

professione infermiere umbria

anno XI n.4/10



Spedizione in abb. postale art. 20 lett. C - Legge 662/96 Filiale di Perugia - Periodico di comunicazione interna dei Collegi IPASVI, di Perugia e Terni



Collegi IPASVI
Perugia-Terni



Federazione Nazionale Collegi Infermieri
Periodico di comunicazione
interna dei Collegi IP.AS.VI.
di Perugia e Terni

anno XI n. 4/10

Editore:

Coordinamento Regionale
dei Collegi IP.AS.VI.
di Perugia e Terni

Direttore Responsabile:

Renata Buono

Responsabile di Redazione:

Nora Marinelli

Segreteria di Redazione:

Serenella Bertini
Angela Castellani

Comitato di Redazione:

Palmiro Riganelli
Ambra Proietti
Giusti Gian Domenico
Laura Caprasecca

Grafica:

Punto Editoriale Assisi (Pg)
punto.editoriale@alice.it

Stampa:

Dimensione Grafica
Spello (Pg)

Questo numero

è stato chiuso in tipografia:
il 20/12/2010

Autorizzazione:

Registrato presso
il Tribunale di Perugia
n. 45 del 24/11/1997

sommario

1 editoriale

DI P. RIGANELLI

4 ilcollegioinforma

NOTIZIE FLASH

A CURA DI M. DORMENTONI, L. CAPRASECCA

5 L'ANGOLO DEL LIBRO

A CURA DELLA REDAZIONE

6 LA RECENSIONE DEL MESE

LA FORMULA CHIMICA DEL DOLORE

A CURA DI S. ADAMI

8 REPORT SUL CONVEGNO DEL COORDINAMENTO

LA RICERCA INFERMIERISTICA

DI N. MARINELLI

10 lerubriche

DISPENSATORE DI STIMOLI INFERMIERISTICI

BLOCKNOTES

DI G.D. GIUSTI

14 spazioaperto

UNA PARTICOLARE STRATEGIA DEGLI OPERATORI

IL BURNOUT

A CURA DI I. PELOSIO

19 SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATO

LA QUALITÀ PERCEPITA

A CURA DI M. PAGNOTTA

22 IL MAL DI SCHIENA NEGLI OPERATORI SANITARI

DURANTE IL TURNO DI LAVORO

DI S. SANSOLINO

26 noteeannotazioniincorsa

IL BUONGIORNO SI VEDE DAL MATTINO

FIGURATI LA SERA

DI M. CAPPELLO

28 lasegreteriainforma

I CREDITI FORMATIVI DEGLI EVENTI ORGANIZZATI

DAI COLLEGI IP.AS.VI. DI PERUGIA E TERNI

GLI E.C.M. 2006-2010

A CURA DEI COLLEGI DI PERUGIA E TERNI

32 REGOLE PER LA PUBBLICAZIONE

GLI ARTICOLI

A CURA DELLA REDAZIONE

I inserto

COSA SOGNANO I PESCI ROSSI

DI N. MARINELLI

VIII INTERVENTI RELAZIONALI NELL'ASSISTENZA ALLA

PERSONA CHE NON RESPIRA AUTONOMAMENTE

DI N. MARINELLI

NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA

Sono ormai passati oltre quindici anni da quando, a seguito di una delle più imponenti manifestazioni che una professione abbia mai fatto, gli infermieri ottennero nel 1994 con il D.M. n. 739, il loro più grande riconoscimento professionale il *Profilo Professionale*. In seguito, la legge n. 42/99 aboliva, definitivamente, il mansionario e andava a declinare gli elementi caratterizzanti l'autonomia professionale dell'infermiere ora professione sanitaria e non più ausiliaria, riconoscendo formalmente il percorso professionale e la competenza infermieristica quale elemento qualificante dell'assistenza alla persona.

Successivamente la legge n. 251/2000 ribadisce chi è l'infermiere, i suoi ambiti di autonomia e di responsabilità in modo assolutamente univoco anche a livello organizzativo gestionale.

La riflessione e l'approfondimento professionale che si sono sviluppati in questi anni sono stati focalizzati sempre più da una parte alla definizione delle migliori strategie per garantire una sempre maggiore e qualificata collaborazione con gli altri professionisti impegnati nell'assistenza ai cittadini e dall'altra alla sistematica ricerca di metodologie e strumenti innovativi per riconoscere i bisogni di salute, pianificare attuare e valutare i risultati dei relativi interventi assistenziali complessi in modo sempre più appropriato, personalizzato e sicuro.

In tutto questo percorso gli infermieri non si sono mai sottratti al confronto professionale ed interprofessionale con le altre figure sanitarie. Hanno cercato di lavorare sempre per declinare in modo innovativo, evoluto e scientifico un sapere professionale specifico integrandosi e sostenendo il sistema salute in modo assolutamente significativo ed importante. Quanto precedentemente esposto, insieme alla definitiva ristrutturazione dei percorsi formativi di base e post base, unito alle sempre alle maggiori e mutate esigenze assistenziali, hanno messo sempre più in evidenza le potenzialità ed il ruolo strategico dell'infermiere all'interno del sistema socio sanitario.

Agli infermieri, in questo periodo, è stata chiesta, garantita e riconosciuta maggiore formazione, maggiore integrazione e flessibilità nel percorso assistenziale, maggiori competenze con ambiti

di autonomia e di responsabilità sempre più ampi. Percorsi formativi accademici fondati su saperi scientifici per un'autonomia operativa ma anche decisoria assolutamente importante.

I notevoli cambiamenti subiti dall'organizzazione del lavoro, dai servizi ospedalieri e territoriali, in conseguenza dell'evoluzione dei bisogni di assistenza, hanno portato necessariamente ad un maggiore investimento sulla professione infermieristica. Oggi l'infermiere si configura come un professionista moderno, perfettamente integrato nel sistema dell'erogazione dell'assistenza e cura, responsabile autonomamente di quanto di sua specifica competenza che collabora ed interagisce sistematicamente con tutte le professionalità che si occupano delle persone e dei loro bisogni di assistenza e cura all'interno dei servizi socio sanitari.

Il confronto con modelli organizzativi assistenziali adottati in altri paesi europei e la necessità di trovare nuove strategie per rispondere in maniera sempre più appropriata ad un invecchiamento della popolazione ed un aumento della cronicità sempre più crescenti hanno spinto alcune Aziende sanitarie, in accordo con i rispettivi assessorati regionali, a sperimentare modelli organizzativi impostati su criteri di razionalizzazione, efficienza, efficacia e attenzione ai costi e sempre più coerenti con le aspettative dei cittadini.

Di conseguenza sono stati posti in essere, in varie realtà regionali, periodi di sperimentazione di nuovi modelli organizzativo assistenziali, innovativi, soprattutto nell'ambito del pronto soccorso e dell'emergenza, delle strutture residenziali, dei percorsi preoperatori e dell'assistenza domiciliare che hanno coinvolto direttamente ed in maniera rilevante la professione infermieristica.

Tutti questi progetti partono da una base comune, la necessità di voler garantire una migliore presa in carico e una migliore continuità assistenziale tra le varie realtà socio sanitarie, siano esse ospedaliere o territoriali. Andando, prima di tutto, a ridefinire le attività necessarie, le competenze e le relative responsabilità facenti capo ad ogni singolo professionista impegnato sullo specifico percorso di assistenza e cura.

Il riconoscimento e l'adozione di nuovi modelli organizzativi e di lavoro e la ridefinizione puntuale delle varie figure interessate (ospedali organizzati per intensità di cure e complessità assistenziale, le nursing home, il *See & Treat* la ridefinizione del fabbisogno sulla base del grado di complessità delle persone assistite o in base alla complessità dell'intervento chirurgico/anestesiologico, il case management e la presa in carico globale, hanno aperto un fronte di dibattito molto forte tra le varie professionalità interessate.

Il dibattito, che soprattutto negli ultimi tempi, ha riguardato una parte dei medici, o meglio una piccola minoranza della professione medica che mette in discussione questi progetti di sperimentazione.

Il tutto fino ad arrivare alla presentazione di un esposto alle Procure di Firenze e Bologna finalizzato a rimettere in discussione le competenze agite dai professionisti infermieri all'interno di questi nuovi modelli in fase di sperimentazione soprattutto in Toscana ed in Emilia Romagna.

Bisogna ricordare che questi progetti non sono stati imposti dagli infermieri, ma sono stati prima di tutto ritenuti necessari condivisi e approvati a tutti i livelli, professionali, aziendali e regionali. Gli infermieri stanno contribuendo per costruire modelli assistenziali in ambito ospedaliero che rispondano sempre più al criterio della complessità assistenziale e non al paradigma clinico e modelli assistenziali territoriali basati sul bisogno di assistenza prevalente che è rappresentato dalla cronicità (cronic care model, infermiere di famiglia, case management).

Modelli innovativi, costruiti su progetti regionali, che probabilmente riusciranno a dare dei risultati in termini di miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza, della tempestività e della sicurezza della risposta assistenziale ai cittadini.

Ci riferiamo per esempio alla sperimentazione di un modello assistenziale adottato dalla regione Toscana che coinvolge gli infermieri per trattare alcuni problemi di salute a bassa complessità nei pronto soccorso.

Un gruppo definito di infermieri "esperti", opportunamente formati, saranno affiancati per tutto il periodo di sperimentazione da un medico tutor gestiranno e daranno risposta a una serie di problematiche minori, definite e approvate dal Consiglio Sanitario Regionale: come piccole ferite e abrasioni, contusioni minori, ecc.

Questi infermieri che lavoreranno negli ambulatori noti con il nome di *See & Treat*, approvato dalla Regione Toscana ed Emilia Romagna,

hanno seguito un corso di formazione regionale di 180 ore per la certificazione delle competenze esperte ed opereranno in base a protocolli elaborati da un gruppo multidisciplinare di professionisti (medici e infermieri) individuati dal Consiglio Sanitario Regionale, che ha proposto questa modalità di lavoro.

Perché solo adesso, dopo vent'anni dall'abolizione del mansionario si torna a mettere in dubbio l'esercizio professionale ed i confini dell'agire infermieristico? Perché a fronte di progetti condivisi e che stanno iniziando a dare risultati positivi, anche se si tratta di una fase di sperimentazione si assiste ad un attacco mediatico e giudiziario strumentale su questioni di norme, di procedure ventilando chissà quali pericoli per le persone che vengono assistite bene, presto e con la massima sicurezza.

Quello che oggi si vorrebbe mettere in discussione in fin dei conti proprio così nuovo non è.

In alcune aree assistenziali come quella dell'emergenza urgenza e di tante altre gli infermieri da sempre svolgono un ruolo assolutamente importante con competenza e professionalità.

Il perché è da ricercarsi, forse, sull'ennesimo ed estremo tentativo da parte di una piccola parte della professione medica, dalla quale tutti gli altri si sono pubblicamente dissociati, di cercare di contrastare il sistema quando questo comincia a riconoscere, legittimandola, la competenza infermieristica ed i risultati dell'assistenza fatta in modo diverso. Una strategia per cercare in tutti i modi di spostare questo dibattito dall'ambito professionale a quello giuridico con l'obiettivo principale di perseguire interessi diversi da quelli per i quali gli infermieri si sono da sempre impegnati. Questi medici non sono contro gli infermieri, ma probabilmente sono contro il sistema quando riconosce all'infermiere competenze ruolo e status.

La risposta assistenziale non si può configurare solamente nell'intervento diagnostico terapeutico, peraltro sostenuto in maniera significativa dalle competenze dell'infermiere, ma anche e soprattutto nella rilevazione e soddisfazione di innumerevoli bisogni di tipo assistenziale che l'infermiere cerca di soddisfare attraverso un intervento di tipo personalizzato sicuro ed efficace all'interno di un sistema sempre più multi professionale integrato e interattivo.

È necessario che il confronto ed il dibattito tornino su toni costruttivi, dove il problema non si risolve con "formule" giuridiche, ma attraverso un confronto aperto e costruttivo che a partire dalle reali esigenze di assistenza dei cittadini e della sostenibilità

del sistema arrivi ad un riconoscimento delle singole competenze e professionalità specifiche fino alla definizione integrata e flessibile di nuovi perimetri professionali.

Gli infermieri da sempre, sono coscienti e consapevoli che le posizioni strumentali e le inutili guerre tra professioni non possono dare altro risultato che quello di aumentare le difficoltà, già numerose, per i professionisti, per i cittadini e per il sistema stesso. Gli infermieri, i medici e tutte le professioni all'interno del sistema devono perseguire un cambiamento culturale dove è indispensabile conoscersi e crescere

insieme, deponendo le armi dello scontro professionale, per impegnare tutte le energie su obiettivi e strategie che possano migliorare i processi assistenziali rivolti ai cittadini. Questo nuovo approccio oltre a valorizzare tutte le professioni potrà offrire, in prospettiva, molti altri vantaggi come una migliore qualità dell'assistenza, una maggiore sicurezza e sostenibilità del sistema assicurando così un trattamento più tempestivo e appropriato in molti ambiti assistenziali.

Un caro augurio di buone feste a tutti ●

LA RIDEFINIZIONE E L'EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE DEGLI INFERMIERI

RISPONDE AI BISOGNI DEI CITTADINI E DEL SISTEMA SANITARIO:

LA POSIZIONE DELL'IP.AS.VI.

Il 20 novembre 2010 si è tenuto a Bologna il Consiglio della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri (F.N.C. IP.AS.VI.) convocato in assemblea straordinaria per analizzare l'impatto dell'esposto presentato dall'Ordine dei medici di Bologna alle procure di Bologna e Firenze e definire la conseguente risposta della professione infermieristica.

L'esposto contesta in particolare il modello organizzativo *See & Treat* approvato dalle regioni Toscana ed Emilia Romagna per migliorare l'efficacia dei servizi di Pronto Soccorso e ridurre i tempi di attesa dei cittadini.

La contestazione reativa di una parte del mondo medico sorprende soprattutto perché il progetto sotteso al modello organizzativo *See & Treat* – ad oggi in corso di sperimentazione – non contiene sostanziali elemen-

ti di novità rispetto a ciò che gli infermieri italiani fanno già dagli anni Novanta: ne formalizza unicamente le funzioni e le responsabilità sulla base di specifici protocolli condivisi tra medici e infermieri, oltre a definire i correlati e puntuali percorsi formativi. Dopo ampio ed approfondito dibattito e all'unanimità, il Consiglio della Federazione nazionale Collegi Infermieri:

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

■ **ribadisce** che l'obiettivo principale degli infermieri sono la qualità e la personalizzazione dei servizi sanitari rivolti alla persona, che costituiscono il focus dell'agire infermieristico;

■ **sottolinea** che le attività in fase di sperimentazione sono svolte nel pieno rispetto delle leggi nazionali e degli orientamenti regionali ed aziendali;

■ **rifugge** da strumentali provocazioni foriere di conflitti inter professionali, che danneggiano l'attenta e responsabile risposta ai bisogni di salute dei cittadini;

■ **si impegna** a mantenere un alto livello di collaborazione con i medici con cui da sempre gli infermieri condividono l'impegno assistenziale e curativo;

■ **esprime** la volontà a proseguire in un confronto aperto e costruttivo che punti alla condivisione di valori, obiettivi e percorsi operativi.

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

NOTIZIE FLASH

DALLA TOSCANA NO DI INFERMIERI E DOTTORI

Amedeo Bianco (FNOMCEO):
La responsabilità è nostra.
Annalisa Silvestro (IP.AS.VI.):
I medici stanno enfatizzando
la questione perché temono
un'invasione di campo

1 2.11.2010. Non è ancora partita e già ha suscitato critiche e polemiche. Gli ordini dei Medici hanno già espresso la loro perplessità, se non contrarietà, alla sperimentazione decisa dalla Regione Toscana di coinvolgere gli infermieri per curare alcuni problemi clinici minori nel pronto soccorso, in modo da ridurre le attese. L'operazione dovrebbe partire nei prossimi giorni in sei ospedali toscani. [...] La sperimentazione, che dovrebbe durare sei mesi, funzionerà secondo le modalità del *See & treat*, cioè "vedi e tratta". Gli infermieri che vi lavoreranno, dopo aver seguito un corso di formazione regionale di 180 ore, saranno affiancati da un medico tutor, e dovranno gestire e dare risposta a una serie di problematiche minori, definite e approvate dal Consiglio sanitario regionale, come piccole ferite e abrasioni, contusioni minori, ustioni solari, punture di insetti, rinite, congiuntivite. Una pratica già in uso nel Regno Unito,

come spiega la giunta Toscana, e che rappresenta la «formalizzazione di ciò che già accade da anni sulla base di una legge del 1992, cioè la possibilità per gli infermieri di trattare i casi meno gravi nel pronto soccorso», come chiarisce la presidente della Federazione nazionale dei collegi degli infermieri (IP.AS.VI.), Annalisa Silvestro. «Medici e infermieri lavorano insieme per velocizzare i tempi per i cittadini. Oggi la novità – commenta Silvestro – sta solo nel fatto che gli infermieri, rispetto a competenze già previste, potranno inviare il paziente dal medico specialista in ospedale per ulteriori accertamenti se lo riterranno necessario». Ma i Medici non ci stanno. È «importante che il ruolo del medico resti centrale e di garanzia per il cittadino nei percorsi di diagnosi e cura e che il medico non sia emarginato o "bypassato"», avverte il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei Medici (F.N.O.M.C.E.O.) Amedeo Bianco. [...] Secondo l'IP.AS.VI. però alcuni Medici stanno enfatizzando la questione perché temono un'invasione di campo. «Ma si tratta – conclude Silvestro – di un campo nel quale noi siamo già da anni».

(Tratto da www.mondoprofessionisti.eu, dall'articolo di Luigi Berliori)

LA PAUSA SARÀ UTILE A RIALLACCIARE IL DIALOGO

Riconoscere e valorizzare
le nuove professionalità
degli infermieri

Il rischio di avere un sindacato depotenziato per i prossimi tre anni impensierisce anche gli infermieri. Per Annalisa Silvestro, presidente di IP.AS.VI., «La preoccupazione per questa minore possibilità di intervento sull'organizzazione del lavoro da parte del sindacato esiste. È infatti fondamentale che ci sia una voce che renda evidenti le criticità esistenti nei modelli organizzativi. L'auspicio è che questi tre anni di stasi siano utilizzati per ridefinire, ripensare e riprogettare, insieme agli operatori, modalità più efficaci e appropriate, attente ai bisogni dei cittadini ma anche a quelle che sono le espressioni della professionalità degli operatori. Insomma potrebbe aprirsi una fase di riflessione generale del modo di stare dentro l'organizzazione sanitaria.

Quali dovrebbero essere le correzioni di rotta? [...]

Questi tre anni potrebbero servire al sindacato per aggiornarsi un po'? [...]

Quindi si alla meritocrazia ma declinata meglio? [...]

(Tratto da *Il Sole 24 ore - Sanità*, 26 ottobre - 1 novembre 2010)

CASO ZAMBONI

Malati di sclerosi multipla chiedono incontro a Fazio

L'associazione malati di sclerosi multipla Ccsvi-Sm, rinnova la richiesta di un urgente incontro con il ministro della Salute Ferruccio Fazio, scrivendo una lettera aperta per avanzare le proprie richieste. La lettera dell'associazione segue la circolare ministeriale inviata agli assessori alla Sanità regionali in merito alla questione Ccsvi e sclerosi, a seguito della speranza accesa nei pazienti dall'ipotesi che la patologia possa essere associata ad un'insufficienza venosa cerebrospinale cronica, come teorizzato da Paolo Zamboni, direttore del Centro di malattie vascolari dell'università di Ferrara. Secondo la sua teoria, la patologia sarebbe trattabile attraverso un intervento di angioplastica con palloncino per disostruire la vena occlusa. Nella lettera l'associazione richiede che proprio questa diagnosi e trattamento siano inseriti nei Livelli essenziali di assistenza, con la validazione di un apposito codice identificativo che permetta la tracciabilità dei dati. Si richiede inoltre l'avvio di un centro di eccellenza per la ricerca e l'assistenza per le malattie del sistema nervoso centrale causate da patologie venose croniche. Infine, l'associazione ha sottolineato "con stupore" come Fazio abbia presentato lo studio sperimentale F.I.S.M. (Fondazione italiana sclerosi multipla) diagnostico, come l'unico esistente, senza fare cenno alla sperimentazione sia diagnostica che terapeutica che sta per iniziare in Emilia Romagna sotto la direzione proprio del prof. Zamboni. 

(Tratto da www.quotidianosanità.it, 10 novembre 2010)

l'angolo del libro

CECILIA SIRONI

INTRODUZIONE ALLA RICERCA INFERMIERISTICA I fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana

A CURA DELLA REDAZIONE



Gli infermieri hanno l'obbligo nei confronti della società di garantire un'assistenza che sia frutto dei risultati della ricerca, della valutazione e della validazione delle conoscenze: per questo la ricerca infermieristica è fondamentale. Questo testo è stato concepito per offrire un contributo introduttivo alla giovane storia della ricerca infermieristica italiana, tenendo presente sia l'approccio qualitativo

che quello quantitativo alla ricerca. È stato pensato per gli studenti del corso di laurea per infermiere, ma potrà essere utile anche agli studenti del triennio per ostetrica e a tutti gli infermieri e i professionisti che operano in ambito sanitario e assistenziale che desiderano accostarsi personalmente alla ricerca. Per questo la scelta è stata di approfondire le prime tre fasi del processo di ricerca (identificazione del problema, revisione della letteratura, formulazione della domanda di ricerca o ipotesi) in modo da introdurre gradualmente il lettore all'argomento. I primi quattro capitoli, unitamente all'ultimo (ottavo capitolo) costituiscono di per sé una parte del testo: quella introduttiva e di contesto a tutta la ricerca e ricerca infermieristica, compreso il ruolo che l'infermiere può assumere in quest'ambito specifico, specie per la diffusione e l'impiego dei risultati. I capitoli cinque, sei e sette entrano invece nel merito della comprensione e acquisizione di competenze specifiche, innanzitutto necessarie per reperire e leggere in modo critico articoli di ricerca.

L'impiego di note, tabelle, box e figure, ha lo scopo di chiarire aspetti ritenuti utili, ma anche di approfondire contenuti che non hanno potuto essere trattati con maggior dettaglio nel corpo del testo. Numerosi allegati offrono invece strumenti pratici utilizzabili per attività didattiche ed esercitazioni di auto-apprendimento.

Chiude il manuale un glossario che riporta anche contenuti non reperibili nel corpo del testo. Lo scopo è sempre lo stesso: sostenere una lettura critica autonoma di articoli di ricerca e *research report* da parte di qualunque infermiere. ●

(C. Sironi è collaboratore professionale sanitario esperto, Azienda "Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi" di Varese, Supervisore didattico del Corso di laurea per infermiere, Università degli studi dell'Insubria)

LA RECENSIONE DEL MESE

LA FORMULA CHIMICA
DEL DOLORE

A morte Giletto

Oriana Fallaci, lo definiva l'alieno; una bestia dal valore morale negativo utilizzato come sinonimo di mafia, corruzione o cattiva politica, una bomba, che esplode all'improvviso e si pronuncia sottovoce: cancro, la malattia che continua a essere identificata come incurabile ed è in cima alla lista delle paure.

Come si può vivere tranquillamente quando il corpo diventa un insieme caotico di cellule con cui vorresti combattere ma con cui devi convivere, ricacciando indietro la voglia di urlare, per reagire, sperando di farcela allontanando l'alieno? «Io l'ho chiamato Giletto», confessa Giacomo Cardaci, scrittore alle prese con quella macchia che gli ha cambiato la vita, il linfoma di Hodgkin.

Dappertutto, lui scrive: «A morte Giletto», per esorcizzarlo, e non farsi rubare il sangue e la vita, per creare con volontà una barriera, un altro anticorpo contro il cancro, per colpirlo insieme alla chemioterapia.

Per i medici che a volte abbassano lo sguardo e pensano «non c'è più niente da fare» e per i pazienti intrappolati da



una diagnosi infausta, «La formula chimica del dolore» è un libro che trasforma una paura in una riserva di speranza, è il viaggio all'interno di una malattia che angoscia, ma offre un'iniezione di coraggio.

Il coraggio di non arrendersi, di davanti al viso pallido, biancastro, con le guance gonfie e i capelli caduti, che rende irricognoscibili allo specchio, con la nausea, il vomito e una sofferenza non contenibile. Con l'alieno o «Giletto» a ventidue anni, è come cadere in un precipizio «con una coltellata nell'anima» e la cosa più difficile è trovare qualcuno capace di

comprendere un dolore che spesso non appare, ma è impenso, come qualcosa che incenerisce di colpo.

Non ci gira intorno Giacomo Cardaci, ci si rotola in questo dolore che gli sembra più cancerogeno della malattia, e si chiede perché, nei laboratori della scienza nessuno sia ancora riuscito a trovare l'antidoto, la formula chimica in grado di alleviare una pena che diviene prostrazione, umiliazione.

La tosse del soldato

Dalla camera del reparto di oncologia dov'è ricoverato, con i compagni di letto che tossiscono (e dai colpi asfissianti e ripetutisi comprende l'ingravescenza della situazione) Giacomo Cardaci racconta l'odissea dei malati di tumore che quotidianamente si aggrappano ad una speranza, ad un medico, ad un farmaco, ad una seduta di radioterapia.

La tosse del soldato, come la chiama lui, è un impatto crudele: avverte "per chi suona la campana". Così nel dormiveglia qualcuno supplica «ti prego, smetti di tossire, resisti,

smetti di soffocare, combatti ancora un po'...».

L'occasione di vivere

C'è una potenza narrativa alimentata da disperazione reale, con lo smarrimento autentico dopo la prima chemio ad alto dosaggio. Cardaci spiega il suo stupore di fronte allo schiaffo del destino; lo porta all'ennesima potenza, con le domande, i dubbi, le lacrime dei familiari, il conforto degli amici, le carezze di una mamma che definisce eroe di altri tempi, perché è sempre lì, non lo lascia solo nella sua odissea finita bene, perché dall'Hodgkin, oggi, si guarisce.

E si deve anche a un grande medico, a un padre dell'oncologia moderna, a Gianni Bonadonna, i cui protocolli dal 1976 rappresentano la terapia standard per la cura di questa patologia. Cardaci gli dice grazie di persona dopo aver scritto un libro che è anche la sua terapia: «Caro professore, se sono vivo lo devo un po' a lei».

È bello sentire un paziente raccontare di un tumore che non è solo un evento scientifico, ma diviene un evento umano "che impegna l'anima e ammalia i pensieri e aiuta a capire che gli uomini hanno una bellezza inata anche nei loro difetti".

La tristezza nelle mani

Il dolore insegna che la vita è bella anche quando sembra decisamente il contrario, anche nei momenti più bui: "poter vivere è un regalo, sopravvivere invece è un'occasione".

C'è anche una conclusione che riguarda i medici, gli infermieri, i volontari, la gente che

si occupa degli altri e non lesina sorrisi e strette di mano a chi soffre e si sente solo: senza un po' di sostegno è difficile avere speranza. «A volte bisogna tenere nelle nostre mani la tristezza che assale il cuore dei malati», dice l'oncologo Lucio Luzzatto, Giacomo Cardaci è vivo per i farmaci, ma la forza di resistere, spiega, si trova dentro ognuno di noi.

Attraverso la voce ironica e dolce del protagonista, Filippo, l'autore si confida e parla a tutti i malati, qualunque sia il loro male, ma anche ai sanitari che sono responsabili delle loro cure. Quei sanitari che sanno leggere ogni radiografia, che conoscono composizione di ogni farmaco, ma che troppo spesso dimenticano di ascoltare i loro pazienti e trascurano gli effetti delle parole che pronunciano. L'attenzione verso le priorità sanitarie produce, inevitabilmente, una scarsa attenzione per aspetti meno essenziali e cruciali, almeno apparentemente, dell'assistenza.

Ma non si può ignorare che, tra questi aspetti, vi sono sacrosanti diritti e ragionevoli aspettative del singolo che si ammalia, e che assumono particolare rilievo: mi riferisco, ad esempio, al tempo per ascoltare; a furia di non ascoltare si disimpara a farlo e si finisce col non insegnarlo alle nuove generazioni.


Penso alla necessità, sempre più sacrificata in nome della settorializzazione della medicina, di prendersi cura del malato in una visione olistica che non tenga conto solo della malattia da sconfiggere – "gli aggiustatori" diceva Tiziano Terzani dei medici pur bravi che in un grande ospedale newyorke-

se tentavano di contrastare il cancro che attaccava il suo corpo ma non riuscivano minimamente a soddisfare il suo bisogno di cura globale – (*Un altro giro di giostra*, Longanesi 2004).

Ho in mente i problemi connessi alla umanizzazione, quasi sempre carente, dei percorsi diagnostici e terapeutici, a partire – nel rispetto della legge sulla privacy – dall'essere chiamati in ambulatorio con un numero (e con la paura di essere alla fine considerati niente più che un numero...), fino al doversi rassegnare al non incontrare sempre lo stesso medico, avendo la sensazione di dover di volta in volta ricominciare da zero a scalare la montagna impervia del rapporto con il medico.

L'amore nelle corsie

Non esistono soluzioni facili per problemi difficili: favorire modalità organizzative che consentano al personale sanitario di non ridursi a semplici "aggiustatori" ma di prendersi cura a tutto tondo dei pazienti, potrebbe essere un primo passo: sarà pur vero che i percorsi di cura debbono essere strutturati per affrontare un problema di massa, ma questo non deve e non può comportare che vengano ignorati i bisogni e le aspettative, dei singoli". Non esiste una formula chimica del dolore, ce n'è un'altra però che Giacomo Cardaci ha trovato nelle corsie d'ospedale: l'amore delle persone che gli hanno voluto bene.

«Non saprei dire come o perché, ma sono gli elementi che compongono la formula chimica della felicità. Ciò che mi ha tenuto in vita». 

REPORT SUL CONVEGNO DEL COORDINAMENTO

LA RICERCA
INFERMIERISTICAUNA LEVA PER IL MIGLIORAMENTO
DELLA QUALITÀ DELLE CURE AL CITTADINO

Il giorno 3 dicembre, presso la Sala "Albert B. Sabin" del Centro Congressi del Parco delle Terme di Sangemini, si è tenuto un evento formativo su iniziativa del coordinamento dei collegi IP.AS.VI. di Perugia e Terni sull'importante ed attualissimo tema della ricerca infermieristica intesa come leva per il miglioramento della qualità delle cure prestate al cittadino.

L'evento ha richiamato più di duecentocinquanta convenuti che hanno ritenuto di contribuire alla dialettica posta in campo con interesse e partecipazione costante.

Il programma della giornata si è svolto partendo dalla celebrazione di un importante momento "istituzionale" nel quale si è premiato il collega Mirco Pagnotta, vincitore del concorso regionale del coordinamento dei collegi IP.AS.VI. Umbri dal titolo: "La ricerca infermieristica, uno strumento per il cambiamento della pratica comune" anno 2009. Il lavoro premiato verteva su una



tesi di laurea di tipo sperimentale dal titolo: "La qualità percepita dell'assistenza infermieristica nel servizio di assistenza domiciliare integrata" (un articolo descrittivo, estratto dalla tesi del collega Pagnotta, viene presentato su questo numero alla pag. 19).

Hanno quindi introdotto i lavori della giornata i colleghi Presidenti dei collegi delle province umbre: Dott. Palmiro Riganelli presidente del coordi-

namento regionale umbro e del collegio di Perugia, Dott.ssa Ambra Proietti presidente del collegio di Terni.

Il primo intervento è stato poi quello della Presidente della Federazione dei Collegi IP.AS.VI., Dott.ssa Annalisa Silvestro, la quale ha affrontato il tema con ampiezza di contenuti, concretezza espositiva e grande capacità di coinvolgimento in una relazione d'inquadramento della tematica.

L'intervento della collega Silvestro, come al solito, ha stimolato riflessioni e considerazioni riuscendo a costituire una solida base di partenza per la trattazione che è seguita.

L'intervento successivo è stato quello del collega Chiabarella di Bologna che ha presentato, in una corretta logica scientifica, un'esperienza di ricerca clinica applicata, nel suo servizio di afferenza, un laboratorio di Emodinamica.

Dopo il break si è continuato nel ragionamento sulla ricerca infermieristica impiegando la



voce, l'esperienza e i contenuti forniti dalla collega Peghetti che ha dimostrato ampiamente quale può e deve essere il livello d'impiego di strumenti validati di standardizzazione: protocolli e procedure.

È seguito l'intervento di Renata Buono che ha relazionato circa la ricerca infermieristica nella formazione universitaria e quindi, con la collega Ferri, abbiamo ragionato di progetti di ricerca all'interno dell'Università. I due interventi che si sono succeduti, hanno consentito di disegnare un quadro che partendo dall'impostazione formativa concettuale, arriva a definire precisi percorsi di realizzazione d'iniziativa di ricerca. La formazione quindi diviene elemento cardine nella capacità degli infermieri di produrre materiale documentale a forte contenuto scientifico.

I colleghi relatori sono riusciti anche a mantenere adegua rispetto allo sviluppo concreto delle operatività ponendo in una giusta prospettiva critica gli elementi organizzativi, piuttosto che individuali, che incidono da respingenti nella

realizzazione di processi di miglioramento della qualità del servizio reso agli utenti.

La giornata congressuale, dopo la pausa pranzo, ha ripreso i suoi lavori con l'intervento del collega Baldi che ha presentato una revisione delle principali teorie del management che hanno trovato espressione ed applicazione nelle organizzazioni dei servizi sanitari che rappresentano l'attualità italiana e non solo. Il collega, attraverso una sorta di excursus concettuale, ha dimostrato come la ricerca sia indispensabile anche in applicazione a modificazione degli assetti gestionali e manageriali nel rispetto del principio di costituzione di un sistema-salute dinamico che segue le modificazioni sociali e che a volte ne anticipa le esigenze. Anche Baldi, non ha omesso di ragionare sulle problematiche esistenti e circa i meccanismi organizzativi distorsivi ponendo sul terreno della discussione le ipotesi di miglioramento.

La giornata di studio si è conclusa con una tavola rotonda alla quale hanno partecipato tutti i relatori della giornata,

moderati dai colleghi presidenti Proietti e Riganelli.

L'iniziativa ha raccolto il consenso dei colleghi partecipanti e dei relatori ma soprattutto ha rappresentato un ulteriore tassello di consolidamento del rapporto tra i Collegi e gli infermieri provenienti dallo specifico ambito territoriale provinciale e regionale umbro.

La riuscita di questo evento rafforza le motivazioni dei due direttivi dei collegi IP.AS.VI. ad esserci validamente e concretamente per rappresentare le realtà, le istanze, i bisogni, le necessità dei colleghi, impiegando tutte le moderne forme di dialettica professionale.

Per rivolgere l'impegno al miglioramento della qualità dell'assistenza, per gratificare i professionisti con lo sviluppo di tematiche pertinenti, attuali ed urgenti, per organizzare in maniera "istituzionale" la capacità propositiva degli infermieri, autentica, originale risorsa del sistema salute ormai aperta all'impegno, alle responsabilità, ad un ruolo centrale nella definizione degli assetti anche decisionali.



DISPENS@TORE DI STIMOLI INFERMIERISTICI

BLOCKNOTES

Negli ultimi anni il termine Evidence Based Practice (Pratica Basata su prove di efficacia) nelle sue varie declinazioni (EBM, EBN, EBHC...), è stata molto inflazionata; sono nati numerosi i corsi e tutte le affermazioni professionali terminano con la frase "...ci sono/non ci sono evidenze", che assomiglia sempre più ad un *mantra* da ripetere nella pratica assistenziale quotidiana.

È chiaro che prima di effettuare un trattamento occorre che questo sia testato e che degli studi ne abbiano dimostrato l'efficacia, ma è fondamentale esercitare un senso critico e soprattutto chiarire cosa si intende con i termini EBN/EBP.

Applicare gli studi, pubblicati sulle riviste scientifiche è importante, ma occorre tenere conto delle condizioni e delle preferenze del paziente, ma soprattutto il contesto e le risorse, dato che molto spesso la carenza di ricerche all'interno del panorama nazionale rende di difficile applicazione gli studi.

Un problema da non sottovalutare poi è il gap tra il tempo di effettuazione dello studio e la sua effettiva pubblicazione sulle riviste scientifiche di rilievo; sempre più spesso gli studi giacciono per un lungo periodo nei cassetti delle riviste a causa dell'elevato nume-

ro di articoli in revisione, questo comporta che spesso quando la ricerca diventa pubblica è già "datata". Per cercare di risolvere questo problema stanno nascendo sempre più riviste online, consultabili solo attraverso internet e con tempi tra

la frase

...è importante cercare di evitare cortocircuiti e pensare che l'unica forma di aggiornamento sia la consultazione di articoli scientifici; e che se non si leggono articoli scientifici e non si risponde alle domande che pone la pratica clinica consultando la letteratura e facendo ricerche bibliografiche non si sta applicando l'EBP

Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2010, 29 (3);114-116.

l'invio e l'effettiva pubblicazione abbastanza brevi.

Nell'ultimo periodo è nato un nuovo editore online di area medica e scientifica che si chiama **WebmedCentral** (<http://www.webmedcentral.com>); sembra basarsi su alcuni enco-

miabili principi dell'*open access*, la filosofia editoriale secondo la quale i contenuti della ricerca appartengono alla comunità scientifica e non agli editori. Ad esempio, pubblicando con questo editore, i diritti sull'articolo pubblicato restano agli autori e, soprattutto, chi legge non deve pagare, come avviene invece per la maggior parte delle classiche riviste.

Sicuramente un principio giusto, anche se non sempre facilmente realizzabile, considerato che in questo caso non pagano neanche gli autori degli studi che vengono pubblicati. I risultati della ricerca medica, dice la filosofia dell'*open access*, sono un patrimonio che deve essere messo a disposizione di tutti gli operatori sanitari e anche, perché no, di tutti i cittadini. Fin qui niente di particolarmente diverso da quello che fa **BioMedCentral** (www.biomedcentral.com) un altro editore *online* ormai molto ben avviato, o **PLoS** (www.plos.org) che si propone come un sistema di pubblicazione che appartiene alla stessa comunità dei ricercatori.

Il problema del gran numero delle pubblicazioni scientifiche è molto sentito tra i professionisti, sono settantacinque al giorno i *trial* clinici i cui risultati vengono pubblicati nella letteratura medica inter-

nazionale e undici le revisioni sistematiche. Circa trent'anni fa, quando Archie Cochrane (uno degli ispiratori del movimento EBM), affermò che i clinici avevano bisogno di somari critici della conoscenza generata dalla ricerca per poter operare in maniera conforme, i *trial* pubblicati ogni giorno erano quattordici, e già sembrava che fossero un'enormità. Da allora quindi le cose si sono fatte molto più complicate, ma ancora non sono disponibili database costantemente aggiornati e onnicomprensivi nei quali venga sintetizzata criticamente la conoscenza medica man mano che viene prodotta. E fino a quando non ci saranno database di questo genere accessibili per i clinici, possibilmente nella loro lingua, sarà molto difficile riuscire a garantire ai cittadini le migliori cure secondo quelle che sono le conoscenze mediche del momento. ➔

(Indirizzo e-mail dell'autore a cui potersi rivolgere per informazioni: blocknotesumbria@libero.it)

Per approfondimenti

DI DIODORO D., Piovono informazioni mediche, a dirotto <http://www.scireausl.bo.it/>.

CHIARI P., GIANESINI G., LOGLISCI B., PIZZUTO M., MOSCI D., Come gli infermieri aggiornano le proprie conoscenze: indagine in tre ospedali del nord Italia, *Assist Inferm Ric*, 2010; 29 (3): 124-31.

Romani S., Forni C., Conoscenze, atteggiamenti e barriere all'implementazione dell'Evidence Based Practice: indagine descrittiva nell'Azienda USL di Reggio Emilia, *L'Infermiere*, 2010; 47 (4): 23-28.

Santoro E. L'evoluzione di internet per l'assistenza, formazione e ricerca. *GIMBENEWS* 2010;3(4):37-38 http://www.gimbenews.it/pdf/articoli/2010_4_1.pdf

aniarti

CONGRESSO NAZIONALE Rimini 10-12 novembre 2010

A CURA DELLA REDAZIONE

Nei giorni 10-12 novembre 2010 presso il Palacongressi di Rimini, si tenne il 29° Congresso nazionale ANIARTI (Associazione degli Infermieri di Area Critica) dal titolo: ***"Dall'assistenza in area critica all'assistenza primaria. Una continuità che ristruttura il sistema per la salute, riequilibra la valenza tra il curare e l'assistere, garantisce le persone anche nella cronicità"***.

Gli obiettivi del congresso consistevano nella volontà di favorire la diffusione delle esperienze positive di continuità assistenziale dall'area critica al territorio, anche indicando ipotesi e proposte di evoluzione nel prossimo futuro. Si volevano individuare elementi, strumenti e metodi di arricchimento delle reciproche professionalità derivanti dall'integrazione fra infermieri stessi e con le altre professionalità, nelle diverse situazioni assistenziali. Si volevano focalizzare gli aspetti dell'impatto positivo sulla razionalità delle organizzazioni sanitarie, sulla qualità della vita delle persone, determinato da processi di assistenza in continuità dall'area critica al territorio. S'intendeva rivolgere la riflessione convegnistica alla necessità di ripensare e ristrutturare un servizio per la salute che inglobi l'ambiente di vita ed il contesto socio-familiare come fattori che migliorano il livello di salute possibile per le singole persone.

S'intendeva inoltre, indicare l'effetto di forte valorizzazione dell'infermiere che deriva dall'erogazione dell'assistenza pianificata in armonica continuità dall'evento acuto alla cronicità.

Le tre giornate congressuali hanno coinvolto più di mille partecipanti, circa 80 relatori e 50 colleghi nell'organizzazione. L'evento si è sviluppato seguendo due linee di trattazione: una sessione plenaria per le tematiche trasversali di forte aderenza ai contenuti e agli obiettivi congressuali e due sessioni parallele su tematiche clinico-assistenziali varie, più o meno aderenti al tema del congresso comunque a forte valenza clinica, sviluppate in percorsi metodologici scientifici rigorosi e corretti, così come verificato dalla commissione di valutazione degli abstract in fase di selezione. Vi è inoltre stata una sessione poster nella quale sono stati proposti circa 60 lavori, valutati da un'apposita commissione nel contesto di un concorso per il miglior poster presentato.

A conclusione delle valutazioni, sono stati brevemente descritti (in comunicazione orale) i primi tre lavori, che hanno realizzato i punteggi maggiori, e premiato il primo. Il livello dell'elaborazioni presentate si è dimostrato molto elevato, palesando l'ormai indiscussa capacità degli infermieri di proporsi a titolo come interessante soggetto di sviluppo di concettualità, modelli organizzativi, d'aspetti clinico-assistenziali, produzione di procedure e protocolli, ricerca e revisioni critiche di letteratura, approccio al miglioramento della qualità del servizio reso all'utente in ottica multidisciplinare. ●

PREVENIRE GLI ERRORI, IMPARARE DAGLI ERRORI

Gia in passato sulle pagine di questa rivista si è parlato della sicurezza nell'impiego dei farmaci. In questo numero si torna ad approfondire l'argomento perché la prevenzione degli eventi avversi occorsi a seguito di errori durante la terapia farmacologica (errori in terapia), è considerata una priorità dell'assistenza sanitaria di molti Paesi ed è oggetto di attenzione da parte dei principali Organismi internazionali che si occupano di sicurezza dei pazienti. Anche se può sembrare scontato è utile ricordare che la normativa vigente assegna la prescrizione terapeutica alla competenza del medico, mentre all'infermiere è assegnata la somministrazione dei farmaci prescritti: «*l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche*» (DM Sanità 14-09-1994 n. 739, art. 1, comma 3).

L'attività di somministrazione dei farmaci non deve essere eseguita dall'infermiere in modo meccanicistico, ma in collaborazione con il medico. In caso di dubbi sul farmaco, sul dosaggio prescritto e sulla via di somministrazione, l'infermiere si deve attivare, non per sindacarne l'appropriatezza pre-

scrittiva e l'efficacia terapeutica, bensì per richiamare l'attenzione del medico sulla prescrizione ed eventualmente per chiederne il rinnovo in forma scritta. Compete altresì all'infermiere, con la supervisione del coordinatore infermieristico, la corretta gestione del carrello della terapia e dell'armadio farmaceutico (compreso il frigo dei farmaci).

la frase

La medicina consiste nell'introdurre droghe che non si conoscono in un corpo che si conosce ancora meno.

Voltaire

Farmaci LAS e Sicurezza dei pazienti

Tra gli errori in terapia, quelli più frequenti sono legati all'uso dei farmaci cosiddetti "Look-Alike/Sound-Alike" ovvero "LASA", acronimo anglosassone utilizzato per indicare i farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile del-

le confezioni. Il Ministero della Salute ha avviato nel 2008 il Progetto "Farmaci LASA e Sicurezza dei pazienti", il cui obiettivo prioritario è la prevenzione degli errori in terapia legati all'uso dei farmaci LASA, sia in ambito ospedaliero che territoriale. Nomi che si scrivono e/o si pronunciano in modo simile, confezioni (sia come scatola che come confezionamento primario, ad esempio fiala) simili nelle dimensioni, forma, colore, indicazione del dosaggio e disposizione dei caratteri, possono indurre in errore durante tutte le fasi della gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio (in questo caso negli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia), nelle Farmacie di comunità, nelle Residenze Sanitarie Assistenziali o presso il domicilio del paziente. Risulta quindi fondamentale informare e sensibilizzare tutti gli operatori sanitari sull'urgenza di prevenire gli errori legati all'uso dei farmaci LASA e fornire loro strumenti metodologici per uniformare attività e comportamenti orientati alla sicurezza dei pazienti. Il Progetto è partito da una raccolta di informazioni necessarie alla valutazione del grado di conoscenza della problematica su tutto il territo-

rio nazionale. Dall'indagine conoscitiva è emersa l'importanza della individuazione degli aspetti relativi alla sicurezza nell'uso dei farmaci, che vanno dalla produzione ed immissione in commercio fino alla elaborazione delle procedure di acquisto, all'approvvigionamento, dalla preparazione fino alla somministrazione. Successivamente, ad agosto 2010 il Ministero ha diffuso la Raccomandazione n. 12 "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con i farmaci Look-Alike/Sound-Alike". In essa è riportato che, ai fini della buona pratica clinica/prescrittiva, che concorre alla sicurezza delle cure, e per evitare lo scambio dei farmaci LASA, è utile innanzitutto seguire quanto riportato nella Raccomandazione n. 7 del Ministero della Salute (presentata su *Professione Infermiere Umbria* n. 2/2008) elaborata per la prevenzione degli errori in terapia, che fornisce indirizzi applicativi in qualsiasi realtà ospedaliera. Azioni importanti sono, ad esempio, non lasciare i farmaci fuori dalla confezione né tagliare i blister, riportare l'età e il peso del paziente nelle prescrizioni di farmaci destinati a pazienti pediatrici e geriatrici, provvedere alla compilazione accurata di tutta la documentazione sanitaria (cartella clinica, foglio unico di terapia), ed evitare, per quanto possibile, le interruzioni durante la preparazione e somministrazione dei farmaci. La Raccomandazione è rivolta a:

- **operatori sanitari**, che lavorano in ospedale e nei servizi territoriali delle ASL, coinvolti nel percorso del farmaco nella Struttura sanitaria

(specialmente medici, infermieri, farmacisti);

- **farmacisti di comunità;**
- **medici di medicina generale e pediatri di famiglia;**
- **direzioni delle Aziende sanitarie;**
- **Aziende farmaceutiche.**

In modo particolare, per quanto riguarda l'operato dell'infermiere, per evitare errori in terapia dovuti allo scambio di farmaci LASA, è fondamentale seguire le seguenti indicazioni:

- **prestare particolare attenzione alla conservazione dei farmaci (anche di quelli sul carrello della terapia):** disporre separatamente quei farmaci con nomi e/o confezionamento simili oppure evidenziarne la somiglianza, utilizzando metodi e strumenti (come contrassegni supplementari, codici colore, "allerte") condivisi tra Farmacia e reparti e diffusi dalla Direzione sanitaria;
- **evitare le richieste verbali o telefoniche dei farmaci.** Se ciò fosse necessario, e solo in caso di urgenza, ripetere chiaramente o scandire lettera per lettera, il nome del farmaco o del principio attivo e il dosaggio;
- **precisare nelle prescrizioni la forma farmaceutica e la via di somministrazione:** in caso di dubbio consultare il medico prescrittore o il farmacista e per la congruenza della prescrizione accertarsi anche dell'indicazione terapeutica;
- **evitare l'uso di abbreviazioni**, soprattutto se le prescrizioni e le richieste dei farmaci sono scritte a mano, oppure usare abbreviazioni con-

divise e diffuse attraverso un'apposita legenda;

- **preferire la scrittura in stampatello**, soprattutto se non è presente la prescrizione informatizzata;
- **prevedere un doppio controllo delle preparazioni**, almeno per i farmaci ad alto livello di attenzione (farmaci che richiedono particolare attenzione nella gestione ed uso, a causa della loro potenziale tossicità, del basso indice terapeutico e dell'alta possibilità di interazioni);
- **in fase di dimissione fornire ai pazienti le informazioni (anche per iscritto e possibilmente in stampatello)**, relative ai farmaci in terapia domiciliare riguardo a: interazioni (incluso quelle con alimenti), modalità di assunzione, conservazione, controindicazioni, effetti collaterali, precauzioni d'uso.

Infine, per l'infermiere (e per il medico) è doveroso segnalare, al Centro di Gestione del Rischio Clinico, o in sua assenza alla Direzione Sanitaria e alla Farmacia Ospedaliera, qualunque problematica legata ai farmaci LASA che si dovesse verificare nelle strutture di degenza e nei servizi, al fine di contribuire ad aumentare la sicurezza nell'impiego dei farmaci, perché quello che oggi rappresenta un quasi errore domani potrebbe divenire purtroppo un evento avverso. 

Bibliografia

MINISTERO DELLA SALUTE, *Qualità e sicurezza delle cure nell'uso dei farmaci. Raccomandazioni, integrazione e formazione*, settembre 2010.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1358 Allegato.pdf.

UNA PARTICOLARE STRATEGIA DEGLI OPERATORI

IL BURNOUT

ABSTRACT

Alcune categorie di lavoratori, a causa di particolari fattori stressogeni legati all'attività professionale sono soggetti a rischio per la sindrome del burnout. L'articolo intende, inseguito ad una documentazione e revisione di letteratura, approfondire cause, fattori predisponenti, reazioni di adattamento individuale, aspetti sociali e ipotesi di intervento. A prescindere dalle cause, il burnout è un importante fenomeno da capire e interpretare per curare i lavoratori che si trovano in una tale situazione.

PAROLA CHIAVE

Burnout: Storia, prevenzione, effetti e gestione

Introduzione

Burnout letteralmente vuol dire spegnersi o bruciarsi. Freudenberger (1974) per primo lo indicò come una condizione professionale dei lavoratori dell'aiuto.

Successivamente il burnout è stato descritto come una sindrome specifica, cioè una malattia.

Tuttavia, secondo alcuni autori più che di una malattia si tratterebbe di una forma di stress lavorativo specifico delle helping professions, mentre altri affermano che il burnout si discosterebbe dallo stress per la depersonalizzazione, cui esso dà luogo, che è caratterizzata da un atteggiamento di indifferenza, malevolenza e di cinismo verso i destinatari della propria attività lavorativa.

Il burnout può anche essere inteso come una strategia

particolare adottata dagli operatori per contrastare la condizione di stress lavorativo determinata da uno squilibrio tra richieste/esigenze lavorative e risorse disponibili.

Comunque esso va inteso come un processo multifattoriale che riguarda sia i soggetti che la sfera organizzativa e sociale nella quale operano e che contraddistingue fenomeni di affaticamento, logoramento e improduttività lavorativa registrati nei lavoratori inseriti in attività professionali a carattere sociale, quali infermieri, medici, insegnanti, assistenti sociali, poliziotti, operatori di ospedali psichiatrici, operatori per l'infanzia.

Caratteristiche individuali e burnout

Non è facile individuare delle analogie tra caratteristiche

individuali e l'instaurarsi di una sindrome di burnout, cioè non è stata ancora riscontrata una "personalità standard" soggetta a burnout.

I dati rilevati da diversi ricercatori appaiono, infatti, contraddittori e la loro interpretazione incerta, sia per le variabili demografiche che sulle condizioni che determinerebbero il burnout.

Poiché, ad esempio, da alcune ricerche risulta una prevalenza maschile di soggetti colpiti, mentre in altre risulta, al contrario una maggiore esposizione dei lavoratori donne, Maslach e Jackson (1985) hanno argomentato che le differenze tra i due sessi non riguardano la sindrome intesa in modo globale, ma come se ne avvertono gli effetti.

Le donne percepirebbero più intensamente l'esaurimen-

to emotivo, perché sono coinvolte emozionalmente, più degli uomini, nelle relazioni con gli utenti; a differenza dei maschi che reagiscono nei confronti dell'utenza con comportamenti depersonalizzanti.

Anche la relazione tra età e burnout è controversa.

Sembra significativo il legame tra l'anzianità di servizio e l'insorgenza di burnout, nel senso che l'esposizione più prolungata allo stress produce una condizione di burnout, ma anche nei primi anni di lavoro, l'idealismo e le forti aspettative rivolte alla professione possono produrre forti delusioni e frustrazioni.

Hanno un peso decisivo anche le condizioni esterne al lavoro: Maslach e Jackson, hanno notato che tra gli operatori con figli il burnout è più basso rispetto agli operatori senza figli; probabilmente perché gli operatori con famiglia sono in una fase più matura dello sviluppo psicologico ed hanno uno stile di vita più stabile e differenti prospettive future, inoltre la famiglia riesce ad aiutare le persone a fronteggiare con più efficacia lo stress lavorativo fornendo una riserva emozionale di aiuto. Viceversa, per chi non ha figli, le soddisfazioni personali lavorative assumono una maggiore importanza.

Sicuramente la famiglia, costituisce un solido supporto, purché le relazioni siano soddisfacenti al suo interno. Alcuni studi sperimentali sono stati effettuati in ambito infermieristico.

Li Calzi et al. (2006) ha indagato la presenza di burnout su vari profili professionali in sanità (infermieri, medici, fisio-

terapisti e tecnici) concludendo che se nel complesso il livello di burnout si colloca a livelli medio-bassi, l'esaurimento emotivo è più diffuso fra i fisioterapisti, mentre la depersonalizzazione è più elevata tra i medici, sentimenti depressivi sono più diffusi tra i tecnici.

Ewers et al. (2002) hanno invece trovato una significativa riduzione del burnout in infermieri di reparti psichiatrici giudiziari a seguito della frequenza di specifici corsi di aggiornamento. Secondo questi ricercatori gli infermieri che lavorano in ambienti giudiziari con pazienti affetti da gravi malattie mentali hanno maggiore probabilità di essere colpiti da burnout. La ricerca è stata condotta mediante questionari che valutavano le conoscenze e gli atteggiamenti sulla sindrome del burnout ad un gruppo di 33 infermieri che lavorano in un reparto psichiatrico. Venti delle infermiere hanno partecipato a un corso di formazione; la durata della formazione è stata di 6 mesi. Al termine della formazione il gruppo iniziale dei 33 infermieri ha ripetuto il questionario. Il personale del gruppo di formazione ha mostrato miglioramenti significativi nelle loro conoscenze e una diminuzione significativa dei tassi di burnout mentre il resto del gruppo ha mostrato un lieve miglioramento ma non significativo. I risultati suggeriscono che gli infermieri dei reparti di salute mentale, con una migliore comprensione delle gravi malattie mentali e la formazione di una più ampia gamma di interventi, risultano assumere atteggiamenti maggiormente positivi verso le persone assistite.

Cause ed effetti del burnout nell'organizzazione lavorativa

Lo stress, ed in particolare la fase di esaurimento è alla base del burnout. Nessun aspetto del lavoro è di per sé una sicura causa di stress; il suo significato, il suo peso, dipende da come l'individuo percepisce e valuta la situazione che vive. È per questo che soggetti che lavorano nello stesso ambiente hanno reazioni diverse.

Tuttavia determinate situazioni, climi, stili di relazione, modalità organizzative, contribuiscono a creare ambienti percepiti come stressanti.

Lo stress che si sviluppa nell'ambiente lavorativo è causato dallo squilibrio che esiste tra le richieste rivolte ad un soggetto (dove "una richiesta è qualcosa che se non è affrontata e neutralizzata in qualche modo, avrà delle conseguenze dannose per l'individuo", (Lazarus, Launier 1978), e le risorse che ha il soggetto stesso a disposizione.

Molte ricerche sullo stress lavorativo sostengono che non solo l'eccesso di richieste, ma anche la mancanza e l'utilizzazione parziale delle proprie capacità sono cause di burnout, perché l'operatore prova una sensazione di disagio e frustrazione non sentendosi utilizzato al meglio.

Nello studio della genesi dello stress lavorativo occorre quindi cercare sia i fattori che limitano stimoli e richieste sia quelli che producono sovraccarico.

L'individuo sottoposto a stress lavorativo, reagisce con un comportamento di tipo difensivo, questa difesa è di soli-

to di tipo adattativo: "Gli esseri umani hanno una grande capacità di adattamento [...]. Possiamo abituarci a quasi ogni cosa persino ad esperienze molto spiacevoli, se vengono ripetute abbastanza spesso" (Lindzey-Hall-Thompson 1993).

L'adattamento psicologico potrebbe in realtà essere disadattante in alcune circostanze in quanto diminuisce la nostra guardia per i pericoli che minacciano il nostro organismo. Potremmo infatti abituarci psicologicamente a qualsiasi cosa ma il nostro organismo non si adatta spesso altrettanto bene.

Per gli operatori socio-sanitari, è molto importante sentirsi efficaci ed efficienti, in quanto da essi dipende il benessere e la salute di altre persone. La richiesta di efficienza ed efficacia, è portata avanti dai pazienti, dai familiari, dai superiori, dai colleghi e soprattutto dall'operatore stesso, proprio perché il lavoro socio-sanitario è, rispetto ad altri, molto legato all'immagine di sé e all'autostima.

Anche quando l'operatore è esperto, efficace, adatto al lavoro, esistono però degli aspetti che ne limitano la gratificazione facendogli insorgere un sentimento di scoraggiamento.

Uno di questi aspetti, è la mancanza di feedback positivo da parte dei pazienti; questi raramente dicono all'operatore come apprezzano l'aiuto a loro dato, perché il lavoro è dato per scontato e non viene neanche in mente che qualche parola gentile è molto gradita. A volte questi stessi pazienti non cooperano con l'operatore, opponendogli re-

sistenza e mettendolo in una situazione di scarsa efficienza.

Un'altra causa dello stress lavorativo è legata al concetto di successo, cioè alla sensazione personale di aver svolto bene il proprio lavoro; l'operatore socio-sanitario, si scontra costantemente con situazioni lavorative dove il successo spesso è poco evidente, mentre il fallimento è frequente, questo porta a manifestare una sensazione di apatia, un aumento della ricerca di ricompense materiali, il cercare di evitare situazioni spiacevoli.

Il frequente insuccesso, genera una sensazione di frustrazione e il ripetersi di insuccessi produce impotenza, tutti fattori che contribuiscono alla nascita dello stress che potrebbe risolversi in burnout.

L'impotenza prolungata, produce "l'impotenza appresa", che è la convinzione di non aver più alcun controllo su importanti ricompense e punizioni (Seligman 1975). Questo produce riduzione della motivazione, mina la capacità di credere di poter elaborare una risposta, anche quando mutando la situazione questo sarebbe possibile; infine la mancanza di controllo genera depressione, rabbia e ansia.

Pareek (1983), ha sviluppato un particolare questionario per misurare il livello di stress dovuto a dieci fattori connessi con il ruolo lavorativo e definisce questi conflitti un effetto degli ostacoli che stanno tra l'organizzazione e l'efficienza del professionista. Ha individuato due aree di conflitto, la prima detta "scenario di ruolo", e riguarda il sovraccarico di lavoro, l'ina-

deguatezza delle risorse, l'ambiguità e l'isolamento da parte dei colleghi e superiori; la seconda è detta "spazio di ruolo", riguarda le aspettative personali, le prospettive di carriera, la percezione di inadeguatezza, l'interferenza con la vita familiare.

Dei conflitti di ruolo, si possono avere anche nel caso sono fatte all'operatore due richieste tra loro incompatibili e si configura l'impossibilità di soddisfarne una senza disattendere l'altra. Si può anche determinare incompatibilità tra un comportamento lavorativo richiesto e le motivazioni o i valori del soggetto.

L'importanza dell'autonomia professionale

Lo stress, è anche influenzato dalle norme e dai regolamenti che strutturano il contatto tra operatore socio-sanitario ed utente. È maggiore l'incidenza di burnout fra gli operatori di organizzazioni strutturate in modo burocratico, le cui regole lasciano una ridotta autonomia agli operatori (Berkeley Planning Associates 1977); il basso livello di autonomia è inoltre associato ad esaurimento emozionale e a spersonalizzazione (Maslach e Jackson 1978).

Queste regole possono far fare dei compiti sgradevoli (domande imbarazzanti, operare e/o prendere delle decisioni contrarie e/o poco in linea con la propria etica professionale), imporre divieti e limiti; ma possono anche essere utilizzate per evitare lo stress, in altre parole possono essere utilizzate come "scudo protettivo", per

non assumersi delle responsabilità e "scaricare la colpa" su altre persone.

Riassumendo, alla base dello stress lavorativo, ci può essere un sovraccarico di lavoro, un'ambiguità di ruolo, uno scarso riconoscimento delle prestazioni e delle competenze, limitazioni alle funzioni decisionali, mancanze nel gruppo di lavoro dal punto di vista della coesione e del sostegno sociale e sicuramente delle attese, riposte dall'operatore sul lavoro e nel lavoro, non rispettate perché troppo lontano dalla realtà.

A questa situazione stressante l'operatore reagisce in vario modo utilizzando diverse strategie di fronteggiamento (*coping strategy*) e può presentare disturbi di tipo psicologico e psicosomatico come ansia, bassa stima personale, sintomi depressivi, somatizzazioni di vario genere.

I lavoratori dei servizi socio-sanitari, sono esposti a vari agenti stressanti e possono rispondere in modo disadattivo arrivando al burnout.

Gli effetti del burnout

Gli effetti del burnout sono molteplici. Il danno va oltre il singolo operatore colpito: danneggia prima di tutto l'utente che ha un'assistenza peggiore, danneggia l'istituzione per cui l'operatore lavora che ha un servizio scadente, danneggia sicuramente i familiari che devono lottare con tensioni emozionali e conflitti.

Il burnout porta ad un esaurimento emozionale che è spesso associato ad un esaurimento di tipo fisico.

Frequentemente, infatti, i soggetti in burnout soffrono di una stanchezza cronica che deriva dalla tensione aggravata da periodi di insonnia. Per cercare di superare questa sensazione di stanchezza si rivolgono all'uso e spesso all'abuso di sostanze eccitanti come caffè, droghe, alcool; per riuscire a sedare l'ansia prendono tranquillanti.

Oltre ad uno scadimento della salute fisica si riscontra un deterioramento della salute psicologica; c'è perdita dell'autostima ed una sensazione di ridotta realizzazione personale; l'operatore prova un sentimento negativo verso di sé, verso il suo lavoro, verso tutto quello che ha svolto fino ad ora.

Il pensiero negativo continuo, porta l'operatore a lavorare ancora peggio e può dimostrargli la propria mancanza di competenze e di valore.

Tutto questo causa un crollo dell'autostima che è la caratteristica centrale della sindrome depressiva.

L'operatore esausto emotivamente, reagisce in modo errato con una sensazione di avversione verso la gente, irritandosi facilmente.

Varia il metodo di assistenza, presta meno attenzione ai bisogni dell'utente che sono "etichettati" in base al loro problema, alla loro patologia rendendo il lavoro disumanizzato e distaccato. Questo distacco può arrivare ad un comportamento duro e cinico verso l'utente con perdita dei sentimenti positivi nei loro confronti.

I sentimenti cinici e negativi verso gli utenti, che si sono sviluppati con il burnout, pos-

sono trasferirsi al modo di vedere tutta l'umanità, si ha un "indurimento permanente del cuore dell'uomo" (Maslach 1997).

Gestione del burnout

"Non esistono soluzioni rapide e facili al problema del burnout" (Maslach 1997).

Ogni singolo operatore colpito da burnout, deve cercare di risolvere il suo problema considerando questa sindrome nel suo insieme, ed operando a vari livelli. I vari livelli interessati, sono quelli individuali, quelli sociali e quelli istituzionali.

Le azioni a livello individuale, sono quelle che l'individuo può intraprendere da solo; quelle a livello sociale sono quelle che richiedono lo sforzo di più persone, qui è importante la cooperazione tra colleghi; le azioni a livello istituzionali sono strategie e metodi messi in atto dall'amministrazione per gestire il problema burnout.

Quando c'è molto lavoro da svolgere, l'operatore spesso è sopraffatto dal lavoro stesso e cerca di lavorare ancora di più, per riuscire a controllare questa situazione. L'aumento del carico di lavoro, però, può portare maggiore stress anziché alleviarlo, visto che, è difficile lavorare di più mantenendo la stessa qualità del servizio. Tutto ciò non fa altro che creare frustrazione e un marcato sentimento di fallimento, occorre quindi cercare di lavorare meglio.

Un modo per migliorare il lavoro, è quello di cercare di amministrare le forze a disposizione, questo può avvenire, per esempio, ritagliandosi nel lavoro delle pause, che non devono essere una fuga per evitare il contatto con l'agente

stressante, che in questo caso può essere l'utente, ma, devono essere dei break per "riprendere fiato" emotivamente, cercando di rilassarsi. Anche prendersi dei periodi di riposo è molto utile per chi lotta con il burnout, sicuramente il metodo più usato per "staccarsi" dal lavoro è quello di prendersi una vacanza, interrompendo completamente con la routine lavorativa per riprendere le energie.

Gli operatori socio-sanitari, scelgono spesso questa professione perché hanno degli ideali elevati che vogliono raggiungere, come ridonare a tutti la salute e la felicità. Questi ideali sono spesso delle astrazioni dalla realtà, difficilmente realizzabili, che possono trasformare

l'intero lavoro in un continuo fallimento, perché oltre ad essere di non facile raggiungimento, sono anche difficili da valutare, cioè non è facile capire realmente se si sono raggiunti questi scopi. Tutto ciò, non significa che non si devono avere dei "nobili ideali", ma occorre che a questi siano aggiunti obiettivi concreti e specifici, dove è possibile vedere un risultato, in pratica devono essere realistici. L'operatore deve conoscere le proprie capacità, ma soprattutto, deve tener conto dei suoi limiti, solo così creerà delle aspettative vere che non saranno tradite.

È importante lavorare, oltre che sulla ridefinizione delle aspettative, anche per "l'immagine", perché aiutare gli altri è molto impegnativo e l'operatore deve essere prima di tutto lui in ottima forma sia fisica che psichica.

Per favorire il benessere psicologico, si devono trovare una serie di strategie che evidenzino determinate situazioni positive per l'operatore. Occorre cercare, per esempio, il lato positivo che c'è nel contatto con gli altri, e non guardare sempre le negatività della relazione d'aiuto, mettendo in risalto solo i problemi.


La ricerca della positività degli eventi, crea l'occasione anche per ricevere un *feedback* positivo, che può essere anche richiesto. Si può, per esempio, chiedere all'utente se il lavoro svolto è soddisfacente o se trae un miglioramento da un certo tipo di assistenza.

È importante cercare di comunicare agli utenti che complimentarsi è giusto quanto criticare.

Conclusioni

Non si sottovaluterà mai abbastanza che la dedizione all'altro, richiede motivazioni e soprattutto risorse interiori non comuni, nonostante ciò agli operatori sanitari (medici, infermieri, ecc.) la Società odierna chiede qualcosa di più che in passato, pur non fornendo loro con continuità quegli strumenti utili ad aggiornarsi e ad adeguarsi alle nuove necessità della professione.

Si dovrebbe affrontare il problema con mezzi efficaci e innovativi, privilegiando strategie dirette all'individuazione ed all'eliminazione, per quanto possibile, delle cause che possono provocare la sua insorgenza anziché accontentarsi dei trattamenti delle loro conseguenze, trattamenti che non sempre si dimostrano positivi, ma che soprattutto non garan-

tiscono il riproporsi della sindrome nei confronti dei medesimi individui. 

Bibliografia

- Berkeley Planning Associates (1977), *Evaluation of Child Abuse and Neglect Demonstration Project 1974-1977*, Springfield VA.
- FREUDENBERGER H.J., Staff Burnout, *Journal of Social Issues*, 1974; (30): 159-165.
- LI CALZI S., FARINELLI M., ERCOLANI M., ALLIANTI M., MANIGRASSO V., TARONI A.M., Physical rehabilitation and burnout: different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved, *Eura Medicophys*, 2006 Mar; 42 (1): 27-36
- EWERS P., BRADSHAW T., MCGOVERN J., EWERS B., Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses?, *J Adv Nurs*, 2002 Mar; 37 (5): 470-6.
- LAZARUS, R.S., LAUNIER, R., Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin Et M. Lewis (Eds), 1978, *Perspectives in Interactional Psychology*: 287-327, New York, Plenum.
- LINDZEY C.S. HALL, R.F. THOMPSON, *Elementi di psicologia*, Zanichelli, Milano 1993.
- MASLACH C., *La sindrome del burnout*, Cittadella editrice, Seconda edizione, Assisi (Pg) 1997.
- MASLACH C., JACKSON S.E., Lawyer Burnout, 1978, *Barrister* (8): 52-58.
- MASLACH C., JACKSON S.E., The Role Of Sex And Family Variables In Burnout, 1985, *Sex Roles* (12): 837-851.
- PAREEK U., Organisational role stress scale, 1983, In Goodstein L.D. and Pfeiffer J.W. (Eds). *The 1983 Annual for Facilitators, Trainers and Consultants*. (pp. 119-123). San Diego, California University Associates.
- SELIGMAN M., *Helplessness: On depression, development, and death*, San Francisco, CA: W.H. Freeman 1975.

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATO

LA QUALITÀ PERCEPITA

ABSTRACT

La qualità percepita nel servizio sanitario, è un parametro fondamentale per valutare il grado di apprezzamento, che l'utente ha rispetto a un servizio offerto.

Il lavoro svolto nell'azienda USL n. 2 di Perugia, ha avuto come obiettivo principale l'indagare all'interno del servizio domiciliare il grado di apprezzamento che l'assistito ha del servizio offerto.

Per poter indagare questo parametro, si è ricorso all'utilizzo di questionari in forma anonima che gli assistiti o i familiari hanno compilato nel massimo della riservatezza.

Dai questionari, dopo aver elaborato i risultati ottenuti, si è potuti raggiungere a una conclusione positiva del servizio offerto.

Introduzione

Si sente spesso parlare di qualità dei servizi offerti, ma nessuno mai è in grado di dare una netta definizione del concetto di qualità. La qualità è una caratteristica propria di un servizio offerto al pubblico, che assume caratteristiche oggettive se si valutano l'efficacia, l'efficienza ed il grado di utilità, ma anche caratteristiche soggettive se si tiene in considerazione, il grado di soddisfazione che l'utente ha del servizio offerto. Nel campo sanitario, questo parametro è di fondamentale importanza, perché deve assolvere richieste che hanno uno spettro di aspettativa molto ampio perché è la richiesta ad essere complessa. Solo negli ultimi anni, con l'introduzione dei **sistemi di accreditamento** delle strutture sanitarie, si tiene maggior conto sia della qualità in senso lato ma soprattutto si tie-

ne conto della qualità percepita. **La qualità percepita** in sanità la si può definire come la sensazione che ha un utente di fronte ai servizi offerti, e come all'espressione dei suoi bisogni, il servizio risponde. Da queste due caratteristiche, l'utente trarrà un giudizio personale del servizio che gli viene offerto. Appurato, quindi, che la qualità è un parametro fondamentale per la buona riuscita di un servizio sanitario, si è voluti far nascere degli studi che tengano conto e che controllino questo parametro. È da questo fondamento che si basa la mia ricerca.

La ricerca

Il lavoro che ho svolto si è concretizzato, all'interno di uno studio che ho condotto nelle strutture di assistenza domiciliare integrata, con lo scopo principe di rilevare la qualità del

servizio offerto. Il mio studio ha tenuto conto di tutte le fasi che compongono il processo assistenziale, che va dalla richiesta della fruizione del servizio stesso, fino all'espletamento e alla risoluzione dei bisogni assistenziali espressi dagli utenti. Prima di iniziare la mia ricerca si è dovuto richiedere una serie di autorizzazioni che mi hanno permesso di espletare il mio lavoro. Tutti i passaggi che sono stati affrontati, vengono rappresentati nel sottostante diagramma di Gantt, che esprime tutte le azioni eseguite nell'arco di un periodo temporale che va dal mese giugno 2009 al mese di ottobre 2009 (**Tab. 1**).

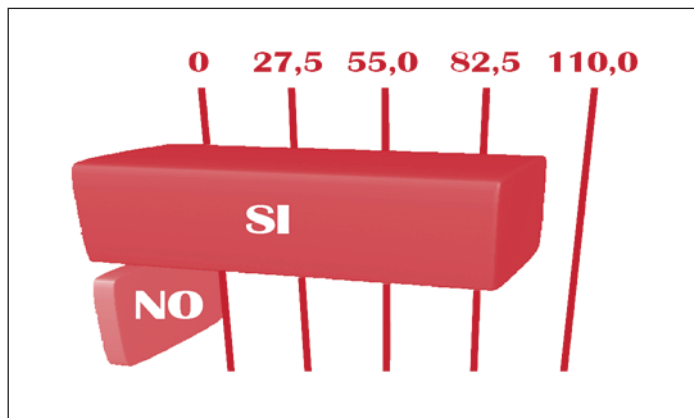
Dopo aver ottenuto le autorizzazioni dalle strutture, si è cominciato a stipulare un questionario a risposta multipla per indagare gli aspetti, da quelli formali a quelli strettamente as-

AZIONI	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	ATTORE/I
Formulazione questionari e revisione	dal 1 al 15					Relatore, Laureando
Autorizzazione Università degli Studi di Perugia	30					Relatore, Laureando
Richiesta autorizzazione U.S.L. n. 2		13				Relatore, Laureando
Distribuzione questionari		dal 29-7 al 01-8				Laureando
Ritiro questionari				dal 1 al 15		Laureando
Elaborazione dati				dal 15 al 30		Laureando
Analisi dei dati e valutazione del risultato					dal 1 al 15	Relatore, Laureando

Tab. 1 - Il diagramma di Gantt

sistenziali, che gli assistiti ricevono dal servizio. I questionari che sono stati distribuiti in forma anonima e rispettosi della privacy, vengono successivamente raccolti ed elaborati. L'elaborazione dati ha tenuto conto del numero delle risposte dichiarate rispetto al numero complessivo dei questionari somministrati (circa 200), e dopo aver estrapolato i dati sono stati rappresentati in diagrammi, i quali danno l'immagine del grado di soddisfazione in merito al quesito proposto. Complessivamente, come si evidenzierà con i grafici, si è potuti giunge-

re ad una conclusione per lo più positiva. Gli assistiti sono nel complesso soddisfatti della gestione e dei risultati ottenuti, ma si lamentano del carente tempo che ciascun infermiere può dedicargli. L'assistenza domiciliare è più complessa dell'assistenza ospedaliera, perché gli operatori sanitari vanno ad interagire all'interno della famiglia, dovendo intervenire sull'assistito, ma anche in modo corposo con i membri della famiglia stessa. Il lavoro che ho condotto si è sviluppato nei distretti del perugino attraverso l'utilizzo di un questionario che in-



Graf. 1 - Assistenza domiciliare: analisi dei risultati

dagasse dalla richiesta di assistenza domiciliare integrata, fino alla soddisfazione da parte dell'utente e/o da parte dei familiari rispetto al servizio offerto. I dati del lavoro che ho condotto mi hanno portato, in alcuni casi, a delle conclusioni sorprendenti. Il servizio di assistenza domiciliare nonostante sia di giovane attuazione, di fatto, sembra essere ben accettato dalle persone assistite e ritenuto strumento strategico di continuità assistenziale e di sostegno alle famiglie. Dall'analisi dei risultati, si evidenzia che la maggior parte degli intervistati alla domanda "l'assistenza domiciliare ha avuto un ruolo positivo nel suo stato di salute" dalle risposte ottenute si deduce che il servizio domiciliare è utile alla gestione degli assistiti, e ciò porta a un concreto decentramento dell'assistenza ospedaliera verso il territorio (**Graf. 1**).

Con questo tipo di servizio il cittadino rimane comunque tutelato e garantito di ricevere la stessa qualità di assistenza necessaria, con la differenza sostanziale di rimanere all'interno del proprio ambito familiare (**Graf. 2**)

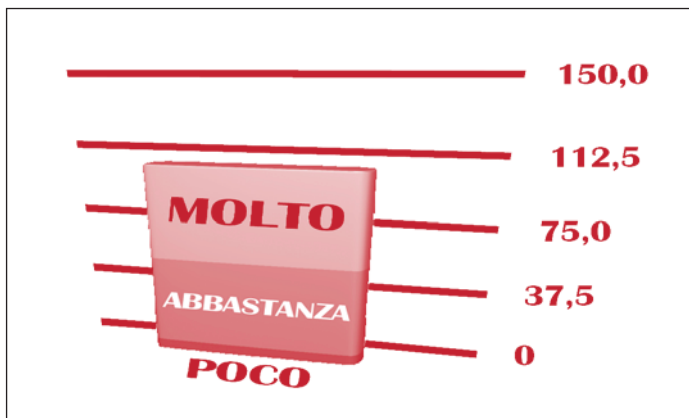
A conferma di questo, infatti, alla domanda "si ritiene complessivamente soddisfatto del servizio di assistenza domiciliare" (**Graf. 2**), il (47%) intervistati ha risposto di essere molto soddisfatto ed il 48% ha dichiarato di essere soddisfatto del servizio di assistenza infermieristica domiciliare ricevuto. Questo è un dato importante che deve far riflettere. Con la nascita dell'assistenza domiciliare, è nata una nuova stra-

tegia di assistenza cioè, la persona si può assistere, quando possibile, anche nella propria abitazione garantendo la stessa qualità di assistenza dell'ospedale e ottenendo, addirittura, risultati migliori. Nonostante i dati analizzati sembrino definire complessivamente un risultato positivo, emergono comunque alcune criticità in parte note (Graf. 3).


Le persone assistite (12%), giudicano scarsa la frequenza dedicata dal personale infermieristico alle attività di assistenza. Questo è un punto debole, noto sentito ed evidenziato anche dai diretti interessati in assistenza domiciliare; proprio perché il servizio domiciliare rappresenta una valida alternativa al servizio assistenziale ospedaliero, la persona assistita a casa ha bisogno della presenza di personale infermieristico competente, che dia indicazioni tratti e porti a compimento anche procedure assistenziali precedentemente iniziate e non terminate.

Conclusioni

I risultati dell'indagine dimostrano che il servizio di assistenza domiciliare integrata rappresenta un elemento fondante del sistema socio-sanitario. Nella realtà che ho indagato la qualità percepita del servizio di assistenza domiciliare, offerto dagli infermieri, sembra ottenere, da parte degli assistiti, un buon giudizio anche se ancora necessita interventi di sviluppo e di consolidamento su alcuni aspetti strategici come il tempo dedicato a ciascun assistito e per un'affermazione definitiva di una risposta assi-



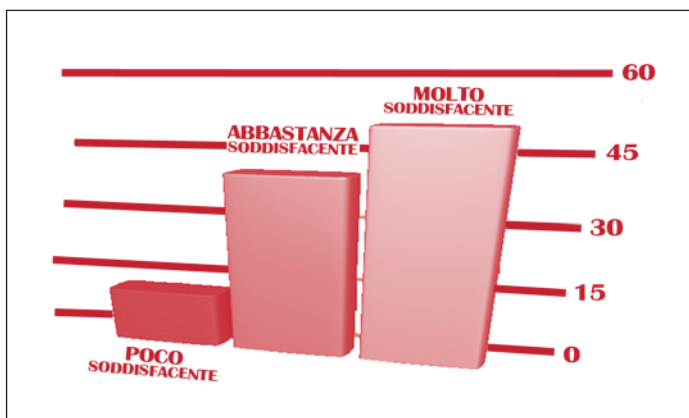
Graf. 2 - Tutela del cittadino: qualità assistenziale

stenziale appropriata ed efficace come vera alternativa all'assistenza ospedaliera. 

Bibliografia

- Relazione Sincert, *La qualità nel settore sanitario e dei servizi sanitari*, 2003.
- G. NEGRO, *La qualità nei servizi*, Ed. Franco Angeli.
- G. COPPOLA, *La soddisfazione del cliente in sanità*, Università di Torino.
- G. COPPOLA, *Corso di Marketing Sanitario*, Università Torino 2003.
- AVEDIS DONABEDIAN, *La qualità dell'assistenza sanitaria*, Ed. NIS 1990.
- A.A.V.V., *Management in sanità*, Ed. Franco Angeli.
- FABRIZIO M. PINI, *La rivelazione dei bisogni dell'utenza*.

- ALDO PAGNI, *Concetti, principi ed elementi di riferimento per la certificazione evoluta della sanità*, Bologna 2003.
- FABIO FOCARILE, *Indicatori di qualità in sanità*, Ed. Centro scientifico 1998.
- F. LEGA, *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*, Ed. Franco Angeli 2001.
- Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia, Udine.
- GARDINI, *Lo sviluppo della qualità*, 2001.
- DONALDSON L.J., Gray JAM, *Clinical Governance: making it happen*, The Royal Society of Medicine Press Ltd, London 1999.
- Grilli R., *Migliorare la pratica clinica. Produrre ed implementare linee-guida*, Ed. Il pensiero scientifico, 1995.
- Regione Emilia-Romagna, *La qualità percepita*, giugno 2006.



Graf. 1 - Quadro riassuntivo dell'assistenza domiciliare

IL MAL DI SCHIENA NEGLI OPERATORI SANITARI DURANTE IL TURNO DI LAVORO

Introduzione

Quanti di noi, occasionalmente, ha avuto problemi alla schiena durante o dopo lo svolgimento del proprio turno di lavoro? A volte presentato come dolore vero e proprio che ha richiesto giorni di riposo e trattamento medico, a volte come indolenzimento che ha ridotto in qualche modo le prestazioni lavorative?

Molti studi, anche datati, hanno dimostrato che particolari movimenti quali:

- sollevamento di pesi,
- torsioni,
- piegamenti ed esposizione a vibrazioni giocano un ruolo così impotante da essere considerati fattori di rischio.

Tali fattori sono stati inclusi dal legislatore, prima nella legge 626/94, che tutti conosciamo, e ora nel D. Leg. 81/08 o altrimenti chiamato Testo Unico.

Già a metà degli anni '90 gli operatori sanitari erano stati individuati come una categoria tra le più a rischio di sviluppare patologie a carico del rachide (36-63%).



Il Testo Unico

Sofferamoci un attimo sulle principali differenze nella normativa.

L'attuale decreto legislativo (81/08 o Testo Unico) si interessa non solo della prevenzione delle lesioni dorso-lombari, ma anche delle patologie da sovraccarico biomeccanico che interessano il rachide cervicale, gli arti superiori ed inferiori.

Ancora, la norma attuale obbliga il datore di lavoro ad

adottare le misure organizzative necessarie e ricorrere ai mezzi appropriati quali attrezzature meccaniche per evitare la necessità di movimentazione manuale da parte dei lavoratori (la 626 al posto della E vedeva una O, quindi il datore di lavoro poteva scegliere tra una delle due opzioni invece che obbligarlo a mettere in essere entrambe). Si sono inoltre leggermente inasprite le sanzioni a carico del datore di lavoro, del dirigente e del preposto in caso d'inadempienza.

Nel decreto in vigore si fa riferimento alle "buone prassi" e alle Linee Guida ove non applicabile la norma dell'allegato XXXIII, sotto la responsabilità del datore di lavoro.

L'allegato sopracitato, che varrebbe la pena leggere per intero, considera non più il "rischio" ma le "patologie da sovraccarico biomeccanico in particolare dorso-lombari" e definisce per il lavoratore un carico di 30 kg come troppo pesante, oltre a fare differenze di genere ed età.

Ora, dopo questo brevissimo e veloce excursus del D. Lgs.

81/08 (volutamente veloce visto che l'articolo è sul mal di schiena degli operatori sanitari e non sul decreto in vigore) andiamo a vagliare le pubblicazioni della comunità scientifica internazionale.

Occupational back pain

Il nostro mal di schiena all'estero ha un nome importante: "Occupational Back Pain". Come detto in precedenza, il problema è annoso, ma qui si è voluto dare un'occhiata agli studi più recenti, per lo più quantitativi, descrittivi e retrospettivi.

A Singapore è stato somministrato un questionario nel 2005 a infermieri di dieci reparti per un totale di 267 questionari completati. Secondo tale studio la prevalenza dell'Occupational Back Pain è del 76% e, risultato che ci ha sorpreso, gli infermieri più giovani, sotto i 30 anni, avevano una prevalenza più alta, come dire che l'anzianità è inversamente proporzionale alla manifestazione della patologia. La prevalenza più alta della presentazione dei sintomi avviene durante il turno di mattina (28.3%) rispetto al pomeriggio (1.5%) e la notte (6.6%).

Il 78.8% soffre di dolore in zona lombare, il 7.3% in zona toracica e il 3.3 in zona cervicale, tali dati sono simili a quelli estrapolati da French che ha condotto uno studio randomizzato su un piccolo campione nel 1995.

Più della metà dei partecipanti (56.1%) ha riferito che il mal di schiena interferisce con



la vita professionale mentre il 9% ha preso in considerazione un eventuale trasferimento presso altro dipartimento.

A proposito di prevenzione, il personale interpellato ha proposto: l'aumento del rapporto infermiere/paziente, migliorare il lavoro di squadra, programma educativi per lo staff, avere a disposizione dispositivi per sollevare i pazienti che siano più agevoli da usare rispetto a quelli già in uso, cambiamento di mansioni per lo staff con problemi alla schiena e qualcuno ha suggerito persino di avere più uomini in reparto.

L'ipotesi dei ricercatori è che i risultati della ricerca possano essere viziati dal fatto che il personale più anziano con mal di schiena eccessivo possa aver lasciato il reparto prima dell'indagine, suggerendo così la necessità di un futuro studio qualitativo longitudinale.

Lo studio di Yassi et al del 1995 sottolinea già come gli infermieri dell'ortopedia soffrissero di mal di schiena più degli

altri colleghi, mentre questo studio ha trovato il contrario, c'è quindi da chiedersi se sia migliorato l'addestramento del personale o se siano migliorati i presidi.

Abbiamo preso in esame un altro studio del 2009 condotto su 1390 infermieri geriatrici e anche questo riporta una prevalenza del 76% per dolore al rachide lombare.

Il terzo studio datato 2009 ha investigato il problema tra 118 infermieri usando un questionario, la VAS, BDI (Beck Depression inventory) e BSI (Brief Symptom Inventory).

Questo studio ha usato quindi diversi strumenti per investigare il problema, pensando quindi ad un approccio multifattoriale con particolare attenzione alla componente psicologica ed ha trovato che il numero più significativo di infermieri che soffre di mal di schiena appartiene al Dipartimento di Emergenza rispetto al gruppo appartenente al dipartimento di Chirurgia o Medicina Interna.

La BDI ha sottolineato che chi soffre di mal di schiena aveva un punteggio più alto per quanto riguardava la depressione, somatizzazione, aggressività e disturbi dell'umore.

Lo studio più corposo si è concluso nel 2006 e ha contato tra i partecipanti 16770 infermieri d'ospedale, 2140 infermieri di case di riposo e 2606 infermieri dei servizi domiciliari in sette paesi europei. L'analisi dei dati ha rivelato uno squilibrio tra sforzo-risultato che è stato individuato come


fattore di rischio predominante in tutti i setting presi in esame e che gli ausili per muovere i malati non erano, o erano solo marginalmente, associati in qualche modo alla disabilità. Non sono state trovate grandi differenze tra i paesi.

Uno studio tedesco del 2009 ha coinvolto sia gli infermieri che il personale di supporto. Sono stati tutti esaminati dal medico specialista per diagnosi di disordini muscolo-scheletrici. A questo studio hanno partecipato 1390 operatori sanitari di ambito geriatrico e 41 medici di Medicina del Lavoro che hanno eseguito le visite specialistiche ortopediche per accertare l'apparato muscolo-scheletrico. Inoltre l'operatore sanitario doveva compilare un questionario che raccoglieva dati anagrafici e valutava la "workability" in base alla domanda sia fisica che psicologica delle mansioni svolte, inoltre veniva accertata l'intensità del dolore, le condizioni di lavoro (tipi di letti usati per il paziente, ausili usati per muoverli ecc.), inoltre per ogni operatore è stato valutato anche l'Indice di Mas- sa Corporea.

Per finire il panorama straniero (d'obbligo quando si fa ricerca bibliografica), diamo voce a una collega d'oltreoceano che nel 2003 ci ricordava il dato reso noto da William Charney del Ministero della Sanità nel 2001. Ogni giorno negli USA 9000 operatori sanitari si infortunano sul lavoro e il peso che deve sopportare ogni giorno un operatore si aggira sui 1.8 tonnellate se si conta: sistemare il



paziente a letto, trasferirlo dal letto alla sedia a rotelle e viceversa eccetera. In modo molto onesto la collega ricorda però che la manovra universale più usata è quella del "1-2-3 su" e che può causare danni sia al paziente sia all'operatore. Ella chiama quindi la prevenzione a gran voce, mentre un gruppo di colleghe italiane ha pubblicato una revisione della letteratura sulla prevenzione per ridurre l'incidenza del mal di schiena negli operatori sanitari di tutto quel poderoso lavoro, pensiamo valga la pena sottolineare che non vi sono raccomandazioni sull'uso di fasce contenitive per la schiena, busti e supporto lombare a fini preventivi, uguale sorte per i plantari e affini mentre una "zona grigia" (quindi non ancora chiara) meritano le scarpe morbide, pavimentazioni duttili o tappeti anti-fatica. I metodi indicati come più fattibili ed efficaci prevedono esercizi ed interventi educativi appropriati.

Chissà, se in tutto questo baillamme di dati e consigli, prima o poi salterà anche fuori il consiglio della nonna sull'uso del sale grosso scaldato da porre sulla zona dolorante? 

Bibliografia

- CHEN XIAO RONG, Occupational Back Pain Among Hospital Nurses, *SGH proceedings*, 2008; vol. 17 (2).
- KROMARK, DULON M., BECK B., NIENHAUS A., Back disorders and lumbar load in nursing staff in geriatric care: a comparison of home-based care and nursing home, *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 2009; (4): 33.
- DOSOGLU M., Low back pain among nurses: a review, *Neurosurgery Quarterly*, march 2009 (19): Issue 1: 29-34.
- SIMON M., TACKENBERG P., NIENHAUS A., ESTRYN-BEHAR M., CONWAY P.M., HASSELHORN H.M., Back or neck-pain related disability of nursing staff in hospital, nursing homes and home care in seven countries-results from EuropeanNEXT-Study, *Nursing studies*, 2008; (45): issue 1: 24-34.
- ROUPA Z., VASSILOPOULOS A., SOTIROPOULOU P., MAKRIKKA E., NOULA M., FAROS E., MARVAKI CH., The problem of lowerback pain in nursing staff and its effect on human activity, *Health Science Journal*, 2008; (2), issue 4.
- BROWN D.X., A nurse speaks out. preventable back injuries and nursing- commentary, *ABNF Journal*, 2003
- COLE D.C., IBRAHIM S.A., SHANNON H.S., SCOTT F., EYLES J., Work correlates of back problems and activity restriction due to musculoskeletal disorders in the Canadian national population health service, 2001, *Occup Environ Med* (58): 728-734.
- Centro Studi EBN, *La prevenzione per ridurre l'incidenza del mal di schiena negli operatori sanitari*.
- G. FRIGERI. Movimentazione manuale dei carichi: prime note al confronto tra D. Lgs 626/94 e D. Lgs 81/08 (testo unico), Istituto Ambiente Europa.

I VOSTRI ARTICOLI...

A CURA DELLA REDAZIONE

Professione Infermiere Umbria pubblica le seguenti tipologie di articoli:

1. **articolo originale:** frutto di ricerca e/o metanalisi;
2. **revisione:** revisione della bibliografia;
3. **comunicazione:** relazione a congressi e/o poster;
4. **editoriale:** parere su una tematica e riflessioni o analisi
5. **lettera:** intervento su una tematica trattata dalla rivista;
6. **recensione:** di libro e/o materiale audiovisivo inerente le tematiche trattate dalla rivista;
7. **estratto di tesi** di laurea/master.

Gli articoli inviati per la pubblicazione devono essere indirizzati via e-mail: info@ipasviperugia.it oppure in formato cartaceo e attraverso floppy-disk al Collegio IP.AS.VI. Perugia, via Manzoni, 82 06087 Ponte San Giovanni (Pg).

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

1. titolo dell'articolo;
2. autori con nomi completi e qualifiche professionali;
3. istituzione di appartenenza;
4. recapiti per eventuali contatti (telefono, e-mail);
5. ogni pagina dovrà essere numerata a partire dalla prima.

Il testo deve essere dattiloscritto in prima copia su una facciata, con doppia spaziatura; questo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la massima chiarezza di esposizione: non si devono in ogni caso superare le 10-12 cartelle. Gli articoli devono sempre essere accompagnati da un riassunto significativo in italiano (abstract), per un massimo di 200 parole individuando 3-4 parole chiave.

Le figure, i diagrammi, le illustrazioni e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità, devono essere complementari al testo e non contenere una ripetizione dello stesso, numerate progressivamente, dotate di didascalie con titolo numero

e segnalato sul testo chiaramente il punto di inserzione.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti e solo gli autori citati nel testo. Nel corpo del testo stesso i riferimenti bibliografici sono numerati secondo ordine di citazione; nella bibliografia al termine dell'articolo ad ogni numero corrisponde la citazione completa del lavoro al quale ci si riferisce. I modelli sotto riportati esemplificano rispettivamente come si cita: un articolo, un libro, un capitolo preso da un libro, un sito internet:

1. SCALORBI S., La formazione degli infermieri per l'integrazione tra professionisti, *Scenario* 2005; 22 (4): 4-8.
2. DE CASTRO P., GUIDA S., SAGONE B.M., *Diciamolo chiaramente*, p. 89, Pensiero Scientifico Editore, Roma 2004.
3. HAMER S., La pratica professionale basata su prove di efficacia, in: HAMER S., *Collinson G. Evidence based practice*, McGraw-Hill Editore, Milano 2002.
4. GNOLI C., *Le citazioni bibliografiche. Una guida introduttiva per interpretare e redigere correttamente le citazioni delle fonti bibliografiche*, (online) disponibile all'indirizzo: <http://www.aib.it/lis/faq/wcitaz.htm>, consultato il 27/11/2000)

Ogni articolo è sotto la responsabilità diretta dell'/degli Autore/i, quando il contenuto del lavoro esprime o può coinvolgere responsabilità e punti di vista dell'Ente (o Istituto, Divisione, Servizi...) nel quale l'Autore o gli Autori lavorano o quando gli autori parlano a nome delle stesse Istituzioni, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi Responsabili.

Gli autori, regolarmente iscritti all'Albo professionale, riceveranno gratuitamente in caso di accettazione e pubblicazione delle proposte, due copie della rivista su cui compare il lavoro.

Gli articoli inviati alla Rivista saranno sottoposti all'esame della redazione e dei collaboratori ed esperti di riferimento per i vari settori.

Il materiale inviato, sia esso accettato o meno per la pubblicazione, non verrà restituito.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste. ●

DI MARIA CAPELLO

INFERMIERA U.T.I.C., AZIENDA SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA PERUGIA

IL BUONGIORNO SI VEDE DAL MATTINO

FIGURATI LA SERA

Con il buongiorno auspichi una buona giornata a chi incontri sulla tua strada, sui tuoi passi. Buongiorno è risveglio, è vita, è condivisione di un percorso. Ecco perché ci si saluta con il buongiorno.

Buongiorno è un'affermazione solidale, siamo tutti sulla stessa barca, allora "barchiamo" insieme!

Buongiorno allo spazzino, al giornalista, al panettiere, alla cassiera del negozio sotto casa.

Buongiorno al benzinaio, all'impiegato delle poste dietro al suo vetro, anche se gli devi dare dei soldi, e al macellaio.

Buongiorno al tuo vicino di casa ricco e stra-ricco a cui invidi l'ultimo modello di mercedes-benz, e buongiorno allo zingaro che chiede di lavarti il vetro al semaforo.

Buongiorno al capo, alla sua segretaria e alla sua sottosegretaria.

Buongiorno ai tuoi colleghi di lavoro, anche quello più antipatico, a quello insopportabile che gli tireresti il collo.

Chissà perché a volte il buongiorno è un optional, soprattutto in ambiente lavorativo.

Salvo eccezioni ovviamente.

Dipende dalla simpatia, dal portafoglio, dal parente potente o dal titolo di studio?

I saluatori-buongiornisti non sono tutti uguali, per carità dove c'è diversità c'è anche scambio culturale, ma tra alcuni buongiornoisti è difficile trovarlo.

Esistono varie tipologie di saluatori-buongiornisti.

Il salutatore-buongiornista per eccellenza: è di quella tipologia che saluta sempre in maniera educata, garbata, cordiale, affabile. Mi sono alzato e saluto il mondo, indipendentemente dall'umore. Buongiorno a pieni polmoni.

Il salutatore-buongiornista per eccellenza ma te la farà pagare: è sempre di quella tipologia che saluta in maniera educata, garbata, cordiale, affabile, ma appena l'occasione lo propone, si trasforma nel tuo più efferato nemico.

Il salutatore-buongiornista euforico: quando ti vede, già da lontano, si avvicina con veemenza enfatica ti salta al collo e ti riempie di baci che tu pensi: vabbè, ora non esageriamo!

Il salutatore-buongiornista fugace: ti guarda con la coda dell'occhio, ti tiene a distanza, ti fa un cenno con la testa co-

me per dire: si, vabbè, buongiorno, ma ti pare un buon giorno questo? Lasciamistare! In generale questo soggetto è un salutatore buongiornoista buono.

Il salutatore-buongiornista interessato: a volte non ti saluta, ma se ha bisogno di qualche informazione, di un qualche piacere, di conoscere un qualche pettegolezzo, lo fa. E tu noti un certo interesse in quel saluto che diventa illuminante nel corso della giornata. Ecco dove voleva andare a parare!

Il salutatore-buongiornista occasionale: vale a dire, quello che ti saluta un giorno sì e l'altro no, e forse anche l'altro no, dipende da come si alza la mattina, se con il piede destro o con il piede sinistro, e non si capisce quale sia quello giusto. Ti chiedi: che faccio, lo saluto io o no? E se poi lo saluto, come è già successo, e non mi risponde? Io ci rimango male. E intanto è già passato senza salutarti e ne tu lo saluti. Vabbè pazienza, ci saluteremo domani!

Il salutatore-buongiornista sospettoso: è appunto quello che ti guarda con sospetto

perché crede che tu abbia un secondo fine. Attenzione però, questo salutare può essere confuso con il salutare-buongiornista interessato. In realtà c'è una differenza: il primo ha un piano ben preciso, il secondo crede che tu abbia un piano ben preciso.

Il salutare-buongiornista ad personam-nationality: ovvero, agli italiani, americani, londinesi, parigini, che a volte sono anche nostri ospiti tra le corsie, ci rivolgiamo con un reverente e rispettoso buongiorno e con il pronome "lei".

Se invece si tratta di un nero, un filippino, un marocchino, un albanese, un romeno, automaticamente il saluto viene declassato ad un ciao e ci rivolgiamo con il pronome "tu", e non solo, a volte, ai malcapitati declassati, pur parlando l'italiano meglio di noi italiani, gli scandiamo le parole come se non ci capissero, alzando pure il tono di voce come se fossero, oltre che extracomunitari, sordi.

Ultimo, ma non per questo meno importante, il **non-salutare-buongiornista:** non saluta mai, a prescindere, perché gli va così. Si crede anti-conformista, originale, tenebroso, penseroso, singolare, bizzarro, indaffarato: beato lui!

E tu in quale tipologia ti riconosci?

A qualsiasi tipologia tu appartenga, non sopravvalutarti eh..., salutare o non salutare, a tutti ma proprio tutti, **buongiorno.**



dalle segreterie

INDIRIZZI UTILI



Collegio Provinciale IP.AS.VI. di Perugia

Via Manzoni, 82
06135 - Ponte San Giovanni (Pg)
Tel. e fax: 075.5997832
e-mail: info@ipasviperugia.it
Posta elettronica certificata: perugia@ipasvi.legalmail.it

Orario di apertura

Mattina:

Giovedì dalle ore 11 alle ore 12,30

Pomeriggio:

Martedì - Venerdì dalle ore 15,30 alle ore 18

Collegio Provinciale IP.AS.VI. di Terni

Via Galvani, 11
05100 Terni
Tel e fax 0744.420215
e-mail: ipasviterni@tiscali.it
Posta elettronica certificata: terni@ipasvi.legalmail.it

Orario di apertura

Mattina:

Lunedì dalle ore 9 alle ore 11

Pomeriggio:

Martedì - Giovedì dalle ore 16 alle ore 19

Indirizzi internet

- Collegio IP.AS.VI. di Perugia: www.ipasviperugia.it
- Collegio IP.AS.VI. di Terni: www.ipasviterni.com
- Federazione nazionale IP.AS.VI.: www.ipasvi.it
- ENPAPI: www.enpapi.it
- FEPI: www.fepi.org
- ECM: www.salute.gov.it/ecm/ecm.jsp
- Regione Umbria: www.regione.umbria.it
- Università degli Studi di Perugia: www.unipg.it
- Gazzetta Ufficiale: www.gazzettaufficiale.it ●

I CREDITI FORMATIVI DEGLI EVENTI ORGANIZZATI DAI COLLEGI IP.AS.VI. DI PERUGIA E TERNI

GLI E.C.M. 2006-2010

La commissione E.C.M. della Regione Umbria ha deliberato i crediti formativi degli eventi organizzati dai Collegi IP.AS.VI. di Perugia e di Terni.

Di seguito sono riportate le descrizioni degli incontri, i crediti attribuiti e le modalità di consegna degli Attestati.

ANNO 2006

La gestione degli interventi avversi nell'infermieristica clinica

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso il Centro Congressi Quattrotorri di Perugia, il 3 febbraio 2006, assegnando all'evento stesso: n. 7 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2006 (Determinazione Dirigenziale n. 1011 del 7/2/2007).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

La professione infermieristica in Umbria: Formazione, modelli organizzativi, strumenti operativi

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia tenutosi presso l'"Hotel Decò" di Ponte

S. Giovanni (Pg) il 24 novembre 2006, assegnando all'evento stesso: n. 8 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2006 (Determinazione Dirigenziale n. 1011 del 7/2/2007).

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Terni è tenutosi a Terni presso la Sala Conferenze dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" il 23 novembre 2006, assegnando all'evento stesso: n. 8 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2006 (Determinazione Dirigenziale n. 1011 del 7/2/2007).

Gli Attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso le segreterie dei rispettivi Collegi.

ANNO 2007

Cure primarie: l'infermiere e il cittadino oltre l'ospedale

Organizzato dal Coordinamento Collegi IP.AS.VI. dell'Um-

bria e tenutosi presso l'"Albornoz Palace Hotel" di Spoleto (Pg) il 19 ottobre 2007, assegnando all'evento stesso: n. 8 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2007 (Determinazione Dirigenziale n. 1118 del 25/2/2008).

Gli Attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso le segreterie dei rispettivi Collegi.

Inglese scientifico di base I° Edizione

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia e tenutosi presso la sede del Collegio nei giorni 10-12-17-24-31 ottobre 2007 e 7-14-21-28 novembre 2007 e 5 dicembre 2007, assegnando all'evento stesso: n. 10 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2007 (Determinazione Dirigenziale n. 1118 del 25/2/2008).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai

partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

L'EBN e la pratica clinica
I° Edizione

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia e tenutosi presso la sede del Collegio il **15-22-29 novembre 2007**, assegnando all'evento stesso: **n. 15 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2007** (Determinazione Dirigenziale n. 726 del 12/2/2008).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

Esercizio libero-professionale e previdenza: compatibilità ed opportunità

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Terni, tenutosi presso la Sala Conferenze Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni il **9 maggio 2007**, assegnando all'evento stesso: **n. 5 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2007** (Determinazione Dirigenziale n. 726 del 12/2/2008).

Gli Attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso la segreteria del Collegio di Terni negli orari di apertura al pubblico (lunedì 9-11 martedì e giovedì 16-19).

ANNO 2008

Inglese scientifico di base
II° Edizione

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia e tenutosi



MOBILITÀ

A CURA
DELLA REDAZIONE

RUSSO ALESSANDRO

339.2898295
russoalex80@alice.it
Via Manzoni
Perugia

da: A.O.I.R.M. Torino

a: Azienda Perugia
ASL n. 1-2-3

SGANAPPA ILARIA

347.9743242
ilariasganappa@tiscali.it
Loc. P. Giulio
Orvieto (Tr)

da: A.O.U. Siena
"Le Scotte"

a: Azienda Terni
ASL n. 4

FAINA FABRIZIO

347.2651617
fabrizio.faina@hotmail.com
Via Luca Pacioli
Perugia

da: ASL Perugia

a: Azienda Perugia ●

presso la sede del Collegio nei giorni **13-20-27 febbraio 2008** e **5-12-19-26 marzo 2008** e **2-9-16 aprile 2008**, assegnando all'evento stesso: **n. 10 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2008** (Determinazione Dirigenziale n. 10321 del 17/11/2008).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

L'EBN e la pratica clinica
II° Edizione

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, e tenutosi presso la sede del Collegio nei giorni **15-22-29 aprile 2008**, assegnando all'evento stesso: **n. 15 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2008** (Determinazione Dirigenziale n. 8544 del 26/9/2008).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

La competenza infermieristica: quale contributo al sistema sanitario e al miglioramento della qualità dell'assistenza

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia e tenutosi presso il "Centro Bufalini" di Città di Castello (Pg) il giorno **12 maggio 2008**, assegnando all'evento stesso: **n. 6 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2008** (Determinazione Dirigenziale n. 8544 del 26/9/2008).

Gli Attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso la segreteria del Collegio.

Il nuovo codice deontologico della professione infermieristica

Organizzato dal Coordinamento Collegi IP.AS.VI. dell'Umbria e tenutosi presso Auditorium Enea Urbani di Passignano sul Trasimeno il giorno 10 ottobre 2008, assegnando all'evento stesso: n. 9 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 1303 del 17/2/2009).

Gli Attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso le segreterie dei rispettivi Collegi.

Inglese scientifico di base III° Edizione

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia e tenutosi presso la sede del Collegio nei giorni 15-22-29 ottobre 2008 e 5-12-19-26 novembre 2008 e 3-10-15 dicembre 2008, assegnando all'evento stesso: n. 10 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 10321 del 17/11/2008).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

L'EBN e la pratica clinica III° Edizione

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia e tenutosi presso la sede del Collegio i giorni 11-13-20 novembre 2008, assegnando all'evento stesso: n. 15 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 8544 del 26/9/2008).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

La responsabilità professionale e la gestione del rischio clinico nelle aziende sanitarie

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Terni, tenutosi presso la Sala Conferenze dell'Azienda Ospedaliera di "S. Maria" di Terni il 16 maggio 2008, assegnando all'evento stesso: n. 6 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 8544 del 26/9/2008).

Gli Attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento di riconoscimento presso la segreteria del Collegio di Terni negli orari di apertura al pubblico (lunedì 9-11 martedì e giovedì 16-19).

I° Corso formativo sulla gestione delle stomie: Tracheostomia e stomie dell'apparato urinario. I Edizione 28 Giugno 2008. II Edizione 18 Aprile 2009.

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Terni presso l'"Aula Conferenze" dell'Ordine dei Medici di Terni, assegnando all'evento stesso: n. 13 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 10321 del 17/11/2008).

Gli Attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso la segreteria del Collegio di Terni negli orari di apertura al pubblico (lunedì 9-11 martedì e giovedì 16-19).

ANNO 2009

Gli infermieri nella società che cambia: Sviluppo delle competenze tecniche, relazionali, manageriali

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso il Park Hotel di Ponte S. Giovanni (Pg) il 30 gennaio 2009, assegnando all'evento stesso: n. 8 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2009 (Determinazione Dirigenziale n. 7377 del 4/8/2009).

Gli Attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso la segreteria del Collegio.

Costruire la previdenza degli infermieri

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia e tenutosi presso l'"Hotel Giò" Perugia il 12 maggio 2009, assegnando

all'evento stesso: **n. 4 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2009** (Determinazione Dirigenziale n. 7377 del 4/8/2009).

Gli Attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso la segreteria del Collegio.

**L'EBN e la pratica clinica
IV Edizione**

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia e tenutosi presso la sede del Collegio i giorni 18-25 settembre e 2 ottobre 2009, assegnando all'evento stesso: **n. 8 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2009** (Determinazione Dirigenziale n. 431 del 26/1/2010).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

**Inglese biomedico:
uno strumento
per assistere
una società multietnica
IV Edizione**

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia e tenutosi presso la sede del Collegio i giorni 22-29 settembre 2009 e 6-13-20-27 ottobre 2009 e 3-10-17-24 novembre 2009, assegnando all'evento stesso: **n. 25 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2009** (Determinazione Dirigenziale n. 7377 del 4/8/2009).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai

partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

**La contenzione:
tra diritto alla libertà
e tutela della sicurezza**

Organizzato dal Coordinamento Collegi IP.AS.VI. dell'Umbria e tenutosi presso l'Auditorium Scuola Allievi della Polizia di Stato di Spoleto (Pg) il 7 novembre 2009, assegnando all'evento stesso: **n. 5 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2009** (Determinazione Dirigenziale n. 431 del 26/1/2010).

Gli Attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso le segreterie dei rispettivi Collegi.

**L'EBN e la pratica clinica
V Edizione**

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia e tenutosi presso la sede del Collegio i giorni 11-13-20 novembre 2009, assegnando all'evento stesso: **n. 8 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2009** (Determinazione Dirigenziale n. 431 del 26/1/2010).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

**L'EBN e la pratica clinica
VI Edizione**

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia e tenutosi presso la sede del Collegio nei giorni 4-11-18 dicembre 2009, assegnando all'evento stesso:

n. 8 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2009 (Determinazione Dirigenziale n. 431 del 26/1/2010).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso.

**Il nuovo Codice
Deontologico
degli infermieri italiani**


Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Terni, tenutosi presso il presidio ospedaliero "S. Maria della Stella" di Orvieto (Tr) il 16 maggio 2009, assegnando all'evento stesso: **n. 6 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2009** (Determinazione Dirigenziale n. 7377 del 4/8/2009).

Gli Attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso la segreteria del Collegio di Terni negli orari di apertura al pubblico (lunedì 9-11 martedì e giovedì 16-19).

ANNO 2010

**L'EBN e la pratica clinica
VII Edizione**

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia e tenutosi presso la sede del Collegio nei giorni 24-30 marzo 2010 e 9 aprile 2010, assegnando all'evento stesso: **n. 8 Crediti Formativi E.C.M. per l'anno 2010** (Determinazione Dirigenziale n. 7513 del 1/9/2010).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso. 

CONTINUA LA CORSA DEL FRANCOBOLLO CHE CELEBRA GLI INFERMIERI

AFFRANCA LA VITA!

Dopo la pausa estiva, si sono svolte altre due mini-maratonate a Bologna e a Napoli organizzate dalla "Susan G Komen Italia" sotto l'Alto Patronato della Presidenza della Repubblica per sostenere la lotta contro il tumore del seno.

Le Donne in rosa

Come già avvenuto per i precedenti appuntamenti di Roma e Bari, anche a queste nuove tappa di Race for The Cure c'è stata una massiccia partecipazione di infermieri con l'intento di portare la loro solidarietà alle "Donne in rosa", che lottano contro la malattia, per sostenere la campagna di raccolta fondi per la prevenzione e ricerca.

All'edizione di quest'anno di Race for The Cure è infatti abbinata l'emissione di un francobollo dedicato alla professione infermieristica, con uno speciale sovrapprezzo di 30 centesimi di Euro il cui ricavato sarà destinato a sostenere progetti nella lotta ai tumori del seno su tutto il territorio nazionale.

Il progetto è promosso dal Ministero dello Sviluppo Eco-

nomico insieme a Poste Italiane, la Susan G. Komen Italia, la Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI., il Policlinico Gemelli di Roma e la Federazione Italiana Tabaccai.

Dalla data di emissione, lo scorso 16 maggio, sono già state tirate oltre 13.5 milioni di copie del francobollo; in tutta Italia sta veicolando l'immagine rassicurante dell'infermiera che stringe la mano ad un paziente, sintesi del messaggio di solidarietà, fiducia e vicinanza degli infermieri italiani a tutte le donne che lottano contro la malattia.

Alla luce del successo dell'iniziativa Poste Italiane ha già autorizzato una ristampa del francobollo. La Federazione Ipa-svi è attivamente impegnata a sostenere la partecipazione degli infermieri alle tappe di Race for The Cure e a promuovere l'acquisto e la diffusione del francobollo.

«Invitiamo tutti gli infermieri italiani – afferma Annalisa Silvestro, presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI. – a impegnarsi ancora di più per acquistare e far acquistare il francobollo e a da-

re la massima diffusione a questa iniziativa, che oltre a rappresentare un importante riconoscimento per la professione infermieristica si traduce in un sostegno concreto ed efficace a progetti contro il tumore del seno, inclusi programmi di formazione permanente rivolti agli infermieri».

Spille-distintivo

La Susan G Komen Italia, insieme al francobollo, ha confezionato delle spille-distintive con stampata l'immagine del francobollo. Il costo "simbolico" delle spille è di € 2,00; il ricavato delle vendite è anch'esso destinato a sostenere progetti di prevenzione e ricerca nella lotta ai tumori del seno su tutto il territorio nazionale.

Il Collegio IP.AS.VI. della Provincia di Perugia supporta la campagna promozionale che sostiene la lotta contro il tumore del seno, invitando gli infermieri all'acquisto e alla diffusione del francobollo; ha provveduto all'acquisto di n. 250 spille-distintivo e ha partecipato attivamente alla Mini-maratona di Roma del 16 maggio 2010.



professione
infermiere umbria



auguri **di buone feste**

Posteitaliane

Giornata Internazionale
dell'Infermiere 2010

Affranca la vita!

Gli infermieri italiani al fianco delle donne
che lottano contro il tumore del seno



Affranca la Vita!

Continua la corsa del francobollo che celebra gli Infermieri

COSA SOGNANO I PESCI ROSSI

GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE
NELLA RELAZIONE E COMUNICAZIONE
CON L'ASSISTITO IN UTI

DI NORA
MARINELLI

Vice presidente
del Collegio IP.AS.VI.
di Perugia

L'infermieristica è una disciplina a forte valenza umanitaria e solidaristica per sua peculiarità connaturata. Ciononostante gli infermieri, soprattutto quelli di area Critica, si producono prevalentemente in operatività fortemente tecnologizzate e in approcci relazionali circostanziati spesso a meri tecnicismi, deprivati di componenti affettivo-emozionali; ciò almeno in apparenza.

La verità probabilmente è multidimensionale, per cui non vi è una unica spiegazione all'agire professionale. Accanto ai meccanismi difensivi individuali e privati, vi sono le strategie comuni, l'indifferenza, la noncuranza, la spersonalizzazione, l'evitamento, le dinamiche di gruppo. L'organizzazione poi, gioca un ruolo fondamentale tale da viziare i comportamenti degli operatori e farli allontanare dagli obiettivi prioritari del loro agire professionale. Aspetto centrale nelle anomalie organizzative è la cronica carenza degli organici che tende a costringere il ruolo dell'infermiere ad una funzione meramente tecnica a discapito ovviamente di quella relazionale.

La carenza degli organici non può costituire l'unica determinante, probabilmente entrano in gioco altri importanti elementi alcuni dei quali ancora riconducibili all'organizzazione altri ad un gap culturale e di formazione.

Di tutto questo si parlerà nel presente lavoro allo scopo di avviare una riflessione tesa all'individuazione del modo miglior per assistere la persona che non può parlare ma anche orientata a fornire elementi per la comprensione dei comportamenti degli operatori.

Effetto pesce rosso, relazione, comunicazione, frustrazione, risorse attive, recupero.

ABSTRACT

PAROLE CHIAVE

INTRODUZIONE

Tutti riconoscono agli Infermieri il loro impegno costante "al letto del paziente"; così come solitamente si dice.

Certamente si tratta d'una caratteristica insita alla professione che rende l'infermiere titolare del processo assistenziale e primo attore nei diversi scenari che si costituiscono nell'operatività. Al suo ruolo fanno capo una serie d'importanti responsabilità, forse prima tra tutte quella di essere al fianco del paziente, dalla sua parte, e quindi di capirne i bisogni e di pianificarne la soddisfazione con interventi validati scientificamente e dalla buona pratica clinica. L'obiettivo di comprendere i bisogni dell'assistito non è sempre facile nemmeno per il più preparato professionista, in primo luogo per l'estrema variabilità della soggettività umana e secondariamente per il fatto che molto spesso, specie in area critica ed intensiva, la persona non è nella condizione di poterli esplicitare in forma diretta. All'infermiere si richiede oggi più che mai, la capacità di stabilire relazioni proficue le quali fondano la loro sostanza nella comunicazione.

Come sappiamo, anche mutuando contenuti di altre discipline, è impossibile non comunicare e lo è anche in relazione al paziente incosciente come ben sanno gli infermieri di area critica abituati ad interpretare segnali indiretti di comunicazione. Il caso poi della persona che si trovi nella impossibilità oggettiva di parlare per la perdita temporanea o definitiva della fonazione, rappresenta un caso ancora a sé dalle molteplici implicazioni relazionali, assistenziali, organizzative e gestionali. Il cosiddetto "pesce rosso" così come è stato descritto dal Dott. Venturino nel suo romanzo, rappresenta una condizione piuttosto frequente in terapia intensiva sebbene la letteratura scientifica non abbia ancora proposto specifici canali d'indagine. Probabilmente ciò è riferito al fatto che ricerche sulla comunicazione in situazioni contestualizzate prevalentemente in ambienti ospedalieri, richiederebbe l'impegno degli infermieri in ricerche di tipo qualitativo che richiedono una base di conoscenza e d'esperienza nella ricerca che gli infermieri ancora faticano a trovare.

Si è pensato quindi, di fornire un piccolo contributo allo sviluppo della tematica, elaborando i dati d'un focus group realizzato tra infermieri esperti di terapia intensiva per evitare di ridurre la presente trattazione al punto di vista del solo autore.

METODOLOGIA

Allo scopo di rilevare gli elementi peculiari della riflessione infermieristica sul tema: "comunicazione e relazione con la persona degente in una UTI e posta nella condizione di non poter parlare", si è pensato di realizzare un focus group tra professionisti esperti, in servizio continuativo in una UTI da almeno due anni, omogenei per livello di formazione.

Si è deciso d'impiegare la formula del focus group in quanto consente una disamina dei contenuti liberamente esposti, anche sollecitati dal dibattito e dalla reciproca interferenza dei partecipanti al gruppo di discussione (interazione). Si è poi deciso di applicare una griglia d'intervista al solo scopo di orientare il dibattito verso la tematica d'interesse.

"Cosa sognano i pesci rossi"

Comunicazione e relazione con la persona degente in una UTI e posta nella condizione di non poter parlare.

Il gruppo è risultato costituito da sette operatori provenienti dalle diverse UTI dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, rappresentate dalle seguenti: Unità di Terapia Intensiva Respiratoria (UTIR), Terapia Intensiva Post-Cardiochirurgica (TIPOC), Rianimazione polivalente del presidio "Policlinico" e Rianimazione dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia e da un operatore nella funzione di moderatore.

Analisi del contesto di riferimento

- Gli elementi che caratterizzano l'esperienza di essere ricoverato in una Terapia Intensiva.
- L'influenza degli aspetti logistici di struttura.
- L'influenza degli assetti organizzativi.

L'effetto "pesce rosso"

- Caratteristiche e dimensionamento del fenomeno.
- Espressività del fenomeno.
- Le richieste implicite.
- Frustrazione e gratificazioni; gli effetti sulla relazione d'aiuto.

Le risposte degli Infermieri

- Le peculiarità dell'approccio infermieristico.
- L'influenza della cultura del nursing di area critica.
- Punti di forza e punti di debolezza.
- Le prospettive; sviluppi nella formazione, nell'organizzazione, nell'operatività.

Conclusioni del gruppo

I progressi terapeutici assistenziali hanno comportato un allungamento della vita delle persone ma non riescono a garantire un adeguato livello di qualità della vita. Sorge la necessità di costruire sistemi di gestione e d'organizzazione che siano rispettosi delle diversità.

L'adattamento alle nuove condizioni di disabilità passa attraverso la definizione di nuovi tipi di relazione e di altre forme di comunicazione.

Occorre realizzare l'integrazione con i servizi territoriali, riuscire a continuare a seguire le persone nei loro normali contesti di vita. Occorre agire sul rafforzamento delle competenze degli operatori che devono costituirsi come referenti per le persone e per le famiglie. Devono essere in grado di preparare, formare e seguire i caregivers. Occorre lavorare sulla comunica-

FOCUS GROUP

GRIGLIA D'ORIENTAMENTO

zione non soltanto in riferimento alle persone che hanno perso fonazione ma anche intesa come necessario fondamento a sostegno delle famiglie.

È necessario prevenire le condizioni d'isolamento depressivo degli assistiti, imparare a stimolarne le risorse attive (amplificazione).

Occorre evitare d'imporre il proprio preferenziale e/o abituale canale di comunicazione e consentire al paziente d'individuare il suo ed essere disponibili ad impiegarlo anche mediante la costruzione di specifici e condivisi strumenti di comunicazione alternativa.

Occorre lavorare sulla relazione con più ampia partecipazione.

Non pretendere risposte, tollerare i silenzi, riuscire ad ascoltare al di là "del detto".

Offrire argomenti di normale conversazione evitare di chiudere la relazione in una dimensione di sofferenza.

Non tentare ostinatamente di "psicologizzare" la persona, egli è un adulto che deve essere mantenuto e recuperato a se stesso.

Individuare i rapporti conflittuali e ricercare nel contesto d'un lavoro condiviso dalla persona e dalla famiglia le possibili soluzioni.

Formarsi alla comunicazione alternativa.

Inserire processi di valutazione dell'operatore nell'ambito dei quali egli possa aver modo di superare l'empasse, crescere, formarsi.

Lavorare sugli assetti organizzativi per ridurre il carico che pesa su ciascun operatore soprattutto in riferimento ad attività improprie, delegabili. Creare i presupposti organizzativi che consentano all'operatore di centrare la propria attenzione all'assistito e ai suoi bisogni.

INTERPRETAZIONE DEI DATI

Gli Infermieri vivono costantemente il contesto della Terapia Intensiva e probabilmente lo vivono più intensamente di qualunque altro operatore. Diviene quindi di grande interesse riuscire a leggere il loro punto di vista in relazione all'argomento in oggetto ma cogliendo a lato tutti gli altri contenuti che hanno ritenuto di proporre all'attenzione del gruppo.

Il focus group ha rilevato una generica iniziale difficoltà ad entrare nello specifico della tematica anche perché forse non si è abituati ad essere "sentiti". I partecipanti al gruppo hanno avviato la discussione esprimendo in maniera del tutto condivisa il concetto che la comunicazione è uno strumento della relazione per cui hanno orientato la prima parte della discussione parlando di gestione dei contesti relazionali e dei relativi ostacoli: dalla carenza di organico, alle consuetudini (approcci standardizzati), ai limiti delle logistiche strutturali (UTI a Box oppure open space). I richiami del moderatore alla tematica in oggetto, hanno consentito di rilevare alcuni aspetti quali: la dimensione del fenomeno che interessa quasi la totalità degli assistiti in Rianimazione, quanto meno nella fase iniziale, per ridursi

ad un "cospicuo" 40% nella fase post-acuta. La Terapia Intensiva della Cardiocirurgia affronta il problema della difficoltà di fonazione nell'immediato post-operatorio (prime sei ore dall'intervento) nella totalità dei casi e si riduce a presentare il problema in riferimento ai soli pazienti cosiddetti "cronici" che rappresentano una casistica limitata ma sempre presente.

L'Unità di Terapia Intensiva Respiratoria presenta un'elevata casistica rispetto a questo problema con l'80% di pazienti tracheostomizzati e in ventilazione supportata invasiva o non invasiva.

La dimensione del fenomeno si è dimostrata molto rilevante, possiamo ora a considerare come viene affrontata: i colleghi della Rianimazione affermano di avere pazienti che per lo più non si relazionano poiché sedati o impossibilitati per danno neurologico. Conoscono il problema che riguarda prevalentemente i post-operati e i pazienti in recupero che alla difficoltà di fonazione sommano quella d'ideazione.

I colleghi della TIPOC affermano di adottare un tipo di comunicazione che varia sostanzialmente nel rapporto con i pazienti acuti rispetto a quello che si stabilisce con i cronici. Con gli acuti si adotta un comportamento quasi standardizzato, comunque condiviso. Un comportamento caratterizzato da una spesso energica sollecitazione alla partecipazione per il potenziamento della compliance polmonare; respirare bene prima di tutto...

Il rapporto con il paziente cronico è invece vissuto con disagio perché in qualche modo sembra rappresentare una sconfitta dell'equipe. L'infermiere è comunque in ambedue i casi referente fiduciario del paziente, suo punto di riferimento che in qualche modo ritarda il recupero delle autonomie e la ridefinizione delle relazioni familiari.

I colleghi della UTIR vivono con disagio la loro difficoltà a corrispondere alle esigenze degli assistiti a causa di un grave problema d'organico. Per la loro operatività s'inserisce inevitabilmente il familiare che in molti casi, non tutti, diviene supporto attivo all'assistenza.

Affermano ancora, di non sentire particolarmente urgente e prioritario l'esigenza di corrispondere al bisogno di comunicare degli assistiti e motivano affermando che i loro pazienti provengono solitamente da storie lunghe di malattia e il problema di comunicare è stato in qualche modo già affrontato e chiuso. Riflettendoci meglio, i colleghi hanno realizzato che parte delle risoluzioni avvengono in senso depressivo, il paziente riduce progressivamente le richieste di comunicazione, si limita all'essenziale e si rinchiuso in una sorta d'isolamento depressivo.

Questa condizione sembra nota anche ai colleghi della TIPOC in riferimento ai pazienti "cronici".

Il fatto che i colleghi della UTIR diano scarsa rilevanza al problema del non poter parlare, viene spiegato dalla collega della Rianimazione dicendo che non si tratta d'una sottostima ma più semplicemente di un problema già affrontato adeguatamente con gli strumenti che la professione fornisce agli operatori. In sostanza, cessa d'essere un problema per l'operatore, quello che può affrontare con efficacia. Questo ragionamento

apre la prospettiva della formazione a potenziamento delle competenze comunicative e relazionali.

Si è descritta la sequenza tipica dell'approccio al paziente che non può parlare ma che desidera comunicare, dalla presentazione delle richieste tipiche, alla ricerca di una singola parola chiave dalla quale estrapolare i termini d'una richiesta che sembra più articolata rispetto a quelle di base.

Si è detto che è importante evitare d'imporre un canale di comunicazione che egli sente di non riuscire a gestire o che comunque non gradisce. È opportuno invece, individuare il suo canale comunicativo preferito ed impiegarlo concretamente anche costruendo uno strumento partecipato e condiviso.

La mancata comprensione del messaggio genera frustrazione sia per l'assistito che per l'operatore il quale ultimo vive contestualmente anche un vago senso di colpa. Il tutto spesso si traduce in allontanamento il cui corrispettivo per il paziente è la solitudine.

Anche l'ostinazione nel volere a tutti i costi imporsi nella comunicazione quando si è verificato un sentire divergente non funzionale è sbagliata, è molto più utile non ostinarsi, non imporsi e proporre il supporto di un collega, il quale inserendosi in un momento successivo ha più possibilità di riuscire a comprendere quello che l'assistito vuol dire.

Occorre evitare i conflitti e non porre il paziente nella condizione di dover gestire un ulteriore aggravio nella relazione che è già molto difficile.

In questo i familiari sono utili solo nel caso di pazienti cronici riacutizzati perché ovviamente hanno già consolidato un'esperienza. Per gli acuti, i familiari non solo non sono di nessun aiuto ma necessitano loro stessi di supporto.

Si è parlato delle richieste tipiche: da quelle relative ai bisogni di base, a quelle più specifiche riguardanti gli esiti della malattia, i tempi dell'eventuale trasferimento e la presenza dei familiari.

Si è anche ragionato sull'opportunità delle comunicazioni alternative e del fatto che nessuna realtà operativa sembra attrezzata con specifici strumenti.

Si è infine concluso con una sorta di sintesi che proietta anche all'esterno della struttura ospedale la problematica con la necessità d'integrazione territoriale per quanto riguarda la gestione dei pazienti domiciliari.

Gli infermieri del gruppo hanno spesso fatto emergere la necessità di lavorare sulle risorse attive e sane della persona per il recupero non solo delle competenze motorie ma anche soprattutto per il recupero della dimensione del sé.

CONCLUSIONI

La condizione del "pesce rosso" e quindi della persona che ha perso temporaneamente o definitivamente la capacità di parlare, è certamente estre-

mamente penosa per chi la vive direttamente e difficile d'affrontare per gli operatori sanitari e per le famiglie. Particolarmente problematico è l'approccio con il paziente che si trovi a vivere un evento acuto ed imprevisto, quindi senza alcuna preparazione.

Se poi si considera che la perdita di fonazione è solitamente un aspetto secondario rispetto all'eclatanza clinica e sintomatologia, ci si rende immediatamente conto del fatto che il paziente che non può parlare, è spaventatissimo, egli vive probabilmente la più intensa esperienza della sua vita dalla quale non sa se riuscirà ad uscire.

Pensando invece al paziente cosiddetto cronico, la responsabilità dei professionisti è ancora fortissima perché si tratta di evitare che una disabilità ulteriore, che incide sulle possibilità di comunicazione, costringa la persona a rinunciare al vivere sociale generando un'altra grave "patologia" rappresentata dalla solitudine.

Gli Infermieri riuniti in gruppo hanno dato delle indicazioni importanti ma soprattutto hanno espresso un autentico interesse ad affrontare anche in chiave di studio e ricerca i disagi degli assistiti per cercare risposte sempre più centrate ed adeguate ai bisogni sentiti anche se non uditi.

B. KENNETH D., *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna 1982.

C. MAJELLO, *L'arte di Comunicare*, De Agostini, Novara 1994.

P. ROTONDI, *Persona e organizzazione*, McGraw-Hill, Milano 2003.

C. COGO, G. GRAZZINI, A. IOSSA, *L'impiego dei Gruppi Focus come strumento di indagine sulla qualità percepita dagli utenti nei programmi di screening oncologici*, CSPO Istituto Scientifico Regione Toscana, Firenze.

Come strutturare e gestire un focus group, <http://www.urp.it/Sezione.jsp?titolo=Focus%20Group&idSezione=52&idSezioneRif=39>.

Come intervistare un gruppo di esperti in maniera strutturata e anonima, Tecnica Delphi-<http://www.valutazioneitaliana.it/riv/num2/delphi1doc>.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

DI NORA
MARINELLI

Vice presidente
del Collegio IP.AS.VI.
di Perugia

INTERVENTI RELAZIONALI

NELL'ASSISTENZA ALLA PERSONA CHE NON RESPIRA AUTONOMAMENTE

ABSTRACT

Il presente lavoro affronterà la tematica centrale, all'intero processo assistenziale, della persona in ventilazione meccanica assistita: la gestione della relazione in condizioni di difficoltà a respirare autonomamente. Tale relazione è di particolare problematicità dato l'enorme disagio psicofisico cui è sottoposta la persona, un disagio per il quale dovrà sopportare manovre invasive, infusione di farmaci che incidono sul livello di coscienza e sull'assetto affettivo-emozionale. Di tutto questo si parlerà, nella convinzione che la riuscita d'un trattamento dipenda in grandissima misura dagli strumenti relazionali che si offrono alla persona che debba sostenere il trattamento stesso.

Gli infermieri devono porsi nell'ottica di comprendere le dinamiche sottese ad un processo così complesso, per riuscire ad essere di reale aiuto ai propri assistiti e per far sì, che un'esperienza così impegnativa non sia anche invalidante, tale da produrre fenomeni secondari patologici che compromettano la normale capacità del singolo di vivere le proprie giornate senza subirle, di vivere in armonia e nell'interezza del proprio essere.

PAROLE CHIAVE

Relazione, respiro, elaborazione positiva del ricordo.

INTRODUZIONE

Il respiro è nel sentire comune il corrispettivo della vita. Nella produzione letteraria di tutti i tempi, esso ha rappresentato una metafora classica, una modalità ideativa per esprimere sinteticamente l'energia e la dinamica del vivere, quella componente naturale, automatica, inevitabile, forte che in qualche modo rappresenta la stessa esistenza.

Il bambino irrompe al mondo con quel suo primo respiro gridato. La persona, il morente si congela con un ultimo flebile, nostalgico, doloroso respiro.

Il respiro per tutti noi rappresenta in forma figurata, lo spazio della nostra esistenza, quello stesso spazio che si annulla quando non riusciamo a respirare autonomamente.

Implicazioni etiche e deontologiche

Applicare interventi di supporto alla ventilazione costituisce, prima ancora di qualunque giustificata finalità clinica ed assistenziale, una violazione all'integrità della persona. Una violazione al suo diritto d'uno spazio. Una pratica violenta applicata coercitivamente ad un più naturale epilogo.

La ventilazione meccanica è una forzatura alla naturalità, sopportare questa pratica richiede grande consapevolezza, forza d'animo, la capacità di sentirsi ancora attivo e partecipe al processo di recupero delle autonomie.

Difficilmente ciò può essere conseguito da una persona il cui stato fisico sia stato così gravemente provato dall'esperienza dolorosa di una respirazione inefficace.

Ciò probabilmente giustifica la necessità d'una contestuale sedazione che pone la persona in una condizione di attesa, una sorta d'intervallo ideativo durante il quale l'esperienza del vivere è limitata ad una "sopravvivenza" indotta, dipendente dagli interventi esterni; la persona viene espropriata del sé.

Ciò riveste da un punto di vista etico delle importanti implicazioni e gravi responsabilità da parte dei sanitari che si arrogano il diritto/dovere di decidere per l'Altro, di dettare i ritmi del suo vivere e di manipolarne gli atti fondamentali.

In questo processo la famiglia è quasi sempre esclusa dalle decisioni, si tratta d'interventi urgenti, non procrastinabili, che solitamente non provocano resistenze.

E ciò nemmeno quando lo dovrebbero, quando l'applicazione d'una protesi ventilatoria è praticata a persona nel suo fine vita, al grande anziano, a colui che ha espresso una precisa volontà di diniego alla pratica.

La nostra normativa, ampiamente articolata sui temi del rispetto delle volontà e della autodeterminazione, non è vincolante, non definisce chiare linee d'orientamento nei comportamenti, lascia spesso ad un discrezionale del sanitario che risulta offensivo del principio d'inviolabilità e indisponibilità dei diritti della persona sancito dalla costituzione e dalle dichiarazioni internazionali.

Il principio di autodeterminazione è fortemente normato da organismi sia internazionali che nazionali: art. 2, 13 e 32 della Costituzione italiana, art. 5 della Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina ratificata con la legge 28 marzo 2001, istituzione dell'amministrazione di sostegno legge n. 6 del 9 gennaio 2004, disposizioni in materia di prelievi e di trapianti d'organi e tessuti legge n. 91 del 1 aprile 1999.

LA VENTILAZIONE MECCANICA

L'autodeterminazione è anche valorizzata dal quadro giurisprudenziale con numerose sentenze, e sul piano deontologico, da vari articoli del codice di deontologia medica ed infermieristica.

Le pratiche invasive di sostegno alla respirazione costituiscono d'altronde, un grande strumento della moderna medicina, che consente di affrontare e superare difficoltà che in altri tempi avrebbero condotto a morte certa. L'intero "edificio" delle terapie intensive poggia su questo elemento cardine attraverso il quale è oggi possibile ricondurre molte persone alla loro vita; attese a termine con epilogo positivo e riconduzione della persona alla pienezza del suo essere.

Umanizzazione delle pratiche cliniche

Accanto alla razionale valutazione degli indubbi benefici, e a seguito d'una esperienza ormai sufficientemente ampia, si avverte l'esigenza di ricondurre scenari d'intervento ed ambiti procedurali alle esigenze delle persone, ad una sorta di umanizzazione delle pratiche cliniche.

Tutti noi abbiamo l'esigenza di conferire alla nostra operatività un significato più alto, di rispetto della naturalità e del sentire individuale.

Abbiamo l'esigenza di sapere che ciò che si fa è quanto di meglio sia possibile per la persona nel rispetto delle sue volontà e in considerazione dell'esigenze del suo entourage familiare e dei suoi prossimi.

Come riuscire in questo intento: conferire eticità, solidarietà ed umanità ad un'operatività che richiede tempi stretti d'attuazione, decisionismo, determinazione, univocità nelle scelte, ridotta discrezionalità, efficienze ed efficacia dell'intervento?

Certamente la costituzione d'una equipe allargata alla famiglia e a tutti i curanti potrebbe aiutare nel senso d'un più proficuo e necessario coinvolgimento di tutte le figure coinvolte nel processo, compresi coloro che rappresentano le volontà dell'assistito, seppure non in termini giuridici, poiché la volontà della persona maggiore di età non può essere vicariata se non per disposizione di legge e di magistratura.

Evidentemente ciò implica adeguamenti organizzativi, tempi da dedicare e una specifica preparazione nella gestione delle dinamiche di team.

Già questo non sembra facilmente realizzabile.

Come ci prepariamo poi, per riuscire a stare vicino alla persona nella disposizione di stabilire una relazione efficace?

Uno strumento organizzativo può essere rappresentato da modalità di lavoro orientate al primary nursing, per quanto attiene alla nostra componente professionale.

Anche in questo caso, occorre considerare il problema delle dotazioni organiche e delle possibilità in concreto di dedicare un infermiere alla cura del suo assistito in tutto il suo percorso clinico.

A questa possibile soluzione si oppongono risorse limitate, approccio culturale non sempre orientato, competenze relazionali insufficienti, scarsamente consapevoli o ancora poco esercitate.

Quindi entra in campo un'ulteriore componente: la formazione.

Esiste una formazione sulla relazione in area critica? Esiste una produzione disciplinare concettuale sufficiente? Quale valore formativo può avere una formazione esercitata da altri professionisti?

Probabilmente non abbiamo ancora risposte a tutte queste domande; gli infermieri ricercatori, docenti, professional, devono entrare nella logica di lavorare sui loro contenuti esperienziali, e riprendere quel percorso avviato dai nostri teorici che condurrà la professione ad un sapere a valenza applicativa, utile, necessario rafforzato, come è giusto, dalle altre componenti scientifiche nell'ottica interdisciplinare.

Rimane poi la difficoltà dei singoli operatori di stabilire relazioni efficaci con l'assistito e i suoi prossimi. Strano a dirsi, riferendoci a professionisti che hanno espresso chiaramente e formalmente il loro mandato sociale nei termini di interventi che partono dalla relazione e che da essa trovano fondamento e sviluppo disciplinare.

L'infermieristica e la sua vocazione naturale, la relazione

La definizione di aree critiche, ipertecnologiche, specialistiche, tecniche, ha deperato la possibilità e le stesse esigenze di sviluppo dei contesti relazionali.

Come recuperare il tempo perso e come porre correttivi a questa sorta di deviazione dell'infermieristica dal suo percorso naturale, quello relazionale?

Altra domanda di difficile risposta!

Probabilmente riflettere sui casi, sulle situazioni, sui disagi, sulle diverse motivazioni, potrebbe far recuperare quella esigenza di vissuto anche emozionale ed affettivo. Come farlo?

Nel contesto di gruppi monoprofessionali o multi professionali.

Quando, come, con quali strumenti e competenze, motivando la partecipazione in che modo?

Ancora domande senza risposte!

Forse occorrerebbe un'organizzazione sovrastrutturale che "comandi" questi momenti, riconoscimento contrattuale, risorse, tempi.

Poi c'è la necessità di acquisire consapevolezza dei vissuti degli assistiti, sapere che esistono delle sindromi da stress post-traumatico dove per esempio una delle più importanti componenti è l'esperienza della tracheo-aspirazione che noi così agevolmente pratichiamo anche in maniera non sempre giustificata dal reale bisogno.

I nostri atti hanno conseguenza nel vissuto dei nostri assistiti, noi provochiamo sofferenza, dolore, la nostra indifferenza produce dolore.

Le disattese ed inascoltate richieste mute del "pesce rosso": cosa mi succede, che mi fate, mi fate male, aspetta dammi tempo, perché sono solo, dove sono i miei familiari, mi dà fastidio la luce, che ore sono, dove sono, che mi è successo, perché non mi parli, perché non riesco a parlare, sono qui guardami ho paura, stai con me, mi sento solo, perché sono nudo.

Abbiamo avuto bisogno d'una invenzione letteraria per parlare del vissuto delle persone in una UTI. Abbiamo letto del vissuto degli operatori, ma solo di quelli d'una componente, perché noi non ci siamo espressi, il nostro vissuto è presuntivo, dedotto, valutato in base a ciò che appare in una quotidianità priva di veri momenti di confronto.

Nè siamo usciti offrendo di noi un'immagine sbiadita, presenze inconsapevoli, sempliciotti che esercitano casualmente atti di varia umanità dei quali non hanno coscienza. È questa la nostra vera dimensione professionale? È questo quello che vogliamo essere: sempliciotti maldestri e inconsapevoli?

Forse sì, è così; siamo come ci descrivono se non riusciamo ad esprimere altro. Ma il nostro intento non deve essere orientato solo a modificare un'immagine sociale, ma dobbiamo volgere i nostri sforzi nel metterci in gioco nella pienezza del nostro essere come persone, portatrici di valori, quelli stessi che abbiamo condiviso con il nostro codice deontologico.

CONCLUSIONI

Al di là di quelli che possono sembrare facili moralismi, abbiamo il diritto/dovere d'identificare i bisogni veri dei nostri assistiti per pianificare risposte delle quali dobbiamo imparare a verificare l'efficacia, dare significato alle nostre operatività marginalizzando e contenendo le forsennate richieste delle organizzazioni, elefantache, burocratizzate, dissennate, disumane; mostri che stritolano tutti i valori per rappresentare unicamente il proprio: quello per il quale l'unica motivazione agita consiste nella necessità di preservare l'organizzazione stessa, finalizzando ogni attività alle sue richieste, fuori da qualunque logica di servizio.

Vogliamo essere parte di questo o muoverci come forza propulsiva per un cambiamento reale?

Un cambiamento per riaccentrare gli obiettivi alle esigenze dei cittadini, delle persone sane o malate, delle famiglie, in ultima analisi di noi tutti.

BIBLIOGRAFIA

COSTANTINI M., BORREANI C., GRUBICH S., *Migliorare la qualità delle cure di fine vita*, Erickson, Collana il sole a mezzanotte, 2008.

G. BERTOLINI, *Scelte sulla vita*, Guerini studio, 2007.

BENCI L., *Elementi di legislazione sanitaria e di biodiritto*, McGrawHill, 2009.

SIAARTI, *Parere ufficiale della società italiana di Anestesia Rianimazione e Terapia intensiva in materia di fine vita, stati vegetativi, nutrizione e idratazione*, maggio 2009.