: termini e caratteristiche

di Motacchi Laura*

INTRODUZIONE

L'art. 572 del codice penale (maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli) afferma che "chiunque maltratti una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione 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".

La lesione personale è grave se:

- dal fatto deriva una malattia che mette in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni;
- il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo

La lesione personale è gravissima se dal fatto deriva:

- una malattia certamente o probabilmente insanabile;
- la perdita di un senso
- la perdita di un arto o la mutilazione che renda l'arto inservibile
- la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso. (art. 583 c.p)

UN PO' DI STORIA...

Storicamente la società non è mai stata particolarmente sensibile al maltrattamento dei minori.

Fu solo all'inizio del Novecento che pedagogia, psicologia e sociologia cominciarono a porsi il problema dell'infanzia e delle sue necessità: al bambino furono riconosciute esigenze e bisogni affettivi e psicologici e fu affermato che i loro diritti dovevano essere tutelati non solo dai genitori, ma da tutta la società. In quest'ottica, nel 1925 fu approvata a Ginevra la Dichiarazione dei diritti del fanciullo, nella quale si sosteneva che il minore doveva essere posto in condizione di svilupparsi in maniera armonica sia sul piano fisico che spirituale e che i bambini avevano il diritto di essere nutriti, curati, soccorsi e protetti da ogni forma di sfruttamento.

In seguito, nel 1959, fu proclamata dall'Assemblea generale dell'ONU la Carta dei diritti del fanciullo, nella quale venne ribadito il diritto di nascita (con cure adeguate alla madre e al bambino nel periodo pre e post-natale), il diritto all'istruzione, al gioco e alle attività ricreative, la protezione dalle discriminazioni razziali e religiose e il poter vivere in un clima di comprensione e tolleranza.

Nel gennaio 1986 il Parlamento europeo approvò una Risoluzione nella quale particolare attenzione venne posta al problema dell'abuso sull'infanzia e sulla necessità di protezione del minore.

Infine il Consiglio d'Europa, nel gennaio 1990, espresse la necessità di misure preventive a sostegno delle famiglie in difficoltà e misure specifiche di informazione, di individuazione delle violenze, di aiuto e terapia a tutta la famiglia e di coordinamento tra i vari servizi.

Negli ultimi anni in Italia, la sensibilità verso questo problema è certa-

mente aumentata e se inizialmente il maltrattamento era espresso solo in termini statistici ora ha iniziato ad essere considerato un vero e proprio problema. Un problema per intervenire sul quale è necessario conoscerne i termini e le caratteristiche.

CLASSIFICAZIONE

Il maltrattamento è un termine molto ampio al cui interno comprende le conseguenze di due diversi tipi di comportamenti, uno attivo, come l'abuso fisico, l'abuso psicologico e la violenza sessuale, e uno passivo, come la mancanza di cure adeguate. Esso, in riferimento all'infanzia, può essere definito come "Atti e carenze che turbano gravemente il bambino attentando alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, e le cui manifestazioni sono la trascuratezza, lesioni di ordine fisico, psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino".

Quello che emerge da tale definizione è che qualsiasi tipo di maltrattamento produce una complessità di conseguenze che vanno direttamente a minare la salute fisica e la sicurezza del bambino, ma anche il suo equilibrio emotivo, il suo sviluppo psico-relazionale, la stima di sé e il presente e futuro ruolo sociale.

Tra le varie forme di maltrattamento è possibile distinguere:

- **Abuso fisico:** Atti fisici che causano una lesione al bambino. Degli esempi sono gli schiaffi violenti, i morsi ed i graffi, le ustioni con acqua bollente, le escoriazioni della bocca (per nutrizione forzata o imbavagliamento), lo strappare i capelli, ecc.
- **Abuso psicologico:** Azioni od omissioni che determinano disordini comportamentali, cognitivi, affettivi, mentali. Le forme di maltrattamento psicologico sono la privazione del contatto fisico, la privazione della comunicazione verbale, la strumentalizzazione del figlio per penalizzare il partner.
- **Patologia della fornitura di cure:** Consiste non solo nella carenza di cure, ma anche nella inadeguatezza delle cure fisiche e psicologiche offerte, considerandole sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo.
- **Violenza sessuale:** Tutte le pratiche sessuali manifeste o mascherate a cui vengono sottoposti i minori e comprende:
 - abuso sessuale intrafamiliare: riguarda quello attuato da un genitore (compresi quelli adottivi e affidatari, patrigni, conviventi) nei confronti di un figlio, ma anche quello attuato da membri della famiglia allargata (nonni, zii, cugini, ecc.);
 - abuso sessuale extrafamiliare: attuato da persone conosciute dal minore (vicini di casa, conoscenti ecc.).

A questa classificazione si può aggiungere una distinzione ancora più ampia:

- abuso istituzionale: quando gli autori sono maestri, educatori, allenatori, medici, infermieri, religiosi, ecc., ossia tutti coloro ai quali i minori vengono affidati per ragioni di cura, custodia, educazione, gestione del tempo libero;
- abuso da parte di persone sconosciute (i cosiddetti "abusi di strada");
- sfruttamento sessuale a fini di lucro da parte di singoli o di gruppi



criminali organizzati (quali le organizzazioni per lo sfruttamento della prostituzione, agenzie per il turismo sessuale);

- violenza da parte di gruppi organizzati (sette, gruppi di pedofili, ecc.).

ABUSO FISICO

Lesioni cliniche

Le lesioni cliniche da abuso fisico sono molteplici: nel 90% dei casi si rilevano lesioni cutanee (ecchimosi, escoriazioni, abrasioni, tagli, ematomi, ustioni, ferite lacero-contuse); nel 30% le lesioni sono scheletriche (fratture ossa lunghe, fratture multiple, distacchi epifisari, calcificazioni periostee); in percentuali minori vi sono i traumi cranici (ematoma subdurale, epilessia post-traumatica, ipertensione endocranica, frattura cranica, emorragia intraoculare, otorragia, epistassi).

Infine si possono rilevare altre manifestazioni cliniche come lesioni oculari, rottura membrana timpanica, rottura milza, pneumotorace, lesioni viscerali (fegato, milza, reni).

Sulla base della gravità delle lesioni, il maltrattamento fisico viene distinto in:

- di grado lieve: lesioni che non necessitano di ricovero;
- di grado moderato: quando è necessario il ricovero (ustioni, fratture, traumi cranici, ecc.);
- di grado severo: quando il bambino viene ricoverato presentando gravi sequele neurologiche o la morte.

Le lesioni che sono conseguenza di un abuso fisico devono essere distinte da quelle derivanti da un incidente. Normalmente, infatti, è proprio un "meccanismo accidentale" quello che viene riferito dai genitori, o dagli adulti che hanno in carico il bambino, come causa delle lesioni.

E' quindi necessario che il personale sanitario che prende in carico il bambino compia un'anamnesi accurata della dinamica dell'incidente e un'osservazione attenta del comportamento spontaneo del bambino stesso e dell'adulto che lo accompagna, anche se si presume si tratti di una lesione accidentale.

Quando sospettarlo?

Si deve sospettare questa forma di maltrattamento quando, oltre a rilevare le appena citate lesioni cliniche:

- la madre e il padre forniscono informazioni contrastanti sulla dinamica dell'accaduto;
- il bambino non dà notizie sull'accaduto anche se è in grado di esprimersi;
- vi è un ripetuto ricorso agli ospedali o ai pronto soccorso pediatrici per traumi analoghi;
- si rilevano traumi multipli su parti

diverse o opposte della superficie corporea;

- quando i traumi hanno un decorso diverso da quello riferito dai genitori (discrepanza tra quanto dicono i genitori e quanto si osserva);
- il bambino si presenta malnutrito, con un'igiene scarsa e con espressione triste e sguardo vuoto;
- ritardo da parte dei genitori nel cercare le cure mediche.

Chi e' il bambino maltrattato

Secondo le statistiche vi è una assoluta parità nel maltrattamento tra i due sessi, mentre per quanto riguarda l'età si può affermare che gli episodi di violenza si scatenano più facilmente nei confronti di bambini molto piccoli, della fascia da 0 a 3 anni. Nel tentativo di spiegare il perché di tale motivo si è ipotizzato che la nascita e le prime fasi di sviluppo di un bambino rappresentino una crisi che può disorganizzare difese e sistemi adattativi consolidati e dar luogo a vere e proprie "esplosioni aggressive" che travolgono il funzionamento familiare. Inoltre questa è un'età in cui il bambino vive un periodo in cui sono più complessi i problemi di adattamento e per cui ha poche capacità personali di sottrarsi alle percosse o comunque di denunciare il suo abusante.

Non ci sono delle caratteristiche specifiche del bambino maltrattato, ma piuttosto dei fattori che più di altri possono far sì che il minore divenga vittima dell'episodio violento:

- **Inerenti al bambino:**
 - handicap fisici;
 - ritardo mentale;
 - bambino iperattivo;
 - pianto notturno;
 - problemi di alimentazione;
 - disturbi comportamentali;
- **Cause sociali**
 - povertà, isolamento, emarginazione sociale;
 - conflitti madre-padre;
 - stress perinatale;
 - figlio indesiderato;
- **Cause genitoriali**
 - genitore solo;
 - genitore maltrattato da piccolo;
 - genitore affetto da patologia psichiatrica;
 - genitore tossicodipendente o alcolista.

Le conseguenze

Gli abusi fisici sui bambini portano ad un'alta incidenza di deficit di vario tipo e questo non solo quando si provochino lesioni alla testa, ma anche quando il bambino piccolo sia stato violentemente scosso pur senza provocare lividi o fratture craniche. I sintomi psicopatologici residui nel bambino maltrattato sono:

- succhiarsi il pollice dopo i 2/3 anni;

- enuresi notturna o diurna;
- disturbi del sonno, incubi ricorrenti, sonnambulismo;
- onicofagia;
- balbuzie (o altri disturbi funzionali del linguaggio);
- tic mimici, tic da dondolamento;
- rituali ossessivi;
- fobie;
- tendenza all'isolamento;
- incomunicabilità relazionale.

Diagnosi

La diagnosi di maltrattamento è molto complessa e difficile da farsi e richiede quasi costantemente la stretta collaborazione di diverse figure professionali e presuppone che gli stessi professionisti abbiano la sensibilità e l'attitudine a prevederla come una possibile diagnosi e la preparazione tecnica per accertarla. D'altra parte individuare le situazioni di maltrattamento è di importanza essenziale sia per la sopravvivenza fisica del bambino, sia per il suo successivo sviluppo.

PATOLOGIA DELLA FORNITURA DI CURE

Negli ultimi anni l'attenzione degli operatori si è progressivamente orientata anche verso i minori vittime di gravi carenze nutrizionali o affettive. In questo tipo di violenze l'elemento centrale è l'inadeguatezza delle cure, per cui possono esistere diversi tipi di patologia:

- incuria: quando le cure sono latenti;
- discuria: quando le cure sono distorte;
- ipercura: quando le cure sono eccessive.

INCURIA

Si parla di incuria quando le persone legalmente responsabili del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni sia fisici che psichici in relazione all'età e al momento evolutivo.

I fattori o indicatori di rischio che permettono una diagnosi precoce della patologia sono:

- Notizie sullo stato di salute
- Al colloquio con i genitori emerge una loro difficoltà a fornire notizie esatte e complete sulla nascita e sulle tappe evolutive del figlio. È importante controllare se è stato rispettato il calendario delle vaccinazioni obbligatorie, se il bambino presenta carie dentali non curate e disturbi visivi o uditivi non trattati.
- Segni fisici

Il bambino trascurato spesso indossa vestiti inadeguati all'età, al sesso e alla stagione. Si possono inoltre riscontrare scarsa igiene e dermatiti recidivanti, soprattutto scabbia e pediculosi. Dal punto di vista clinico quasi tutti questi bambini presentano una distorsione delle abitudini alimentari con denutrizione o, al contrario, anche se più raramente, obesità. Infine il loro sviluppo psico-motorio è spesso ritardato.

- Segni comportamentali

I bambini non curati appaiono pigri, demotivati, sempre stanchi e con scarso rendimento scolastico. Sono soggetti ad avere molti infortuni domestici, non essendo in grado di percepire il pericolo poiché non hanno un'esperienza di contenimento e attenzione-protezione da parte dei genitori.

DISCURIA

Nella discuria le cure vengono effettuate, ma non sono adeguate al momento evolutivo.

Nelle forme di discuria molto spesso i genitori sono ignari della violenza che stanno esercitando, spesso anzi pensano di agire per il bene dei propri figli e inconsapevolmente possono causare danni maggiori.

I tipici atteggiamenti di discuria sono:

- anacronismo delle cure: L'atteggiamento dei genitori sarebbe corretto se il bambino fosse in uno stadio evolutivo diverso (ex. un bambino di sei anni al quale la madre somministra solo dieta latte o cibi frullati);
- imposizione di ritmi di acquisizione precoci: I genitori hanno aspettative irrazionali nei confronti dei figli, aspettative che sarebbero corrette se il bambino fosse in uno stadio evolutivo diverso (sono spesso presenti dei conflitti tra le richieste del bambino e gli impegni dei genitori, che pretendono da lui una precoce autonomia nel controllo sfinterico, nella motricità e nei ritmi alimentari).

IPERCURIA

Rientrano in tale categoria tutti i casi in cui i genitori offrono "cure" eccessive al loro figlio.

La forma più importante è la *sindrome di Münchhausen per procura*, la quale è una grave forma di abuso, molto difficile da diagnosticare.

Nel DSM-IV-TER tale sindrome è indicata come "*Disturbo fittizio per procura la cui caratteristica essenziale è la produzione deliberata o la simulazione di segni o sintomi fisici in un'altra persona che è affidata alle cure del soggetto. Tipicamente la vittima è un bambino piccolo, e il responsabile è la madre del bambino. La motivazione di tale comportamento viene ritenuta essere il bisogno psicologico di assumere, per interposta persona, il ruolo di malato*".

Quello che emerge da questa definizione è che l'abusante, di solito la madre, induce nel bambino una serie di segni e sintomi che richiedono l'intervento dello specialista. Il bambino viene così sottoposto a una serie di accertamenti clinici e cure inutili e inopportune.

Questa è una delle forme tipiche di criminalità femminile e vi è una gran varietà di comportamenti che la madre può tenere: dal semplice racconto di episodi fittizi e sintomi inesistenti ad un vero e proprio comportamento attivo (falsificazione di campioni da analizzare, falsificazione documentazione clinica del bambino, avvelenamento, soffocamento, ecc.)

Tutti gli organi sono potenziali bersagli e i sintomi attribuiti al bambino dipendono unicamente dalle conoscenze della madre in campo medico.

Comportamenti simili alla sindrome di Münchhausen per procura, anch'essi molto difficili da diagnosticare, sono:

• Doctor shopping per procura

Si tratta di bambini che nei primi anni di vita hanno sofferto di una grave malattia e da allora vengono portati dai genitori, in particolare dalla madre, da numerosi medici per disturbi di minima entità: le madri, eccessivamente preoccupate per le condizioni del figlio, ricorrono continuamente all'aiuto medico, percependo lievi patologie come gravi minacce per la vita del bambino e facendo in modo che essi vengano ricoverati in ospedale o sottoposti a continui accertamenti.

(Il disturbo materno è di tipo nevrotico-ipocondriaco; accogliendo le ansie e le preoccupazioni che la madre proietta sul figlio, è possibile rassicurarla sullo stato di salute del

figlio).

• Help seekers

Il bambino presenta dei sintomi fittizi indotti dalla madre, ma si differenzia dalla sindrome di Münchhausen per la frequenza con cui questi vengono indotti. Infatti normalmente si ha un unico episodio di malattia immaginaria, piuttosto che una lunga serie, in concomitanza con un preciso bisogno della madre in particolari momenti. (La madre posta di fronte all'evidenza reagisce con sollievo ed è disposta a collaborare e non ha segni di ostilità o rifiuto. Il suo è un bisogno di aiuto psicologico)

• Abuso chimico

Con questo termine si indica l'anomala somministrazione di sostanze farmacologiche o chimiche al bambino, al fine di ottenere il ricovero ospedaliero.

Le sostanze somministrate possono essere suddivise in quattro gruppi:

- sostanze qualitativamente prive di proprietà tossicologiche ma che possono tuttavia risultare nocive se somministrate in quantità o modalità eccessive (ex. l'eccessiva somministrazione di acqua);
- sostanze con scarsa tossicità e di comune impiego domestico (ex. il sale da cucina);
- sostanze ad azione farmacologica dotate di media tossicità e di facile reperibilità (ex. lassativi, diuretici, glucosio, insulina);
- farmaci dotati di spiccata tossicità ad azione sedativa e di non usuale disponibilità (si tratta di solito di sonniferi prescritti alla madre dal medico curante: la loro somministrazione a dosi inadeguate causa nel bambino una sindrome neurologica grave che talvolta provoca coma e/o morte).

Questa sindrome va sospettata quando ci si trova di fronte a sintomi non spiegabili in base alle consuete indagini di laboratorio e strumentali, che insorgono ogni volta che la madre ha un contatto diretto con il bambino. La madre continua a somministrare la sostanza tossica anche in ambiente ospedaliero e la diagnosi può essere formulata solo quando all'allontanamento della madre si assiste al rapido miglioramento del quadro clinico, e nella ricerca della sostanza nelle urine e nel sangue.

• Sindrome da indennizzo per procura

Si tratta di quei casi in cui la necessità dei genitori di avere un indennizzo (ex. nel caso di un infortunio) porta il bambino ad assumere dei sintomi fittizi riferitegli dai genitori stessi. La sindrome si risolve con totale e improvvisa guarigione una volta ottenuto il risarcimento.

ABUSO SESSUALE

Il codice penale agli articoli 609 bis e ter fornisce una definizione di violenza sessuale riferendosi a "*taluno che è costretto a compiere o subire atti sessuali, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità. La pena è della reclusione da sei a dodici anni se i fatti sono commessi nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici e nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore. La pena è della reclusione da sette a quattordici anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci*".

Indicatori

Per accertare l'effettivo verificarsi di un abuso sessuale è possibile utilizzare una serie di criteri o indicatori, i quali però non possono costituire un elenco completo e certo sul quale poter desumere con esattezza se l'abuso

si è realizzato oppure no.

Gli indicatori variano in relazione alla fase di sviluppo del minore e si distinguono in:

1. indicatori cognitivi;
2. indicatori fisici;
3. indicatori comportamentali/emotivi.

Tra gli *indicatori cognitivi* rientrano le conoscenze sessuali inadeguate per l'età, le modalità di rivelazione da parte del bambino dell'abuso sessuale, i dettagli dell'abuso e, a volte, si verifica una certa confusione nel ricordo dei fatti e nella sovrapposizione dei tempi. Per scoprire questi indicatori, le aree da indagare sono: il livello di coerenza delle dichiarazioni, l'elaborazione fantastica, la distinzione tra il vero e il falso, il giudizio morale e la chiarezza semantica.

Gli *indicatori fisici* di abuso sessuale sono: la deflorazione, la rottura del frenulo, le neovascolarizzazioni a livello del derma nelle grandi labbra (nelle bambine) o le irritazioni del glande o del prepuzio (nei bambini), le ecchimosi e gli ematomi in zona perineale. All'esame obiettivo si possono rilevare arrossamenti o infiammazioni aspecifiche localizzate, così come sintomi di malattie veneree, i quali però devono essere considerati più equivoci per le molteplici cause che possono averli generati.

Gli *indicatori comportamentali ed emotivi* comprendono sentimenti di paura, depressione, disturbi del sonno e dell'alimentazione, un comportamento ipervigilante che indica la paura della ripetizione del trauma, la mancanza di interesse verso le attività ludiche con i compagni e l'alterazione significativa della personalità con possibili sintomi psiconevrotici (isteria, fobie, ipocondria). La timidezza e la paura si manifestano soprattutto in presenza del genitore abusante o nei confronti di adulti di tal sesso. A causa dei sensi di colpa e delle minacce che ricevono, i bambini abusati possono mettere in atto comportamenti autodistruttivi fino al suicidio.

Come già affermato occorre tener conto che tali indicatori di abuso non possono essere utilizzati indiscriminatamente, poiché la presenza di uno o più di essi può essere determinata anche da altre cause; bisogna fare attenzione al rischio di vedere una correlazione illusoria tra causa supposta (abuso sessuale) e conseguenze (indicatori), dove questa non vi è. Nel caso degli indicatori fisici, ad esempio nelle bambine, una diagnosi di neovascolarizzazione è giudicata compatibile con atti traumatici ripetuti (quali atti di abuso sessuale), ma anche con esiti di infiammazioni vaginali. La stessa integrità dell'imene si presta a conclusioni equivocate, in quanto apparenti lacerazioni di essa possono in realtà corrispondere a particolarità morfologiche congenite.

L'equivocità può riguardare anche gli indicatori comportamentali. La presenza di incubi e la depressione non costituiscono di per sé sintomi di abuso sessuale e possono essere ricollegati a varie cause che incidono sulla vita e crescita del bambino. Anche gli indicatori cognitivi possono trarre in inganno: spesso si è portati a pensare che, se un bambino ha conoscenza in materia di sesso inadeguate alla sua età, non può che averle acquisite attraverso contatti sessuali diretti. In realtà, frequentemente capita che il bambino abbia visto determinate scene nei film oppure abbia ascoltato gli adulti che ne parlavano.

Gli indicatori da soli non possono, dunque, essere considerati gli indici certi di un avvenuto abuso sessuale: sono necessarie ulteriori indagini sulla situazione.

Diagnosi

Per accertare l'effettivo verificarsi di una violenza sessuale è necessario effettuare:

- uno o più colloqui con il minore e con gli adulti che lo accompagnano;
- visita medica (esame clinico e fisico generale; esame obiettivo locale);
- accertamenti di laboratorio;
- documentazione fotografica delle lesioni riscontrate.

La visita medica

Si basa sull'esame clinico e fisico generale e sull'esame obiettivo locale ponendo, per quest'ultimo, particolare attenzione all'area genitale, perigenitale e anale. All'esame generale è importante controllare sul corpo del bambino la presenza di escoriazioni, ecchimosi, abrasioni, unghiate, ferite, fratture, mentre nel corso di quello locale è importante valutare correttamente la morfologia dei margini imenali, la localizzazione delle incisure e la profondità delle incisure lungo la parete imenale.

Al termine dell'esame obiettivo locale è indispensabile effettuare una diagnosi differenziale con le principali patologie flogistico-reattive come le vulvo-vaginiti da sostanze irritanti, le dermatiti allergiche e/o infettive, la stitichezza cronica, ecc.

La penetrazione anale è di evidente difficoltà diagnostica, soprattutto quando sono intercorsi più di 48/72 ore dall'abuso.

Indagini di laboratorio

Sono finalizzate ad accertare, mediante tamponi vaginali, rettali e oro-faringei la presenza di tracce di sperma, di saliva e di altri campioni biologici utili ad identificare l'autore del reato.

I tamponi vaginali possono risultare positivi se eseguiti entro 48/72 ore dalla violenza, i tamponi anali se eseguiti entro 5 giorni, mentre quelli oro-faringei si negativizzano dopo circa 21 ore.

E' importante eseguire test di gravidanza seriati anche quando la ricostruzione degli eventi non sembra far ipotizzare un tale rischio.

OBBLIGO DEL REFERTO

Agli effetti della legge penale, coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa e sono in possesso di poteri autoritativi o certificativi sono *pubblici ufficiali* (art. 357 c.p.), mentre sono *incaricati di pubblico servizio* coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio, caratterizzato dalla mancanza dei poteri tipici della pubblica funzione (art. 358 c.p).

L'art.331 del c.p.p prevede che "*i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile d'ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia stata individuata la persona alla quale il reato è attribuito*".

L'inadempimento (omettere o ritardare) di tale obbligo è penalmente sanzionabile (art. 361, 362 c.p)

In particolare per quanto riguarda coloro che esercitano una professione sanitaria vige l'obbligo del referto, dove per referto si intende *l'atto mediante il quale ogni esercente una professione sanitaria rende nota all'autorità giudiziaria competente i casi, in cui ha prestato la propria assistenza ed opera, che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio*. Non adempiere all'obbligo imposto si commette il delitto di cui all'art. 365 c.p. (omissione di referto)

La denuncia e/o il referto costituiscono dunque il primo passo necessario

per avviare sia un intervento di tutela della vittima, sia un procedimento penale nei confronti del presunto colpevole.

Ponendo l'attenzione al referto, in quanto è quello a cui noi professionisti sanitari siamo tenuti a redarre, l'art. 334 del c.p.p stabilisce che il referto deve indicare la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla, nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento. Deve contenere, inoltre, le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare.

Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

CONCLUSIONE

Il riconoscimento del problema del maltrattamento nei confronti dei minori si è concretizzato con la promulgazione di una serie di leggi che nel corso del tempo hanno favorito un'attività di protezione sempre più articolata e intensa del minore da questi fenomeni. Inizialmente sono stati sanzionati i fenomeni più facilmente percepibili all'estero quali il maltrattamento e l'incuria, seguiti poi dal riconoscimento di forme più "nascoste" quali la violenza psicologica e l'abuso sessuale. Con tale protezione l'ordinamento ha affermato che il valore da tutelare va ravvisato nell'integrità della persona di minore età, considerandola come soggetto che ha potenzialità che devono essere salvaguardate.

Il diritto ha dunque riconosciuto sia che gli adulti hanno dei doveri nei confronti dei minori, sia che questi ultimi sono portatori di diritti che non solo devono essere rispettati, ma anche concretamente attuati.

Bibliografia:

- AA. VV., "Maltrattamento infantile in famiglia e servizi sociali", Unicopli, Milano, 1998.
- Abruzzese S., "Prevenzione, organizzazione dei servizi e processi di integrazione. Esperienze e linee progettuali", Convegno nazionale sulla prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza, Firenze, 2002.
- Baroncini D., "Incontro con il bambino e incontro con la famiglia: il contributo del pediatra negli interventi di prevenzione", Convegno nazionale sulla prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza, Firenze, 2002.
- Berni Canani M., "La violenza sui minori: la presa in carico". Riv. It. Pediatr., 1997.
- Campanini AM., "Maltrattamento all'infanzia. Problemi e strategie d'intervento", La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.
- Cesa-Bianchi M., Scabini E., "La violenza sui bambini", Ed. Franco Angeli, Milano, 1991.
- DSM IV-TER, "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali", quarta edizione, Masson, Milano, 2001.
- Montecchi F., "I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce", Ed. Franco Angeli, Milano, 1999.
- Remotti R., "Dai diritti dell'infanzia alla carta europea dei diritti dei bambini in ospedale", Diritto & Diritti il portale giuridico italiano, Ragusa.

* Motauchi Laura, master di primo livello in Infermieristica e ostetricia legale e forense

L'infermiere e i problemi etici del fine Vita: uno studio statistico

Giovanna Cazzaniga, Chiara Fognini, Paola Parolini, Ercole Andrea Piani, Bruno Robustelli Test, Andrea Viviani

Premessa

A nome dei sopraccitati Relatori del nostro Convegno voglio ringraziare il Collega Andrea Viviani per l'impegno e la determinazione nel sostenere con entusiasmo questa importante iniziativa e per aver voluto richiedere ai partecipanti la compilazione del presente questionario. (Ercole Piani)

La fine della Vita, la persona affetta da una patologia cronica altamente invalidante, l'uomo che cade preda di una malattia che non lascia speranze di guarigione e/o di miglioramento, la perdita delle capacità fisiche e psichiche della persona, la dignità dell'esistenza, il significato della Vita stessa: quante volte gli infermieri si confrontano con queste realtà e con queste domande, chiedendosi cosa è giusto fare o non fare, interrogandosi su quale sia, in fondo, il comportamento giusto per il bene di quella persona che soffre. Quante volte ci si interroga su quesiti che sono prima di tutto di difficile comprensione ma ai quali è ancor più difficile dare una risposta: certezze che, spesso, il malato ci chiede ma che, altrettanto spesso, non abbiamo nemmeno per noi.

La visione olistica dell'uomo, insieme di fisico, psiche, spirito e sociale, richiede un approccio ed un trattamento globale, senza scordarsi che bisogna "prenderci cura" del malato e non della sua malattia: se non ci si sforza di agire su ogni tassello che compone la persona, inevitabilmente ci si "prenderà cura" in maniera parziale, imperfetta, incompleta, approssimativa.

I problemi etici del fine Vita, del dolore insopportabile, della dipendenza totale, della sofferenza estrema, non possono essere semplificati dal quesito: "eutanasia sì" oppure "eutanasia no": altre sono le domande da porsi prima.

Esiste, ed in che misura, l'accanimento terapeutico? Cosa bisogna considerare accanimento e che cosa no? È garantita a tutti la corretta terapia del dolore e l'accessibilità all'assistenza domiciliare? In che misura le stesse riescono a rispondere alle esigenze della persona malata? Come e quanto le cure palliative possono dare sollievo ai bisogni di chi vede la propria esistenza prossima al traguardo? Le direttive anticipate di trattamento rappresentano una parziale soluzione dei problemi oppure possono essere fonte di ulteriori problemi ancora più difficili da dipanare? L'infermiere ha, all'interno della propria formazione, adeguate conoscenze per affrontare queste problematiche?

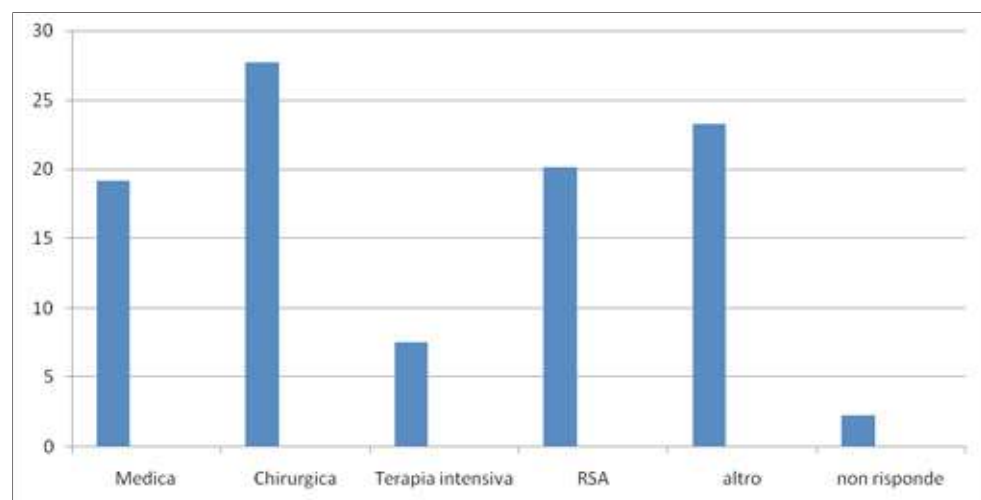
Prima dell'inizio del convegno promosso dall'IPASVI, "L'infermiere e le problematiche etiche del fine Vita", è stato distribuito a tutti i partecipanti un questionario, libero ed anonimo, all'interno del quale ognuno poteva esprimere la propria opinione sulle tematiche inerenti il fine vita. Lo stesso questionario è stato poi riproposto al termine del convegno: lo scopo è rappresentato dal cercare di avere uno spaccato di come gli infermieri vivono e sentono queste realtà e situazioni e se, al termine di una giornata di informazione e confronto, queste opinioni fossero mutate. In sede di convegno è stata fornita un'ampia carrellata incentrata sulle direttive anticipate di trattamento e sulle correnti di opinione e sui dati statistici inerenti l'eutanasia e l'accanimento terapeutico, senza tralasciare le esperienze personali, la visione filosofica ed alcune considerazioni profonde sulla morte ed il morire; uno spazio è stato riservato all'esplicitazione del ruolo e del significato del Comitato Etico. Ci sentiamo di poter affermare di non aver sostenuto nessuna corrente o linea di pensiero: al di là di ciò che la legge prescrive (e che quindi siamo tenuti ad osservare), al di là di ciò che il codice etico e deontologico impone (e che quindi siamo tenuti ad osservare), al di là dei dettami religiosi che ogni buon credente è tenuto ad osservare, le informazioni sono state portate in assoluta onestà intellettuale ed asetticità, proprio per non alterare i risultati di questo studio.

Partecipanti: 295 infermieri, 5 vigilatrici d'infanzia, 20 uditori (studenti terzo anno corso di Laurea Infermieristica)

Questionari distribuiti: 320

Questionari validi per lo studio: 318

L'area professionale in cui lavori (valori in percentuale)



Valori assoluti

Medica: 61

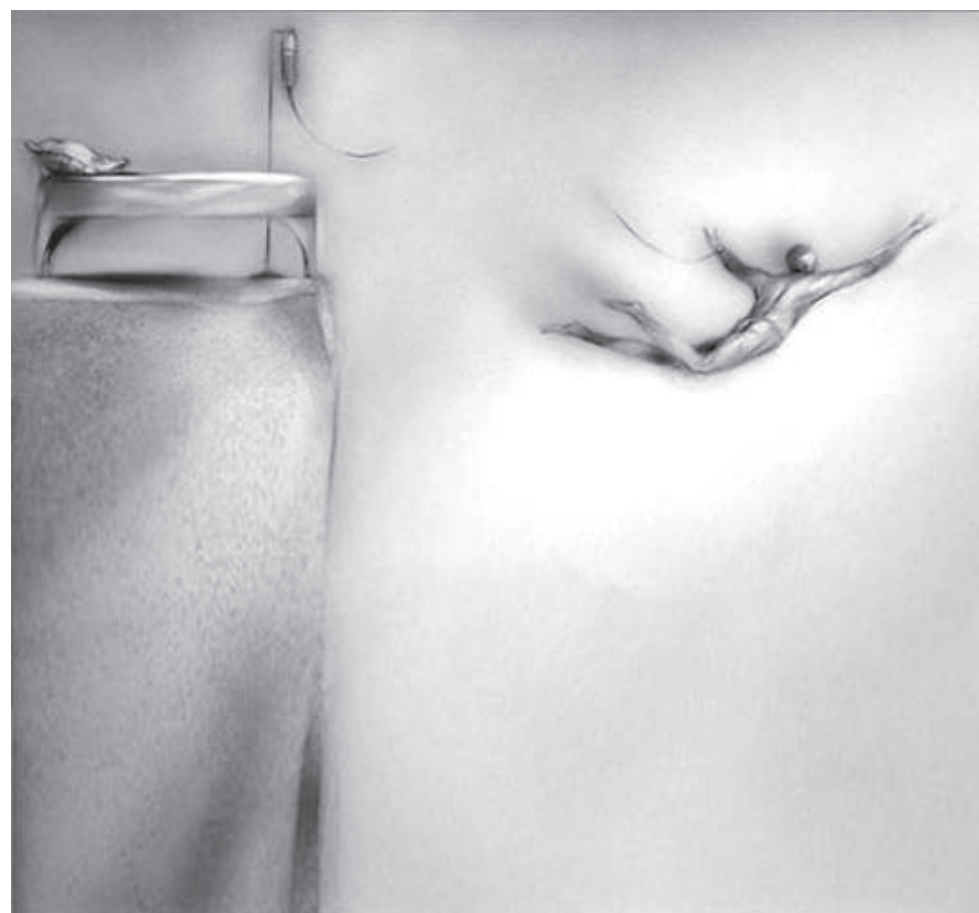
RSA: 64

Chirurgica: 88

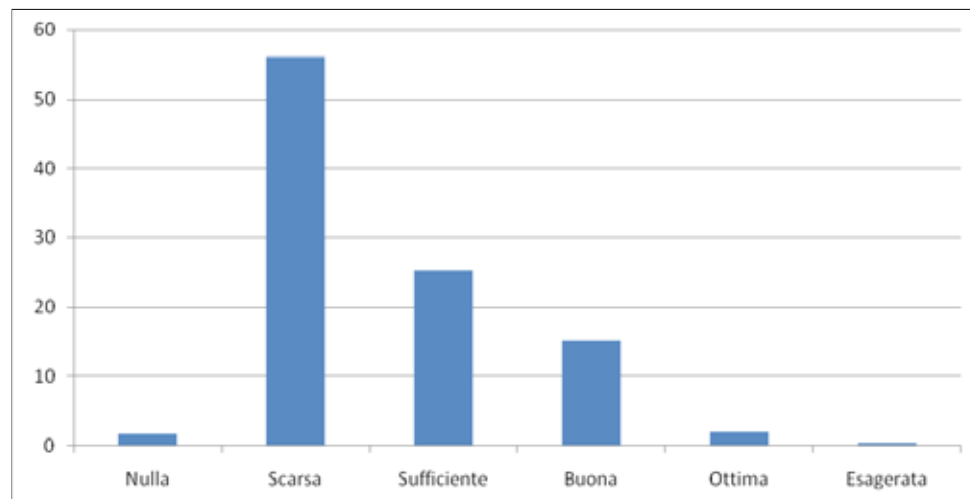
Altro: 74

Terapia intensiva: 24

Non risponde: 7



Ritieni che la quantità dell'informazione sulle tematiche del fine vita sia (valori in percentuale, questionario pre-convegno)



Valori assoluti

Nulla: 5

Buona: 48

Scarsa: 178

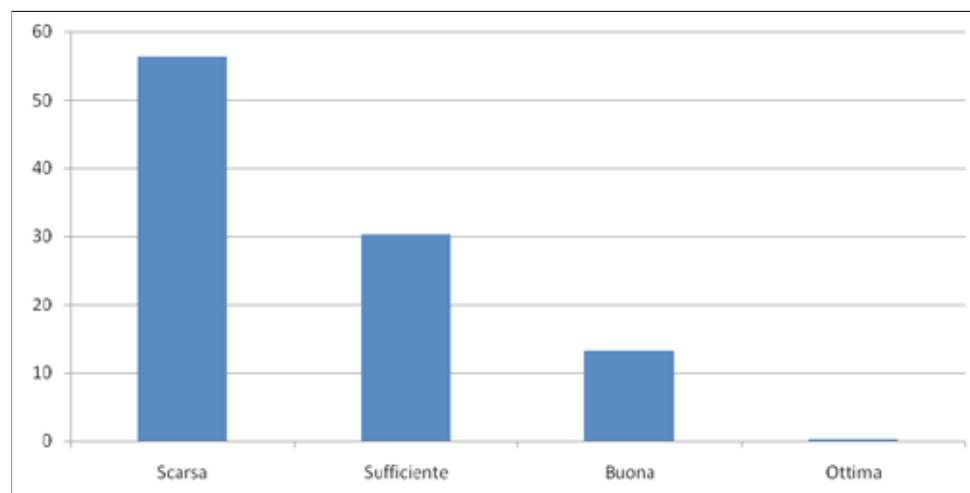
Ottima: 6

Sufficiente: 80

Esagerata: 1

% che ritengono buona la quantità di informazioni sulle tematiche di fine vita (Buona+ottima+esagerata): 17.3%

Ritieni che la qualità dell'informazione sulle tematiche del fine vita sia (valori in percentuale, questionario pre-convegno)



Valori assoluti

Scarsa: 179

Buona: 42

Sufficiente: 96

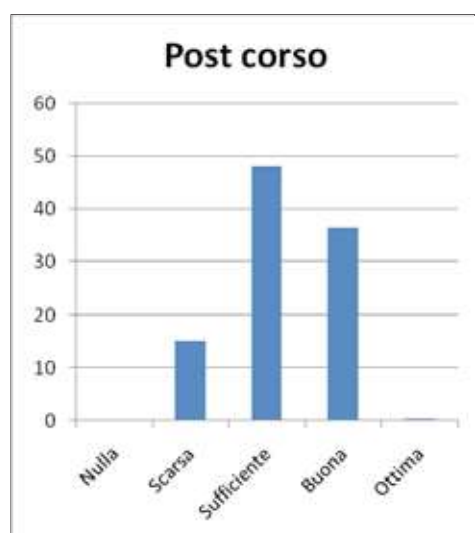
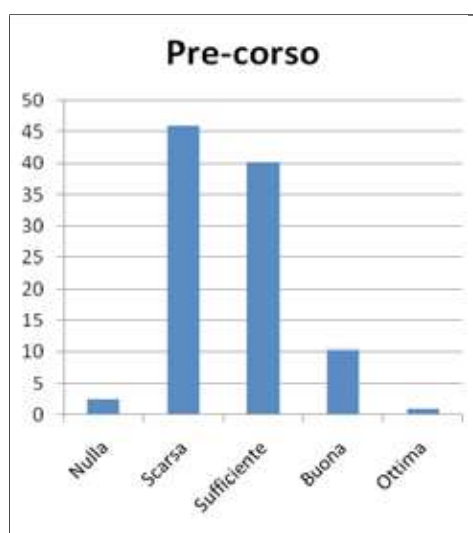
Ottima: 1

Buona: 42

Ottima: 1

% che ritengono buona la qualità delle informazioni sulle tematiche di fine vita (buona+ottima): 13.5%

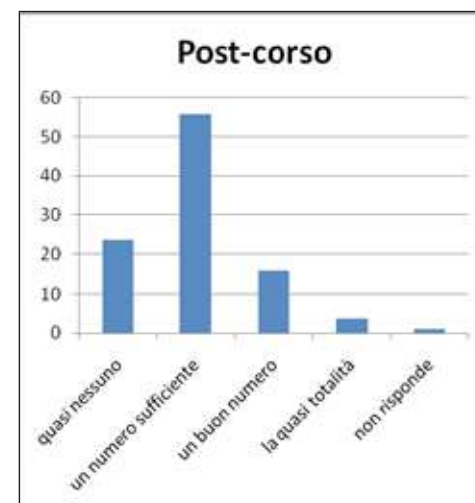
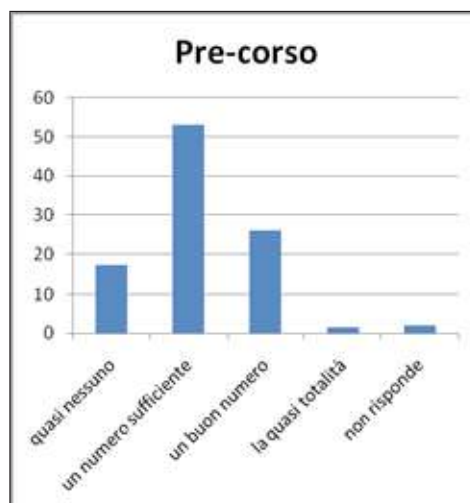
Ritieni che la tua formazione sulle tematiche del fine vita sia
(valori in percentuale)



Valori assoluti
Nulla: 8
Scarsa: 146
Sufficiente: 128
Buona: 33
Ottima: 3
% che ritengono buona la loro formazione (buona+ottima)
Pre-corso: 11.3%
Post-corso: 36.9 %

Valori assoluti
Nulla: 0
Scarsa: 48
Sufficiente: 153
Buona: 116
Ottima: 1

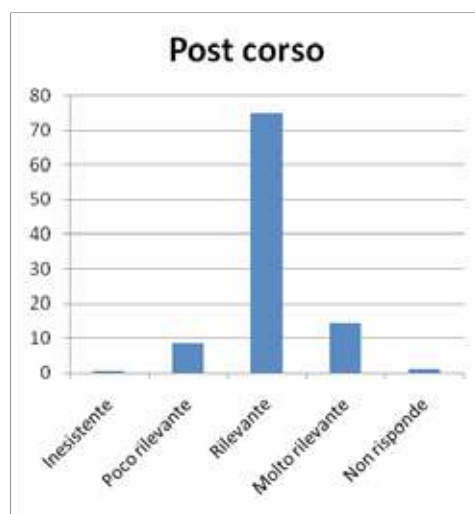
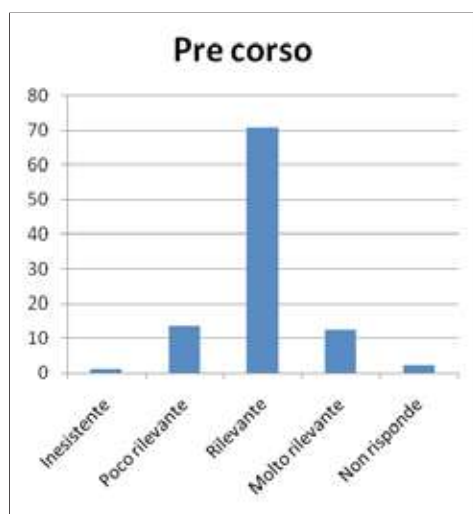
Rispetto ai malati potenzialmente candidabili ritieni che oggi le cure palliative soddisfino numericamente
(valori in percentuale)



Valori assoluti
Nessuno: 55
Un numero sufficiente: 169
Un buon numero: 83
La quasi totalità: 5
Non risponde: 6
% che ritiene che le cure palliative raggiungano un buon numero di individui potenzialmente candidabili alle stesse (Buono+quasi totalità):
Pre-corso: 27.7%
Post-corso: 19.8%

Valori assoluti
Nessuno: 75
Un numero sufficiente: 177
Un buon numero: 51
La quasi totalità: 12
Non risponde: 3

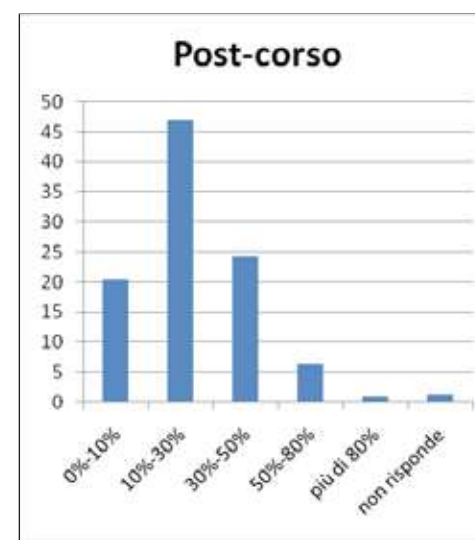
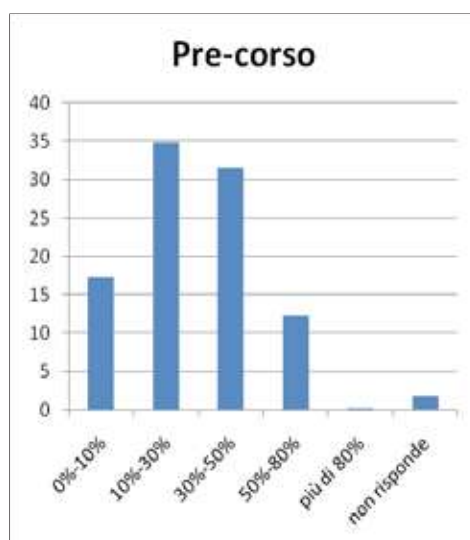
Ritieni che, dal punto di vista numerico, il problema dell'accanimento diagnostico/terapeutico sia
(valori in percentuale)



Valori Assoluti
Inesistente: 4
Poco rilevante: 43
Rilevante: 225
Molto rilevante: 39
Non risponde: 7
% che ritengono rilevante l'accanimento terapeutico (rilevante+molto):
Pre-corso: 83.2%
Post-corso: 89.8%

Valori Assoluti
Inesistente: 2
Poco rilevante: 27
Rilevante: 239
Molto rilevante: 46
Non risponde: 4

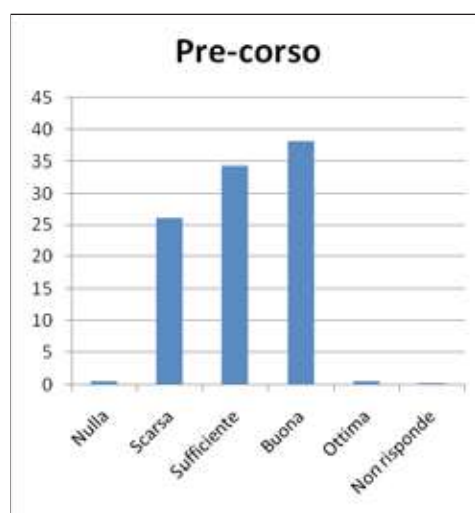
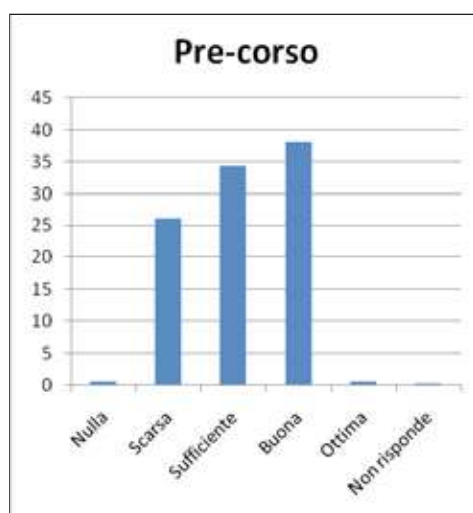
In che percentuale ritieni che, oggi, l'assistenza domiciliare sia in grado di supportare le esigenze dei malati terminali o senza possibilità di guarigione o di miglioramento del proprio stato di salute?
(valori in percentuale)



Valori assoluti
0%-10%: 55
10%-30%: 111
30%-50%: 100
50%-80%: 39
+ di 80%: 1
Non risponde: 12
% che ritiene che l'assistenza domiciliare supporti in maniera ottimale le esigenze dei malati terminali (50%-80% e + di 80%):
Pre-corso: 12.6%
Post-corso: 7.2%

Valori assoluti
0%-10%: 65
10%-30%: 149
30%-50%: 77
50%-80%: 20
+ di 80%: 3
Non risponde: 4

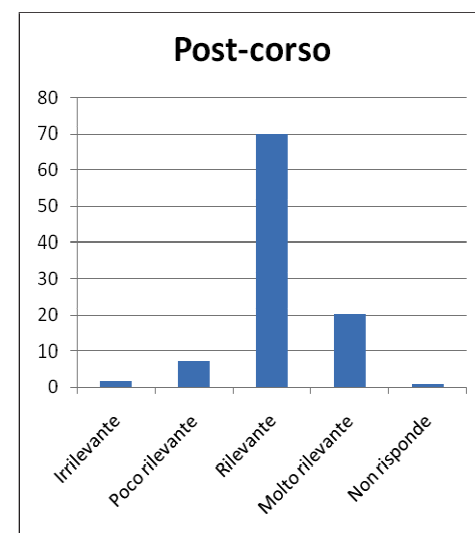
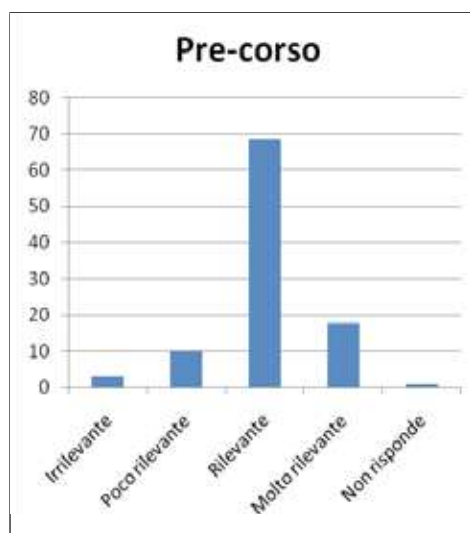
Ritieni che, mediamente, la sensibilità degli operatori sanitari nei confronti della terapia del dolore sia
(valori in percentuale)



Valori assoluti
Nulla :2
Scarsa: 83
Sufficiente: 109
Buona: 121
Ottima: 2
Non risponde: 1
% che ritengono buona la sensibilità degli operatori sanitari nei confronti della terapia del dolore (buona+ottima):
Pre-corso: 38.7
Post-corso: 40.9

Valori assoluti
Nulla: 1
Scarsa: 80
Sufficiente: 106
Buona: 126
Ottima: 4
Non risponde: 1

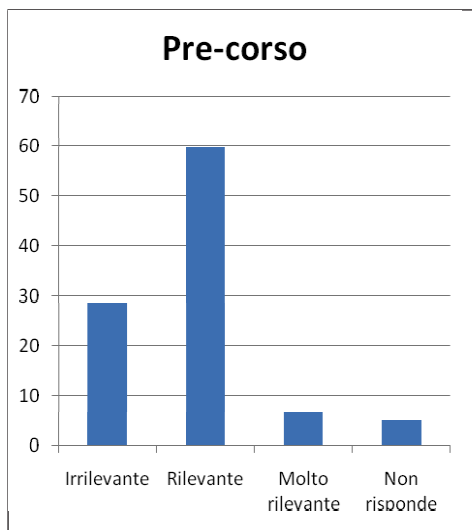
Dal punto di vista infermieristico, ritieni che il garantire l'assistenza religiosa nei confronti dell'ammalato con una prognosi infausta sia un problema
(valori in percentuale)



Valori assoluti
Irrelevante: 10
Poco rilevante: 31
Rilevante: 218
Molto rilevante: 56
Non risponde: 3
% che ritiene il garantire l'assistenza religiosa al malato con prognosi infausta un dovere rilevante dell'infermiere (rilevante+molto):
Pre-corso: 86.3%
Post-corso: 90.4%

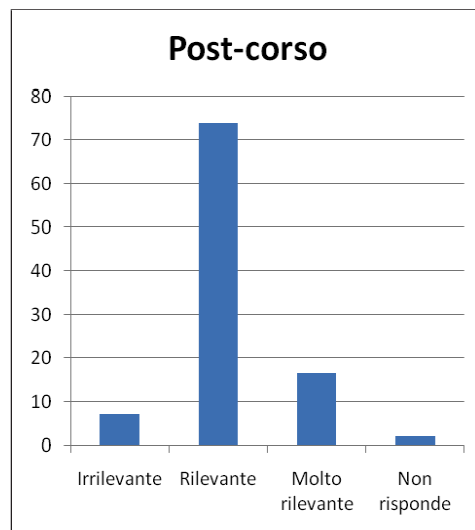
Valori assoluti
Irrelevante: 5
Poco rilevante: 23
Rilevante: 223
Molto rilevante: 64
Non risponde: 3

Ritieni che oggi l'eutanasia clandestina nei confronti degli ammalati incurabili sia numericamente
(valori in percentuale)



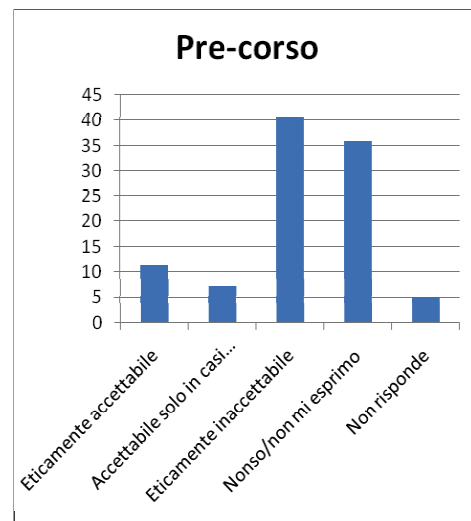
Valori assoluti
Irrilevante: 91
Rilevante: 190
Molto rilevante: 21
Non risponde: 16

% che ritiene l'eutanasia clandestina nei confronti dei malati incurabili un problema numericamente rilevante (rilevante+molto rilevante):
Pre-corso: 66.5%
Post-corso: 90.7%



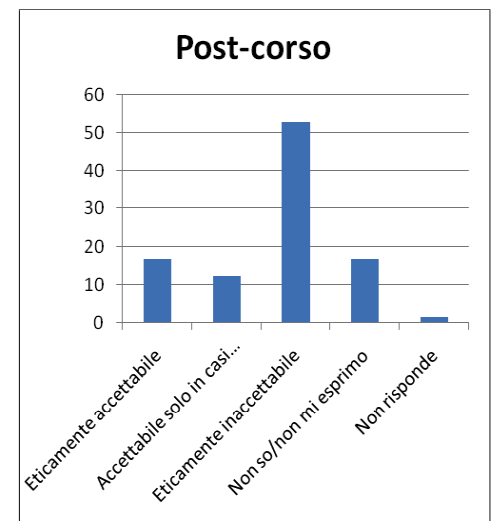
Valori assoluti
Irrilevante: 23
Rilevante: 235
Molto rilevante: 53
Non risponde: 7

La tua posizione nei confronti del suicidio assistito
(valori in percentuale)



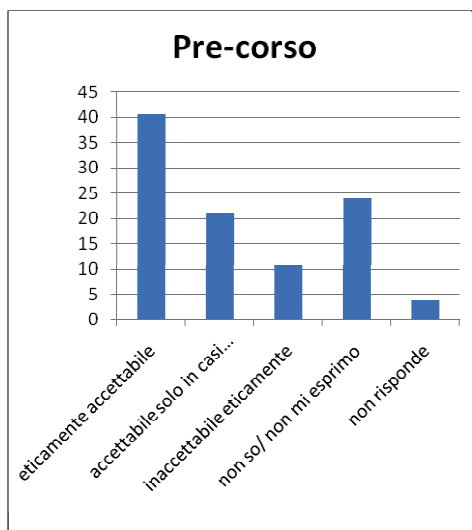
Valori assoluti
Eticamente accettabile: 36
Accettabile solo in casi particolari: 23
Eticamente inaccettabile: 129
Non so/non mi esprimo: 114
Non risponde: 16

% che ritiene eticamente inaccettabile il suicidio assistito:
Pre-corso: 40.6%
Post-corso: 52.9%
% di non contrari al suicidio assistito (etic. accett.+accett. in casi particolari):
Pre-corso: 18.6%
Post-corso: 29.0%

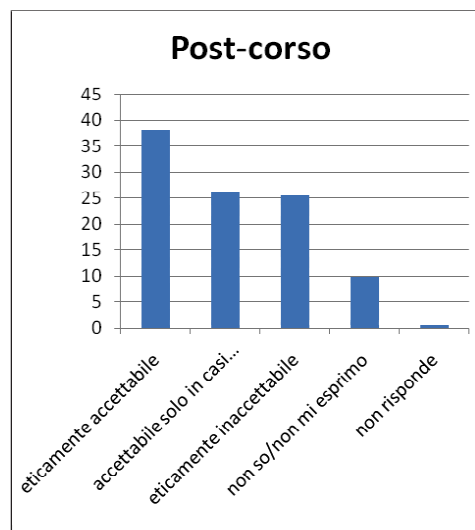


Valori assoluti
Eticamente accettabile: 53
Accettabile solo in casi particolari: 39
Eticamente inaccettabile: 168
Non so/non mi esprimo: 53
Non risponde: 5

La tua posizione nei confronti dell'eutanasia passiva
(valori in percentuale)

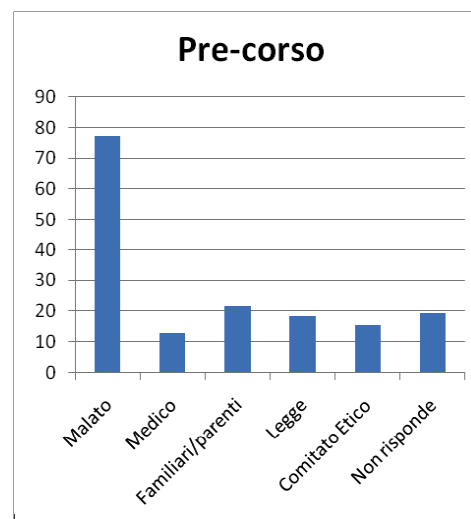


Valori assoluti
Eticamente accettabile: 129
Accettabile, ma solo in casi particolari: 67
Eticamente inaccettabile: 34
Non so/non mi esprimo: 76
Non risponde: 12
% di contrari all'eutanasia passiva (eticamente inaccettabile):
Pre-corso: 10.7%
Post-corso: 25.15%
% di non contrari all'eutanasia passiva (etic. acc+ accett. solo in casi particolari):
Pre-corso: 61.7%
Post-corso: 64.2%



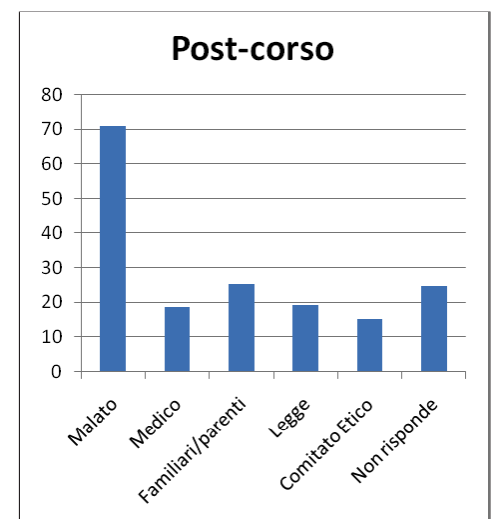
Valori assoluti
Eticamente accettabile: 121
Accettabile, ma solo in casi particolari: 83
Eticamente inaccettabile: 81
Non so/non mi esprimo: 31
Non risponde: 2

Se ritieni eticamente accettabile l'eutanasia attiva/passiva/suicidio assistito nel soggetto in grado di esprimere la propria volontà, quale o quali parti in causa dovrebbero avere il potere decisionale (possibili anche risposte multiple)
(valori in percentuale)



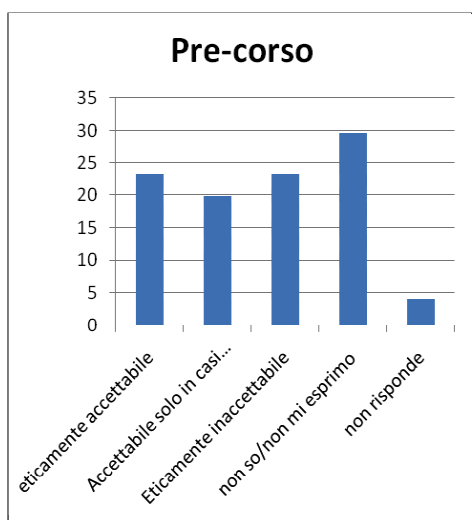
Valori assoluti
Malato: 245
Medico: 40
Familiari/parenti: 68
Legge: 58
Comitato Etico: 49
Non risponde: 61

N.B: nella categoria non risponde sono considerati anche coloro che non rispondono in quanto considerano eticamente inaccettabile eutanasia e/o suicidio assistito

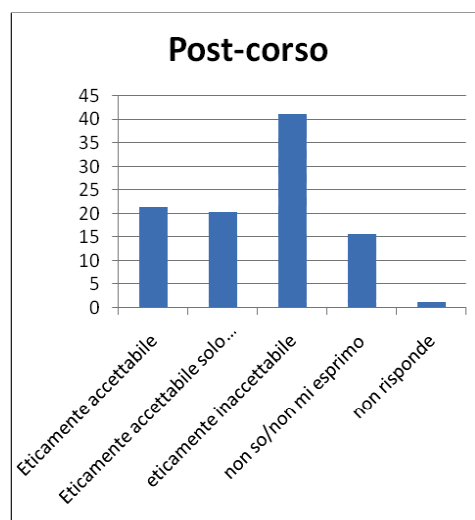


Valori assoluti
Malato: 225
Medico: 59
Familiari/parenti: 80
Legge: 61
Comitato Etico: 48
Non risponde: 78

La tua posizione nei confronti dell'eutanasia attiva
(valori in percentuale)

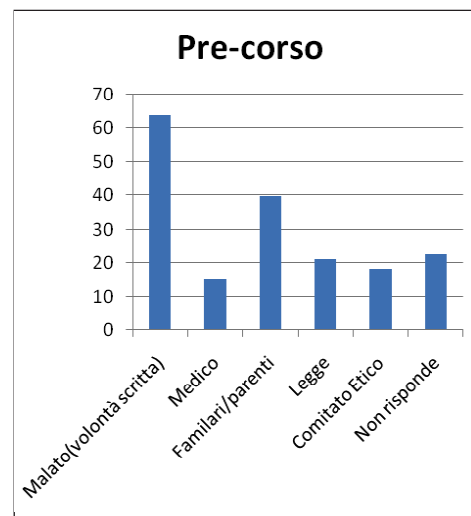


Valori assoluti
Eticamente accettabile: 74
Accettabile solo in casi particolari: 63
Eticamente inaccettabile: 74
Non so/non mi esprimo: 94
Non risponde: 13
% che ritiene eticamente inaccettabile l'eutanasia attiva:
Pre-corso: 23.3%
Post-corso: 41.3%
% di non contrari all'eutanasia attiva (etic. accett.+accett. in casi particolari):
Pre-corso: 43.2%
Post-corso: 41.9%



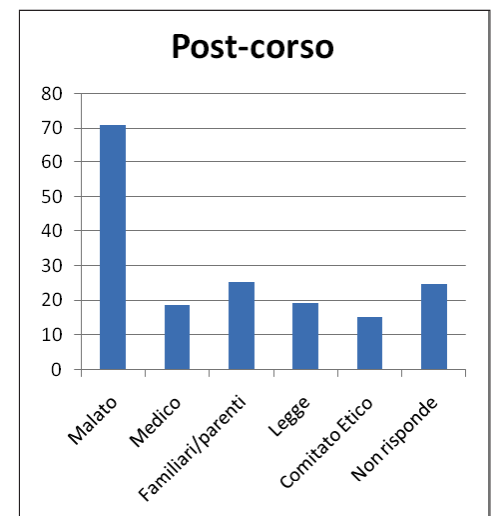
Valori assoluti
Eticamente accettabile: 68
Accettabile solo in casi particolari: 65
Eticamente inaccettabile: 131
Non so/non mi esprimo: 50
Non risponde: 4

Se ritieni eticamente accettabile l'eutanasia attiva/passiva/suicidio assistito nel soggetto non in grado di esprimere la propria volontà, quale o quali parti in causa dovrebbero avere il potere decisionale (possibili anche risposte multiple)
(valori in percentuale)



Valori assoluti
Malato (volontà scritta): 203
Medico: 48
Familiari/parenti: 126
Legge: 67
Comitato Etico: 58
Non risponde: 72

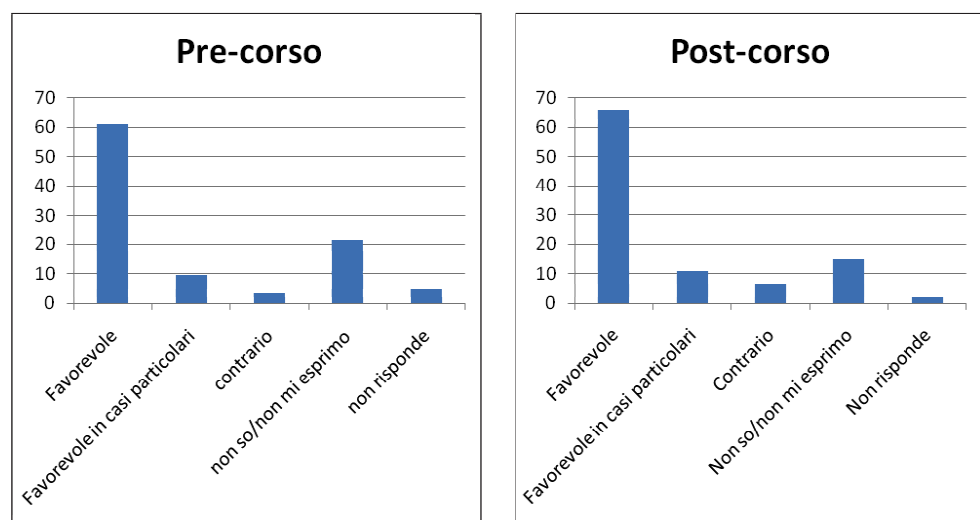
N.B: nella categoria non risponde sono considerati anche coloro che non rispondono in quanto considerano eticamente inaccettabile eutanasia e/o suicidio assistito



Valori assoluti
Malato (volontà scritta): 198
Medico: 51
Familiari/parenti: 123
Legge: 56
Comitato Etico: 55
Non risponde: 82

La tua posizione nei confronti delle direttive anticipate di trattamento (testamento biologico)

(valori in percentuale)



Valori assoluti

Favorevole: 194

Favorevole in casi particolari: 30

Contrario: 11

Non so/non mi esprimo: 68

Non risponde: 15

% di favorevoli alle direttive anticipate di trattamento (favorevole+favorevole in casi particolari):

Pre-corso: 70.6%

Post-corso: 76.9%

Valori assoluti

Favorevole: 209

Favorevole in casi particolari: 35

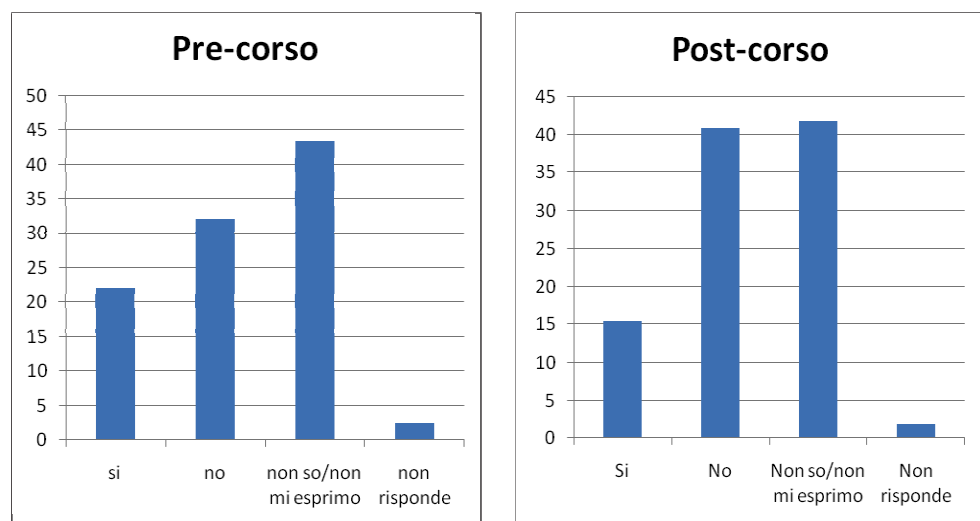
Contrario: 21

Non so/non mi esprimo: 47

Non risponde: 6

Se un domani l'eutanasia (attiva o passiva) ed il suicidio assistito fossero legalizzate, ti assumeresti la responsabilità di essere l'operatore sanitario che esegue o che omette l'atto?

(valori in percentuale)



Valori assoluti

Si: 70

No: 102

Non so/non mi esprimo: 138

Non risponde: 8

% di quanti non si avvarrebbero dell'obiezione di coscienza:

Pre-corso: 22%

Post-corso: 15.4%

% di quanti si avvarrebbero dell'obiezione di coscienza:

Pre-corso: 32.1%

Post-corso: 40.9%

% di quanti non si esprimono:

Pre-corso: 43.5%

Post-corso: 41.9%

Valori assoluti

Si: 49

No: 130

Non so/non mi esprimo: 133

Non risponde: 6

Considerazioni conclusive

Alcuni dati emergono con chiarezza.

Il campione analizzato reputa bassa la quantità e la qualità delle informazioni disponibili sulle tematiche di fine vita (17.3% buona quantità, 13.5% buona qualità), così come la propria formazione su questi problemi etici (buona formazione: 11.3%). Quest'ultimo dato migliora notevolmente al termine del corso (36.9%): è evidente però che una giornata di confronto ed approfondimento non può essere sufficiente ad acquisire una propria singola ed individuale "coscienza" su tematiche così profonde, fermo restando le proprie individuali convinzioni.

L'accanimento diagnostico/ terapeutico viene considerato come un problema numericamente rilevante (valori superiori all'80% pre-corso, vicini al 90% post-corso), che interessa cioè un elevato numero di assistiti.

La percezione della sensibilità degli operatori sanitari nei confronti dell'importanza della terapia del dolore non viene modificata, attestandosi intorno al 40%: in alcuni questionari (4) si discrimina fra la sensibilità infermieristica (considerata buona/ottima) e quella medica (considerata scarsa).

Coloro che rispondono ritengono che le cure palliative riescano a raggiungere ancora pochi malati potenzialmente candidabili alle stesse: il buon raggiungimento passa dal 28% al 20% a fine corso.

Stesso giudizio per l'assistenza domiciliare nei confronti degli ammalati terminali: il dato che emerge è che essa è in grado di dare una buona soddisfazione dei loro bisogni solo in un numero molto ristretto di casi (12.6% pre corso, 7.2% post).

Nessun dubbio sul dovere infermieristico di garantire al morente l'adeguata assistenza religiosa, con numeri riguardanti la rilevanza della stessa che arrivano al 90%.

Una variazione significativa si ha nei riguardi della percezione di quanto sia numericamente rilevante l'eutanasia clandestina: alle voci numericamente rilevante e molto rilevante si passa da un 66.5% pre corso ad un quasi 91% al termine della giornata.

Alla domanda sulla posizione nei confronti dell'eutanasia passiva (dati pre-corso), l'11% la ritiene eticamente inaccettabile, mentre il 62% la ritiene eticamente accettabile: il 24% non si esprime. Al termine del corso, il numero di coloro che non si esprime scende al 9.7%: aumentano lievemente i favorevoli (64%) ma il numero di contrari è più che raddoppiato (25%).

Alla domanda sulla posizione nei confronti dell'eutanasia attiva (dati pre-corso), il 23% la ritiene eticamente inaccettabile, mentre il 43% la ritiene eticamente accettabile: anche qui è notevole il numero di coloro che non si esprimono (29.6%). Al termine del corso, un numero maggiore di intervistati prende una posizione (non mi esprimo 15.7%): l'eutanasia attiva viene ritenuta eticamente inaccettabile nel 41% dei casi, quasi identica percentuale di chi la ritiene accettabile (42%).

Alla domanda sul suicidio assistito (dati pre-corso), viene ritenuto eticamente inaccettabile dal 41% degli intervistati, eticamente accettabile dal 19% degli stessi, elevato il numero di coloro che non si esprimono (36%). Al termine del corso, coloro che non si esprimono scendono al 17%, i contrari salgono al 53% ed i favorevoli al 29%.

Sulle tematiche inerenti l'eutanasia (attiva/passiva) ed il suicidio assistito, nelle categorie "eticamente accettabile solo in casi particolari", pochi intervistati (28 pre., 23 post) riescono ad individuare questi "casi particolari": tra essi, stati vegetativi permanenti, stati finali di neoplasie con grave sofferenza psico/fisica, malattie neuromuscolari degenerative allo stadio terminale, inefficacia della terapia del dolore. In tutti i casi viene sottolineata l'espressa e reiterata volontà del malato, l'elevato grado di dipendenza e la perdita di dignità dello stesso.

Nessun dubbio su chi debba avere il potere decisionale nel caso in cui eutanasia attiva/passiva/suicidio assistito vengano ritenuti eticamente accettabili: il malato in primis (e, nel caso in cui non sia in grado di intendere e di volere debbono far fede le sue volontà scritte) e, a seguire, i parenti/familiari (con maggiore rilevanza nel caso in cui il congiunto non possa validamente esprimersi). Più defilate le posizioni della legge, del Comitato Etico e del medico. In alcuni questionari (4) si specifica anche il ruolo infermieristico. Sulle direttive anticipate di trattamento il corso non modifica sensibilmente i risultati: favorevoli il 70.5% prima, il 76.9% dopo. I contrari passano dal 3.5% al 6.6% (colore che non si esprimono scendono dal 21% al 15%).

Nel caso in cui divenissero legali eutanasia e suicidio assistito, il numero di coloro che non si avvarrebbero dell'obiezione di coscienza passa dal 22% al 15%; coloro che si avvarrebbero dell'obiezione di coscienza passano dal 32% al 41%: rimane però estremamente elevato il numero di coloro che non si esprimono (da 43% a 42%), segno della difficoltà di prendere una posizione quando gli attori chiamati in causa direttamente siamo noi. Se risulta concettualmente più facile definire se, dal punto di vista teorico, siamo o non siamo favorevoli ad eutanasia e suicidio assistito, molte perplessità rimangono nel momento del fare o dell'astenersi: un conto è pensare ed un altro è agire (o astenersi dal farlo), anche se la legge ce lo permettesse. E' presumibile pensare che quel dato del 15% sia quello dei veramente favorevoli ad eutanasia e suicidio assistito (penso che sia moralmente accettabile e, se la legge me lo consente, compirei l'atto o mi asterrei dal trattamento con l'intento primario di procurare la morte del sofferente), così come quello dei veramente contrari sia del 41% (non farei o non mi asterrei con l'intento primario di provocare la morte, anche se la legge me lo permettesse). Negli altri casi, presumibilmente, il percorso intimo ed interiore individuale non ha ancora portato ad una posizione assolutamente definita.

La considerazione finale riguarda la lettura di questi dati: se è evidentemente difficile (forse addirittura impossibile) trovare una uniformità di vedute su temi come il l'eutanasia ed il suicidio assistito, emerge in maniera assoluta quali siano i campi su cui è necessario muoversi e migliorare: la formazione, le cure palliative, l'assistenza domiciliare, la terapia del dolore, l'accanimento terapeutico, il prendersi cura globalmente della persona malata, con lo scopo di evitare di portare la stessa a richiedere trattamenti che si prefiggono, come scopo primario, la fine dell'esistenza per porre fine alle sofferenze dell'individuo.



La "relazione d'aiuto" nel processo di donazione degli organi: Il ruolo dell'infermiere

di Renato Canali*

PRESENTAZIONE

Da sedici anni lavoro come infermiere presso l'Azienda Ospedaliera della Valtellina e Valchiavenna, nella struttura di Sondalo. Svolgo la mia attività tra la Terapia Intensiva generale, la neurochirurgica e il servizio di anestesia delle varie specialità. Non ho avuto la volontà né la possibilità di sperimentare il contatto con la corsia o altre realtà nelle quali mi sarei potuto misurare con l'approccio su pazienti svegli e dove è più facile trasmettere calore umano.

In Terapia Intensiva il rischio maggiore è quello di spersonalizzare il rapporto paziente/operatore sanitario il quale si limita ad interfacciarsi con apparecchiature e tecnologia vivendo una situazione di disagio nel momento in cui la persona ricoverata supera la fase acuta.

Mi sono approcciato a questo Master proprio per dare nuovi stimoli al mio lavoro, credendo di aver raggiunto una fase di stallo che richiedeva una svolta.

Le lezioni frequentate mi hanno aperto nuovi orizzonti e nuove realtà, dandomi molto, sia a livello teorico che pratico.

Mi sono reso conto che ho tanto da imparare, ma ho rivalutato la mia quotidianità e devo sostenere che, nonostante i numerosi limiti, l'unità dove lavoro eccelle dal punto di vista umano al quale bisogna riconoscere una notevole importanza.

Mi piacerebbe riuscire a produrre una tesi che serva a me e anche ai miei colleghi, prendendo in considerazione l'aspetto relazionale equipe sanitaria - parenti nel prelievo multiorgano (nell'unità dove opero vengono eseguiti prelievi con una frequenza abbastanza alta). Non dovrebbe essere, quindi, fine a se stessa, ma strumento di discussione, confronto, critica, arricchimento personale all'interno del gruppo di persone con cui lavoro.

Nel corso degli anni, ho sperimentato alcune difficoltà sia nella relazione, sia provando a pelle sensazioni di "stress emotivo", nel tentativo di evitare il coinvolgimento troppo personale. "Saperne di più" mi ha chiarito molti dubbi e mi ha confermato che questi malesseri sono condivisi anche da altri operatori.

LA TERAPIA INTENSIVA E LA PRATICA DEL LIMITE

L'istituzione dei reparti di Terapia Intensiva è un fatto relativamente recente: risale alla fine degli anni sessanta. La presenza di personale medico ed infermieristico altamente specializzato e di strumenti ad elevato contenuto tecnologico fanno sì che questi reparti siano diffusi soprattutto nei grandi centri ospedalieri. La Terapia Intensiva è un luogo privilegiato dove la scienza medica spinge fino alle estreme conseguenze il concetto secondo cui "la malattia è un processo naturale che colpisce il corpo".

Erroneamente la Terapia Intensiva viene da molti identificata come "Rianimazione" che significa "ridare anima", come se la pratica terapeutica fosse più centrata sull'anima che sul corpo.

In questo luogo, così particolare, emerge prepotentemente la ricerca di un'autentica relazione di cura con la

"Quello che avrai donato, questa sarà la tua ricchezza per sempre"

(Marziale, epigr. 5, 42, 8)

La vita donata ad altre persone attraverso un cuore, un fegato, un rene, non lasciati a diventare "polvere di deserta gleba", fa fiorire l'urna della persona estinta, bagnata dalle lacrime di tutta l'umanità. Il trapianto è terapia che dà vita o ne migliora i contenuti.

Il corpo "muto" esprime ancora e sempre la sua grandezza.

Dobbiamo avere rispetto e amore in modo da far sì che il prelievo diventi l'atto più bello di generosità e di cura. Ogni intervento di trapianto d'organi ha generalmente all'origine una decisione di alto valore etico: la decisione di offrire, senza ricompensa, una parte del proprio corpo per la salute ed il benessere di un'altra persona. Proprio in questo risiede la nobiltà del gesto che si configura come un autentico atto di amore.

persona ricoverata. E come?

I pazienti sono, per lo più, incoscienti (in coma per la loro patologia o mantenuti in coma dai farmaci, per esigenze terapeutiche). "Soprattutto qui"! Si potrebbe invece affermare, dal momento che in questi reparti si sperimentano, assieme al potere, anche i limiti della scienza e della tecnologia e perché, troppo spesso, a causa dell'elevata mortalità, le relazioni che il paziente riuscirà ad instaurare saranno le ultime per lui. Negli ultimi 30 anni il progresso tecnico-scientifico ha fornito al medico, che opera in terapia intensiva, nuove possibilità di intervento su pazienti in condizioni critiche: dall'abolizione della coscienza mediante sedazione prolungata, al sostegno della pompa cardiaca o dell'emulterio renale.

Il diagnosticare la morte cerebrale, a cuore battente, con criteri neurologici ben definiti e rendere possibile il trapianto di organi ha poi ampliato esponenzialmente possibilità e risvolti mai pensati.

L'evoluzione scientifica e tecnologica ha infatti reso disponibili trattamenti che consentono di prolungare, anche considerevolmente, i tempi di sopravvivenza dei pazienti che, fino a qualche anno fa, sarebbero stati considerati irrecuperabili.

In Terapia Intensiva si riscontra una mortalità più elevata rispetto ad altri reparti ed il personale che vi lavora ha acquisito, nel tempo, la necessaria dimestichezza con la morte, a volte gestita con un comportamento di distacco, dettato esclusivamente da un "meccanismo di difesa".

Ma se l'assistere alla morte è per il medico o l'infermiere un evento destinato a ripetersi, con il quale si intrattiene, non senza fatica, un rapporto di composta partecipazione, per il familiare la morte del proprio congiunto è un evento unico e drammatico.

Medici e infermieri sono costantemente chiamati a rapportarsi con la morte e il morire, ma raramente hanno la possibilità di confrontarsi e riflettere apertamente su ciò che questo comporta per loro stessi e per le relazioni che instaurano, all'interno dell'equipe o verso l'esterno, con i pazienti e i loro familiari.

Chi affronta l'esperienza di un parente ricoverato in Terapia Intensiva, oltre alla grande preoccupazione per la vita del proprio caro (colpito da una malattia il più delle volte grave, oppure sottoposto a un delicato intervento chirurgico o vittima di un grave incidente della strada) è costretto ad affrontare, talora dopo aver percorso

parecchi chilometri, una lunga serie di disagi che, considerati in se stessi, potrebbero sembrare banali ma che, in quella particolare circostanza, assumono un ruolo determinante.

L'esperienza umana in Terapia Intensiva e la comunicazione

Nel nostro tempo viviamo una sorta di ritorno all'indifferenza: quella del cuore, che fa spazio a rancori e risentimenti, al disprezzo e alla freddezza cinica.

Ci troviamo di fronte alla durezza dei confini culturali, alla durezza delle pratiche e delle ragioni, dell'agire specialistico, a volte, autoreferenziale e ottuso che si traduce in durezza di giudizi.

Ma si può vivere di durezza?

Non si crea un legame nella durezza né si stabilisce fiducia.

"Esperienza umana" in Terapia Intensiva vuol dire trovarsi in un luogo dove le pratiche di saperi esperti provano a far sì che il pensiero e la tecnica riconquistino una possibilità alla vita.

I medici, qualche volta gli infermieri, paiono presi da una forma di "concentrazione interna".

Il più delle volte, ciò crea una soglia difficile da valicare che corrisponde spesso a una distanza fisica tra chi è dentro (i medici, gli infermieri ed i pazienti) e chi è fuori (i familiari).

La comunicazione e la parola si fanno difficili; comunicare il limite, il danno, i rischi e l'incertezza è impegnativo: così, quando "dentro" e "fuori" si incontrano, si cercano traduzioni, si cerca di mediare.

Ma è ben diversa la questione della comunicazione.

Attorno alla medicina di emergenza, colpisce la comunicazione frettolosa, fatta "sulla porta" di una Terapia Intensiva dove avviene un fiorire di metafore.

La comunicazione con i familiari è un momento importante (da parte loro è investito da paura, sconforto, ansia, rabbia, tragedia) ed è fondamentale che questa avvenga in un luogo idoneo e che ad essa sia dedicato tutto il tempo necessario.

La scienza della comunicazione ha ampiamente dimostrato che le tecniche di dialogo, soprattutto quando questo verte su argomenti dolorosi, non sono affatto tutte uguali e la corretta trasmissione delle notizie per nulla scontata.

In Terapia Intensiva il dialogo tra medico e familiare è particolarmente

difficile: per la natura dei contenuti (spesso ignoti o di difficile comprensione) e per il grado di emotività che coinvolge ambedue gli interlocutori. Quando si deve comunicare la morte, le difficoltà aumentano sia per il medico, che ha perduto uno dei suoi pazienti sia, e soprattutto, per il familiare che ha perduto il proprio caro.

Il dialogo, in questa precisa circostanza, è fortemente influenzato dalla personalità del medico che lo conduce: non si tratta semplicemente di "parlare", cioè di esprimere qualcosa attraverso il linguaggio, ma di "comunicare", cioè di rendere partecipe qualcuno di una notizia.

La parola assume quindi una potenza enorme.

Da un lato si fa esplicita in una trasparenza pietosa e definitiva: è la dichiarazione di morte encefalica che rende "cadavere", e forse donatore, il paziente; dall'altro lato, invece, si fa strumento di compagnia e prova a tessere vicinanze, scambi, domande. Capire, far capire, voler capire sono dimensioni che si giocano nella relazione.

Bisogna trovare un modo per accogliere i tempi e i modi dell'altro, del familiare, del suo venire in presenza, del suo rendersi disponibile ad accogliere ed elaborare quanto viene comunicato e chiesto.

[...]

I RAPPORTI CON I FAMILIARI NELLE TERAPIE INTENSIVE

Il dialogo

La perdita, la morte di una persona coinvolge una famiglia. Ciascuna fa-

FASI DELLA COMUNICAZIONE CON LA FAMIGLIA DEL POTENZIALE DONATORE

ATTIVITÀ	COMPITI	PERSONALE COINVOLTO	TEMPI
1. identificare la famiglia e le persone più significative	raccogliere le informazioni sulla famiglia dal personale delle TI e dalla cartella clinica ricostruire con esattezza la storia del paziente e le cause che hanno portato al decesso sapere esattamente cosa è stato detto nei colloqui precedenti con il personale delle TI decidere i punti della comunicazione pianificandone i contenuti e le modalità	infermiere medico personale della TI	nella fase di individuazione del potenziale donatore
2. stabilire un rapporto di fiducia e di comunicazione adeguato creando una vera e propria "relazione di aiuto"	accogliere i familiari rapportarsi in maniera empatica e di "ascolto attivo" usare un linguaggio adeguato agli interlocutori comunicare la situazione di gravità irreversibile comunicare la morte introdurre il concetto della donazione solo se la famiglia è in grado di comprenderlo valutare la comprensione attraverso la reazione dei familiari saper riconoscere le fasi di elaborazione del lutto adeguando il comportamento alla situazione	infermiere medico anestesista della TI	nelle prime fasi del colloquio con la famiglia
3. stabilire e mantenere la comunicazione	fornire informazioni e spiegazioni in modo coerente fornire supporto e assistenza assistere i familiari e accompagnarli dal congiunto	infermiere medico	per tutto il periodo dell'accertamento di morte
4. proporre la donazione degli organi	introdurre il concetto della donazione solo se la famiglia è in grado di comprenderlo fornire supporto e assistenza adottare un atteggiamento rispettoso, saper ascoltare dare tutte le spiegazioni richieste e chiarire eventuali dubbi non affrettare la decisione, rispettare i tempi e la scelta congedarsi offrendo la possibilità di mantenere i contatti in futuro	infermiere medico	per tutto il periodo dell'accertamento di morte

miglia ha regole e sistemi relazionali differenti: ci sono famiglie che sono compatte, affettivamente solide che riescono a fronteggiare la morte, che reggono bene al dolore della perdita, mentre altre che sono disgregate, affettivamente fragili che esaltano la solitudine e la perdita che la morte porta con sé.

Non sempre le alleanze apparenti mostrano i veri equilibri delle famiglie, specie nelle morti inaspettate. Per i superstiti l'evento è sempre doloroso, tuttavia la sua comprensione cambia se la morte è a seguito di situazioni prevedibili e/o previste. Morire dopo una lunga malattia o a seguito di una situazione "annunciata", che ha portato sofferenza e patimenti nel defunto e nei familiari, può essere quasi una "liberazione", o comunque aver prefigurato l'evento, aver cominciato a pensarci "essersi in qualche modo preparati". La morte improvvisa è sicuramente più tragica nel suo impatto proprio perché inattesa.

I comportamenti umani in seguito alla morte di un caro sono vari ed imprevedibili. Il dolore della perdita ha bisogno di tempo e spazio. Quando la morte avviene in Terapia Intensiva, lo spazio e il tempo si condividono con l'equipe proprio in quel preciso ambiente.

Condividerle e sentirsi meno soli aiuta a tollerare il grande dolore della morte e non esistono parole giuste o sbagliate, ma atteggiamenti di rispetto per chi sta soffrendo per una forma di sofferenza cui noi non siamo immuni. Nell'informazione della morte c'è una naturale "delusione", il crollo delle aspettative, il frantumarsi delle speranze. Quando poi la morte è improvvisa e tutto avviene in un arco di tempo limitato, è naturale che il familiare sia in stato di confusione, di smarrimento.

A volte manifesta rabbia, paura ed esterna la sua incredulità e il suo dolore. Ascoltare il familiare in questa fase è molto importante. È importante saper calibrare i tempi a misura delle esigenze dei parenti. Queste interazioni sono emotivamente coinvolgenti ed è facile scivolare in meccanismi dettati dalla fretta. Ascoltare i messaggi verbali e non verbali non significa agire spontaneamente: l'ascolto è una pratica faticosa. In questa fase gli operatori sanitari contribuiscono con la loro soggettività che non si limita a predisposizione. Quando i familiari si sentono ascoltati, raccontano di sé, del loro mondo familiare, del loro caro, aprono come una finestra nel panorama della loro vita, chiedono agli operatori sanitari condivisione e accoglienza.

Questi due atteggiamenti sono profondamente personali e l'autenticità è determinante. È importante che il medico rianimatore spieghi che cosa significa "morte encefalica": la spiegazione deve essere rigorosa, anche se adeguata alla capacità di ascolto e di comprensione degli interlocutori. Il paziente cui è stata fatta la diagnosi di morte encefalica, ha un cuore che batte ed è caldo: in questa situazione, che ai più non appare irreversibile, è difficile per la famiglia operare una scelta. Nella morte tradizionale, quando il cuore cessa di battere, il corpo appare pallido, freddo e rigido: la morte, insomma, dà di sé un'immagine eloquente e non equivoca, da tutti riconosciuta. In questi casi la famiglia concede facilmente la propria adesione ad un programma di donazione. Per questi motivi i familiari, di fronte ad un congiunto definito in "morte encefalica", manifestano atteggiamenti di negazione: solo se il medico assume un atteggiamento empatico si può procedere nella comunicazione e conferirle il carattere di una relazione di aiuto.

Non si tratta di educare alla donazione di organi bensì di dare un'opportunità per esprimere una scelta. La donazione di un organo, che può

salvare la vita di una persona o migliorarne sensibilmente la qualità, sembrerebbe un gesto ovvio: purtroppo non è così.

Il silenzio e l'ascolto

L'ascolto è determinante per ottenere il feedback rispetto alla comunicazione dei messaggi. L'ascolto da parte del curante permette ai familiari di sentirsi accolti. In una relazione intima come la comunicazione della morte, le abilità di ascolto devono tener conto dei tempi di silenzio. Spesso si è portati a riempire i tempi pausa, temendo il silenzio per l'imbarazzo o la tensione emotiva che porta con sé.

Quale durata dare ai silenzi?

Ciascuna interazione richiederà tempi pausa diversi in rapporto:

- all'intimità costruita tra gli interlocutori;
- al numero dei familiari;
- alla capacità di gestire il silenzio in modo empatico.

Il silenzio permette di:

- dare ai familiari il tempo di formulare domande;
- esprimere il dolore e dare sfogo alle emozioni;
- raccontare di sé - della famiglia - del donatore;
- consolidare l'alleanza tra l'equipe curante e familiari;
- rinforzare le informazioni precedenti.

Quando il familiare sta in silenzio:

- il sanitario può invadere il silenzio;
- il sanitario può rispettare il silenzio, rispondendo con un silenzio empatico.

Ascoltare può sembrare un'azione semplice, immediata.

L'ascoltatore, anche se apparentemente passivo o silente, è impegnato in una serie di operazioni interne che sono:

- la percezione;
- la scelta tra i tanti stimoli che giungono;
- la decodifica;
- la selezione dei messaggi.

Queste operazioni interne, tipiche dell'ascoltatore, sono soggettive, poiché tutte altamente influenzate dal nostro bagaglio di esperienze e dallo stato d'animo del momento. L'ascolto, specie in ambito sanitario, non può essere lasciato alla spontaneità.

PRENDERSI CURA: LA MEDIAZIONE DELL'INFERMIERE

Infermiere: "A noi di solito spetta un ruolo intermediario. Facciamo da tramite o traduciamo quello che il medico ha detto. Direttamente non diamo informazioni ai parenti se non cose molto generali".

Gli infermieri, nel loro rapporto con la tecnologia, oltre ad evidenziare la distinzione tra supporti vitali strumentali e terapia farmacologia, mettono in luce anche la dimensione linguistica di certi tecnicismi del sapere esperto dei medici.

Questi creano una lontananza perché il loro linguaggio risulta spesso incomprensibile ai familiari, che comunque chiedono, a volte con insistenza, di comprendere. Il gioco degli infermieri è spesso di *mediazione culturale* e sono invece assenti nei loro racconti i tipi di narrazione di *insistenza terapeutica* e di *spersonalizzazione*. Il lavoro di traduzione si rende necessario per rispondere alla richiesta legittima dei familiari di avere delle informazioni più comprensibili sulla condizione

del loro parente. Questa mediazione linguistica tuttavia non si limita a una funzione meramente informativa, perché la richiesta dei familiari esprime anche un bisogno di rassicurazione sugli esiti delle cure.

Tutto questo implica un'istanza relazionale che necessita di un legame di fiducia.

Infatti, spesso gli infermieri devono cercare di *comprendere quali aspettative* le immaginarie potenzialità della tecnologia ingenerino nei familiari, per favorire il rapporto di fiducia tra medico e familiari stessi. Per questi ultimi, secondo gli infermieri, l'importante è "fare tutto il possibile" e questa aspettativa deve essere continuamente *rinegoziata* in rapporto all'andamento clinico, altrimenti, quando i medici decideranno di ridurre le terapie per l'esaurimento dei margini di intervento, la pressione esercitata dai familiari, per proseguire nei trattamenti, rischierebbe di minacciare la fiducia faticosamente conquistata.

Allorché la relazione tra infermieri, pazienti e tecnologia diventa critica, la stessa prestazione tecnica viene subordinata al mantenimento della relazione di fiducia. Quando le aspettative sono smisurate spesso obbligano l'equipe a proseguire nei trattamenti, cercando di fare più di quello che sarebbe clinica-



mente necessario.

L'attività di mediazione, nei suoi aspetti di traduzione e di negoziazione, è riconosciuta agli infermieri anche dai medici, che sottolineano il contributo non solo tecnico, ma soprattutto relazionale ed etico, che essi possono dare nelle decisioni in fine di vita.

Infermiere: "In effetti noi rimaniamo accanto al malato, a parte le varie terapie, gli dedichiamo tutte le nostre ore, per cui è chiaro che siamo molto più vicini all'ammalato e in questi momenti, c'è chi sviluppa di più anche gli aspetti psicologici".

La mediazione degli infermieri è resa possibile dal loro rapporto di *prossimità affettiva* con il paziente e i congiunti. La vicinanza quotidiana al letto del malato personalizza il rapporto e dà anche un senso alla pratica quotidiana.

La conoscenza della storia del paziente e dei suoi familiari rende l'impatto della tecnologia meno spersonalizzante. Gli infermieri si raccontano spesso come *testimoni interni al reparto*.

Questa loro testimonianza della soggettività del paziente, oltre che all'oggettività del suo corpo, diventa un criterio di giudizio critico verso la tendenza, da parte di alcuni medici, di ridurre il paziente a un mero corpo collegato a dei macchinari. Il *distacco affettivo* tra l'operatore sanitario ed il paziente è da superare.

Il paziente di rianimazione è spesso in coma, e rischia di essere riconosciuto solo come un corpo inanimato. Eppure, secondo gli infermieri, il coinvolgimento emotivo è necessario per amare la propria professione, altrimenti si corre il rischio di rimanere unicamente dei tecnici.

Infermiere: "Il problema da affronta-

re è molto difficile...io ho fatto molta fatica a parlare con il paziente perché all'inizio ero molto distaccata con l'ammalato, avevo proprio un distacco totale. A me è servito molto allontanarmi dalla rianimazione e poi tornare, perché ho imparato a lavorare con i malati svegli, dove il malato sta male ma comunica con te e quindi ha delle esigenze diverse rispetto a quello che arriva in rianimazione e tendenzialmente è in coma.

Questa esperienza mi ha permesso di rapportarmi diversamente anche con i malati della rianimazione, a me è servito moltissimo perché all'inizio quando lavoravo in rianimazione ero un tecnico, rapporto zero".

Infermiere: "Non solo è difficile trattare con queste persone che sono lì sui letti. Noi ci prendiamo carico anche della sofferenza che provano i parenti: noi dobbiamo essere lì e supportarli non è facile, anche perché vedono in noi la figura a cui riferirsi, vogliono da noi delle risposte che non possiamo dare. Non possiamo dare delle false speranze, anche perché se dovessimo fornire delle risposte sempre positive perderebbero la fiducia in noi...".

L'infermiere, l'infermiere sanno bene che lo stato di sofferenza può "dilatargli", nella relazione, può portare pazienti e parenti a non riconoscere le

loro azioni, la loro cura. Nella cura infermieristica non c'è reciprocità. Né la possibilità di tirarsi da parte e rompere la relazione.

Infermiere: "Quindi si cerca di coinvolgerli, tra virgolette coinvolgerli... spiegando loro quello che sta succedendo e mettendoli al corrente di quello che si sta facendo sul loro caro. Per cui, potrebbe essere considerato un successo, quando la famiglia arriva alla fine di questa esperienza con una sorta di rassegnazione e di tranquillità, sempre tra virgolette, con una maggiore consapevolezza di quello che è successo".

TRATTARE L'ARGOMENTO DONAZIONE

Decidere che parte del nostro organismo, dopo la nostra morte, possa andare ad altri, ed in questo modo salvare alcune vite e migliorarne delle altre, potrebbe sembrare un atto ovvio, di logica economia, di maturità civile.

La donazione è un atto automatico? Può essere sufficiente una legge a stabilire che siamo tutti donatori? Le persone mostrano la loro disponibilità al distacco di organi o tessuti in modo automatico? Con fiducia di dove vada il dono? Con stima di chi lo riceve o per il sistema sanitario che lo "gestisce"?

L'alleanza costituita con i parenti e le informazioni raccolte forniscono all'operatore sanitario uno schema di riferimento che gli consentirà di condurre positivamente la richiesta di donazione degli organi. In questo momento è fondamentale il rispetto dei tempi decisionali (come già sottolineato in precedenza). A volte i familiari hanno la necessità di consultarsi tra loro o di consultare altri membri della famiglia. È utile quindi una notevole flessibilità organizzativa.

Questa è una fase emotivamente coinvolgente anche per chi la conduce; un certo affaticamento può risultare innegabile, ma congelare le emozioni e procedere frettolosamente non rende certamente il colloquio meno faticoso. Parlare con i congiunti non significa convincere qualcuno per qualcosa, ma offrire uno spazio di espressione circa la donazione. Inoltre la donazione di organi e tessuti contribuisce in maniera

substanziabile all'elaborazione del lutto, perché attraverso il gesto generoso della donazione riscatta la morte con il gesto a favore della vita; "i valori della vita" prevalgono.

Le parole "vita" - "morte" - "paziente" - "donatore" - "respirazione" - "espansione del torace" - "morte cerebrale" - "espianto" possono essere usate in modo tale da permettere una comprensione facilitata o da suscitare fraintendimenti che possono portare alla chiusura del processo comunicativo.

La stessa parola espanto, utilizzata da alcuni operatori come sinonimo di prelievo, oltre ad essere inesatta in quanto indica la rimozione, su vivente, di un organo precedentemente trapiantato, è evocatrice di un atto violento.

La credibilità e la fiducia percepite dal familiare sono fortemente influenzate dalla sintesi degli aspetti verbali e non verbali delle interazioni (come ampiamente esplicitato nei paragrafi precedenti). In una interazione autentica, il curante, consapevole del suo ruolo, consapevole della sua forza, si pone in un atteggiamento empatico.

I familiari chiedono (implicitamente o esplicitamente) ai curanti di porsi in una relazione di aiuto, non solo con il loro caro, il paziente - donatore, ma con loro stessi, in quanto persone in stato di bisogno.

Spesso queste richieste vengono inoltrate con gli sguardi assenti, il pianto, i silenzi...

La comunicazione, in questo caso, richiede la consapevolezza del curante che, da operatore sanitario che informa, diviene soggetto di relazione con la famiglia.

"Mettersi nei panni dell'altro" e "vedere attraverso gli occhi dell'altro" sono i modi per descrivere l'empatia: è tra le dimensioni più importanti nel processo di aiuto.

Perché il processo comunicativo sia fluido e per entrare in relazione con i parenti di un potenziale donatore, è necessario che la presenza del curante sia totale, che parta dall'autenticità e dall'ascolto di sé. Come posso ascoltare il familiare, la persona che vive una situazione di smarrimento, confusione, dolore se non ascolto me stesso e non so identificare il mio stato emotivo?

Essere empatici significa mantenere uno stato di distacco dall'altro e non sentirsi risucchiati da un dolore troppo grande per poter essere contenuto dal nostro ruolo di curanti.

Quando i familiari hanno espresso la loro scelta, e dopo aver completato le formalità richieste dalla legge, si può passare al *congedo*. Gli operatori sanitari, in questa fase, potranno rispondere ad eventuali domande, fornire ulteriori informazioni su tempi ed evoluzione degli eventi.

Bisognerà inoltre chiarire quelle che sono le linee guida sull'esito della donazione e sui tempi di risposta dell'avvenuto o mancato dono.

Trattare i familiari in modo professionale, al di là della scelta che hanno espresso, è importante e doveroso. Sarà opportuno comprendere le motivazioni delle famiglie che scelgono di non donare.

L'operatore che conosce queste scelte tollera i rifiuti senza viverli come una sconfitta.

Rinnovare ai familiari la disponibilità ad ulteriori contatti per eventuali informazioni, o anche per un supporto psicologico nel tempo, permetterà un congedo corretto che, nonostante il dolore, restituirà dignità a tutte le persone coinvolte.

Per consultazione tesi in toto e bibliografia rivolgersi alla segreteria del Collegio.

* Infermiere di Terapia Intensiva c/o U.O. Anestesia e Rianimazione A.O.V.V. - Sondalo

La casa "come luogo e non semplicemente come spazio"

di Lorella Moiola*

Premessa

Oggi in Italia la situazione delle residenze per la salute mentale è differente nei vari territori, ma quasi dovunque. I Servizi di Salute Mentale devono essere capaci di farsi carico della domanda di salute di un territorio, e devono quindi essere servizi:

- forti, capaci di risposte complesse ed articolate,
- flessibili, capaci di modificarsi in relazione alla domanda.

EXCURSUS SU

"LA RESIDENZIALITÀ LEGGERA"

La Residenzialità Leggera è prevista dal Piano per la Salute Mentale della Regione Lombardia (D.G.R. 17 maggio 2004 n. 7/17513) al capitolo 3.4, che così la descrive:

"Area Sociale"

L'Area sociale comprende i programmi individuali di trattamento che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto assistito. Tali proposte abitative possono essere di tipologia molto variabile (es.: casa alloggio CA, casa famiglia CF, appartamenti autonomi AA) e sono reperite preferibilmente nell'ambito della rete territoriale. Si tratta di strutture con caratteristiche sociali o socio-assistenziali e non sanitarie, svincolate dall'accreditamento.

La durata dei programmi di area sociale è la più ampia: dalla breve temporaneità a quella della vita. I programmi dell'area sociale sono indicati per pazienti clinicamente stabilizzati ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare e ambientale, che non si adattano ad un domicilio proprio e per i quali una residenza comunitaria offre un essenziale supporto al vivere.

Tali programmi rispondono a un'ampia gamma di bisogni che si situano attorno a due tipologie: 1) persone, di età adulta o anziana, con buona autonomia residua, non necessitanti di effettuare programmi riabilitativi intensivi ma solo estensivi o di mantenimento, per periodi lunghi anche per tutto l'arco della vita; 2) persone, di età giovane o adulta, autonome e in grado di svolgere i compiti della vita quotidiana, ma bisognosi di recuperare le capacità sociali e possibilmente lavorative, idonee a programmi riabilitativi anche intensivi, per periodi medio-brevi. Lo sviluppo di tali programmi è centrale per il futuro del sistema della residenzialità



psichiatrica nel suo complesso."

La circolare regionale 49/san/05, sulla residenzialità leggera o di area sociale, aveva precisato ulteriormente:

I programmi di "residenzialità leggera" vengono implementati e finanziati allo scopo essenziale di permettere il completamento del percorso riabilitativo dell'utente. Nel contempo tali programmi per essere realizzati si devono basare sul reperimento di opportune soluzioni abitative attraverso forme idonee di sostegno sociale, da individuare con il concorso degli Enti coinvolti negli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale, anche tramite intese operative e modalità gestionali che favoriscano la fruizione dei diritti di cittadinanza. Sarà perciò necessario consentire la partecipazione dei cittadini e l'intervento dei Comuni, oltre ad agevolare eventuali convenzioni con il privato sociale.

La DCR n° VIII 422/ feb. 2007 stabilisce che:

- l'area della residenzialità leggera (relativa a programmi che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto assistito) sia svincolata dall'accreditamento e che le relative strutture vengano reperite preferibilmente nell'ambito della rete territoriale, intendendosi a esaurimento le attuali strutture accreditate come Comunità Protette a bassa protezione; e che non vi sia nessun limite per i programmi di residenzialità leggera;

- che, per quanto riguarda la "residenzialità leggera" le strutture uti-

lizzate per la realizzazione dei relativi programmi devono essere conformi a quanto previsto dalla d.g.r. n. IV/45266 del 25 luglio 1989 "Aggiornamento titolo III Regolamento locale di igiene tipo" e che l'erogazione dei programmi può nell'attualità avvenire solo ad opera di Aziende Sanitarie/Enti gestori di strutture già accreditate e a contratto per le attività di psichiatria;

- che le prestazioni sanitarie effettuate per le attività di "residenzialità leggera" vengono remunerate, in via transitoria e fino a diversa determinazione assunta dalla Giunta Regionale anche a seguito della valutazione degli esiti della sperimentazione attivata nell'ambito dei programmi innovativi, con la tariffa forfettaria di € 45,00 giornaliera per paziente, coerentemente con quanto indicato nella circolare 49/San/2005;

- che nell'ambito di tale area vengono erogati programmi sanitari di residenzialità leggera che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto assistito in strutture svincolate dall'accreditamento. Si tratta di programmi sanitari la cui attuazione è garantita da soggetti accreditati per attività di psichiatria, che favoriscono la risposta a esigenze abitative di utenti clinicamente stabilizzati.

I programmi di residenzialità leggera vengono implementati e finanziati allo scopo essenziale di permettere il completamento del percorso riabilitativo dell'utente. Nel contempo tali programmi per essere realizzati si devono basare sul reperimento di opportune soluzioni abitative attraverso forme idonee di sostegno sociale, da individuare con il concorso degli Enti coinvolti negli Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale, anche tramite intese operative e modalità gestionali che favoriscano la fruizione dei diritti di cittadinanza. Sarà perciò necessario consentire la partecipazione dei cittadini e l'intervento dei Comuni, oltre ad agevolare eventuali convenzioni con il privato sociale.

- che occorre attivare programmi di residenzialità leggera, individuando abitazioni adatte nelle vicinanze, secondo le caratteristiche

più avanti descritte

- che possono accedere all'erogazione di tali programmi i soggetti accreditati per attività di psichiatria.

- che, secondo quanto definito dal PRSM, le strutture ove vengono erogati i programmi di residenzialità leggera possono essere di tipologia molto variabile (es: casa alloggio CA, casa famiglia CF, appartamenti autonomi AA), possono prevedere fino a un massimo di 10 posti letto per stabile o unità abitativa in "moduli" (appartamenti) massimo di 5 posti letto. Si tratta di strutture abitative svincolate dall'accreditamento e conformi, secondo le indicazioni del D.M. 14 gennaio 1997, alle "civili abitazioni", le cui caratteristiche sono definite nel Regolamento locale di igiene-tipo, di cui alla DGR n. 45266/89.

In tali strutture si attuano programmi individuali di trattamento (programmi di residenzialità leggera) che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto assistito. Tali programmi sono rivolti al sostegno dell'autonomia acquisita dal soggetto e devono essere definiti sulla base dei bisogni dei singoli utenti, sono assimilabili ai programmi di media/bassa intensità riabilitativa e comprendono un ampio spettro di attività possibili, con particolare attenzione agli interventi di rete sociale.

A titolo esemplificativo, si propone di seguito uno schema di programma individuale di residenzialità leggera:

Programma di residenzialità leggera

I) Coinvolgimento nelle attività domestiche e della vita quotidiana: interventi individuali sulle abilità di base, supporto alle attività quotidiane

II) Partecipazione alla programmazione delle attività comunitarie

III) Gruppi di risocializzazione e/o interventi riabilitativi di gruppo

IV) Interventi riabilitativi individuali finalizzati al mantenimento delle capacità sociali

V) Coinvolgimento del volontariato per sostegno a programmi personalizzati

VI) Tutte le altre attività "di rete sociale"

VII) Riunioni di coordinamento: interne e con altri enti / associazioni

VIII) Colloquio con il paziente e interventi con i familiari

E' prevista la presenza di personale socio-sanitario multiprofessionale analogo a quello impiegato nelle SR in grado di fornire la propria assistenza tutti i giorni feriali, indicativamente con presenze nei momenti principali che scandiscono la giornata (mattino, mezzogiorno, sera) e con l'impegno orario richiesto dalla situazione specifica.

La durata dei programmi di residenzialità leggera è la più ampia: dalla breve temporaneità a quella della vita. Tali programmi sono indicati per pazienti clinicamente stabilizzati ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare e ambientale, che non si adattano ad un domicilio proprio e per i quali

una residenza comunitaria offre un essenziale supporto al vivere.

Per favorire la diffusione di tali programmi va incentivato il reperimento di idonee soluzioni abitative, con il concorso degli Enti coinvolti negli Organismi di Coordinamento e di eventuali Soggetti privati, concordando modalità di contributo alle spese e di intervento dei Comuni / Piani di zona e agevolando eventuali convenzioni con il privato sociale per la gestione del servizio.

Requisiti (ASL MI 1)

"... è rivolta a pazienti psichiatrici stabilizzati, che hanno completato un percorso riabilitativo in struttura o che sono in carico ai Centri PsicoSociali e che non possono essere reinseriti o continuare a vivere al proprio domicilio. Tale impedimento può essere definitivo o, in alcune particolari situazioni, limitato nel tempo. Di norma è rivolto a pazienti giovani-adulti o adulti maturi in quanto per i pazienti decisamente anziani è in genere ipotizzabile un inserimento in RSA.

Non sono esclusi interventi di residenzialità leggera a favore di giovani adulti che necessitano di completare un intervento riabilitativo intensivo finalizzato all'inserimento lavorativo o al completo reinserimento sociale, prima di un rientro al domicilio.

Le prestazioni di carattere sanitario psichiatrico a favore di questi pazienti sono a carico del D.S.M., che potrà farsene carico direttamente attraverso i propri operatori (specie medici e infermieri) o erogarle attraverso cooperative convenzionate. In particolare gli interventi socio-sanitari, di assistenza alla persona, di socializzazione, di miglioramento-mantenimento delle abilità individuali, domestiche e sociali, svolti da personale socio-sanitario-educativo, fanno parte di programmi che devono essere specificamente elaborati, affidandone l'attuazione a tali cooperative.

Le quote riferite al riconoscimento economico di tali prestazioni saranno direttamente computate dalle Aziende Ospedaliere e rendicontate attraverso la Circolare 46/San.

La quota assistenziale di partecipazione alla spesa è a carico dell'ospite e può pervenire da redditi propri, indennità, redditi da lavoro.

La valutazione della disponibilità economica dell'ospite e dell'eventuale compartecipazione da parte dell'Amministrazione Comunale di residenza del paziente alla spesa, è demandata ai competenti uffici delle Amministrazioni Comunali.

Allo stesso modo l'Amministrazione Comunale potrà concordare di intervenire a favore dell'ospite con un contributo economico, erogando direttamente servizi (mensa, lavanderia, assistenza domiciliare ecc.) e/o assumendo direttamente la spesa relativa all'affitto o utenze.

La quota assistenziale da riconoscersi per ciascun ospite è diversificata anche in relazione alle autonomie residue degli ospiti, ovvero alla capacità di provvedere autonomamente alla preparazione dei pasti, alla cura dell'abitazione ecc. Diventa pertanto essenziale la stesura di un progetto individualizzato riferito al singolo paziente, concordato con l'Ammi-

Ricordando Eugenio Riva

di Ercole Piani

Mercoledì 5 novembre è mancato improvvisamente il dottor Eugenio Riva, nostro compagno di strada e presidente di U.R.A.Sa.M. Lombardia. Ho avuto modo in varie occasioni di apprezzare l'impegno e la determinazione di questo amico in varie circostanze.

Il nostro ultimo incontro è avvenuto a ottobre, anche in questa circostanza, in un confronto con i referenti dell'Assessorato in Regione Lombardia, ho ancora avuto modo di apprezzare lo stile con cui sapeva rappresentare magistralmente i diritti dei "portatori di disagio psichico"; mancherà a tanti questa "voce fuori dal coro". Personalmente ricorderò per sempre le lezioni di vita che ho appreso grazie a questa vicinanza.

nistrazione Comunale di residenza dell'ospite, e che deve prevedere tutte le prestazioni di carattere sanitario e assistenziale da erogarsi, la loro frequenza, le modalità di valutazione e di monitoraggio della situazione. Il progetto individualizzato, concordato e firmato dagli operatori dei D.S.M., delle eventuali cooperative convenzionate e delle Amministrazioni Comunali deve essere inviato alla U.O.C. Assistenza Specialistica dell'ASL.

Per quanto attiene l'alloggio, si concorda che sono da prevedere unità abitative che possano ospitare da 2 a 4 persone e che si possano prevedere non più di 3 appartamenti destinati ad ospiti psichiatrici nello stesso stabile al fine di evitare situazioni di ghettizzazione... Si ritiene poi che il progetto debba essere presentato al Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e ai Responsabili dei Piani di Zona affinché affrontino questa problematica nei futuri piani."

DSM e Residenzialità Leggera

Unica garanzia del reale superamento del manicomio e delle logiche che lo sottendono è la costruzione del Dipartimento di Salute Mentale come circuito di servizi alternativo al circuito manicomiali. Dipartimento capace di farsi carico di tutta la domanda proveniente dal territorio senza agire processi di esclusione legati alla gravità, a comportamenti devianti connessi, fortemente integrato nella rete dei servizi socio-sanitari e del volontariato.

Dipartimento che promuove e garantisce la salvaguardia, la promozione, la restituzione, la ri-acquisizione dei diritti umani civili, politici delle persone, senza distinzione di genere, ceto sociale, etnia. Le strutture residenziali sono importanti risorse del Dipartimento di Salute Mentale e devono essere fortemente connesse con le altre strutture dello stesso.

La storia della psichiatria è una storia di case, più o meno chiuse, più o meno isolate, più o meno vigilate" (Saraceno), di possibilità ed opportunità di abitare, di modalità e qualità dell'abitare, di accessibilità, regole, diritti, proprietà, merci, oggetti, cose, relazioni, scambi.... L'abitare ha a che vedere non solo con lo stare in un luogo, con l'aver dimora, ma anche con l'insieme delle norme che regolano lo stare o il dimorare, con l'insieme dei rapporti e delle relazioni che in quel luogo si instaurano, con gli oggetti che vi sono contenuti, con la proprietà. Esiste una differenza tra abitare la propria casa, abitare una casa di altri, abitare in una pensione, stare in uno ostello, in un campo profughi.... e tale differenza ha a che fare con le regole, l'accessibilità, la proprietà, la

produzione di senso, le relazioni. **Nel manicomio non si abita**, si sta in un luogo costruito, strutturato, organizzato intorno al controllo della pericolosità presunta dell'Illo malato/a di mente, insieme a gruppi di persone con cui si è costretti/e a convivere, in spazi chiusi e regolamentati da altri. La de istituzionalizzazione ha come azione primaria quella di restituire alle persone dimesse dagli ospedali psichiatrici il diritto alla casa e all'abitare, continuando a garantire loro il diritto di asilo (unica funzione positiva del manicomio). Restituire e garantire casa a chi può/vuole vivere da solo/a, casa a chi può/vuole vivere con altri/e traendo vantaggio dalla vita comunitaria per la messa in comune di risorse, scambi, auto-aiuto.

La cronicità

Il problema della "cronicità" in psichiatria riguarda pazienti con patologia grave che hanno raggiunto una loro stabilità clinica e convivono con sintomi psicotici anche gravi che però non condizionano del tutto la loro vita, cioè con una disabilità che è una sorta di "esito" della malattia, ma spesso conservando un livello di parziale autonomia presente in diverso grado.

La moderna psichiatria cerca di limitare i danni (la disabilità) con la riabilitazione, intervenendo con programmi di cura individuali e personalizzati sia per recuperare abilità perse sia per insegnare abilità mai apprese in precedenza (cosa che in genere avviene a causa dell'esordio precoce della malattia), allo scopo di aiutare il paziente a raggiungere il massimo livello di autonomia possibile.

Uno dei problemi che rimane sul tappeto è che cosa succede dopo, in quel che chiamiamo "e poi?", una volta che la persona abbia acquisito il livello di autonomia più idoneo per lui, ma ad esempio senza poter contare per sempre sull'appoggio della famiglia.

Occorre considerare come problema rilevante quello che accade per le persone alla conclusione del loro percorso terapeutico e riabilitativo: come far sì che possano tornare a casa, nella famiglia di provenienza, portandovi anche tutte le capacità acquisite? come aiutarle a mantenere e a non disperdere nel tempo il livello di autonomia raggiunto? Come poter assicurare loro l'assistenza minima necessaria per conservare una buona qualità di vita? Come per esempio accompagnarle, anche solo per non lasciarle nella solitudine?

Schematicamente, alla fine del percorso riabilitativo sono di solito ipotizzabili tre situazioni:

1) *Utenti completamente autonomi che tornano a vivere in casa propria, da soli o con la famiglia;*

2) *Utenti con parziale autonomia che necessitano di strutture che garantiscano un'assistenza continua nelle 24 ore (per esempio RSA o simili);*

3) *Utenti con un grado di autonomia intermedia che potrebbero essere inseriti in piccoli nuclei comunitari siti in case o appartamenti.*

In quest'ultimo caso si tratta di pazienti che sono divenuti, pur con bisogni differenti e in grado diverso, parzialmente idonei all'auto-conservazione (cioè parzialmente autonomi), ma certo non del tutto emancipati.

Si tratta quindi di valorizzare o conservare le spinte evolutive e insieme di non abbandonare le persone, anzi di accompagnarle proteggendo le parti più deficitarie e bisognose di sostegno, tenendo conto, in positivo, di un altro protagonista: il lavoro di rete sociale presente in varie zone, i cui attori sono i pazienti stessi e gli operatori, i volontari, i familiari, i comuni e la cooperazione sociale. Gli appartamenti "semiprotetti" e autonomi.

Per tali situazioni, nel Piano regionale per la salute mentale si propongono nuove tipologie di Strutture Residenziali e nuovi modelli di intervento, tra cui la residenzialità leggera o di area sociale, con la caratteristica di rappresentare realtà intermedie tra domiciliarietà e istituzione, tra territorialità e residenzialità, tra risposte sanitarie e sociali ai bisogni (VEDI EXCURSUS più oltre nel testo).

Un progetto di Residenzialità leggera, in armonia con il Piano regionale, necessita dell'introduzione e specificazione dei criteri di differenziazione delle competenze sanitarie (riabilitative) da quelle sociali (legate al diritto di cittadinanza), dai quali risulta una suddivisione delle responsabilità e quindi dei costi in due ambiti:

- un ambito sanitario, a carico dell'ASL tramite il Dipartimento di Salute Mentale, che serve a sostenere l'assistenza necessaria e il mantenimento della abilità apprese, oltre al lavoro di rete, con la presenza di operatori in alcuni momenti della giornata;
- un ambito sociale legato alla garanzia di alloggio e di sostentamento, di cui si fanno carico il paziente stesso e il Comune di residenza (mediante una specifica convenzione - tipo con l'Ufficio del Piano di Zona, con valutazione della situazione socio-economica "ISEE" di ciascuno).

Riflessioni sulla Residenzialità Leggera:

Molte sono le sfide che i DSM dovranno affrontare.

Individuazione degli alloggi

- In affitto
- Di proprietà
- In comodato

La riflessione approfondita e la bibliografia sul tema sono scarse o addirittura nulle

- Quali criteri di inclusione/esclusione?
- Quali criteri per le dimissioni?
- Quali figure professionali vanno coinvolte?
- Come formarle?
- Come deve lavorare l'équipe?
- Quali legami con altre strutture?
- Come impostare sul territorio la collaborazione con altri enti?
- Quali strumenti utilizzare?
- Come impostare le diverse fasi del programma riabilitativo: filtro, inserimento, trattamento, dimissioni?
- Come gestire le emergenze?
- Come pianificare la ricerca?

Mancanza di finanziamenti pubblici

mancanza di retta sanitaria (€ 45).

La ricerca dei fondi:

- Fondazioni
- Il contributo di utenti/famigliari

Gli Operatori : "una famiglia allargata!"?

- **inversione** di un aspetto tradizionale della **relazione di cura** - sono gli operatori che vanno a casa dell'utente e non viceversa
- dell'utente si occupa un'**équipe interdisciplinare** e non una persona perché **molteplici** sono i **bisogni** della persona e un operatore non è in grado di offrire un percorso riabilitativo completo.

Equipe multidisciplinare (la sfida del modello organizzativo)

- **Équipe**: coordinatore, consulente psichiatra (esterno), educatore, infermiere, OSS/ASA, una figura clinica (per aiutare a gestire le dinamiche di gruppo)
- **Micro-équipe**, ossia quella operativa sugli alloggi
- **Macro-équipe**, ossia quella trasversale (Cooperativa, CPS,..)
- CPS: ente inviante/titolarità psichiatrica
- Flessibilità degli orari e del metodo di intervento
- Reperibilità telefonica
- Supervisione
- Formazione
- Ricerca

Normativa vigente

- **Programmi di intervento integrati** tra i diversi servizi del territorio e aperti alla collaborazione con la rete informale e la società civile.
- Necessità di introdurre **flessibilità** nei percorsi di assistenza e di cura.
- Valorizzare la relazione terapeutica personale con la **responsabilizzazione** dell'utente considerato come protagonista della cura e non come soggetto passivo.
- La residenzialità leggera è anzitutto un **programma riabilitativo** rivolto al **sostegno dell'autonomia** acquisita dal soggetto, definito sulla base dei bisogni dei singoli utenti.
- Può essere attivato per **pazienti clinicamente stabilizzati** ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare e ambientale, che non si adattano ad un domicilio proprio e per i quali una residenza comunitaria offre un essenziale supporto al vivere.
- Può essere erogato solamente da **soggetti accreditati** per attività di psichiatria.
- Il programma di RL è seguito da **personale socio-sanitario multiprofessionale**, presente nei **momenti principali** che scandiscono la giornata (mattino, mezzogiorno

e sera) o secondo la situazione specifica.

- Strutture abitative conformi ai criteri delle **civili abitazioni**, max **5 posti letto**, max 2 appartamenti per stabile.
- La durata dei programmi di RL è la più ampia: **dalla breve temporaneità a quella della vita**.

I programmi di RL rispondono a due differenti esigenze/tipologie di utenti (PRSM, punto 3.4, obiettivi strategici):

- **persone, di età adulta o anziana**, con buona autonomia residua, che non necessitano di effettuare programmi riabilitativi intensivi, ma solo estensivi o di mantenimento, per **periodi lunghi** anche per tutto l'arco della vita;
- **persone, di età giovane o adulta**, autonome e in grado di svolgere i compiti della vita quotidiana, ma bisognose di recuperare le capacità sociali e possibilmente lavorative, idonee a programmi riabilitativi anche intensivi, per **periodi medio-brevi**.

Conclusioni

Va certamente sottolineato che il tema della residenzialità leggera è molto sentito e avvertito come fondamentale dagli operatori dei servizi, dai famigliari, dagli utenti, sia a livello regionale che nazionale, perché riguarda il futuro delle persone assistite, che non possono né essere abbandonate né automaticamente inviate in istituzioni: la prospettiva è quella di offrire loro la possibilità di vivere in una "casa", realizzando piccole comunità nel contesto del territorio e in rapporto con tutta la **rete sociale**, anche attraverso il coinvolgimento dei **Piani di Zona** Distrettuali dei Comuni, per la loro funzione essenziale sul piano del riconoscimento dei diritti sociali del cittadino. Elemento fondamentale per l'attuazione di tali programmi, oltre a quelli citati, è la **ASL**, con l'**Organismo di Coordinamento per la salute mentale (O.C.S.M.)**, che opera con l'obiettivo di integrare tutti i soggetti che concorrono alla tutela della salute mentale nel territorio.

Bibliografia

Reviere, dicembre 2000

Jones M. *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, trad. it. Etas, Milano, 1970

PSM (D.G.R. 17 maggio 2004 n. 7/17513)

DCR n° VIII 422/ feb. 2007

* Coordinatore Infermieristico Azienda Ospedaliera "Ospedale di Lecco" SC Psichiatria CPS Lecco



In una chiesa antica

Accendendo una candela in una chiesa,
questa mattina per la prima volta in vita mia
ho pregato
di poter avere altri giorni come quelli che sto vivendo,
giorni sereni,
ricchi di obiettivi e speranze.
Ho pregato
di poter ancora sentire sulla pelle il vento fresco
nelle calde giornate d'estate,
di poter provare ancora sentimenti di amicizia
e di benevolenza,
di potere avere ancora l'impressione
di non stare sprecando la vita.

Dal libro di Perluigi Morosini "Omaggio a Qohelet"

ASSEMBLEA ELETTIVA

rinnovo cariche triennio 2009/2011

Il Consiglio Direttivo nella seduta del 29 ottobre 2008 ha deliberato di convocare l'Assemblea elettiva per il rinnovo delle cariche per il triennio 2009/2011, secondo le seguenti modalità:

Prima convocazione: sabato 10 gennaio 2009: ore 15.30
Assemblea. Votazioni dalle ore 17.00 alle ore 19.00;
domenica 11 gennaio 2009 votazioni dalle ore 9.00 alle ore 12.00 e dalle ore 14.00 alle ore 19.00; lunedì 12 gennaio 2009 votazioni dalle ore 10.00 alle ore 17.00.

Luogo dell'Assemblea: Collegio IPASVI, Sondrio, Via IV Novembre n. 11.

Luogo delle votazioni: Collegio IPASVI, Sondrio, Via IV Novembre n. 11.

Qualora nella prima convocazione non si raggiungesse il numero legale (1/3 degli iscritti) è prevista una **seconda convocazione** nelle seguenti date, sedi ed orari, senza ulteriore avviso oltre il presente (numero legale 1/10 degli iscritti):

• **Data, ora e luogo dell'Assemblea: Sabato 24 gennaio 2009, ore 15.30** presso Sala "Vitali" del Credito Valtellinese - Sondrio, Via delle Pergole n.10 (vicino alla sede della Provincia - accesso da Via Cesura).

• **Date, ora e luogo delle votazioni: Collegio IPASVI, Sondrio, Via IV Novembre n. 11:**

- **Sabato 24 gennaio 2009** dalle ore 17.00 alle ore 19.00;

- **Domenica 25 gennaio 2009** dalle ore 9.00 alle ore 12.00 e dalle ore 14.00 alle ore 19.00;

- **Lunedì 26 gennaio 2009** dalle ore 10.00 alle ore 17.00.

Si ricorda altresì agli iscritti che:

- al momento delle votazioni è necessario esprimere le proprie preferenze in numero di 15, corrispondente ai componenti il Consiglio Direttivo e di 4, corrispondente ai componenti il Collegio dei Revisori dei Conti da eleggere, pena la nullità delle schede;
- non è ammessa la delega;
- sono eleggibili tutti gli iscritti agli albi IPASVI;
- al momento della votazione bisogna essere muniti di un valido documento di identità in corso di validità;
- non sussiste nessuna causa di ineleggibilità o incompatibilità per le elezioni alle cariche ordinistiche;
- Entro trenta giorni dalla proclamazione dei risultati delle elezioni ogni iscritto dell'Albo può proporre ricorso avverso la validità delle operazioni elettorali alla Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, che decide nel termine di sei mesi (art. 21 del DPR 221/50 - art. 3, comma 4 Legge 241/90).

Il Consiglio Direttivo uscente, PRESIDENTE inf. coord. Ercole Andrea PIANI, VICEPRESIDENTE DOTT. SA Rosella BARAILO, SEGRETARIO VI Marisa AMBROSINI, TESORIERE Inf. Edo BAGIOLO, CONSIGLIERE I.P. Alberta ACQUISTAPACE, CONSIGLIERE IPAFD Ida BERTELLI, CONSIGLIERE IP Nevilla BORSI, CONSIGLIERE IP Chiara FOGNINI, CONSIGLIERE Inf. Michela GIANOLA, CONSIGLIERE Inf. Carmela ONGARO, CONSIGLIERE Inf. Bruno ORSINI, CONSIGLIERE Inf. Adelaide TUDORI, CONSIGLIERE Inf. coord. Giuseppina VANOTTI, CONSIGLIERE Inf. Andrea VIVIANI ed il Collegio dei Revisori dei Conti uscente MEMBRO EFF. Inf. coord. Giancarlo BOTTA', MEMBRO EFF. VI Carla FALLINI, MEMBRO EFF. Inf. Silvia PES, MEMBRO SUPPL. Inf. Gisella TRIDELLA porge a tutti gli iscritti distinti saluti.

IL PRESIDENTE
Ercole Andrea PIANI

Di seguito sono pubblicate le foto dei candidati pervenute alla data di pubblicazione del giornale. Ricordiamo che in sede elettorale è visibile l'elenco completo dei candidati ed inoltre ricordiamo che sono eleggibili tutti gli iscritti al nostro albo.



Alberta ACQUISTAPACE
Diploma di Infermiera nel 1980
Attualmente lavora presso
l'AOVV- Struttura di Mobergno



Marisa AMBROSINI
Diploma di Infermiera Pediatrica
nel 1976
Attualmente lavora presso
l'AOVV- struttura di Sondrio



Edo BAGIOLO
Diploma Universitario in
Infermiere nel 2000
Attualmente lavora presso l'AOVV
struttura di Sondrio



Rosella BARAILO
Diploma di Infermiera nel 1985
Laurea Magistrale in Scienze
Infermieristiche
Attualmente lavora come
Coordinatore del Corso di Laurea
in Infermieristica Università di
Mi-Bicocca, sezione di Faedo
Valtellino



Ida BERTELLI
Diploma di Infermiera nel 1967
Abilitata a Funzioni Direttive
Pensionata



Giancarlo BOTTA'
Diploma di Infermiere nel 1981
Abilitato a Funzioni Direttive
Attualmente lavora presso l'AOVV
struttura di Mobergno



Matteo CANEVA
Laurea in Infermieristica nel 2003
Attualmente lavora presso l'A.O.
di Lecco



Olga CEDRO
Diploma di Infermiera nel 1985
Abilitata a Funzioni Direttive
Attualmente lavora presso la RSA
"San Vincenzo" di Gravedona



Carla FALLINI
Diploma di Infermiera Pediatrica
nel 1984
Attualmente lavora presso l'AOVV
struttura di Chiavenna



Arianna FIORELLI
Laurea in Infermieristica nel 2005
Attualmente lavora presso l'A.O.
di Lecco



Chiara FOGNINI
Diploma Universitario in
Infermiere nel 2000
Master in Area Critica
Attualmente lavora presso l'AOVV
struttura di Sondalo



Alessandro FUMASONI
Laurea in Infermieristica nel 2007
Attualmente lavora presso l'A.O.
di Lecco



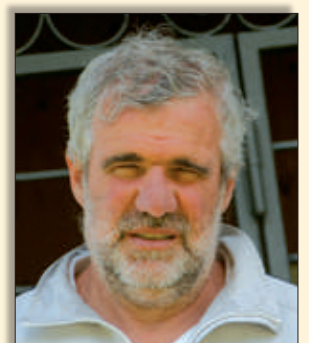
Tiziana GIACONI
Diploma di Infermiera nel 1979
Abilitata a Funzioni Direttive
Attualmente libero professionista



Bruno ORSINI
Diploma di Infermiere nel 1989
Abilitato a Funzioni Direttive
Attualmente lavora presso l'AOVV
struttura di Sondrio



Andrea PEDRINI
Laurea in Infermieristica nel 2003
Attualmente lavora presso la RSD
di Tirano



Ercole Andrea PIANI
Diploma di Infermiere nel 1978
Abilitato a Funzioni Direttive
Attualmente lavora presso l'AOVV
struttura di Tirano



Milena SPANDRIO
Diploma di Infermiera nel 1991
Attualmente lavora presso l'AOVV
struttura di Mobergno



Gisella TRIDELLA
Diploma di Infermiera nel 1984
Infermiera Insegnante Dirigente
Attualmente lavora presso l'AOVV
struttura di Sondrio



Adelaide TUDORI
Diploma di Infermiera nel 1982
Abilitata a Funzioni Direttive
Attualmente lavora presso l'AOVV
struttura di Sondrio



Parliamone

Copyright by Collegio IPASVI. - Sondrio

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

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

CONSIGLIERI:

Alberta Acquistapace - Ida Bertelli - Nevilla Borsi - Chiara Fognini -
Michela Gianola - Carmela Ongaro - Bruno Orsini - Adelaide Tudori -
Giuseppina Vanotti - Andrea Viviani

REVISORE DEI CONTI:

Presidente Giancarlo Bottà - membro eff. Carla Fallini - membro eff. Silvia Pes - membro
supplente Gisella Tridella