



ottobre 2008 - N. 40

Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



Editoriale Un Caso di "eutanasia infermieristica"	2
Quali spunti dal "caso Englaro"?	4
Riflessioni sul caso Englaro	7
Il caso Englaro: autonomia ed indisponibilità della vita in conflitto?	10
Nutrizione artificiale: terapia o assistenza?	14
Assistere sempre	16
Saluto alle suore di Maria Bambina Ospedale S. Anna Como	17
<i>È Evidente che...</i> La realtà virtuale riduce il dolore della persona durante la medicazione delle ustioni	19
<i>Non solo professionisti</i> La necessità di autoformazione nella professione infermieristica	23
<i>Infermieristica e cure complementari</i> Auricoloterapia	29
<i>Ri...visti</i> La preparazione di IPASVI per i nuovi servizi di medicina scolastica e di oftalmologia sociale	32
<i>News from the web</i>	35
<i>Posta e risposta</i>	36
Articoli originali Gestione e assistenza del paziente cannulato in una realtà domiciliare	40
Articoli originali Trenta anni di 180	44
Le stagioni del San Martino	47
Elenco Iscritti e cancellati dall'albo	48
Un caso di abuso professionale	49
L'IPASVI interviene per tutelare il decoro professionale	50
Bacheca	51

ELUANA ENGLARO: un caso di "eutanasia infermieristica"

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

L'impatto emotivo del caso Englaro è particolarmente forte in considerazione della straziante situazione in cui si trovano Eluana e suo padre.

Mi pare opportuno tracciare alcuni punti che aiutino ad un giudizio sulla questione, al di là delle possibili etichettature ideologiche dell'una o dell'altra posizione.

Quello che mi interessa non è esprimere un pro o un contro, ma aiutare a formulare un giudizio che sia il più "umano e ragionevole possibile", cioè che tenga conto di tutti i fattori in gioco.

Lo stato "vegetativo permanente" è cosa ben diversa dal coma irreversibile o dalla "morte cerebrale" e nessuno può dire con certezza scientifica se e quanto è cosciente oggi Eluana. L'ordinamento giuridico italiano prevede il divieto di uccidere o aiutare il suicidio anche in caso di richiesta dell'interessato. Nel caso di Eluana, quindi, si discute della possibilità prevista dalla legge di non accettare le cure. In questo caso, i giudici hanno dedotto questa non accettazione, dalle ricostruzioni fatte da chi ha conosciuto Eluana prima dell'incidente. Si tratta cioè di una presunzione (forse per qualcuno certezza) basata su alcune frasi di E., tanto che, dopo 8 anni di sentenze è la prima volta che un giudice acconsente a quanto richiesto dal padre.



Le “cure” di cui si sta discutendo però, consistono nell'alimentazione e nell'idratazione la cui natura assistenziale e non “curativa”, penso che nessuno possa mettere in discussione. Mi chiedo, quindi, quali cure rifiuterebbe Eluana? Rifiuterebbe l'assistenza infermieristica? Tant'è vero che Eluana non ha bisogno di un medico, ma le sono sufficienti le infermiere che la assistono.

Quello che accadrebbe, se venisse applicata la sentenza, sarebbe l'interruzione dell'assistenza infermieristica e non altro!! Per questo è importante sapere cosa ne pensano gli infermieri.

Si può condividere, quello che sostengono alcuni, cioè che Eluana è morta 16 anni fa, e quello che si deve fare è consentire la conclusione di un percorso naturale fermato dalla medicina che l'ha soccorsa e salvata (?) dall'incidente. In questo modo, alcuni sostengono, si eviterebbero ulteriori sofferenze e dolori a lei stessa e a tutti i famigliari coinvolti. Se fosse vera questa ipotesi saremmo di fronte ad una interpretazione della situazione fondata sulla valutazione di una qualità della vita, giudicata inaccettabile (o insopportabile) e quindi meritevole di morte. La deriva di questa posizione mi pare particolarmente rischiosa e apre un fronte ad ulteriori passi. Per questo credo che l'impatto futuro di questo caso potrebbe essere superiore al caso Welby.

Ma cosa dicono le infermiere che la assistono? Dentro il silenzio di tutte le istituzioni Infermieristiche l'unica a parlare (per gli infermieri!) è Suor Albina Corti, superiora delle suore che assistono Eluana da oltre 14 anni, la

quale ha chiesto “lasciate Eluana a noi”.

Il nostro Codice deontologico difende la vita, garantisce assistenza a tutti, indipendentemente dalla situazione in cui si trovano, vieta qualsiasi forma di accanimento terapeutico (in questo caso complicato visto che non vi sono “terapie” in corso) e impedisce agli infermieri di partecipare a qualsiasi forma di eutanasia anche nel caso sia richiesta dalla stessa persona assistita (art. 1.3, art. art. 2.6, art. art. 4.15, art. 4.17). Il nostro Codice chiede di rispettare anche la volontà della persona. In questo caso è complesso sostenere che quella prevista sia la effettiva volontà di Eluana.

La soluzione più umana e ragionevole mi pare sia quella prospettata da Suor Virginia, considerando i vincoli normativi, deontologici e l'alternativa prospettata dalla sentenza.



Quali spunti dal "caso Englaro"?

di S. Citterio

4

Il "Caso Englaro" sta suscitando (e probabilmente continuerà a farlo) dibattiti e discussioni intorno a molteplici temi la cui valenza non è solo strettamente giuridica o etica, sui quali, come professionisti che lavorano in sanità, è possibile tentare di formulare un giudizio.

Per questo mi pare interessante prendere in esame alcune questioni che il caso solleva, senza alcuna pretesa di esaustività, evidenziando le diverse risposte in cui mi sono imbattuto e abbozzando alcune riflessioni critiche.

EUTANASIA O ACCANIMENTO TERAPEUTICO?

La prima questione riguarda il dibattito, sempre attuale, circa la distinzione tra eutanasia e accanimento terapeutico, così sottile anche dal punto di vista teorico e così difficile da tradurre nel caso concreto.

Per taluni interrompere l'alimentazione e l'idratazione ad Eluana (non a caso definite "forzate") significa fermare un accanimento terapeutico che sostiene una inutile sofferenza e prolunga una non-vita, mentre per altri costituisce un vero e proprio atto di eutanasia ammissibile solo in casi come questo (per le stesse ragioni cui si chiede di interrompere l'accanimento terapeutico) o inammissibile sempre. Va detto che spesso l'eutanasia viene confusa con la richiesta di eliminazione della sofferenza, che costituisce cosa ben diversa dal chiedere di morire. L'eutanasia viene associata a mancanza di assistenza adeguata (per limitare la sofferenza, appunto), a depressione e solitudine del paziente e dei suoi familiari.

Il Comitato Nazionale di Bioetica in un documento¹ del 2005, ha riconosciuto come l'alimentazione e l'idratazione nei pazienti in stato vegetativo permanente NON costituisca accanimento terapeutico. Tale parere, espresso a maggioranza, ha suscitato

delle prese di posizione contrarie a questa conclusione.

DIRITTO DI RIFUTARE LE CURE DA PARTE DEI PAZIENTI

Ogni trattamento sanitario richiede l'assenso della persona: su questo punto l'accordo è unanime in quanto il consenso informato costituisce, di norma, una condizione per qualsiasi trattamento sanitario: senza il consenso della persona l'intervento dell'operatore sanitario (medico o infermiere) è illecito anche quando è nell'interesse del paziente.

Il fondamento giuridico, al di là delle norme specifiche, trova riscontro nella Costituzione e precisamente all'art. 2 che tutela e promuove i diritti fondamentali della persona umana, all'art. 13 dove viene affermata l'inviolabilità della libertà personale, e all'art. 32 che tutela la salute come fondamentale diritto della persona vietando di imporre trattamenti sanitari se non per casi specifici e limitati.

Nel caso Englaro le diverse posizioni mettono in luce alcune questioni non di secondaria importanza per dare riscontro alla possibilità di esercitare il diritto in discussione:

- la prima questione riguarda l'annotazione se l'alimentazione e idratazione artificiali (tramite SNG) sono da considerarsi trattamento medico (e quindi "rifiutabile") oppure come atti dovuti eticamente in quanto indispensabili per garantire le condizioni fisiologiche di base per vivere e rientranti nel sostentamento ordinario di base dovuto non solo ai malati in stato vegetativo persistente (come sostenuto dal Comitato nazionale di Bioetica). Di conseguenza l'interruzione farebbe violare la norma del nostro ordinamento giuridico che impedisce l'aiuto al suicidio.
- La seconda riguarda la possibilità che persone interdette, come nel caso di Eluana, possano o

¹ Comitato nazionale per la bioetica. L'alimentazione e l'idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente, documento del 30 settembre 2005.



meno esprimere tale volontà e, soprattutto, come riscontrarla con ragionevole certezza. Su questo punto si inseriscono le discussioni circa la validità dell'interpretazione della reale volontà di Eluana, sui "limiti e i poteri del tutore" e sulla opportunità di emanare una legge sulle direttive anticipate (meglio conosciute come testamento biologico).

QUALITÀ/DIGNITÀ DELLA VITA E DELLA MORTE

Chi ritiene indisponibile la vita, la considera dignitosa fino alla morte naturale, senza possibilità di intervento da parte dell'uomo. Per questo motivo sostiene la necessità di garantire a tutti il massimo dell'assistenza possibile per alleviare le sofferenze evitando allo stesso modo qualsiasi accanimento terapeutico.

I critici di tale posizione sostengono che essa impone inutili sofferenze, prolungando le agonie e richiedendo una "stoica" resistenza agli ammalati e ai loro cari, ritenendo le cure palliative e le terapie oggi disponibili insufficienti a limitare tali situazioni.

Chi invece, in virtù della capacità di autodeterminazione, ritiene possibile l'interruzione volontaria della vita, si espone alla necessità di chiarire il criterio da utilizzare per tale scelta. Il ragionamento procede indicando come possibile per l'uomo tutto ciò che non lede la libertà o i diritti degli altri.

Accanto a questo principio generale, altri due sembrano essere i criteri utilizzati per ritenere accettabile la scelta di morire:

- la valutazione sulle capacità residue (di relazione, comunicazione o di azione) che "concretamente" costituiscono l'essere vitale. In assenza di significativi ed evidenti segni di tale vitalità è giustificata la morte;
- la valutazione delle prospettive di guarigione.

Secondo i contrari a tali scelte, questi criteri introducono pesanti e possibili conseguenze per molte categorie di ammalati inguaribili o gravemente disabili (anziani dementi, grandi immaturi, malati psichici, gravi handicappati,...) riducendo il concetto di libertà alla sola possibilità di scelta. Come contrastare allora chi desidera suicidarsi? Visto che, evidentemente, la traduzione di questi criteri sul caso singolo non può che essere dell'individuo interessato?



5

SERVE UNA LEGGE? SE SÌ, QUALE?

La ricerca delle risposte ai dilemmi esistenziali, come quello che coinvolge Eluana e la sua famiglia, spesso si orienta verso leggi e regolamenti. In questo senso non esistono leggi o norme che risolvano il dramma del vivere (e del morire).

Molti invocano una legge sul testamento biologico come possibilità di non avere più casi Englaro o quanto meno per consentire la autonoma decisione del soggetto.

Altri, invece, sostengono la necessità di una legge che tuteli la vita umana in condizioni di malattia inguaribile o di grande disabilità/fragilità incentivando tutte le forme di assistenza possibile, in particolare le cure palliative.

STA CAMBIANDO IL "PARADIGMA" DELL'ASSISTENZA E DELLA MEDICINA?

Secondo molti osservatori è ormai compiuto il cambiamento del rapporto tra operatore sanitario e paziente con il passaggio dal modello "paternalistico", di derivazione ippocratica, al modello della "alleanza terapeutica".

Nel primo, l'unico detentore e decisore era l'operatore sanitario (nella fattispecie il medico) mentre nel secondo vi è un ruolo attivo e determinante della persona assistita.

A parte questo, generalmente condiviso e pacifico per tutti (almeno dal punto di vista teorico), è possibile anche osservare un ulteriore cambiamento di modello più vicino al senso e al valore dell'assistenza.

L'assistenza prima, e la medicina poi, nascono per sostenere e promuovere la vita, per alleviare le sofferenze. Oggi, con i casi simbolo Englaro e Welby viene richiesto anche il sostegno finalizzato alla morte. Anche questo è un cambio di paradigma?



CONCLUDENDO

Questa breve e frammentaria rassegna fa comprendere che la soluzione alle vicende umane non può consistere in "ricette precostituite" o condivise da tutti.

È altrettanto vero, però, che esiste un "criterio universale" presente in ciascun uomo, indipendentemente dalla razza, dalla lingua e dalla sua collocazione temporale nella storia dell'umanità che rappresenta il vero giudice delle vicende umane. Si tratta del cuore dell'uomo, costituito dal desiderio di felicità, di giustizia, di bellezza (per sintetizzare, ma ognuno può sulla base della propria esperienza rappresentare questo desiderio) che, ultimamente, "muove" ogni individuo e ne giudica l'esperienza.



Solo partendo da questo cuore è possibile una soluzione "umana" a tutte le vicende, anche le più drammatiche evitando ciò che lo scrittore Thomas S. Eliot, profetizzava come rischio per gli uomini che «cercano sempre d'evadere dal buio esterno e interiore sognando sistemi talmente perfetti, che più nessuno avrebbe bisogno d'essere buono».

IL "CASO ENGLARO"

Eluana Englaro, è una giovane donna di Lecco in coma irreversibile dal 1992 a seguito di un incidente stradale avvenuto quando era poco più che ventenne. Suo padre Bepino da tempo sta chiedendo la sospensione delle terapie e qualsiasi accanimento terapeutico nel rispetto delle volontà espresse a suo tempo dalla figlia.

Propose il ricorso in sede giudiziaria, ma tale ricorso arrivò fino alla corte di Cassazione, da cui, nel marzo 2006, fu respinta con una motivazione tecnicistica: il ricorso non fu a suo tempo notificato ad alcuna controparte portatrice di un interesse contrario a quello di Eluana Englaro. Il ricorso era avvenuto ai sensi dell'articolo 32 della costituzione: «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». A seguito di un nuovo ricorso del padre, la Corte di Cassazione ha rinviato il caso «ad una diversa sezione della Corte d'Appello di Milano». La sentenza (depositata il 16 ottobre 2007) stabilisce due presupposti necessari per poter autorizzare l'interruzione dell'alimentazione artificiale:

- Occorre che «la condizione di stato vegetativo sia irreversibile e non vi sia alcun fondamento medico, secondo gli standard scientifici riconosciuti a livello internazionale, che lasci supporre la benché minima possibilità di un qualche recupero della coscienza».
- Occorre altresì che sia provato in maniera chiara, univoca e convincente che il paziente, prima di perdere lo stato di coscienza, sarebbe stato contrario alla continuazione delle cure.

Con sentenza depositata il 9 luglio 2008, la Corte d'Appello Civile di Milano ha autorizzato il padre Bepino Englaro, in qualità di tutore, ad interrompere l'idratazione e l'alimentazione alla figlia Eluana.

Le Suore Misericordine di Como, che dal 1994 si sono prese cura dei Eluana presso la casa di cura Beato Luigi Talamoni di Lecco, hanno fatto sapere che si rifiuteranno di interrompere l'idratazione e l'alimentazione e hanno altresì manifestato la disponibilità a continuare ad assistere la donna. Per tale motivo il padre ha deciso di trasferire la figlia Eluana presso altra struttura ove dare seguito alle sue volontà.

A seguito della decisione della Corte di Cassazione, vi sono state varie manifestazioni, come quella a favore promossa dai Radicali Italiani e quella contraria promossa dal giornalista Giuliano Ferrara. Sono stati inoltre presentati alcuni appelli, come quello dell'associazione Scienza & Vita e quello del giornalista Magdi Cristiano Allam.

In riferimento a quest'ultima sentenza, entrambi i rami del Parlamento hanno votato la promozione di un conflitto di attribuzione contro la Corte di Cassazione, ritenendo che la sentenza dell'ottobre 2007 costituisca «un atto sostanzialmente legislativo, innovativo dell'ordinamento normativo vigente».

La Procura di Milano ha a sua volta annunciato un ricorso contro la sentenza d'appello, che al momento rimane esecutiva. La Regione Lombardia ha comunicato alla famiglia l'impossibilità ad accogliere la richiesta di interruzione per ragioni deontologiche dei professionisti coinvolti e per l'incompatibilità tra la richiesta e le finalità delle strutture sanitarie.



Riflessioni sul caso Englaro

A cura di Prof. Mario Picozzi*

Il caso Englaro mette in evidenza due sostanziali questioni tra esse correlate: l'interruzione dei trattamenti e il rispetto della volontà del soggetto.

Per eutanasia possiamo intendere l'interruzione volontaria della vita su richiesta di un soggetto da parte di un terzo. Poiché tale operazione richiede una specifica competenza affinché sia eseguita con le modalità più idonee per raggiungere l'obiettivo, è solitamente un operatore sanitario che la attua, date le sue competenze.

La valutazione di ogni azione sotto il profilo morale deve da una parte tener conto dell'azione così come si è svolta nella sua oggettività: altrimenti sarebbe impossibile esprimere un giudizio, finendo in una astrattezza e in uno spiritualismo inaccettabile. D'altra parte occorre valutare l'intenzione soggettiva di chi esegue l'azione: se così non fosse si rischia di cadere in un formalismo che non riconosce la diversità dei singoli casi. Ogni valutazione oggettiva di una azione per essere tale deve tener conto della soggettività di chi la esprime.

L'intenzione di un soggetto è nota a lui e poi agli altri solo grazie all'azione che la esprime; cosa ciascuno di noi porta realmente nel cuore si manifesta appunto grazie all'azione, e non è chiaro a monte di essa.

Questo almeno in via generale ci permette di distinguere tra eutanasia e sospensione/rifiuto delle terapie. Se l'atto eutanasi mostra sempre una evidente intenzione di porre fine alla vita di un soggetto, la sospensione o il rifiuto non necessariamente esprimono un'intenzione eutanasi.

Overo non sempre la sospensione o il rifiuto di cure sono moralmente inaccettabili.

Quali i criteri possibili per discernere da caso a caso? Ne propongo alcuni.

Il primo e il più utilizzato si riferisce alla situazione non solo irreversibile – senza alternative - della

patologia, ma alla sua terminalità. Quando il soggetto ha una aspettativa di vita di pochi giorni o settimane, si ritiene lecita la sospensione o il rifiuto del trattamento. Su questo punto vi è una ampia convergenza sia a livello etico che a livello clinico. Altro criterio impiegato è il rischio connesso al possibile trattamento proposto, sia esso di natura diagnostica o terapeutica. Quanto più elevato è il rischio, tanto più si accetta che il soggetto possa rifiutarlo.

Questi primi due criteri sono largamente condivisi poiché a un primo sguardo appaiono "oggettivi" e non si presterebbero a interpretazioni arbitrarie. O meglio se stabilisco che per terminalità debba intendersi una aspettativa di vita di sei mesi, nel momento in cui la prognosi sia al di sotto è lasciata al paziente la valutazione se continuare o meno la terapia; analogamente, anche se è più difficile fissare un limite, per il grado di rischio.

Ma occorre chiedersi se questi criteri siano esauritivi. Due semplici esempi.

Imboccare un paziente è la stessa cosa che nutrirlo e idratarlo con un sondino o una stomia a livello gastrico? Per il paziente, nel secondo caso, ciò significa privarlo della possibilità di assaporare il gusto del cibo e sottrarlo al contatto anche fisico con le persone. Per i suoi care-giver significa rinunciare a gesti che esprimono cura e benevolenza nei suoi confronti per modalità fredde e anonime. Mi preoccuperò di più del posizionamento del sondino che di lui?

Il rifiuto dell'utilizzo della ventilazione meccanica è identico tra una paziente che è in preda ad una crisi asmatica rispetto ad un soggetto che lo sta utilizzando da dieci anni e la cui situazione è irreversibile? Nel primo caso il respiratore meccanico consente una risoluzione della patologia, nel secondo prolunga la vita, ma non va a contrastare la sua malattia di base.



In questi due casi la questione dell'aspettativa di vita rimane sullo sfondo e non appare decisiva per prendere una decisione.

Per cui vorrei segnalare altri due criteri da utilizzare insieme ai due già indicati.

L'esperienza di malattia presenta una dialettica interna tra una passività e una libertà, tra un subito e un agito. All'uomo accade di ammalarsi, a volte anche gravemente: è un destino non evitabile. Al contempo il tempo della malattia non è semplicemente subito, ma è possibile, anche se talvolta molto difficile, viverlo come tempo di libertà, tempo cioè in cui continuare a vivere secondo quei valori e riferimenti che hanno caratterizzato l'esistenza fino a quel momento. Non è semplicemente tempo perso. Ossia nelle fasi finali della vita si sperimenta la dialettica tra resistenze e resa. È necessario resistere al male, lottare contro la malattia e al contempo arrendersi al limite umano segnato dalla morte e ai limiti della medicina, che non può tutto. È possibile arrendersi se vi è stata resistenza. Chi da anni si sottopone a dialisi, chi da tempo convive con il respiratore meccanico non ha forse mostrato una resistenza?

Accade spesso in medicina che una volta iniziato un percorso diagnostico-terapeutico si tenda quasi inesorabilmente a portarlo avanti, senza interrogarsi se le aspettative iniziali siano state effettivamente mantenute. Sotto il profilo psicologico è molto più difficile sospendere un trattamento che non iniziarlo; non così dal punto di vista etico. Il soggetto accetta il trattamento, non avendone esperienza e confidando in un possibile guadagno esistenziale: se ciò non si avvera, è lecita la richiesta di sospensione. Non vi è quindi differenza tra non iniziare e sospendere. Quanto sarebbe più semplice e meno drammatica la decisione in determinati contesti clinici se al nostro paziente venisse assicurata la disponibilità a rivalutare la sua situazione in funzione di ciò che la terapia significherebbe non solo clinicamente ma esistenzialmente per lui.

Questi due ultimi criteri segnalati chiamano in causa il soggetto che sta vivendo l'esperienza di malattia e quindi la questione del "chi deve decidere?" Ma questo vale anche in riferimento ai primi due criteri segnalati: se tra un mese si sposa la propria figlia, una madre in situazione terminale chiederà qualsiasi trattamento pur di poter parte-

cipare all'evento. Un'altra donna, nella stessa situazione clinica ma la cui vita sia da lei considerata compiuta, opterebbe per la sospensione di trattamenti invasivi.

Chi può ricomporre in unità i diversi criteri contestualizzandoli nella propria esistenza? Credo si possa e si debba affermare che, in ultima istanza, la parola definitiva e decisiva spetti al soggetto che sta vivendo l'esperienza di malattia. Ciò comporta il rischio di scelte arbitrarie che conducono quindi ad un relativismo morale, condannando l'operatore sanitario ad essere il mero esecutore delle volontà altrui? Non necessariamente. I criteri segnalati consentono di stabilire dei precisi paletti entro cui la decisione del paziente possa trovare adeguata risposta. Non tutte le scelte sono accettabili, ma non essendoci casi identici, il giudizio di coscienza sarà necessariamente diverso.

In più l'operatore sanitario non procurerà mai volontariamente e direttamente la morte dell'altro; lo assisterà affinché il dolore e la sofferenza siano attenuati. Non sarà un osservatore neutro, notaio di una decisione. Entrerà in relazione con il proprio paziente e dentro quella relazione troverà la soluzione adeguata per quello specifico caso.

Ciò permette di chiarire come il contrario di autonomia sia eteronomia, ovvero un altro che decide al mio posto, non dipendenza. L'altro, e quindi la relazione, sono necessari affinché il soggetto decida e la decisione sia sua.

La dialettica tra resistenza e resa è appunto caratterizzata da un estremo mobile, in cui la decisione buona non sta nel mezzo, ma andrà determinata volta per volta, all'interno della relazione tra paziente e operatore sanitario.

Quello che abbiamo cercato di presentare è la modalità che riteniamo più pertinente per comprendere se ci si sta accanendo o si sta abbandonando il paziente. Per superare un'impostazione che rischia spesso di diventare demagogica, occorre innanzitutto riconoscere che il più delle volte ci troviamo di fronte a situazioni di grigio, di confine, dove è difficile giudicare se la sospensione della terapia sia un atto eutanascico o se il suo mantenimento si trasformi in accanimento. Ed è in queste situazioni che, tenendo conto dei criteri indicati, la relazione operatore sanitario-paziente, con il coinvolgimento della famiglia, diventa il luogo della decisione.



La legge non può definire cosa sia accanimento o eutanasia in queste situazioni; una legge che pretendesse di fare questo diventerebbe inapplicabile, poiché non in grado di coprire tutte le situazioni. La legge può stabilire paletti - quelli che abbiamo segnalato tradotti in un linguaggio giuridico - e lasciare quindi che la decisione sia presa dagli attori della vicenda, garantendoli da eventuali ripercussioni giudiziarie.

Sono consapevole che in questa proposta la vita potrebbe non sempre essere adeguatamente difesa; ma è altrettanto a rischio il rispetto della vita se non si considerasse la volontà di chi sta direttamente vivendo l'esperienza di malattia.

Veniamo quindi, all'interno di questa prospettiva, al caso Englaro. Si discute se l'idratazione e la nutrizione siano atti medici. Merita di essere ricordato che l'atto medico si caratterizza per un aspetto tecnico ed etico: la diagnosi - solo il medico è autorizzato a formulare la diagnosi da cui consegue la prescrizione terapeutica - e l'impegno morale alla cura.

Alcuni atti richiedono una particolare competenza tecnica, ma non necessariamente sono atti medici. Tutti gli atti di culto - circoncisione o infibulazione - non sono atti medici sia perché non vi è una diagnosi sia perché non vi è l'impegno a prendersi cura dell'altro. Mentre, in base a queste regole, si può ragionevolmente sostenere che l'idratazione e la nutrizione siano atti medici, soprattutto nel caso in cui si ricorra a un sondino o a una stomia. E quindi possono essere sottoposti al giudizio di proporzionalità; ovvero la loro sospensione è legittima?

Riprendendo i criteri che abbiamo indicato, la situazione di Eluana è irreversibile, certo non terminale. I rischi connessi all'idratazione e alla nutrizione sono sopportabili.

La famiglia di Eluana ha dato prova di una resistenza; non ha mostrato disprezzo per la vita di

della figlia, non l'ha abbandonata. Le cure possibili sono stata date e portate avanti per un tempo congruo. Il sondino, che idrata e alimenta Eluana, ha certamente un rilievo diverso, anche sotto il profilo simbolico, in ordine al prendersi cura della sua persona. È evidente che in questa situazione non possiamo non tener conto anche del modo in cui i suoi genitori interpretano il prendersi cura della propria figlia.

Sempre i genitori, quando il figlio o per età o per condizione clinica non è in grado di esprimersi, sono chiamati a interpretare ciò che sia bene per lui. Ciò avviene non anestetizzando i rischi, ma nel riconoscimento delle relazioni di gratitudine, dipendenza, solidarietà che hanno intessuto la sua vita e lo legano reciprocamente agli altri.

Eluana si era espressa forse genericamente, ma a noi non è dato altro che ricostruire così la sua storia personale. Non ci troviamo forse in quella situazioni di grigio prima ricordate, in cui non si dà una risposta aprioristicamente definita?

E allora non è il caso di lasciare alla relazione medico-paziente-famiglia la decisione? Se la paziente aveva espresso il suo rifiuto alla continuazione dell'idratazione e della nutrizione e la famiglia ritiene di rendere omaggio alla sua dignità sospendendo tutti i trattamenti, credo sia legittimo dare corso a questa richiesta.

Se in una situazione opposta, la famiglia ritiene si debba continuare il trattamento, lo Stato ha il dovere di aiutare quella famiglia nella realizzazione della sua volontà.

Entrambe le decisioni appaiono eticamente accettabili.

È solo assumendosi la responsabilità di attraversare queste situazioni di confine, nel rispetto della storie personali, che sarà possibile individuare la soluzione buona. Facendo ciascuno la sua parte, assumendosi ciascuno la sua responsabilità.



*Professore Associato di Medicina Legale Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi dell'Insubria



Il caso Englaro: autonomia ed indisponibilità della vita in conflitto?

10

A cura di Lorena Forni*

La complessa vicenda di Eluana Englaro, oltre ad infiammare la polemica politica sull'opportunità di giungere, anche in Italia, ad una legge sul c.d. "testamento biologico", ha evidenziato due diversi e contrapposti approcci nelle scelte sulle cure. Da un lato, di fronte alla situazione di Eluana¹, voci si sono levate affinché sia data esecuzione al più presto alle richieste dei suoi rappresentanti², così come stabilito dalla Corte di Cassazione³ e, più di recente, come è stato confermato dalla Corte di Appello⁴ di Lecco, sulla scorta dell'argomento che le decisioni in relazione alle cure e al corpo, qualora sia stata accertata la loro ammissibilità in conformità al nostro ordinamento giuridico, devono trovare attuazione, nel rispetto del principio della libera autodeterminazione dei soggetti. A muovere da questa premessa, ogni limitazione e/o ogni ostacolo al riconoscimento del pieno valore della volontà di un soggetto circa le cure e i trattamenti che lo riguardano, espressa anche in forma anticipata, rappresenta una violazione non solo sul piano morale, ma soprattutto sul piano giuridico, dei diritti personalissimi tutelati in particolare dagli articoli 13 e 32 della nostra Costituzione.

Dall'altro, coloro che ritengono che idratazione ed alimentazione siano atti medici sempre dovuti – e non veri e propri trattamenti sanitari – e che, nel caso specifico di Eluana, sia un forzoso escamotage quello di invocare la presunta volontà ricostruita in sede giudiziaria per legittimare la richiesta sospensiva, fanno appello all'argomento che, sebbene il riconoscimento dell'autonomia dei soggetti in relazione ai trattamenti sanitari sia presente nel nostro ordinamento, tale principio deve essere interpretato alla luce di un altro principio, quello che sancisce l'indisponibilità della vita. Solo così modulate e reinterpretate, le norme del nostro sistema possono garantire l'effettiva dignità della vita ad ogni soggetto, in qualunque condizione si trovi. Se dunque è vero che esiste una contrapposizione di orientamenti, non è tuttavia altrettanto vero che, nonostante la radicale diversità, i principi morali sottesi sono tutti, ugualmente, su un piano di parità. Il caso Englaro ha ingenerato, più che altre situazioni⁵, l'erronea convinzione che, nelle scelte etiche in situazioni critiche, ed in special modo alla fine della vita, ci si trovi di fronte ad un bivio che impone una scelta fra principi posti sullo stesso

¹ Eluana è da sedici anni in stato vegetativo permanente (SVP)

² Come è noto, in giudizio le richieste sono state avanzate da Beppino Englaro, padre e tutore legale di Eluana, e da Franca Alessio, curatrice speciale della ragazza. Per una ricostruzione sintetica e completa dei numerosi gradi di giudizio di cui la vicenda Englaro è stata oggetto, cfr. la ricostruzione In fatto e in diritto compiuta dal Giudice di Lecco nel Decreto citato e, per un approfondimento sulle questioni bioetiche sottese, cfr. AA. VV., *Riflessioni critiche sulle sentenze Riccio ed Englaro in Bioetica*. Rivista interdisciplinare, n. 1, 2008, in particolare cfr. P. Borsellino, *Il caso Englaro sedici anni dopo. Verso il riconoscimento di un diritto*, in *Bioetica*, op. cit., pp. 72-81; cfr. R. Caterina, *Il rifiuto delle cure tra autodeterminazione e paternalismo giuridico*, in *Bioetica*, op. cit., pp. 82-97; cfr. G. Gemma, *Autodeterminazione del paziente in caso di coma irreversibile. Una importante sentenza della Cassazione*, in *Bioetica*, op. cit., pp. 112-130

³ Sentenza della Corte di Cassazione del 16 ottobre 2007, n. 21748

⁴ Corte d'Appello di Lecco, I sezione civile, procedimento n. 88/2008, del 25 giugno 2008

⁵ La contrapposizione tra i sostenitori della c.d. "autonomia relazionale" e coloro che propendono invece per la collocazione ad



piano. Da una parte, l'autonomia e la qualità della vita; dall'altra parte, l'indisponibilità e la sacralità della vita⁶. Una diversa impostazione del problema, invece, può far ritenere che il principio di autonomia sia e debba essere considerato un principio posto ad un livello superiore rispetto agli altri.

Gli argomenti portati a sostegno della sostanziale equiparazione tra i principi, in generale, e della preferibilità della seconda delle alternative in etica (indisponibilità della vita), in particolare, si basano su diverse ragioni. Si fa appello, ad esempio, all'autoevidenza dei valori ad essa sottesi e ad una sorta di intrinseca razionalità che sarebbe propria di questo orientamento.

Và tuttavia ricordato che, per i sostenitori dell'etica dell'indisponibilità della vita, le prescrizioni morali non sono poste dall'uomo per l'uomo, ma sono individuate in un paradigma ontologico – metafisico. Secondo costoro, infatti, il fondamento dei valori è esterno all'uomo, o perché posto da Dio o perché risiede da sempre e immutabilmente nella Natura o infine, perché sarebbe da individuarsi, se non in una vera e propria divinità, in una sorta di Disegno Intelligente⁷. Questa prospettiva risulta fortemente problematica, per il fatto che l'esperienza "del trascendente" è

insondabile da un intelletto diverso da quello di colui che asserisce di aver colto i valori e i principi a cui fa riferimento, ed è, inoltre, il preteso risultato di un'operazione che si attua su un diverso piano, che è però misterioso e oscuro, e che rappresenta un postulato indimostrabile. Collocare invece il principio di autonomia ad un secondo livello, a muovere dal quale trova giustificazione anche l'etica

della indisponibilità della vita, significa porre in premessa un elemento che può essere condiviso e le cui deduzioni possono essere sottoposte a controlli.

Perché, dunque, ritenere l'autonomia sovraordinata rispetto ad altri principi? Se dovesse essere preso per buono il convincimento contrario,

secondo il quale tanto l'autonomia, quanto l'indisponibilità della vita, sono principi posti sullo stesso piano, dovremmo dedurre che ogni possibile scelta morale, che rinvii all'uno o all'altro orientamento, è ammessa. Paradossalmente, proprio coloro che si oppongono al relativismo in etica o, peggio, all'indifferentismo⁸ (ogni opzione morale, qualunque essa sia, è accoglibile), sarebbero incorsi in un clamoroso autogol. Poiché tuttavia questa conclusione è inaccettabile anche per coloro che sostengono l'etica della qualità della vita, quale ragione



un livello superiore del principio di autonomia, è già stata proposta nel caso di Piergiorgio Welby, alla fine del 2006. Per un approfondimento cfr. il Dossier Welby pubblicato in *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, n. 1/2007, pp. 1-12 e pp. 141-204. Ha recentemente affermato la dimensione "relazionale" dell'esistenza nel caso Englaro anche M. Casini, La sentenza 21748 del 2007: legittimo rifiuto delle cure o legittimazione sociale del rifiuto della vita e della responsabilità verso l'altro nei momenti di massima fragilità?, in *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, n. 1, 2008, in particolare pp. 104 – 111. Per un approfondimento e una critica dell'elemento relazionale in etica, cfr. M. Mori, Critica della autonomia relazionale e positività dell'autonomia individuale che può ampliarsi grazie alla rivoluzione biomedica, in idem, *Le dichiarazioni anticipate di volontà sulle cure nella prospettiva bioetica*, in P. Borsellino, D. Feola, L. Forni (a cura di), *Scelte sulle cure e incapacità: dall'amministrazione di sostegno alle direttive anticipate*, Insubria University Press, Varese, 2007, pp. 69-71

⁶ Per un approfondimento dei principi richiamati, cfr. P. Borsellino, *Bioetica, tra autonomia e diritto*, Zadig, Milano, 1999, in particolare pp. 3-53; cfr. anche G. Fornero, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Ed. Bruno Mondadori, Milano, 2007

⁷ Per una critica di questa concezione: cfr. P. Borsellino, *Bioetica, tra autonomia e diritto*, op. cit., pp. 38-39

⁸ Per un approfondimento a riguardo delle accuse di indifferentismo o nichilismo in etica, mosse da alcuni esponenti della bioetica cattolica ai sostenitori di una bioetica laica, cfr. P. Borsellino, *La laicità dal punto di vista del laico*, in AA. VV., *Le sfide della laicità*, Ed. Ifed, Padova, n. 2/2006, pp. 152-157



può essere portata a sostegno della tesi che ritiene indisponibilità della vita e autonomia dei principi collocati su piani differenti?

Per rispondere a questa domanda ipotizziamo il caso di una giovane donna, maggiorenne e in salute che, in forma anticipata, abbia espresso la volontà, qualora si dovesse in futuro trovare in SVP, di voler essere nutrita ed idratata, oltre che assistita con ogni trattamento terapeutico/sanitario che sia al momento disponibile e conforme alla buona pratica clinica. Questa dichiarazione anticipata di volontà si spiega e si giustifica perché, secondo i valori a cui la giovane ha aderito e alla luce dei quali ha deciso di vivere, ritiene non accettabile una sospensione di cure, anche nel caso di una condizione di incoscienza irreversibile⁹ (come lo SVP).

Ci possiamo domandare se sia una decisione legittima, non solo sul piano morale, ma anche su quello giuridico, quella espressa in questo caso, e quali valutazioni etiche si possono formulare al riguardo. Possiamo rispondere affermativamente, per il fatto che non solo la giovane donna dell'esempio ha diritto in senso morale a che le sue istanze siano

accolte e rispettate, ma soprattutto ha diritti "in senso forte"¹⁰. La volontà circa le cure, espressa da un soggetto adulto e consapevole, manifestata anche in forma anticipata, trova legittimazione non solo nella Carta di Nizza¹¹, nella Convenzione di Oviedo¹², e nella Déclaration Universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme dell'Unesco¹³, ma, nel nostro ordinamento, trova fondamento negli stessi articoli 13 e 32 che hanno sostanziato le ultime recenti decisioni sul caso Englaro.

Le due situazioni ricordate - quella della ragazza dell'esempio e quella di Eluana - sono simmetriche e contrarie. Se dunque possiamo portare buoni argomenti per legittimare la scelta di proseguire, in ogni caso, i trattamenti e le cure, secondo la volontà, libera ed autonoma, espressa al riguardo, dobbiamo altresì ritenere che lo stesso presupposto - la libera autodeterminazione in relazione alle cure - valga anche nel caso di una decisione diversa.

Se pensiamo al principio di autonomia o, detto in altri termini, al principio del rispetto reciproco fra gli individui circa le loro scelte personalissime,

⁹ Al riguardo, si possono richiamare i due criteri individuati dalla Corte di Cassazione per legittimare la richiesta di sospensione di alimentazione e idratazione. La Suprema corte ha stabilito che una tale richiesta può trovare accoglimento alla duplice necessaria condizione che lo stato in cui versa il soggetto sia irreversibile, secondo un «rigoroso apprezzamento clinico e non via sia alcun fondamento medico che lasci supporre la benché minima possibilità di un qualunque, seppur flebile, recupero della coscienza» e sempre che «tale istanza sia realmente espressiva, in base ad elementi di prova chiari, univoci e convincenti, della voce del paziente medesimo, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti», che danno la misura «del suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l'idea stessa di dignità della persona». Nel caso di scuola richiamato in questo contributo, speculare e contrario a quello Englaro, l'idea di dignità espresso dalla ragazza caduta in stato di incoscienza è molto diverso da quello espresso da Eluana, ma non meno fondante uno stile di vita e convincimenti profondi, meritevoli di trovare tutele e riconoscimenti dal diritto. Per un approfondimento delle motivazioni della Cassazione sul caso Englaro, cfr. AA: VV., Bioetica. Rivista interdisciplinare, n. 1/2008, pp. 172-188

¹⁰ Cfr. P. Borsellino, Il caso Englaro sedici anni dopo. Verso il riconoscimento di un diritto, in Bioetica, op. cit., pp. 73-74

¹¹ Cfr. Carta di Nizza del 2000: art. 3, secondo comma: «Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: [...] il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge[...]» e art. 10, comma 1 «Ogni individuo ha diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione. Tale diritto include la libertà di cambiare religione o convinzione, così come la libertà di manifestare la propria religione o la propria convinzione individualmente o collettivamente, in pubblico o in privato, mediante il culto, l'insegnamento, le pratiche e l'osservanza dei riti».

¹² Cfr. Convenzione di Oviedo del 1997, art 5, comma 3: «Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge» e art. 9: «I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione».

¹³ Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme: art. 3.1: «La dignité humaine, les droits de l'homme et les libertés fondamentales doivent être pleinement respectés». Art. 7 «En conformité avec le droit interne, une protection spéciale doit être accordée aux personnes qui sont incapables d'exprimer leur consentement».



come ad un principio sopraordinato rispetto a tutti gli altri, possiamo ritenere che siano legittime tutte le scelte che, per la loro realizzazione ed attuazione, non pongano in pericolo la libera ed autonoma determinazione di scelte altrui e che, nell'essere compiute, non rechino danni a terzi.

In questa prospettiva, il principio di autonomia consente non solo l'affermazione, ma diviene garanzia anche in ordine alla concreta attuazione, di tutte le scelte sulle cure e sui trattamenti che non pregiudichino i diritti fondamentali e le libertà dei terzi e che non rechino un concreto danno ad altri consociati. In tal modo, tanto le decisioni improntate ad un'etica religiosamente orientata, quanto quelle ispirate a valori non religiosi, sono ammesse, entro i limiti della pacifica convivenza che emerge dal dettato costituzionale.

Il caso Englaro è segnato dalle preferenze sostanziali espresse da Eluana e riproposte dai suoi rappresentanti in giudizio, ispirate ad un insieme di valori, diversi da quelli dell'etica della indisponibilità della vita, ma non meno meritevoli di essere rispettati e di ricevere adeguate garanzie e tutele dal nostro ordinamento.

L'etica della indisponibilità della vita, pertanto, è da considerarsi un'etica di primo grado, posta sullo stesso piano di altre etiche sostanziali, e trova la propria ammissibilità nel sistema socio -

giuridico attuale proprio in ragione del riconoscimento dell'autonomia degli individui, affinché possano aderire liberamente all'indirizzo morale sostanziale che più preferiscono.

L'etica del rispetto reciproco, invece, come etica di secondo grado, consente la scelta fra opzioni morali diverse e consente di scegliere, fra i molti indirizzi possibili, anche quello proprio dell'etica della sacralità della vita. Tuttavia, non vale l'inverso, cioè l'etica dell'indisponibilità della vita esprime un solo indirizzo valoriale e non consente la scelta fra differenti indirizzi morali.

Il principio di autonomia non stabilisce a priori quali siano le sole opzioni ritenute buone, né impone al diritto di legittimarne solo alcune rispetto ad altre.

Viceversa, l'etica sostanziale dell'indisponibilità della vita esclude necessariamente che alcune decisioni sulle cure, sul nascere, sulle forme di affettività o di famiglia, così come le decisioni alla fine della vita e nel caso di SVP, possano trovare accoglimento non solo sul piano morale, ma soprattutto sul piano giuridico e pretende che il diritto - valido per tutti - imponga valori solo di una parte, segnando così una forte discontinuità rispetto all'affermazione del pluralismo etico, che chiede sempre più frequentemente adeguate soluzioni normative.

**Dottoranda di ricerca in Filosofia analitica e teoria generale del diritto - Università degli Studi di Milano*

L'Infermiere d'Oltralpe può anche vaccinare

Gli infermieri francesi possono ormai vaccinare i pazienti contro l'influenza senza il bisogno di prescrizione medica, tranne per la prima vaccinazione. E la prestazione è rimborsata dalla mutua.

Lo stabiliscono due decreti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale Francese del 2 settembre, con i quali è definito che i cittadini d'Oltralpe per vaccinarsi possono rivolgersi agli infermieri a eccezione delle persone affette dal virus dell'AIDS e delle donne incinte.

Con questa misura, oltre ad accogliere una richiesta degli infermieri di riconoscerne la professionalità e il ruolo complementare nei confronti dei medici, il Ministero sottolinea anche la maggiore efficacia nella prevenzione dell'influenza.

(fonte ILSOLE24SANITÀ, 16-22 SETTEMBRE 2008)

notizie in pillole
a cura di Stefano Citterio



Nutrizione artificiale: terapia o assistenza?

LETTERA APERTA AL PRESIDENTE DEL COLLEGIO IPASVI DI COMO

14

*Egr. Sig. Citterio,
Ora che la procura di Milano ha bloccato la sentenza della Corte di Appello sul caso Eluana spero che gli animi siano più sereni e che si possa tornare a ragionare senza pregiudizi.*

Devo confessare che sono rimasto sbalordito leggendo la sua presa di posizione pubblicata il 27.07.08 sulla Provincia di Como con titolo: "Un caso di eutanasia infermieristica".

In questi giorni ho letto sui giornali, sentito alla radio e visto in TV numerose persone parlare di questo caso senza avere competenza sull'argomento.

Il suo scritto non mi avrebbe quindi colpito se fosse stato pubblicato come opinione personale. Lei invece si firma come presidente IPASVI Como, uno quindi si immagina che le opinioni da Lei espresse siano quelle di tutta la categoria che Lei rappresenta o almeno della maggioranza degli aderenti.

Le faccio quindi presente che alcune sue affermazioni:

"Le "cure" di cui si sta discutendo, però, consistono nell'alimentazione, nell'idratazione. Di natura

assistenziale e non "curativa", che, credo, nessuno possa mettere in discussione. Mi chiedo quali cure rifiuterebbe Eluana? L'assistenza infermieristica?" oltre a non essere in linea con il parere delle società scientifiche sull'argomento sono anche pericolose perché potrebbero portare qualche infermiere a subire denuncia per abuso della professione medica.

La Nutrizione Artificiale è infatti una terapia medica e solo il medico può porre l'indicazione e stabilire il programma terapeutico; l'infermiere ha un compito insostituibile nella gestione della Nutrizione Artificiale ma non può decidere inizio, fine, né impostare o modificare la terapia.

Le allego il documento "PRECISAZIONI IN MERITO ALLE IMPLICAZIONI BIOETICHE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE" della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale che è chiarissimo su questo argomento.

Non mi aspetto una smentita pubblica da parte sua ma almeno una discussione di questo documento all'interno del consiglio direttivo del collegio professionale e a una diffusione di questo documento ai membri dell'ordine degli infermieri.

G.C., Lecco

RISPOSTA

*Egr. Dott. C.G.,
la ringrazio per l'opportunità che mi offre per spiegare la posizione che ho espresso nell'articolo citato.*

Nella legislazione italiana non esiste alcuna definizione di "atto medico", di conseguenza tutti i tentativi di chiarire questo concetto corrono il rischio di risultare "autoreferenziali" oppure di rappresentare l'espressione di un "percorso di medicalizzazione dei processi fisiologici" con il pericolo di estromettere la persona da curare o

assistere a vantaggio dei professionisti implicati. Va precisato che non vi era alcuna intenzione di indurre gli infermieri a compiere "abuso di professione medica", ritenendo la frase criticata inserita in un contesto determinato (lo stato vegetativo permanente) nel tentativo di mettere in luce la tematica assistenziale e non solo curativa connessa al caso Englaro.

In particolare vorrei evidenziare che il "Comitato Nazionale di Bioetica" nel novembre del 2005 si è espresso, a maggioranza, proprio su questa tema-



tica, cercando di rispondere al quesito se l'alimentazione e l'idratazione (anche per sondino o PEG), nei pazienti in stato vegetativo persistente (SVP) si configuri come trattamento medico e/o accanimento terapeutico, giungendo a conclusioni differenti da quanto indicato nel documento SINPE.

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

tratta di una procedura che (pur richiedendo indubbiamente una attenta scelta e valutazione preliminare del medico), a parte il piccolo intervento iniziale, è gestibile e sorvegliabile anche dagli stessi familiari del paziente (non essendo indispensabile la ospedalizzazione) (...) Procedure assistenziali non costituiscono atti medici solo per il fatto che sono messe in atto inizialmente e monitorate periodicamente da operatori sanitari."

Tralascio le osservazioni circa le modalità comunicative che dovrei utilizzare nella gestione dell'Ordine professionale che ho l'onore di presiedere considerandole superflue e non inerenti la tematica sollevata. Ricordo solamente che anche altri Ordini professionali (es. l'Ordine dei Medici di Milano) hanno espresso una posizione chiara e definita in rappresentanza dei loro iscritti con la libertà e i limiti che ciò comporta.

Cordiali saluti

Dr. Stefano Citterio
Presidente IPASVI Como

Firmata l'ipotesi di contratto dei dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale

L'Aran e le Organizzazioni e Confederazioni rappresentative lo scorso 1 agosto 2008, hanno firmato l'ipotesi per i contratti nazionali di lavoro per l'area III della dirigenza medica e veterinaria e dell'area IV della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa del servizio sanitario nazionale. Secondo gli indirizzi del Comitato di settore della sanità, l'Aran, ha definito i testi degli accordi per il rinnovo del quadriennio 2006 - 2009 e l' biennio economico 2006 - 2007. I lavoratori interessati sono complessivamente 143 mila, di cui circa 121 mila dell'area medico-veterinaria e circa 22 mila dell'area della dirigenza dei ruoli professionale, tecnico, amministrativo e delle professioni sanitarie (SPTA). La regolamentazione della dirigenza delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica è definita nel titolo VI (articoli 8 e 9) per quanto attiene la parte normativa e all'articolo 23 per quanto riguarda la parte economica. L'aumento medio a regime per l'area medica è di circa 260 euro, di cui 149 euro destinati ad incrementare lo stipendio tabellare e 111 euro per finanziare la parte accessoria degli emolumenti. Per l'area SPTA l'aumento medio a regime è di circa 220 euro, di cui 149 attribuiti alla retribuzione tabellare e 71 euro erogati sulla parte accessoria. Gli incrementi saranno somministrati in due tranche: 1° gennaio 2006, 1° febbraio 2007.

notizie in pillole
a cura di Stefano Citterio



Assistere sempre

16

Milano, luglio 2008

Ai Presidenti Collegi Provinciali IPASVI d'Italia
Al Presidente Federazione Nazionale IPASVI

Con drammatica trepidazione guardiamo la vicenda di Eluana Englaro.

Per quanto ci è dato conoscere dalla stampa, Eluana Englaro è in stato vegetativo persistente ed è alimentata con sondino naso gastrico.

Non possiamo rimanere insensibili prima di tutto come uomini di fronte alla sofferenza del padre e a ciò che lo ha portato a chiedere la morte per la figlia; non possiamo non chiederci ancora una volta quale sia il senso della sofferenza. Questa domanda è quotidiana nella nostra professione ed è una domanda sulla nostra stessa vita. Non potremmo impegnarci ad alleviare la sofferenza di altri uomini senza la consapevolezza che essa non è l'ultima parola sulla vita dell'uomo e che il desiderio di bene, che è presente in ogni uomo, deve avere una risposta, seppur solo misteriosamente presentita.

Ci sentiamo chiamati in causa anche per la professione che svolgiamo. Ciò di cui necessita Eluana Englaro è la risposta a bisogni di assistenza infermieristica: assicurare l'alimentazione e l'idratazione – quand'anche attraverso un sondino naso gastrico – ben sappiamo, non è terapia, ma atto di assistenza infermieristica. Le suore che stanno assistendo Eluana infatti non compiono atti medici. I valori condivisi da tutta la professione ed espressi

nel nostro codice deontologico assicurano ad ogni uomo il nostro impegno a mantenere l'assistenza infermieristica in qualunque condizione.

"L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita." (C.D. Infermiere 4.15)

Il fatto di non sapersi alimentare è ragione adeguata per non assistere? Non dovremmo più imboccare una persona che non è in grado di portare il cibo alla bocca o un bambino ricoverato in un nostro ospedale?

Non dovremmo più assistere chi non è in grado di esprimere una vita di relazione come quella cui siamo "normalmente" abituati? Non dovremmo più assistere persone con demenza o gravi deficit psichici?

O, ancora, il criterio è quello delle probabilità di guarigione e dunque dovremmo subito cessare di dare assistenza a tutte le persone che hanno malattie non guaribili?

Auspichiamo che il nostro organo di rappresentanza voglia esprimere, come già ha fatto l'OMCeO di Milano, la propria posizione, nella umana vicinanza alla famiglia, e – non di meno – con un leale giudizio sui fatti.

*Gli Infermieri
dell'Associazione Medicina e Persona*

Chi volesse aderire a questa iniziativa può segnalare il proprio nominativo inviandolo a: Associazione Medicina e Persona
via Melchiorre Gioia, 171 20125 Milano

info@medicinaepersona.org
tel. 02/67382754 fax 02/67100597



Le suore di Maria Bambina lasciano l'Ospedale S. Anna

Dopo 153 anni di presenza le ultime 4 suore dell'Ospedale S. Anna di Como, lo scorso 8 settembre hanno lasciato definitivamente la casa di via Napoleona.

Suor Giuseppina, Tarcisia, Ernesta e Andreina sono state festeggiate da tutto il personale dell'Ospedale, dalle principali autorità Sanitarie e amministrative della Città e della Provincia, dalla popolazione durante la celebrazione della S. Messa officiata dal Vescovo di Como Mons. Diego Coletti.

Non sono mancati momenti di commozione e vivo ricordo ma quello che ha prevalso è stato un sentimento di gratitudine e riconoscenza verso l'opera che le suore (la maggioranza di loro caposala)

hanno realizzato e sostenuto verso i malati e gli operatori, durante la loro storica presenza nell'Ospedale.

Come Consiglio Direttivo, pensando di interpretare il sentimento di molti colleghi che sono stati formati, hanno lavorato e condiviso una parte del proprio percorso professionale con qualcuna di loro, salutiamo con un grande grazie le "nostre suore".

Quale piccolo segno della nostra partecipazione a questo evento storico che chiude un capitolo importante per tutta la storia dell'assistenza della Provincia, pubblichiamo la poesia che i Caposala del S. Anna hanno letto al termine della celebrazione e il saluto/ricordo delle suore.

ALLE SUORE DI MARIA BAMBINA CHE HANNO CAMMINATO CON NOI ALL'OSPEDALE SANT'ANNA DI COMO 8 SETTEMBRE 2008

*Carissime suore di Maria Bambina
in questa giornata settembrina,
in cui un nuovo autunno si avvicina,
la grande famiglia del nostro ospedale
è testimone di un evento speciale
e con mestizia è qui riunita
per salutarVi, compagne di vita,
presenze materne in ogni corsia,
conforto per vincere la malattia.*

*Per voi è un po' come andare in esilio,
ma così vuole il vostro "Consiglio"
ed anche in questo atto di ubbidienza
offrite una forte testimonianza;
infatti, non certo per convenienza,
ma per profonda vocazione,
avete servito, in ogni stagione
il debole, il povero e l'ammalato
con il Carisma che Dio vi ha dato.
Per tutto ciò vi siamo grate
ed anche un poco preoccupate
che non si perda la dimensione,*

*insita nella professione,
dell'attenzione all'ammalato,
anche con qualche sacrificio,
sopra ogni altro postulato
di convenienza o beneficio.*

*Noi tutte colleghe, dalle più "datate",
alle più giovani, meno rodiate,
abbiamo condiviso un pezzo di storia
e abbiamo care nella memoria
le vostre sorelle che già ci hanno lasciato
per il Paradiso o altro mandato.*

*Sarebbe difficile fare un elenco
e riuscirebbe pure sbilenco,
ma ognuna ha un ricordo particolare
per il reparto ancora nel cuore,
la marachella da perdonare,
o il sorriso consolatore,
le confidenze più delicate,
e le baruffe sempre sedate.*



*Siete state per tanti lustri
tra i personaggi più illustri
in otorino, urologia,
nelle medicine, in pneumologia
pronto soccorso, neurologia
in trauma, in plastica, ai solventi
in oculistica e con gli studenti
prima e seconda generazione,
sia nel convitto, che in direzione,
e nei servizi, in lavanderia,*

*in guardaroba, e in sacrestia;
insomma in ogni angolo dell'ospedale
avete lasciato un segno epocale.*

*Nell'augurarvi nuovi cammini,
Vi siamo oggi molto vicini...
.... Non c'è più posto per altra parola
perché ci sale un groppo in gola..*

GRAZIE

I caposala del Sant'Anna

Ecco il saluto che le Suore hanno voluto lasciare a tutti coloro che sono intervenuti alla cerimonia

“

*Che Dio vi renda in amore tutto l'amore che avete donato
o tutta la gioia e la pace che avete seminato attorno a voi,
da un capo all'altro del mondo.*

A TUTTI un grande G R A Z I E

*per questi 153 anni di servizio trascorsi insieme nel nostro Ospedale,
per la vostra amicizia e per il bene che ci avete dimostrato.*

*Vi ricorderemo sempre portandoVi nel nostro cuore e nelle nostre preghiere affinché
possiate sempre donare ai nostri malati cure, accoglienza e tanto amore.*

“

*Superiora Suor Giuseppina
Suor Tarcisia
Suor Ernesta
Suor Andreina*





È evidente che...

La realtà virtuale riduce il dolore della persona durante la medicazione delle ustioni

A cura di Eliana Tedesco*

... l'esperienza di un'ustione superficiale, che tutti almeno una volta nella vita abbiamo sperimentato, non è stata piacevole, poiché il dolore generato dalla lesione, seppur piccola, è risultato particolarmente bruciante e fastidioso. È possibile quindi immaginare come un'ustione profonda (un'ustione caratterizzata dalla distruzione dell'epidermide e degli strati più superficiali del derma e da un danno agli strati più profondi del derma, arrossata ed essudativa, Smeltzer e Bare, 2005), sia particolarmente urente e insopportabile per intensità e durata. Il dolore da ustione profonda a spessore parziale può infatti essere severo, poiché le terminazioni nervose sono danneggiate ma continuano a funzionare, in particolare vi è un inasprimento del dolore durante il loro trattamento curativo, in quanto vengono esposte alle correnti d'aria. Anche se nelle ustioni a tutto spessore l'area ustionata è insensibile (poiché che le terminazioni nervose sono state distrutte) (Gallagher et al., 2000), i margini della lesione sono ipersensibili e sono quindi fonte di dolore profondo anche nelle strutture adiacenti (Smeltzer e Bare, 2005).

Nella fase iniziale il dolore da ustione è molto intenso ma si affievolisce gradualmente, tuttavia, nelle settimane successive fino alla guarigione, le procedure di detersione della lesione, i cambi di medicazione, la rimozione del tessuto devitalizzato e la fisioterapia sono causa di dolore intenso: l'elevato dolore che prova la persona ustionata è una delle più difficili sfide che il personale sanitario deve affrontare. Secondo Smeltzer e Bare (2005), per ridurre al minimo questo dolore è necessario fare uso di analgesici e/o oppioidi

prima di sottoporre la persona alle procedure terapeutiche.

Ad oggi, questo non è però l'unico rimedio per far fronte al dolore: lo sviluppo tecnologico, progredendo velocemente, permette di utilizzare tecniche del tutto innovative quale, ad esempio, la REALTÀ VIRTUALE. Questo articolo ha lo scopo di presentare come l'uso della REALTÀ VIRTUALE IMMERSIVA possa essere efficace per controllare il dolore e l'ansia, in combinazione alla tradizionale terapia farmacologica, riducendone i dosaggi.

MATERIALI E METODI

Il materiale è stato reperito dalla consultazione di banche dati elettroniche come Medline, prodotta dalla National Library of Medicine USA; Cinahl, la più importante banca dati di pertinenza infermieristica e Cochrane Library, che raggruppa sette banche dati basate sull'"Evidence Based Medicine" tra le quali le systematic review, redatte dai centri Cochrane mondiali.

La ricerca è stata condotta sia per parola libera (burn*, pain*, anxiety*, wound*, virtual reality*, dressing*, deep burns*) sia per Medical Subject Heading (burn patients, burn wound care, pain management, test anxiety scale, user-computer interface, virtual reality, deep flame burns); queste parole sono state combinate tra loro con gli operatori booleani AND e OR.

I criteri d'inclusione considerati sono stati: la pertinenza con l'argomento, la lingua inglese, il periodo temporale (dal 1992 al 2007) e l'età dei soggetti, compresa fra i 5 e i 40 anni. È stato scelto questo range poiché è proprio in questa fascia di età (bambini oltre cinque anni di età e adulti con meno di quarant'anni) che le vittime da ustione



hanno maggiori possibilità di sopravvivenza (Smeltzer S. e Bare B.G., 2005).

La ricerca è stata poi condotta sul Web consultando siti di interesse infermieristico, quali Aniarti, Meyer, Evidencebasednursing, Joanna Briggs e i motori di ricerca come Google, Yahoo e Virgilio, riviste infermieristiche e libri di testo.

I documenti reperiti sono stati sottoposti ad attenta critical appraisal per valutarne la qualità e l'utilità e riportandone i risultati.

DISCUSSIONE

La REALTÀ VIRTUALE, come definito dall'enciclopedia Wikipedia, è il termine utilizzato per indicare una realtà simulata, creata attraverso l'uso del computer. Viene definita REALTÀ VIRTUALE IMMERSIVA quando è costituita da un sistema che permetta la stimolazione e il coinvolgimento dei sensi umani; la quasi totalità di questi ambienti virtuali è però proposta prevalentemente con esperienze visive e sonore.

La realtà virtuale immersiva è resa possibile grazie all'uso di alcuni strumenti (periferiche del computer):

- visore: formato da casco o da semplici occhiali, in cui gli schermi vicini agli occhi annullano il mondo reale dalla visuale dell'utente;
- cuffie o auricolari, che trasferiscono i suoni all'utente;
- joystick: sistema manuale di input, che permette di impartire i comandi.

Queste periferiche possono essere combinate tra di loro, in base al tipo di metodo scelto dai ricercatori. Il programma che viene fornito alle persone ustionate è generalmente lo "SnowWorld", la scelta non è casuale ma dipende dal fatto che la proposta di un paesaggio glaciale le aiuta ad eliminare il calore interno generato dai meccanismi di ansia e dolore stimolati dalla medicazione (Hoffman, 2004). Hoffman et al. (2004b) richiamando un'affermazione di Kahneman, sostengono che l'uomo ha una quantità limitata di attenzione disponibile e, poiché il dolore richiede attenzione, teorizzano che l'analgesia indotta dalla realtà virtuale lavori sui meccanismi dell'attenzione.

Hoffman et al. (2004b) hanno definito che l'uso della REALTÀ VIRTUALE, come controllo tecnico del

dolore e dell'ansia, potrebbe essere usato in combinazione alla tradizionale terapia farmacologica, riducendone i dosaggi.

Le ustioni sono un po' più dolorose dei diversi tipi di trauma, poiché oltre al dolore, le vittime sono sottoposte giornalmente, fino alla guarigione, a un gran numero di procedure, in particolare cambio medicazione e fisioterapia. Per questo motivo il dolore, l'ansia, la depressione e la paura sono frequenti nell'ustionato (Echevarria, Guanilo et al., 2006), anche in considerazione che, per Smeltzer e Bare (2005), il dolore è inevitabile durante la guarigione da qualsiasi danno da ustione.

Ashburn (1995) riporta inoltre che l'ansia anticipatoria determina un aumento del dolore e dello stress durante le procedure, in particolar modo durante il cambio della medicazione, perché è proprio in questo momento che la persona rivive l'esperienza dell'ustione.

I rischi psicologici e psicosociali associati al mancato trattamento del dolore sono molteplici; il problema del dolore nella persona ustionata è che questo, e conseguentemente l'ansia che viene causata, possono prolungare la risposta allo stress, determinando un ritardo dei tempi di guarigione della persona (Byers et al., 2001).

Hoffman e Patterson (2005) riprendono il concetto di Cherny et al. affermando che l'uso degli oppioidi può essere utilizzato per il controllo del dolore durante le cure ma è anche importante che i dosaggi siano limitati, poiché gli effetti collaterali che determinano sono molteplici (per esempio nausea, costipazione, alterazioni del ciclo sonno-veglia) ed inoltre occorre valutare attentamente l'età della persona, l'estensione dell'ustione e la frequenza nel cambio della medicazione.

La percezione del dolore ha una forte componente psicologica, lo stesso segnale che genera dolore può essere interpretato come doloroso o non, in base alla sua attenzione. (Hoffman, 2004).

I documenti reperiti dalla ricerca mettono in evidenza l'efficacia della realtà virtuale nella diminuzione del dolore e dell'ansia, mettendola a confronto con le diverse condizioni di controllo scelte dai ricercatori.

Nello studio condotto da Das et al. (2005) viene sperimentata l'utilità della realtà virtuale nella modulazione del dolore nei bambini, durante il cambio della medicazione.



L'analgisia routinaria farmacologia, o in associazione con la realtà virtuale, sono assegnati random, solo durante la rimozione dell'attuale medicazione o l'applicazione della medicazione pulita.

Al soggetto viene chiesto di dare un valore medio all'esperienza dolorosa alla fine di ogni fase della procedura del cambio medicazione (sola analgesia farmacologica o in associazione alla realtà virtuale). Il dolore veniva rilevato utilizzando la *facies pain scale*. Il punteggio medio del dolore per la sola analgesia farmacologia era di 4.1, ma questo valore diminuiva quando vi era l'associazione della realtà virtuale, ottenendo una media di 1.3.

Il tradizionale metodo di analgesia farmacologia è spesso insufficiente a coprire il dolore nel bambino ustionato ed inoltre potrebbe avere degli effetti dannosi. La realtà virtuale è invece un metodo riutilizzabile e versatile, un'opzione consigliabile per la gestione del dolore acuto sia nel bambino, così come dimostrato dallo studio sopra citato, sia nell'adulto, come da studi rintracciabili in letteratura, quali Hoffman (2004), Patterson et al. (2006) e molti altri che hanno incentivato lo studio su questa tecnica di nuova frontiera.

Lo scopo della realtà virtuale è quello di distrarre la mente della persona assistita dalla realtà che la circonda, tanto maggiore è l'illusione della persona di penetrare nel mondo virtuale, tanto minore è l'attenzione sul dolore provato e sull'ansia (Hoffman, 2004).

Hoffman et al. (2001) definiscono la realtà virtuale immersiva come un'illusoria occupazione dell'attenzione, creata nella mente della persona, senza creare alcun danno.

CONCLUSIONI

Dalla documentazione consultata, risulta che la realtà virtuale, a differenza di altre semplici forme di distrazione (esempio il video gioco interattivo e la visione di films), determina un maggior coinvolgimento della persona; inoltre, la riduzione del campo visivo (determinata dall'uso di cuffie e visore) associato alle procedure dolorose, specialmente nei bambini, non sviluppa la condizione d'ansia, spesso correlata (Hoffman e Patterson 2005).

La chiave nel successo del trattamento è la valutazione continua e accurata del dolore della persona ed è in questa occasione che emerge il ruolo dell'infermiere che monitorizza il dolore e lo valuta (Montgomery, 2004). Infatti l'infermiere è la figura del team che più a lungo è a contatto con la persona e i familiari, svolgendo un ruolo importante nell'approccio psicologico, agendo in modo empatico nell'esperienza di angoscia e sofferenza e influenzando positivamente sul decorso della malattia.

Svolgere la propria attività assistenziale attenendosi alle migliori prove di efficacia disponibili è per l'infermiere indice di professionalità; ricevere la migliore assistenza è un diritto di ogni cittadino, come sancito sia dal Profilo Professionale, sia dal Codice deontologico dell'infermiere. Inoltre, l'infermiere, tra i suoi doveri morali e professionali, deve garantire il benessere generale della persona e deve contribuire al controllo del dolore sia con tecniche farmacologiche, in collaborazione con il medico, sia con tecniche non farmacologiche in maniera autonoma (Miller et al., 1992).

BIBLIOGRAFIA

1. Ashburn M.A. (1995) Burn pain: the management of procedure-related pain. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 16(3 Pt 2):365-371.
2. Byers J.F., Bridges S., Kijek J., LaBorde P. (2001) Burn patients' pain and anxiety experiences. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 22(2):144-149.
3. Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. Seconda edizione. Milano: Mas-son
4. Chan E.A., Chung J.W.Y., Wong T.K.S., Lien A.S.Y., Yang J.Y. (2007) Application of a virtual reality prototype for pain relief of pediatric burn in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4):786-793.
5. Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Il Codice Deontologico degli Infermieri (1999) [on line]. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/professione/content.asp?ID=19> [consultato il 22/06/2007].
6. Consiglio Internazionale delle Infermiere, I.C.N. (2005) Codice Deontologico delle Infermiere. *Professioni Infermieristiche*, 59(3):157-164.
7. Das D.A., Grimmer K.A., Sparnon A.L., McRae S.E., Thomas B.H. (2005) The efficacy of playing a virtual reality game in modulating pain for children with acute burn injuries: A randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, 5:1



8. Echevarria-Guanilo M.E., Rossi L.A., Dantas R.A., Dos Santos C.B. (2006) Cross-cultural adaptation of the burn specific pain anxiety scale—BSPAS to be used with Brazilian burned patients. *Re-vista Latino-Americana de Enfermagem* 14(4):526-533.
9. Fain J.A. (2004). *La ricerca infermieristica*. Seconda edizione. Milano: McGraw-Hill.
10. Gallagher G., Rae C.P., Kinsella J. (2000) Treatment of pain in severe burns. *American Journal of Clinical Dermatology*, 1(6):329-335.
11. Geisser M.E., Bingham H.G., Robinson M.E. (1995) Pain and anxiety during burn dressing changes: concordance between patients' and nurses' rating and relation to medication administration and patient variables. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 16(2 Pt 1): 165-171.
12. Hoffman H.G., Doctor J.N., Patterson D.R., Gretchen J., Carrougher G.J., Furness T.A., III (2000) Virtual reality as an adjunctive pain control during burn wound care in adolescent patients. *Pain*, 85(1): 305-309.
13. Hoffman H.G., Patterson D.R., Carrougher G.J., Sharar S.R. (2001) Effectiveness of virtual reality-based pain control with multiple treatments. *The Clinical Journal of Pain*, 17(3):229-235.
14. Hoffman H.G. (2004) Virtual-reality therapy. *Scientific American*, 291(2):58-65.
15. Hoffman H.G., Patterson D.R., Magula J., Carrougher G.J., Zeltzer K., Dagadakis S., Sharar S.R. (2004a) Water-friendly virtual reality pain control during wound care. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2):189-195.
16. Hoffman H.G., Sharar S.R., Coda B., Everett J.J., Ciol M., Richards T., Patterson D.R. (2004b) Manipulating presence influences the magnitude of virtual reality analgesia. *Pain*, 111 (1-2):162-168.
17. Hoffman H.G., Patterson D.R. (2005) Virtual reality pain distraction. *American Pain Society Bulletin*, 15(2)
18. Hoffman H.G., Seibel E.J., Richards T.L., Furness T.A. III, Patterson D.R., Sharar S.R. (2006) Virtual reality helmet display quality influences the magnitude of virtual reality analgesia. *The Journal of Pain*, 7(11):843-850.
19. Miller A.C., Hickman L.C., Lemasters G.K. (1992) A distraction technique for control of burn pain. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*; 13(5):576-80
20. Montgomery R.K. (2004) Pain management in burn injury. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 16(1):39-49.
21. Patterson D.R., Hoffman H.G., Palacios A.G., Jensen M.J. (2006) Analgesic effects of posthypnotic suggestions and virtual reality distraction on thermal pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4):834-841.
22. Smeltzer S.C., Bare B.G. (2005). *Nursing Medico-Chirurgico*. Seconda edizione-volume 2. Milano: Casa Editrice Ambrosiana
23. Wikipedia, *L'Enciclopedia libera* (2007). *Realtà virtuale* [on line]. Disponibile da: <http://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Speciale:Cite&page=Realtà%20virtuale&id=9473431> [consultato il 23 giugno 2007].

* Infermiera U.O. Ortopedia – A.O. S. Anna di Como Presidio di Cantù

Le pagelle all'ECM: infermieri entusiasti, medici freddi.

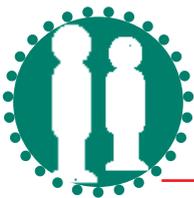
Una ricerca dell'Agenzia Sanitaria dell'Emilia Romagna su incarico del Ministero della Salute ha raccolto le opinioni dei destinatari della formazione continua.

Non è di sicuro un "corsificio che distribuisce bollini" come nel più comune degli stereotipi. Ma l'ECM, che per oltre la metà del personale del Ssn si è dimostrata una vera opportunità formativa – più per gli infermieri che per i medici non troppo soddisfatti – va rivista soprattutto per un aspetto a dir poco cruciale: il suo scarso o limitato impatto che ha avuto finora sull'organizzazione del lavoro nella struttura in cui, finito il corso, si torna a indossare il camice bianco.

Per il resto l'educazione continua in medicina incassa una promozione, anche se un po' stentata, sulla capacità di soddisfare la necessità di aggiornamento e su quella di migliorare le competenze. Mentre tra le cosiddette "modalità formative" la Fad – la formazione a distanza – attira critiche e scetticismo (soprattutto tra i medici).

(fonte Il SOLE24SANITÀ, 23-29 SETTEMBRE 2008)





Non solo professionisti...

La necessità di autoformazione nella professione infermieristica

A cura di Pierluigia Verga*

“Autoformarsi è partecipare attivamente, consapevolmente, progettualmente alla costruzione di sé con contributi scelti, dosati, cambiati a seconda di obiettivi e necessità; ed assistere, talvolta impotenti, alle trasformazioni interne ed esterne che calendari, fasi e percorsi di vita arrecano inesorabilmente. Ma rispetto alle quali il primo movimento, quasi sino alla fine e nei momenti di epilogo dell'esistenza individuale, può fare ancora qualcosa purché la mente sia stata abituata ad avvalersi della risorsa cruciale per qualsivoglia declinazione autoformativa: appunto del pensiero. E, in particolare, di quello autoriflessivo e introspettivo”.

Con questa definizione di autoformazione voglio proporre una riflessione sulla formazione intesa come impegno di crescita contemporaneo alla vita stessa, ove il “dare forma” del professionista non sia legato esclusivamente alla dimensione lavorativa.

Il filone di studi sull'autoformazione nasce e si sviluppa nella seconda metà del secolo scorso in Canada e negli USA, nell'ambito della psicologia del lavoro. Autori come J. Mezirow², A. Moisan³, G.

Pineau⁴, aprono a un nuovo modo di intendere la formazione professionale e in Italia, alcuni studiosi contemporanei - D. Demetrio⁵ e G.P. Quaglino⁶ in prima linea - si innestano nello stesso indirizzo concettuale, sottolineando il valore dell'apprendimento riflessivo.

Di seguito riporto alcuni estratti di uno scritto⁷ che considera possibilità e limiti dell'attuale formazione infermieristica e che tratteggia alcune ipotesi evolutive verso l'autoformazione. Essi vanno letti alla luce di una presupposto: non è possibile immaginare un profilo professionale senza che ad esso si affianchi un profilo di competenze sul quale progettare qualsivoglia itinerario formativo, autoformativo, di base o postbase.

Le righe che seguiranno vogliono dare un contributo in questo senso.

L'INFERMIERE: DAL PROFILO PROFESSIONALE A UN PROFILO DI COMPETENZE

[...] Il percorso di professionalizzazione infermieristico ha avuto due importanti tappe nell'abrogazione del mansionario e nell'approvazione del profilo professionale dell'infermiere (D.M. 739/94).

¹ Demetrio, D. (1999), “Tra Arte ed esistenza”. In *Adulità*, n. 10.

² Mezirow, J. (1999), “Transformation Theory. Postmodern Issue”. In 40th Adult Education Research Conference, <http://www.edst.educ.ubc.ca/aerc/1999/99mezirow.htm>; Mezirow, J. (2003), *Apprendimento e trasformazione*, Raffaello Cortina, Milano.

³ Moisan, A. (1992), “Autoformation et situations de travail”. In *Education Permanente*.

⁴ Pineau, G. (1978), “Les possibles de l'autoformation”. In *Education permanente*, 44, pp. 15-30; Pineau, G. (1985), *L'autoformation dans le cours de la vie: entre l'hétérot et l'écoformation*. In *Education permanente*, 78/79, pp. 25-39.

⁵ Demetrio, D. (2000), *L'educazione interiore. Introduzione alla pedagogia introspettiva*, La Nuova Italia, Firenze; Demetrio, D. (2002), “Autoformazione: le cifre, le pratiche”. In *FOR*, n. 53, pp. 18-26.

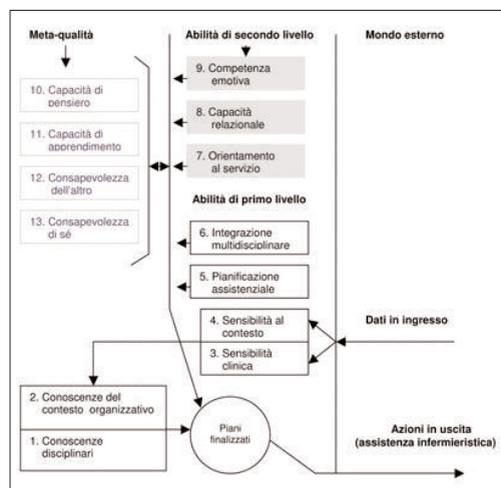
⁶ Quaglino, G.P. (2002), “Verso l'autoformazione”. In *FOR* n. 53, pp. 9-17; Quaglino, G. P. (2004), *Autoformazione*, Raffaello Cortina, Milano.

⁷ Verga P. (2005) “La nuova formazione infermieristica: attualità e possibili evoluzioni verso l'autoformazione”, Università degli studi di Torino, 11.11.2005.



[...] È però importante precisare fin da subito che la presenza di un profilo professionale non è sufficiente per definire le capacità sottostanti a quel fare descritto nel dettato legislativo che implicitamente le prevede. Tanto meno lo sono il Codice Deontologico e qualsiasi modello concettuale professionale di natura descrittiva quale quello delle prestazioni infermieristiche⁸ così diffuso nei programmi d'esame dei corsi universitari. Infatti, per quanto i suddetti riferimenti siano importanti al fine di dare all'infermiere una carta d'identità più che autorevole nel panorama italiano delle professioni, altro è pervenire all'identificazione di quelle capacità che garantiscano su quanto affermato come sostenibile, e che nel contempo possano intendersi come traguardi educativi nel percorso di formazione professionale. [...] Allora diventa sempre più importante ragionare per la professione infermieristica su ciò che l'agire e l'essere (quest'ultimo tradizionalmente inteso come insieme di comportamenti e atteggiamenti riscontrabili e quindi verificabili) implicino sul piano delle competenze sottostanti. Fra queste, naturalmente quelle che maggiormente interessano la sottoscritta sono le qualità di un pensiero sovrordinato, capace di monitorare e automonitorarsi, cioè di essere oggetto a se stesso. Spostare inoltre l'accento sulle "precondizioni" interne al soggetto della formazione, ovvia all'idea di incasellare in un dettato rigido una figura professionale che del proprio sé deve fare un "uso" il più possibile pieno ed equilibrato. Misconoscere questa dimensione di sviluppo per l'infermiere, significherebbe incorrere negli errori formativi di cui anche altri professionisti della sanità sono portatori, allorché smentiscono il valore di conoscenze e abilità operative - di per se stesse acquisite ai più alti livelli - facendone un uso improprio. L'incontro con il modello delle capacità manageriali di Burgoyne e Stuart (1978) citato da Quagliano (1985)⁹ sia in relazione all'opportunità di stabilire traguardi educativi organici e differenziati, sia rispetto alle capacità richieste al formatore, offre la possibilità di precisare una prima tappa nell'itinerario riflessivo sopra descritto e pur non poten-

do paragonare quanto tratteggiato in tema di formazione infermieristica a ciò che da altri - a proposito di teoria degli obiettivi e di expertises richieste al formatore - è stato situato a ad altri livelli, si vorrebbe qui riproporre il modello in parola per esplicitare la natura delle competenze concepibili per l'infermiere. Esso ha il pregio di valorizzare l'articolazione del mondo interno del professionista e di offrire una gerarchia di capacità interrelate, dalle quali dipendono le azioni assistenziali messe in campo.



L'infermiere agisce nel proprio contesto lavorativo rilevando i bisogni di assistenza infermieristica che è chiamato a soddisfare. L'idoneità dei piani assistenziali attuati dipende dalle conoscenze disciplinari possedute (casella 1) e da quelle del contesto organizzativo in cui ci si trova ad operare (casella 2). Il contenuto di queste due caselle propone quindi l'insieme degli ingredienti base per poter pensare a qualsivoglia azione assistenziale orientata alla soddisfazione di un bisogno. Le conoscenze di cui sopra vengono utilizzate in modo proficuo allorché subiscono una modulazione continua: essa dipende dai dati in ingresso, a loro volta ottenibili sia grazie a una sensibilità clinica diretta a percepire situazioni di necessità dell'utente (casella 3), sia alla capacità di cogliere elementi di contesto che condizionano lo stato di

⁸ Cantarelli, M. (1997), Il modello delle prestazioni infermieristiche, Masson, Milano.

⁹ Quagliano, G. P. (1985), Fare formazione, Il Mulino, Bologna.



bisogno rilevato e incidono sulla stessa possibilità di risolverlo (casella 4). L'assenza di questi tipi di abilità può rendere inutilizzabili anche le conoscenze più evolute delle prime due caselle, perché non vivificate da adeguamenti e personalizzazioni continue.

Le prime abilità strettamente operative identificabili nella professione infermieristica riguardano invece due altre capacità, che per la loro essenzialità possono essere definite "di primo livello": quella di progettare step by step l'assistenza (casella 5), e quella di rendere congrua e fruttuosa tale progettazione, anche tramite una costante verifica multidisciplinare (casella 6). Entrambe queste competenze prevedono delle abilità definibili di "secondo livello", forse meno tecniche ma più elevate, perché il loro esserci consente sia la pianificazione assistenziale, sia l'integrazione multidisciplinare.

Si tratta infatti di:

- impegno e orientamento al servizio: una prestazione professionale orientata al benessere dell'uomo si qualifica, se è realmente al servizio dei suoi bisogni e se in funzione di questi ultimi vengono subordinate le scelte assistenziali effettuabili, da condividere - quando possibile - con colui che ne sarà il destinatario (casella 7);
- capacità relazionali, nei confronti dell'utenza e del team di lavoro (casella 8): consentono la continua rimodulazione della pianificazione assistenziale e rendono accessibile a tutti (pazienti in primis) le ragioni che la spiegano e la giustificano;
- competenza emotiva (casella 9), sia quando l'incontro con la sofferenza altrui provoca risonanze dolorose, sia quando lavorare con gli altri genera condizioni di stress e tensione psicologica.

Ma è l'insieme di ulteriori competenze, le meta-qualità, sovraordinate alle conoscenze e alle abilità di primo e secondo livello, che rimanda alla possibilità dell'infermiere di aprire nuove chances

professionali, e di monitorare il proprio lavoro e il proprio sé. Per "capacità di pensiero" (casella 10), si intende l'attitudine a cogliere (sia attraverso percorsi razionali che intuitivi) elementi cruciali di alcune situazioni complesse, che richiedono decisioni veloci e autonome, pena il verificarsi di gravi danni per il paziente. Per "capacità di apprendimento" (casella 11) ci si riferisce invece a quanto Fontana (1999) afferma delle persone capaci:

"[...] sono quelle che sanno come conoscere, come vengono costruite le proprie capacità. Che sono in grado di sapere come opera la propria cognizione mentale ed emotiva nel momento in cui agiscono. Che sanno, in definitiva, autoapprendere e autoformarsi"¹⁰.

Oltre la consapevolezza dell'altro (casella 12) inteso come destinatario di ogni azione infermieristica e interlocutore privilegiato per misurare l'adeguatezza di ogni attività che voglia definirsi assistenziale, è la consapevolezza di sé (casella 13) che completa il quadro delle metacompetenze e le riassume: essa può essere descritta come la capacità di conoscersi e comprendersi, nelle proprie possibilità e movenze lavorative e nei substrati psicologici dei vissuti personali, presupposti e connettivo di ogni esperienza professionale. Ad avviso di chi scrive, è soprattutto nell'ambito di questa ultima qualità, che fa sintesi e supporto delle altre tre che la precedono, che si situa la possibilità di ogni infermiere di intraprendere iniziative di autoformazione. Trattasi naturalmente di un apprendimento impegnativo e affascinante: esso riguarda la riflessione su di sé e la frequentazione forse di nuovi ambiti del conoscere, sia in riferimento ai modi in cui si esplora, sia in relazione a cosa eventualmente si scopre.

AUTOFORMAZIONE E SVILUPPO DEL SÉ NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

L'autoformazione a cui ci si vuole riferire sottolinea il valore dell'apprendimento riflessivo (Mezirow, 2003)¹¹, tramite il quale è possibile allenare la capacità di pensiero (casella 10), modificare i propri modi di apprendere (casella 11) ed essere consapevoli di se stessi (casella 13) e degli altri (casella 12).

¹⁰ Fontana, A. (1999), "Educarsi senza maestri?". In *Adulità*, n. 53.

¹¹ Mezirow, J. (2003), *Apprendimento e trasformazione*, Raffaello Cortina, Milano.



Tralasciando di considerare la valenza autoformativa dell'apprendimento strumentale¹² (anche per il suo uso ipertrofico nella professione infermieristica) è possibile affermare che la provocazione autoformativa per gli infermieri riguarda le qualità dell' "uomo incompiuto dei tempi moderni" (Dumazedier 1985)¹³, stimolato a volte da tale incompletezza allo "sviluppo di pensosità" (Demetrio, 1999) non solo per ciò che concerne le dimensioni professionali, ma anche per quanto riguarda la vita stessa.

L'infermiere, per anni ha messo il proprio pensiero al servizio della definizione del ruolo, forse preoccupato di acquisire un posto al sole nel mondo della sanità e nel panorama professionale italiano.

Più precisamente:

- il timore di rimanere ancorati a un lavoro interpretato alla luce delle sue componenti ancillari e valorizzato quasi esclusivamente per la spinta vocazionale che forse conteneva, ha infatti impegnato gli infermieri nel processo di professionalizzazione di cui sopra;
- l'ampliamento delle possibilità d'azione e il contemporaneo aumentare dei contenuti disciplinari - legati allo sviluppo dell'infermieristica e della medicina - ha confermato i motivi per sostenere un'identità professionale caratterizzata da piena autonomia e responsabilità;
- ragioni più che condivisibili, affinenti all'autodeterminazione delle scelte e dei comportamenti assistenziali, sono state spesso utilizzate come cavalli di battaglia in campagne indipendentiste, tese a eliminare l'immagine dell'infermiere-esecutore di strategie decise da altri.

È possibile ora dire che il valore di un dibattito spostato sul fronte esterno sia stato innegabile perché tatticamente importante dal punto di vista "politico", ma di contro ci si accorge ancora oggi che una certa genericità ha caratterizzato la riflessione professionale a proposito dei requisiti indispensabili per crescere nell'autonomia e nella responsabilità tanto auspicate. Essere in grado di dare assistenza infermieristica in modo autode-

terminato non comporta esclusivamente la padronanza di conoscenze/abilità, ma prevede l'affinamento di qualità riflessive che molto riguardano l'uomo e meno il professionista: non è sufficiente, cioè, presidiare le componenti "fredde" del lavoro infermieristico perché nel suo dirigersi verso l'aiuto dell'altro, esso si inserisce in registri più "caldi", quelli delle emozioni, dei sentimenti e dei valori. Le zone grigie e indistinte tipiche di ogni esercizio professionale destinato all'uomo e alla sua vulnerabilità, fanno sì che a volte anche l'apparente appropriatezza tecnica venga meno, proprio perché staccata da una riflessione che la giustifichi e la sostenga. È cioè attraverso la frequentazione di un pensiero consapevole anche del proprio limite, degli scacchi e dei dilemmi in cui incorre, che è possibile crescere realmente nella autonomia professionale, ad avviso di chi scrive non sempre costruita nei fatti oltre che nelle parole.

Quindi, proprio il raggiungimento di tappe di rilievo nella storia dell'assistenza infermieristica e il venir meno delle contese esterne, ha fatto emergere la forte ambivalenza presente ancora negli infermieri in relazione al concetto di responsabilità. Accanto a genuine introspezioni che sfociano dapprima in situazioni di disagio e poi nel desiderio di appropriarsi della realtà del lavoro e di se stessi, esistono ancora forti resistenze nell'assumere il rischio che un esercizio assistenziale integrale sempre comporta. Le fughe psicologiche, attuate davanti a eventi umani destabilizzanti e interpretate nei modi più diversi, rimandano probabilmente a difficoltà ulteriori, forse quelle connesse alla fatica del diventare professionisti completi ed esseri umani adulti individuati.

Il nascondimento autorizzato dai regimi burocratici delle organizzazioni sanitarie, dai dettati legislativi, da quanto previsto dai protocolli operativi è facilmente accessibile a tutti coloro che in esso sono spinti dal bisogno di mimetizzarsi, e non c'è alcuna evenienza sul campo che in strutture così attrezzate possa fare breccia. È il fare, organizzato in procedure routinarie e parcellizzate, che sostiene l'unica autonomia possibile, quella esecutiva, a dimostrazione che quanto con tanta

¹² Secondo Mezirow l'apprendimento strumentale è focalizzato alla soluzione dei problemi e al controllo del contesto.

¹³ Dumazedier, J. (1985), "Formation permanente et autoformation". In *Education Permanente*, 78-79, pp. 9-24.



enfasi è stato cacciato dalla porta può rientrare dalla finestra! Insomma, l'esigenza di muoversi in campi ben codificati e chiari, in cui ci si aggrappa a spazi d'azione protetti e alla sicurezza derivante da tutto ciò che è prescritto, annulla di fatto la disponibilità a fare di un'esperienza professionale in sé stessa ricchissima di stimoli, motivo di creatività e di sviluppo del sé.

POSSIBILI OSTACOLI ALLO SVILUPPO DEL SÉ IN PARTICOLARI AMBITI (INTENSIVI) DI LAVORO INFERMIERISTICO

Analoghi meccanismi difensivi - aventi però ragioni assai diverse - si ritrovano nelle realtà di lavoro ove la percezione dell'incertezza e del limite è esperienza quotidiana. L'approccio alle loro forme più estreme, quelle della sofferenza, della morte e soprattutto del loro "esserci ontologico", può comprendere solo una lotta esterna contro il dolore - tramite il pensare e l'agire tecnico - oppure accompagnarsi anche a una rielaborazione interiore, che prevede talvolta di sostare nel non-senso, e che può altresì aprire a domande e ricerche di significato. Nei servizi di primo soccorso ospedaliero/territoriale, nelle unità di terapia intensiva e nei blocchi operatori, la scelta più facilmente percorribile sembra essere la prima, innanzitutto perché imposta dalle necessità urgenti dei pazienti, e in secondo luogo poiché non sempre esiste la disponibilità interiore a soffermarsi nelle paure che le situazioni estreme scatenano.

Nulla di strano fin qui, se non fosse per il fatto che in questi contesti, così pieni di accadimenti clinici e assistenziali, stili professionali intensivi possono paradossalmente impoverire la consuetudine a prendersi cura dell'uomo, in quanto prioritario è occuparsi del suo corpo e della sua malattia. Non deve stupire quindi la possibile rigidità comunicativa degli infermieri di tali realtà operative: essi tendono ad adeguarsi alla oggettiva limitazione relazionale derivante dalla criticità dei pazienti che assistono. Da qui sembra provenire la riluttanza nei confronti di una riflessione di livello più elevato, pur in presenza di un agire tecnico com-

plesso e raffinato.

Senza voler generalizzare, è possibile quindi identificare nelle seguenti caratteristiche di lavoro alcune peculiarità a cui prima si faceva cenno:

- l'utilizzo massiccio dei supporti tecnologici può usurpare stabilmente lo spazio di azioni assistenziali più personalizzate;
- alla relazione con il paziente - già ridotta perché spesso incosciente - ci si può via via disabitare;
- la verifica del proprio lavoro risulta pervasa da consuetudini soprattutto autoreferenziali, perché priva dei preziosi riscontri che in corso d'opera i malati sanno dare, e perché attuata per la maggiore attraverso esclusivi parametri clinici;
- anche la comunicazione del personale sanitario con l'entourage familiare del paziente finisce per impiegare in modo stabile codici altrettanto spersonalizzati, forse ad allontanare le risonanze interne di preoccupazioni e angosce avvertite negli interlocutori.

In sintesi, vicino a un massiccio controllo operativo tradotto in regolazioni strumentali, protocolli, linee guida e "raccomandazioni", vi è la blindatura di alcune fra le componenti più significative dell'assistenza infermieristica: quelle che sfuggono ad ogni prescrizione, perché situate nei territori umani meno prevedibili e in cui orientarsi significa tracciare percorsi talvolta inediti e poco lineari.

L'INFERMIERE E L'AUTOFORMAZIONE

Scrive Moisan (1992, pg. 112)¹⁴ che il tipo di organizzazione favorente processi autoformativi è quella che prevede il "rumore"¹⁵ come elemento oscuro e incompreso, l'avvenimento che risulta incomprensibile a partire dagli schemi di pensiero acquisito. L'esistenza di situazioni dove le finalità sono sfumate, complesse, ambigue e prive di feed-back, andrebbe proprio a costituire il tempo privilegiato dell'autoformazione, perché essa stimolerebbe quel pensiero che deve cercare, acquisire, interrogarsi, ritornare su se stesso.

¹⁴ Moisan, A. (1992), "Autoformation et situations de travail". In Education Permanente, 112, pp. 107-113.

¹⁵ Il "rumore" di Moisan è ciò che di primo acchito non capiamo, non riusciamo a inquadrare, definire, e quindi nemmeno a comprendere.



Anche per gli infermieri si ritiene essere questa la vera opportunità di sviluppo, che riparte dalla capacità di tollerare l'indefinitezza (e anche il fastidio) del "rumore", e che trova nelle esperienze di un lavoro psicologicamente impegnativo occasione non solo per la formazione che Demetrio (2002) chiama "esistenziale", "cioè che si compie a prescindere dalla nostra consapevolezza", perché "esistenzialmente prendiamo forma, anzi più forme nel corso della vita sino alla drammatica dissoluzione e dissolvenza di ogni forma"¹⁶, ma soprattutto per ciò che egli definisce autoformazione, "che attiene alla capacità di domandarci senza interruzione quale essa forma sia, sia stata, potrebbe essere ancora". (Ibidem, pg. 22) L'incontro con tutto ciò che è umano, più che sortire in riduttivismi certo difensivi ma anche depauperanti, può allora dare

luogo a percorsi introspettivi in cui sia l'allargamento della comprensione di sé a consentire anche più ampie conoscenze degli altri, del proprio lavoro e del proprio contesto organizzativo.

Indubbiamente, per riprendere le parole di Moisan, tutto ciò comporta innanzitutto un "ritorno problematico", cioè critico, a impostazioni date per acquisite - come i primati del conoscere, del fare e del dover essere a garanzia del concetto di professionalità - e il chiarimento poi della loro insufficienza, qualora manchi la consapevolezza di un sé antecedente all'uso che di essi si può opportunamente fare.

N.B. Mi piacerebbe poter aprire una "discussione" su questo tema a me molto caro. Chi volesse approfondimenti, oppure fare annotazioni, esprimere critiche, porre interrogativi, può

¹⁶ Demetrio D. (2002), "Autoformazione: le cifre, le pratiche". In FOR, n. 53, pp. 18-26.

* Psicologa

Agorà
Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

Direttore Responsabile: Stefano Citterio

Comitato di Redazione: Citterio Stefano, Valeria Emilia Belluschi, Paola Pozzi

Segreteria di Redazione: Daniela Sereni, Daniela Zanini

Sede, Redazione, Amministrazione: Collegio IPASVI - Viale C. Battisti, 8 - 22100 Como

Proprietario: Collegio IPASVI - Como

Impaginazione e stampa: Elpo Edizioni - Como
 www.elpoedizioni.com

Foto di copertina: Paesaggio autunnale del lago di Como
 Gianni Rizza

Trimestrale Informativo del Collegio IPASVI di Como -
 Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como con
 decreto 1/98 del 09/02/1998

**Per contattarci: tel. 031/300218 - fax 031/262538
 e-mail: info@ipasvicom.it**

INFORMAZIONI SULLE NORME EDITORIALI

"Agorà" Trimestrale informativo del Collegio IPASVI di Como, pubblica contributi inediti (ricerche, esperienze, indagini, approfondimenti, comunicazioni, informative professionali...) nel campo delle scienze infermieristiche generali e cliniche.

Il testo dei contributi deve essere dattiloscritto, possibilmente su file (formato Word) ed accompagnato da un breve riassunto (max 200 parole). Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità e vanno numerate progressivamente e/o accompagnate da didascalie. Vanno indicati con chiarezza, il nome, cognome, qualifica e l'indirizzo di riferimento dell'/degli autore/i. Le note bibliografiche devono essere essenziali e limitate agli autori citati nel testo. Ogni articolo è sotto la diretta responsabilità dell'autore/i ed è sottoposto all'insindacabile giudizio del Comitato di Redazione.

Se lo riterrà opportuno, il Comitato di Redazione proporrà delle modifiche che devono essere accettate dall'autore/i.

La pubblicazione dei contributi non prevede nessun costo per gli autori e parallelamente nessun compenso.

Gli articoli o contributi devono pervenire alla sede del Collegio IPASVI Como, viale C. Battisti, 8 su dischetto in formato Word, oppure via e-mail all'indirizzo info@ipasvicom.it.

Il Comitato di Redazione ringrazia fin da ora chiunque vorrà contribuire alla continuità ed allo sviluppo della rivista.





Infermieristica e Cure complementari

Auricoloterapia

A cura di *Valentina Iacchia**

L'**auricoloterapia** nasce in Francia nel 1950 ad opera di un medico di base di Lione, **Poul Nogier**, il quale aveva osservato che diversi suoi pazienti provenienti dalla Corsica avevano delle cauterizzazioni a livello del padiglione auricolare. Dalla storia clinica di questi pazienti emergeva che dette cauterizzazioni venivano fatte in Corsica da abili maniscalchi per curare dolori sciatalgici. Nogier incuriosito da questa constatazione indagò nella storia

della medicina se vi fosse mai stato qualcuno che avesse utilizzato l'orecchio a fini terapeutici. In effetti trovò innumerevoli testimonianze di queste pratiche da Ippocrate fino ai giorni nostri, scoprì perfino che nella cultura antica Cinese ed Egizia si conoscevano dei punti corrispondenti sulle orecchie (per esempio le donne egizie si pungevano l'orecchio in un punto determinato per limitare le loro grossezze), fu allora che si mise al lavoro per sperimentare i vari punti dell'orecchio e scoprì che in esso sono contenute le rappresentazioni delle innervazioni dei vari organi ed apparati in modo tale da creare sul padiglione auricolare l'immagine di un feto rovesciato.

La prima pubblicazione di Nogier sull'Auricoloterapia risale al 1956. Solo dopo tale data questa tecnica diagnostica e terapeutica si è diffusa nel mondo. La stessa Cina ha iniziato gli studi sull'auricoloterapia dopo tale data. Solo nel 1980 viene pubblicato sull'autorevole rivista *Pain*(rivista,) il primo lavoro scientifico sull'auricoloterapia. Nel 1987 a Seoul e nel 1991 a Lione l'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità) riconosce e standardizza i punti di agopuntura auricolare. Essa è la diagnosi e la cura attraverso i punti riflessi dei vari organi, nell'orecchio.

I punti auricolari hanno la caratteristica di essere percepibili solo quando sono la proiezione di uno

stato patologico, essendone la proiezione a distanza, e possono essere evidenziati con la pressione diretta che provoca in tale sede un dolore elettivo.

I punti che vengono stimolati sono in genere quelli che corrispondono allo stato patologico in atto. Ad esempio, per un dolore alla spalla si stimolerà il punto auricolare della spalla, situato nella doccia dell'antelice. Si possono fare anche associazioni di più punti se sono in stretto rapporto con la patologia.

QUANDO È POSSIBILE RIVOLGERCI ALLA AURICOLOTERAPIA?

Le indicazioni sono numerose, in certi casi l'auricoloterapia può essere risolutiva, mentre in altri può solo ridurre la sintomatologia.

Di seguito elenco alcuni dei possibili problemi trattabili con l'auricoloterapia:

Dolori osteoarticolari:

- dolori reumatici o nevralgici, traumatici o degenerativi, acuti o cronici;
- artrosi a differenti livelli (cervicale, dorsale, lombare, anca, arti inferiori e superiori);
- alcuni tipi di tendinite (spalla, gomito, Achille) e dolori legamentari (caviglia, ginocchio);
- sciatica, nevralgia cervicobrachiale, cefalea non emicranica, certe forme herpes zoster.

Disturbi connessi allo stress:

- gastroduodenite;
- ipertensione lieve;
- astinenza da tabacco;
- disturbi psicosomatici;
- ansia;
- stanchezza cronica;
- lievi stati depressivi;



- disturbi del sonno;
- disturbi connessi con l'allergia;
- malattie dermatologiche su base psicosomatica.

Disturbi in età pediatrica:

- lievi stati ansiosi/tic/balbuie;
- coliche addominali;
- disturbi del sonno.

30

CARATTERISTICHE E VANTAGGI DELL'AURICOLO TERAPIA:

È una fra le tecniche diagnostiche e terapeutiche più economiche che possiamo trovare ed è di facile apprendimento ed uso per tutti e per tutte le età. Come abbiamo visto, la si può applicare ad una vasta gamma di malattie; si ottengono risultati rapidi ed efficaci, anche se la malattia è cronica e contratta da lunga data.

L'Auricolo terapia è fra le tecniche riflessogene quella che consente una più immediata risposta agli stimoli, da parte del sofferente, infatti essa è di notevole ausilio in tutte le situazioni di emergenza; questa tecnica come la Riflessologia plantare o quella sulle mani o sulla colonna vertebrale, ha una scarsità od assenza di effetti collaterali, a parte la sensazione avvertita quando si conficcano gli aghi o si premono i semi di Vaccaria. L'uso di questi semi, consiste nel posizionarli nell'orecchio esterno con l'ausilio di cerottini, ove sono concentrati i punti dell'agopuntura.

È anche possibile non far uso degli appositi aghi o semi utilizzando un fiammifero di legno per esercitare la pressione sul punto sensibile, se non si devono trattare problemi importanti.

In certi casi se il paziente è troppo occupato, si possono lasciare in sede i semi di Vaccaria mentre egli svolge le sue attività lavorative.

Si è anche riscontrato che questa tecnica ha una funzione preventiva per molte malattie.

È molto diffusa ed utilizzata per anestetizzare pazienti che debbono affrontare piccoli interventi tipo: estrazione di denti, trattamento di distorsioni, interventi nel naso, nella gola, negli occhi ecc.

La possibilità di intervenire senza usare anestetici chimici è di grande importanza per l'assenza di intossicazioni che il prodotto farmacologico sempre immette nel corpo umano e che sono anche di difficile eliminazione, si parla di anni per eliminare in parte il prodotto anestetico chimico iniettato.

Questa tecnica non deve essere impiegata nei primi 6 mesi della gravidanza e nelle donne predisposte all'aborto; mentre sono molto utili per favorire la fecondazione o per indurre il travaglio di parto. È controindicato il loro utilizzo se il padiglione dell'orecchio presenta geloni o processi infiammatori.

Da questi dati è facile rilevare che la stupida abitudine di bucare i lobi degli orecchi per appendervi dei ninnoli, orecchini ecc., dovrebbe essere immediatamente evitata, in quanto l'area interessata viene ad essere investita da continue sollecitazioni di metalli od altro e pertanto la parte del corpo corrispondente è sicuramente e continuamente alterata nelle sue funzioni.

Nell'ambito della sperimentazione di queste tecniche, è interessante riportare un'esperienza di una paziente dell'Emilia Romagna affetta da grave odontopatia che necessitava l'asportazione di un dente molare della mascella. La paziente purtroppo non poteva essere sottoposta a normale anestesia a causa di gravi allergie agli anestetici, tanto che in passato era stata costretta all'avulsione di un altro dente senza nessun supporto terapeutico. La paziente, che è un'infermiera di 60 anni in pensione, decise di sottoporsi all'estrazione del dente molare solo con l'ausilio dell'analgesia stimolata dall'auricoloterapia. Questo è ciò che raccontano gli operatori che l'hanno assistita: "Abbiamo quindi sottoposto la paziente a trattamento di agopuntura auricolare finché non si è completamente rilassata; quando la paziente è stata considerata pronta il dottor..... ha provveduto all'asportazione di un vecchio ponte e finalmente all'asportazione del dente malato. La paziente è sempre rimasta sedata e in analgesia durante la preparazione del dente e ha riferito dolore, anche se notevolmente ridotto in intensità, solo durante l'avulsione vera e propria, cosa che comunque avviene come molti purtroppo fanno, nonostante anestesia locale farmacologica. Alla fine dell'intervento la paziente rimane rilassata e viene mantenuta sotto trattamento ancora per circa 15 minuti per il superamento del trauma. La signora dopo il trattamento è molto soddisfatta e tornerà prossimamente per sottoporsi all'avulsione di altri denti malati".

Questo tipo di analgesia per l'estrazione dentaria non è ovviamente confortevole come il trattamen-



to anestetico farmacologico usuale, tuttavia può permettere in casi particolari e selezionati, quando si renda necessario e ovviamente se i pazienti sono sensibili all'agopuntura auricolare, di eseguire terapie anche molto cruento riducendo notevolmente lo stress doloroso e psichico del paziente.

Dal punto di vista assistenziale, l'auricoloterapia può essere utilizzata anche nel trattamento delle alterazioni psichiche secondarie alla malattia neoplastica che tanto incidono sulla sua qualità di vita, oltre naturalmente alla malattia di base. Migliorare lo stato psichico del paziente oncologico, può aiutare ad affrontare meglio la sua malattia, in una delle problematiche più difficili da trattare. Sul piano psicologico la stimolazione di alcuni punti dell'orecchio destro chiamati punti omega per esempio, permette di ridurre lo stato ansioso che accompagna la malattia neoplastica con effetti prolungati nel tempo.

Ridurre lo stato ansioso però non significa solo dare sollievo al paziente da un punto di vista psicologico rendendolo più tranquillo, ma permette di assumere con minor frequenza e dosaggi inferiori i farmaci antidolorifici, avere una maggiore aderenza ai protocolli terapeutici, mangiare di più, riuscire a dominare meglio il proprio subcon-

scio e affrontare con maggior chiarezza il futuro. Ancora l'auricoloterapia può facilitare il sonno in pazienti che non di rado hanno gravi problemi di insonnia, soprattutto quella legata alle fasi iniziali del sonno, in cui più facilmente si possono avere pensieri malinconici; ma può anche essere un sostegno significativo nella fase terminale della malattia, in cui peggiora notevolmente la qualità di vita a causa del dolore o per l'alterata funzione di organi importanti. Il sonno infatti è un bene prezioso per tutti, ma lo è ancora di più nel paziente fortemente debilitato, che spesso assume già una notevole quantità di farmaci, e può essere aiutato a ridurli in modo più dolce con un trattamento scarsamente invasivo e privo di effetti collaterali, che nei soggetti sensibili può dare risultati anche veramente sorprendenti.

Come sempre tutti questi trattamenti richiedono studio e dedizione, in questo caso per far propri i vari punti riflessi dell'orecchio, in alcune situazioni si riescono anche a strutturare dei protocolli di un insieme di punti che si potenziano l'un l'altro migliorando l'effetto antidolorifico e terapeutico. Tutto ciò, coadiuvato da un interesse vero verso il benessere del malato metterà l'infermiere/l'ostetrica nelle condizioni di migliorare la sua possibilità di risposta assistenziale ai bisogni dei malati.

* *Inf./Ostetrica Libero Professionista*

A che punto è la nuova commissione ECM nazionale?

A giorni l'insediamento nella nuova Commissione ECM, integrata dai membri scelti dall'attuale Governo, dopo lo stop dettato dalla Corte dei conti al nuovo assetto varato in marzo a Cernobbio.

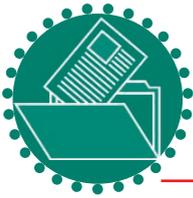
Entro fine anno il "prototipo" del nuovo modello di ECM sull'impianto dettato con l'accordo Stato-Regioni del primo agosto 2007 che – dopo un lungo braccio di ferro con i Governi locali – ha delineato la nuova governance della formazione continua in medicina. A inizio 2009, infine, il nuovo accordo Stato-Regioni, che detterà il definitivo passaggio al nuovo sistema ECM, basato sull'accreditamento del Provider.

Tre appuntamenti clou nel giro di sei mesi, per replicare a che sempre più spesso si chiede "a che punto è la notte dell'Ecm".

(fonte *Il SOLE24SANITÀ*, 23-29 SETTEMBRE 2008)

notizie in pillole
a cura di Stefano Citterio





Ri... visti

32

Per questo numero di Agorà abbiamo preparato un estratto dell'intervento del Prof. Giuseppe De Gennaro al Congresso Nazionale IPASVI, pubblicato sul numero 4 del Notiziario della Federazione Nazionale IPASVI del dicembre 1965. L'obiettivo dell'autore è di far luce sulle differenze di ruolo, evidentemente poco chiare, fra l'Infermiere Professionale, l'Assistente Sanitaria e l'Assistente Sociale; inoltre viene suggerita l'introduzione dell'Infermiera Scolastica e dell'Infermiera specializzata in oftalmologia.

La preparazione di infermiere professionali, assistenti sanitarie visitatrici e vigilatrici di infanzia per i nuovi servizi di medicina scolastica e di oftalmologia sociale

A cura di inf. Giuseppina Larghi
inf. Antonella Peverelli***

Uno degli scopi, fra i più importanti, di questo Congresso è quello di analizzare gli avvenimenti degli ultimi anni e di trarre utili insegnamenti, nel campo delle professioni ausiliarie sanitarie, dalle esperienze trascorse. Ho attentamente seguito la relazione del Prof. Cesare Chiarotti, Direttore Generale dei Servizi di Medicina Sociale del Ministero della Sanità sul tema: «Professioni ausiliarie sanitarie e Medicina preventiva». Egli ha illustrato da

vero maestro l'interessante argomento della prevenzione delle malattie nel periodo pregeriatrico e geriatrico. È questa, però, solo una parte della medicina preventiva: altre numerose branche specialistiche attendono larghi stuoli di personale sanitario ausiliario ben preparato, perché è solo con esso che i servizi sanitari a scopo sociale possono effettivamente funzionare.

Occorre dunque la preparazione di infermiere professionali, di assistenti sanitarie e di vigilatrici d'infanzia per i nuovi servizi specialistici fra i quali quelli di medicina scolastica e di oftalmologia sociale dove la necessità di questa preziosa collaborazione è particolarmente sentita.

Si attribuisce attualmente alle infermiere professionali un carattere prettamente ospedaliero, mentre non tutti comprendono bene il ruolo delle assistenti sanitarie visitatrici confuse spesso con le assistenti sociali; poco note sono poi le attribuzioni delle vigilatrici d'infanzia. Se ne deduce che tutte e tre le professioni sono ancora troppo poco conosciute e non debitamente utilizzate.

Le scuole per personale sanitario ausiliario sono attualmente in Italia le seguenti:

- n. 80 scuole per infermiere professionali;
- n. 30 scuole per IP. annesse alle scuole di ostetricia;
- n. 3 scuole per IP. religiose;
- n. 25 scuole per assistenti sanitarie;
- n. 5 scuole per vigilatrici di infanzia.

Dalle statistiche ufficiali al 31.12.1964, il personale ausiliario esistente in tutta Italia, risulta così suddiviso:

- Infermiere professionali 18.064;
 - Assistenti Sanitarie visitatrici 4.197;
 - Vigilatrici d'infanzia 1.255;
 - Infermiere Volontarie C.R.I 15.000 circa;
 - Infermieri generici 34.033.
- In tutto circa 72.500 elementi.

Per il buon espletamento dei vari servizi sociali e ospedalieri il personale ausiliario dovrebbe essere



almeno il doppio di quello sanitario per non parlare del personale generico che dovrebbe essere quattro volte maggiore e meglio qualificato.

Nello svolgimento dei servizi di medicina preventiva effettuati di solito in «équipe», gli specialisti delle varie branche dovranno trovare un valido aiuto nel personale ausiliario specializzato che, particolarmente pratico del lavoro da svolgere, provveda a tutto quanto necessario sia «in loco», cioè nell'ambulatorio, nel consultorio, nella scuola, ecc., che nell'ambiente familiare del bambino da curare e da assistere, onde rendere i genitori consapevoli e attivi collaboratori nell'opera di cura e prevenzione che s'intende svolgere in favore del loro figliuolo.

Occorre quindi personale di duplice tipo con compiti chiari e ben distinti: l'infermiera professionale che affianca l'opera del medico e collabora con lui e l'assistente sanitaria che allarga il cerchio di questa collaborazione estendendola all'ambiente familiare e agli Enti interessati.

Proiettando tale criterio nei nuovi servizi di Medicina scolastica, sia generici che specializzati, che in base al Decreto Previdenziale n. 264 dell'11.2.1961 dovrebbero già essere costituiti in tutta Italia, bisogna concludere che le insegnanti non possono sostituire, come un po' dovunque si tende a fare, il personale sanitario ausiliario perché per tali mansioni occorre personale specializzato che abbia un'adeguata preparazione sanitaria.

Occorre quindi che nuovo personale sanitario ausiliario venga preparato in buon numero per i servizi di medicina preventiva e che ci si crei la convinzione che esso non occorre solamente negli ospedali e negli ambulatori come si è pensato fino ad oggi.

Per i nuovi servizi di medicina scolastica che hanno carattere eminentemente preventivo devono essere preparate infermiere con la qualifica di «Infermiere Scolastiche» che con la loro inconfondibile presenza nella scuola, diano garanzia di sicurezza e puntualità del servizio preparando e selezionando il lavoro che il medico deve svolgere.

Esiste già in Inghilterra il ruolo d'infermiera scolastica che, con un lavoro minuzioso e approfondito, propone per la visita medica, al di fuori di quelle periodiche collettive, i soggetti che per una qualsiasi ragione ella ritiene non perfettamente sani, i nuovi iscritti e quelli che erano assenti all'ultimo controllo. L'infermiera scolastica, appositamente preparata, potrà badare all'educazione sanitaria richiamando

Miss Florence Nightingale's ambulance carriage



coloro che si assentano dalle terapie da lei praticate e inculcando in tutti gli alunni le più elementari e necessarie norme d'igiene.

In Inghilterra le infermiere scolastiche, sempre sotto le direttive del medico, possono trattare le cosiddette malattie minori, termine vago che comprende alcune malattie della pelle non contagiose (ferite, piache, ustioni di lieve grado) e contagiose (impetigine, pediculosi, scabbia); alcune deviazioni di lieve entità dello scheletro, trattandole con esercizi correttivi (piede piatto); malattie esterne dell'orecchio e dell'occhio e le più lievi forme di deperimento organico. Per seguire i bambini bisognosi di particolari cure e trattamenti non attuabili nella scuola o in quella scuola, il medico scolastico si avvarrà della collaborazione dell'assistente sanitaria visitatrice che compirà il suo lavoro di collegamento tra il Medico e l'infermiera scolastica, la scuola, la famiglia e gli Enti che dovranno assistere il piccolo nell'opera di prevenzione e cura.

L'assistente sanitaria avrà il compito di far conoscere l'affezione e la manifestazione riscontrata, spiegarne l'andamento e sottolineare sia agli insegnanti che alla famiglia l'importanza di una precoce cura.

Tutt'altro compito ha l'assistente sociale con i suoi interventi a favore delle famiglie più bisognose presso gli Enti erogatori di prestazioni sanitarie e di sussidi, nonché nel disbrigo delle più svariate pratiche amministrative sopperendo all'ignoranza e alla mancanza di esperienza e di tempo degli interessati.

Per la sua speciale preparazione e attitudine, negli asili-nido, nelle scuole materne e nei brefotrofi, la vigilatrice d'infanzia (che dovrebbe però più propriamente chiamarsi «Infermiera Pediatrica») ha un ruolo importante ed insostituibile.

Solo attuando una così stretta collaborazione tra medico, infermiera, assistente sanitaria, assistente sociale e, per i più piccoli, vigilatrice d'infanzia, la medicina scolastica potrà svolgere il suo compito sia che si tratti di medicina generica, nell'ambito



comunale che di quella specialistica provinciale.

All'infermiera scolastica non sarà necessaria una completa preparazione ospedaliera per l'assistenza a gravi malattie e alla grande chirurgia; le sarà necessaria, piuttosto, la conoscenza delle alterazioni fisiche che si possono incontrare nei bambini frequentanti la scuola, le nozioni indispensabili per la cura di piccole ferite, per l'esecuzione delle vaccinazioni e di semplici cure mediche per il primo pronto soccorso.

A queste scuole per infermiere scolastiche, da istituirsì presso gli Istituti Universitari d'Igiene in collegamento con le scuole convitto per II.PP. potranno affluire quelle ragazze, che pur sentendosi portate per la professione infermieristica, non si sentono di affrontare la fatica e la spesa degli anni d'internato con la relativa pratica ospedaliera che non sempre, a torto o a ragione, riesce gradita ai genitori. Questi corsi dovrebbero avere la durata di due anni scolastici con pratica esclusivamente ambulatoriale.

Nel campo di una più larga assistenza specialistica da attuarsi principalmente nella scuola (Centri specialistici), ma non soltanto in casa, occorrerà per le infermiere che intendano dedicarvisi, una specifica preparazione, perché ogni specialità ha le proprie esigenze e particolarità che l'infermiera deve conoscere molto bene perché la sua collaborazione risulti veramente efficace. È stato tenuto lo scorso anno un corso di «Assistenza infermieristica in oculistica» per II.PP. e AA.SS.W. In questi corsi vengono impartite lezioni teoriche e pratiche sull'oftalmologia e sulle mansioni dell'infermiera in un reparto oftalmico ospedaliero normale o infortunistico-traumatologico. Il corso espletato lo scorso anno si è dimostrato particolarmente utile formando personale altamente qualificato che ogni giorno rende preziosissimi servizi. Alcune infermiere professionali e assistenti sanitarie che lavorano nel servizio oftalmico o in reparto oftalmico ospedaliero, e che avevano frequentato il corso con maggior profitto, hanno anche partecipato con proprie comunicazioni, sotto la mia responsabilità, al 1° Convegno Nazionale di



Il bassorilievo mostra una paziente addormentata, affidata alle cure del medico assistito da una sacerdotessa. (Atene, Museo Archeologico Nazionale

Oftalmologia Sociale tenutosi a Napoli nel maggio scorso. In questo modo, fra le comunicazioni (78) di illustri docenti e specialisti in clinica oculistica, figurano anche le comunicazioni di Assistenti Sanitarie e Sociali e Infermiere Professionali, tutte molto interessanti perché riferite al servizio specializzato che esse prestano con amore e impegno. I titoli delle suddette comunicazioni sono:

- L'assistenza infermieristica specializzata in oculistica (A. Bartoli).
- L'assistenza infermieristica in oftalmochirurgia (A. Bertoli).
- I compiti dell'assistente sanitaria nel servizio oftalmico sociale scolastico (P. d'Attoma).
- L'assistenza infermieristica per il pronto soccorso oculistico, necessità sociale (L. Disegni).
- L'esperienza dell'assistente sanitaria nella lotta sociale alle affezioni oftalmiche e ai vizi di rifrazione (V. Vighi - G. Verde).

Perché questo personale sia sempre meglio qualificato, ben valga il progetto di ammettere alle scuole convitto per infermiere professionali solo coloro che siano in possesso di licenza media superiore o, comunque, che abbiano un curriculum di studi di almeno 10 anni dalla 1° elementare. Per aumentare poi il numero, oggi estremamente scarso, sarebbe anche utile annesso alle scuole convitto sezioni di esternato.

Importantissima è la presenza dell'infermiera nei posti di pronto soccorso perché, in attesa del medico, il suo intervento, anche il più semplice, può servire a salvare una vita umana.

Nel pronto soccorso oculistico, l'infermiera specializzata deve saper lavare con accuratezza i fornic congiuntivali quando l'occhio sia stato colpito da un caustico o bendare l'occhio ferito e mettere l'ammalato in posizione supina. Queste semplici operazioni, se ben eseguite, nel caso opportuno, in attesa dell'oculista, varranno a volte a salvare l'occhio, o gli occhi infortunati.

Ringrazio tutti per aver ascoltato con tanta attenzione le mie parole e in particolare la sig.ra Sterbini Gaviglio per i suoi lusinghieri elogi.

* Infermiere Tutor Laurea in Infermieristica Università Studi Insubria - Sez. Como Az. Ospedaliera S. Anna

** Infermiere U.O. Malattie Infettive - Az. Ospedaliera S. Anna Como





<http://www.nursepedia.net>

Chi non conosce wikipedia http://it.wikipedia.org/wiki/Pagina_principale Nursepedia, l'enciclopedia degli infermieri, fatta dagli infermieri nasce con lo stesso spirito di Wikipedia pertanto il nocciolo del progetto è quello di creare una grande enciclopedia di termini, biografie, tesi e modelli assistenziali che appartengono al mondo infermieristico. Il nostro wiki è collegato contemporaneamente a quello tedesco e inglese

È importante il contributo di tutti, collabora anche TU.

Chiunque può collaborare a Nursepedia, creando una nuova voce o migliorando i contenuti di quelle già esistenti; ovviamente, perché il progetto funzioni, c'è bisogno di quanta più collaborazione possibile, compresa la tua; chiunque voglia contribuire al progetto, nel pieno rispetto delle sue regole e, soprattutto, utilizzando il buon senso, è sempre ben accetto. Per collaborare è prevista la registrazione.

www.nursingcenter.com

È un portale U.S.A: dedicato alla formazione infermieristica. Si possono inoltre effettuare attività formative on line accreditate, dove si possono acquisire tra i 2 e i 4 CE. Ricco in articoli, aggiornamenti sui farmaci, richieste di lavoro, sondaggi. Buon lavoro (in English, of course!)

* AFD - Area Chirurgica e Ambulatori - Ospedale Valduce - Como

Eccellenza per tutti i camici. È il risultato di una ricerca in Lombardia

A stilare il percorso, la Fondazione Istud e il Gruppo Sanità Assolombarda, coprotagonisti della ricerca sulla evoluzione delle competenze sulla Sanità privata lombarda, presentata venerdì 12 a Milano.

Parola chiave della ricerca, il termine "eccellenza". Quesito guida: "Ma l'eccellenza dov'è?"

Prime indicazioni operative, condivise con i rappresentanti delle strutture sanitarie pubbliche partecipanti al meeting: il medico destinato a diventare esperto nelle strutture sanitarie; infermieri lanciati a ricoprire il ruolo di case manager del paziente, competente su cura e assistenza.

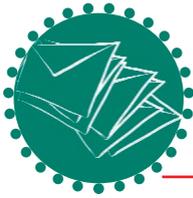
Conclusione: "l'assistenza è di pertinenza dell'infermiere".

Ed ecco di conseguenza, l'oroscopo dell'eccellenza sanitaria marca lumbard:

- il medico consulente esperto delle strutture sanitarie è affiancato da ruoli amministrativi;
- riqualificazione dell'infermiere (con e senza laurea) per valorizzarne le competenze attualmente misconosciute anche nell'ambito dell'organizzazione sanitaria di appartenenza;
- individuazione delle competenze del data manager, del biostatistico e del risk manager;
- sviluppo del mentoring.

(fonte Il SOLE24SANITÀ, 23-29 SETTEMBRE 2008)





Posta e risposta

36

a cura di Stefano Citterio

Obbligo dei crediti ecm e lavoro all'estero

D.: Buonasera, sono un'infermiera iscritta al vostro collegio e presto inizierò a lavorare in Svizzera. Vorrei rivolgermi la seguente domanda: è ancora obbligatorio per me partecipare agli eventi ECM e completare i crediti annuali? Eventualmente, verranno accreditati anche dei corsi frequentati in Svizzera (logicamente con dei requisiti idonei)?

Grazie per la vostra disponibilità.

R.: Gentile collega, gli operatori sanitari, aventi obbligo ECM, che soggiornano all'estero per giustificati motivi (per esempio legge N. 26 dell'11 febbraio 1980) o per attività lavorative svolte, sono esonerati dall'obbligo dell'ECM.

Le ricordo che occorre conservare la documentazione comprovante la facoltà della fruizione dell'esonero, data l'impossibilità di frequentare i corsi. L'esonero dall'obbligo di acquisire i crediti è valido per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui i soggetti interessati usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

Occorre specificare che: nel caso in cui il periodo di assenza dal lavoro ricadesse a cavallo di due anni, l'anno di validità per l'esenzione dai crediti sarà quello in cui il periodo di assenza risulta maggiore.

Eventuali crediti percepiti nell'anno di esenzione non possono essere portati in detrazione per l'anno successivo, in quanto vengono assorbiti dal diritto di esonero vantato dall'operatore.

Gli eventi formativi che si svolgono all'estero devono essere preventivamente accreditati dalla Commissione E.C.M. a cura della corrispondente società scientifica, associazione professionale, ordine o collegio professionale italiani.

Cordiali saluti.

Meglio la formazione di oggi o di ieri?

D.: Sono un'infermiera diplomata dal 1996 vecchia scuola regionale, ho frequentato l'ultimo triennio che il Sant'Anna offriva prima del primo anno sperimentale del corso di laurea in scienze infermieristiche; allora esisteva il così detto assegno studio una sorta di incentivo che la Regione aveva escogitato per incrementare il numero di iscritti in un momento di notevole carenza infermieristica. Qualcuno si orientava verso la professione proprio per questo, ma allora la scuola era strutturata diversamente, il tirocinio pratico era tale da mostrare da subito il lato bello e anche quello più duro di questo lavoro, i primini si misuravano subito con l'assistenza diretta al paziente. Molti infatti si ritiravano dalla scuola perchè toccando con mano la realtà dei reparti e soprattutto vedendo che un'infermiere non è solo alle prese con cartelle e siringhe, ma soprattutto con i pazienti e i loro bisogni, capivano di non aver scelto il lavoro giusto.

La scuola quindi era più selettiva. Continuavano solo i più motivati.

Oggi forse non è più così, il corso di laurea culturalmente avrà certo arricchito i futuri infermieri, ma l'iter universitario cela sicuramente alcuni aspetti della professione, forse più duri da superare e, soprattutto, chi inizia questo corso dopo un liceo, lo fa per esclusione o come uno dei vari tentativi fra i test d'ingresso delle facoltà, non certo perchè davvero sceglie di fare questo lavoro.

Allora CHI SIAMO NOI??? Futuri infermieri generici come quelli=2 Oche incontravamo ancora noi nei reparti, quelli della vecchia scuola prima che diventasse PROFESSIONALE???

Quando fu proposto questo corso universitario molti di noi erano spaventati perchè temevano di diventare infermieri di seconda categoria. Oggi non mi sento così, perchè la mia motivazione ed esperienza professionale mi suggerisce di conti-



nuare questo mestiere, ma davvero gli infermieri professionali della scuola regionale sono pari merito con quelli del corso di laurea con specializzazioni master universitari...

Gli ultimi diplomati sono del 1996 poco più che trentenni con una attività lavorativa ancora lunga. Come si evolveranno le cose, che cosa diventeremo noi???

R.: Gentile Collega,

tu poni una serie di riflessioni sull'evoluzione delle formazione infermieristica dal livello Regionale a quello Universitario che, come tutti i cambiamenti, contiene sia punti di forza che di debolezza e di questo è giusto essere consapevoli. Volevo cogliere occasione della tua interessante lettera per sottolineare alcune riflessioni.

Se, come infermieri, vogliamo qualificarci come professionisti, la formazione richiesta non può che essere di livello Universitario. Oggi, grazie a quel percorso intrapreso agli inizi degli anni Novanta, vi sono degli infermieri che possono acquisire la laurea Magistrale oppure master di 1 e 2 livello relativi a competenze specialistiche sia nell'ambito clinico che organizzativo/manageriale con possibilità di sviluppi di carriera fino a diversi anni fa impensabili per gli Infermieri.

Certo, questi percorsi di carriera sono ancora agli inizi, da sviluppare e consolidare ma rappresentano una possibilità di accrescere lo status della professione e renderla più appetibile anche ai giovani. Sono come dei semi che, prima o poi, germoglieranno.

Purtroppo, la formazione Universitaria ha acquisito anche quelli che sono i limiti delle Università Italiane di oggi e che in parte hai sottolineato nella tua lettera. Va detto che le sedi Universitarie dei Corsi di infermieristica spesso hanno assorbito le competenze di chi già lavorava nei corsi Regionali e il contributo degli infermieri di corsia alla formazione è ancora molto elevato. Ricordiamoci che il corso per infermiere prevede 4600 ore di cui 3000 di tirocinio. E nonostante oggi, quelle effettive siano ridotte rispetto al passato, l'incidenza del modello di infermiere che gli studenti incontrano durante il loro tirocinio è probabilmente l'aspetto più influente sul comportamento che avranno da professionisti e anche sulle motivazioni che giustificano l'esercizio di una "professione di servizio" come la nostra. Questo interroga ciascuno di noi sulla responsabi-

lità di ognuno rispetto alla formazione, che non può essere delegata solo a coloro che "lavorano a scuola".

Per questo mi pare più importante evidenziare le motivazioni di chi continua a fare l'infermiere piuttosto di coloro che iniziano il percorso. Le motivazioni con cui i ragazzi di oggi scelgono il nostro percorso ritengo siano lo specchio della società attuale più che un problema specifico di chi sceglie di fare l'infermiere.

Le motivazioni di chi continua a fare l'infermiere, distinguono una professione interessante, bella, che vale la pena di esercitare, rispetto ad una occupazione determinata solo dalla fatica e dal sacrificio che implica oppure subita come un lavoro necessario per vivere.

La dignità della nostra professione si gioca qui, deriva dal perché NOI continuiamo a fare questo lavoro, dal valore che ognuno di noi attribuisce, ogni giorno, a ciascun gesto di assistenza che facciamo.

Solo se questo valore è positivo potremo pensare di incontrare gente contenta o desiderosa di iniziare la nostra stessa esperienza e, probabilmente, il futuro della nostra professione potrà essere migliore.

Rispetto alla "durezza e selettività del corso", hai ragione a ricordare che la "scuola infermieri" era dura e selettiva ma, ti porto l'esempio della sede formativa della nostra città dove negli ultimi 4 anni accademici la % dei laureati/rispetto agli immatricolati al primo anno di corso varia da un minimo del 44% ad un max del 76%. Vuol dire che, quando va bene, uno su quattro non si laurea. E ti assicuro che rispetto a tutti gli altri studenti Universitari i "nostri" sono ben più tartassati. Basti pensare che hanno solo un mese di vacanza rispetto alla media degli altri studenti.

Gli "infermieri professionali" di ieri non hanno nulla da invidiare ai laureati di oggi anche se forse dovremmo smetterla di ragionare per compartimenti, separando il prima dal poi, ieri da oggi. Siamo UNA professione fatta di tante persone ognuno con la sua particolarità e con il suo bagaglio culturale che non dipende certo solo dalla formazione che abbiamo ricevuto.

Chi siamo e cosa diventeremo dipende anche un po' da questo.

Un caro saluto.



Documentazione infermieristica: chi la deve redigere?

D.: Caro Presidente, ho una domanda da farti: di chi è la responsabilità e a chi spetta la decisione circa la grafica e il contenuto della documentazione infermieristica? La decisione sull'utilizzo della documentazione infermieristica aziendale è di competenza del Direttore dell' U.O.? Che autonomia decisionale ha il personale infermieristico sulla scelta della documentazione di sua competenza? Ho avuto mandato dal Primario di organizzare un incontro con tutto il personale infermieristico, avente come oggetto dell'incontro proprio la documentazione inf.. Sarebbe cosa gradita avere una tua risposta prima di quell'incontro.

Un grazie mille in anticipo.

R.: Gentile Collega, in riferimento al quesito che mi hai inoltrato ti rispondo rapidamente, vista la tua urgenza, riservandomi, se lo vorrai, un parere più articolato e approfondito in seguito.

Già la definizione di Cartella Clinica intesa come un "fascicolo che per ogni episodio di ricovero, consta di una pluralità di documenti recanti informazioni relative alla persona assistita e alle attività clinico - assistenziali poste in essere da personale a ciò abilitato" (Manuale della Cartella Clinica Regione Lombardia - 2° edizione -2007) connota la cartella clinica come un insieme di documenti che coinvolgono diversi professionisti abilitati all'esercizio di professioni differenti, ciascuno con la propria responsabilità e competenza.

Sempre il Manuale della CC della Regione Lombardia (punto 3.1) chiarisce che hanno titolo per la redazione dei documenti "tutti i professionisti sanitari che, nel rispetto delle competenze loro proprie, siano chiamati ad assumere decisioni incidenti sull'assistito o ad attuare prestazioni in favore dello stesso (es. medici, infermieri, fisioterapisti, ostetriche)". La documentazione infermieristica che entra a far parte della Cartella Clinica non può che essere redatta e decisa dai professionisti destinati ad utilizzarla conformemente ad eventuali indirizzi aziendali di cui vale la pena sempre di tenere conto. Se vi sono documenti condivisi tra più professionisti è necessario un accordo tra gli utilizzato-

ri che garantisca la funzionalità della scheda integrata e la corretta attestazione della parte di processo di competenza (es. foglio unico di terapia, foglio di diario comune) sempre nel rispetto delle reciproche attribuzioni. Vale anche la pena di considerare che ciascuna U.O. è inserita in un sistema complesso, l'Azienda Ospedaliera, del quale non è possibile non tener conto soprattutto nel caso in cui vi siano scelte Aziendali già codificate.

Credo che l'approccio migliore a questi tipi di problemi sia quello di un confronto approfondito su questioni che attengono la possibilità di espressione della professionalità di tutti i soggetti coinvolti nonché della funzionalità della documentazione al servizio da rendere al cittadino.

Spero di esserti stato di aiuto, resto in attesa di un riscontro o di una ulteriore richiesta di approfondimento.

Cordiali saluti.

Turno di riposo

D.: Lavoro in una struttura privata accreditata. Esiste una normativa che regola le ore di riposo minime e dopo il turno notturno? Sono lecite due notti consecutive o il lavoro dopo lo smonto notte?

R.: Sì, i turni sono leciti se vi sono 11 ore di stacco tra un turno e l'altro e se vi sono almeno 24 ore di riposo (da aggiungere alle 11) almeno ogni 14 giorni (come modificato dall'ultima finanziaria). Possibilità di deroghe alle 11 ore vi sono nei contratti integrativi aziendali, quindi deve verificare nel contratto integrativo aziendale se vi è eventuale deroga.

Il riferimento principale è il D.L.vo 66/2003 e succ. modifiche, oltre al Contratto di lavoro ARIS/AIOP della sanità privata.

Cordiali saluti.

D.: Lavoro in un reparto di Urologia, chiedo se la sostituzione dei cateteri per ureterocutaneostomia (UCS): è una manovra infermieristica?

Con quali tipi di catetere?

Quelli più comunemente usati sono: Foley di silicone n° 12 - 14,,Foley pediatrici,,Cateteri autostatici, Stent ureterali Mono J.

Grazie per la collaborazione.



R.: Ciò che determina il campo proprio di attività e responsabilità dell'infermiere, come indicato dalla legge 42/99, è:

- il profilo professionale dell'Infermiere (DM 739/1994);
- gli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario (oggi laurea triennale) e di formazione post-base;
- il codice deontologico;
- con l'ulteriore limite che impone il rispetto delle competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario.

Posto che la sostituzione di questi cateteri (o tutori) non si configura come atto esclusivo di competenza medica o di altre professioni, esso può rientrare nelle competenze infermieristiche sia come risposta al bisogno di eliminazione urinaria sia come procedura diagnostico/terapeutica da garantire da parte dell'infermiere, in questo caso necessita di prescrizione medica.

L'ordinamento didattico non fa esplicito riferimento a tale manovra tra le competenze da insegnare/acquisire. Interessante invece, a questo proposito diventa la formazione post-base effettuata da diversi infermieri (i c.d. enterostomisti) che comprende a pieno titolo anche l'acquisizione di tali manovre per questi colleghi.

È prassi comune osservare, dove esistono centri

specializzati e attivi, che negli ambulatori di riabilitazione atomizzati afferiscono non solo i pazienti portatori di enterostomie ma anche quelli con stomie urinarie di vario genere comprese le ureterocutaneostomie.

In questi centri l'infermiere addetto (che ha frequentato il corso specifico) provvede anche alla sostituzione periodica di questi tutori/cateteri. La presenza del medico garantisce l'intervento o la consulenza in caso di particolari difficoltà o problemi.

In questo senso risulta essenziale la conoscenza della situazione clinica del paziente, il tipo di intervento chirurgico, le possibili complicanze sia in senso generale che sul caso specifico che si sta trattando.

Il Codice deontologico agli articoli 3.1, 3.2 e 3.3 raccomanda all'infermiere di aggiornarsi per fondare il proprio operato su conoscenze validate, intervenire in base al livello di competenza raggiunto, ricorrendo alla consulenza di esperti qualora il livello di formazione non consenta di agire in sicurezza. Il Codice deontologico richiama anche il diritto dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali l'infermiere non ha esperienza.

Per tutte queste ragioni prima di attribuire tali attività all'infermiere è imprescindibile garantire, tramite un percorso formativo teorico/pratico formalizzato, il possesso di tali competenze.

CIS BROKER Srl (la compagnia con la quale il Collegio IPASVI di Como ha sottoscritto la polizza Rc professionale) ha stipulato una convenzione con Zuritel che garantisce sostanziosi vantaggi per tutti gli iscritti e proprio nucleo familiare.

Per usufruire del risparmio sull'assicurazione RC auto e sul furto/incendio in maniera semplice ed immediata è possibile chiedere un preventivo, comprensivo di tutti i vantaggi della convenzione, collegandosi al sito www.cisbroker.it cliccando sul pulsante relativo.

Per ulteriori informazioni è possibile contattare il numero 02/5513053.



"Gestione ed assistenza del paziente cannulato (sottoposto a laringectomia o a tracheotomia) in una realtà domiciliare"

40

Testo e foto estratto dall'opuscolo: "Gestione ed assistenza del paziente con cannula tracheale (sottoposto a laringectomia o a tracheotomia) in una realtà domiciliare"

Sebastiano Castorina, Coordinatore Inf.co

Attanasio Mary, Casati Luca, Cattaneo Nazzena, De Maron Roberta, Galante Mara, Giglio Lanfranco, Le Bourlout Silvio, Rossi Chiara, Pennacchioli Isabella, Stefanoni Isabella, Luciani Alba, Liardo Rosaria. Infermieri U.O. Riabilitazione Specialistica Il Cardo - Respiratoria - Motoria - Azienda Osp. S. Anna Como. - Mariano Comense

INTRODUZIONE

Ormai da anni le tecniche chirurgiche relative alle patologie, neoplastiche e non, a carico della laringe si sono affinate e tecnicamente semplificate. Ma nello stesso tempo si è assistito ad un aumento numerico dei casi denunciati ed operati.

Tale pratica porta sia il personale infermieristico, operante nei nostri ospedali, sia i parenti che seguiranno il Paziente presso il proprio domicilio a doversi confrontare con delle problematiche assistenziali inerenti a tale nuova e particolare situazione. Abbiamo elaborato questo scritto (sintetizzato in questo articolo) attingendo nei vari siti specializzati trovati su Internet. Siamo fiduciosi, con questa relazione, di rendere un po' meno difficile l'assistenza, di fornire alcune risposte ai molteplici quesiti e non ultimo di dare, specialmente a chi seguirà tra le mura domestiche il Paziente, un po' di serenità e di dimestichezza, partecipandogli insieme alle informazioni tecniche, anche la consapevolezza di non essere soli in tali momenti.

Si suggerisce, ai Sanitari, di affiancare a questo scritto momenti di educazione sanitaria pratica da eseguire durante il ricovero.

La manualità pratica e la serenità psicologica saranno gli unici compagni su cui il non sanitario, che assisterà presso il domicilio il nostro Paziente, potrà affidarsi durante i momenti che vivrà al suo fianco.

DEFINIZIONI

Si definisce tracheotomia l'apertura temporanea

della parete tracheale e della cute, con conseguente comunicazione tra la trachea e l'ambiente esterno, che consenta un passaggio di aria atto a garantire una efficace respirazione.

La tracheostomia è, invece, la creazione di un'apertura permanente della trachea, mediante abboccamento della breccia tracheale alla cute, con conseguente contatto diretto con l'ambiente esterno.

LA CANNULA TRACHEALE

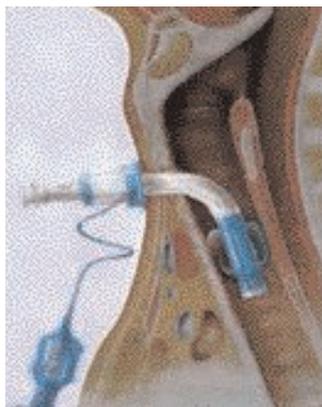
I materiali utilizzati per la costruzione di cannule tracheali (CT) sono stati molteplici nel corso degli anni grazie al progresso della tecnologia applicata ai presidi sanitari.

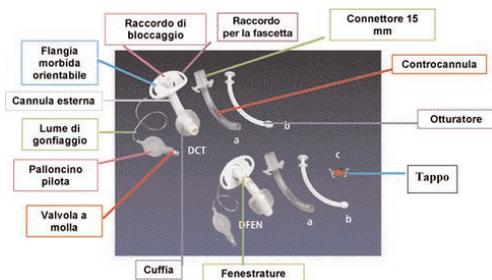
Il tipo di materiale oggi più utilizzato è il PVC

medicato senza lattice, anallergico. Tale materiale atossico termosensibile e radiopaco risulta confortevole per il Paziente e riduce il rischio di lesioni tracheali.

CARATTERISTICHE GENERALI

La cannula tracheale è composta da quattro elementi:





Componenti di una cannula

La **cannula** mantiene la tracheostomia pervia consentendo una normale respirazione. La parte curva del tubo è posizionata nella trachea, mentre la parte chiamata flangia corrisponde alla parte visibile. La cannula viene fissata saldamente per mezzo di fettucce di fissaggio.

Il **mandrino** è posto all'interno della cannula. Serve esclusivamente per l'introduzione della cannula, per renderla più robusta nell'attraversamento del foro cutaneo.

La **contro - cannula** ... inserita nel suo interno dopo il posizionamento di questo tipo di cannula. Serve a mantenere pulita e libera da incrostazioni la cannula interna.

Palloncino pilota: indica lo stato di pressione dell'aria contenuta nella cuffia.

CARATTERISTICHE SPECIFICHE DI DIFFERENZIAMENTO

Le caratteristiche intrinseche sono: il diametro, la lunghezza, la forma, la flangia, il tratto esterno e la punta. Le caratteristiche estrinseche sono quelle che differenziano le CT tra di loro. Le CT possono essere: cuffiate, non cuffiate e cuffiate fenestrate.

GESTIONE DELLA TRACHEOTOMIA E DEL PAZIENTE CANNULATO

La cannula richiede una certa manutenzione e alcuni cambiamenti delle abitudini di vita quotidiana del Paziente. È importante la pulizia della cannula e dello stoma tracheale specie nei primi tempi, per l'aumento delle secrezioni bronchiali e della loro viscosità, con il successivo aumento della probabilità di sovra - infezioni batteriche. Prima di attivarsi eseguire sempre una valutazione dei bisogni del Paziente.

Criteri locali:

- condizioni dello stoma (arrossamento, tumefa-

zione, secrezioni purulente e granulazioni);

- rumori respiratori o ostruzione della cannula:

Criteri generali: quali la saturazione dell'ossigeno o la valutazione di un eventuale difficoltà respiratoria.

ASPIRAZIONE TRACHEO - BRONCHIALE (TB)

Consente la rimozione delle secrezioni tracheali presenti nell'albero respiratorio.

Utilizzeremo un aspiratore ed un sondino per ottenere il mantenimento della pervietà delle vie aeree, migliorando gli scambi respiratori ed, infine, preverremo il rischio di infezioni favorite dal ristagno di secrezioni. I Pazienti, interessati saranno coloro che non sono in grado autonomamente di espellere in modo efficace le proprie secrezioni, essendo le proprie vie aeree isolate dalla via digerente dal presidio e quindi non più in grado di deglutire le proprie secrezioni. Si deve prima valutare il bisogno reale di tale procedura!!

Utilizzeremo un aspiratore ed un sondino per ottenere il mantenimento della pervietà delle vie aeree, migliorando gli scambi respiratori ed, infine, preverremo il rischio di infezioni favorite dal ristagno di secrezioni. I Pazienti, interessati saranno coloro che non sono in grado autonomamente di espellere in modo efficace le proprie secrezioni, essendo le proprie vie aeree isolate dalla via digerente dal presidio e quindi non più in grado di deglutire le proprie secrezioni. Si deve prima valutare il bisogno reale di tale procedura!!

- valutazione **visiva**: se c'è alterazione della frequenza respiratoria, difficoltà respiratoria, agitazione, scialorrea, tachicardia, colorito cianotico della cute, presenza di tosse o un respiro superficiale.
- Valutazione **uditiva**: eventuali gorgoglii che avvengono durante gli atti respiratori per l'aumento delle secrezioni con la presenza di tosse.
- Valutazione **tattile**: toccando con il palmo della mano il torace per sentire eventuali vibrazioni trasmesse dal passaggio d'aria attraverso le secrezioni.
- Valutazione della saturazione ematica.

Durante la manovra di aspirazione la sonda non deve superare l'apertura distale della cannula al fine di evitare continui microtraumi alla mucosa della trachea.

PRECAUZIONI

L'aspirazione è una procedura potenzialmente dannosa (il diametro del sondino non dovrebbe occludere più della metà del diametro interno della



via aerea artificiale per evitare di esercitare un'ulteriore pressione negativa nelle vie aeree e ridurre il livello di ossigeno. Il sondino può anche provocare la stimolazione delle terminazioni vagali con conseguente bradipnea e ipotensione. La durata dell'aspirazione non dovrebbe superare i 10/15 secondi.

COMPLICANZE DELL'ASPIRAZIONE TB

È quindi importante controllare la comparsa di eventuali complicanze durante la manovra:

- Ipossipemia, Aritmie, variazioni della pressione arteriosa, danni alla mucosa tracheale causati dalla fuoriuscita della punta del sondino dal lume distale della cannula.

I Pazienti sottoposti ad aspirazione possono sviluppare uno stato di ansia per il dolore provocato dalla manovra, è quindi importante preparare il Paziente ed approcciarlo nel modo ottimale, tranquillizzandolo e spiegando ogni nostra azione prima di eseguirla.

PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

- Accertare la necessità di aspirare il paziente osservandone i segni vitali;
- Determinare il grado di collaborazione del Paziente;
- Posizionare in decubito supino il Paziente o altrimenti favorire la posizione semiseduta;
- Iperossigenare il Paziente per almeno un minuto sia prima che dopo la manovra;
- Accertarsi che l'ambiente sia adeguatamente umidificato;
- È consigliabile che il Paziente esegua aerosolterapia.

PROCEDURA

- Lavarsi le mani;
- Indossare la mascherina e i guanti monouso;
- Aprire la confezione del sondino evitando contaminazioni;
- Sfilare il sondino dalla confezione e connetterlo all'aspiratore;
- Introdurre il catetere nella cannula;
- Azionare solo alla fine dell'introduzione l'aspiratore, regolato ad una aspirazione massima di 120 mmHg, aspirando ad intermittenza per periodi non superiori a 10 secondi, ritirando il catetere con movimenti rotatori;



- Pulire all'esterno il sondino con garze e lavarlo aspirando una soluzione di acqua e amuchina;
- Chiudere il sistema di aspirazione;
- Valutare le condizioni del Paziente, osservando la respirazione e il colore della cute, ripetere se è necessario la manovra, lasciandolo prima riposare qualche minuto;
- Nel caso utilizzare un altro sondino;
- Eliminare il materiale utilizzato;
- Eseguire la pulizia della cannula interna (scovolino) e reinserirla nella cannula esterna del Paziente;
- Osservare e riferire al medico: la quantità, il colore, l'odore e la consistenza delle secrezioni aspirate;
- Risistemare il Paziente in una posizione comoda e confortevole;

ERRORI DA EVITARE

È convinzione che la broncoinstillazione di soluzione fisiologica in trachea (solitamente 2/10 ml) aumenti il volume delle secrezioni e ne renda più semplice l'aspirazione; che dislochi le secrezioni; che stimoli la tosse e lubrifichi il tubo endotracheale. Nonostante la plausibilità delle motivazioni, non ci sono prove a sostegno dell'efficacia della manovra. È stato dimostrato che il volume di secrezioni aspirate non è maggiore quando viene istillata



fisiologica (con l'aspirazione si riesce ad aspirare solo il 20% di tale soluzione).

Oltre a possedere limitata efficacia nel facilitare la rimozione, l'istillazione di soluzione durante l'aspirazione può causare un calo della saturazione di ossigeno. Pertanto la pratica di instillare non è raccomandata: l'unico modo per rimuovere facilmente le secrezioni è idratare il Paziente.

CONSIGLI PER LA VITA QUOTIDIANA

Umidificazione

In condizioni normali, il naso e la bocca umidificano l'aria inspirata. Con il posizionamento della cannula endotracheale l'aria deve essere umidificata in altro modo. Questo è il motivo per cui è importante assumere molti liquidi e interporre un "filtro" tra l'ambiente esterno e la cannula (es: foulard di seta o cotone).

Igiene personale

Se, da un lato, è auspicabile la presenza di una certa umidità, una quantità eccessiva potrebbe causare dei problemi. Pertanto quando ci si lava il viso o durante la doccia prestare attenzione al getto e collocare una protezione sulla cannula. Inoltre, è importante coprire la cannula quando ci si rade o si usano prodotti in polvere, lacche per capelli, ecc. intorno al viso e al collo.

Malattia

Per i pazienti tracheostomizzati / tracheotomizzati, la prevenzione è indispensabile. Mangiare sano, riposare molto, evitare il contatto con persone raf-

freddate. Assumere grandi quantità di liquidi, soprattutto se si accusano sintomi di febbre, vomito o diarrea. In caso di vomito, coprire la cannula con un asciugamano.

Abbigliamento

È essenziale evitare che i capi d'abbigliamento blocchino la cannula. Evitare maglioni a girocollo e a collo alto e preferire scollati a V e camicie o maglie con colletto aperto. Inoltre, non indossare capi che perdono fibre o lanugine.

Uscire di casa

Sollecitare la persona ad uscire di casa. In questo modo, infatti, si interrompe la routine quotidiana e l'umore ne trarrà beneficio. Se fuori fa molto freddo, ricordarsi di coprire la cannula, senza stringere, con una sciarpa, un fazzoletto o una garza. Ciò contribuisce a scaldare l'aria inspirata per evitare che l'aria fredda iriti la trachea e i polmoni.

CONCLUSIONI

La presenza di tale via innaturale porterà, immancabilmente, il Paziente e chi vive al suo fianco a dover superare momenti di sconforto ed a convivere con problematiche assistenziali, che specialmente nel primo periodo, saranno difficili. Ribadiamo il nostro auspicio che questa raccolta di consigli ed informazioni apprese da libri e siti vari possa dare le conoscenze teoriche per far vivere con più serenità tali momenti. La consapevolezza nell'accettazione, l'amore, la dedizione e la serenità nella pratica avranno come fine unico ed immenso una migliore qualità di vita al nostro amato.

BIBLIOGRAFIA

1. Ezio Colombo. Le tracheotomie. Quaderni Monografici di Aggiornamento A.O.O.I. TorGraf – Milano, 2000.
2. Italo De Vincentiis. Otorinolaringoiatria. IV Edizione. Piccin Nuova Libreria – Padova, 1993.
3. E. Palestini, M.T. Dato. Otorinolaringoiatria e stomatologia. Sorbona – Milano, 1991.
4. M. Lemoine, P. Thompson, R. St. Jhon, M. Toigo. Cannule per tracheostomia. Guida all'uso domiciliare per adulti. Guida Shiley – Milano, 2002.
5. ENT clinical practice group and Outreach team. Guidelines for care of patients with a tracheostomy. Royal Free Hampstead NHS Trust, Nov 2002.
6. Maria Smith. Guideline title: tracheostomy. Royal Alexandra Hospital, Head & Neck Directorate, Aug 2003.
7. Claire Troke. Evidence based guidelines for nursing a patient with a tracheostomy. Poole Hospital NHS Trust, May 2002
8. Atti del convegno "Congresso nazionale infermieri e tecnici O.R.L.". a cura di Giulio Belloni 2001
9. <http://www.fisionline.org/17Resp/7respAD.html> L'Aspirazione Tracheo – Bronchiale 1° Servizio d'Anestesia e Rianimazione "G.Bozza" – Az. Osp. Niguarda Cà Granda
10. Rivista: Assistenza Infermieristica e ricerca 2001 Tesi di diploma infermieristico di Laura Rasero Università di Firenze
11. Anatomia e fisiologia dell'uomo di C.P. Anthony; N.J. Kolthoff
12. "Il manuale dell'Infermiere" L.S. Brunner/D.S. Sudarc – Ed. Piccini "l'assistenza respiratoria" AA VV Collana photobook – Ed. Piccini
13. L'assistenza infermieristica principi e tecniche – S.Smith/D.duel – Ed. Sorbona
14. Atti del Convegno "Esperienza di trattamento multidisciplinare pre e post operatorio del paziente sottoposto a laringectomia totale" a cura di S. Nosengo. A. Panero.
15. <http://scientifico.pneumonet.it/arir/articoli/nursing.html> <http://www.aooi.it/trache.pdf>



Trenta anni di 180

Autore: Sandro Tangredi*

44

La riforma psichiatrica italiana nasce da un gesto molto preciso: nel 1961 venne chiesto a Franco Basaglia, giovane neodirettore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, di sottoscrivere e quindi di legittimare le contenzioni, ed egli si rifiutò di compiere tale atto: si aprì una stagione di proporzioni difficilmente prevedibili e immaginabili.

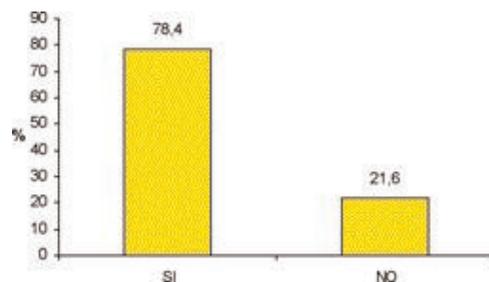
Nel suo realizzarsi la riforma, dal 13 maggio 1978 ad oggi, ha in parte perso il suo significato e valore originario: quello della liberazione. Ma non liberazione in senso astratto, o simbolico, o ancora di emancipazione economica o forme simili che tutti evidentemente oggi condividono. Si tratta della liberazione primigenia, quella dalla contenzione nei letti di ospedale, di ospedale civile.

La tesi finale di un master per le funzioni di coordinamento (di seguito ne troverete una sintesi) è stato motivo di approfondimento di questo complesso ed "infermieristico" tema.

NO RESTRAINT/OPEN DOOR un modello d'intervento nell'assistenza psichiatrica

La riduzione della libertà di movimento è operata in numerosi ambiti della medicina: molti pazienti sono contenuti in sala operatoria, nei servizi di pronto soccorso, nei reparti di medicina e chirurgia per evitare di compiere movimenti che possano recare loro danni o in ogni caso sempre con l'intento di salvaguardare l'incolumità del soggetto. È chiaro però che in ambito psichiatrico l'uso di pratiche contenitive assume una rilevanza diversa, non possiamo dimenticare un passato nel quale erano agite con mezzi che talvolta le rendevano più simili alla tortura che non a trattamenti terapeutici (catene, gabbie, sedie munite di cinghie per finire con lo strumento maggiormente evocato nell'immaginario collettivo, la camicia di forza): un desiderio di rottura e la consapevole necessità di stabilire una relazione terapeutica

con i malati basata su fiducia, rispetto e collaborazione ha portato alcuni servizi a "liberarsi" dalle contenzioni, ad assumere filosofie operative "altre". In Italia la rinuncia alla contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (d'ora in poi S.P.D.C.) è realtà in 12 Dipartimenti di Salute Mentale (dato 2007).



Presenza di mezzi di contenzione nelle strutture psichiatriche italiane (Progres -Acuti)

Questo elaborato documenta la fattibilità del modello no restraint analizzando la realtà del Dipartimento Salute Mentale di Mantova, unico presidio lombardo ad attuare tale metodica.

Ma cosa si intende per no restraint/open door? Semplicemente e palesemente:

- la pratica di non contenere mai il paziente;
- la pratica di lavorare con la porta aperta.

IL S.P.D.C. OSPEDALE CARLO POMA DI MANTOVA

La struttura Il S.P.D.C. dell'Azienda Ospedaliera Ospedale "Carlo Poma" di Mantova è collocato all'interno dell'area ospedaliera in una palazzina recentemente ristrutturata, facilmente accessibile e ben segnalata. Ha 14 posti letto situati in una struttura a piano terra dotata di presidi di sicurezza (maniglie delle finestre removibili, vetri di sicurezza, segnalatore acustico e visivo in caso di apertura



della porta...) e arredata secondo principi di confort e sicurezza ambientale (eliminati suppellettili in vetro e metalli pesanti, assenza di arredi che contengano parti in vetro quali quadri, armadi, tavoli...). La dislocazione delle camere garantisce l'osservazione dei pazienti più a rischio che vengono collocati nei pressi dell'infermeria.

L'organizzazione è stata analizzata con il modello di Henry Mintzberg, una delle teorie più accreditate, utilizzata da tempo nel management infermieristico per fare una lettura del Sistema Sanitario e in esso del Sistema Infermieristico.

Degli elementi fondamentali della teoria di Mintzberg, per esigenza di sintesi, si evidenziano:

- il vertice strategico;
- il sistema di pianificazione.

Il vertice strategico

Il Dipartimento Salute Mentale detiene il potere decisionale, ha la responsabilità globale, formale ed istituzionale dell'organizzazione, alloca risorse e svi-

esposto nel dipartimento a potenziali atti costrittivi è direttamente coinvolto nell'attuazione di "modalità soddisfacenti, appropriate e non restrittive". Nel territorio di competenza del Dipartimento Salute Mentale di Mantova vi sono tre S.P.D.C., tutti operativi con metodiche no restraint/open door (tra cui quello dell'Azienda Ospedaliera Ospedale "Carlo Poma" oggetto della mia analisi).

Il sistema di pianificazione

Premessa ed obiettivo primario della pianificazione delle attività del personale infermieristico e di supporto del S.P.D.C. di Mantova è garantire in tutti i turni (copertura delle 24 ore) la presenza minima di un operatore che si alterna in corsia nelle attività di:

- osservazione e di assorbimento delle richieste/necessità degli assistiti;
- mantenimento di un adeguata atmosfera relazionale e di confort al fine di prevenire situazioni di tensione;
- gestione dei comportamenti aggressivi.



luppa strategie. È l'elemento che chiarisce e definisce la "politica" del servizio. Le decisioni che vengono assunte dal responsabile del dipartimento costituiscono elemento vincolante per il nucleo operativo, parte dell'organizzazione che produce servizi ed eroga prestazioni. La carta dei servizi del Dipartimento Salute Mentale di Mantova redatta nel 2005 esplicita la mission e gli obiettivi che si pone: "Promuovere la salute mentale ed emozionale dei cittadini della provincia di Mantova e garantirne la cura con modalità soddisfacenti, appropriate e non restrittive".

Essendo il Servizio di Diagnosi e Cura l'anello più

Dalla lettura del Piano delle Attività (da considerarsi piano operativo), documento che illustra in termini cronologici la successione delle attività di reparto, si evidenziano centralità e importanza dell'equipe: nei vari turni sono previsti momenti dedicati al confronto e alla discussione delle problematiche cliniche e non dei pazienti ed allo scambio di informazioni. Tali momenti di confronto sono sia interdisciplinari (medici e infermieri) che non.

La formazione non esiste schematismo o preparazione tecnica che fornisce, nella gestione della crisi, uno strumento efficace in ogni situazione ma



la comprensione analitica del comportamento aggressivo e l'analisi strutturata di accadimenti negativi nel processo di cura sono elementi che possono aiutare nello svolgimento di un buon lavoro terapeutico.

Comprensione del comportamento aggressivo

L'aggressività può avere forme aperte (atteggiamenti negativi, violenze verbali, fisiche...) o mascherate (maldicenza, ironia, satira, frecciate, indifferenza.): l'agitazione utilizza il corpo come mezzo di espressione di una sofferenza o di una disorganizzazione fisica, essa è comunicazione ed in quanto tale differenziata a seconda della storia personale e dello stato clinico di chi la agisce oltre al contesto sociale e locale in cui accade. Secondo evidenti analisi e criteri di stadiazione dell'aggressività si riconoscono una serie di fasi (escalation) nella modifica della linea basale emotiva del soggetto potenzialmente aggressivo:

- fase del fattore scatenante;
- fase di crescita dell'aggressività;
- fase della crisi;
- fase del recupero;
- fase della depressione post-critica.

Attuando tecniche di desescalation dell'aggressività si può ottenere la gestione clinica della crisi. L'equipe mantovana ha approfondito con specifico corso formativo i seguenti temi:

1. segnali anticipatori di aggressività;
2. identificazione di fattori calmanti;
3. tecniche comunicative.

Analisi degli eventi avversi

I processi assistenziali sono costantemente monitorati attraverso la rilevazione e analisi strutturata di accadimenti legati al processo di cura che abbiano avuto (o avrebbero potuto avere) conseguenze negative per i pazienti.

"La scheda di segnalazione degli eventi avversi", permette di individuare le possibili cause "radice" della violenza e i fattori predisponenti.

Prevede:

- La descrizione dell'evento avverso (o del quasi evento), il confronto fra la sequenza ideale e quella reale delle azioni che lo hanno generato

ed una serie di "perché", allo scopo di risalire a ritroso nella catena causale ed individuare le possibili cause radice;

- Domande relative a questioni organizzative e gestionali che le ricerche hanno individuato come frequentemente implicate nel verificarsi di errori umani;
- La descrizione delle strategie individualizzate per la prevenzione e la riduzione del rischio di eventi avversi;
- Una matrice per la quantificazione del rischio, derivante dal rapporto fra la probabilità che si verifichi un evento e l'entità del danno, reale o potenziale, ad esso associato.

La scheda per la rilevazione degli eventi avversi in dotazione agli operatori del SPDC di Mantova deriva da un lavoro di revisione della letteratura sull'argomento.

CONCLUSIONI

È essenziale per una metodica di lavoro no restraint/open door una chiara direttiva dipartimentale che legittimi/enunci gli obiettivi da perseguire e doti la struttura delle necessarie risorse ambientali ed umane oltre ad attuare tutti quegli interventi preparatori alla buona gestione del soggetto in fase di scempenso psichico che vanno dalla regolamentazione dell'attuazione di un T.S.O. (protocolli di collaborazione con il Pronto Soccorso, con le realtà sociali territoriali, le forze dell'ordine, la vigilanza interna dei presidi ospedalieri; ...).

Il gruppo degli operatori costituisce la risorsa operativa che mette in atto la metodica non restraint: formazione e lavoro "di gruppo" sono elementi fondamentali per attuare tecniche no restraint di gestione della persona in difficoltà e potenzialmente aggressiva.

A trent'anni dalla riforma che ha portato al superamento della manicomialità sopravvive ancora negli ospedali civili una psichiatria che adotta vecchi metodi, che attua la contenzione meccanica (con tutte le garanzie di sicurezza naturalmente) e che necessita di luoghi separati, chiusi.

Da quanto documentato la possibilità di ridiscutere un nuovo approccio con il paziente psichiatrico in fase di scempenso è concreta, attuabile.



Domenica 7 settembre,
a Como, alle ore 21.15
presso il salone del
Broletto nel corso
della manifestazione
Parolario, è stato
presentato il libro:



"Le Stagioni del San Martino".

Il volume è un vero e proprio toccante documentario fotografico su passato e presente del mondo psichiatrico provinciale. Le fotografie di Gin Anghi, i testi e il progetto poetico di Mauro Fogliaresi ripercorrono - dall'archivio dell'ex manicomio San Martino alla dismissal degli ultimi ospiti, sino alle comunità sul territorio - un viaggio "toccante" su un tema delicato e colmo di sofferza umanità.

Parte degli incassi del libro verranno devoluti all'associazione Nep "Nessuno è perfetto". Il sodalizio legato al mondo della psichiatria si occupa anche della vendita e della distribuzione del volume.

Nel corso della presentazione sono state proiettate le immagini del libro accompagnate dalle note del gruppo musicale Tranquille Donne complesso musicale che prende nome da un reparto dell'ex O.P.P. Le Stagioni del San Martino è stato pubblicato grazie alla collaborazione dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna, del Dipartimento di salute Mentale locale e dell'Asl comasca e dell'Amministrazione Provinciale.

Il testo è in vendita presso: **Sede N.E.P.** via Vittorio Emanuele, 112 - Como tel. 031/3314752 - **Libreria Einaudi** via Carducci, 5 - Como - **Libreria Meroni** via Vittorio Emanuele, 71 - Como

Inconsolabile. Alla voce: "Archivio del Manicomio" (TRATTO DA: LE STAGIONI DEL SAN MARTINO)

Quarantaduemila cartelle riposavano in lunghi corridoi anonimi.

Ogni cartella: "un malato", una storia, un libro, un film dimenticato da raccontare.

Passavo a Gin i faldoni sperando di ritrovare le briciole di tanti "innocenti Pollicini" senza sentiero di guarigione: l'idea consolante di un "normale" ritorno a casa. Il segno dovuto di una resurrezione riparatrice. "Un'anima ridategli l'anima!".

Le mie mani nel voltare di pagina diventavano carezze polverose aggiunte ad altre carezze senza età. Immagini inconsolabili con aura argentata di una sospensione nel tempo dolorosissima. **Ad ogni scatto fotografico di Gin si compiva una sorta di respirazione bocca a bocca di rianimazione in vita.**

"Il pudore è in quell'istinto fotografico pulito!" mi ripeteva. Cercavo nell'arte di Anghi la certezza che non avremmo infranto l'intimità di quel fragilissimo patto del cuore con quelle anime perse in cartelle e cartelle di diagnosi e supplizi.

E mentre il fotografo "scattava" con riguardo...

- Le parole, che senso avevano in quell'attimo le parole? - Inadeguate.

Che ci faceva un poeta lì? Nessuna poesia avrebbe mai potuto ridare il senso di tanti abbracci mancati, di ambigui ricoveri in odore di miseria, di lettere che ancora aspettavano un destinatario... all'insaputa del mittente mai spedite ...che riposta mai ci sarebbe stata ora?



In quel corridoio eterno ad aprirsi in faldoni e faldoni come scatole cinesi si chiudeva nel petto l'irrespirabile senso di incolmabili dimenticanze. Io e Gin, poeta e fotografo eravamo la più aritmica extrasistole in un unico cuore/tango/corridoio straziato violato inconsolabile. In un silenzio così silenzio che... assordante... persino gli acari della polvere tossivano imbarazzati.

Storie di traditi e tradimenti.

Ancora danzava alla voce: " tracce di demonologia" il sospeso delirio di Odette ballerina a Lione finita nel manicomio di Como nel segno del tradimento del suo amato coreografo falso ingannatore: talent scout turlipinatore.

Gavino dal Gennargentu - non contava le pecore per addormentarsi - ma ne rubò una dal gregge del pastore vicino e per questo punito, mandato al fronte dell'Isonzo, avendo in odio le armi e la guerra disertò e in quella colpa ora riposa senza pace tra le carte... le troppe carte dell'ex manicomio San Martino.

In quelle cartelle d'archivio in tanto inchiostro intriso di perentorie sentenze, di colpe di morali di sensi e controsensi.. l'inchiostro inquisisce..." le macchie" le macchie di...

...Aspettando un'immensa carta assorbente di un qualsiasi - fosse anche l'ultimo - Dio.

Mauro Fogliaresi

AGGIORNAMENTO ALBO PROFESSIONALE DEGLI INFERMIERI

NUOVE ISCRIZIONI DAL 01/07/2008 AL 30/09/2008

ANTON AURICA LICA
BEJAOU WASSILA *trasferimento*
CALÒ DANIELA *trasferimento*
CARBONE ANTONELLA *trasferimento*
GALLO SAVERIO *trasferimento*
MUSTEA MAMALIGA LIDIA *trasferimento*
NEGRISOLO ELISABETTA *trasferimento*
NISTOR EUGEN *trasferimento*
PASTOR CHAVAEZ ANGELA PATRICIA *trasferimento*
PEVERELLI MICHELA
SCHINCARIOL DEBORA *trasferimento*
SPINAPOLICE GIUSEPPINA *trasferimento*

CANCELLAZIONI DAL 01/07/2008 AL 30/09/2008

BAIETTI SUOR MARIA *trasferimento*
MARCON MELANIE
MARIA MICHAEL PHATIMA RANI *trasferimento*
MONNI MARCO *trasferimento*
SINANI ARTAN *trasferimento*
VINCENZI GRACIELA EDITH *trasferimento*
ZANI SUOR ANNA



Un caso di abuso di Professione

Pubblichiamo di seguito l'esposto alla Procura della Repubblica effettuato dal Presidente in merito ad un possibile caso di abuso di professione, previsto all'art. 348 c.p., effettuato da una collega che ha esercitato, per un periodo di 4/5 mesi senza la necessaria iscrizione all'albo professionale.

COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI - VIGILATRICI D'INFANZIA
DELLA PROVINCIA DI COMO
Ist. ai sensi Legge 29-10-54 n. 1049



Como, - 2 LUG. 2008

prot. 1796/08/III.4

raccomandata r.r.

Alla c.a.
Procura della Repubblica di
Como
Presso il Tribunale di
22100 Como

Oggetto: Esposto

Il Sottoscritto Stefano Citterio, nato a Giussano (Mi) il 19/12/1969 in qualità di Presidente protempore del Collegio IPASVI di Como con la presente segnala i seguenti fatti relativi alla Sig.ra

- La sig.ra è stata cancellata dall'albo professionale degli infermieri in data 18/12/2007 con delibera 70/07 ed è stata regolarmente informata con RR del 19/12/2007 (allegato n. 1);
- di conseguenza è venuto meno uno dei requisiti per l'esercizio della professione di infermiere previsti dal DM 739/1994 e confermati nell'articolo 2 della Legge 43/2006;
- a seguito di una segnalazione di un nostro Consigliere che la Sig.ra continuava ad esercitare la professione di infermiere, il 12 maggio 2008 abbiamo provveduto ad inviare una R.R. alla Sig.ra per chiedere chiarimenti in merito (allegato n. 2);
- Parallelamente abbiamo provveduto ad inviare a mezzo RR anche alle seguenti strutture una richiesta di chiarimenti:
 - o , RR del 12 maggio 2008 (allegato n. 3);
 - o Casa di Riposo , RR del 12 maggio 2008 (allegato n. 4);
 - o Casa di riposo , del RR 20 maggio 2008 (allegato n. 5)
- Dopo tali comunicazioni abbiamo avuto i seguenti riscontri:
 - o , comunicazione ricevuta il 26 maggio 2008 ha segnalato che la Sig.ra ha effettivamente collaborato fino ad Aprile 2008 (allegato n. 6);
 - o Casa di Riposo , ha comunicato telefonicamente che la Sig.ra non intratteneva alcun rapporto con tale struttura;
 - o Casa di riposo , con comunicazione pervenuta il 27 maggio 2008 ha segnalato che la Sig.ra ha continuato a collaborare con la struttura fino a maggio 2008; (allegato n. 7);
 - o la sig.ra in data 27 maggio 2008 ha presentato domanda di reinscrizione all'albo professionale senza, alla data odierna, aver risposto per iscritto alla richiesta di chiarimenti inviatale in data 12 maggio 2008 (allegato 8);
 - o il riscontro delle dichiarazioni fatte al momento della reinscrizione si è evidenziato, inoltre, una contraddizione tra quanto dichiarato dalla Sig.ra e quanto è emerso dal Certificato del Casellario Giudiziale, richiesto d'ufficio come prassi per tutte le domande di iscrizione (allegato 9).

Il tutto si segnala per i provvedimenti del caso anche in relazione all'eventuale sussistenza degli estremi del reato di cui all'art. 348 c.p..

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE
Dott. Stefano Citterio



V.le Cesare Battisti, 8 - 22100 COMO - Tel.031300218 Fax 031262538 -
E-mail: info@ipasvicomo.it - web: www.ipasvicomo.it



L'IPASVI INTERVIENE PER TUTELARE IL "DECORO DELLA PROFESSIONE"

Pubblichiamo di seguito la lettera inviata dal Presidente ad una nota impresa di Onoranze Funebri di Como che, nel suo sito web, suggeriva ai propri clienti di "non seguire i consigli "disinteressati" di un infermiere o di una badante troppo intraprendenti". Difficile da credere ma purtroppo vero!!.

Dopo le necessarie verifiche della segnalazione che ci è giunta abbiamo provveduto ad inviare la lettera che pubblichiamo di seguito all'impresa interessata che, dopo un ulteriore sollecito, ci ha confermato che provvederà a modificare il sito web.

Un esempio di come è necessario ancora molto lavoro e impegno per superare certi stereotipi legati alla figura infermieristica.

50

COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI - VIGILATRICI D'INFANZIA
DELLA PROVINCIA DI COMO
Ist. al seral Legge 29-10-54 n. 1049



Como, 21.11.2008

prot. 10.11.08 / 1.13

Alla c.a.
Rappresentante Legale
ONORANZE FUNEBRI

22100 Como

Oggetto: Reclamo

Sig. Dr. _____

le scrivo in qualità di Presidente del Collegio Infermieri della provincia di Como a seguito della segnalazione di un nostro iscritto.

Il Collegio professionale che Presiedo è un ente pubblico non economico, che ha tra le sue finalità la tutela della dignità e del decoro degli infermieri, in questo caso degli oltre 3200 iscritti della Provincia di Como, per garantire ai cittadini la migliore assistenza infermieristica possibile.

Nel vostro sito web, nella sezione "cosa non fare", viene riportato il consiglio rivolto ai vostri possibili utenti di "non seguire i consigli "disinteressati" di un infermiere o di una badante troppo intraprendente", attribuendo in questo modo agli infermieri, a priori e senza motivazione, comportamenti dolosi che, in quanto tali, non possono essere certo congiunti all'appartenenza ad una determinata categoria (comprese le badanti, da voi citate nel medesimo contesto).

Ritengo tale affermazione lesiva per l'immagine degli infermieri, denotando una non conoscenza del livello di professionalità oggi richiesto e raggiunto dalla professione infermieristica, ancorandola a stereotipi ormai superati dalla storia e dalla realtà dei fatti.

L'infermiere oggi è un professionista con un curriculum formativo Universitario, responsabile dell'assistenza infermieristica alle persone e che, tra le altre cose, è tenuto al rispetto del Codice Deontologico dell'infermiere.

Sono quindi a rappresentare lo sconcerto e il rammarico nel veder tratteggiata in questo modo la professione infermieristica, e di conseguenza sono a chiedere l'immediata rimozione della frase in questione nonché le motivazioni che hanno condotto ad utilizzare una affermazione del genere.

In attesa di un riscontro urgente, distinti saluti.

Il Presidente IPASVI Como
Dr. Stefano Ciferri



ASSOCIAZIONE MEDICINA E PERSONA

- Mancano Infermieri o manca l'infermiere? La professione dell'assistere: uomini di fronte a uomini – 21-22 novembre 2008, Castorcaro Terme (FC)
Info: info@medicinaepersona.org - tel. 0267382754 - fax 0267100597

AIOSS

- XXIII Corso di aggiornamento in Stomatoterapia, Coloproctologia e riabilitazione della disfunzione del pavimento perineale - 16-19 ottobre 2008 Romini
Info: gabrielerastelli@email.it - cell. 333/5221840

SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA TORACICA

- Congresso nazionale Società Italiana di Chirurgia Toracica - Castorcaro Terme (FC) 15-18 ottobre 2008
*Info: info@sict2008.it - www.sict2008.it - www.congressi.delphiinternational.it
tel. 0532/595011 int.49 - fax 0532/595011*

COLLEGIO IPASVI BERGAMO

- Integrazione tra Infermieri e operatori di supporto nella realtà provinciale: esperienze e proposte - Seriate (BG) 24 ottobre 2008
Info: tel. 035/217090 - fax 035/236332

AIEOP

- XXXV Congresso nazionale - Ancona 26-28 ottobre 2008
Info: segreteria@aieop.org - www.aieop.org - tel 051/6364667 - fax 051/345759

LA LECHE LEAGUE ITALIA

- Sostegno alle mamme - Esperienze sul territorio- Como 31 ottobre 2008
Info: M. Anzani 031/309617 - P. Colombo 031/704023 - K. Micheletti 338/6212448

AZIENDA OSPEDALIERA S.ANNA - COMO

- Essere e benessere. Linee guida per una corretta igiene degli alimenti - Como - 2/3 ottobre 2008 - 23/24 ottobre 2008 - 13/14 novembre 2008. Cantù 6/7 novembre 2008 - 20/21 novembre 2008
Info: formazione.como@hsacomo.org - tel. 031/5854169 - 031/5854161 - fax 031/5854163
- Banche dati biomediche: come strutturare una ricerca bibliografica - Como 11 novembre 2008
Info: formazione@hsacomo.org - tel. 031/5854167 - fax 031/5854163
- Formazione del personale alla prevenzione della patologia acuta e cronica del rachide nello spostamento dei carichi, durante l'assistenza dei soggetti non autosufficienti" - 17/18 ottobre 2008- 14/15 novembre 2008 - 28/29 novembre 2008
Info: formazione.como@hsacomo.org - tel. 031/5854169 - fax. 031/5854163

ARLI

- La quotidianità assistenziale e gli strumenti della ricerca scientifica - Milano 21 ottobre 2008
- La funzione educativa dell'infermiere e le metodologie didattiche - Milano 5-12-19-26 novembre 2008
Info: arli_milano@libero.it - www.cnai.info - tel. 02/58306892 - fax 02/58308892

FOCUS GROUP - COLLEGIO IPASVI BERGAMO

- Light Touch Therapy: il tocco come cura - 15 ottobre 2008
- Saper lavorare in un team e alimentare la nostra motivazione - 29 ottobre 2008
- La cardiopatia ischemica - 12 novembre 2008
- La sindrome metabolica: un approccio globale ai fattori di rischio cardiovascolari - 27 novembre 2008
- L'ipertensione arteriosa: la diagnosi, la terapia, le complicanze - 11 dicembre 2008. Sede dei corsi: Bergamo
Info: info@focusg.it - www.focusg.it - tel. 035/224072 - fax 035/232980



AISLeC

V Congresso nazionale – EBP e wound care: nuove frontiere – Napoli 13-15 novembre 2008

Info: info@cecongressi.com - www.cecongressi.com - tel. 06/65494640 - fax 06/65192051

FORMAZIONE IN AGORA

- Assistenza alla persona in condizioni critiche: BLS sostegno e ripristino delle funzioni vitali con i presidi sovraglottici - Padova 22/23 ottobre 2008
- Management sanitario: i carichi di lavoro con metodo PRN - Padova 28/29 ottobre 2008
- L'organizzazione sanitaria che apprende: la corporate university quale struttura strategica di cambiamento organizzativo Aziendale - Padova 30/31 ottobre 2008.
- Infermiere e processo di assistenza: diagnosi infermieristiche con modello Nanda 2008 - Padova 18/19 novembre 2008
- Documentazione sanitaria: cartella clinica integrata - Vicenza 20/21 novembre 2008
- Management sanitario: la turnistica - Padova 27/28 novembre 2008
- L'organizzazione sanitaria che apprende: percorsi clinici assistenziali - Padova 4/5 dicembre 2008
- Assistenza avanzata alla persona in condizioni critiche: ALS. Sostegno, ripristino, mantenimento e/o compensazione delle funzioni vitali - Padova 9/10 dicembre 2008
- Motivazione e professione: per essere per fare - Padova 11/12 dicembre 2008
- I disturbi dell'alimentazione: anoressia e bulimia nervosa - Padova 16/17 dicembre 2008
- Infermiere processo di assistenza: pianificazione assistenziale con tassonomia (NANDA NOC NIC) - Padova 18/19 dicembre 2008

Info: formazineinagora@virgilio.it - tel e fax. 049/8703457 - cell. 346/2152759

A.N.I.N.

- Seminario itinerante. Il Governo della sicurezza e il rischio nelle attività assistenziali. Napoli 18 ottobre 2008

Info: www.anin.it - www.mymeetingsrl.com - info@mymeetingsrl.com

tel. 051/796971 - fax. 051/795270 - cell.349/7314268 - e.zanelli@anin.it

- corso congiunto ANIN-SIN monitoraggio neurologico: adozione di scale VS descrizione deficit - Napoli 20 ottobre 2008
- corso congiunto ANIN-SINch - L'assistenza al paziente neurochirurgico - Udine 7 novembre 2008
- 28° congresso nazionale A.N.I.N. - Sicurezza, innovazione e ricerca nella pratica infermieristica - Rimini 3/4 aprile 2009

Info: info@mymeetingsrl.com tel 051/796971

GIMBE

- Metodologia della Ricerca Clinica 13-14-15 ottobre, 17-18-19 novembre, 10-11-12 dicembre 2008. Giornata finale da definire.
- Evidence-based Nursing - 20-21-22-23 ottobre 2008
- Introduzione al Governo Clinico - 20-21-22 ottobre 2008
- La gestione del rischio clinico (Modulo base) - 17-18-19 novembre 2008
- Dalle linee guida ai percorsi assistenziali - 3-4-5 novembre 2008
- Audit e Indicatori di qualità - 1-2-3 dicembre 2008 - Sede dei corsi Bologna

Info: info@gimbe.org www.gimbe.org tel. 051/5883920 fax 051/3372195



Di seguito troverete il modulo per proporre la vostra candidatura.
Partecipate numerosi, e tenetevi aggiornati anche sul nostro sito www.ipasvicomo.it

SCHEDA DI CANDIDATURA PER RINNOVO CARICHE TRIENNIO 2009/2011

53

COGNOME _____ NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

ISCRITTO AL COLLEGIO IPASVI DI COMO DAL _____ AL NUMERO _____

QUALIFICA: Inf. AS VI/Inf. Ped.

SEDE DI LAVORO _____

RECAPITO TELEFONICO _____

ESPERIENZE PROFESSIONALI E/O FORMATIVE SIGNIFICATIVE _____

SPECIFICARE SE INTENDE CANDIDARSI NEL:

- CONSIGLIO DIRETTIVO
 COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Firma _____

INVIARE LA SCHEDA A: COLLEGIO IPASVI - Viale C.Battisti, 8 - 22100 COMO
Tel. 031/300218 - Fax 031/262538 - E-mail: info@ipasvicomo.it

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche e integrazioni, i dati e le informazioni richieste verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuale ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti il rinnovo delle cariche nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

Il titolare del trattamento è il Collegio IPASVI di Como, viale C.Battisti,8. Il responsabile del trattamento è il presidente pro-tempore dell'Ente.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.lgs n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente autorizza il trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____



Novità dalla Regione Lombardia per l'assistenza socio - sanitaria ai malati di SLA

13 Agosto 2008 - Assegno mensile di 500 euro alle famiglie e possibilità di ricovero di sollievo gratuiti. Un assegno mensile di 500 euro verrà erogato dalla Regione alle famiglie dei malati di Sla, la Sclerosi laterale amiotrofica, malati per i quali ci sarà anche la possibilità di un ricovero temporaneo "di sollievo" completamente gratuito nelle Residenze sanitarie. Sono due delle misure più significative contenute in una delibera presentata dagli assessori alla Famiglia e Solidarietà Sociale, Giulio Boscagli, e alla Sanità, Luciano Bresciani, approvata dalla Giunta regionale, che - con uno stanziamento di 12 milioni di euro - dà un forte impulso all'assistenza socio- sanitaria appunto per i malati di Sla, ma anche per i malati terminali, in particolare alle cure palliative e alla terapia del dolore per i pazienti oncologici. Altri 20 milioni sono già a disposizione dei pazienti in stato vegetativo, che in Lombardia (a differenza che altrove) vengono curati gratuitamente in 41 strutture socio-sanitarie (attualmente 481 pazienti). Nel complesso sono dunque 32 milioni, già nella disponibilità delle varie Asl, per fornire prestazioni che non rientrano nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) fissati a livello nazionale ma che Regione Lombardia ha voluto rendere gratuite, ricavando ingenti risorse dal proprio bilancio, per rispondere a un bisogno particolarmente grave e doloroso.

ASSEGNO E RICOVERO

Il contributo mensile di 500 euro per i malati di Sla è destinato al familiare che quotidianamente dedica tempo ed energie per aiutare queste persone per la propria cura personale, l'igiene, l'alimentazione e la mobilitazione. Il provvedimento ha valore retroattivo, con decorrenza dal 1° gennaio 2008. Sempre per i malati di Sla, è previsto il ricovero temporaneo di sollievo (Residenze sanitarie per anziani - Rsa - e per disabili - Rsd) fino a un massimo di 90 giorni all'anno, anche in periodi non consecutivi. Anche in questo caso c'è un effetto retroattivo: alle famiglie o ai Comuni saranno rimborsati eventuali oneri sostenuti nel corso del 2008.

VOUCHER "FLESSIBILE"

Una terza misura importante riguarda sia i malati di Sla sia i malati terminali: il voucher socio-sanitario da 619 euro, con il quale vengono "acquistate" le cure domiciliari, diventa "flessibile", potrà cioè essere erogato con cadenza anche inferiore al mese (mentre finora era mensile). In questo modo si garantiscono interventi efficaci commisurati all'intensità assistenziale delle prestazioni necessarie a ciascuna persona. Stesso criterio viene adottato per il cosiddetto "credit", forma di intervento simile al voucher, che prevede un piano di assistenza individualizzato. (Ln)



Cassazione - È legittimo il “non consenso”

Non la voleva proprio quella trasfusione che pure nel 1990 gli aveva salvato la vita. Mirco, fervente testimone di Geova, il giorno del grave incidente che lo aveva ridotto in fin di vita portava con sé un biglietto con su scritto: “Niente sangue”. Un’indicazione che per i giudici della Suprema Corte non era sufficiente a evitare che i medici effettuassero la trasfusione.

E anzi, si legge nella sentenza n. 23676, depositata il 15 settembre, per ottenere il rispetto del dissenso terapeutico, non basta esprimere una “volontà ipotetica”, frutto di una “cognizione dei fatti ideologica”, ma è necessario un rifiuto motivato ed espresso nel momento in cui l’emergenza avviene, dopo che il paziente ha compreso e preso atto dei rischi per il mancato trattamento e, dunque, della reale situazione di pericolo per la propria incolumità.

Solo così il medico può essere messo in condizione di decidere. Il quale, altrimenti, non può orientarsi senza indicazioni esplicite di fronte a chi non ha “consapevolezza della gravità delle proprie condizioni di salute”. “Il paziente rechi con sé una articolata, puntuale, espressa dichiarazione dalla quale inequivocamente emerga la volontà di impedire la trasfusione anche in pericolo di vita”.

Oltre a questa determinazione, già più volte ribadita in giurisprudenza, si inserisce una seconda via per tutelare il proprio diritto a non farsi curare: la possibilità di nominare un rappresentante “ad acta”, che confermi – innanzi ai sanitari - il “non consenso” alle cure.

(fonte Il SOLE24SANITÀ, 23-29 SETTEMBRE 2008)



Giorno di visita in ospedale (1889)



Henry Jules Jean Geoffroy,
"Giorno di visita in ospedale",
1889, olio su tela

In una scena d'interno di ospedale molto ampio e luminoso, emerge per contrasto la figura del padre, in abiti scuri, e tonalità intense e dettagliate, mentre si confonde con le coltri il colore fortemente anemico del bambino sprofondato in un sonno segno di astenia profonda. Non ci è dato di vedere il volto del padre, anche se il suo atteggiamento ne comunica tutta la trepidazione, per quel piccolo che forse vorrebbe stringere a sé come fa un altro genitore al letto accanto, ma che lascia quieto, limitandosi a guardarlo. Gli abiti umili e dimessi, il cappello in mano, la posizione di chi sembra debba togliere il disturbo in casa d'altri, vibrano di quel timore e riverenza di cui sono capaci gli amici di sempre, che rendono possibile sperimentare i rapporti nella loro verità senza la violenza di un possesso. È quella capacità di restare un passo indietro e guardare al destino dell'altro chiedendosi: che ne sarà di lui?

arte e assistenza

Tratto da "Curare e guarire. Occhio artistico e occhio clinico" di Giorgio Bordin e Laura Polo D'Ambrosio

