

Confronto professionale



PERIODICO DEL COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI VIGILATRICI D'INFANZIA DI ANCONA

N. 1/2011

Anno XIII - N.1/2011 - Poste Italiane S.P.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/2/2004) Art. 1, comma 1, DCB Ancona - Aut. Trib. di Ancona n. 11/97 del 15/04/97



SOMMARIO

Confronto Professionale N. 1/2011

COLLEGIO DI ANCONA

■ Editoriale <i>a cura di Marcello BOZZI</i>	pag.	3
■ Conosci la Sierra Leone? <i>a cura Roberto Maccaroni</i>	»	5
■ Dolore in ospedale, quali strumenti di valutazione <i>a cura Alessia Cingolani ed Elisabetta Palma</i>	»	7
■ A proposito di gestione della scheda unica di terapia (SUT) <i>a cura di Sabbatini, Palma, Gregorini</i>	»	10
■ Osimo: Medaglia d'oro di civica benemerenzza al personale dell'elisoccorso 118 Ancona <i>a cura di Sandro Mangiacristiani</i>	»	12
■ Il foglio elettronico e l'elaborazione dei turni di lavoro <i>a cura di Milia, Romondia, Infante, Caciorgna, Possanza, Mozzoni</i>	»	14
■ La formazione e le competenze degli infermieri del 118 della regione Marche nella gestione del trauma pediatrico <i>a cura di Campanelli, Sancillo</i>	»	15
■ La relazione d'aiuto in psichiatria <i>a cura di Attilio Urbano</i>	»	19
■ La ricerca qualitativa: una proposta di analisi del servizio ADI dell'Asur 7 <i>a cura di Rossana Rosini</i>	»	23

PROFESSIONE OSTETRICA

■ Editoriale <i>di Margherita Piermaria</i> La contraccezione d'emergenza nella regione Marche <i>di Ilaria Clini</i>	»	27
■ Lettere dagli iscritti Programma formazione primo semestre 2011 <i>a cura del Gruppo Formazione</i>	»	31
	»	32



Direzione, amministrazione, redazione:
via Ruggeri 3/N, 60131 Ancona
Tel. 071 205516 - Fax 071 2077491

Direttore responsabile:
Dott. Marcello Bozzi

Redazione:
a cura del Consiglio Direttivo del Collegio Provinciale IP.AS.VI di Ancona

Segreteria di redazione:
Vianella Agostinelli, Luca Angeletti,
Alessandro Galdenzi,
Irene Gullà, Manuela Silvestrini

Progettazione, fotografia e composizione grafica:
Errebi Grafiche Ripesi
www.graficheripesi.it
Via del Lavoro, 23 - Falconara M. (An)

Stampato da:
Errebi Grafiche Ripesi

*Il comitato di redazione
del gruppo rivista
sollecita i colleghi
alla produzione di articoli
per la pubblicazione.
Consultare norme editoriali
nel sito www.ipasviancona.com*



**Confronto
professionale**

PERIODICO DEL COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI VIGILATRICI D'INFANZIA DI ANCONA

EDITORIALE

Con le Istituzioni continua un assordante silenzio!!!

a cura di Marcello Bozzi

Dopo tanti mesi di silenzio, finalmente era arrivata la tanto desiderata convocazione del Coordinamento Collegi IPASVI della Regione Marche da parte dell'Assessore e del Direttore del Servizio Salute della nostra Regione. Speravamo tanto in quell'incontro del 23 febbraio u.s. per affrontare in maniera decisa e compiuta le tante questioni aperte e i tanti problemi che riguardano gli Infermieri di tutta la Regione che, nonostante tutto, continuano con grande impegno e professionalità, a garantire la risposta ai bisogni di salute delle persone. E' arrivata la comunicazione di rinvio a data da stabilire e, successivamente, la nuova convocazione per l'8 marzo. Siamo andati, abbiamo ascoltato, abbiamo presentato le nostre proposte e le nostre perplessità.

L'impressione è che le disponibilità a cambiare le decisioni prese (solo tagli!) siano di poco superiori allo zero. Le promesse di un progetto operativo pronto per la realizzazione sono pure utopie, soprattutto in tempi rapidi. Abbiamo evidenziato l'importanza di garantire tutte le sostituzioni degli infermieri che, a qualsiasi titolo, escano dalle nostre strutture, e poi, una volta riorganizzato il sistema, procedere con le razionalizzazioni del caso. Non ci sembra che siano arrivate note di attenzione e preoccupazione dal mondo politico.

Agiremo diversamente; le stesse note ai Sindaci dei Comuni e ai Prefetti delle Province.

Vale la pena di raccontare brevemente i fatti: Si era deciso di comunicare con forza ai cittadini, con una intera pagina sul quotidiano "Il Resto del Carlino", le tante difficoltà che gli infermieri incontrano continuamente tutti i giorni, e i rischi per i pazienti e per gli stessi infermieri, conseguenza diretta dei pesanti razionamenti (non razionalizzazioni) cui assistiamo impotenti tutti i giorni.

Un altro articolo era stato proposto da Corriere Adriatico, sempre sulle stesse argomentazioni, in data 12 febbraio 2011.

Affinchè tutti gli Infermieri sappiano veramente i fatti, di seguito viene riproposto il testo della pagina pubblicata da Il Resto del Carlino e la comunicazione inviata "on line" a tutti gli Infermieri attraverso i siti istituzionali; entrambe le note sono state predisposte dal Coordinamento dei Collegi IPASVI della Regione Marche.

Coordinamento Collegi IPASVI Regione Marche

Infermieri Professionali
Assistenti Sanitari
Vigilatrici d'Infanzia



Ai Cittadini della Regione Marche - Ai Sigg. Sindaci della Regione Marche - Ai Prefetti delle Prov. della Regione Marche - Al Governatore della Regione Marche - All'Assessore alla Salute Regione Marche - Al Direttore Servizio Salute Regione Marche - Ai Componenti la 5^a Commissione del Consiglio Regionale - Al Direttore ASUR e ai Direttori delle Zone Territoriali - Ai Direttori delle Aziende Ospedaliere - Al Direttore INRCA

I Collegi IPASVI (ordine professionale degli infermieri), quali Enti di Diritto Pubblico – Enti Ausiliari dello Stato – ritengono opportuno denunciare la grave situazione che sta interessando il sistema sanitario della nostra Regione.

La diminuzione delle risorse, in particolare degli Infermieri, non consente di garantire l'adeguatezza, la completezza e la sicurezza delle prestazioni e dell'assistenza, con forti rischi per i pazienti e per i professionisti interessati.

Si ha piena consapevolezza dell'importante riduzione di finanziamenti da parte del governo centrale e della parallela difficoltà per le Regioni a garantire il funzionamento del sistema sanitario, ma tutto ciò non può pesare sulla salute dei cittadini e sulla sicurezza delle prestazioni.

Si chiede alla nostra Regione di intervenire rapidamente nella riorganizzazione del sistema, in particolare:

1. nella determinazione delle strutture e dei servizi che servono veramente a garantire la salute dei cittadini (e eventualmente riconvertire le altre);
2. nella eliminazione dei reparti e dei servizi che risultano eccedenti rispetto alle necessità (tenuto conto anche delle evoluzioni scientifiche, tecnologiche e metodologiche avvenute) e nella implementazione e sviluppo di modelli organizzativi più snelli e moderni, sulla base delle esperienze più avanzate
3. nella determinazione delle risorse necessarie per consentire l'adeguatezza e la completezza della risposta ai bisogni di salute della gente.

Si prende atto che il percorso regionale va nella direzione opposta rispetto ai principi e alle logiche riorganizzative di cui sopra e ha l'unico scopo di "tagliare" senza avere prima ridisegnato e ripensato il sistema sanitario. Viene naturale domandarsi: - con quali danni per la salute dei cittadini?? Con quali rischi per gli operatori?? Al fine di garantire risposte assistenziali efficaci, adeguate, sicure e responsabili, si auspicano interventi rapidi e appropriati, possibilmente nel rispetto delle elementari regole programmatiche, organizzative e gestionali.

Si comunica la massima attenzione e vigilanza, a tutela

dei cittadini e dei professionisti, e si conferma la disponibilità a collaborare nei modi e nelle forme che le parti interessate riterranno più opportune.

Coordinamento Collegi IPASVI della Regione Marche
(Infermieri – Assistenti sanitari – Vigilatrici d'Infanzia)
Ancona, Marcello Bozzi
Ascoli Piceno e Fermo, Patrizia Ciccanti
Macerata, Sandro Scipioni
Pesaro e Urbino, Laura Biagiotti

A tutti gli Infermieri della Regione Marche

Cari Colleghi,

con questa nota desideriamo informarVi che, nonostante gli impegni presi 18 mesi fa dal Governatore, dall'Assessore e dal Direttore del Servizio Salute della Regione Marche, nulla (o quasi) è stato realizzato.

Abbiamo chiesto ulteriori incontri urgenti (sempre senza esito).

Solo ultimamente c'è stata una convocazione da parte del Direttore del Servizio Salute, dove si è parlato di molte cose, ... ma di fatti concreti non risultano evidenze di alcun tipo (si fa presente che la necessità dell'incontro era con la parte politica regionale e non con quella tecnica che, pur se rappresentativa, è comunque un'altra cosa).

È evidente che la parte politica non ritiene gli Infermieri un interlocutore importante (anche se di fatto sono proprio gli infermieri che mandano avanti il sistema, con grande sacrificio, abnegazione e responsabilità (almeno nella maggior parte delle situazioni)).

I punti che abbiamo portato all'attenzione del governo regionale (senza risposte) sono i seguenti:

1. L'adeguatezza degli organici e la sostituzione degli Infermieri (turnover, gravidanze, malattie)
2. Le gravi criticità riguardanti le razionalizzazioni (razionamenti) in essere.
3. L'individuazione di un gruppo di lavoro tecnico per la definizione dei criteri per la determinazione delle dotazioni organiche
4. L'attivazione dei contratti 15 septies per la copertura dei posti di Dirigente/Direttore dei Servizi Infermieristici, in applicazione dell'Art. 8 della LR 17/2010, della L. 251/2000, della L. 43/2006 e dell'Art. 8 del vigente CCNL dell'Area della Dirigenza SPTA;
5. L'inserimento degli infermieri (in possesso di adeguati livelli di conoscenze e competenze, specifici per ogni ambito e contesto di approfondimento) in tutte le cabine di regia e in tutti i gruppi di lavoro attivati a livello regionale
6. La regolamentazione per il funzionamento del sistema di emergenza 118, tenendo conto sia delle necessità del nostro sistema, sia di altre realtà con esperienze più avanzate;
7. La formazione di I livello (CL infermieristica - > posti per infermieri e attivazione di master più funzionali alle necessità del sistema es. master clinici professionalizzanti)



8. La formazione degli Operatori Socio Sanitari (a. rivedere il sistema formativo in essere; b. definire l'opportunità e le eventuali necessità della formazione complementare (definizione e condivisione di un progetto) prima dell'apertura dei bandi;

9. L'adesione dei collegi IPASVI al sistema ECM Regionale (o riconoscimento degli stessi da parte della Regione come provider)

10. La regolamentazione delle attività degli infermieri nelle farmacie

11. La regolamentazione, i ruoli e le responsabilità dei diversi livelli della filiera infermieristica e le integrazioni, collaborazioni e condivisioni con le altre famiglie professionali (applicazione Art. 8 CCNL Area Dirigenza);

Ricordando i detti di un tempo, cari ai nostri vecchi, che amavano dire "... ognuno ha ciò che si merita ..." è evidente che noi ci meritiamo questa classe politica. Che sia il caso di rifletterci sopra e magari fare qualcosa affinché possiamo meritarcene qualcosa di diverso???

*Il Collegio IPASVI della Provincia di Ancona
Il Coordinamento Collegi IPASVI Regione Marche*

Noi continueremo a cercare il rapporto con le Istituzioni e a lavorare per arrivare a definire e condividere un percorso e delle azioni finalizzate a garantire sia il cittadino, sia tutti i professionisti.

A tutti Voi chiediamo di non abbassare la guardia e di continuare a tenere il cittadino (e i Suoi bisogni) al centro delle attenzioni, pur in presenza delle gravi criticità che viviamo e subiamo tutti i giorni.

A seguito delle pubblicazioni riportate sui "media" locali si sono riscontrati i seguenti fatti: silenzio da parte del Governo Regionale; attenzione e sostegno da parte delle forze di opposizione.

Ai singoli le considerazioni e le riflessioni del caso. A tutti Voi chiediamo di non abbassare la guardia e di continuare a tenere il cittadino (e i Suoi bisogni) al centro delle attenzioni, pur in presenza delle gravi criticità che viviamo e subiamo tutti i giorni.

A seguito delle pubblicazioni riportate sui "media" locali si sono riscontrati i seguenti fatti:

- silenzio da parte del Governo Regionale;
- attenzione e sostegno da parte delle forze di opposizione.

Ai singoli le considerazioni e le riflessioni del caso.

Conosci la Sierra Leone?

a cura di
Roberto Maccaroni
Emergency

“...e pensò che questa voleva solo vende le becche e le nucciuline...”.

Chissà perché quando sono stanco i pensieri mi vengono in dialetto. E il pensiero stavolta mi viene mentre sono dentro una toyota, partito già da più di un'ora dall'ospedale di Goderich, dopo milioni di buche e pozzanghere che ormai si fanno pesantemente sentire sul mio tratto lombare. Pensa 'sta poretta....adagiata sul pianale della jeep, con tutte le fratture che c'ha...ma come fa a non cacciare un lamento?

Forse è il caso che vada con ordine.

La “poveretta” si chiama Aminata, ha 19 anni. Ieri sera stava facendo quello che da molti anni ormai, da quando più o meno è stata giudicata “buona per il lavoro”, fa per le strade dei sobborghi di Freetown, capitale della Sierra Leone. Si carica, cioè, sulla testa di una bambina che poi crescerà, un cesto bello capiente e lo si riempie di tutto ciò di cui si dispone e che possa sembrare anche minimamente appetibile a chi passa per strada, in questo caso, appunto, semi di zucca e arachidi. I lati delle mulattiere di questo posto (chè queste non son mica strade...) sono letteralmente piene di bambini, adolescenti e ragazzi che, catino in testa, camminano con un senso dell'equilibrio da far invidia alle modelle della nostra TV, coi loro carichi di verdura, pesce, cereali, buste d'acqua. Chissà poi a chi la venderanno quella mercanzia...già a chiamarla merce ci vuole un buono sconto sul proprio pudore, e poi quelli che dovrebbero essere i potenziali acquirenti versano in condizioni spesso peggiori di quelle dei disgraziati venditori.

Aminata fa parte di quella categoria, come già detto. Ieri sera era lì, ai bordi della via, con l'unica compagnia di una luce ad acetilene, niente illuminazione pubblica, niente segnaletica. CREDO CHE DI RUMORE NON DEBBA AVERNE FATTO NEANCHE TANTO

LO SCHIANTO DEL FUORISTRADA CHE L'HA CENTRATA DA DIETRO E CHE L'HA SCAGLIATA QUALCHE METRO PIÙ AVANTI, PROBABILMENTE IL SUONO PIÙ FORTE È STATO IL ROMBO DEL MOTORE, BELLO LANCIATO, TANTO CHE APPENA AMINATA È RICADUTA A TERRA LE RUOTE DEL MEZZO LE SONO PASSATE SOPRA, GIUSTO SULLA PANCIA.

Storie normali pensiamo noi occidentali, questa è l'Africa, queste sono le strade, di investimenti ce ne sono dieci al giorno qui a Freetown. Chi in africa c'è stato sa bene che insieme a fame e malaria gli incidenti stradali sono una delle maggiori cause di morte. Ma adesso, qui sulla toyota con lei, voglio per un attimo credere che non sia affatto normale, voglio provare a pensare un po'. Aminata è incinta, al settimo mese.

Subito dopo l'incidente l'hanno caricata sul sedile posteriore di un taxi scassato, lei ha urlato per un po' prima di smettere quando ha capito che non sarebbe servito a nulla. Ha piegato le gambe, hanno chiuso gli sportelli e l'hanno portata così, dopo un viaggio di un'ora all'ospedale più grande della città, quello governativo,



dove tutto si paga e tutti si pagano. All'arrivo l'aspettava un medico alla porta, si è affacciato dentro l'auto solo con la testa, ha guardato Aminata coi suoi stracci insanguinati e il suo pancione, poi s'è girato verso l'autista del taxi è ha detto “Questa donna è incinta. Non è per noi. Portatela all'ospedale ginecologico. Incidente o no adesso quello di cui ha bisogno è che qualcuno si prenda cura della situazione del bambino”.

Il taxi ha fatto manovra, solo un'altra ora per il pronto soccorso ginecologico.

Altra porta, altro medico, altro sguardo con la testa dentro la macchina, “...e mi raccomando, non scaricate la paziente prima che io non abbia verificato le condizioni. Potrebbe non esser una caso per noi”. Non lo è, infatti. “vedete, è incinta sì, ma ha avuto un trauma importante, e sembra in condizioni serie. E' inutile che ci prendiamo cura del bambino se la mamma non si salva. Portatela all'ospedale di Emergency, a Goderich. Loro sono specializzati nei traumi. E' a due ore da qua ma è la cosa migliore”.

Arriva alle tre del pomeriggio, dopo 18 ore dal trauma. La adagiamo sulla barella del PS. Prima ancora di spenderci in esami e diagnosi non possiamo non notare che Aminata sembra stanca, sfinita.

Parte la litania dell'ATLS, ossigeno, accessi venosi, sangue, esami, rx.

Ha una frattura “open book” di bacino con uno shift verticale a sinistra di almeno 4 centimetri. E' in shock, l'emoglobina è 5.4, ha una ferita profonda del ginocchio e il tendine rotuleo è completamente sezionato...e poi c'è quella pancia lì.

Il chirurgo spagnolo tenta un'ecografia, prova a vedere se il bambino è vivo...l'ecografo e il chirurgo fanno quello che possono nel caleidoscopio in bianco e nero che ci appare dallo schermo dello strumento....aspetta aspetta...



quella è la testa, si è la testa. Liquido sembra essercene a sufficienza...adesso dovrebbe vedersi una roba che si muove molto velocemente in modo ritmico. Gli occhi davanti allo schermo sono sei, poi otto, poi dodici, come negli anni sessanta davanti alle prime televisioni. No, non si muove nulla. Va bè...sei paia di occhi forse non sono abbastanza, forse se non si vede almeno si sente, "fonendoscopio!". Proviamo in quattro...ecco...questa è la peristalsi...questa è l'aorta di Aminata...dov'è...dov'è quel battito frequente? Niente. Cazzo, ma perché dobbiamo pensare sempre male? Questo stetoscopio non è quello adatto, nessuno di noi è ginecologo, l'ecografia trans addominale non è la procedura migliore...sicuro è colpa nostra, ecco. Aminata adesso è stabile, il bacino possiamo sistemarlo anche tra qualche ora, lesioni agli organi toraco-addominali non ce ne sono, prendiamo una delle nostre macchine e la accompagnamo all'ospedale ginecologico, di nuovo, le facciamo risolvere la questione del bambino e poi ce la rimanderanno per sistemare i traumatismi.

Sono partito da un'ora e mezzo, io sul sedile, Aminata sul pianale del veicolo. Sono stanco, fa caldo, insieme a lei sono saliti in macchina 6 parenti, si sta stretti. E poi è da quando siamo partiti che Aminata mi stringe le mani quasi a stritolarmele, e io mi devo grattare la testa, e lei non me le molla. Mi guarda da un'ora e mezzo con quell'espressione che pare di terrore. Ma come si fa a reggere un'espressione facciale identica così a lungo?...e poi guarda da un'altra parte...per favore Aminata...ma che vuoi da me? Sono a un passo dal chiederglielo "...insomma che cazzo c'hai? Ti portiamo a curare, ti abbiamo già curato in parte, mi vuoi dire che cazzo è quello sguardo? Per favore, guarda da un'altra parte...io non ce la faccio più a sentirmi quello sguardo lì addosso...".

Per fortuna arriviamo prima che mi scappi qualcosa del genere. Entro in quel PS dove l'hanno rifiutata qualche ora fa e chiedo di parlare col medico, mi dicono che è in sala operatoria ma che posso entrare a parlarci mentre sta operando, mi accompagnano. In una sala d'attesa affollatissima da girone dantesco, direttamente sulla sala, c'è una porta per il bagno e vicino un'altra con scritto "major teathre". Chiedo se da lì si accede al corridoio della sala. Mi rispondono che non c'è nessun corridoio, quella E' la sala. Sono vestito con una maglietta sporca e gli zoccoli con cui ho fatto tutto il viaggio, chiedo dove devo cambiarmi, in mezzo a tutta quella gente. L'addetto (...a cosa poi?) mi lancia un paio di infradito presi da un armadio della sala d'attesa, mi dice che quelle sono le calzature per entrare, il resto va benissimo.

Quando entro la porta spalancata mostra a tutto il popolo della sala d'attesa lo spettacolo intraoperatorio, un parto

cesareo in piena regola. Hanno appena tirato fuori l'utero con tutto quel luccichio di klemmer e pinze. Richiudo alla svelta. Il ginecologo sembra molto gentile e comprensivo. Assicura di provvedere al più presto a sistemare Aminata e rimandarcela immediatamente, anche in nottata, provvederanno col loro mezzo. Sembra convincente, posso andarmene, prima però spiego tutto ad Aminata e la saluto..."...ciao Ami, adesso penseranno loro a te e al tuo bambino, stai tranquilla. Ci vediamo stanotte o domani, ti rimanderanno da noi e ti curiamo le fratture, vedrai andrà tutto bene...che fai ami?...no... lasciami la maglietta...ma...così me la strappi! Aminata che cazzo tiri, lasciami! lasciami la maglietta!"

Non aveva quasi proferito verbo finora. "Non te ne andare! Non lasciarmi qua da sola. Questi mi ammazzano. C'hanno già provato una volta, se ci sei tu sono costretti a fare un lavoro decente, non andare via!"

Come se fa? Cioè, voi che leggete, dateme un consiglio, come se fa? Io cosa devo fa?

Non posso rimanere, chissà quanto ci impiegheranno e io devo tornare al mio ospedale. Ma pur avendo chiari i miei obblighi, mentre sono lì con il girocollo della maglietta allungato come un chewing-gum io mi continuo a chiedere "come se fa?".

Si fa presto, come ho fatto. Le rispiego che tutto andrà bene, che le prometto che tornerà da noi (??) e che quello è un ospedale capace di occuparsi della sua gravidanza (?). Poi ingoio il mio bel quantitativo di merda, evito tutti gli specchi possibili, anche l'immagine mia riflessa sulle finestre lerce dell'ospedale, saluto Aminata e salgo in macchina.

E' tornata alle 5 del mattino. Il bambino non c'è più ma Aminata è stabile, non mi va di dire che sta bene. In mattinata la portiamo in sala operatoria.

...va bè, ma queste sono elucubrazioni da occidentale no? In africa certe cose son normali....chissà quante ne succedono....



Il dolore in ospedale: quali strumenti di valutazione?

a cura di

Alessia Cingolani - Infermiere

Elisabetta Palma - Infermiera ZT4 Senigallia

Abstract

Il dolore influisce molto sulla nostra vita; vivere senza dolore e senza sofferenza è un diritto di ciascun cittadino. Il Provvedimento, che contiene le linee-guida per la realizzazione del progetto "Ospedale senza dolore", ha come finalità l'adozione, da parte del personale coinvolto nel processo assistenziale, di tutte le misure possibili per contrastare il dolore; questo deve essere considerato come quinto segno vitale al pari della pressione arteriosa, frequenza cardiaca, respiro e temperatura corporea.

Parole chiave

dolore - strumenti di valutazione del dolore - infermiere.

La valutazione del dolore è una tappa fondamentale di tutto il processo assistenziale che personalizza l'assistenza e riesce a dare importanza all'individuo. Il paziente ha bisogno di essere ascoltato e di instaurare un rapporto di fiducia con gli infermieri che lo assistono. Ma perché proprio questa figura e non altre?

L'infermiere è il professionista che sta più a contatto con il "malato" e si prende cura di lui nella sua globalità. È il suo punto di riferimento. L'infermiere ricopre un ruolo importante nella gestione e nell'assistenza del paziente con dolore; è essenziale che lo svolga nel miglior modo possibile, dal momento del ricovero a tutto il periodo di degenza.

I diversi strumenti di valutazione a disposizione permettono a tutto il personale infermieristico di accertare, misurare e valutare il dolore, in maniera rapida e continuativa; la conoscenza di tutte le caratteristiche del dolore e dei cambiamenti negativi e positivi è fondamentale per scegliere il trattamento più idoneo e per valutare l'efficacia dell'intervento.

Alla luce di tutto questo, si è deciso di realizzare una ricerca per valutare come viene gestito il dolore in ospedale e quale strumento di misurazione tra quelli esistenti è il più adatto alla tipologia di pazienti ricoverati in una determinata Unità Operativa.

Il campione di ricerca, selezionato attraverso un campionamento di convenienza, è rappresentato dai pazienti ricoverati nelle Unità Operative di Oncologia, Neurologia e Chirurgia Generale degli Ospedali Riuniti di Ancona.

I criteri di inclusione che sono stati scelti sono riassunti in quattro punti:

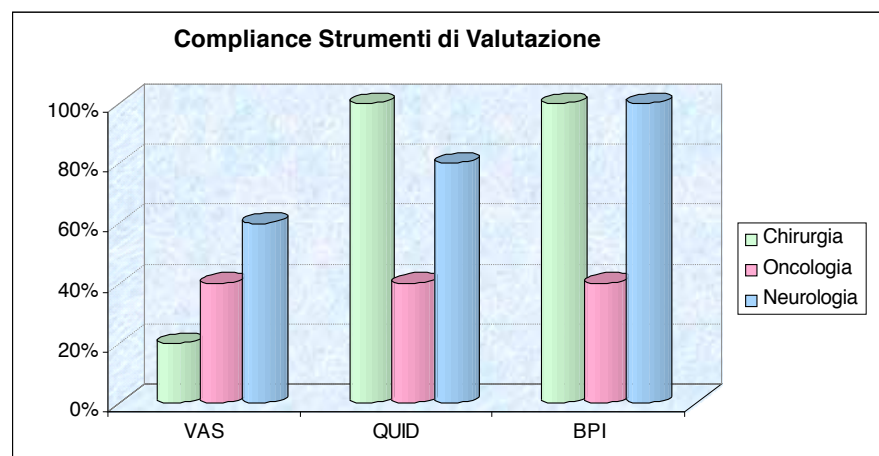
- la maggiore età;
- la durata del ricovero non inferiore ai tre giorni;
- per i pazienti chirurgici la presenza di dolore chirurgico e l'essersi sottoposti a laparotomia; gli interventi possono essere di diversa tipologia e possono comprendere exeresi di tumori primari, purché non ci sia, anche lievemente, dolore oncologico;
- per i pazienti medici la presenza di dolore oncologico e neurologico.

I criteri di esclusione sono invece:

- la mancanza del consenso informato;
- la presenza di tumori cerebrali e di gravi disturbi cognitivi e sensoriali;
- la presenza di dolore neurologico neoplastico, come il dolore causato dalla compressione dei nervi per massa tumorale.

Il materiale preparato da somministrare include tre griglie di autovalutazione da compilare per tre giorni consecutivi e tre fascicoli composti ognuno dalla scala analogico-visiva (VAS), dal Questionario italiano del dolore (Quid) e dal Brief Pain Inventory (BPI). Il paziente dovrà compilare il tutto in piena autonomia, senza l'aiuto di nessun'altra figura.

Figura 1 - La compliance degli strumenti di valutazione nelle tre UU.OO

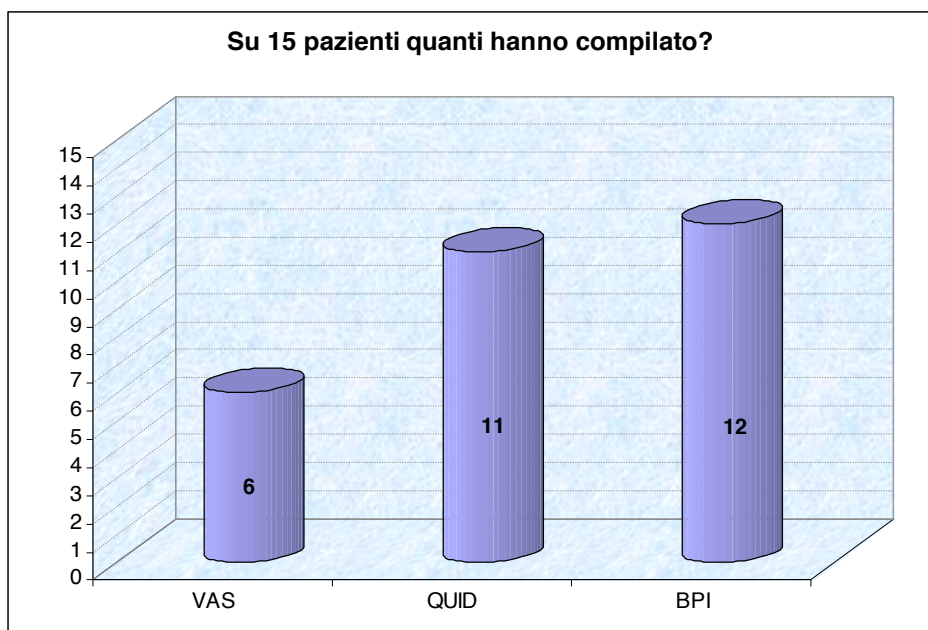


Risultati e discussione

In Chirurgia Generale, il Quid e il BPI sono stati completati da tutti i pazienti (100%) a differenza della VAS compilata solo da 1 paziente su 5 (20%). In Oncologia, il grado di compliance è risultato inferiore; solo il 40% (2 su 5) ha completato i questionari. Infine, in Neurologia, 3 pazienti su 5 hanno compilato la VAS (60%), 4 su 5 il Quid (80%) e tutti e 5 il BPI (100%).

La griglia d'autovalutazione in tutte le UU.OO. ha dimostrato una adesione medio - alta.

Dall'interpretazione dei dati raccolti si evince che la VAS, nonostante sia più semplice ed immediata, è stata la meno

Figura 2 - Indice di gradimento

compilata (6 pazienti su 15 - 40%). I valori della VAS, del PPI (indice di misura del Quid - Present Pain Intensity) e della domanda n°6 del BPI riferita al dolore attuale sono risultati confrontabili. L'indice di misura del Quid che fornisce la somma dei punteggi attribuiti ai descrittori scelti dal paziente (Pain Rating Index) non può essere invece correlato con gli altri valori; il punteggio elevato ottenuto non indica maggiore dolore e, viceversa, punteggio minore non significa intensità minore di dolore. Il Quid aiuta il paziente a confrontarsi con il dolore percepito e a trovare gli aggettivi più adatti per descrivere la sensazione provata. Confrontando le risposte del BPI si può affermare che i pazienti non conoscono quale terapia antalgica assumono, inoltre ricevono dalla terapia prescritta un sollievo mediocre e un'interferenza elevata del dolore con le normali abitudini di vita.

I pazienti ricoverati in Oncologia hanno compilato in misura inferiore i questionari, probabilmente per la maggiore efficacia del pallium terapeutico predisposto dall'equipe di cura.

Gli oppioidi sono la base terapeutica per i malati oncologici e, se ben prescritti, garantiscono un'analgesia costante

è efficace, ma di durata breve. Una possibile soluzione potrebbe essere la somministrazione della terapia precoce ad orari fissi.

Prendendo come riferimento le griglie di autovalutazione giornaliere delle UU.OO. di Chirurgia e Neurologia si osserva la crescita d'intensità, il picco massimo e il decrescere del dolore; il tutto si ripresenta una volta esaurito l'effetto terapeutico. Nell'U.O. di Oncologia invece le griglie presentano un andamento costante a livelli d'intensità bassi. L'obiettivo, infatti, non deve essere quello di abolire completamente il dolore, bensì di mantenerlo ad un livello accettabile, migliorando il comfort della persona. Il dolore non deve mai raggiungere intensità elevate; è bene utilizzare intervalli di somministrazione brevi o infusioni continue. L'efficace controllo del dolore oncologico non dipende solo dalla terapia farmacologica, ma anche dall'attenzione riservata a tutti gli aspetti rilevanti del dolore che colpisce l'individuo. L'infermiere valuta in modo accurato e comprensivo, supportando sia il paziente che la famiglia. Il suo bagaglio deve comprendere molte abilità e conoscenze tra le quali l'ascoltare e l'osservare, la conoscenza delle tipologie di dolore e di come esse si associano alla patologia. Lo studio effettuato ha confermato la necessità di tutte queste caratteristiche. Se le mette in pratica, rispettando la personalità e le emozioni del paziente, l'infermiere può ottenere molte informazioni utili. Gli strumenti di misurazione del dolore sono di grande importanza ma non sono sicuramente sufficienti per una valutazione globale del dolore.

La realizzazione dell'indagine si è basata sull'autovalutazione e sull'autosomministrazione. Il paziente ha avuto più tempo per riflettere sul dolore, senza essere influenzato da altre persone che avrebbero falsato i risultati. Con la compilazione autogestita, l'infermiere potrà essere impegnato in altre attività. Il suo compito sarà l'interpretazione dei dati ricavati dagli strumenti di misurazione, non dimenticandosi di avere una visione

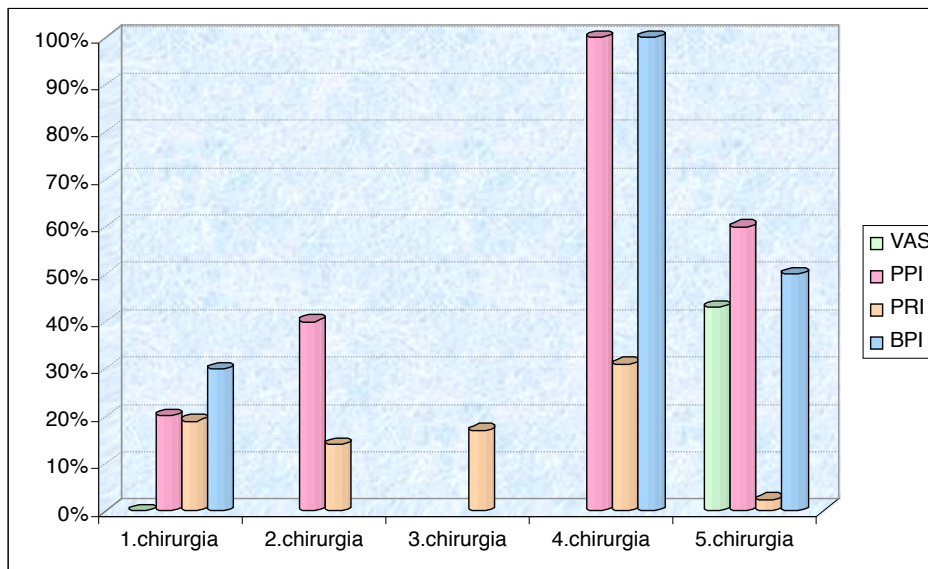
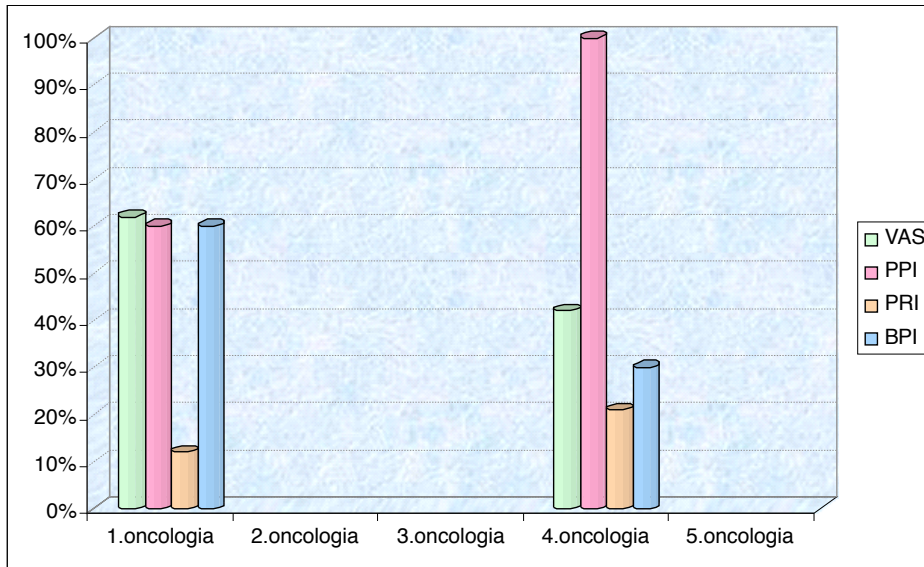
Figura 3 - Confronto tra i vari strumenti di valutazione nell'U.O. di Chirurgia

Figura 4 - Confronto tra i vari strumenti di valutazione nell'U.O. di Oncologia

globale del dolore percepito, considerando tutti gli aspetti che ruotano attorno ad esso.

Per raggiungere buoni risultati, tutto questo dovrà diventare routine; l'infermiere sarà facilitato perché avrà sempre un quadro dell'andamento del dolore, chiaro e lineare nel periodo di ricovero, mentre, il paziente imparerà a conoscere e a confrontarsi con il dolore provato. Importante e fondamentale sarà appunto la stretta collaborazione tra

sembrano essere il Quid e BPI.

I pazienti neurologici, invece, possono utilizzare indistintamente tutti e tre gli strumenti perché dai dati ricavati sembrano equivalenti.

Appare chiaro dunque che è compito dell'infermiere trasmettere e facilitare l'acquisizione delle competenze per una compilazione non superficiale finalizzata ad una collaborazione utile.

infermieri e pazienti. Ancora nelle nostre UU.OO., specialmente in quelle prese in esame in questa ricerca, è difficile ragionare e calarsi in quest'ottica. Il dolore rimane un fenomeno difficile da capire e da trattare.

Conclusioni

I pazienti ricoverati non sembrano ancora in grado di comprendere appieno l'utilità degli strumenti di valutazione. Pensare alla sensazione dolorosa provata risveglia in loro ancora dolore e ricordi negativi.

La gestione del dolore, tuttavia, sembra più efficace in Oncologia, dove i pazienti mostrano un basso livello di dolore, e appare difficile stabilire quale sia lo strumento di rilevazione migliore.

Per i pazienti con dolore chirurgico, gli strumenti di valutazione migliori

Bibliografia

- Mercadante S., Ripamonti C. *La valutazione, diagnosi e trattamento del dolore da cancro*. Edizione aggiornata. Masson 2001.
- Munafò M., Trim J. *Dolore cronico: il manuale dell'infermiere*. Edizione italiana a cura di M.T. Rinieri. Milano, McGraw-Hill, 2001.
- Minuzzo S. *Nursing del dolore*. Roma, Carocci Faber, 2004.
- Campagna S. *Dolore cronico*. Dossier InFad anno 2, n.13, gennaio 2007.
- Bidoggia F. *Dolore post operatorio nell'adulto*. Dossier InFad n.11, 2006.
- Caraceni A., Mendoza T.R., Mencaglia E. et al. *A validation study of an italian version of the Brief Pain Inventory (Breve Questionario per la Valutazione Del Dolore)*. Pain. 1996 Apr; 65(1): 87-92.
- Bonezzi C., Nava A., Barbieri M. et al. *Validazione della versione italiana del Brief Pain Inventory nei pazienti con dolore cronico*. Minerva Anestesiologica. 2002; 68 (7-8): 607-11.
- De Benedittis G., Massei R., Nobili R., Pieri A. *The Italian Pain Questionnaire*. Pain 1988 Apr, 33(1): 53-62.

- Provvedimento 24 maggio 2001. Linee Guida per la realizzazione dell'"Ospedale senza dolore".

Sitografia (consultata a luglio, agosto, settembre 2008):

- Torina N. *Il dolore e le Scale di misurazione*. (2005) Pubblicato su www.infermieridellatruscia.it
- Nunziante P. *Infermiere e il Dolore*. (2006) Pubblicato su www.infermieridellatruscia.it
- De Nicola A. *Misurazione del dolore*. (2005) Pubblicato su www.salus.it/dol/misura_dol.html
- www.saluter.it
- www.salus.it
- www.ministerosalute.it
- Accorsi D., Zanna B. *La valutazione del dolore oncologico sul paziente adulto e pediatrico*. Centro EBN di Bologna. www.evidencebasednursing.it
- Robb M.C., Montanari V. *Sistemi di valutazione del dolore*. Centro EBN di Bologna. www.evidencebasednursing.it

A proposito di... gestione della Scheda Unica di Terapia (SUT)

a cura del gruppo legale

Roberto Sabbatini

Elisabetta Palma

Mirco Gregorini

Parole chiave

errori di terapia, documentazione sanitaria, responsabilità infermieristica, tracciabilità

Documenti di riferimento:

Ministero della Salute, Raccomandazione n. 7, Marzo 2008

Premessa

Secondo la definizione proposta dal National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), per errore di terapia si intende ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente.

È noto che l'usanza della trascrizione (un passaggio ulteriore tra la prescrizione e la somministrazione) della terapia aumenta notevolmente il rischio di errore. Per evitare questo una delle soluzioni consiste nella messa a punto e nell'adozione della scheda unica di terapia (SUT) per la prescrizione, preparazione e somministrazione dei farmaci. La SUT, che può anche essere informatizzata, è il documento impiegato dai medici per effettuare la prescrizione, dai farmacisti per preparare il farmaco nei processi terapeutici che lo prevedono e dagli infermieri per effettuare la somministrazione.

La SUT è un eccellente strumento di comunicazione interna, che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati. Per questo consente di far fronte ai problemi di comunicazione, prima causa degli errori di terapia (Leape et al, 1998).

Le caratteristiche della STU devono:

1. facilitare i medici nell'effettuare la prescrizione scritta in modo chiaro ed evitare la prescrizione a voce;
2. consentire ai farmacisti di identificare correttamente il prescrivente e le caratteristiche del paziente, nei processi terapeutici che li coinvolgono nella preparazione del farmaco, in modo tale da collaborare con il medico per la sicurezza della prescrizione.
3. evitare passaggi di trascrizione tra la cartella clinica e la documentazione infermieristica cosicché gli infermieri impiegano la stessa scheda redatta dal medico per effettuare la somministrazione, risparmiando tempo ed errori di trascrizione;
4. consentire di tener traccia su un unico documento di tutte le operazioni effettuate sul processo e dell'autore di ogni intervento terapeutico.

Ulteriori considerazioni:

- La SUT è parte integrante della cartella clinica e come tale deve rispondere a requisiti di veridicità, correttezza e completezza.

L'atto di somministrazione della terapia è un atto unitario,

deve cioè essere compiuto da una sola persona, in modo sequenziale.

Per quanto riguarda la fase di somministrazione, ormai da anni la letteratura internazionale ha sintetizzato la "Regola della 7 G" per la corretta procedura per la somministrazione dei farmaci:

1. Giusta persona
2. Giusto farmaco
3. Giusta dose
4. Giusta via di somministrazione
5. Giusto tempo (non solo l'ora ma anche l'eventuale velocità di somministrazione)

6. Giusta registrazione

7. Giusta conservazione

La SUT è uno strumento di prescrizione medica, e dunque deve garantire:

- la identificazione inequivoca del paziente, del farmaco, della posologia (dose, modi e tempi di somministrazione),
- di identificare (firma) il prescrittore.

La SUT è uno strumento di somministrazione e dunque deve garantire:

- la registrazione dell'avvenuta (o mancata) somministrazione,
- di identificare (firma) il somministratore.

La STU nella realtà italiana:

Nella realtà italiana sono stati creati numerosi modelli di SUT (STU in Toscana, FUT in Lazio...), tuttavia in genere essi soddisfano i seguenti requisiti:

requisiti di prescrizione:

- per ogni prescrizione deve risultare chiaro e comprensibile:
 - il nome (generico o commerciale) del farmaco scritto con grafia leggibile,
 - la forma farmaceutica prescritta (compresse, fiale ecc) per intero senza alcuna abbreviazione,
 - il dosaggio che si vuole venga somministrato per ciascuna singola somministrazione (mg, g, ecc.) utilizzando il sistema metrico - decimale (ad eccezione delle terapie che impiegano le unità standard o internazionali),
 - il numero di somministrazioni nell'arco della giornata,
 - la via di somministrazione prescelta (il medico prescrittore deve prescrivere il farmaco nella cella relativa alla tipologia di somministrazione prescelta). Nella STU sono elencate le più comuni vie di somministrazione.

- devono essere evitate prescrizioni ambigue che non specifichino le modalità di somministrazione o che possano lasciare spazio all'incertezza in colui che somministra la terapia
- la prescrizione deve essere effettuata dal medico e non lasciata all'infermiere
- deve essere identificabile il medico che ha prescritto i farmaci in uso. Il medico firma la terapia e la sua firma è registrata in

1) Falso ideologico in atti pubblici commesso da pubblico ufficiale.

2) Falso commesso da pubblici impiegati incaricati di un servizio pubblico.

un apposito registro delle firme
- è rilevabile ed identificabile la data delle sospensioni delle terapie effettuate durante il ricovero ed eventualmente sospese, con possibilità di identificare la data della sospensione e la firma del medico che la dispone.

requisiti di somministrazione:

- deve essere rilevabile se ogni dose prescritta è stata effettivamente somministrata (l'infermiere firma l'avvenuta somministrazione per tipologia di terapia effettuata - orale, parenterale, etc. - e la sua firma o sigla autorizzata è registrata in un apposito registro delle firme)
- nel caso che una dose prescritta non sia stata somministrata è specificato il motivo della mancata somministrazione, per permettere un completo monitoraggio del processo.

Inoltre:

- se vengono utilizzate delle abbreviazioni o dei simboli per la prescrizione e/o per la somministrazione di farmaci deve esistere una legenda dove viene esplicitato il significato dei simboli utilizzati.
- esiste completa rintracciabilità ed evidenza delle terapie effettivamente somministrate durante tutta la durata della degenza poiché tutti gli infermieri siglano l'avvenuta terapia per tipologia di somministrazione.
- esiste in reparto un registro in cui sono archiviate le sigle e le firme di medici ed infermieri autorizzati a prescrivere e somministrare le terapie per permettere la completa rintracciabilità degli attori intervenuti nel processo terapeutico.

In alcuni modelli di SUT (vedi l'esempio della Toscana) viene prevista una modalità di prescrizione nella quale il medico appone una barretta per l'identificazione dell'orario della somministrazione che viene completata con la "chiusura della croce" dall'infermiere all'atto della somministrazione. Questa modalità tuttavia presenta alcune criticità:

- nelle terapie di media o lunga durata, se il medico "dimentica" di apporre la barretta l'infermiere può non somministrare il farmaco (ritenendo che sia stato magari temporaneamente sospeso per qualche motivo)
- la barretta può essere facilmente contraffatta in tempi successivi (es. chiudere la barretta in un secondo momento, a distanza di tempo dall'effettiva avvenuta - o non avvenuta - somministrazione) rendendo assolutamente vana la tracciabilità del processo di prescrizione e somministrazione del farmaco.

In relazione a quest'ultima possibilità, si rammenta che la SUT è da considerarsi parte integrante della cartella clinica, tanto è vero che alla dimissione del paziente va archiviata all'interno della documentazione. Come tale, si applicano alla STU le stesse regole valide per la documentazione sanitaria, che è atto pubblico di fede privilegiata, pena la falsità (materiale o ideologica) ai sensi degli artt. 4791, 4932 del codice penale.

Non è dunque pensabile "colmare" le lacune (barrette o firme mancanti, ad esempio) in un secondo momento, pena la falsità in atto pubblico.

Per ovviare a tale pericolo, in alcune SUT, si scelto di separare la parte prescrittiva dalla parte della registrazione della terapia, nella quale non si appone la croce (facilmente falsificabile) ma si appone la sigla da parte dell'infermiere che somministra (con diverso valore legale).

Bibliografia

- Bates D.W., Cullen D.J., Laird N., Petersen L.A., Small S.D., Servi D., Laffel G., Sweitzer B.J., Shea B.F., Hallisey R., Vliet M.V., Nemeskal R., Leape L.L., (1995) "Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events", *JAMA*, 274:29-34.
- Cohen M. R. (1999), *Medication errors*, Washington DC: Apha publications.
- JCAHO (1998) "Special Report on Sentinel Events", *Joint Commission Perspectives* 18(6), 19-38.
- Kohn, LT, Corrigan JM, Donaldson MS (2000). *To err is*

In aggiunta, il documento è più agile in quanto l'infermiere non deve mettere croci e poi anche firmare, ma appone la propria sigla nella casella corrispondente al turno in cui ricade l'orario di somministrazione.

Il medico non deve apporre ulteriori segni sulla STU fintanto che non modifica o sospende la terapia (si evitano le mancate somministrazioni per errata interpretazione)

È fondamentale che nella SUT le terapie siano suddivise per via di somministrazione: endovena, intramuscolo, sottocute, orale, altro/varie, alimentazione, per evitare errori dovuti a errata via di somministrazione o a errata forma farmaceutica.

- endovena: si intendono tutte le terapie da somministrare per via endovenosa, compresa la nutrizione parenterale.
- intramuscolo: tutti i farmaci da somministrare per queste vie.
- sottocute: tutti i farmaci da somministrare per queste vie.
- orale: tutti i farmaci da somministrare per bocca, comprese le terapie sublinguali.
- alimentazione: si segnalano tutti i tipi di alimentazione, diete o nutrizione enterale.
- altro/varie: tutte le altre vie di somministrazione (rettale, vaginale, oculare, otologica, rinologica, inalatoria, ecc.)

Tale suddivisione aiuta il medico a procedere in maniera sistematica alla prescrizione e supporta l'organizzazione dei farmaci da parte del personale infermieristico per la fase di somministrazione.

Il medico che effettua la prescrizione della terapia deve scrivere a carattere stampatello nel riquadro "Farmaco, dosaggio e forma (singola dose) per somministrazioni/die":

- principio attivo o nome commerciale del farmaco prescritto (in base alla metodologia usata nell'Azienda/Reparto)
- dosaggio del farmaco
- forma farmaceutica
- numero di somministrazioni giornaliere e rispettivo orario

1. Per ogni prescrizione risulta chiaro e comprensibile:
 - il nome chimico o commerciale del farmaco
 - la forma farmaceutica prescritta (compresse, fiale ecc)
 - il dosaggio per singola somministrazione (mg, g, ecc)
 - il numero di somministrazioni/die
 - la via di somministrazione.
2. È identificabile il medico che ha prescritto i farmaci in uso
3. È rilevabile se ogni dose prescritta è stata effettivamente somministrata. Nel caso che una dose prescritta non sia stata somministrata è specificato il motivo della mancata somministrazione.
4. È identificabile chi ha somministrato la terapia.
5. È rilevabile ed identificabile la data delle sospensioni delle terapie effettuate durante il ricovero ed eventualmente sospese.
6. È identificabile il medico che ha sospeso la terapia.
7. Esiste completa rintracciabilità ed evidenza delle terapie effettivamente somministrate durante tutta la durata della degenza

Laddove sia già in uso una STU e questa non soddisfi tutti i criteri descritti, è assolutamente opportuno apportare dei miglioramenti. Tuttavia, è fondamentale che qualunque azione correttiva che modifichi l'utilizzo della STU in uso sia effettuata dai professionisti che la utilizzano (medici, farmacisti e infermieri), attraverso la costituzione di gruppi di lavoro interprofessionali. Risulta indispensabile il coinvolgimento e il supporto - ai fini dell'approvazione del documento - della Direzione Generale e degli uffici di Staff (Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, Uffici Qualità e Rischio clinico).

human: buiding a safer health system. National Academy press, Washington DC.

- Leape L.L., Kabacennell A., Berwick D.M., Roessner J. (1998) *Reducing Adverse Drug Events and Medical Errors.* Boston: Institute for Healthcare Improvement.

- Severi F. et al. "La qualità nella somministrazione del farmaco: la revisione del sistema informativo terapeutico nelle degenze ospedaliere" *Professioni Infermieristiche*: 51.2. 1998.

- Vincent C. *Clinical risk management.* BMJ press, London, 2001.

Osimo: medaglia d'oro di Civica Benemerenzza al personale dell'elisoccorso 118 Ancona

a cura di

Dott.ssa Paola Massei - *Coordinatrice 118 e servizio regionale di elisoccorso*

Alessandro Laurini - *Infermiere 118*

Maurizio Mercuri - *Corso di Laurea in Infermieristica*

Dott.ssa Marisa Carnevali - *Direttore Pubbliche Relazioni*



Osimo (Ancona) - In 23 anni di attività i cittadini delle Marche hanno avuto modo di apprezzare l'operato professionale svolto dai medici ed infermieri che prestano servizio presso l'elisoccorso.

La popolazione anche tramite la divulgazione del libro di Sandro Mangiacristiani, "Uno sguardo dal cielo - I racconti dell'emergenza" ha avuto modo di conoscere l'importanza del servizio ed allo stesso modo di poter apprezzare l'impegno impiegato dal personale anche sotto l'aspetto emozionale ed umano.

Il Comune di Osimo tramite la segnalazione di alcuni cittadini soccorsi ha voluto conferire un riconoscimento al lavoro svolto al servizio di Elisoccorso della Regione Marche.



"L'emergenza sanitaria è un'attività che colpisce profondamente l'emozione della gente.

Ancor di più se parliamo degli interventi fatti dall'elisoccorso"

Forse perché i pochi attimi necessari a salvare la vita di un uomo" sono fatti da una parte di paura e gratitudine e dall'altra di comandi taciti, procedure stabilite, aghi introdotti, farmaci, barelle e attimi intensi di umanità.

Questi attimi, raccontati divengono storie di vita, dalle sensazioni e scelta di immagini...per certi versi unici per le emozioni che può donare a chi ha la sensibilità e la capacità di coglierle.

Le più belle storie dell'emergenza divengono medicina ed infermieristica narrativa nel libro di Sandro Mangiacristiani, infermiere presso il Servizio di Elisoccorso della Regione Marche. I suoi racconti sono Storie di vita, di gesti che diventano carezze, di ricordi, di professionalità, dove ogni percezione si trasforma in emozione.

Il tutto narrato con il suono delle parole e il colore delle immagini, uniche, che ci mostrano il Mondo da un'altra prospettiva e ci costringono a riflettere sul senso della vita. Ebbene questo nostro collega s'è fatto narratore: di storie d'emergenza, di racconti di salvataggi estremi, di sguardi sulle vite degli uomini, anzi di un unico sguardo.

"UNO SGUARDO DAL CIELO, I RACCONTI DELL'EMERGENZA", è infatti il titolo del libro che Sandro Mangiacristiani ha offerto ai suoi colleghi in condivisione di una vita dedicata agli altri, fatta di premure e di sacrifici e che la Fondazione "Ospedali Riuniti" si è fatta carico di promuovere, per incontrare le Persone come in un ulteriore servizio donato a tutti gli abitanti del nostro territorio.

Missioni impossibili in tempeste di neve, manovre rianimatorie sulle spiagge estive, osservati a distanza, alle prese con l'operoso lavoro di cura, dai propri genitori, pieni d'orgoglio; voli sulla Capitale raggiunta per rotte aeree vietate, e questo per salvare la vita di una grande ustionata; arcobaleni in atterraggi di fortuna presso le coste del Conero; soccorsi estremi alle pendici del Monte Vettore su corpi sfraccellati; la salvezza portata a bambini, che assomigliavano così tanto ai nostri figli, verso i quali, forse, poco possiamo, o a ragazzi chiusi nelle lamiere contorte di ciò che resta delle loro auto, sono alcune delle storie qui narrate, tra alti e bassi, tra gioie e dolori, tra interventi riusciti ed interventi inevitabilmente tardivi. Il racconto centrale, che dà il titolo alla raccolta, è doppiamente emozionante; un intervento in un cantiere per un incidente sul lavoro sotto gli occhi e l'attenzione di un vecchio signore che cerca, tra i volti dei soccorritori, chi un giorno ha tentato di tutto per strappare alla morte proprio suo figlio.

Questo è il pensiero del nostro narratore al termine della missione: "alzandoci in volo e con tanta tristezza diedi uno sguardo dal cielo, sotto di noi le rondini volavano leggere, trafiggendo l'aria calda dell'estate e si lasciavano trasportare sopra i tetti delle case..."

Avrei voluto smettere di pensare e con lo sguardo cercai di fuggire distante oltre l'infinito, fin dove svanisce l'orizzonte e una linea impercettibile unisce il mare al cielo, la stessa linea impercettibile che unisce il passato al presente in un unico dolore."



mentre i capelli si sciolgono come cera di candela, simili a lacrime nere.

Un cane che difende il padrone lungo l'autostrada nei pressi di un autogrill. Un incidente agricolo risolto per il meglio. La vita riportata ad un bambino, la perdita di quella di un ragazzo di sedici anni. Il Montefeltro. UN elicottero a cui si chiede conferma per l'operatività di una nuova missione, la collaborazione tra elisoccorso e vigili del fuoco... Altre interventi di salvataggio semplicemente, si fa per dire fornendo istruzioni dalla centrale

Pensiamo alle rondini con leggerezza, meravigliati dal loro volo; ma se le guardate dall'alto e con i magoni per una missione non riuscita vi sembrano più pesanti di voi.

Nessun orizzonte sembra per un momento poter dare speranze. È come se l'elicottero assumesse su di sé due prospettive, due fisicità, due diverse gravità: quelle dell'attesa dei soccorsi, di chi sa che esso porta competenze e salvezza in meno di 15 minuti, in qualsiasi posto delle nostre amate Marche; e quelle di chi quotidianamente sale in elicottero, con le gioie infinite, amplificate dalle gratitudini, o con le fatiche del non esser riusciti, per colpa del destino. Le rondini..., diversi sguardi dal cielo!

Dal cuore del libro si snoda una narrazione fatta di eventi e di istinti quotidiani alla solidarietà, alle difese dell'incolumità; vecchi che chiamano per salvare giovani tossicodipendenti, auto cappottate a precipizio in canale, coi primi soccorsi offerti da camionisti, mamme perdute sotto gli occhi esausti dei figlioli, smarrimenti, incidenti col bitume bollente alla raffineria, catrame che copre il volto di un uomo,

operativa. Storie, bisogni d'aiuto, gesti pieni d'amore, ricordi di un Mondo visto da una prospettiva che ci inducono a riflettere sul senso della Vita.

I fondi raccolti con il libro saranno devoluti alla Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona e saranno finalizzati all'acquisto di una importante apparecchiatura necessaria in emergenza. Il secondo obiettivo sarà di poter installare delle camerette per quei genitori che "testardamente" non vogliono mai abbandonare i propri figli ricoverati nella ri-animazione.

Il volume si può prenotare presso la coordinatrice del 118, dottoressa Paola Massei, inviando una mail a: p.massei@ospedaliriuniti.marche.it o tramite la Fondazione Ospedali Riuniti Umberto Primo mail: direttore.fondazione@ospedaliriuniti.marche.it O telefonando al n. 0715964141 il mattino o al n.0715965237 il lun. mer. ven. dalle ore 10.30 alle ore 13.30



Il foglio elettronico e l'elaborazione dei turni di lavoro

a cura di

M. Milia - Inf. SOD Neonatologia TIN Salesi

M. Romondia - Coord. Inf. SOD Neonatologia TIN Salesi

A. Infante - Inf. SOD Clinica di Cardiologia Lancisi

E. Caciorgna - Inf. Area Professioni Sanitarie

A.M.C. Possanza - Inf. Ufficio Gestione Assenze Presenze

S. Mozzoni - Inf. SOD Pediatria Neonatologia ZT 9

Dal Novembre 2010 all'interno della Sod di Neonatologia e TIN dell'ospedale Salesi di Ancona è partita la sperimentazione del foglio elettronico per l'elaborazione e la gestione dei turni di lavoro. Da sempre per il Coordinatore Infermieristico la gestione del turno con un elevato numero di professionisti, il rispetto delle norme presenti, degli istituti contrattuali, dei diritti dei lavoratori, nonché degli aspetti psico-sociali, rappresentano un problema di notevole complessità. Il foglio elettronico può risultare versatile e di ottimo supporto, nell'utilizzo delle sue funzioni basi di somma e calcolo, privilegiando la semplicità nella costruzione in modo da agevolare l'elaborazione. La Sod di Neonatologia/TIN, nelle sue molteplici peculiarità, quali la tipologia di assistenza erogata (neonati prematuri) che per la vasta gamma di servizi offerti (STEN, banca del latte, otoemissioni acustiche), richiede il coinvolgimento di un elevato numero di professionisti. 40 infermieri turnisti di cui una con un beneficio di L.104, 4 part-time con orario che va dalle 24 alle 35 ore su due turni a settimana, un full-time su due turni. Tali peculiarità, creano disagio assistenziale, elevato turn-over, staticità nella rotazione degli operatori all'interno dei gruppi con conseguente diminuzione delle performance sia lavorative che psicosociali (e delle relazioni interpersonali). Inoltre risulta evidente che la gestione e l'organizzazione dei turni risulta essere molto articolata e complessa e di come il foglio elettronico possa essere di notevole supporto al Coordinatore. La costruzione di una formula di somma consente di tenere traccia del monte ore, del numero di mattine, pomeriggi o notti lavorate, in modo da rispettare gli istituti contrattuali. La stessa formula ci permette altresì di tenere traccia del residuo ferie e del numero di unità presenti in turno. L'introduzione di un doppio tamburo battente su due posizioni fisse all'interno di ogni singolo gruppo, genera un'alta dinamicità dello scorrere dei professionisti sull'intero turno, in pratica un avanzamento di 10 posizioni del Esempio di turno singolo operatore

Esempio di turno

Azienda Ospedaliera - Università "Guglielmo Ronchi Umberto I" - G.M.
Lancisi - G. Salesi - ANCONA - Dipartimento Materno Neonatale -
SOD di Neonatologia - T.I.N. - Turno di lavoro DIPENDENZE

MESE	gi	ma	me	gio	ven	sab	dom	gi	ma	me	gio	ven	sab	dom	Cost
ANNO	27	28	29	30	1	2	3	25	26	27	28	29	30	31	
1	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
2	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
3	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
4	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
5	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
6	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
7	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
8	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
9	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
10	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
11	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
12	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
13	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
14	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
15	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
16	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
17	UNETA'	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2
Mattino	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	
Pomeriggio	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	
Notte	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	
Perla	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	3	RC	1	2	

Esempio di doppio tamburo

	A	B	C	D	E
1					
2		1	A		
3					
4		2	B		
5					
6		3	C		
7					
8	4+10=14	4	D=10=RIGA 14		
9					
10		5	E		
11					
12		6	F		
13					
14		7	G		
15					
16	8+10=18	8	H=10=RIGA 18		
17					
18		9	I		
19					
20		10	J		
21					
22		11	K		
23					
24		12	L		
25					
26	13+10=23	13	M=10=RIGA 23		

sul totale dei professionisti, in questo modo si annulla la staticità della obsoleta rotazione a scalare di una singola unità, si generano dei rientri fissi sui primi tre giorni del mese successivo (es. 5 gruppi da 9 turnisti, si generano 15 rientri fissi), si favorisce una matematica rotazione di tutti gli operatori aumentando il continuo confronto professionale e degli aspetti psico-sociali. Esempio di doppio tamburo. Il confronto dei primi dati tra 2009, e 2010 mostra segni incoraggianti, quali: semplicità nell'individuazione delle unità in turno, maggiore aderenza al rispetto del debito orario sia in fase di elaborazione che di chiusura mensile del turno. Il confronto dei primi dati tra 2009, e 2010 mostra segni incoraggianti, quali: semplicità nell'individuazione delle unità in turno, maggiore aderenza al rispetto del debito orario sia in fase di elaborazione che di chiusura mensile del turno. Le anomalie che si sono state riscontrate riguardano errori di giustificativi per corsi di formazione e la mancata conoscenza da parte dei nuovi assunti dell'azzeramento delle ore in caso di pagamento della festività lavorata. Il progetto prevede inoltre: di privilegiare l'aspetto economico, mediante l'utilizzo del Calc, della suite OpenOffice.org, rilasciata con una licenza libera e Open Source che ne consente la distribuzione gratuita, un programma per fogli di calcolo intuitivo e facile da imparare con un'ampia gamma di funzioni avanzate; l'installazione di un monitor all'interno della SOD con la visualizzazione del turno per l'eliminazione del cartaceo; l'aggiornamento costante da parte del Coordinatore Infermieristico del foglio elettronico e la sua condivisione, tramite server aziendale con l'ufficio presenze assenze, per avere una reale costatazione della presenze, riducendo notevolmente le probabilità di errori e i tempi di diffusione dei cedolini definitivi delle rilevazione presenze.

“La formazione e le competenze degli infermieri del 118 della regione Marche nella gestione del trauma pediatrico”

a cura di

Marisa Sancillo - Infermiere Rianimazione Clinica AOR Torrette, Lancisi, Salesi Ancona

Tamara Campanelli - Coordinatore Inf.co Pronto Soccorso, AOR Marche Nord

Presidio S. Croce, Fano, Professore a Contratto Univ. Politecnica Marche



Abstract

Nell'ambito dell'emergenza extraospedaliera il trauma rappresenta un evento di elevata criticità che necessita di un intervento immediato ed efficace che non può prescindere da una specifica formazione del personale medico ed infermieristico. Nonostante ciò, il trauma pediatrico e la sua gestione da parte dell'infermiere del 118 rappresentano una parte dell'assistenza infermieristica extraospedaliera in cui la formazione è notevolmente inferiore, a causa del limitato numero di casi e della specificità del trattamento. Lo scopo di questo lavoro è quello di rilevare il grado di preparazione e di sicurezza del personale infermieristico, nonché l'organizzazione dei mezzi di soccorso che intervengono sul trauma pediatrico.

Parole chiave

Trauma pediatrico, formazione, sicurezza

Introduzione

Il trauma pediatrico e la sua gestione extraospedaliera da parte dell'infermiere del 118, rappresentano una realtà dell'assistenza infermieristica in cui la formazione è ridotta rispetto a quella dedicata al paziente adulto traumatizzato. La motivazione può essere ricercata nella bassa incidenza di traumi pediatrici sul totale della popolazione che subisce un trauma.

Le peculiarità del paziente bambino mettono in difficoltà anche medici e infermieri già esperti nell'emergenza dell'adulto.

Questo è dovuto alle differenze riguardo la sintomatologia e il trattamento del bambino rispetto all'adulto. Infatti, per il paziente pediatrico, è difficile ottenere un'anamnesi accurata, eseguire un esame obiettivo, assicurare un accesso venoso stabile. Spesso, inoltre, l'andamento delle criticità pediatriche è particolarmente subdolo e, talvolta, progressivamente e rapidamente ingravescente.

Per migliorare la qualità delle cure del bambino in

emergenza, sono necessarie l'acquisizione di specifiche abilità nelle manovre di rianimazione, la disponibilità di un equipaggiamento dedicato e l'adozione di protocolli pediatrici uniformi e condivisi.

I corsi di formazione per l'area dell'emergenza pediatrica si dividono in corsi base e avanzati; i corsi base sono il Paediatric Basic Life Support (PBLs) e il Paediatric Basic Life Support Defibrillation (PBLSD), mentre quelli avanzati sono il Paediatric Advanced Life Support (PALS) e il Paediatric Prehospital Care (PPC).

Relativamente all'equipaggiamento delle ambulanze è da segnalare la presenza di uno strumento innovativo: lo zaino e il nastro di Broselow, elemento che facilita l'approccio dell'infermiere al paziente bambino in una situazione d'emergenza e, cosa più importante, ne minimizza i tempi.

Il cosiddetto “Broselow tape” (nastro di Broselow) è una scala tarata prendendo a riferimento l'altezza del bambino¹. Al momento dell'utilizzo, la scala viene posta accanto al piccolo paziente per rilevare alcuni parametri essenziali. Dalla misura dell'altezza vengono presunti l'età e il peso, ai quali corrispondono colori diversi nel nastro, i range dei valori normali e patologici dei parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, frequenza respiratoria), i dosaggi dei principali farmaci salva-vita e la misura dei tubi oro-tracheale, ago cannule, butterfly, che si dovranno utilizzare. L'operatore non dovrà far altro che prendere il contenitore, nello Zaino di Broselow, corrispondente al colore, nel quale sono già pronti tutti i presidi necessari all'immediata esecuzione delle procedure rianimatorie e terapeutiche d'emergenza-urgenza pediatrica.

Questo lavoro vuole indagare il grado di formazione e di organizzazione del personale infermieristico e dei mezzi di soccorso, con l'obiettivo di evidenziare le eventuali carenze formative degli infermieri del 118 di tutte le zone territoriali marchigiane.

Materiali e Metodi

Lo studio è stato effettuato somministrando un questionario anonimo a tutti gli infermieri del 118 delle 13 Zone Territoriali delle Marche e delle due Aziende Ospedaliere, previa autorizzazione delle relative Direzioni Sanitarie. Alcuni questionari sono stati inviati via e-mail, altri tramite posta ordinaria, altri ancora sono stati consegnati personalmente. Il campionamento dei soggetti è di tipo non probabilistico propositivo: i soggetti non hanno avuto la stessa probabilità di essere valutati, bensì sono stati selezionati con cura.

L'indagine è stata effettuata durante i mesi di luglio, agosto e settembre 2009. Il questionario distribuito è composto da otto domande, delle quali sei a risposta chiusa, e due, le ultime, costituite da una scala di valutazione.

Dodici questionari non sono stati presi in considerazione nei calcoli in quanto rappresentavano una deviazione standard, per le risposte troppo lontane dalla media.

Grafico 1

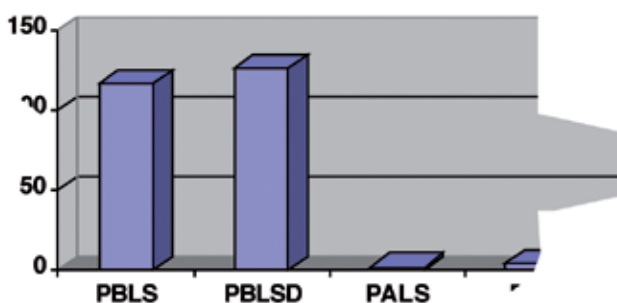
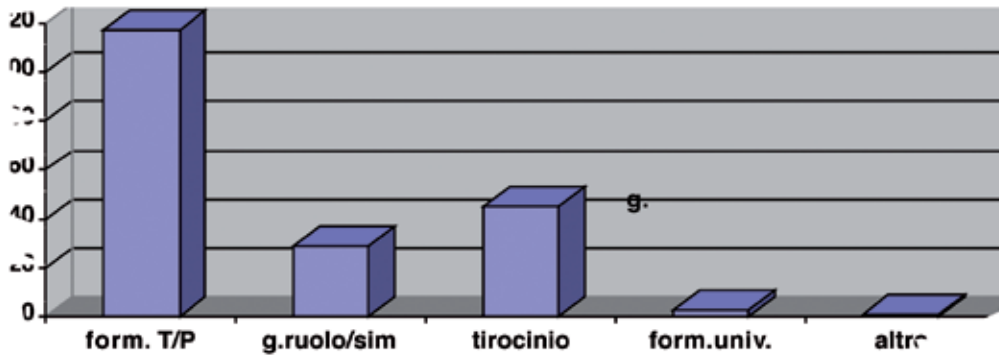


Grafico 2



Risultati

Il numero dei questionari distribuiti è di 300, i questionari raccolti sono 200 (66,7%).

La prima domanda posta è relativa alla conoscenza della "Carta dei diritti del bambino" dalla quale risulta che il 57,5% non ne è a conoscenza, mentre il 47,5% lo è.

Le domande successive entrano nello specifico formativo, in quanto ricercano la tipologia di formazione effettuata. La domanda n.2 indaga relativamente alla possibilità data dall'azienda di appartenenza di frequentare un corso di RCP pediatrico. I dati sono:

- SI: 184 (92%)
- NO: 16 (8%)

Andando ad approfondire la tipologia di corsi (Grafico n.1) emerge che sono stati frequentati:

- CORSI BASE (PBL5, PBLSD): 184 (100%)
- CORSI AVANZATI (PALS, PPC): 6 (3%)

Leggermente ridotta è la possibilità di frequentare retraining che è rappresentato nei seguenti dati:

- SI: 128 (70%)
- NO: 56 (30%)

Successivamente si è cercato di conoscere l'adeguatezza delle attrezzature dei mezzi di soccorso, per cui è stato chiesto quali attrezzature erano presenti nel mezzo di soccorso in cui lavorano. Il 61,5 % degli infermieri afferma di avere tutte le attrezzature proposte quali il materiale d'assistenza cardiorespiratoria pediatrica, presidi di mobilizzazione pediatrica completi (collare, stecco benda, spinale) e piastre pediatriche per defibrillatore. Il 33 % afferma di avere solo il materiale per l'assistenza cardiorespiratoria e le piastre per il defibrillatore, ma non i presidi per la mobilizzazione completi.

Altra domanda relativa alle attrezzature, prendeva in esame la presenza dello zaino e del nastro di Broselow: il 32,5 % degli infermieri intervistati afferma di averlo in dotazione

nelle loro ambulanze, il 67,5 % di non averlo.

Si è indagato inoltre su un'eventuale frequentazione di un corso sull'utilizzo di questo strumento specifico. Dall'indagine effettuata solo sugli infermieri che affermano di averlo nelle loro ambulanze risulta che il 46% ha anche seguito un corso sul suo utilizzo, mentre il 54% afferma di non aver frequentato alcun corso.

Successivamente abbiamo cercato di capire se fosse

sentita la necessità di incrementare la formazione pediatrica. Dall'indagine è emerso che il 97,5% degli infermieri intervistati ne è interessato. Per poter approfondire la domanda abbiamo cercato di capire quale fosse per il nostro campione la metodologia didattica migliore per incrementare le loro conoscenze e competenze; ecco di seguito l'esemplificazione (Grafico n.2)

- Corsi di formazione teorico – pratico: 117 (60%)
- Corsi di formazione attraverso giochi di ruolo/ simulazioni: 29 (15%)
- Tirocinio presso unità operative di aree intensive pediatriche: 45 (23%)
- Formazione universitaria: 3 (1,5%)
- Altro: 1 (0,5%)

Mediante l'utilizzo di una scala Likert, abbiamo chiesto quale fosse il livello di sicurezza (minima sicurezza punteggio 0, massima sicurezza punteggio 10) che l'operatore infermiere ha quando effettua una emergenza pediatrica. Da questa domanda scaturisce che il 34% degli infermieri non si sente sicuro, o si sente sicuro con una media statistica di 4,1, nell'affrontare un'emergenza pediatrica.

Grazie a questa scala di valutazione, si è potuto evidenziare anche una differenza di sicurezza tra gli infermieri più anziani e gli infermieri più giovani:

Infermieri con anni di servizio ≥ 9 = 93 (46,5%)

Infermieri con anni di servizio < 9 = 107 (53,5%)

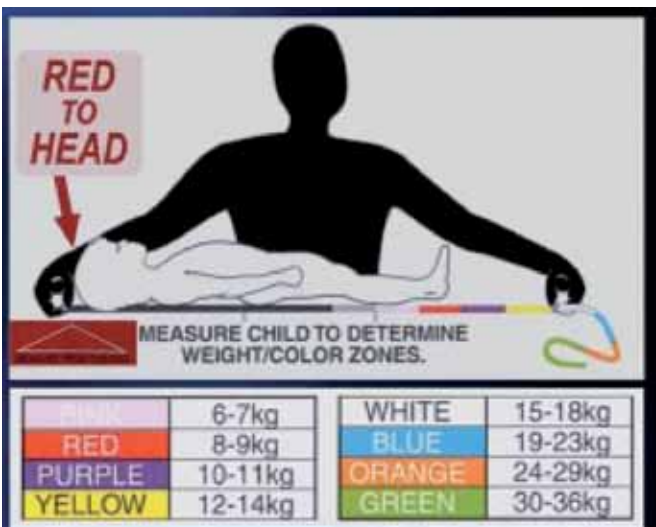
Infermieri con anni di servizio ≥ 9 che hanno risposto tra 0 e 5: 34 (36,5%)

Infermieri con anni di servizio ≥ 9 che hanno risposto tra 6 e 10: 59 (63,5%)

Infermieri con anni di servizio < 9 che hanno risposto tra 0 e 5: 34 (31,7%)

Infermieri con anni di servizio < 9 che hanno risposto tra 6 e 10: 73 (68,3%)

Dai risultati ottenuti emerge che gli infermieri con meno anni



di servizio affrontano l'emergenza con maggior sicurezza, che quelli con più esperienza (dai 9 anni in su).

Tramite una seconda scala Likert, collegata concettualmente alla precedente, si è voluto indagare quanto l'insicurezza nell'affrontare un'emergenza pediatrica fosse legata al fattore emotivo dovuto alla presenza del paziente bambino. Dalle risposte è emerso che il 48,5 % degli infermieri si sentono influenzati dalla presenza del paziente pediatrico.

Discussione

È evidente, dai risultati emersi, che il personale infermieristico che lavora sul territorio marchigiano sente la necessità di approfondire le proprie conoscenze. Il professionista si rende conto come sia necessario essere costantemente aggiornato e formato. Nello specifico, ciò emerge dalla domanda n.6 alla quale hanno risposto positivamente il 97,5% dei soggetti intervistati.

Relativamente alla formazione di base e avanzata emerge che c'è una copertura formativa importante che diminuisce per i corsi avanzati. Fare questa distinzione è molto importante in quanto i corsi base ² danno una formazione generale sui principi della rianimazione cardiopolmonare, quindi dovrebbero rappresentare un bagaglio culturale per tutti gli infermieri, compresi quelli che non lavorano nell'area dell'emergenza. Mentre per gli infermieri del 118, quindi a stretto contatto quotidianamente con l'emergenza territoriale, oltre che ai corsi base, sarebbe necessario approfondire le tematiche con corsi avanzati in cui si aumentano le conoscenze e le competenze ³.

Dalla terza domanda riguardante il re-training, il quale serve per rinforzare la formazione teorica e pratica effettuata in precedenza, emerge che il 30% degli infermieri che operano nel 118 marchigiano non lo esegue. Questa è una percentuale comunque alta, in quanto è ormai palesata l'efficacia e l'importanza degli aggiornamenti continui ⁴.

Senza retraining è come se il corso frequentato non avesse più valore, poichè è dimostrato che dopo un anno ⁵ le conoscenze e le abilità acquisite necessitano di un rinforzo. Altro elemento rilevante è la modalità richiesta nell'ambito formativo. Si riconferma come i corsi teorico/pratici e gli ambienti simulati rappresentano la migliore arma formativa. Anche in letteratura ritroviamo affermato come la simulazione ⁶ adottata nella formazione in emergenza permette di rafforzare maggiormente le abilità e le conoscenze acquisite.

Un'altra riflessione riguarda la presenza nello zaino del nastro di Broselow ⁷, che risulta essere ad appannaggio dei soli infermieri della provincia di Ancona (Grafico n. 3), con 65 risposte positive su 200 (32,5%); ci si chiede se questo, che risulta uno strumento pressoché indispensabile nel trattamento del paziente pediatrico traumatizzato, debba essere visto più come un optional piuttosto che come materiale fondamentale, come lo può essere un DAE e/o il materiale per l'intubazione.

Se in emergenza il trattamento deve essere il più precoce possibile, avere immediatamente a disposizione tutto il materiale per quello specifico bambino dovrebbe essere uno standard di tutti gli equipaggi delle potes 118. Sarebbe utile conoscere la motivazione che sta dietro la scelta di non avere a disposizione il nastro di Broselow.

Bibliografia

- David Limmer. *Pronto soccorso e interventi di emergenza*. Mc Graw Hill. Maggio 2005.
- Italian Resuscitation Council, Società Italiana di Emergenza e Urgenza Pediatrica *PBLSD Pediatric Based Life Support and Defibrillation*. Ed.2007.
- Italian Resuscitation Council, Società Italiana di Emergenza e Urgenza Pediatrica. *PALS Pediatric Advanced Life Support*. ELSEVIER MASSON. Marzo 2008.

Altro elemento significativo che è emerso riguarda la sicurezza degli operatori nel trattamento del trauma pediatrico. Si può affermare che la maggior parte di loro lavora con un grado di sicurezza compreso tra 6 e 10, per cui abbastanza soddisfacente. Se indaghiamo inoltre il rapporto sicurezza/anni di servizio è emerso che gli infermieri con minore anzianità di servizio affrontano con maggior sicurezza il trauma pediatrico. Non si è riusciti ad indagarne la motivazione, probabilmente è da ricercare nella maggiore preparazione, e forse nella poca "coscienza" relativa al trauma pediatrico.

Importante è anche la conoscenza della "Carta dei diritti del bambino", ma dall'indagine emerge che più della metà degli infermieri intervistati, non ne è a conoscenza dell'esistenza di questo documento. Conoscere questo documento non riguarda la formazione o le capacità nel trattamento del trauma pediatrico, ma la sfera emotiva e psicologica, in quanto spesso sono le piccole accortezze che rendono un'assistenza diversa da un'altra, soprattutto per quanto riguarda un bambino.

Conclusione

L'epidemiologia dimostra che i casi di traumi pediatrici sono percentualmente inferiori rispetto ai traumi che coinvolgono l'adulto. Ciò non deve far abbassare la guardia riguardo questo problema.

L'indagine effettuata ha dimostrato che il personale infermieristico in servizio nelle POTES 118 delle Marche necessitano di un rinforzo relativamente alla formazione pediatrica avanzata e sarebbero interessati a frequentare corsi di formazione specifici sul trauma pediatrico e sul suo trattamento.

È importante però che successivamente vengano mantenute le competenze e le conoscenze tramite retraining obbligatori periodici.

La carenza di sicurezza nell'affrontare un'emergenza pediatrica scaturita dal questionario, inoltre, risulta, per la metà degli infermieri, non essere causata da un fattore emotivo legato alla presenza del paziente pediatrico, bensì, quindi, alla carenza dei casi e alla ridotta formazione.

Questo dovrebbe aumentare l'impegno formativo delle strutture aziendali indirizzandosi maggiormente nel settore della formazione nell'emergenza pediatrica per assicurare un'assistenza migliore, nonostante le casistiche parlino di pochi casi. Questo deve essere considerato un investimento per il futuro in termini di ripristino più efficace delle condizioni di vita precedenti l'evento traumatico.

Per quanto riguarda l'attrezzatura dell'ambulanza, non è accettabile che alcune zone territoriali marchigiane non abbiano un'ambulanza adeguatamente attrezzata per fronteggiare un'emergenza pediatrica, questo è il minimo indispensabile per assicurare un'assistenza quantomeno sufficiente.

Un primo passo verso una maggiore sensibilizzazione del personale sanitario e della popolazione verso la realtà pediatrica, è stato fatto grazie al "progetto 118 bimbi".

Partendo da ciò, l'auspicio di chi scrive è quello di offrire al paziente bambino personale sanitario adeguatamente formato con strumenti idonei per affrontare l'emergenza pediatrica.

- Knasel E., Meed J., Rossetti A.. *Apprendere sempre. L'apprendimento continuo nel corso della vita*, Raffaello Corina, Milano 2002.
- www.msd-italia.it/altre/manuale/sez19/2632427.html 15/09/2009
- Semeraro F. *Simulazione: istruzioni per l'uso. Passato, presente e futuro della simulazione in medicina*. IRC Edizioni Bologna 2007
- Luten, RC, Wears RL, et al.; *A Color-Coded Pediatric Therapeutic and Patient Safety System: The Broselow-Luten System*. Submitted to Pediatrics, June 2001.

Allegato

Il presente questionario, da compilare in forma anonima, è rivolto agli infermieri delle Potes che operano nei mezzi di soccorso. Lo scopo è quello di rilevare il grado di preparazione/organizzazione dei mezzi di soccorso e del personale infermieristico che vi opera in merito al paziente pediatrico, con l'obiettivo di evidenziare le eventuali carenze formative. Vi prego di compilarlo in tutte le sue parti e nella maniera più obiettiva possibile affinché i dati ottenuti siano il più possibile fedeli alla realtà. Grazie per la vostra disponibilità.

Sancillo Marisa, laureanda in Infermieristica

Sesso: M F

118 di

Potes di.....

Annidiservizionellapotesoal118.....

QUESTIONARIO

1. Conosci la carta dei diritti del bambino?

- Sì
 No

2. La tua azienda ospedaliera ti ha dato la possibilità di frequentare un corso di RCP pediatrica?

- Sì
 No

Se sì quali?

- PBLs (Pediatric Basic Life Support)
 PBLSD (Pediatric Basic Life Support Defibrillation)
 PALS (Pediatric Advanced Life Support)
 PPC (Pediatric Prehospital Care)

Sono stati previsti retraining successivi al corso?

- Sì
 No

3. Quali delle seguenti attrezzature sono presenti nel mezzo di soccorso in cui lavori?

- Materiale d'assistenza cardiorespiratoria pediatrico

- Presidi di mobilitazione pediatrica completi (collare, stecco benda, spinale)

- Piastre pediatriche per defibrillatore

4. Nel mezzo di soccorso in cui lavori sono presenti zaino e nastro di Broselow?

- Sì
 No

5. Se presente la suddetta attrezzatura ti è stato fatto fare un corso sul loro utilizzo?

- Sì
 No

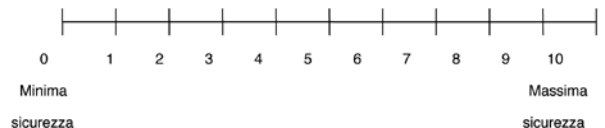
6. Vorresti che fosse incrementata la formazione in ambito pediatrico?

- Sì
 No

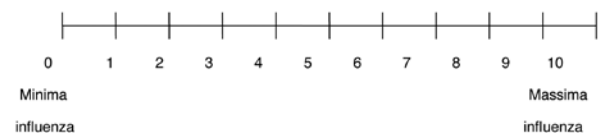
Se sì, quale tra questi ritieni sia il metodo migliore per incrementare la formazione nell'assistenza del paziente critico pediatrico? (una sola risposta)

- Corsi di formazione teorico-pratico
 Corsi di formazione attraverso giochi di ruolo/ simulazioni
 Tirocinio presso unità operative di aree intensive pediatriche
 Formazione universitaria
 Altro.....

7. In relazione al tuo grado di preparazione in merito, qual è il livello di sicurezza che ritieni di avere quando soccorri un paziente pediatrico?



8. (SE IL TUO LIVELLO E' DA 5 COMPRESO IN GIU') Quanto ritieni influisca sul tuo livello di insicurezza il fattore emotivo legato alla presenza del paziente pediatrico?



Relazione d'aiuto in psichiatria: uno strumento terapeutico nella professione infermieristica

a cura di

Attilio Urbano - Infermiere



Introduzione

Negli ultimi trent'anni, il panorama dell'assistenza psichiatrica in Italia ha subito numerosi cambiamenti dal punto di vista legislativo, organizzativo e sociale; è significativo ricordare come la scarsa conoscenza della malattia mentale, dei luoghi di cura, di assistenza e delle competenze specifiche dell'infermiere in psichiatria hanno contribuito a determinare un movimento nel ruolo infermieristico che da "sorvegliante" e "custode del malato di mente" si proietta nel ruolo di un "nuovo" professionista; la professione infermieristica nell'esigenza di sviluppare competenze relazionali e capacità di risposta ai bisogni di natura psicologica ha ricevuto una spinta direzionale con l'abolizione del mansionario in quanto un significativo cambiamento è stato effettuato nella disciplina in cui il potenziale della sfera di intervento e la natura delle competenze sono state attentamente riconsiderate ed ampliate. Di certo oggi la formazione dell'identità professionale infermieristica comporta l'acquisizione di elementi aggiuntivi: la capacità di usare se stesso e le proprie emozioni come strumento utile alla diagnosi e al trattamento. Possedere la capacità tecnica di raccogliere un'informazione o di produrre una procedura assistenziale pratica e standard non è sufficiente, ma diviene necessario saper padroneggiare una piena competenza relazionale e comunicativa attraverso l'approccio empatico per comprendere la particolarità dell'assistito, parlare il suo linguaggio, per manifestare, in modo implicito o esplicito, la piena volontà di riceverlo, accettarlo ed assisterlo.

La relazione d'aiuto nella professione

Con il termine "relazione d'aiuto" o "relazione terapeutica" si indica un processo di interazione tra due persone di cui una è in difficoltà, nel quale avviene uno scambio di informazioni e di emozioni volti al soddisfacimento di bisogni. È un processo orientato a prendere coscienza della propria situazione in modo da poterla gestire attraverso il cambiamento e l'utilizzo delle proprie risorse.

All'interno di strutture psichiatriche raramente l'infermiere applica tecniche infermieristiche, esso invece antepone alla manualità la cura relazionale, l'assistere col proprio corpo attraverso il sorriso, la disponibilità, la carezza, il massaggio, la visione del paziente come un individuo unico, completo e inserito in un proprio contesto di vita: la famiglia, l'ambiente sociale, il lavoro.

La relazione contenuta nel rapporto infermiere/persona assistita è una relazione ricca di incontri, scambi, confidenze, confronti e richieste e la relazione d'aiuto nell'assistenza infermieristica in psichiatria è uno strumento privilegiato in quanto il rapporto interpersonale rappresenta il punto cardine di riferimento per la persona assistita che se è agito nelle forme idonee esso assume carattere di terapeuticità e crescita. La sfera relazionale nella professione infermieristica viene indicata quale specifico impegno nell'agire professionale e, le norme che delineano tale competenza emergono sia nel nuovo Codice

Deontologico che nel Profilo Professionale. Attraverso queste importanti "linee guida" è fondamentale osservare come lo strumento della relazione risulti sottolineato e considerato più volte come l'atto infermieristico che diviene irrinunciabile al fine della professione e, di alto valore assistenziale.

Competenze relazionali e strategie terapeutiche

Promuovere la salute mentale del paziente e della sua famiglia per l'infermiere deve significare lo sviluppo di strategie efficaci volte a rispondere alle esigenze immediate o potenziali del paziente. Per raggiungere tali obiettivi il professionista attua diverse forme di colloquio comunicativo, a partire dalla raccolta delle informazioni al momento dell'ingresso. Essa ha per obiettivo una prima comprensione della persona assistita e l'inizio dell'instaurarsi della relazione e, poiché le persone che l'infermiere assiste custodiscono un mondo di sentimenti, valori, paure e risorse, solo un'adeguata e interessata raccolta d'informazioni permette di interpretare ed utilizzare le molteplici sfere emozionali per la pianificazione delle prestazioni infermieristiche e l'attuazione di un percorso terapeutico. Il colloquio infermieristico oltre ad essere un elemento fondante e costante del processo di assistenza infermieristica, è per natura l'atto assistenziale che tramite lo strumento del dialogo permette di esaminare la situazione clinica, emotiva e psicologica dell'assistito ed il suo stato di salute, di formulare ipotesi diagnostiche sui principali problemi di competenza infermieristica e di riconoscere i punti di forza della persona che si assiste. Ciò che rende questo incontro relazionale un evento prezioso, delicato e fondamentale ha come fonte preferenziale la capacità del professionista di saper ascoltare, la capacità di saper instaurare e gestire un rapporto fiducioso ed empatico, di saper affrontare in modo adeguato gli aspetti relazionali, di essere in grado di fornire un luogo idoneo che garantisca un clima di tranquillità al fine di favorire la libera espressione da parte dell'assistito affinché non percepisca il timore di essere giudicato, di sentirsi "solo", estraneo, un peso o rifiutato.

Spesso nella nostra professione alcune delle attività più importanti vengono sottovalutate o accantonate in quanto si pensa che adempiere al mandato del tecnicismo sia l'attitudine più importante da svolgere nella professione, così si dimentica di parlare con l'altro, di guardarlo in volto, di sorridere, di accarezzarlo, dimentichiamo a volte di "esserci" e dimentichiamo soprattutto di "ascoltarlo". L'ascolto è, come la capacità di osservazione, un processo attivo ed è la chiave del colloquio d'aiuto. La capacità di ascoltare è una competenza complessa sia recettiva sia attiva che mette in atto una serie di attività ben definite come il prestare attenzione, l'osservare, la comprensione del messaggio ed il riformulare. Questo strumento prezioso presuppone un atteggiamento che rispecchi disponibilità, mancanza di barriere difensive, nonché la predisposizione dell'interesse e la concentrazione su tutto quello che viene riportato dalla persona. Un atteggiamento di ascolto "attento" è un atteggiamento empatico, accogliente, che permette di

raggiungere l'altro lì dove si trova, nella paura, nell'incertezza, nella sofferenza.

L'incontro con il paziente affetto da un disturbo psichico è l'incontro con un mondo sconosciuto di cui si ignora tutto o quasi, in cui si parla la lingua della sofferenza, dell'angoscia, della frammentazione e della solitudine. Non è possibile intervenire in questo "mondo" senza aver prima decifrato, interpretato, ascoltato i diversi e infiniti modi in cui un disagio o una sofferenza abitano una persona.

La competenza relazionale in grado di favorire un percorso terapeutico all'interno di un servizio psichiatrico è il risultato di un'equilibrata mescolanza di qualità personali, conoscenze acquisite, esperienza professionale maturata e una piena

consapevolezza del potenziale nel proprio ruolo professionale e conoscere la persona nella sua interezza è la chiave per il professionista che desidera rafforzare il potenziale terapeutico nei rapporti interpersonali. Ogni individuo deve essere considerato unico e speciale e come tale deve ottenere dal professionista della salute la massima attenzione per cogliere le sue caratteristiche ed aiutarlo ad esprimerle.

I risultati di ricerca

Vengono di seguito presentati i risultati della selezione degli studi individuati e i risultati ottenuti.

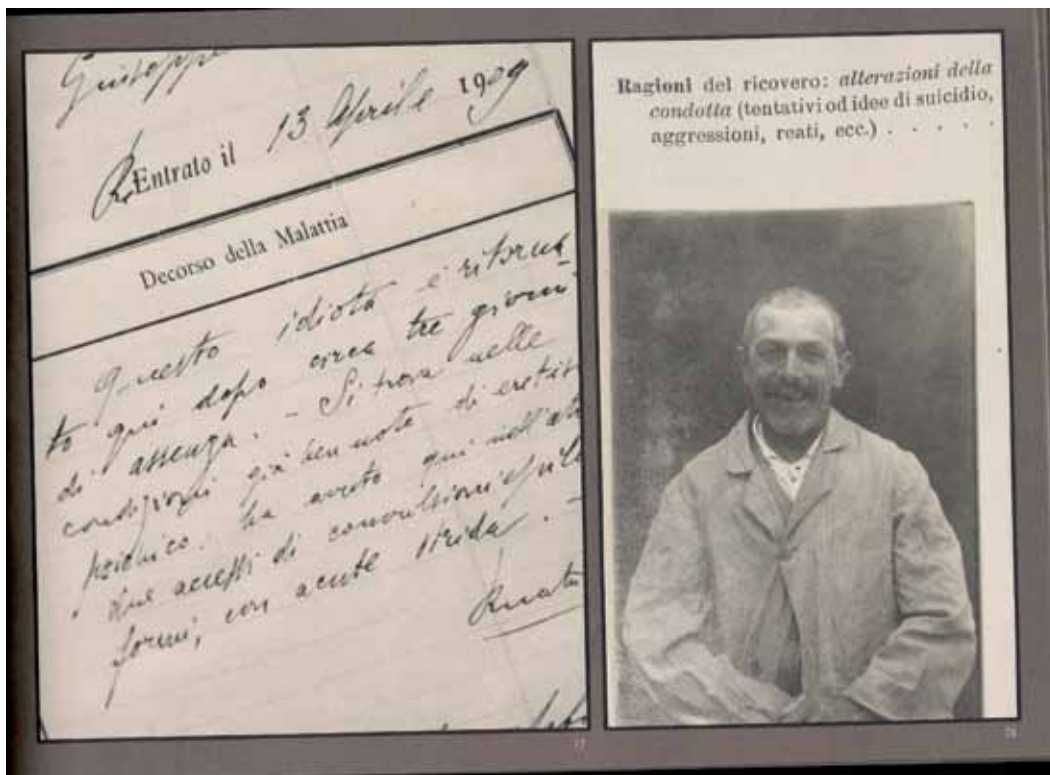
Titolo	Fonte di pubblicazione	Oggetto di studio	Metodo dello studio	Risultati principali
The therapeutic relationship in 21 st century, perspectives in psychiatric care. Pennard, Susanne, Delaney, Kathleen R., Carlson-Sabelli, Linnea, Johnson, Mary E.	Advanced practice psychiatric mental health nursing, finding our core. November 2006	La rilevanza dell'impatto che la relazione terapeutica apporta al cambiamento del paziente		La relazione terapeutica affinata dall'infermiere ha rappresentato in questo studio una rilevanza positiva sul cambiamento della persona assistita e i diversi risultati psicologici: miglioramento della qualità di vita, una riduzione delle recidive e benefici effetti costruttivi
Therapeutic working relationship with people with schizophrenia: literature review. Hewitt, Jeanette, Coffey, Michael,	Journal of advanced nursing. December 2005	La relazione d'aiuto e i suoi effetti terapeutici verso persone affette da schizofrenia	Revisione della letteratura	L'effetto benefico dell'attività terapeutica relazionale applicata nella pratica clinica ha dimostrato di avere un effetto attivo sulla guarigione dei pazienti
Take my hand, Help me out: Mental health service recipients experience of therapeutic relationship. Shattell, Mona M., Starr, Shari, S., Thomas, Sandra P.	International Journal of mental health Nursing. August 2007	La relazione e la comunicazione con la persona assistita		I pazienti inferivano di aver ottenuto beneficio nella relazione infermieristica instaurata durante il loro percorso di cura. L'atteggiamento, l'uso del tatto, l'espressione di fiducia, il rispetto, l'empatia, la tranquillità, la professionalità, l'istruzione, la motivazione, l'alleanza terapeutica, l'obiettivo, il consenso e la collaborazione sono state le attitudini infermieristiche considerate positive per soggetti in studio.

<p>Conversation starters: re-examining and reconstructing first encounters within the therapeutic relationship. Mcallister, Matarasso, Dixon, Shepperd.</p>	<p>Journal of psychiatric & mental health nursing. October 2004</p>	<p>Il primo colloquio infermieristico e i primi incontri nella relazione terapeutica</p>		<p>Ascoltare i bisogni della persona che si assiste e la considerazione della stessa sono fondamentali al raggiungimento del massimo potenziale terapeutico nella relazione d'aiuto. Attraverso gli spazi dell'osservazione, della valorizzazione e della discussione si può contribuire all'interno della disciplina a creare quelle condizioni favorevoli per il miglioramento dello stato di salute articolando il processo relazionale con precisione e persuasione.</p>
<p>Pivotal moments in the therapeutic relationship. Welch, Mark.</p>	<p>International journal of mental health nursing. September 2005</p>	<p>Strumenti didattici formativi utili al fine di acquisire le competenze interpersonali adatte a guidare il professionista verso la costruzione di un percorso relazionale attivo ed efficace.</p>		<p>Le capacità in cui l'infermiere deve riuscire ad appropriarsi sono competenze operative rivolte al processo comunicativo da utilizzarsi non solo a contatto con il paziente, ma anche all'interno di un'equipe multidisciplinare.</p>
<p>Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. Scalm,</p>	<p>Journal of psychiatric & mental health nursing. June 2006</p>	<p>La percezione infermieristica sulla relazione d'aiuto in ambito psichiatrico</p>	<p>Studio teorico di base</p>	<p>La strutturazione di una relazione empatica e fiduciarica è lo strumento centrale per instaurare e mantenere un'apertura ed una motivazione positiva della persona assistita al fine di collaborare al percorso terapeutico e potenziare attivamente tutte le risorse</p>

Conclusione

“Tutti hanno necessità vitale di ricevere cura e di aver cura perchè l'esistenza nella sua essenza è cura di esistere: senza relazioni di cura la vita umana cesserebbe di fiorire. Senza relazioni di cura nutrire con attenzione la vita umana non potrebbe realizzarsi nella sua pienezza”. Attraverso questo pensiero di Luigina Mortari si può comprendere come la ricchezza insita nel processo di una relazione è un tesoro

che si può scoprire attraverso il processo di sviluppo delle relazioni. Anche per questo la capacità nella gestione della relazione d'aiuto richiede al professionista un'approfondita conoscenza personale che si può acquisire attraverso il tempo, la comprensione del proprio ruolo, la qualificazione ed un forte approccio motivazionale. Il colloquio, il dialogo, l'ascolto, una continua relazione di vicinanza, climi di tranquillità, idoneità dell'ambiente, espressione di linguaggio che comunichi



comprensione, fiducia e rispetto, disponibilità all'aiuto, sono fattori principali che risultano favorevoli al fine di creare quelle condizioni tali da introdurre e condurre la relazione d'aiuto quale strumento terapeutico e risorsa infermieristica

Bibliografia

- Bachelet, infermiere e psichiatria: il senso del percorso, infermiere informazione, n.2 marzo-aprile 2005.
- P. Barelli, Lo specifico professionale dell'infermiere in psichiatria, Monza, 1996.
- S. Bocci, La continuità assistenziale: ruolo dell'infermiere nell'assistenza al paziente psichiatrico, 2008.
- L. Cadorin, counseling e relazioni di aiuto, nursing oggi n.2, 2001.
- R. Canestrari, A. Godino, Trattato di psicologia, Clueb, 1997.
- M.G. Castoldi, S.Tomanin, La presa in carico in un servizio psichiatrico territoriale, Agorà gennaio-marzo 2009, n.41.
- A. Conesta, Infermieristica clinica in igiene mentale, 2001, Casa Editrice Ambrosiana, 193-201.
- G. Cotichelli, Il Disagio mentale, appunti e testimonianze per la professione infermieristica.
- M. Drigo, L. Borzaga, A. Mercurio, E. Satta, Clinica e nursing in psichiatria, Cea, 1993.
- A. Ferruta, Un lavoro terapeutico. L'infermiere in psichiatria, Franco Angeli, 2004.
- A. Giachetta, Piani di assistenza infermieristica psichiatrica, corso di laurea in Infermieristica a.a. 2008/2009.
- M. Gobbi, Il trattamento della malattia mentale. Il CSM di Rimini. Abstract, 2004.
- G.J. Lacava Nir Z, Zolotogorsky Z, Sugarman H. Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke. Am J Phys Med Rehabil. 2004 Jul;83(7):522-9 in "La relazione d'aiuto in riabilitazione", Noemi Gaudenzi, Annalisa Zauli, Centro Studi EBM, 2004.
- A. Marner-Tomey, I teorici del nursing e le loro teorie, McGraw-hill, 3° edizione.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Settore Salute.
- P. C. Motta, J. Florian, La relazione e la comunicazione con la persona assistita, Nursing Oggi numero 4, 2000, Mantova Brescia.
- R. Mucchielli, Apprendere il counseling, Erickson, 2003.
- North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 1999-2000. Philadelphia, NANDA
- V. Sfascio, Il nursing a sfondo psicoterapico nei servizi di salute

di alto valore in ambito della medicina psichiatrica. L'infermiere preparato e consapevole del potenziale della relazione d'aiuto deve permettere al paziente di essere un individuo, di farlo sentire un individuo unico e completo, deve poterlo guardare attraverso una visione allargata, deve incoraggiare la sua autenticità, deve offrire il suo aiuto spontaneo e proporre soluzioni da considerare. In conclusione è soddisfacente affermare che la qualità offerta dall'infermiere nella gestione della relazione d'aiuto è in grado di dare effetti positivi con esiti migliori nel percorso terapeutico, inoltre è piacevole sottolineare come l'ambito relazionale rappresenti una grande opportunità assistenziale per il pro-

fessionista in quanto se la relazione d'aiuto viene attivata nelle condizioni migliori diviene un potente strumento in grado di attivare e valorizzare le numerose risorse insite nella persona "fragile" affetta da patologia psichiatrica.

mentale: problemi e prospettive, 2004, in: www.infermierionline.net
- D. Tagliarini, L'infermiere e la comunità, Carocci Faber, Roma, 2006

- A. Tacchini, Professione Infermiere nei servizi psichiatrici, Masson
- L.Tussi, Politiche e servizi per la salute mentale, Politicamente corretto.com, 2009

- Conversation starters: re-examining and reconstructing first encounters within the therapeutic relationship", Authors: M. Mcallister; B. Matarasso; B. Dixon; C. Shepperd, Source: Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, Volume 11, Number 5, October 2004, pp. 575-582(8), Publisher: Blackwell Publishing

- Pivotal moments in the therapeutic relationship", Author: Welch, Mark, Source: International Journal of Mental Health Nursing, Volume 14, Number 3, September 2005 pp. 161-165(5), Publisher: Blackwell Publishing

- Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study", Author: Scanlon, A. Source: Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, Volume 13, Number 3, June 2006, pp. 319-329(11), Publisher: Blackwell Publishing

- Take my hand, help me out': Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship", Authors: Shattell, Mona M.; Starr, Sharon S.; Thomas, Sandra P. Source: International Journal of Mental Health Nursing, Volume 16, Number 4, August 2007, pp. 274-284(11), Publisher: Blackwell Publishing

- Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review", Authors: Hewitt, Jeanette; Coffey, Michael, Source: Journal of Advanced Nursing, Volume 52, Number 5, December 2005, pp. 561-570(10) Publisher: Blackwell Publishing.

The Therapeutic Relationship in 21st Century, Perspectives in Psychiatric Care, Advanced Practice Psychiatric Mental Health Nursing, Finding Our Core: , Nov 2006 by Perraud, Suzanne, Delaney, Kathleen R, Carlson-Sabelli, Linnea, Johnson, Mary E, Et al. Source: Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, The therapeutic relationship: historical development and contemporary significance, Author: O'Brien, A. J. Blackwell Publishing.

La ricerca qualitativa: una proposta di analisi del servizio ADI dell'Asur 7

a cura di

Rossana Rosini - Infermiera



Una delle sfide più impegnative e interessanti, a cui si è tenuti a dare una risposta di qualità, riguarda la gestione della cronicità e della non-autosufficienza, in modo particolare nel territorio marchigiano, in considerazione del suo alto tasso di longevità. La definizione di nuovi percorsi assistenziali, caratterizzati da un approccio multidisciplinare grazie al quale l'attività sanitaria tutta si integri con quella sociale, rappresenta sostanzialmente un'esigenza sempre più cogente. La catena dell'assistenza è abbastanza articolata, ma si può concordare che un ruolo fondamentale deve essere riconosciuto al servizio di assistenza domiciliare, proprio perché è il luogo in cui avviene la piena applicazione del PAI.

L'obiettivo qui proposto è un'analisi del servizio ADI dell'asur 7 (Regione Marche), al fine di intravederne i limiti, i vantaggi ma soprattutto le potenzialità di sviluppo, attraverso un percorso di tipo qualitativo. Sostanzialmente l'idea di fondo che guida il progetto sta nella considerazione che affinché un servizio sia adeguato alle aspettative dell'utente è necessario che l'erogatore diretto, l'infermiere, sia consapevole del proprio ruolo. Infatti è ormai riconosciuto dalla comunità internazionale che l'indicatore principale per il professionista in ambito socio-sanitario è rappresentato da quanto egli si senta appagato da quello che fa, sia in termini economici, che di crescita, ma anche di realizzazione. E la realizzazione ha a che fare con l'idea che quel preciso professionista ha del suo lavoro, dei suoi limiti ma anche delle sue auspicabili potenzialità, del suo divenire. Un aspetto collegato alla realizzazione e che dovrà emergere dal lavoro riguarda il grado di aderenza tra ciò che il professionista crede debba essere il servizio e ciò che viene realizzato.

La sperimentazione

Lo strumento utilizzato per rispondere agli interrogativi posti non può essere meramente statistico, di tipo quantitativo, ma è necessaria un'analisi qualitativa. La particolare scelta metodologica è sicuramente dettata dall'argomento: non volendo andare a valutare gli outcome clinici od organizzativi, ma essendo interessati a comprendere alcuni meccanismi interni dei rapporti organizzativi del servizio, ci si è concentrati, infatti, sullo stato dell'arte in cui l'infermiere domiciliare opera. La scelta dell'analisi del servizio territoriale con una metodologia tipica delle scienze sociali esprime chiaramente l'ambito valoriale di riferimento della sperimentazione, che ha a che fare proprio con la consapevolezza professionale. Inoltre, si è fatta questa scelta perché convinti che, essendo il servizio erogato da

un gruppo, esso debba essere indagato con gli strumenti antropologici tipici dei gruppi. Così si è sostanzialmente integrato il metodo etnografico (in modalità covert) con alcuni principi ispiratori della Grounded Theory. Per valutare la bontà della struttura logica del lavoro possiamo avvalerci di fasi differenti dello stesso. La prima fase è stata svolta all'interno del mio tirocinio (giugno-luglio 2009) presso il servizio ADI dell'Asur 7, seguendo l'attività di due infermieri. Una volta riflettuto sui dati della parte osservativa, si è voluto andare a vedere se le stesse considerazioni potevano essere estese ad altri operatori. A questo scopo si è formulato un questionario, validato da esperti in materia, somministrato agli infermieri del servizio ADI dei 3 distretti dell'ASUR 7 nel dicembre 2009.

I risultati dimostrano che ogni team distrettuale è riuscito a rappresentare una esemplificazione, uno standard organizzativo: da quello maggiormente rispondente ad una visione teorica di assistenza integrata, a quello in cui ancora tali potenzialità non sono ben emerse. Il distretto CENTRO, in cui è stata svolta l'osservazione diretta, rappresenta inoltre l'ago della bilancia del metodo qualitativo scelto.

In particolare vogliamo proporre qui una riflessione circa i dati emersi dall'analisi di 2 item particolari.

18) Ritieni che l'organizzazione del servizio ADI a cui appartieni sia adeguata?

	NORD	SUD	CENTRO
Non adeguata	0	0	0
Non molto adeguata	0	1	2
Adeguata	3	3	3
Abbastanza adeguata	4	4	4
Molto adeguata	4	2	0
Non so	0	0	0

Andando ad analizzare ogni singolo distretto vediamo che un riscontro positivo si ha nel distretto NORD, negli altri due distretti compaiono valutazioni più basse, e maggiormente distribuite nella scala di gradimento. Proviamo ad collegare questo dato con alcune risposte degli altri item. L'infermiere del distretto NORD ha il numero maggiore di casi ADI seguiti annualmente (item 1); egli esprime la necessità di rompere quell'"isolamento" inevitabile per questo tipo di servizio (item 8), inoltre ritiene opportuno più degli altri colleghi sentirsi

1) Simeoni; De Santi [2009]:49-59

2) Venza [2007]: 176-179.

3) Florence Nightingale, *Pasqua 1889*

4) AAVV a cura di B. Andreoni [2000]:19

5) Pellizzari [2008]: 20

6) Sasso L. et altri [2005]: 16

7) Tilley S. [2005]: 32-35

8) a.c. Nunziante P. [2007]

9) Pellizzari[2008]: 47

10) Mislej M. [2010]: 14-16

11) Mislej M.- Paoletti F.[2008]: 101

12) Pellizzari [2008]: 53

13) Sasso et altri [2005]: 73-74

14) Altomare et altri [2008]: 40

parte di un'equipe socio-sanitaria (item 13), anche perché tale sistema risulta effettivamente maggiormente realizzato. Vedremo ora come un'organizzazione più strutturata secondo schemi precisi porterà a rispondere al quesito successivo in modo sotto certi versi non atteso.

Uno dei motivi ispiratori del lavoro è stato quello di testare l'opinione dell'infermiere ADI circa la possibilità di realizzare un sistema infermieristico basato sul *case management*. Ecco quindi proposto il quesito sulla possibilità di implementare nell'organizzazione tale figura.

19) Pensi che la presenza di una figura professionale che si occupi di tutte le necessità terapeutiche e socio-assistenziali dell'utente possa rappresentare un vantaggio organizzativo per il tuo lavoro?

	NORD	SUD	CENTRO
Si	5	6	9
No	4	4	0

Da studentessa mi sarei aspettata un riscontro generale più convincente, ma analizzando bene il dato possiamo proporre alcune riflessioni significative che danno ragione sia al metodo utilizzato per la strutturazione preliminare del questionario, ma sostanzialmente anche al merito specifico.

In primo luogo valutiamo il discorso sulla metodologia. Si è scelto di affrontare uno studio qualitativo di un gruppo, e in particolare di due infermieri, da cui estrapolare, in considerazione delle osservazioni fatte, un questionario da somministrare a gruppi simili. L'analisi qualitativa ci dice che l'indagine è propria di quel contesto dalla quale emerge. E in questo senso la casistica soddisfa in pieno questo requisito: per tutti gli infermieri del distretto CENTRO, che hanno risposto al questionario, la figura di un coordinamento socio-sanitario rappresenta un vantaggio organizzativo per il loro lavoro; mentre per gli altri due distretti la valutazione non è stata di pari entità. Entriamo quindi nel merito della questione. Per quanto comunque la maggioranza degli intervistati ha dato una risposta positiva, perché non tutti gli infermieri considerano effettivamente vantaggioso tale approccio assistenziale? Per quanto concerne il distretto NORD, cioè quello in cui il lavoro concreto dell'unità valutativa è maggiormente diffuso, la risposta potrebbe essere semplice: se un sistema corroborato funziona in modo tutto sommato adeguato per il professionista (item 18), un cambiamento potrebbe destabilizzare il sistema vigente se esso non viene gestito da forze comunicative sufficientemente condivise all'interno del gruppo stesso¹. In questo senso l'identità collaborativa e coesa di un gruppo rappresenta una forte componente che, poiché efficace, potrebbe non sentire il bisogno di attuare un cambiamento organizzativo.

Dall'altro lato però, alcuni sociologi che studiano la gestione dei gruppi di lavoro² tendono a spiegare uno scarso interesse, da parte di un gruppo di lavoro, per le questioni di tipo relazionale ed organizzativo prendendo proprio in considerazione un altro aspetto classicamente caratteristico dell'identità di alcuni gruppi di lavoro: è questa una possibile spiegazione del risultato dell'item relativo al distretto SUD. In questo caso, infatti, il gruppo esprime un lieve disinteresse verso un orizzonte ispirato al modello *case management*, proprio perché il distretto SUD rappresenta, nel nostro lavoro, la stigmatizzazione di un gruppo che è concentrato all'esecuzione dei compiti assegnateli. Questo ragionamento può essere convalidato dalla domanda circa il tipo di carico lavorativo (item 5), in cui il gruppo in questione ha evidenziato un'attività prettamente prestazionale. A rafforzare questa tesi possiamo aggiungere i dati che correlano gli item 8 e 19: si evince così che l'infermiere del distretto SUD che non sente la necessità di confrontarsi, circa i problemi incontrati durante il turno, tendenzialmente non avverte nemmeno l'esigenza di rapportarsi con una figura di supporto coordinativo. Quindi vediamo come l'abitudine all'aspetto comunicativo a livello professionale, e tra le diverse

professionalità, potrebbe rappresentare un nodo importante per la costituzione di un'equipe multidisciplinare.

La riflessione

"Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua (...) intravedo la sparizione di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi. (...) ma a che cosa serve parlare ora dell'anno 2000?"³

Siamo nel 2010 ed è ora chiaro che ciò che per la Nightingale rappresentava un auspicio, lontano ma realizzabile, per noi ora non può neanche essere associato ad un disegno utopico. Ciò non toglie che sia possibile ripensare un servizio che risponda a requisiti qualitativi adeguati. Questo è uno sforzo non solo razionale da un punto di vista logico, ma rappresenta anche un richiamo da parte delle più alte istituzioni, e da sempre troppi anni. Nel paragrafo 4 del documento preliminare al PSN 2010-2012 viene ribadito la necessità di un percorso multidisciplinare per rispondere ai bisogni assistenziali delle cronicità e delle non-auto-sufficienze. Più vicino alla nostra realtà troviamo il PSR Marche 2007-2009, in cui ci si riferisce alla necessità di creare una rete efficiente ed efficace, in modo particolare il documento sottolinea più volte l'eterogeneità dell'offerta proposta nel territorio regionale, intendendo raggiungere invece un grado maggiore di omogeneità nell'accesso ai servizi. L'obiettivo, dunque, viene individuato nella costituzione di un gruppo di lavoro pluridisciplinare che elabori una strategia per la continua valorizzazione delle risorse del distretto. In particolare il lavoro dell'unità valutativa, superati gli interessi particolari, sarà continuamente in collegamento con il punto d'accesso dell'assistenza.

I compiti che sono attribuiti all'Unità Valutativa sono quelli specifici della progettazione socio sanitaria. Prima di predisporre il progetto d'intervento individuale e il suo monitoraggio ed eventuali correzioni in corso d'opera, viene individuato un referente: nel documento si legge quindi la necessità di un case manager, e viene definito formale. Nel testo non è chiaro a quale figura professionale si faccia riferimento, perché si parla di un coordinatore del progetto assistenziale. Nell'ambito di un'integrazione socio sanitaria dei servizi territoriali, e nella costituzione di un Punto Unico d'Accesso, si cercherà un coinvolgimento in tal senso del Medico di Medicina Generale. Da un punto di vista logico può risultare evidente che il così detto Medico di Famiglia sia la figura più indicata per il ruolo di coordinatore del PAI⁴.

È lapalissiano che il rapporto tra i vari componenti di un gruppo con la figura di coordinamento di un progetto rappresenta un tassello importante per la realizzazione dello stesso. D'altra parte abbiamo constatato anche attraverso il nostro piccolo sondaggio (item 12-13-14-16-17-18) che un'organizzazione distrettuale è parzialmente efficiente in funzione della capacità di mettere in campo le potenzialità professionali partecipanti. L'anticipazione del PSN 2010-2012, per iniziare a risolvere i problemi di disomogeneità regionale nell'offerta dei servizi, ribadisce la necessità dell'implementazione delle best practice già consolidate in zone particolarmente sensibili alle tematiche di assistenza domiciliare. Quindi, nonostante la scarsità delle risorse, troviamo sancito nel documento il potenziamento della struttura territoriale e delle cure primarie. L'ottica con cui dover leggere il significato centrale dell'ambito territoriale è proprio di limitare un modello fondato sull'erogazione parcellizzata di prestazioni.

"Il modello prestazionale nell'infermieristica, più spesso denominato tecnico-funzionale o per compiti, rappresenta oggi il modello prevalente nel nostro paese, ed è applicato in tutti gli ambienti: ospedaliero, territoriale, residenziale⁵".

L'organizzazione del lavoro, declinata alla luce del modello biomedico usato classicamente, viene fortemente condizionata, così di conseguenza l'autonomia dei collaboratori risulta indebolita, e la figura infermieristica che emerge da un quadro di tipo prestazionale è tipicamente passiva. È indubbio che esso presenti anche degli elementi vantaggiosi a livello organizza-

tivo: il singolo professionista dovrebbe trovare snellita e meno problematica la sua pratica quotidiana, in considerazione proprio di un sistema già strutturato, dove quantomeno l'efficienza viene garantita dall'offerta già prestabilita dei servizi. In questo senso parliamo di *managed care*, in cui il welfare "aziendalizzato" fa esprimere al medico un ruolo vincente, in modo particolare quando l'équipe socio-sanitaria è dedita e adeguatamente strutturata. Il *managed care* è un sistema nato all'interno dell'organizzazione sanitaria degli USA e finalizzato al contenimento dei costi; la gestione dell'assistenza tiene conto della continuità e all'integrazione della risposta assistenziale assieme al controllo dell'utilizzazione delle risorse⁶. Ancora una volta ritorna il tema dell'organizzazione del lavoro determinato fundamentalmente dalle singolarità. È quindi chiaro come uno dei principi teorici fondanti il *managed care* abbia a che fare con il cambiamento degli atteggiamenti degli operatori, in quanto esso guida questi ultimi a prendere le decisioni più consone per rimuovere le erogazioni di servizi inappropriati, attraverso l'analisi continua della qualità dei processi assistenziali, e a permettere la scelta di quelli più appropriati, opportuni ed efficaci⁷. Ovviamente questo approccio è stato possibile a partire dal sistema sanitario in seno al quale è nato, il che sottolinea come il raggiungimento di precisi obiettivi economici sia il fine ultimo e insieme il primo *movens* dell'attività⁸.

Possiamo concordare, in buona sostanza, che la storia dell'infermieristica ha assegnato progressivamente al professionista un ruolo quasi maieutico. L'infermiere ora dovrebbe accompagnare il suo paziente ideale da un modello bipolare di dipendenza-indipendenza ad un modello basato sul concetto più ampio di empowerment: l'attenzione deve essere volta non solo al mero soddisfacimento dei bisogni, ma anche alle modalità grazie alle quali è possibile raggiungerli più adeguatamente⁹. Il lavoro del *case manager infermieristico* ha senso compiuto se riesce a promuovere, grazie alle capacità di *counsellor* acquisite, un efficace orientamento ai servizi reali. In modo particolare l'infermiere che opera all'interno di una comunità deve saperne leggere i bisogni in modo anticipato, e insieme, cogliere quali possono essere le potenzialità ancora non pienamente espresse dal cittadino¹⁰. È inevitabile che per poter attuare un progetto così ambizioso il professionista debba conoscere le dinamiche che ruotano intorno all'utente e alla sua comunità. "Molte sono le definizioni di *case manager*, ma c'è un accordo generale nel ritenerlo un percorso assistenziale di presa in carico finalizzato a migliorare la qualità di vita e ad aumentare l'autonomia della persona massimizzando le risorse esistenti, integrando e coordinando i servizi in rapporto ai bisogni di pianificazione, di coordinamento, gestione e revisione dell'assistito per accertarsi di rispondere realmente ai bisogni"¹¹.

Quando si parla di patologie croniche, l'aspetto su cui bisogna soffermarsi è l'impossibilità di garantire, a fine cura, una sorta *restituito ad integrum*, così come si spera inevitabilmente che la medicina faccia. Così una sfida con cui l'infermiere quotidianamente si trova a fronteggiare, anche con utenti con la massima performance di salute, è quella di sperimentare tecniche che conducano il paziente ad aumentare le proprie abilità di adattamento al cambiamento, che inesorabilmente vive.

Vi sono alcune realtà anche in Italia in cui vengono in generale applicati modelli infermieristici differenti. La cifra che differenzia uno standard dalle nuove attività, più funzionali, è il passaggio da un modello incentrato sulla prestazione ad uno, auspicabile, in cui l'aspetto relazionale diventa preponderante. In buona sostanza all'infermiere, qualsiasi sia il momento in cui interviene nell'organizzazione, viene sostanzialmente richiesto di abbandonare il modello prestazionale, in base al quale è ancora chiamato a dar conto. La carta minuziosa delle prestazioni offerte non dovrebbe più rappresentare il parametro fondamentale con quale confrontarsi. Lo sforzo che la politica è chiamata a compiere è sostanzialmente quello di realizzare ciò che già è connaturato nella professionalità infermieristica stessa, e sancito appunto sia dal profilo professionale che dal rinnovato codice deontologico.

Il passaggio dal modello prestazionale a quello auspicato di tipo relazionale, rappresenta certamente una sfida anche per il singolo operatore che è chiamato in causa a prendersi le sue responsabilità anche gestionali, ma che nella pratica quotidiana con l'utenza di fatto già realizza. L'elemento portante da cui è possibile iniziare un ragionamento concreto è insito nelle diverse dimensioni che accompagnano la relazione: la reciprocità non può essere sminuita in un rapporto di semplice dare-avere. Osservando l'uomo all'interno della propria comunità, troveremo gli aspetti valoriali, normativi, teleologici ed anche economici che tipicamente caratterizzano a livello sociologico le relazioni umane. Nello specifico del nostro caso ciò è reso possibile solo se l'organizzazione del lavoro, in considerazione dell'effettiva riconosciuta autonomia professionale, soddisfi l'operatore e quindi l'utente. Le aziende sanitarie che hanno accolto l'invito si sono organizzate tendendo conto prima, delle criticità emerse nel seguire un modello prestazionale, e successivamente studiando un modello relazionale che meglio rispondesse alle esigenze della comunità.

Nel suo *L'infermiere di comunità*, Mara Pellizzari, dirigente infermieristico dell'ASS 5 "Bassa friulana", ha evidenziato adeguatamente questi concetti, implementandoli poi nella prassi organizzativa. Infatti è stata pianificata la trasformazione del servizio in quest'ottica, prevedendo l'istituzione dell'infermiere di comunità (IC) che sia in costante rapporto con il punto d'accesso, il CeCAP (Centro di Coordinamento Accoglienza Primaria). "La differenza con il modello prestazionale sta in una fase di accoglienza meno burocratizzata, più agile e tempestiva, ma soprattutto nell'attivazione di UVD che avrà doppia valenza, locale per i bisogni di media complessità e centrale per i bisogni di alta complessità che richiedono valutazioni oltre che cliniche anche burocratico-amministrative di un certo livello"¹¹.

L'IC dovrà sapersi relazionare ovviamente con l'utenza, di cui accoglie i bisogni e ne stimola l'espressione attraverso l'educazione e l'informazione, ma anche con il quadro organizzativo posto in essere. In particolare deve essere in grado di utilizzare gli adeguati strumenti di comunicazione tra gli operatori, che partecipano ai progetti, e tra i nodi della rete organizzativa di cui l'IC chiaramente fa parte in modo centrale. Il network di riferimento è ciò che già esiste nel territorio: l'azienda ospedaliera, le strutture pubbliche o private di residenza assistita o riabilitativa, il mondo dell'associazionismo, l'assistenza sociale, l'assistenza infermieristica domiciliare, integrata o meno, e infine, ma non ultimo, anche il Medico di Medicina Generale. Il MMG rappresenta chiaramente un altro elemento centrale poiché è la figura istituzionalmente dedita alla presa in carico, e che comunque dovrebbe essere a conoscenza dell'intera storia clinica del paziente. La comunicazione tra infermiere e medico diventa fondamentale, per cui è necessario che si realizzi l'integrazione tra le professioni attraverso il superamento delle divisioni tra gli ambiti d'interesse particolare, che classicamente caratterizzano le relazioni tra le due categorie², e le nuove tecnologie potrebbero aiutare ad accorciare le distanze comunicative.

Conclusioni

Il tessuto logico attraverso il quale i nodi sono stati sviscerati è guidato dalla necessità di concepire l'ambiente sanitario come un luogo dinamico, rispondente alle necessità non solo dei cittadini ma anche di tutti gli altri attori, che ne esprimerebbero, garantendolo, il senso più alto. Per poter rendere effettiva una riflessione così generale è sicuramente necessario partire dall'indagine sul proprio quadro e trovare le giuste motivazioni che lo rendano il luogo in cui, assieme alle risorse economiche, i professionisti possano esprimere e incidere in modo costruttivo nella programmazione organizzativa, a partire da una comunicazione che vede l'infermiere al centro del processo. La strada che alcune organizzazioni stanno diffondendo è quella dei *Magnet Hospital*, in cui le parole d'ordine sono empowerment, autonomia professionale e controllo gestionale

condiviso.

“La sanità deve essere un sistema multi professionali *di fatto e non solo nella dotazione* di personale. L’infermiere, per essere attivo nei nuovi scenari, per esprimersi con autonomia e assunzione di responsabilità, deve poter operare in un contesto *intelligente e valorizzante*. Laddove prevale la cultura del controllo piuttosto del sostegno, della qualità della prestazione, piuttosto della qualità degli esiti, il miglior professionista conclude molto poco.”¹⁴

L’auspicio con il quale si vuole concludere segue proprio questo

Bibliografia

- AA.VV. a c. Andreoni B. *Assistenza domiciliare integrata*. Presentazione di Vittorio Ventafridda Masson Mi 2000
- AA. VV. a c. Strauss A. Corbin J. *Grounded theory in practice* SAGE publication USA 1997
- AA.VV. Punto unico di accesso, Presa in carico, Continuità assistenziale In Quaderni di monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Anno VII n° 21, 2° Supplemento. Agenas Roma 2008
- AA.VV. Il sistema sanitario e l’empowerment In Quaderni di monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Anno IX n° 25, 6° Supplemento. Agenas Roma 2010
- AA.VV. a c. Ricolfi L. *La ricerca qualitativa* Carocci Roma 2008
- Allgood M.R. Tomey A.M., a.c. Calamandrei C. *La teoria del nursing. Utilizzazione e applicazione*. McGraw-Hill Mi 2007
- Altomare O. Iandercia B. Lattanza L. Stanic C. *Distretto e nursing in rete: dall’utopia alle pratiche* Maggioli Editore RN 2008
- Branger P. J., van ’t Hooft A. Duisterhout J.S., Van der Lei J. *A standardized message for supporting Shared Care AMIA 1994* - Burr V. *La persona in psicologia sociale* Il Mulino Bo 2004
- Cassis I. *L’infermiere Case Manager in psichiatria in l’Infermiere n°7* Collegio IPASVI 2006
- Challis D. “Archiving co-ordinated and integrated care among long term care service: the role of care management” in Long term care, World Health organization Brodsky J. Habib J. Hirschfeld M. (eds) Key Policy Issue Ginevra 2003
- Chiari P. Santullo A *L’infermiere case manager* McGraw-Hill Mi 2001
- Cipolla C. *Teoria della metodologia sociologica. Una metodologia integrata per la ricerca sociale* Collana il Prisma Franco Angeli Mi 19954
- Delai N. a C. *Qualità & salute: utenti, medici e infermieri valutano il sistema sanitario locale* Franco Angeli Mi 2003
- Denzin N.K. Lincoln Y.S. *Handbook of Qualitative Research* SAGE publication California USA 1994
- Eisenhardt, Graebner *Theory building from cases: opportunities and challenges* In Academy of Management Journal 2007, Vol. 50, No. 1, 25–32. 2007
- Fain J. *italiana cura di E.Vellone. La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla* Presentazione di L. Saiani McGraw-hill Mi 20042
- Guidicini P., Castrignano M. *L’utilizzo del dato qualitativo nella ricerca sociologica* Collana di sociologica urbano e rurale Franco Angeli Mi 1997
- Hampson J.P., Roberts R.L., Morgan D.A. *Shared care: a review of the literature* In Family Practice Vol. 13, No. 3 Oxford University Press G.B 1996
- Husserl E. *Meditazioni cartesiane I classici del pensiero* Fabbri editori Mi 1996
- Licciardello O. *Gli strumenti psicosociali nella ricerca e nell’intervento* Premesse epistemologiche e dimensioni applicative Franco Angeli Mi 20024
- LoBiondo-Wood G. Haber Judith *Metodologia della ricerca infermieristica* McGraw-Hill Mi 22045
- A. Marriner I teorici dell’infermieristica e le loro teorie Ambrosiana Mi 1989
- Mislaj M. *Democrazia e nursing: Promuovere una sanità e un nursing d’iniziativa* Maggioli Editore RN 2010
- Mislaj M. Paoletti F. *L’infermiere di famiglia e di comunità. E il diritto di vivere a casa anche quando sembra impossibile*. Prefazione di Danilo Massai. Presentazione di don Mario Vatta Collana Sociale & sanità Maggioli editore RN 2008
- Mislaj M. *Assistenza, etica ed economia. Interrogarsi su questioni di*

filo logico. È possibile, una volta ottenuti gli strumenti legislativi opportuni, istituire la figura dell’*“infermiere di famiglia”* o *“infermiere di comunità”*, libero professionista o all’interno del servizio sanitario nazionale, che renda fattuale l’integrazione tra i vari operatori, andando così a rappresentare proprio quel nodo reale del network che collega l’utenza e con i diversi servizi sanitari nell’attuazione di un’effettiva presa in carico globale ed educazione sanitaria.

Per un’analisi più dettagliata e riferimenti contattare dott.ssa Rossana Rosini email: anassor77@yahoo.it

- fondo e non essere neutrali. Maggioli editore RN 2008
- Mitchell K. *Shared care—the way forward for patient-orientated follow-up care in rheumatoid arthritis* In Rheumatology 2000; 39: 457-458 Oxford University press G.B. 2000
- Moiset C. Vanzetta M. *Misurare l’assistenza. Il SIPI: dalla progettazione all’applicazione* McGraw-hill Mi 2009
- Moiset C. Vanzetta M. *La qualità nell’assistenza infermieristica: definizione, misura, analisi, valutazione e miglioramento continuo* McGraw-hill Mi 2006
- Newman M. *A developing discipline: Selected works of Margeret Newman* National League for Nursing Press New York USA 1995
- Newman M. *Health as Expanding Consciousness* Jones and Bartlett Publishers Canada –uk 19942
- Nunziante P. a.c. “*The case management*” in Newsletter Collegio Ipasvi de La Spezia 2007 Marzo
- Pellizzari M. *L’infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi* Collana Management McGraw-Hill Mi 2008
- Perini M. *L’organizzazione nascosta. Dinamiche inconse e zone d’ombra nelle moderne organizzazioni* Franco Angeli Mi 2007
- Sasso L. Gamberoni L. Ferraresi A. Tibaldi L. *L’infermiere di famiglia. Scenari assistenziali e orientamenti futuri* McGraw-Hill Mi 2005
- Simeoni I. De Santi A.M. *Comunicazione in medicina. Collaborazione tra professionisti sanitari* Collana Metodi SEEd To 2009
- Strauss A. L., Glaser B. G. a.c. Strati A. *La scoperta della grounded theory. Strategie per la ricerca qualitativa* Armando ed. Roma 1999
- Tartaglino D. a.c. *L’infermiere e la comunità. Teorie e modelli organizzativi per il lavoro sul territorio* Carocci ed Roma 2006
- Tilley S. *L’infermiere psichiatrico. Riflessioni ed esperienze*. Ed. it a.c. E. Agrimi, C. Mencacci CIC Roma 2005
- Trobia A. *La ricerca sociale quali-quantitativa* Collana di Sociologia Franco Angeli Mi 2005
- Venza G. *Dinamiche di gruppo e tecniche di gruppo nel lavoro educativo e formativo*. Franco Angeli Mi 2007
- Wilkinson J.M. *Processo infermieristico e pensiero critico* Casa editrice Ambrosiana Mi
- WHO/EURO. *Health 21: health for all in 21th century*. 1998.

- <http://www.ars.marche.it/qualita/>
- http://www.ars.marche.it/qualita/consulta_corso/Cap%202%20Indicatori%20giugno.pdf
- <http://www.cochrane.it>
- voci cercate: share care; home care; qualitative research and home care;
- http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD002099/pdf_abstract_fs.html
- <http://www.csermeg.it>
- <http://www.dors.it/>
- <http://www.epicentro.iss.it/>
- <http://fampra.oxfordjournals.org/content/by/year>
- <http://www.ipasvi.it/publicazioni>
- <http://www.ipasvi.laspezia.net/publicazioni/newsletter/infermieridifamiglia.pdf>
- <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/1F5187C4-3D30-479A-A5EA-D338101806B7/0/CSERMEG.pdf>
- http://www.csermeg.it/allegato/648_20081029-221312.pdf
- <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/by/year>
- <http://www.salute.gov.it/>
- http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/h

EDITORIALE

di Margherita Piermaria

Cara/o Collega,

ampio risalto è stato dato all'approvazione del Piano Nazionale di riordino del Materno Infantile licenziato dalla Conferenza Stato- Regioni e fortemente sostenuto dal Ministro Fazio. In esso si ravvisa la necessità di chiudere i Punti Nascita dove avvengano meno di 500 parti l'anno non in grado quindi di garantire standard di sicurezza per la mamma e per il nascituro. Le Marche sono interessate per 4 Punti Nascita con queste caratteristiche (due di questi sono in realtà cliniche private convenzionate). Se forniamo questi dati in maniera parziale avremo una amplificazione mediatica che non permette all'opinione pubblica di comprendere la reale dimensione del cambiamento che ci si aspetta di ottenere. Il Programma nello specifico si articola in 10 Linee di Azione per la promozione, il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per il contenimento e la riduzione dei tagli cesarei per i quali siamo schizzati al primo posto in Europa e quindi molto lontani dagli standard europei del 20% secondo il modello OMS.



Tali linee complementari e sinergiche sono da avviare congiuntamente sia a livello nazionale, regionale che locale dove a mio parere ci saranno sicuramente le resistenze maggiori causate dai disomogenei comportamenti assistenziali nei vari punti nascita. Nel Piano non solo è prevista la chiusura dei punti nascita, ma anche la razionalizzazione / rimodulazione progressiva di quelli con meno di 1000 parti annui prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle UO ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche - pediatriche, riconducendo a due i tre livelli assistenziali attualmente in essere. Praticamente 11 su 14 dei punti nascita della nostra regione dovranno essere riorganizzati anche dal punto di vista dell'attivazione, del completamento e messa a regime del sistema del trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN). Secondo le fonti del Ministero della Salute - SDO (schede dimissione ospedaliera) anno 2008, nelle Marche solo tre punti nascita realizzano più di 1000 parti l'anno.

Si raccomanda l'adozione e la diffusione delle Linee Guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo elaborate con il contributo tecnico e professionale della FNCO, prevedendo inoltre da parte delle strutture l'elaborazione sintetica da mettere a disposizione e diffondere tra le donne. Si individua inoltre la differenziazione tra percorso fisiologico e patologico della gravidanza cercando una migliore integrazione Ospedale - Territorio per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale della donna e a molti altri punti ancora meritevoli di approfondimento. Ogni strategia di programmazione assistenziale che la Regione Marche dovrà attuare seguendo questi indirizzi non può non tenere in considerazione le risorse umane da dedicare pur nella necessità di far quadrare i bilanci.

e ostetriche hanno la volontà di collaborare attivamente ed in maniera propositiva cercando di promuovere modelli organizzativi ed attività che possano migliorare la pratica clinica e mantenere standard elevati nelle prestazioni del personale. Ogni cambiamento deve non perdere di vista l'obiettivo che consiste nel mantenimento ed nella tutela della salute materno-infantile. "IL FUTURO CI INTERESSA PERCHÉ DOVREMO VIVERCI DENTRO".

L'articolo che ospitiamo in questo numero è di grande attualità: il 55% delle 370.000 confezioni di pillola del giorno dopo vendute nelle farmacie è stata acquistata da adolescenti terrorizzate dalla possibilità di incappare in una gravidanza indesiderata. I dati sulla contraccezione ci devono far riflettere. I giovanissimi utilizzano metodi contraccettivi solo per il 27%. Non fanno uso nemmeno del profilattico per cui le malattie sessualmente trasmesse sono in continuo aumento.

Buona lettura.

La contraccezione d'emergenza nella Regione Marche

Indagine sul livello di conoscenza e utilizzo della pillola del giorno dopo nelle Province di Pesaro e Ancona.

di

Ilaria Clini

Ostetrica presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia

di Osimo

ASUR Marche ZT 7 di Ancona



Abstract

Lo scopo di questa ricerca sperimentare è stato quello di verificare il livello di conoscenza, l'utilizzo e le problematiche nel reperire la pillola del giorno dopo nelle due Province di Pesaro e Ancona. Proprio per questi motivi, durante la sperimenta-

zione, è nata l'esigenza di creare un opuscolo informativo (dal titolo "contraccezione d'emergenza in pillole") con l'obiettivo di fornire nozioni essenziali, semplici e accessibili a tutti.

Esistono diversi metodi che possono essere usati come contraccettivi d'emergenza; in questa ricerca si farà riferimento alla

pillola del giorno dopo.

Parola chiave

definizione, meccanismo d'azione, utilizzo e conoscenza.

Introduzione

La contraccezione post-coitale può essere definita come l'utilizzo, dopo un rapporto sessuale non protetto, di sostanze o dispositivi in grado di prevenire l'instaurarsi della gravidanza. L'uso della CE (contraccezione d'emergenza) ha un ruolo importante nella prevenzione delle gravidanze non desiderate, che presentano una realtà sociale tutt'altro che infrequente.

La necessità di questo tipo di contraccezione può insorgere nei casi in cui la donna non utilizza alcun metodo contraccettivo, nel caso di fallimenti di metodi di barriera (es. la rottura del preservativo) e a maggior ragione nei casi di violenza sessuale. Il termine più conosciuto, pillola del giorno dopo, può indurre confusione perché non evoca correttamente il tempo utile per l'assunzione, cioè entro tre giorni dal rapporto, anche se, come vedremo, l'efficacia del trattamento è legato alla precocità dell'assunzione.

Il termine emergenza sottolinea a sua volta il messaggio di una forma di contraccezione che non dovrebbe essere usata regolarmente.

L'età del primo rapporto sessuale si è abbassata molto: in Italia, "la prima volta", si verifica mediamente all'età di 16 anni; in Europa a 17 anni. Negli USA nel 2007 l'84% dei ragazzi di età compresa tra i 15 e i 18 anni aveva già avuto rapporti sessuali. Non c'è dubbio che la contraccezione rappresenta un tema importante nell'ambito della sessualità femminile. Tuttavia, le indagini effettuate in questi anni in tema di sessualità e contraccezione hanno evidenziato, soprattutto in Italia, un realtà complessa che evidenzia una informazione abbastanza diffusa ma molto generica e pertanto imprecisa riguardo la contraccezione.

Metodi per la contraccezione d'emergenza

Esistono diversi metodi che possono essere impiegati a questo scopo. I primi descritti sono stati gli estrogeni ad alti dosaggi, attualmente poco usati a causa dell'alta incidenza di effetti collaterali.

Negli ultimi anni i metodi contraccettivi post-coitali più utilizzati sono l'associazione estro-progestinica (Metodo Yuzpe) e recentemente il progestinico da solo (levonorgestrel). Altri metodi consistono nella somministrazione di danazolo, mifepristone (RU 486) oppure l'inserimento post-coitale di un dispositivo intrauterino (IUD).

La contraccezione d'emergenza oggi: levonorgestrel (pillola del giorno dopo)

Il levonorgestrel è il principio attivo della pillola del giorno dopo in commercio in Italia. Si deve assumere una pillola, il più presto possibile e comunque entro le 72 ore dal rapporto non protetto. Se il rapporto ha avuto luogo nelle ore o nei giorni che precedono l'ovulazione, il farmaco inibisce l'ovulazione; se il rapporto ha avuto luogo ad ovulazione già avvenuta, modifica la zona interna dell'utero impedendo l'impianto dell'ovulo fecondato.

Se il processo di impianto è già iniziato il farmaco non è più efficace. Il più recente studio su questo metodo, svolto da un'equipe di Hong Kong, indica il tasso di fallimento intorno al 2% e una riduzione delle gravidanze del 60%.

I principali effetti indesiderati sono:

1. Nausea (14%)
2. Vomito (5%)
3. Giramenti di testa (10%)
4. Dolori pelvici (14%)
5. Cefalea (10%)

6. Sanguinamenti irregolari/perdite intramestruali (10-20%). In caso di fallimento del trattamento contraccettivo d'emergenza, il levonorgestrel non sembra presentare rischio malformativo.

Dosaggio e modalità di somministrazione

In relazione alla recente disponibilità di dati che indicano come una singola dose da 1,5 mg abbia la stessa efficacia di due dosi da 0,75 assunte a distanza di 12 ore l'una dall'altra, la nuova modalità di somministrazione prevede l'assunzione di una compressa in un'unica somministrazione il più presto possibile preferibilmente entro 12 ore dopo il rapporto non protetto, e non oltre le 72 (3 giorni).

Percentuale di gravidanze attese evitate in base al periodo del trattamento

Tempo del trattamento ore	Levonorgestrel	Yuzpe
< 24	95%	77%
24-48	85%	36%
48-72	58%	31%

Meccanismo d'azione

Il meccanismo d'azione della CE è in relazione alla finestra fertile e all'intervallo di tempo che intercorre tra il rapporto sessuale e l'ovulazione. Normalmente l'ovulo non vive più di 24 ore e gli spermatozoi possono rimanere vitali fino a 5 giorni, per cui la finestra fertile è di circa cinque giorni.

Parecchi studi hanno dimostrato che il meccanismo d'azione principale della CE è nei confronti del processo ovulatorio, come peraltro avviene per tutti i contraccettivi orali e per l'effetto contraccettivo dell'allattamento.

L'azione si esplicherebbe prima del picco di LH, dopo la comparsa del follicolo dominante, prima che la maturazione del follicolo giunga alla fase di due giorni precedente la rottura, provocando alterazioni nella crescita di LH da condurre ad una inibizione o ad un ritardo dell'ovulazione.

Se la somministrazione di LNG (levonorgestrel) avviene troppo a ridosso del picco di LH, l'azione sulla rottura del follicolo fallisce, avviene l'ovulazione, eventualmente la fertilizzazione, e non vi è alcuna dimostrazione che un eventuale ovulo fecondato abbia una minore possibilità di impianto, che normalmente è di circa il 20%.

Se la somministrazione avviene in prossimità dell'ovulazione, o successivamente, la CE non ha effetto e, in caso di fertilizzazione, l'ovulo fecondato viene trasportato verso la mucosa dell'utero dove si impianta dopo 6-8 giorni, dando così inizio alla gravidanza e alla produzione di HCG.

Per cui la contraccezione d'emergenza agisce in tre possibili modi:

1. Inibisce o ritarda l'ovulazione;
2. Previene la fecondazione;
3. Modifica l'endometrio ostacolando l'annidamento o l'impianto.

Un po' di storia

La storia della contraccezione di emergenza, inizia all'epoca dell'impero persiano; un medico suggeriva alla coppia di alzarsi immediatamente dopo il rapporto ed alla donna di fare salti violenti all'indietro. Sono stati poi nel corso degli anni consigliati lavaggi vaginali con varie sostanze (acqua e sapone, aceto o vino, coca cola).

La storia vera della CE è iniziata attorno agli anni sessanta. I passaggi fondamentali si possono riassumere in: 1963: dietilstilbestrolo (DES)/estrogeni ad alte dosi; 1972: dispositivo intrauterino al rame; 1977: estroprogestinici (principalmente metodo di Yuzpe); 1985: danazolo; 1990: levonorgestrel.

Prescrivibilità, libertà di prescrizione, obiezione di coscienza

Il medico si trova nella posizione di colui che è costretto da quel termine “d'emergenza” ad ottemperare ad un desiderio — quando non una pretesa — della paziente. Questa motivazione, esula dalla possibilità di una comunicazione tra le due parti. Il farmaco, poi, non è un “curativo”: la gravidanza non è infatti una patologia.

Non si tratta di un farmaco “salvavita”, quindi la sua prescrivibilità è discrezionale da parte del medico, sia esso generalista che specialista ginecologo. La libertà di prescrizione da parte del medico e l'obiezione di coscienza trovano qui ampie ragioni di applicazione: non solo in nome di una valutazione etica negativa, ma anche sulla base della modalità coercitiva di prescrizione cui si trova soggetto il professionista.

- In primis va invocata la prassi della “buona medicina”; una deontologia che si rispetti non può obbligare un professionista alla prescrizione di un farmaco “non salvavita” in modo coercitivo. Sarebbe la fine del rapporto medico-paziente in cui la responsabilità e libertà di prescrizione, spetta solo al medico, che se ne assume la responsabilità, se non altro per rispetto delle competenze. Il punto cardine dunque è innanzitutto questa libertà da riconoscere alla persona del medico nell'esercizio della sua professione. La libertà e indipendenza del medico è citata al primo punto del nuovo Giuramento Professionale, quale esempio di buona medicina.

- Il Comitato Nazionale di Bioetica, in un documento in data 28/05/2004 si è espresso all'unanimità a riguardo della salvaguardia della libertà di coscienza del medico circa la prescrizione. Vista la variabilità del meccanismo di azione, il principio di precauzione dovrebbe essere quello da applicare in primis, associato alla libertà di coscienza del medico circa la prescrizione.

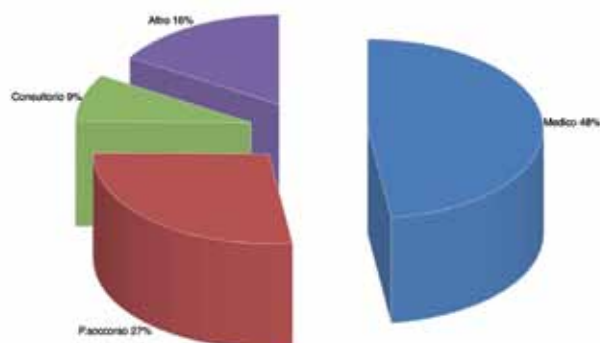
- Il Codice Deontologico 16/12/2006 all'art.13: “La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito ad una diagnosi circostanziata o, quantomeno ad un fondato sospetto diagnostico”

- Il Codice Deontologico 16/12/2006 all'art. 22: “Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave ed immediato nocumento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento.”

Materiali e metodi della ricerca

l'indagine è stata svolta nei mesi di Maggio e Giugno del 2008, in province della regione Marche: Pesaro e Ancona. Le aree sottoposte a questionario interessano uffici pubblici, scuole medie superiori, Università Politecnica delle Marche (facoltà di Medicina e Chirurgia) e l'U.O. di Ginecologia e Ostetricia (Z.T. 4).

Le donne intervistate sono state suddivise per fasce d'età:



- 1.17 e 20 anni;
- 2.20 e 25 anni;
- 3.Oltre i 25 anni.

Ad ognuna di loro è stato distribuito un questionario anonimo.

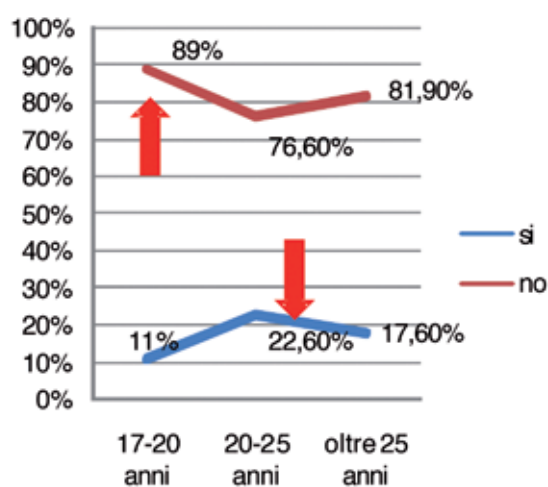
Il totale dei questionari distribuiti è 1100, di questi ottenuti 845 interviste così suddivise:

- 1.485: 17 e 20 anni;
- 2.150: 20 e 25 anni;
- 3.210: oltre i 25 anni.

Risultati della ricerca

La conoscenza della CE risulta complessivamente piuttosto buona: il 68% del campione risponde che la CE serve ad evitare una possibile gravidanza in seguito ad un rapporto non protetto; il 19% ritiene che sia una pillola abortiva; e il 13% afferma di non saperne la funzione.

Utilizzo della CE



Le 20-24enni sono le donne che maggiormente dimostrano conoscenza sugli aspetti legati all'assunzione della CE. Mentre le meno informate appaiono essere le 40enni.

Le più giovani risultano ben informate, sanno che le strutture a cui rivolgersi per la prescrizione sono il consultorio, il ginecologo o medico di base, l'ospedale.

Sembra esserci una relazione tra livello di scolarità e qualità di informazione. Prevala un grado di istruzione medio, ma la categoria di scolarità più bassa- licenza elementare (riscontrata maggiormente nelle partorienti della Z.T. 4 di Senigallia)- appare la meno informata.

La corretta informazione dovrebbe portare, quindi, ad un corretto uso della contraccezione. Se pensiamo che la forma più efficace è quella che passa attraverso la famiglia e il medico, quest'ultimo soprattutto per l'informazione scientifica, vediamo che si trovano agli ultimi posti.

La maggior parte delle adolescenti pensa sia necessario avere una ricetta da utilizzare in caso di emergenza.

Strutture di riferimento per la prescrizione del farmaco

Alcune ragazze (0,6%) di età tra i 17 e i 20 anni affermano di essere già in possesso di una ricetta da utilizzare in caso di emergenza.

Vediamo ora l'utilizzo della CE nelle tre fasce d'età.

La fascia d'età maggiormente colpita è quella tra i 20- 25 anni. L'82% dichiara di non aver mai fatto uso della contraccezione d'emergenza, soprattutto per una non necessità, ma anche perché ha incontrato difficoltà ad avere la prescrizio-

ne (o perché minorenni, o per medico obietto).

Coloro che dichiarano di aver usato il metodo, la difficoltà ad ottenere la prescrizione risulta bassa o del tutto nulla. È il medico la figura cui più frequentemente ci si rivolge per ottenere la prescrizione della contraccezione d'emergenza (48%), seguita dal pronto soccorso (27%) e il consultorio (9%).

Dall'analisi delle risposte di donne che hanno avuto difficoltà di prescrizione, risulta che le principali figure di riferimento sono il farmacista e l'amica maggiorenne (che rientrano nella categoria "altro").

Conclusioni

La situazione, attualmente esistente nel nostro Paese, è dunque caratterizzata da una precisa scelta normativa ma, al tempo stesso, da diversi fattori che rendono, di fatto, problematica la regolare e tempestiva utilizzazione della contraccezione d'emergenza.

Pur riconoscendo i limiti dell'indagine, possono essere fatte alcune considerazioni, confortate anche dalla lettura dei dati nazionali.

Tra le utenti delle province di Pesaro e Ancona, sottoposte a questionario, il livello di conoscenza delle caratteristiche della contraccezione d'emergenza è buono: le donne sembrano sapere come usare il metodo considerarlo un contraccettivo di routine.

Non sembrano esserci grosse difficoltà nell'accesso al metodo, poco più del 10% dichiara di aver avuto difficoltà nel procurarla, ma certamente questo dato andrebbe verificato nella popolazione generale italiana. Interessante è vedere il confronto tra le donne che dichiarano di non aver avuto o non aver avuto problemi nella prescrizione e il soggetto prescrivente: in caso di difficoltà vediamo che è più facile rivolgersi direttamente a un farmacista e quindi contare nella sua bontà oppure mandare avanti l'amica maggiorenne; in tutti gli altri casi aumenta il ruolo del medico.

Vediamo ora i dati a livello nazionale.

In una indagine condotta nei consultori AIED, nel 2007, su 1766 donne (51% al nord, 31% centro, 19% sud), è emerso che il 94% del campione riferisce che la CE serve ad evitare una gravidanza in seguito ad un rapporto non protetto e che è necessario assumerla il prima possibile entro e non oltre le 72 ore. Sanno che le strutture a cui rivolgersi per la prescrizione sono il medico (44,7%), a seguire il consultorio (27,6%), e il pronto soccorso (25%). Il 66% dichiara di non aver mai fatto uso della contraccezione d'emergenza, soprattutto per una non necessità. Tra coloro che dichiarano

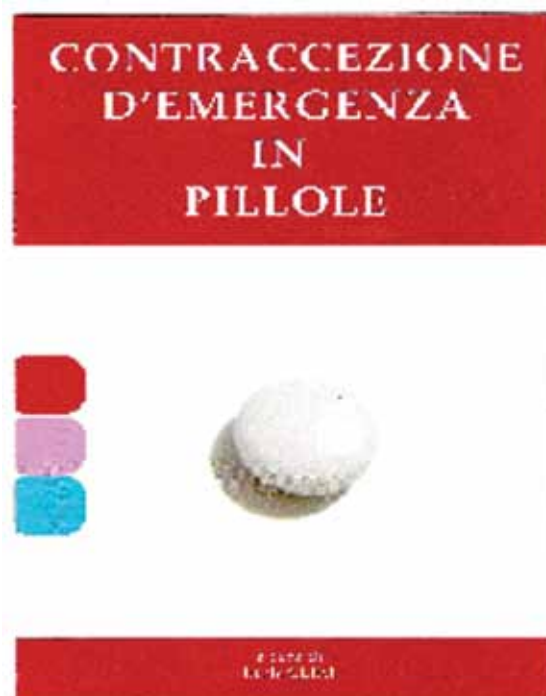
di aver usato il metodo, poche sono le donne ad aver avuto problemi nella prescrizione del farmaco; coloro che non sono riuscite ad ottenerla è perché non maggiorenni o per un medico obietto, dato confermato dalla mia ricerca.

Dai dati del consultorio dell'AIED di Genova, nel 2007 sono state prescritte 1.295 ricette della CE, e di queste 456 a ragazze dai 14 ai 19 anni. Le ragazze di 17 anni sono le più rappresentate. Il motivo più frequente della richiesta è il fallimento di un metodo contraccettivo.

In conclusione, anche se potenzialmente la contraccezione d'emergenza potrebbe portare ad una notevole riduzione degli aborti, fino all'80%, in realtà ciò non sembra poi così realistico almeno per il momento nel nostro Paese.

Come è avvenuto in molti altri Paesi, in cui la CE è accessibile senza obbligo di ricetta medica, molto è ancora da fare, sia in termini di educazione sessuale verso i giovani, sia come lavoro di counselling a tutte le età, per facilitare la scelta di un metodo contraccettivo efficace e non d'emergenza e per aumentare nelle donne la consapevolezza di quali sono i rapporti a rischio di concepimento.

Copertina dell'opuscolo informativo



Bibliografia

fondo e non essere neutrali. Maggioli editore RN 2008

1) CDC, Centers for disease control and prevention, "Nation's high school students showing overall improvements in health-related behaviors". 4 June 2008;

2) "Relazione sulla salute sessuale e i diritti sessuali e riproduttivi". Commissione per i diritti delle donne e le pari opportunità. 6 Giugno 2002;

3) Graziottin A. "Adolescenti e contraccezione: quale prevenzione". Corso ECM farmacisti. Università di Milano, 2007;

4) "Adolescents and emergency contraceptive pills in developing countries". Family Health International, 2005;

5) Lakha, Glasier A. "Unintended pregnancy and use of emergency contraception among a large cohort of women attending for antenatal care or abortion in Scotland". 18 Novembre 2006;

6) "Contracezione, sessualità, salute riproduttiva". SMIC Vol. 2 n. 2. Ottobre 2008;

7) "Contracezione, sessualità, salute riproduttiva". SMIC Vol.1 n. 3. Dicembre 2007;

8) Bruni V., Dei M., Filicetti. "La contraccezione per adolescenti". 2004.

Lettere degli iscritti

Giovedì 8 Marzo 2011 Giornata Internazionale delle Donne.

Gentile Collegio IPASVI,

in nessuna altra professione, come quella infermieristica, è così evidente l'emancipazione della donna. Siamo passate, nel corso dei secoli, da essere angeli, streghe a, finalmente, SCIENZIATE, tanto che è diventata una professione appetibile anche per gli uomini.

Questo è un momento in cui la figura dell'infermiera è di grande tendenza, viene spesso citata nelle notizie di cronaca italiana ed anche ricercata molto... alle feste.

Si parla infatti di pseudo-infermiere che hanno a che fare con organi genitali di vecchi signori, li ricoprono di ogni sorta di attenzione e per questo vengono pagate 1500 € a prestazione, quando va male.

Ma la realtà lavorativa delle infermiere è ben diversa.

Sì, abbiamo a che fare con organi genitali, ma per pulirli accuratamente o per salvarli da occlusioni con cateteri e clisteri; ci prendiamo cura delle persone, vecchi e giovani, uomini o donne.

Lavoriamo anche noi la notte, non a festini allegri ma in luoghi di cura e di dolore e soprattutto, quando ci viene dato il lavoro e non vengono bloccate le assunzioni, prendiamo sì 1500 € (forse) ma al mese, dopo 165 ore di duro lavoro e di turni (ma anche di più quando si è sotto organico) che a volte causano alterazioni di ritmi cicardiani o burn out.

A questo proposito mi piacerebbe che il collegio dicesse la sua, così come lo hanno fatto altre associazioni come quella delle poliziotte (nostre allegre "compagne" di feste) o che potesse aderire in una qualche forma alle manifestazioni che si svolgono in questi giorni.

Un cordiale saluto

Lucrezia Losacco (una neolaureata disoccupata)

"Tagliare o non tagliare": è questo il vero problema?

Carissimo Luca,

ho letto l'articolo di denuncia da parte del coordinamento Collegio IPASVI Regione Marche di giovedì 27 gennaio 2001. Ti scrivo una mia breve riflessione .

Mi chiedo : la popolazione, i nostri politici e quei signori a cui è indirizzata la "denuncia" sanno veramente cos'è l'assistenza infermieristica oggi 2011? Probabilmente pensano ancora alla "antica" figura dell'infermiere come "manovale" del medico (Pensiero un po' gretto). Proprio perché ci sta a cuore la salute dei nostri cittadini (soprattutto quelli più fragili) e più consapevoli della problematicità dell'assistenza infermieristica è importante una nostra presenza al tavolo dell'organizzazione del sistema sanitario, per dare un nostro competente contributo. Proprio perché abbiamo la possibilità di assistere gli ultimi, facciamo poca notizia ma impariamo e conosciamo ciò che dall' "alto" non si può notare.

Questa denuncia mi fa pensare che nella riorganizzazione del sistema sanitario della nostra Regione l'infermiere è ancora il grande assente, per cui si pensa che il solo grande problema sia contenere i costi, che solo risparmiando si possa fare buona sanità!

Si richiede un riconoscimento pubblico non per farsi un "piedistallo" ma per far presente la preziosa e competente opera che ogni giorno svolgiamo giorno e notte per tutto l'anno (con tutti i limiti umani presenti) per assistere le persone più fragili della società.

Per una reale lettura della realtà, anche noi dobbiamo interrogarci, essere consapevoli che il nostro essere infermieri è una professione anche umanistica che ci chiama a crescere in umanità: riconoscendo i nostri limiti per migliorarci, interrogandoci sul nostro modo di presentarci agli altri, se veramente cerchiamo il bene delle persone a noi affidate nell'assistenza, ci preoccupiamo della nostra formazione continua, siamo all'ascolto e in dialogo con i nostri colleghi medici e operatori socio sanitari nella consapevolezza che abbiamo in comune uno scopo: il benessere delle persone fragili nella diversità delle professioni. Passatemi l'immagine di S. Paolo: "Un corpo solo con diverse membra", nessuno è necessario per se stesso, ma tutti utili e importanti attraverso il reciproco ascolto e il dialogo. Le risorse?....All'operaio la giusta ricompensa. Lasciatemelo scrivere: meno spese per gli armamenti e altre cose non necessarie, una buona organizzazione del sistema sanitario, portano ad una miglior assistenza e all'ottimizzazione delle spese, con un accorto controllo e collaborazione. In più mi chiedo:"Quanto prendono di stipendio i nostri politici a confronto con l'operaio assunto ieri? Salvaguardiamo giustamente il peso delle responsabilità, ma anche l'operaio assunto ieri ha una famiglia da sostenere".

Con questa riflessione vorrei solo stimolare a pensare, siamo tutti sulla stessa barca, le soluzioni ai problemi non sono facili. Sicuramente è la nostra sfida: farci conoscere veramente per quello che siamo oggi, ascolto e dialogo con i nostri collaboratori (medici, fisioterapisti, oss, ass. sociali) e in certi campi della riforma sanitaria la nostra presenza professionale è indispensabile.

Sperando di aver dato spunti di riflessione per un miglioramento della situazione, saluto cordialmente.

Fr Alfredo Serighelli.

**Il Collegio IP.AS.VI. di Ancona e l'A.S.U.R. Marche Zona Territoriale 7
- presso la sede del COLLEGIO IP.AS.VI. di Ancona in Via Ruggeri 3/N-
organizzano i seguenti eventi E.C.M.:**

“ETICA E DEONTOLOGIA PROFESSIONALE PER L’INFERMIERE OGGI”

□ 14 aprile 2011 - 19 maggio 2011

□ dalle ore 14.15 alle ore 19.15

□ 5 crediti E.C.M.

“L’INSERIMENTO DELL’O.S.S. – RESPONSABILITA’ DELL’INFERMIERE”

□ 20 aprile 2011 - 11 maggio 2011 - 25 maggio 2011 - 22 giugno 2011

□ dalle ore 14.30 alle ore 18.30

□ 4 crediti E.C.M.

“L’INFERMIERE, MODELLI ORGANIZZATIVI, SISTEMI DI CURA E LIVELLI DI RESPONSABILITA’”

□ 29 aprile 2011 - 13 maggio 2011 - 27 maggio 2011

□ dalle ore 14.30 alle ore 18.30

□ 4 crediti E.C.M.

“UTILIZZO DEL COUNSELING SANITARIO NELLA COMUNICAZIONE EMPATICA CON IL PAZIENTE”

□ 11 aprile 2011 - 2 maggio 2011 - 23 maggio 2011

□ dalle ore 14.30 alle ore 18.30

□ 4 crediti E.C.M.

**“LA GESTIONE DEL PAZIENTE STOMIZZATO: PRESA IN CARICO E CONTINUITA’
ASSISTENZIALE. RESPONSABILITA’ DELL’INFERMIERE”**

□ 6 maggio - 20 maggio 2011 - 10 giugno 2011

□ dalle ore 14.30 alle ore 18.30

□ 4 crediti E.C.M.

“L’INFERMIERE E LA RESPONSABILITA’ DISCIPLINARE”

□ 6 aprile 2011 - 28 aprile 2011 - 4 maggio 2011 - 18 maggio 2011 - 15 giugno 2011

□ dalle ore 14.30 alle ore 19.30

□ 5 crediti E.C.M.

“ULCERE DA PRESSIONE: QUALE IMPATTO SOCIALE”

□ 7 aprile 2011 - 12 maggio 2011 - 3 giugno 2011

□ dalle ore 14.30 alle ore 18.30

□ 4 crediti E.C.M.

“EBN: LA RICERCA INFERMIERISTICA – APPROCCIO DI BASE”

□ 15 aprile 2011 - 10 maggio 2011 - 9 giugno 2011

□ dalle ore 14.30 alle ore 18.30

□ 4 crediti E.C.M.

ISCRITTI AL COLLEGIO IP.AS.VI. DI ANCONA:

- le iscrizioni sono gratuite sul sito
www.ipasviancona.com

ISCRITTI AI COLLEGI IP.AS.VI. DELLE MARCHE:

- contattare la segreteria del Collegio e versare un acconto di € 10,00* tramite bollettino postale prima dell'inizio del corso intestato a:
Collegio IP.AS.VI. di Ancona, Via Ruggeri n. 3/N - 60125 Ancona c/c/p n. 18119602.

ISCRITTI AD ALTRI COLLEGI IP.AS.VI.:

- contattare la segreteria del Collegio e versare un acconto di € 30,00* tramite bollettino postale prima dell'inizio del corso intestato a:
Collegio IP.AS.VI. di Ancona, Via Ruggeri n. 3/N - 60125 Ancona c/c/p n. 18119602.

COLLEGIO IP.AS.VI. di ANCONA

Tel 071/205516 – fax 071/2077491

Lu. – Me. – Ve. ore 16,00 – 18,00

Ma. - Gi. ore 11,00 – 12,00

www.ipasviancona.com

*** Prima di effettuare il pagamento verificare la disponibilità dei posti – MAX 26 - .**