

Confronto professionale

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

N. 3/2010

Anno XII - N.3/2010 - 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. 3/2010

COLLEGIO DI ANCONA

■ Editoriale <i>a cura di Marcello BOZZI</i>	pag.	3
■ Esperienza del personale infermieristico in teatro operativo afghano <i>a cura Leonardo Scarpa</i>	»	5
■ Artis <i>a cura Franca Pulita</i>	»	7
■ Infermieristica e Medical Humanities <i>a cura di Giordano Cotichelli</i>	»	8
■ L'accompagnamento nel cammino del lutto <i>a cura di Claudio Gennaretti</i>	»	10
■ Sicurezza del paziente in sala operatoria <i>a cura di Daniele Bassotti e Domenico Lombardi Fortino</i>	»	13
■ Anziano al pronto soccorso <i>a cura di Rita Fiorentini, Alberto Martini, Simona Stacchiotti</i>	»	17
■ Centro di telemedicina dell'I.N.R.C.A. I.R.C.C.S. <i>a cura di Loris Galandrini, Adamo Santamarianova, Roberto Canestrone, Isabella Mercuri</i>	»	20
■ A proposito di Lavoro part time e incompatibilità <i>a cura del gruppo legale</i>	»	24
■ Dagli uffici del collegio IPASVI <i>a cura di Noemi Balsani e Antonella Di Lella</i>	»	26

PROFESSIONE OSTETRICA

■ Editoriale <i>di Margherita Piermaria</i>	»	29
■ Le interazioni madre bambino alla nascita <i>a cura di Paola Busilacchio</i>	»	27



Direzione, amministrazione, redazione:
via Ruggieri 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

La crescita degli infermieri e lo sviluppo dell'infermieristica. Medici a favore e medici contro. Perché?



Negli ultimi anni, anche attraverso le pagine di questa rivista, abbiamo richiamato con forza l'assoluta necessità di favorire e sviluppare la massima integrazione possibile tra gli appartenenti alle più rilevanti famiglie professionali che costituiscono il Sistema Sanitario, in particolare tra medici e infermieri.

L'integrazione deve mirare a favorire sia la definizione dei modelli organizzativi, sia lo sviluppo dei progetti, dei percorsi e dei processi clinico-assistenziali, al fine di garantire la migliore risposta possibile ai bisogni di salute della popolazione.

Detta necessità (l'integrazione) è da collegare ai cambiamenti che negli ultimi 15 anni hanno riguardato l'infermieristica e gli Infermieri, in particolare:

1. lo sviluppo della disciplina;
2. la valenza universitaria dell'insegnamento;
3. la forte rilevanza degli insegnamenti disciplinari (80%);
4. lo sviluppo della formazione post base (master professionalizzanti)
5. lo sviluppo della formazione di II livello (CL Specialistica o Magistrale);
6. l'evoluzione normativa riguardante la professione infermieristica;
7. la nuova definizione della Deontologia Professionale;
8. il pieno riconoscimento di "professione sanitaria";
9. una diversa responsabilità rispetto al passato;
- 10.....

Il richiamo "alla integrazione" non è uno slogan ma una precisa necessità del sistema che fa riferimento alle caratterizzazioni delle famiglie professionali citate, più precisamente:

·per accedere alla filiera professionale medica (Dirigente Medico – Direttore di U.O. - Direttore di Dipartimento – Direttore Sanitario) serve una formazione specifica (CL Specialistica in Medicina e Chirurgia, integrata con le specialità richieste), che fornisce specifici saperi, che consentono di operare in specifici contesti, di ricoprire un ruolo e di appartenere ad un preciso status giuridico.

·per accedere alla filiera professionale infermieristica (Infermiere "di linea", Coordinatore di U.O., Coordinatore di Dipartimento, Infermiere Dirigente) serve una formazione specifica (CL in Infermieristica,

integrata con le specialità richieste e con il Corso di Laurea Specialistica o Magistrale), che fornisce specifici saperi, che consentono di operare in specifici contesti, di ricoprire un ruolo e di appartenere ad un preciso status giuridico.

Ai professionisti afferenti alle due famiglie professionali è richiesta, stante la specificità di saperi, la massima integrazione possibile ad ogni livello delle articolazioni organizzative, al fine di garantire l'adeguatezza, la completezza, l'appropriatezza e la continuità del percorso clinico assistenziale.

Su questa linea abbiamo messo le basi per costruire e sviluppare la Disciplina Infermieristica, in una logica diversa rispetto al passato, dove l'integrazione professionale e multi-professionale, nonché la valorizzazione del professionista Infermiere, rappresentano il "core" della presa in carico della persona e dei suoi problemi di salute.

In questo percorso di crescita e sviluppo si sono riscontrate molte difficoltà, sia a livello infermieristico (per questioni prevalentemente culturali e "generazionali") sia a livello medico (per questioni legate ai cambiamenti e, forse, anche ad una "mutuabilità" verso i saperi di professioni storicamente "dipendenti", in un contesto profondamente cambiato, sia professionale, sia giuridico).

Ci siamo impegnati su tutti i fronti per favorire i processi di integrazione raccomandati e abbiamo fatto il possibile per tenere i "toni bassi", al fine di evitare qualsiasi scusante per interrompere la crescita e lo sviluppo della nostra disciplina e della nostra professione. Abbiamo lavorato su progetti multi-professionali avanzati (es. il see and treat, procedura infermieristica che consente, per mezzo di Infermieri specificamente formati, di garantire una più veloce risposta ai pazienti con assegnazione di codici minori che accedono al pronto soccorso), particolarmente sviluppati e in via di sperimentazione in Toscana e in Emilia Romagna, e abbiamo maturato la convinzione che questa potesse essere la strada favorente lo sviluppo dell'integrazione, peraltro non certamente l'unica. Altre esperienze sono già in essere da tempo, in particolare nelle aree intensive e nelle aree ad alta complessità assistenziale, con piena soddisfazione dei professionisti coinvolti e dei pazienti. In questo percorso di crescita e di sviluppo ci ha colpito l'esposto alla magistratura (Procure di Bologna e Firenze) presentato dal Dott. Pizza, Presidente

dell'Ordine dei Medici di Bologna, che evidenzia in dette procedure infermieristiche "l'esercizio abusivo della professione medica" da parte degli Infermieri.

Ci ha colpito soprattutto il fatto che il Dott. Pizza ha spostato la questione da un possibile momento di confronto professionale ad una sede esclusivamente giuridica, con tutti i possibili conseguenti rischi e contenziosi.

L'esposto arriva successivamente a momenti di confronto che hanno riguardato sia la FNOMCeO (Ordine dei Medici), sia alcune singole associazioni professionali mediche (sindacali), cui hanno fatto seguito anche le posizioni di alcuni Ordini dei Medici Provinciali, tra cui anche quelli Marchigiani, che hanno espresso un certo allineamento alle "preoccupazioni" di esercizio abusivo della professione medica da parte degli infermieri.

Viene naturale domandarsi:

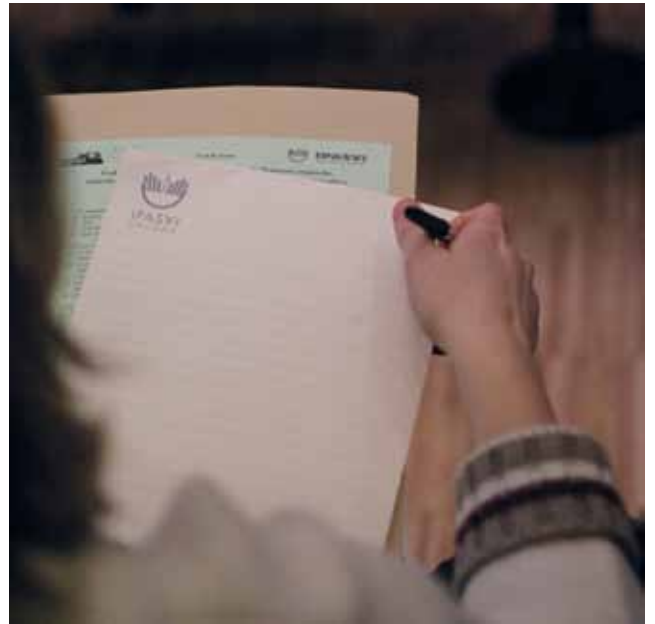
- Il dott. Pizza & C conoscono i cambiamenti che hanno riguardato la formazione degli Infermieri?
- Hanno consapevolezza di quello che fanno gli Infermieri nelle strutture di assegnazione 24 ore su 24, tutto l'anno?
- Hanno consapevolezza della reale presa in carico dei pazienti che viene garantita in maniera quasi esclusiva dagli Infermieri?
- Hanno consapevolezza di quello che potrebbe cambiare per loro, nell'eventualità (difficile) che gli Infermieri decidessero di adeguarsi alla linea da loro ipotizzata?
- Hanno

È indubbio che l'esposto presentato ha generato e genera qualche preoccupazione.

Ma è stato sicuramente un sollievo prendere atto delle posizioni di assoluta non condivisione dell'esposto presentato dal Dott. Pizza da parte di SIMEU, CGIL Medici, CISL Medici, Ordine dei Medici di Firenze, Coordinamento degli Ordini dei Medici della Regione Toscana, CGIL FP e CISL FP, NURSIND, e della maggior parte degli Ordine dei Medici Provinciali della Regione Emilia Romagna.

È indubbio che tutti coloro che hanno manifestato l'espressione di non condivisione dell'esposto del Dott. Pizza hanno esperienze diverse, dove i progetti, i percorsi ed i processi sono caratterizzazioni multi-professionali e dove l'integrazione è un fatto ordinario.

Che l'esposto presentato alla fine risulti un grosso boomerang nei confronti del/dei promotore/i?



La cosa non ci interessa. Continuiamo a mantenere la nostra linea.

Massima professionalità e massima attenzione ai bisogni dei cittadini.

Toni bassi e nessuna rivendicazione (anche se di motivi ce ne sarebbero in misura significativa). Abbiamo bisogno di rendere evidente, ad ogni livello della filiera infermieristica, il nostro sapere, il nostro fare e il nostro essere, non tanto come conseguenza di evoluzioni normative, ma come risposta ad una crescita culturale e professionale degli Infermieri che si concretizza nella presa in carico della persona, nella programmazione, organizzazione e realizzazione delle attività assistenziali e nella risposta complessiva ai bisogni di salute della gente.

Questa crescita e questo sviluppo deve obbligatoriamente portare ad una rivisitazione dei modelli organizzativi, allo sviluppo e alla implementazione dei sistemi di cura e assistenza e ad una redistribuzione delle responsabilità, tenuto conto dei diversi saperi dei professionisti, delle necessità del sistema e delle mutate condizioni sociali ed economiche.

L'impegno di tutti noi – a tutti i livelli - sarà sicuramente di grande aiuto per favorire il cambiamento (che probabilmente non sarà facile e non sarà rapido come magari noi vorremmo).

Spesso sentiamo dire dai nostri vecchi "... il lavoro paga sempre!"

Sarà così anche per noi.

Proviamoci, impegniamoci, crediamoci.

Esperienza del personale infermieristico in teatro operativo afghano

a cura del

C.le Inf. C.R.I. Leonardo Scarpa

Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Ospedali Riuniti Ancona

L'Afghanistan rimane a tutt'oggi un paese estremamente povero, con poche risorse, fiaccato da 30 anni di guerra e nel quale le condizioni di vita sono estreme. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità il servizio sanitario raggiunge solo il 55% della popolazione urbana e il 25% di quella rurale: almeno sei milioni di afghani, quindi, non hanno accesso ad alcun tipo di struttura sanitaria. Ne dà una dimensione il tasso di mortalità materna (1.600 su 100.000 parti) e i dati sulla mortalità infantile, che sotto l'anno è di 257 casi ogni 1.000 nati e sotto i 5 anni di 262 ogni 1.000. Con le guerre la situazione sanitaria generale, purtroppo, è peggiorata rispetto al passato. Il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana impiega nella missione ISAF in Afghanistan un Team composto da un medico e due infermieri che oltre ad espletare funzione cardine di Medevac viene coinvolto in attività di aiuto alla popolazione.

Visite ed aiuti umanitari ai civili

Questo presso una zona ben definita della base italiana "Camp Arena" chiamata "Search Area". Affluiscono numerosi civili afghani non solo per farsi visitare e ricevere una terapia ma anche per ricevere aiuti umanitari di prima necessità come riso, farina, fagioli, latte (quando indicato), biscotti e succhi di frutta che, anche se in minima parte, alleviano il disagio di queste persone.

Il bacino di utenza che si rivolge alla Search Area è per lo più rappresentato da donne di età compresa tra i 16 ed i 30 anni, e bambini di età compresa tra i 3 mesi ed i 12 anni. Una piccola minoranza è costituita da uomini compresa tra i 40 ed i 60 anni.

Le patologie che maggiormente si riscontrano sono quelle della medicina di base come tonsillite, febbre, gastralgia, artralgia, cefalea e patologie infettive come leishmaniosi, vermi intestinali (Elmintiasi e Giardiasi) soprattutto nei bambini, dissenteria e pediculosi.

Una minoranza poi è rappresentata dai piccoli traumi dei bambini (diorsioni, abrasioni, ematomi, ferite lacerato-contuse), patologie neoplastiche e cardiologiche di una certa gravità che il team della CRI, in accordo con il comando italiano, decide di trasferire al Role 2 quando sono necessari ulteriori approfondimenti diagnostico terapeutici.

Ma il problema in Afghanistan è rappresentato anche da malattie da noi curabili come la tubercolosi, la malaria ed il semplice morbillo.

Ogni anno la tubercolosi è tornata a uccidere almeno 15mila persone, così come il morbillo uccide 35mila bambini. La malaria, praticamente estinta negli anni '60, è tornata invece nel 60% del territorio con circa 350.000 contagi gravi all'anno. Senza contare, poi, il basso livello di preparazione dei medici. Esiste, infatti, un grosso gap culturale della classe medica afghana rispetto anche solo al livello di paesi limitrofi: a Kabul i programmi universitari sono di fatto fermi al 1985. Senza contare, poi, che molti medici hanno lasciato il paese negli ultimi



decenni, depauperandolo di risorse umane qualificate l'intero settore: oggi si stima la presenza di un medico ogni 100mila abitanti.

L'aspettativa di vita femminile è di 44 anni, una delle più basse del mondo. Inoltre, secondo l'UNFPA (United Nations Population Fund - Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione), l'Afghanistan detiene uno fra i tassi peggiori del mondo per mortalità materna e infantile. Circa 25.000 madri muoiono ogni giorno durante la gravidanza, il parto o dopo la nascita del bambino (il che equivale a 800 morti su 100.000 donne). "Le madri bambine e i loro figli sono solitamente deboli e facilmente soggetti a disagi e malattie". Secondo l'UNFPA, sempre, solo il 14% delle nascite in Afghanistan sono assistite da personale medico e sanitario.

Supporto al Role 1

Il Role 1 è gestito dall'A.M. italiana ma vige una massima collaborazione tra professionisti provenienti da realtà differenti, sostanzialmente una "joint venture" tra A.M., E.I. e C.R.I.

Il Role 1 gestisce anche il passaggio delle Medevac in entrata ed in uscita a/da Camp Arena, cioè tutti i pazienti che entrano/escono a/da Camp Arena via cielo, pertanto alla C.R.I. viene richiesto il trasporto in ambulanza dei pazienti dai cancelli all'aeromobile e viceversa.

Supporto alle truppe del contingente italiano

Anche in questo caso le prestazioni sono in maggior parte ambulatoriali oltre alle visite e alla somministrazione di farmaci, vengono eseguiti interventi di piccola chirurgia.



Scorta sanitaria alla QRF-Quick reaction force

LA QRF è un' unità composta da un plotone di soldati tra cui fucilieri- genio guastatori e sanitari.

I mezzi utilizzati, in genere, sono 4 o 5 lince tra cui un lince ambulanza.

La QRF viene attivata in caso di "TIC"- truppe in contatto o probabile rinvenimento di ordigni e l'attivazione può essere immediata o ad un tempo definito. In base al criterio di attivazione, poi, l'infermiere CRI viene affiancato ad un medico EI su mezzo ambulanza lince come scorta sanitaria pronto ad intervenire in caso di necessità.

Medevac

Scopo della *Medevac* è quello di soccorrere ed evacuare tempestivamente militari e civili rimasti coinvolti in incidenti in teatro operativo tramite l'ausilio di un elicottero. Le difficoltà che un infermiere della *Medevac* incontra non sono circoscritte a livello tecnico-logistico ma si estendono anche a quello psicologico. L'esperienza è totalizzante. La sicurezza nel soccorso, dall'allertamento al rientro in base, viene garantita dall'Aeronautica Militare, e quando arriva l'allertamento, si parte!

Il recupero dei feriti, per quanto possa essere assimilabile a quello che viene realizzato dai team di elisoccorso in Italia, non è agevole: il volo non è mai del tutto tranquillo come non lo è l'atterraggio ed una volta in campo il recupero non prevede perdite di tempo: 5 sono i minuti a disposizione per trasportare il ferito o i feriti nell'elicottero e vi garantisco che tra il paziente, la pesantezza dello zaino di soccorso, quella del giubbotto antiproiettili e quella delle armi, il tempo a disposizione sembra trascorrere al triplo della velocità.

Direzione Camp Arena e specificatamente Role 1, quando il caso non è troppo grave o Role 2 quando il paziente versa in condizioni più critiche. Nel Role 2 collabora attivamente personale sanitario spagnolo ed americano. Non è pertanto da sottovalutare la conoscenza delle lingue per poter provvedere ad una corretta centralizzazione dei pazienti e cooperare con i team sanitari.

L'aspetto psicologico ha un ruolo cruciale. Non essendoci un protocollo a cui attenersi, infatti, le reazioni sono del tutto individuali e sebbene il lavoro in ambito sanitario, mi riferisco soprattutto all'area critica, insegna a mantenere un distacco emotivo, in guerra non è facile non rimanere coinvolti soprattutto quando guardi negli occhi un fratello le cui membra sono rese brandelli dalle esplosioni di ordigni.

E' allora che una commistione di adrenalina e rabbia ti motivano a dare il meglio di te, sempre, nel supporto psico-fisico di coloro che lottano per la libertà di un popolo.

Gli attentati che si sono verificati negli ultimi mesi hanno toccato da vicino tutti i militari in teatro operativo, specie coloro che si sono trovati a soccorrere i soldati coinvolti nell'incidente.

Mi trovavo ad Herat quel 17 Maggio 2010 alle ore 9.15 locali quando 2 soldati perdevano la vita e 2 rimanevano gravemente feriti a bordo di un blindato Lince per l'esplosione di un ordigno rudimentale ad altissimo potenziale.

La *Medevac* ha garantito una rapida ed efficiente centralizzazione dei feriti, consentendo una stabilizzazione primaria delle lesioni.

Questo è il motivo per cui la *Medevac* rappresenta la *conditio sine qua non* per la gestione delle emergenze/urgenze sanitarie in teatro operativo.





Alcuni giorni fa, camminando con passo piuttosto veloce lungo un corridoio dell'ospedale, ormai da tempo in abito borghese, passando a fianco di un signore in carrozzina immerso nei suoi pensieri, l'ho guardato e salutato con un semplice "buongiorno" accennando un piccolo sorriso. Il signore si gira, mi guarda e un pò sorpreso mi dice "grazie". Sono tornata con i pensieri a quando giovinetta correvo su e giù per i corridoi del reparto tutta indaffarata ma sempre con il sorriso sulle labbra, qualcuno mi aveva soprannominato la "signorina sorriso". Ora, sarà perché con il passare del tempo i muscoli facciali si rilassano e non sempre siamo disposti a contattare la chirurgia estetica, ho la sensazione che con l'avanzare dell'età si tenda a sorridere un pò meno. Proviamo a trovare una cura alternativa!? Cerchiamo di dedicare un pò del nostro tempo libero ad aiutare gli altri, avremo più occasioni di dispensare sorrisi e ricevere dei sentiti "grazie". Venite con noi, magari qualche ora a settimana, siamo delle infermiere che si occupano di fornire assistenza a domicilio a malati affetti da tumore e di aiutare le loro famiglie.

L'ARTIS - onlus è un'associazione di volontariato nata nel 2000 dall'idea di due infermiere con molti anni di esperienza lavorativa oncologica con l'obiettivo di diffondere ed applicare nel paziente in fase terminale le Cure Palliative, quelle cure cioè che affrontano tutti gli aspetti della sofferenza del malato e delle loro famiglie. Quando la malattia è ormai irreversibile e porta in breve tempo alla morte compare un complesso quadro di sintomi e di situazioni psicofisiche definite "dolore totale"; oltre al dolore ed altri sintomi fisici, si possono manifestare sofferenze psicologiche e spirituali, difficoltà nei rapporti interpersonali e sociali e problemi economici. Prendersi cura del malato terminale significa agire su tutti questi aspetti della sofferenza.

Gli scopi della nostra associazione sono: dare assistenza domiciliare qualificata e continua ai malati in condizioni critiche e sostegno ai loro familiari; promuovere iniziative volte alla diffusione delle Cure Palliative favorire la creazione di occasioni formative, di aggiornamento e di ricerca tra personale medico e infermieristico.

Oltre alla principale attività quotidiana di supporto e assistenza domiciliare rivolta ai malati oncologici ed alle loro famiglie, l'Artis si è occupata di altri progetti e attività.

Durante la stagione estiva 2008, l'Associazione è stata chiamata a fornire assistenza infermieristica quotidiana a 20 ragazzi disabili gravi del Comune di Perugia in vacanza a Porto Potenza (MC). Un'esperienza incredibile!

Sempre nel 2008 abbiamo aperto ed è attualmente completamente attivo lo sportello OASI, un "punto di informazione" per l'orientamento, l'ascolto, il sostegno e l'informazione per i pazienti di oncologia ed i loro familiari. Tale punto di informazione è aperto al pubblico per 3 giorni a settimana e rende disponibile a chiunque lo richieda la consulenza ed il supporto di numerose figure sanitarie professionali: medici oncologi, infermieri, fisioterapisti e psicologi.

Nell'ambito della promozione e diffusione delle Cure palliative, l'ARTIS, negli ultimi 3 anni, ha organizzato annualmente corsi di formazione sulle "Cure Palliative e di fine vita" tenuti dalla SIMPA (Scuola Italiana di Medicina e Cure Palliative) e rivolti agli operatori sanitari. Il 4 ottobre 2008, sempre in collaborazione con la SIMPA, è stato organizzato un incontro aperto alla cittadinanza dal titolo "Gli ultimi giorni" tenutosi presso la sede del Comune di Ancona.

Quest'anno, per continuare nella promozione e diffusione delle Cure Palliative l'ARTIS, oltre ad un corso di formazione tenutosi a maggio, ha organizzato un nuovo corso rivolto agli operatori sanitari della regione Marche. Il corso dal titolo "Comunicazione e gestione delle emozioni nelle traiettorie di fine vita" si svolgerà ad Ancona il 9 e 10 dicembre 2010. Le lezioni saranno tenute dai docenti della SIMPA, Scuola Italiana di Medicina e Cure Palliative, nata nel 1989 per la formazione di medici e infermieri, riconosciuta ufficialmente dal Ministero della Sanità e quindi in grado di garantire il più alto livello di professionalità.

A seguire, il giorno 11 dicembre 2010 presso la facoltà di Economia dell'Università Politecnica delle Marche ad Ancona, è stato inoltre organizzato un incontro aperto a tutta la cittadinanza dal titolo "Cure Palliative: non solo farmaci" allo scopo di sensibilizzare ed aiutare non solo gli operatori ma anche tutti i cittadini ad affrontare situazioni della vita così difficili e delicate. Anche questo incontro sarà gestito e coordinato dai docenti della SIMPA.

Come riconoscimento della nostra attività il Comune di Ancona ci ha conferito nel 2006 il premio "Città Solidale" e nel 2008 il "Ciriachino d'argento".

Spero di incontrarVi il prima possibile e in tanti per sviluppare nuovi progetti, creare nuove attività e dire a tutti chi sono e cosa sanno fare gli infermieri!

Franca Pulita

Infermieristica e medical humanities

a cura di

Giordano Cotichelli, infermiere presso ZT 7



Abstract

La costruzione dell'assistenza infermieristica lungo la prospettiva della globalità dei bisogni, deve poter prendere in considerazione la dimensione esperienziale della malattia dei pazienti, dei familiari e degli operatori stessi, utilizzando le *medical humanities*, gli strumenti cognitivi forniti dalle scienze sociali, dalle scienze umane e dalle arti, in relazione alle tematiche della salute.

Parole chiave

Illness, medical humanities, nursing patient centered.

Introduzione

La vecchia concezione del concetto di salute come "assenza di malattia" è stata sostituita dalla definizione data dall'OMS nel 1948, la quale sta diventando la chiave di lettura irrinunciabile da utilizzare ogni qualvolta viene meno l'omeostasi alla base del benessere dell'uomo. Sul piano clinico - curativo ed assistenziale - non si ha più una semplice lettura fisica della malattia, intesa come *disease*, ma si parla di *illness* per quello che riguarda la sfera psicologica, o meglio esperienziale, e di *sickness* sul piano della rappresentazione e del riconoscimento sociale [1]. In questo caso la questione attiene a tutto ciò che riguarda l'organizzazione dei sistemi di welfare, le politiche socio-sanitarie, le strategie e, non ultimo, il contesto culturale e storico in cui ci si viene a trovare. Il punto di maggiore interesse, sul piano della costruzione del processo di aiuto, lungo una prospettiva globale, è rappresentato dall'*illness*, come sfera individuale, esperienziale, percettiva e relazionale che il binomio malattia/salute va a costruire. Esso rappresenta dei veri e propri feeling soggettivi, riferibili al dolore, alla debolezza, allo smarrimento, a tutto ciò che porta a non riconoscere il proprio corpo e la propria persona, costruendo uno stato permanente di inadeguatezza e di incompetenza, con la creazione di un migliore o un peggiore vissuto di malattia da parte sia della persona interessata sia della sua famiglia, ed in particolare, nel caso di patologie croniche o invalidanti, del suo caregiver. Di conseguenza l'approccio terapeutico ed assistenziale non può tenere in considerazione solo l'aspetto curativo/riparativo del problema, attraverso la riduzione alla sola dimensione del *disease*, ma deve prendere in considerazione l'*illness*, utile a coinvolgere il paziente ed i suoi familiari. Questo con la consapevolezza che l'obiettivo è la ricomposizione di una dimensione di benessere attraverso l'educazione e la compliance

terapeutica sviluppando le capacità di coping necessarie da mettere in campo¹.

Interpretare il vissuto di malattia

Se in medicina risulta centrale il ruolo della semeiotica, cioè della capacità di leggere i segnali che arrivano dal corpo, è altrettanto importante la lettura di tutti i messaggi che la persona lancia in relazione alla percezione del suo stato di salute/malattia. Sono segnali che rivelano, e ricordano, la complessità e l'unicità dell'individuo, le quali vengono ricostruite attraverso proprio il vissuto di malattia. Da tempo oltre alla medicina basata sulle evidenze (EBM) si tende sempre più a prendere in considerazione l'esperienza di malattia: la *narrative medicine* (NBM). Ed in relazione a questa, da qualche decennio, si è introdotto il termine di *medical humanities*, definite da Shapiro e Rucker nel 2003 come *l'inclusione delle scienze umane e di prodotti artistici nella formazione di base e post-base dei professionisti della cura*. [2]. Più precisamente si tratta, da parte del professionista sanitario, ad ogni livello di competenza, di prendere in considerazione le scienze umanistiche (storia, letteratura, filosofia, etica), le scienze sociali (antropologia, psicologia, sociologia) e le arti (teatro, cinema, arti visive, ecc.) per poter leggere in modo funzionale la globalità dei bisogni assistenziali dell'utente oltre la rigida, e a volte semplicistica (se non quando ingannevole) sfera clinica. L'incontro fra medicina e letteratura è uno dei temi centrali delle *medical humanities*, ma non si tratta semplicemente di abbellire la pratica della sanità, bensì di ricondurla alla sua finalità originaria: essere una medicina per l'uomo [3]. Le *medical humanities* permettono la possibilità di trasformare la storia di malattia in ciò che Dallari [4] definisce come messaggio portatore di segni o insieme di segni utili ad interpretare la complessità del problema di salute. Per Lucia Zannini [5] il messaggio/testo diventa strumento autobiografico (mio) o non autobiografico (altrui), finzionale o non finzionale, che permette la rappresentazione costruita o testimoniata di casi esemplificativi; chiavi interpretative a disposizione di professionisti, pazienti e familiari. Anne Hudson Jones² sottolinea ulteriormente il concetto parlando di un impiego delle storie come *guida morale* attraverso appunto la finzione letteraria o dell'uso delle narrazioni che, passando per l'interpretazione dell'esperienza vissuta, induce i soggetti (pazienti, familiari, operatori) a ripensare, valutare ciò che si è fatto o vissuto [6]. Ad esempio, la lettura di *La maschera della morte rossa* di Edgar Allan Poe, come racconto non autobiografico e finzionale riesce a descrivere l'angoscia ed il terrore che malattia e

1) To cope to: far fronte a, inteso come l'insieme di capacità da mobilitare da parte di singoli e/o comunità di fronte a situazioni di disagio.

2) Professore di letteratura applicata presso l'Istituto di Medicina di

Galveston (Texas), prima Università ad avere istituito nel 1988 un dottorato di ricerca in Medical Humanities.

3) Il termine plot in inglese significa trama.

morte generano a livello individuale e collettivo, con la stessa forza evocativa di un concetto scientifico strutturato, ma sicuramente con un risultato percettivo e rappresentativo superiore. Senza fare una mera elencazione di tutte le arti utili alla promozione della dimensione umanistica nella cura e nell'assistenza, a questo punto è giusto chiedersi come e quanto le *medical humanities* siano importanti per il lavoro dell'infermiere, in quali contesti, rispetto a chi (i soggetti) o a che cosa (gli stati patologici). Le due teoriche statunitensi Paterson e Zderad [7], soffermandosi sull'importanza della relazione paziente-infermiere, traducono il nursing come un insieme di spazio e tempo *vissuto* dove i due attori condividono un'esperienza cui danno però significati diversi. Una visione che si riallaccia al nursing transculturale della Leininger e alle teorie di Martha Rogers in cui individuo ed ambiente sono sistemi complessi, aperti e dinamici in continua trasformazione e condizionati dal linguaggio, dal pensiero, dall'immaginazione, dai sentimenti e dalla fantasia; in breve da tutto quello che l'arte riesce a tradurre in *humanities*. I contesti di applicazione saranno quelli che presentano maggiori complessità relazionali, curative, assistenziali, come nel caso delle malattie rare, gravi, croniche, invalidanti in relazione alle capacità di *coping* degli attori coinvolti, ed in particolare in coloro che possono essere più fragili: disabili, anziani, bambini, immigrati. Un esempio può derivare dal disagio mentale dove deliri, ossessioni e fantasie alterano il quadro percettivo, deformano la realtà, causano sofferenza alla persona e incapacità di assistere/curare al professionista o al familiare. Si è visto in ciò che tutti i tentativi di categorizzare in maniera rigida e deterministica la malattia mentale, attraverso la sola lettura biofisica del *problem*, hanno portato a fallimenti e a vere e proprie sevizie "promosse" a metodi di cura (lobotomia, elettroshock, docce fredde, ecc). Al contrario, nel momento in cui si è voluto dare peso anche alla dimensione umana del disagio mentale, quale prodotto culturale e sociale, si sono chiamati in campo gioco forza proprio le *humanities* come strumenti interpretativi per capire percezioni e rappresentazioni, vissuti, esperienze, storie e vite negate o spezzate. Il risultato è stato quello di un approccio alle problematiche psichiatriche meno difficile e più funzionale sul piano assistenziale. Lo stesso Basaglia affermava: "Nel momento in cui lo psichiatra si trova faccia a faccia con il suo interlocutore (il "malato mentale") sa di poter contare su un bagaglio di conoscenze tecniche con le quali - partendo dai sintomi - sarà in grado di ricostruire il fantasma di una malattia; avendo, tuttavia, la netta percezione che - non appena avrà formulata la sua diagnosi - l'uomo sfuggirà ai suoi occhi, perché definitivamente codificato in un ruolo che ne sancisce soprattutto un nuovo status sociale" [8]. Le competenze che l'infermiere in questi casi deve attivare sono volte quindi ad aiutare il soggetto a parlare della sua esperienza di malattia. "Raccontami la tua storia per capire chi sei, in primo luogo per te stesso al fine che io possa aiutarti a costruire e ri-costruire l'identità rotta a causa della malattia". Costruzione, ricostruzione e co-

costruzione assieme all'infermiere quale soggetto coinvolto in una relazione che, grazie alla narrazione di malattia diventa terapeutica, a partire dalla capacità di tessere quella rete identitaria sulla cui trama il paziente salda il suo vissuto di malattia/salute. E' in pratica quello che, sempre all'interno del percorso della medicina narrativa, viene chiamato come *therapeutic emplotment*³, cioè la costruzione di una trama narrativa di eventi storici relativi alla malattia.

Conclusioni

L'infermiere è portatore, come il paziente, di conoscenze, di saperi umanistici. Spesso parla in termini gergali per farsi capire dal suo interlocutore, usa nomi, appellativi, vezzeggiativi e altro a seconda dell'esigenza. Cerca nel suo fare ed essere assistenza, tutti quegli strumenti relazionali che gli permettano un risultato migliore sul piano umano, e a volte li va a pescare nel commento dell'ultima partita di calcio vista in tivù, nel film, nel libro letto, o nel colore della vestaglia indossata dal paziente, nella foto del nipote sul comodino, o nel commentare il taglio dei capelli. Non è solo gentilezza, cortesia o umanità, ma è qualcosa di più, è mettere in campo tutto ciò che antropologicamente connota gli esseri umani anche come prodotto culturale, e su questo costruire la relativa assistenza. Tutto ciò non può essere lasciato al caso, alla buona volontà, ma deve essere codificato, conosciuto, trasmesso, studiato, interiorizzato, ma soprattutto sentito e percepito. Le *medical humanities* nell'universo infermieristico e sanitario in generale si possono tradurre in un quesito semplice: "Perché, dopo averle studiate per anni, le materie umanistiche proprio nelle facoltà di Medicina, scompaiono?". L'aggiornamento professionale non può riguardare solo tecniche, interventi, strumenti e diagnosi, ma deve poter essere in grado di dotare il professionista di un bagaglio culturale utile a rapportarsi con la multidimensionalità antropologica del bisogno. Se non si è in grado di posizionare un catetere venoso periferico non è certo la conoscenza del romanticismo, del rock 'n roll o delle ultime novità della moda che possono risolvere un mero problema di incapacità. Di certo però se si è in grado di comunicare, interloquire, percepire, raccontare e narrare, sarà più facile costruire un *nursing patient centered*, creare una relazione di fiducia, un'assistenza funzionale, quel sostegno umano alla voglia di benessere delle persone e alla costruzione di una professione matura, libera dai vincoli di quei compiti e di quelle funzioni da svolgere che ancora la condizionano in maniera forte. L'assistenza non si fa raccontando storie, ma forse è proprio quando c'è bisogno di tutto (un riposo non saltato, un giorno di ferie, un collega in più nel turno, e via dicendo), un sogno, una storia, un'immagine o il semplice ricordo di Italia - Germania 4 a 3, aiutano ad assistere meglio, a trovare la via per comunicare, a cercare e trovare quelle risorse assistenziali utili al paziente, ai familiari, al servizio. E, utili a noi.

Bibliografia

- 1) Giarelli G. e Venneri E. (2009) *Sociologia della salute e della medicina*. Milano, Franco Angeli Editore, 512 p.
- 2) Zannini L. (2009) *Medicina Narrativa e medical humanities*, Atti del Convegno: Medicina narrativa e malattie rare - Roma, in Rapporti Istituzionali, 09/50:20.
- 3) AA. VV. (2009) *Medicina e letteratura*, Roma, Raccolta a cura di Spinsanti Sandro, Zadig Editore.
- 4) Dallari M. (1994) *Arte e didattica*. In: Bertolini P. (Ed.) *Sulla didattica*. Firenze: La Nuova Italia.
- 5) Zannini L. (2009) *Medicina Narrativa e medical humanities*, Atti del Convegno: Medicina narrativa e malattie rare - Roma, in Rapporti Istituzionali, 09/50:15-33.
- 6) Jones A. H. (1999) *Narrative in medical ethics in British Medical Journal*, 318:253-256 (23 January)
- 7) Paterson J. D. e Zderad L. T. (1976) *Humanistic nursing*, John Wiley & Sons, New York.
- 8) Basaglia F. (1967) *Che cos'è la psichiatria?*, Amministrazione Provinciale di Parma, 285 p.

L'accompagnamento nel cammino del lutto: studio delle criticità assistenziali

a cura di

Claudio Gennaretti

Infermiere presso Reparto di Clinica di Oncologia Medica, Ospedali Riuniti di Ancona



Abstract

L'assistenza ad un paziente terminale richiede un approccio oltre che infermieristico, anche psicologico e di empatia che va oltre a quella che viene considerata la normale routine di lavoro infermieristico. Ci si trova a dover allargare l'assistenza anche ai familiari che vivono le loro giornate al capezzale del paziente morente, i quali sono disorientati di fronte al loro caro sofferente, per cui vedono nell'infermiere il punto di riferimento, ancora più che col medico che tratta la patologia. L'elaborazione del lutto inizia proprio nel momento in cui il medico sottopone paziente e familiari ad una prognosi infausta; da qui il percorso di accompagnamento verso una "buona morte" potrebbe durare giorni così come mesi.

Parole chiave

Morte e morire, le cinque fasi del lutto, ruolo dei familiari, bisogni di chi muore, aspetti etici e deontologici.

Introduzione

L'accompagnamento dei familiari e del paziente verso l'espressione del lutto è quella fase in cui ci si ritrova senza il familiare a cui si è dedicato tutto il tempo disponibile durante le fasi che precedono la morte: fasi sicuramente dure da assimilare, ma altrettanto vero che sono condivise con l'infermiere che si prende cura del paziente. Pertanto il paziente diventa un nostro familiare, poiché entra nel nostro ambiente ospedaliero, così come l'infermiere diventa un familiare in quanto entrando nella vita del paziente e dei familiari, instaura un rapporto di fiducia e un punto di riferimento. Quando la fase che precede la morte della persona cara è stata preceduta da un lungo calvario della malattia, i sentimenti che dominano le persone che assistono sono molteplici, tra i quali la preparazione alla perdita del proprio familiare.

Per il familiare questa fase è la più delicata, forse dolorosa, però è anche la situazione in cui non sente tutta la responsabilità pesare sulle proprie spalle, poiché condivisa dai professionisti che hanno accompagnato l'assistito nella sua fase terminale.

Ritengo invece che la fase più drammatica sia quella post-morte, ovvero il familiare ritorna a casa propria da solo, senza la persona cara e senza l'infermiere che nel periodo precedente alla morte del parente aveva condiviso quei momenti delicati e dolorosi.

È in questa fase che nasce per il "portatore del lutto" la chiusura in sé stesso e la volontà di isolarsi dal resto del mondo, sicuramente causati dalla tensione accumulata negli ultimi giorni, dalla fatica fisica e mentale acquisita nel lungo periodo di malattia. Se prima il tempo non bastava mai, ora c'è troppo tempo; le persone cominciano così a rivivere il percorso vissuto e sentono il bisogno di rielaborare il tutto, proprio come raccontare un film, con gli stessi ambienti e gli stessi personaggi.

Qui subentra l'importanza dell'infermiere, che essendo anch'esso protagonista del film, può ascoltare il racconto in modo silenzioso, semplicemente lasciando piangere, lasciando parlare, lasciando raccontare.

È inutile in questa fase ribattere sulla trama del film, così tanto quanto è inutile far riflettere le persone che non sono in grado neppure di ascoltare; un semplice gesto, come un abbraccio o una carezza, esprimono più di mille parole.

Il cammino verso il lutto

Il modo in cui manifestiamo il lutto e il modo in cui si avvia, se si avvia, il suo esaurimento, dipenderà dal modo in cui percepiamo le perdite, dipenderà dalla nostra età e dall'età di quelli che piangiamo, dipenderà da quanto noi eravamo preparati, dipenderà dal modo in cui loro hanno dovuto soccombere alla morte, dipenderà dalle nostre risorse interne e dall'aiuto esterno, e certamente dipenderà dalla nostra storia precedente – dalla nostra storia con la persona morta e dalla nostra storia personale di amore e di perdita." (Sigmund Freud).

Sia il paziente che l'infermiere esprimono determinate sensazioni durante il percorso malattia à morte.

Non c'è una fase più importante dell'altra, tutte sono importanti e tutte sono anelli di una catena, i quali fanno forza se sono ben intersecati l'uno con l'altro altrimenti il lutto diventerà un vissuto drammatico sia per il paziente, che per i familiari, ed anche per l'infermiere che è coinvolto nell'assistenza.

Le cinque fasi del lutto:

RIFIUTO

PAZIENTE

Essendo molti pazienti a conoscenza della loro prognosi infausta, vivono la quotidianità in maniera naturale, semplicemente creandosi una corazza che consente di rendere i parenti, ma anche loro stessi privi di pensieri. Ciò può servire a proteggersi dal confronto continuo con una realtà molto dolorosa, consentendo al malato stesso di continuare a vivere una vita in maniera spensierata.

INFERMIERE: Dovrebbe cercare di elaborare il concetto di malattia e quindi di morte collaborando con il paziente stesso ed anche con i suoi familiari, proprio perché il rifiuto potrebbe essere causa di ritardo nell'accettazione delle cure. Pertanto, presentare e rinforzare l'informazione da parte dell'infermiere in modo diretto e gentile può facilitare il superamento della negazione affinché possa proseguire nelle fasi successive.

RABBIA

PAZIENTE: Perché proprio a me...?

La risposta della rabbia è spesso la più difficile per i familiari o per chi assiste i pazienti, che pur non essendo loro la fonte della rabbia, ne divengono spesso il bersaglio.

Il paziente potrebbe rifiutare ogni trattamento, potrebbe rifiutare il cibo, tende ad isolarsi e a chiudersi in sé stesso, allo scopo di facilitare il decorso della malattia.

INFERMIERE: E' forse qui che si vede la vera capacità dell'infermiere ad assistere un malato in tutta la sua completezza. Questa diventa una fase di assistenza psicologica e morale, nella quale la terapia passa in secondo piano. Ho sentito dire spesso, forse troppo, non c'è tempo, abbiamo venti pazienti e siamo in due. Si preferisce lasciare il nostro assistito da solo, in preda alla sua rabbia, augurandoci che prima o poi gli passi, in fondo deve morire...

PATTEGGIAMENTO

PAZIENTE: E' un mezzo per cercare di post-porre l'inevitabile. Può verificarsi ad esempio con la ricerca di terapie che gli possono dare un affare migliore: la vita. Questa tappa è comunque definita transizionale, in quanto è a cavallo tra la consapevolezza dell'essere ammalati e la fase di depressione.

INFERMIERE: In questa fase ci accorgiamo che il paziente quasi si raccomanda con noi affinché riusciamo a trovare una strada giusta affinché lui guarisca. Non credo però che le false illusioni lo aiutino e ci aiutino a migliorare il suo status. Sarebbe bene incoraggiare il paziente, ma non dandogli troppe false aspettative.

DEPRESSIONE

PAZIENTE: Il paziente comincia a perdere tutte le energie e le speranze. In questo periodo tende ad estraniarsi dal mondo, rifiutando cibo e terapie, rifiutando anche le visite di amici e parenti.

INFERMIERE: Può facilitare questo periodo prestando l'assistenza in orario e gentilmente, controllando il paziente di frequenza, ma senza obbligarlo allo scambio verbale. In questa fase può essere utile sostituirsi, per quanto possibile, ai familiari, che si ritrovano ad essere impotenti nel vedere la sofferenza di un loro caro, sommata alla loro per la imminente perdita di un congiunto.

ACCETTAZIONE

PAZIENTE

E' l'ultima fase del processo di malattia prima della morte. E' la fase che rende più disorientati i familiari, in quanto vedono il loro caro che vive come in una pace distaccata, con scarsa espressione emotiva e che comincia a ritirarsi dal coinvolgimento nella vita. Raramente il paziente decide di morire a casa, pertanto il/i familiari divengono i soggetti interessati in prima linea, soli, senza l'aiuto di professionisti.

INFERMIERE

Prima della dimissione, sarebbe buona cosa informare ed addestrare i familiari, istruendo loro riguardo la morte a domicilio, ed assicurandoli sul fatto che restiamo sempre ed in caso di necessità un loro punto di riferimento. Tuttavia sarebbe bene informare i familiari dell'esistenza di strutture apposite, gli hospice, in grado di fornire ottima assistenza ai loro familiari e sicuramente più accoglienti della struttura ospedaliera; realtà che purtroppo viene presa poco in considerazione dai medici che hanno in carico il paziente, per cui il paziente si trova a morire nella stessa struttura in cui era entrato, magari camminando.

Ruolo della famiglia

Anche i familiari vivono la fase terminale della malattia di un loro congiunto, attraverso delle fasi, che sono diverse da quelle vissute dal protagonista.

Di fatto i familiari sono spesso al corrente della "verità" per cui possono elaborare proprie fasi del lutto che potrebbero aiutare così come compromettere la stessa elaborazione del lutto da parte del loro congiunto.

È anche per questo motivo che l'infermiere deve allargare le proprie conoscenze anche su chi circonda l'ammalato, proprio onde evitare che il nostro lavoro fallisca nel caso in cui i familiari col loro comportamento rallentino o blocchino completamente il bisogno del malato di compiere il proprio percorso nell'elaborazione del lutto.

Il professionista dovrà individuare il referente familiare per attivare la propria comunicazione, se ciò non avviene si possono creare delle fratture che rendono nel tempo impraticabile lo svolgersi di una relazione entro il triangolo infermiere-malato-famiglia. Molto spesso il malato che è al corrente del proprio quadro clinico, assume un copione di ambiguità, solo per non far soffrire i propri cari che a loro volta essendo al corrente della verità, si comportano nello stesso modo.

Si crea quindi una sorta di muro che impedisce il libero dialogo e che di conseguenza ostacola il malato nel fisiologico percorso

verso la morte.

L'infermiere che si trova al centro della catena dovrà essere in grado di spezzare questo silenzio ed attivare una comunicazione autentica coi familiari, la quale potrà influenzare in maniera positiva l'adattamento del paziente e la sua capacità di riconoscere e manifestare le sue vere esigenze.

Gli atteggiamenti sui quali si impronta la reazione della famiglia nei confronti del malato e dell'equipe curante sono:

Negazione: la famiglia si fa notare per il suo essere assente psicologicamente e spesso anche fisicamente, fingendo che tutto sia rimasto come prima. In questo caso è fondamentale che i sanitari richiamino ad un maggiore coinvolgimento, affinché al congiunto non sia negata l'assistenza di cui necessita.

Distanziamento: in questo caso la famiglia è presente, ma resta ai margini di una relazione nella quale non vuole o non può sentirsi coinvolta dal punto di vista emozionale. I familiari stessi tendono a delegare la struttura sanitaria, sulla quale si tende a scaricare ogni *Responsabilità*: ad esempio vengono sollecitati ricoveri anche quando l'assistenza potrebbe essere effettuata a domicilio con pari efficacia; il membro morente viene tenuto a distanza di sicurezza. Qui il personale infermieristico deve sollecitare un coinvolgimento maggiore, ponendo attenzione a non sconvolgere l'equilibrio, seppur instabile, del sistema familiare, nel quale sembra importante il rispetto della giusta distanza.

Ipercoinvolgimento: la famiglia si mostra invadente nei confronti dell'equipe curante e dell'ambiente ospedaliero, e la sua presenza appare eccessiva a quanto sarebbe auspicabile. Il malato stesso, che tenta di essere autonomo, rischia il soffocamento da troppe attenzioni, che per quanto spontanee e premurose, spesso non rispondono alle sue reali esigenze. L'atteggiamento invadente dei familiari va contenuto dagli infermieri, i quali dovranno impegnarsi a mantenere un contatto diretto col paziente, nonostante la barriera isolante intorno a lui.

Costruttivo e funzionale: tiene conto delle effettive esigenze del malato, che pondera realisticamente tali richieste alla luce delle risorse familiari disponibili momento per momento. Il carico di responsabilità viene ripartito equamente tra i membri del sistema familiare e nella presa di decisioni si tende a coinvolgere il più possibile il malato. i rapporti tra infermiere-malato-familiari sono sostenuti da una comunicazione efficace, di tipo circolare e non ambigua.

È questo l'atteggiamento auspicabile, quello che occorre saper promuovere e valorizzare nel reciproco interesse di malati, familiari e personale curante.

Bisogni di chi muore

Una persona che sta avvicinandosi alla dipartita ha dei bisogni che non sono prioritari l'uno rispetto all'altro, ma sono tutti anelli di una catena che si intersecano fra loro affinché il percorso sia dignitoso e il soggetto continui a mantenere la stessa personalità che l'ha accompagnato per tutta la vita.

L'elenco dei bisogni di un paziente terminale possono essere così riassunti:

il bisogno di sicurezza: esso nasce a fronte dell'angoscia dell'abbandono; la situazione degenera e il malato, indipendentemente dal livello di consapevolezza, può percepire un progressivo allontanamento dalle cure più impegnative, quelle che erano state prescritte per guarire o comunque per fermare il male. È qui che l'infermiere deve trasmettere al proprio paziente la volontà di non abbandonare, ma di prendersi cura di lui fino all'ultimo respiro.

il bisogno di appartenenza: quando è soddisfatto, anche chi è progressivamente sempre meno presente ed efficiente può continuare a sentirsi parte di qualcosa che conta, elemento di una rete affettiva che lo accoglie e non lo emargina in quanto peso a carico. Una solida rete di rapporti influenza fortemente il mantenimento del senso di appartenenza; il ruolo del malato nella rete gradualmente cambia, a mano a mano che egli perde autonomia e diviene sempre più dipendente dagli altri membri, siano essi familiari o infermieri.

il bisogno di amore: tutto ciò che bisogna mettere in campo per uno scambio affettivo intenso, nella consapevolezza della fine imminente della persona, può rendere la soddisfazione di questo bisogno impraticabile ed intollerabile.

A volte questo bisogno viene sottostimato o non considerato in quanto si è presi dal gestire richieste urgenti e più concrete. Un rapporto intensamente vissuto fino all'ultimo con consapevole serenità di fondo da entrambe le parti, invece, costituisce un obiettivo di sublime livello, per quando difficile da realizzare.

Il bisogno di comprensione: l'essere compresi presuppone di poter essere ascoltati ed ascoltare, avendo la possibilità di fare domande critiche e ricevendo risposte adeguate; il come e quando usufruire di tale possibilità rientra tra i diritti del morente. Il rapporto dei professionisti sanitari e dei familiari stessi permette di capire cosa, quando e quanto può essere detto, o quando e quanto conviene tacere.

Non c'è nulla che debba essere detto per forza o considerato inesprimibile, ma ciò che è indubbio è recuperare un rapporto di dialogo se durante le fasi precedenti non erano state impostate delle basi di dialogo, preferendo ad esso la rassegnazione all'incomunicabilità.

Il bisogno di accettazione: è basato dal potersi riconoscere ed essere riconosciuti nella propria dignità, anche e soprattutto nella progressione della malattia, quando i segni di decadimento delle funzioni fisiche, cognitive ed emotive si fanno più evidenti e il rischio di distanziamento e di solitudine è sempre più forte.

Il bisogno di autostima: la percezione del proprio decadimento e la consapevolezza del distacco dalla propria esistenza mette a dura prova la stima di sé. Se si sollecita il malato nel mantenimento di un ruolo decisionale attivo, coinvolgendolo, fin dove possibile, almeno nelle scelte che lo riguardano, si evita di lasciare che si adagi anzitempo in una posizione completamente passivo-dipendente.

Il bisogno di fiducia: in assenza di questa vengono a mancare i presupposti per essere efficaci nella relazione d'aiuto con chi sta morendo; la soddisfazione di questo bisogno si fonda ancora una volta su una rete di rapporti, fondati su disponibilità a comunicare ed ascoltare. Creare perciò intorno al paziente che sta morendo tale disponibilità, significa dargli la possibilità di manifestare i suoi stati emotivi, compresa l'angoscia.

Aspetti etici e deontologici

L'etica è quella disciplina filosofica che studia le norme che regolano il comportamento e le scelte umane, i valori e i principi a cui esse si ispirano; in parole povere cerca di dare risposte alla correttezza o meno di un'azione, e qual è il principio che decide del bene o del male.

Il Codice Deontologico ha l'obiettivo di identificare il patrimonio e le finalità di una data professione, di renderlo manifesto e di tutelare, fissandone i confini, la professione da interferenze esterne, oltre che l'obiettivo di regolamentarne la professione alla luce di un'etica generalmente condivisa.

Il 12 febbraio 2008 il Nuovo Codice Deontologico è stato presentato ai Presidenti di Collegio provinciali ed ai presidenti o referenti delle associazioni professionali, dal 28 febbraio 2009 è entrato in vigore ufficialmente. Citerò ora solo alcuni dei vari articoli che dimostrano come oltre all'avanzamento della tecnologia scientifica e medica debbano adeguarsi anche le norme di comportamento di un professionista sanitario rispetto al vecchio codice deontologico, che sono vincolanti e la loro inosservanza è punita dal Collegio professionale stesso.

Art. 34: l'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Art. 35: l'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Bibliografia

- Veronesi U. Una carezza per guarire, Milano, Sperling & Kupfer, 2005
 Veronesi U. Il diritto di morire, Milano, Mondadori, 2005
 Veronesi U., De Tilla M. Nessuno deve scegliere per noi, Sperling & Kupfer, 2007
 Lessico T. Il tempo del male e del bene, Milano, Bompiani, 2005
 De Hennezel M. La morte amica, Milano, Bur, 2007

Art. 36: l'infermiere tutela la volontà dell'individuo di porre limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Art. 37: l'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

Art. 38: l'infermiere non attua e non partecipa ad interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

Art. 39: l'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nell'evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e dell'elaborazione del lutto. Quando un infermiere si trova ad assistere un paziente terminale, si pone con certezza alcune domande, che per forza di cose vanno a toccare la sfera dell'etica e della deontologia.. Non essendoci un testamento biologico a cui far riferimento, ci si trova nella situazione in cui la vita del paziente è appesa alle decisioni dei familiari, ed in mancanza di questi sta al medico decidere fin dove arrivare.

La morte del paziente è sempre vissuta come una sconfitta personale, sia per medici che infermieri, quando invece a mio avviso la vera sconfitta è nel vedere un paziente a nostro carico che perde giornalmente la propria dignità di vivere. Quali sono i confini, e chi ha il potere per decidere di questi?

La risposta da quello che ho potuto vedere non c'è; si tende in maniera ostinata e fino all'ultimo di curare una persona, trascurando il fatto che ogni soggetto è un avente diritto alla propria personalità.

La Costituzione della Repubblica Italiana nell'art. 32 cita: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Attualmente in Italia si parla molto a proposito di un eventuale "testamento biologico" Esso è l'espressione della volontà da parte di una persona (testatore), fornita in condizioni di lucidità mentale, in merito alle terapie che intende o non intende accettare nell'eventualità in cui dovesse trovarsi nella condizione di incapacità di esprimere il proprio diritto di acconsentire o non acconsentire alle cure proposte (consenso informato) per malattie o lesioni traumatiche cerebrali irreversibili o invalidanti, malattie che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione.

Conclusioni

Con lo studio da me effettuato, ho potuto notare come questo argomento sia sconosciuto dalla quasi totalità degli infermieri, i quali si trovano ad agire per una sorta di istinto personale, che non essendo basato su evidenze scientifiche note, risulta non essere il più adatto alle esigenze di chi riceve assistenza.

Dai dati raccolti grazie ai questionari somministrati, si palesa che circa il 23 % degli infermieri conosce a grandi linee le dinamiche psicologiche che si manifestano nella persona a cui è stata diagnosticata una prognosi infausta, seppur tra questi, non vi è nessuno che abbia risposto correttamente a tutte le domande. La conclusione più semplice che mi viene da fare è che la preparazione universitaria, senza distinzione tra diploma e laurea, non ci ha trasmesso degli insegnamenti mirati alla conoscenza del lutto in tutte le sue forme, e quindi ci ha lasciati un vuoto su ciò che a mio parere, è di fondamentale importanza nell'assistenza al paziente.

Brennan B.A. Luce Emergente, Milano, Corbaccio, 2004

Healt I. Modi di morire, Bollati Boringhieri, 2008

Pozzi L. Vita mondo cancro, Ipp, 2007

Zozzini S. Cancro di segno...e di fatto, Ambrosiano, 2002

Zachert C. e I. Ci vediamo nel mio paradiso, Tea, 1998

Tognoni G. La lucidità dei malati terminali. Assistenza infermieristica e ricerca 2004; (3) 66-68

Sicurezza del paziente in sala operatoria: Posizionamento dell'operando sul letto operatorio e complicanze da errata procedura

a cura di

Daniele Bassotti - Infermiere Blocco Operatorio Ospedali Riuniti di Ancona

Domenico Lombardi Fortino - Infermiere Sala Operatoria Ospedale Geriatrico
INRCA di Ancona



Abstract

Da molti anni si parla del corretto posizionamento della persona sul letto operatorio, ovvero di poter prevenire le lesioni da postura. Tra i professionisti c'è ancora caos fra i principi e le responsabilità durante questa tappa indispensabile di preparazione all'atto chirurgico.

Le complicanze conseguenti a un'errata procedura possono avere conseguenze importanti sia per il paziente che per il team, anche da un punto di vista etico e morale.

Nell'ottobre 2009 è stato presentato dal Ministero della Salute il «Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist», quale utile strumento per il miglioramento della qualità e della sicurezza nell'erogazione di prestazioni, con il fine di prevenire eventuali incidenti peri operatori e la buona riuscita degli interventi chirurgici.

Il suddetto manuale è composto da 16 obiettivi e il numero quattro è dedicato alla problematica in esame.

La sicurezza del paziente dipende dalla capacità del sistema di ridurre le possibilità di errore attraverso opportune procedure di prevenzione. Per fare ciò, il rischio clinico deve essere conosciuto e controllato.

Parole chiave

- Sicurezza in sala operatoria;
- Rischio clinico;
- Raccomandazioni;
- Checklist.

Introduzione

L'alta professionalità del personale che gestisce il posizionamento del paziente nelle sale operatorie, molteplici accorgimenti generali e l'esecuzione di manovre corrette, purtroppo, in alcuni casi, non sono sufficienti a impedire il verificarsi (non frequentemente per fortuna) di lesioni. Le principali posizioni chirurgiche sono quattro, con la possibilità di varie modifiche¹.

A queste sono associabili eventuali complicanze, che tuttavia non sempre derivano da un posizionamento scorretto.

Le lesioni (danni fisici) che più comunemente vengono a crearsi sono quelle da stiramento e/o compressione di nervi o radici, derivanti da prese malfatte o da recuperi improvvisi dei disequilibri delle articolazioni del paziente anestetizzato, o ancora da incauti od obbligati posizionamenti all'estremo delle possibilità di escursione articolare. Il posizionamento del paziente sul letto operatorio rappresenta un momento fondamentale della preparazione dell'operando all'intervento chirurgico e coinvolge tutte le figure presenti in sala operatoria², le quali hanno dei ruoli e delle funzioni diverse. In altre parole "Tutti i componenti dell'équipe operatoria condividono la responsabilità per il corretto posizionamento del paziente, collaborano all'identificazione ed esecuzione della posizione che garantisce la migliore esposizione chirurgica in relazione al tipo di intervento ed alla tecnica chirurgica, compatibilmente con la necessità di assicurare la sorveglianza anestesologica e le condizioni ottimali di omeostasi respiratoria e cardiovascolare, evitando di procurare danni fisici da compressione e/o stiramento di strutture nervose, articolazioni e/o tessuti"³.

Definizione

La posizione para-fisiologica è quella che assume il paziente sul letto della sala operatoria per permettere l'esecuzione delle manovre diagnostico-terapeutiche e anestesologico-chirurgiche di cui necessita.

Le responsabilità

L'attività infermieristica di sala operatoria non è mai stata regolamentata con norme.

Anche durante la vigenza del mansionario l'unica norma che trattava delle mansioni di sala operatoria specificava che "competenza dell'infermiere professionale è l'assistenza al medico nelle varie attività di reparto e di sala operatoria".

Nel «Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist», l'obiettivo numero quattro recita:

"La direzione sanitaria aziendale deve adottare una pro-

nervoso.

1) Galvagni M, Perini C, L'infermiere in sala operatoria, McGraw Hill, giugno 2010.

2) Figura 1 - La collaborazione dell'équipe operatoria (I principali attori).

3) Ministero della Salute: Home > Il portale informa > Focus - 2010 > Sicurezza in sala operatoria > Preparare e posizionare in modo corretto il paziente

4) Figura 2 - Presupposti per un corretto posizionamento.

5) La lesione da compressione comporta un danno nervoso secondario a ischemia provocata da un flusso ematico insufficiente ai tessuti nervosi.

6) La lesione da stiramento costituisce un danno diretto del tessuto

7) Magni G, Campochiaro G, Poggioli B, Posizionamento e controllo dei pazienti durante gli interventi chirurgici, Johnson & Johnson Medical, Sala Operatoria, anno 37 - numero 4 - 2010.

8) Figura 3.

9) L'eccessiva abduzione del braccio oltre i 90° e il capo è ruotato dalla parte opposta rispetto all'arto superiore in apertura.

10) Compressione contro supporti rigidi o appoggio involontario da parte dell'équipe chirurgica.

11) Tunnel che il nervo ulnare attraversa per passare dall'avambraccio alla mano.

Figura 1



cedura per il corretto posizionamento dei pazienti e per le tecniche da adottare nelle diverse tipologie di interventi, con particolare riferimento alle manovre da evitare. La procedura deve anche prevedere un addestramento specifico degli operatori.

L'anestesista deve controllare e verificare il corretto posizionamento del capo e assicurare la pervietà delle vie aeree. L'infermiere di sala operatoria deve posizionare il paziente secondo le indicazioni del 1° operatore e dell'anestesista ed assicurare la protezione dei punti di compressione".

Mentre per quanto riguarda il medico chirurgo (1° operatore) possiamo affermare che identifica la posizione che garantisce la migliore esposizione chirurgica, compatibilmente con le necessità del caso e la indica nel programma operatorio.

Possiamo quindi affermare che tra gli obiettivi primari dell'équipe chirurgica c'è anche la prevenzione delle complicanze (tutela della sicurezza; prevenzione di lesioni da posizionamento)⁴.

Implicazioni assistenziali

E' oramai noto che il ruolo dell'infermiere in sala operatoria è ad elevata complessità assistenziale, legata all'instabilità delle funzioni vitali della persona, all'intensità, alla complessività, alla tempestività e alla continuità delle prestazioni erogate.

La posizione del paziente, essendo parte integrante dell'intervento, varia in base alla tipologia della procedura chirurgica, in quanto differente è la regione anatomica da esporre: essa permette l'intervento chirurgico, ma, nello stesso tempo, è essenziale per garantire il comfort e la sicurezza del paziente (integrità corporea), salvaguardandone le funzioni vitali che potrebbero essere compromesse a causa di una negligenza.

La funzione respiratoria è costantemente alterata a causa della sindrome restrittiva provocata dall'anestesia generale, tuttavia, le conseguenze cliniche si riscontrano solo nel soggetto predisposto e in alcune posizioni che limitano l'espansione polmonare.

L'anestesia parziale o totale, annullando la percezione del dolore e riducendo le possibilità dell'operando di poter segnalare il disagio agli operatori, rende il paziente meno collaborativo e, di conseguenza, vulnerabile

Anche la durata dell'atto chirurgico può giocare un ruolo importante dato che, molto spesso, il paziente è costretto ad assumere posizioni non fisiologiche per lungo tempo.

La necessità di fare ricerca in questo ambito nasce sia dalle problematiche sorte in sala operatoria (per esempio gli eventi avversi), sia dalle testimonianze di chi ha vissuto dei disagi post chirurgici dovuti a posture sul letto operatorio

errate od obbligate per lungo tempo senza un idoneo utilizzo di presidi antidecubito.

Le lesioni che possono derivare da posture non fisiologiche assunte per tempi lunghi possono essere transitorie, come neuropatie da schiacciamento o stiramento che potrebbero risolversi nel giro di 24/48 ore, oppure essere di lunga durata come ustioni o ulcere da decubito, fino ad esitare in danni permanenti.

Questo scritto scaturisce dall'elaborazione di un confronto con colleghi che operano in diverse strutture sanitarie focalizzando l'attenzione nei seguenti punti:

- utilizzo di linee guida durante la procedura di posizionamento ed uso di una checklist in materia di sicurezza;
- uso appropriato ed ottimale delle risorse (umane, strutturali e tecnologiche);
- miglioramento dell'efficacia qualitativa delle prestazioni erogate;
- condivisione delle conoscenze scientifiche da parte di tutti gli operatori.

Fattori di rischio

Dall'evidenza scientifica è emerso che i fattori di rischio responsabili, con maggior frequenza, di danni posturali sono:

- immobilità intra operatoria;
- fattore tempo.

Sono diverse le classificazioni del rischio: possiamo infatti suddividerlo in *estrinseco* ed *intrinseco* al paziente.

I fattori di rischio intrinseci al paziente sono:

- l'età: i pazienti anziani sviluppano più rapidamente lesioni da decubito, in quanto percentualmente più soggetti a patologie ed in particolare a quelle che interessano il sistema circolatorio e il sistema nervoso.

- il peso corporeo: i pazienti con corporatura magra ed i pazienti obesi sono quelli predisposti a sviluppare, con maggiore facilità, lesioni da compressione in quanto la pressione esercitata dalla massa grassa e dai segmenti ossei sui nervi e sui vasi, nei primi, e la difficoltà di una corretta perfusione ematica, nei secondi, compromettono la regolare irrorazione dei tessuti interessati dalla pressione medesima. La pressione risulta essere il fattore patogenetico più rilevante. La pressione fisiologica che si sviluppa a livello della circolazione capillare è di 32 mmHg, compressioni esterne che superano questo valore sono da considerarsi di tipo patologico e riducono l'apporto ematico nei distretti interessati generando una sofferenza tissutale che, a cascata, determina: ischemia, ipossia, acidosi, eritema, accumulo di cataboliti tossici e infine necrosi cellulare. Le lesioni visibili sono il risultato di una sequenza di danni a carico del distretto interessato, che spesso prende la forma di un cono la cui base è posta a livello del piano osseo e l'apice a livello cutaneo. E' dimostrato che una pressione variabile tra i 60-70 mmHg che venga mantenuta per 2 ore può essere sufficiente a determinare un danno irreversibile.

Figura 2



- la terapia assunta.
- il calore.
- lo stato nutrizionale.
- l'umidità: rende la cute più fragile e la espone a fenomeni di macerazione ed alterazione del pH fisiologico riducendo le difese immunitarie.

I fattori di rischio estrinseci al paziente possono essere sintetizzati come segue:

- la durata dell'atto chirurgico;
- la procedura chirurgica;
- la tipologia di anestesia scelta in base al tipo di intervento;
- la frizione: la forza esercitata da due superfici che sfregano l'una contro l'altra genera calore. Gli effetti sono potenziati in seguito ad un'esposizione prolungata della cute all'umidità (liquidi biologici, soluzioni utilizzate durante l'intervento);
- le forze da stiramento: si attuano quando c'è un progressivo scivolamento di due piani sovrapposti l'uno sull'altro;
- la superficie di appoggio del tavolo operatorio;
- i dispositivi di sicurezza utilizzati per il mantenimento della posizione.

Altri fattori che risultano essere difficilmente gestibili durante la fase peri operatoria, ma che potrebbero essere ridotti con un'attenta ed efficiente cura preparatoria sono:

- la presenza di malattie croniche;
- le lesioni cutanee preesistenti;
- lo stato di idratazione e nutrizione del paziente;
- la concomitanza di più patologie.

Le principali posture

Il corretto posizionamento dell'operando sul tavolo operatorio mira ad esporre in maniera ottimale il sito chirurgico e a facilitare le manovre chirurgiche, inoltre non deve ostacolare le procedure anestesologiche previste e non previste, tenendo conto delle specifiche caratteristiche fisiche del paziente.

Esistono molteplici posture, le quali sono adottate, per esempio, dall' U.O. di Ortopedia e Neurochirurgia, che utilizzano vari accessori ed addirittura tavoli operatori dedicati al tipo di chirurgia (tra cui la testiera di Mayfield, assistente per chirurgia della spalla, letto di Scaglietti per la trazione transchetrice ecc.), ognuno dei quali predispone il paziente a diversi fattori di rischio.

Le principali posture si identificano in:

- decubito dorsale (supino) supina: occipite, scapola, gomito, sacro, talloni;
- decubito laterale: orecchio, spalla, gomito, trocantere, ginocchio mediale, malleolo, piede;
- decubito prona: fronte, naso, mento, dita, torace, petto genituali, cresta iliaca, rotula e fianco dei piedi;
- decubito semiseduto/seduto: gomito, gluteo, sacro, genitali, talloni, piede.

Le complicanze del decubito dorsale

In base all'apparato coinvolto le complicanze possono essere suddivise in varie categorie di lesioni:

- *lesioni da attrito*: si instaurano in seguito a scivolamento della cute del paziente sulla superficie d'appoggio; si manifestano in maniera superficiale con abrasioni o manifestazioni più profonde di tipo bolloso, interessando un'area più vasta del corpo;
- *le lesioni da taglio*: si verificano quando interviene uno spostamento solo della superficie e il paziente resta fermo;
- *le ulcere da pressione*: possono instaurarsi per un'esacerbazione dei precedenti fattori. Si manifestano per una ridotta perfusione tissutale derivante da un'eccessiva e prolungata esposizione a forze di gravità che ostacolano la normale ossigenazione dei tessuti; le ischemie che si verificano possono essere di tipo transitorio o permanente. I danni che

Figura 3



ne derivano possono manifestarsi in tempi brevi od anche a distanza di parecchi giorni;

- *Iperemia reattiva*: si manifesta in seguito a micro-ischemie per pressioni intermittenti, la cute manifesta un accentuato arrossamento che scompare con la digito pressione. Questo fenomeno di solito regredisce spontaneamente in assenza di ulteriori compressioni o può progredire fino ad esitare in ulcere se la causa scatenante non dovesse essere rimossa tempestivamente;

- *l'alopecia*: si manifesta in seguito ad una prolungata compressione dell'occipite verso una superficie, in quanto viene compromessa la vitalità dei bulbi piliferi;

- *la compressione del bulbo oculare*: specialmente nel posizionamento del paziente in posizione prona, l'occhio può essere sottoposto a compressione per l'utilizzo di accessori in maniera erronea; si possono instaurare anche lesioni corneali derivanti da una mancata protezione dell'occhio con prodotti idratanti e schermanti.

- *le neuropatie*: i principali meccanismi lesionali sono la compressione⁵ (la lesione nervosa è proporzionale alla durata della compressione) o lo stiramento⁶ (provoca lesioni proporzionali alla sua entità che variano da rottura dei vasi epineuronali, con conseguente formazione di zone ischemiche del nervo, fino ad una necrosi delle fibre nervose ed ematoma endonervoso con gravi danni neuronali) delle strutture nervose. Si distinguono tre gradi di compromissione delle strutture nervose periferiche (neuroprassia, assonotmesi, neurotmesi)⁷. Generalmente più il nervo è lungo più aumenta la possibilità che venga schiacciato, l'utilizzo inoltre di miorellassanti in anestesia generale riduce la tonicità muscolare esponendo il paziente al rischio di lesioni per movimenti non in sicurezza. Spesso anche gli accessori, utilizzati per evitare l'instaurarsi di complicanze post operatorie o mantenere l'accesso chirurgico ben esposto, determinano stiramenti. Le più frequenti sono a carico dell'arto superiore, quindi il plesso brachiale, seguono il nervo ulnare e il nervo radiale⁸.

Le lesioni del *plesso brachiale* sono quasi sempre dovute ad un trauma (diretto, con frattura o lussazione) e/o ad una componente di stiramento di origine periferica o centrale che può comportare persino uno strappo delle radici nervose⁹. La compressione ha un ruolo secondario¹⁰. Gli effetti della lesione si possono dividere in superiori (il deficit motorio si distribuisce principalmente a livello della spalla e del braccio) e inferiori (il deficit motorio interessa principalmente i piccoli muscoli e i flessori della mano).

Il *nervo ulnare* è un nervo misto (contiene fibre motorie e sensitive), innerva alcuni muscoli della mano, delle dita e la cute del lato ulnare dell'avambraccio e della mano del 4° e 5° dito. La compressione del nervo ulnare può avvenire a livello della doccia olecranea del gomito (particolarmente vulnerabile) e a livello del polso (canale di Guyon)¹¹. Gli effetti della lesione si manifestano con l'abolizione dell'estensione delle ultime due falangi del V° dito, dei movimenti

di adduzione e abduzione di tutte le dita e con ipoestesia del lato ulnare dell'avambraccio, della mano e del IV° e V° dito. Anche il *nervo radiale* è un nervo misto, innerva tutti i muscoli del gruppo posteriore del braccio e dei gruppi posteriore e laterale dell'avambraccio. Innerva, inoltre la cute posteriore del braccio, dell'avambraccio e del I°, II° e III° dito. La lesione si manifesta con deficit nei movimenti di flessione e supinazione dell'avambraccio, di estensione della mano e delle dita, di abduzione della mano e deficit di lateralità del polso.

Le lesioni a carico dell'arto inferiore possono interessare i nervi peroneale, safeno, sciatico, femorale.

Conclusioni

In letteratura sono presenti diverse indicazioni che dovrebbero essere applicate durante il periodo peri operatorio dal personale infermieristico di sala.

La valutazione del paziente durante la visita pre operatoria rappresenta il primo punto.

La visita pre operatoria, esperienza già nota ai colleghi anglofoni, condotta anche dal personale infermieristico di sala, rappresenta il momento in cui l'infermiere valuta il paziente, ne evidenzia le particolarità e le eventuali limitazioni fisiche che potrebbero compromettere sia un'ottimale

condotta anestesiológica, che un adeguato posizionamento sul tavolo operatorio (presenza di protesi limitanti l'esposizione chirurgica, patologie preesistenti ecc.).

Con una corretta valutazione pre operatoria si è dimostrata una concreta e significativa riduzione dei rischi e danni posturali per il paziente. Tale argomento è commentato nella prima fase (sign in) delle checklist della sala operatoria.

Un check completo del tavolo operatorio e di tutti i suoi annessi, prima di trasferirvi il paziente, è imperativo (controllo dei vari presidi ed accessori, dei dispositivi di fissaggio, dei vari supporti, della disponibilità di superfici antidecubito).

In ultimo la collaborazione di tutti i componenti dell'equipe chirurgica, oltre ad una condivisione delle informazioni relative alle caratteristiche psicofisiche del paziente, porta sicuramente ad una prestazione assistenziale di livello ottimale.

La Direzione sanitaria aziendale deve adottare una procedura per il corretto posizionamento dei pazienti e per le tecniche da adottare nelle diverse tipologie di interventi, con particolare riferimento alle manovre da evitare. La procedura deve anche prevedere un addestramento specifico degli operatori.

La formazione e l'addestramento rivestono, ancora una volta, un ruolo fondamentale nella riuscita di un programma di prevenzione.



Bibliografia

Luigina Zanier (Afd; Coordinatrice blocco operatorio Ospedale di Tolmezzo -UD), *Posizionamento del paziente in sala operatoria*, L'Infermiere 1/2009.

- Atti del congresso STAT svoltosi ad Udine 24-26 Febbraio 2010.

- Paul G. Barash *Anestesia Clinica*, Antonio Delfino Editore 2004 pg 639-650.

- Ministero della Salute, *Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e checklist*, Ottobre 2009.

- S. Pierri, *Posizionamento del paziente sul tavolo operatorio. Prevenzione delle complicanze da errata postura e utilizzo delle superfici antidecubito*, AICO Vol. 21, 2009 – Fasc. 2.

- Brunner Suddarth, *Infermieristica medico-chirurgica*,

Casa editrice Ambrosiana Vol I – III edizione 2006.

- AA. VV., *Programma di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito*, Agenzia Regionale della Sanità, febbraio 2006, 5, 6, 9, 11-16, 18-23, 26, 41, 42.

- Romano E., *Anestesia Generale e Speciale*, UTET, 2000, 1°, 217.

- Paul G. Barash, Bruce F. Cullen, Robert K. Stoelting; *Anestesia Clinica*, Antonio Delfino Editore, 2004, 639-650.

- Galvagni M, Perini C, *L'infermiere in sala operatoria*, McGraw Hill, giugno 2010.

- Magni G, Campochiaro G, Poggioli B, *Posizionamento e controllo dei pazienti durante gli interventi chirurgici*, Johnson & Johnson Medical, Sala Operatoria, anno 37 – numero 4 – 2010.

Sitografia

- www.evidencebasednursing.it

“Prevenzione dei danni da compressione durante un'Intervento Chirurgico”;

- www.nursingcenter.com

“Preventing intraoperative positioning injuries, Nursing

Management”;

- www.salute.gov.it

“Sicurezza in sala operatoria”.

- www.aorn.org

“Linee Guida AORN Journal, Jan, 2001”

Anziano al pronto soccorso: nascita del punto di primo intervento in geriatria nella Regione Marche

a cura di

Fiorentini Rita - Tutor e Docente C.L.I. Ancona

Martini Alberto - Infermiere

Stacchiotti Simona - Asur z. Territoriale 5 Jesi

D'Amato Salvatore - Coordinatore Accettazione Geriatria d'urgenza I.N.R.C.A.

Abstract

La persona anziana malata presenta delle peculiarità cliniche, psicologiche e socio ambientali diverse e complesse rispetto agli assistiti di altre età, sia per quanto concerne il quadro sintomatologico, la gravità delle patologie e per il rischio di complicanze, così da richiedere un'assistenza specifica, differenziata, individualizzata e globale.

Parole chiave

anziano fragile, scheda di triade, ricoveri impropri

Introduzione

In Italia, si sta assistendo a un progressivo incremento della vita media di un individuo e allo stesso tempo al decremento delle nascite e questo, stando ai dati forniti dall'Istat (Istituto Nazionale di Statistica), secondo i quali al 1° gennaio 2009 l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto tra la popolazione over 65 e quella under 15, è stato pari al 142,8%, e cioè in costante aumento rispetto ai periodi precedenti, ha prodotto il cosiddetto "fenomeno invecchiamento".

Di conseguenza si assiste ad una sempre più elevata affluenza di utenti al pronto soccorso, con accessi non sempre adeguati, in quanto implicanti contemporaneamente la richiesta d'intervento accompagnata ad una rilevante diversificazione in termini di gravità delle problematiche che di volta in volta si presentano.

A fronte di tale variabilità numerica, temporale e di criticità clinica, la disponibilità recettiva in termini di risorse umane, logistiche e tecnologiche non è variabile, ma costante e continua nel periodo.

La tendenza attuale, peraltro di carattere internazionale, è quella di un incremento annuo delle prestazioni erogate, valutabile intorno al 7-8%, con punte del 15-18%.

Questa situazione ha reso necessaria l'attuazione di una nuova procedura di accoglienza dei pazienti che richiedono prestazioni al Pronto Soccorso che, alla presenza di una contemporaneità di accessi, sia in grado di selezionare la gravità delle condizioni del paziente secondo una scala di priorità che avvantaggi le emergenze e le urgenze non differibili, rispetto alle altre condizioni.

La Regione Marche, unica in Italia, annovera tra le tante strutture adibite alla cura di persone anziane, un Punto di Primo Intervento (P.P.I.),

Il 1° Settembre 2008 è entrato in funzione il Punto di Primo Intervento oggi denominato Accettazione Geriatrica d'Urgenza, presso il nosocomio Inrca, che ha lo scopo di riservare un apposito spazio all'anziano over65. Primo e ancora unico esempio in Italia di accettazione dedicata al paziente anziano, e secondo nel mondo (l'altro è presente in Israele ad Hadassah) fortemente voluto dalla Sanità regionale e comunale, sia per offrire un servizio alla popolazione ultra sessantacinquenne di Ancona, sia per alleviare gli afflussi al Pronto Soccorso principale di Torrette tramite selezione dei

pazienti, che viene effettuata dal Sistema dell'Emergenza Sanitaria 118 mediante protocolli di accesso condivisi che prevedono l'invio automatico dell'utenza di età superiore ad 80 anni, eccezion fatta per la traumatologia che continuerà ad essere presa in carico dall'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti di Ancona".

Codice Gravità	Totale	%
Bianco	1150	12,27%
Verde	6214	66,28%
Giallo	1893	20,19%
Rosso	119	1,27%
TOTALE	9376	100,00%
Sesso	Totale	%
Femminile	5112	54,52%
Maschile	4264	45,48%
TOTALE	9376	100,00%
Esito uscita	Totale	%
Decesso	74	0,79%
Dimis.OBI	712	7,59%
Invio al MMG	6012	64,12%
Invio rep./altro ente	2578	27,50%
TOTALE	9376	100,00%
Età	Totale	%
<50 anni	736	7,85%
>=50-<65 anni	808	8,62%
>=65-<70 anni	827	8,82%
>=71-<80 anni	2341	24,97%
>=81-<90 anni	3822	40,76%
>=91-<=100 anni	826	8,81%
>100 anni	16	0,17%
TOTALE	9376	100,00%
Modalità di arrivo	Totale	%
118	3346	35,69%
Ambulanza	226	2,84%
Invio da MMG	622	6,63%
PS H. Torrette	71	0,76%
Propria iniziativa	3829	40,84%
Altro	1242	13,25%
TOTALE	9376	100,00%

16,47%

**Punto di punto primo intervento p.o.r. (presidio osp. regionale) ancona
ingressi pazienti 2009**

Destinazione pz	Totale	%	Destinazione pz	Totale	%
Cardiologia	268	2,86%	Diabetologia	57	0,61%
Chirurgia	187	1,99%	Dermatologia	3	0,03%
Medicina Geriatrica	692	7,38%	Nefrologia	64	0,68%
Medicina I	416	4,44%	Neurologia	338	3,60%
Urologia	54	0,58%	Ldpa	4	0,04%
Utic	212	2,26%	Decesso	74	0,79%
Invio al MMG	6012	64,12%	OBI	712	7,59%
Trasf./invio altro ente	283	3,02%	TOTALE	9376	100,00%

SCHEDA TRIAGE P.P.I - INRCA



Cognome e nome..... Data Ora d'arrivo

PROBLEMA PRINCIPALE
.....

<u>LOCAZIONE</u>	<u>POSTURA</u>	<u>SCALA DEL DOLORE</u>
{ SHAPE * MERGEFORMAT } Sala d'attesa { SHAPE * MERGEFORMAT } Sala Triage	{ SHAPE * MERGEFORMAT } Deambula { SHAPE * MERGEFORMAT } Carrozzina { SHAPE * MERGEFORMAT } Barella	

CAREGIVER
.....

<u>PARAMETRI VITALI</u>		<u>G.S.C.pt</u>		
P.A.mm/Hg	F.R. Bradi. <input type="checkbox"/>	Apertura occhi	Risposta verbale	<u>Migliore</u> risposta motoria
F.C.bpm	Eupn. <input type="checkbox"/>			
	Tachi. <input type="checkbox"/>			
Sat. O2 \nearrow A/A	O ₂ lt/min	4 spontanea	5 orientata	6 esegue ordini
T.C. °C		3 a comando	4 confusa	5 localizza al dolore
		2 al dolore	3 inappropriata	4 allontana al dolore
		1 assente	2 incomprensibile	3 flessione abnorme al dolore
			1 assente	2 estensione abnorme al dolore
				1 assente

IN TERAPIA CON Ipoglicemizzanti orali Insulina T.A.O. Digitale

ALLERGIE

Questa è la rappresentazione originale della nuova scheda triage che attualmente viene adottata al pronto intervento dell'Accettazione Geriatrica d'Urgenza c/o l'Inrca. Questa nuova scheda triage trova la sua concezione, nella

necessità, da parte dell'équipe infermieristica, di migliorare la ricezione dell'utenza e di ottimizzare i tempi di triage e gli interventi che si dovranno eseguire successivamente.

Segue da pagina 18

<u>INTERVENTI IN AREA TRIAGE</u>	
<input type="checkbox"/> Prelievo ematico	<input type="checkbox"/> Agocannula <input type="checkbox"/> Collare cervicale <input type="checkbox"/> Immobilizzazione <input type="checkbox"/> Stick glicemicomg/dl
<input type="checkbox"/> Medicazione	<input type="checkbox"/> Ghiaccio <input type="checkbox"/> Custodia valori <input type="checkbox"/> E.C.G. <input type="checkbox"/>
<u>STICK URINE</u> <input type="checkbox"/> Macroematuria <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Non eseguibile <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Glucosio <input type="checkbox"/> Proteine	
<u>NOTE</u>	
----- -----	
<u>RIVALUTAZIONE PAZIENTE</u>	
Ore:	
Ingresso: <input type="checkbox"/> sala 1 <input type="checkbox"/> sala 2 <input type="checkbox"/> O.B.I. Ore..... Medico..... Infermiere.....	
Infermiere di triage Firma	

Tabella n.3: scheda di triage

Conclusione

L'invecchiamento della popolazione ha comportato un profondo cambiamento nei bisogni assistenziali in rapporto ad un sensibile aumento dei soggetti malati cronici e disabili. All'emergere di una nuova categoria di pazienti, quali sono i cosiddetti "anziani fragili" caratterizzati da una estrema instabilità clinica, elevato rischio di rapido scadimento dello stato di salute e del livello di autonomia funzionale. E' nata la necessità di fornire, attraverso un punto di primo soccorso dedicato alle persone anziane, risposte assistenziali e terapeutiche adeguate. Dalla ricerca effettuata e dai dati raccolti presso l'Accettazione Geriatrica d'Urgenza dell'Inrca, con la collaborazione dell'equipe del

triage infermieristico, si è potuto constatare come la nuova scheda triage abbia innovato e agevolato il trattamento del paziente geriatrico e l'operato delle figure professionali che lavorano in quest'ambito.

Spesso il paziente anziano entra in Ospedale perché non è stato valutato per tempo con attenzione e non ha seguito un adeguato percorso assistenziale. Inoltre, valutata la casistica degli ingressi dei pazienti c/o l'Unità Operativa analizzata, si è posta l'attenzione sull'OBI riscontrando che la presenza di una tale struttura intermedia consente di ridurre i ricoveri impropri e di aumentare le dimissioni protette, scopo principale della "mission geriatra".

Bibliografia

"Atti del III Congresso Nazionale Federazione Italiana di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Torino, 25-28 novembre 1996
G. Baldi, L. Ghirelli, Triage e linee-guida in "Pronto Soccorso", "Servizi di Emergenza 118", di G. Ottone, Il Pensiero Scientifico Ed., 1996
G. Baldi, D. Braglia, M. Giovinazzo, S. Regnani. Il Triage (opinioni a confronto), Atto III Congresso Nazionale FIMUPS. Novembre 1996 Torino
L. Benci, Manuale giuridico professionale per l'esercizio del Nursing, McGraw-Hill, Milano, 1996
Bindman AB et al Consequences of queuing for care at a public hospital emergency department, JAMA 1991; 266: 1091-1096

Gail Handysides, Triage in Emergency practice, Mosby, U.S.A., 1996
Emergency Nurses Association, Triage: meeteng the challeng, ENA, U.S.A., 1992
Ann Marriner Tomey, Management Infermieristico Teoria e pratica, Ed. Sorbona, 1995
Introduzioni al management infermieristico, CEREF, Padova, Serie Pubblicazioni n° 7
Riccelli I., Gatta N.: Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica, Rosini, Firenze, 1990

Centro di telemedicina dell'I.N.R.C.A. I.R.C.C.S. di ancona, aspetti operativi

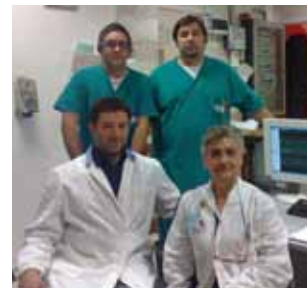
a cura di

Loris Galandrini - operatore tecnico in servizio presso la U.O.C. di cardiologia-utic-centro di telemedicina dell'I.N.R.C.A I.R.C.C.S di Ancona

Adamo Santamarianova - inf. professionale in servizio presso la U.O.C. di cardiologia-utic-centro di telemedicina dell'I.N.R.C.A I.R.C.C.S di Ancona

Roberto Canestrone - inf. professionale in servizio presso la U.O.C. di cardiologia-utic-centro di telemedicina dell'I.N.R.C.A I.R.C.C.S di Ancona

Isabella Mercuri - coordinatrice infermieristica in servizio presso la U.O.C. di cardiologia-utic-centro di telemedicina dell'I.N.R.C.A I.R.C.C.S di Ancona



Abstract

Abstract: Si fa sempre più pressante in diversi settori della medicina la necessità di poter monitorare ed assistere un paziente in maniera regolare e continua nel tempo senza per questo prevedere un ricovero ospedaliero. Anzi, date le crescenti difficoltà nel garantire a tutti una copertura assicurativa nazionale per l'assistenza sanitaria, cresce in parallelo l'esigenza di contenere i costi dell'assistenza, senza tuttavia comprometterne la qualità. Ciò in particolare può essere facilitato dalla riduzione della frequenza dei ricoveri ospedalieri che rappresentano la principale causa di aumento della spesa sanitaria in patologie croniche gravi quali, ad esempio, lo scompenso cardiaco.

Parole chiave

distanza; informatica, cura.

Figura 1 - Le competenze delle diverse discipline che confluiscono nella telemedicina.

Il termine TELEMEDICINA si presta a svariate definizioni, non sempre univoche in letteratura, che spesso focalizzano l'attenzione solo su alcuni aspetti della materia. Si tratta sostanzialmente della trasmissione in tempo reale di informazioni a carattere scientifico tra medico e cittadino o tra addetti ai lavori, attraverso sistemi di comunicazione di tipo telematico/informatico.

La definizione più esaustiva del termine è senz'altro quella concordata a livello CEE da una commissione di esperti, che ha redatto un documento sulle prospettive di sviluppo della telemedicina in Europa (Advanced Informatics in Medicine - AIM 1990) con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi sanitari, facilitare la formazione professionale di medici e infermieri ed ottimizzare il trasferimento qualificato di dati ed esperienze tra i vari paesi europei. Secondo la Commissione Europea, organizzatrice tra l'altro dell'EHTO, la telemedicina è "l'integrazione, monitoraggio e gestione dei pazienti, nonché l'educazione degli stessi e del personale, usando sistemi che consentano un pronto accesso alla consulenza di esperti ed alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove i soggetti o le informazioni risiedono". I campi di applicazione della telemedicina sono numerosissimi ed in continua evoluzione, dalla cardiologia (trasmissione di tracciati elettrocardiografici) alla radiologia (immagini radiografiche e computerizzate), dalla dermato-

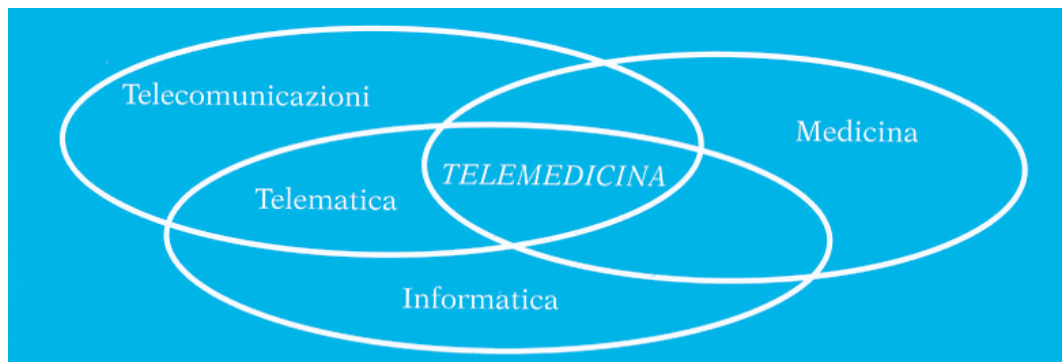
logia (foto digitali di lesioni cutanee) all'anatomia patologica, dalla ginecologia (monitoraggio in gravidanza) all'odontoiatria e via dicendo; praticamente ogni branca della medicina può avvalersi di questo strumento per migliorare l'esercizio delle attività cliniche, assistenziali e didattiche. Applicare la telematica in ambito medico significa, infatti: rispondere con tempestività alle esigenze diagnostiche (telediagnosi) e terapeutiche (teleassistenza) di cittadini distanti dalle strutture sanitarie o comunque impossibilitati a muoversi da casa; fornire una risposta valida ed efficace in caso di malati cronici o anziani ed un supporto indispensabile nelle urgenze (telesoccorso); favorire l'aggiornamento scientifico (teledidattica) ed il collegamento interattivo tra medici (videoteleconsulto) con condivisione dinamica di informazioni, cartelle cliniche digitali, tracciati diagnostici, immagini biomediche, che si "muovono" in tempo reale e con la massima definizione. Ne consegue una concreta interrelazione tra le strutture minori o più deboli e quelle maggiori o specialistiche.

Obiettivi della telemedicina

Oltre ad avere utilità in campo strettamente clinico/didattico, la telemedicina può contribuire all'ottimizzazione della gestione del sistema sanitario, mediante vaste applicazioni di tipo amministrativo. Attraverso la creazione di una rete telematica di strutture sanitarie è possibile, infatti, ottenere informazioni sulla disponibilità dei posti letto, sull'accesso alle liste di prenotazione troppo spesso caratterizzate da ritardi esagerati, sulla gestione delle cartelle cliniche con gli adeguati accorgimenti per la tutela della privacy, dei referti medici etc.

Questo si traduce in un sensibile miglioramento sia della qualità dei servizi per il cittadino, che si sente più garantito, sia delle condizioni di lavoro del personale, che accede più facilmente alle informazioni. Non ultimo, nell'ottica di una congrua riorganizzazione del sistema sanitario, l'utilizzo delle tecnologie informatiche, snellendo le procedure e migliorando i servizi offerti, contribuisce a garantire anche un contenimento della spesa sanitaria.

Quindi, riassumendo la telemedicina permette di: fornire al paziente un servizio migliore ed anche maggiori informazioni sullo stato della propria salute; incrementare l'efficienza e produttività del servizio sanitario riducendo il lavoro amministrativo superfluo, quale ad esempio la ribattitura di informazioni già presenti in forma elettronica, e distribuendo in modo orga-



nico i compiti tra le istituzioni ed il personale sanitario; curare il rispetto del programma terapeutico e rilevare assiduamente ogni variazione di ordine fisico e clinico che possa richiedere una modifica nella terapia del paziente; indurre nel paziente un atteggiamento positivo ed indi-

pendente; garantire sicurezza e privacy nello scambio di informazioni mediche di ogni singolo paziente; garantire una più efficace e tempestiva assistenza diagnostica e terapeutica soprattutto nei casi di urgenza; ridurre i tempi di ricovero dei pazienti e del pendolarismo casa-medico-ospedale; adattare l'assistenza sanitaria alle variazioni temporanee di popolazione. Le principali resistenze al cambiamento indotto dall'avvento della telemedicina possono essere classificate in tre categorie: tecniche, economico-giuridiche; organizzativo-comportamentali.

La Telemedicina, aspetti generali

Il Servizio di Telemedicina dell' I.N.R.C.A., è stato ideato dal prof. Roberto Antonicelli, direttore dell' U.O.C. di Cardiologia-Utic presso lo stesso nosocomio.

Questo centro referta ed analizza circa 10000 tracciati ECG l'anno a distanza.

Si sono sperimentati modelli di dimissione precoce teleprotetta su pazienti con cardiopatia ischemica (infarto del miocardio ed aritmie cardiache) e progetti innovativi di teleassistenza su soggetti anziani con scompenso cardiaco cronico seguiti a domicilio con appositi protocolli assistenziali che prevedono l'utilizzo di metodiche di telemonitoraggio dell'ECG. Apparecchiature utilizzate: Aerotel Medical Systems (Cardiovox P 12) e Card Guard Scientific Survival (CG 7100 12 Lead ECG) che permettono di trasmettere a distanza tracciati a 12 derivazioni grazie al software HRS (Heartline Receiving Station).

Offerte Assistenziali

Il Centro di Telemedicina dell'I.N.R.C.A. di Ancona (certificato ISO 9001:2000) effettua un'assistenza innovativa 'on line' su pazienti cardiopatici in dimissione protetta o ricoverati presso strutture sanitarie (case di riposo, RSA, etc.) ma anche su utenti di farmacie e medici di base. Opera con un call-center attivo 24 ore la giorno, 365 giorni l'anno.

Questo modello assistenziale permette di ridurre i tempi necessari per individuare l'intervento più appropriato sul paziente, con evidente incremento di efficienza ed efficacia percepita dallo stesso e risparmio delle risorse impiegate.

Il risultato più promettente, in riferimento al complesso dei soggetti seguiti, dimostra che solo per il 20 per cento delle chiamate è stato necessario allertare il servizio di emergenza territoriale (118) con un successivo ricovero in ospedale; la sola teleassistenza infatti è riuscita nella maggior parte dei casi a risolvere telefonicamente il caso.

I maggiori successi si sono ottenuti con pazienti aritmici (es.: affetti da fibrillazione atriale) e con scompenso cardiaco congestizio.

In tutta la rete assistenziale rivolta agli anziani, la telemedicina può avere un ruolo di capitale importanza migliorando la qualità delle prestazioni con il contenimento dei costi, soprattutto quale supporto per i servizi sul territorio in particolare integrandosi con:

- l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI),
- l'Ospedalizzazione Domiciliare (SD),
- le Case di Riposo o Case Albergo,
- la Rete dell'Emergenza Territoriale (118).

Solo con la de-ospedalizzazione, soprattutto dell'anziano, si può sperare in un cambiamento della sanità in Italia, dove l'invecchiamento della popolazione impone un allargamento dell'assistenza.

E' inoltre possibile organizzare una rete di servizi sanitari extraospedalieri, trasferibili per via informatica da un presidio all'altro, che assicuri un'uniformità di livelli assistenziali, con notevole risparmio di tempo e contenimento della spesa. Uno studio condotto su un campione di 60 pazienti dimostra che il costo sanitario del ricovero ospedaliero (comprensivo del costo dei farmaci somministrati, dei dispositivi tecnici utilizzati e del personale sanitario) è significativamente maggiore rispetto al costo del paziente seguito al proprio domicilio.

Infatti, il costo medio del singolo ricovero ospedaliero presso l'istituto I.N.R.C.A. è di € 3.000 ed i costi sanitari generali di un gruppo analizzato di pazienti (n°30) con scompenso cardiaco sono ammontati in totale a € 78.000, mentre i costi di un altro gruppo di pazienti (n° 30) telemonitorati con il servizio di telemedicina sono stati pari a € 42000 .

La telemedicina quindi permette una riduzione dei costi sanitari di circa il 46,15 per cento, principalmente perché si riduce notevolmente il tasso di ricovero ospedaliero durante il follow-up.

Nonostante si debbano sostenere costi maggiori connessi ad una terapia farmacologica più aggressiva (in media € 200 per paziente all'anno, per un totale di € 6000) la riduzione generale dei costi del gruppo telemonitorato è comunque significativa e pari al 38,46 per cento.

Collegamenti con il centro di telemedicina

TeleRete delle Case di Riposo Marchigiane.

Con un semplice tele-elettrocardiografo (già disponibile e collaudato) ed un telefono (anche cellulare) le strutture residenziali collegate in tempo reale trasmettono al centro di telemedicina gli elettrocardiogrammi dei propri ospiti senza doverli "trasportare" in ospedale attivando anche un teleconsulto cardiologico con lo specialista. In numerosi casi si può così evitare di attivare impropriamente il sistema



dell'emergenza/urgenza regionale con implementazione dell'efficienza del sistema e conseguente riduzione dei costi. Tale rete, attiva da alcuni anni, ha già dimostrato di rispondere alle esigenze di economicità necessarie al Servizio Sanitario coniugandole con quelle di efficienza. Evitando, inoltre, un certo numero di ricoveri impropri, si contribuisce ad una migliore qualità di vita degli utenti. Circa 100 le case di riposo coinvolte con 4000 potenziali utenti.

Teleassistenza domiciliare.

La casistica di persone controllate con questi sistemi di teleconsulto cardiologico ha dato risultati positivi su persone affette da scompenso cardiaco cronico, fibrillazione atriale persistente e permanente, pazienti aritmici in senso lato etc. Attraverso opportuni protocolli specifici per le singole patologie, è possibile controllare e modificare la terapia farmacologica (farmaci antiaritmici, anticoagulanti, etc.) domiciliariamente evitando o limitando i reingressi in ospedale che come noto, creano notevoli disagi al paziente e onerosi costi al Sistema Sanitario Regionale.

Potrebbero essere previsti piani di rimborso che prevedano un'integrazione dei DRG ospedalieri per specifiche tipologie di malattia (scompenso cardiaco congestizio, fibrillazione atriale permanente, etc.).

Telecardiologia in Day-Surgery.

Utilizzato per pazienti che devono sottoporsi ad interventi o cure in day-surgery e che necessitano di elettrocardiogramma. Il reparto in questione invia al servizio di telecardiologia un ECG registrato su un supporto portatile; il tracciato, refertato dal cardiologo del reparto, è condiviso tramite rete intranet con lo stesso reparto di day surgery per la registrazione e successiva refertazione: è stato dimostrato che permette di

decongestionare il "traffico" di utenti ed accelerare i tempi di attesa.

Telemedicina in farmacia.

È stato esteso il servizio di telecontrollo cardiologico anche a molte farmacie della Regione Marche le quali, informate, ne hanno fatto richiesta; vista l'utilità e celerità riscontrata nel servizio molte altre stanno vagliando l'opportunità di collegarsi al servizio di telemedicina dell'I.N.R.C.A., per poter offrire ai loro clienti una prestazione a completamento di quelle ormai irrinunciabili e già da tempo offerte come la misurazione della pressione, glicemia, etc.;circa 30 le farmacie coinvolte.

Telemedicina del lavoro.

Attualmente, uno studio associato di medici di medicina del lavoro nel pesarese, sta monitorando lo stato di salute cardiologico dell'intero personale di una fabbrica effettuando ECG poi teletrasmessi al centro di telemedicina dell'I.N.R.C.A. di Ancona.

Stazioni Sanitarie Multimediali per "Tele-Home Care"

Sono nuovi sistemi per il telecontrollo di pazienti remoti che rappresentano un reale elemento d'innovazione nel panorama, non solo nazionale, della telemedicina.

Apparecchiature miniaturizzate mettono in contatto il paziente domiciliare con un medico specialista cardiologo remoto: oltre al collegamento visivo medico/paziente è possibile effettuare una vera e propria visita di controllo a distanza con l'auscultazione cuore/torace tramite fonendoscopio elettronico e rilevare una serie di sensori biologici quali la saturazione, la pressione arteriosa e l'elettrocardiogramma.

Attualmente usufruisce di questo servizio la casa di riposo comunale "Benincasa" di Ancona: i collegamenti vengono effettuati periodicamente con visite di routine ma vengono anche controllati pazienti con malori e problemi di salute in atto.

Centro T.A.O. (terapia anticoagulante orale).

La telemedicina dell'INRCA, si occupa anche della rilevazione ed archiviazione periodica dei valori di INR e PTT in pazienti cardiopatici dimessi dall'ospedale, con successiva comunicazione agli stessi dell'esatta posologia di farmaci mirati che dovranno assumere costantemente (Coumadin, Sintrom). Software usato: T.A.O Service.

Progetti di teleriabilitazione domiciliare (in fase di sperimentazione).

Una significativa parte dei pazienti curati dall'I.N.R.C.A. sono anziani con problemi di mobilità urbana e con oggettiva paura ad effettuare esercizio fisico senza un adeguato controllo sanitario.

Si sta realizzando un sistema di monitoraggio elettrocardiografico da utilizzare durante la riabilitazione cardiologica a domicilio attingendo dall'unica normativa attualmente vigente in Italia (Regione Lombardia). L'utente, fornito dell'apposita apparecchiatura, esegue la riabilitazione al proprio domicilio senza doversi recare in ospedale: l'elettrocardiogramma da sforzo viene registrato e contemporaneamente inviato in tempo reale al centro di telemedicina dove il medico remoto può visionarlo e comunicare col paziente attraverso apposita messaggistica prevista dallo strumento.

Questo campo di applicazione della telecardiologia è nato dalla constatazione che in Italia i pazienti con scompenso cardiaco sono stimati intorno al milione con un incidenza

di 100.000-150.000 nuovi casi all'anno. Inoltre, è da considerare il fatto che attualmente l'offerta di strutture riabilitative è piuttosto limitata e di conseguenza, i periodi di riabilitazione per il singolo paziente sono necessariamente limitati nel tempo.

E' peraltro dimostrato che i notevoli vantaggi della terapia riabilitativa cessano poco dopo la cessazione dell'attività fisica controllata.

Il dispositivo remoto svolge il compito di acquisire direttamente i dati relativi all'esame ECG e di trasmetterli, tramite canale di comunicazione GPRS, al centro ospedaliero dove deve essere presente un PC con installato il software di gestione delle cartelle dei pazienti. Tale dispositivo deve avere nella facilità di utilizzo la sua principale caratteristica e deve quindi essere in grado di guidare il paziente durante tutte le fasi dell'esame.

La Tele-ecocardiografia (in fase di sperimentazione)

Le strutture sanitarie socio-assistenziali coinvolte saranno dotate di stazioni sanitarie multimediali (collegate ad un centro di telemedicina con connessione internet veloce); queste postazioni remote consentiranno di effettuare un consulto medico-specialistico a distanza ed in tempo reale, poiché, contestualmente alla visualizzazione dell'immagine del paziente tramite TV e telecamere, permetteranno anche di rilevare i suoi parametri vitali: ECG, pressione arteriosa, temperatura, saturazione dell'ossigeno, glicemia, peso e auscultazione remota (cuore/polmone) del paziente tramite fonendoscopio elettronico.

Infermieri con una specifica preparazione (sonografisti) potranno inoltre effettuare periodicamente, direttamente nella struttura residenziale, anche l'esame ecocardiografico: le immagini registrate verranno poi trasmesse tramite internet al cardiologo che così in modo remoto può refertare l'esame.

La finalità di queste nuove metodologie di teleassistenza è la realizzazione di un efficiente controllo direttamente presso strutture socio-assistenziali protette, il tutto senza movimentare né l'ospite della RSA, né il sanitario: molti dei principali interventi diagnostici e terapeutici praticabili solo in ospedale potrebbero essere eseguiti a distanza nella struttura ospitante, senza dover effettuare dispendiosi e gravosi spostamenti; ne risulterebbe un contenimento dei costi della struttura stessa, una riduzione dell'attivazione del Servizio di Emergenza/Urgenza (118) con notevoli risparmi economici per il S.S.Regionale ed una percezione della qualità

di vita migliore sia da parte del paziente che dell'operatore della struttura. Inoltre, con questa nuova figura del tecnico sonografista, il cardiologo sarebbe impegnato nella sola refertazione dell'esame e non più nella sua esecuzione con un notevole risparmio di tempo (15-20 min).

Il progetto di sistema di teleassistenza proposto prevede due tipi di apparati, uno da installare presso la RSA e l'altro presso l'ospedale.



Bibliografia

- 1) Antonicelli R., Parati G., **Manuale di telemedicina**, edizioni Edimes, 2006.
- 2) Baglioni A., Tartaglia M., **Ergonomia e ospedale**, Ed. Sole 24 ore, 2003.
- 3) Ruta C., **Sanità e management**, Etas 1993.
- 4) *Employment Review on line, Telemedicine provides virtual link between healthcare and technology*, 2002.
- 5) *Telemedicine research center on line, What is Telemedicine?*, Nancy Brown, 2002.
- 6) FDA Consumer magazine, **Long-Distance House Calls: Telemedicine Moves Into the Home**, Judith Levine Willis.
- 7) **Per la visita dal medico basta accendere il pc**, editoriale da "Il Messaggero", 2006.

A proposito di...

Lavoro Part Time e Incompatibilità

a cura di

Roberto Sabbatini, Elisabetta Palma e Mirco Gregorini

QUESITO

Premessa

Una infermiera dipendente del SSN che:

- usufruisce del part time a 18 ore settimanali;
- svolge la sua attività presso il laboratorio analisi (prevalentemente servizio prelievi);
- vorrebbe svolgere “un’attività libero professionale variegata, che va dall’esecuzione di prestazioni infermieristiche a domicilio del cliente, su corrispettivo, attenendosi al tariffario approvato dal collegio IPASVI, ad attività di formazione sanitaria riguardante la prevenzione ed il mantenimento dello stato di salute personale e collettivo, anche nell’ambito della medicina del lavoro. Una professionista che si prende carico dei bisogni della collettività, soddisfacendoli attraverso l’erogazione di prestazioni infermieristiche di natura tecnica, preventiva ed educativa”.

DOMANDA:

In tale situazione è possibile esercitare la libera professione (con fatturazione delle prestazioni)?

RISPOSTA

Appare opportuno analizzare la domanda e dividerla in due parti:

- 1 – possibilità per il dipendente part time di svolgere un secondo lavoro
- 2 – rischio di penalizzazioni da parte della PA

Punto 1

Il personale dipendente del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è ricondotto nell’alvo dei dipendenti pubblici dalla **Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”**¹.

La compatibilità dei dipendenti pubblici (nella fattispecie, infermieri con part-time 50%) trova una sua regolamentazione in diversi dispositivi di legge, di seguito brevemente elencati.

Legge 30 dicembre 1991, n. 412 “Disposizioni in materia di finanza pubblica assistenza sanitaria”

Articolo 4, comma 7

Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio

sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l’esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso. L’accertamento delle incompatibilità compete, anche su iniziativa di chiunque vi abbia interesse, all’amministratore straordinario della unità sanitaria locale al quale compete altresì l’adozione dei conseguenti provvedimenti. Le situazioni di incompatibilità devono cessare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge. [...]. In sede di definizione degli accordi convenzionali di cui all’articolo 48, L. 23 dicembre 1978, n. 833, è definito il campo di applicazione del principio di unicità del rapporto di lavoro a valere tra i diversi accordi convenzionali.

Le disposizioni ivi contenute parlano in generale del tradizionale rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno con la pubblica amministrazione (PA) anche noto come “dovere di esclusiva” ma non possono dirsi applicabili anche agli infermieri in part-time.

Legge 23 dicembre 1996, n. 662 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”

Art. 1 comma 58

La trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale avviene automaticamente entro sessanta giorni dalla domanda, nella quale e’ indicata l’eventuale attività di lavoro subordinato o autonomo che il dipendente intende svolgere. L’amministrazione, entro il predetto termine, nega la trasformazione del rapporto nel caso in cui l’attività lavorativa di lavoro autonomo o subordinato comporti un conflitto di interessi con la specifica attività di servizio svolta dal dipendente ovvero, nel caso in cui la trasformazione comporti, in relazione alle mansioni e alla posizione organizzativa ricoperta dal dipendente, grave pregiudizio alla funzionalità dell’amministrazione stessa, può con provvedimento motivato differire la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale per un periodo non superiore a sei mesi. [...]

Questa legge, che norma il part-time nel pubblico impiego, ha derogato il generale principio della unicità del rapporto pubblico dipendente e delle conseguenti incompatibilità e divieto di cumulo di impieghi. Tale disposizione è stata successivamente ribadita dal contratto nazionale di lavoro.

CCNL (art. 23, CCNL 1998-2001).

ART. 23 Rapporto di lavoro a tempo parziale

[...] 4. I dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale, qualora la prestazione lavorativa non sia superiore al 50% di quella a tempo pieno, nel rispetto delle vigenti norme sulle incompatibilità, possono svolgere un’altra attività lavorativa

1 - Capo IV – Personale – art. 47. (Personale dipendente). - Lo stato giuridico ed economico del personale delle unità sanitarie locali è disciplinato, salvo quanto previsto espressamente dal presente arti-

colo, secondo i principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego.

e professionale, subordinata o autonoma, anche mediante l'iscrizione ad albi professionali.

L'ultima norma relativa al part-time in ordine di tempo è la c.d. Riforma Brunetta, che va a modificare il D.Lgs. 165/2001 (Nuovo T. U. pubblico impiego).

DECRETO LEGISLATIVO 30 marzo 2001, n. 165
“Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”.

Testo coordinato ed aggiornato alle modifiche del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 di attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15 Art. 53. Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi.

[...]

2. Le pubbliche amministrazioni non possono conferire ai dipendenti incarichi, non compresi nei compiti e doveri di ufficio, che non siano espressamente previsti o disciplinati da legge o altre fonti normative, o che non siano espressamente autorizzati. [...]

5. In ogni caso, il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgono attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione.

6. I commi da 7 a 13 del presente articolo si applicano ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, compresi quelli di cui all'articolo 3, con esclusione dei dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al cinquanta per cento di quella a tempo pieno, dei docenti universitari a tempo definito e delle altre categorie di dipendenti pubblici ai quali è consentito da disposizioni speciali lo svolgimento di attività libero-professionali. [...]

7. I dipendenti pubblici non possono svolgere incarichi retribuiti che non siano stati conferiti o previamente autorizzati dall'amministrazione di appartenenza. [...]

Appare dunque chiaro che risulta superato il divieto formale di duplicazione di rapporti di lavoro, laddove si tratti di dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale, qualora la prestazione lavorativa non sia superiore al 50% di quella a tempo pieno, i quali possono svolgere - nel rispetto delle vigenti leggi sulla incompatibilità - un'altra attività lavorativa e professionale, subordinata o autonoma, anche mediante l'iscrizione ad albi professionali “.

Punto 2

Va analizzata ora la disciplina della legge sul conflitto di interessi nel pubblico impiego.

Laddove si configuri un conflitto di interesse (e la legge non dà un elenco di attività cui fare riferimento), le attività suddette sono vietate. Tale valutazione deve essere fatta di volta in volta dall'ente datore di lavoro (concorrenza sleale per distrazione di

clientela, rivelazione di segreti aziendali, etc.) e una eventuale contestazione deve essere suffragata da valutazioni .

CCNL (art. 23, CCNL 1998-2001).

ART. 23 Rapporto di lavoro a tempo parziale

[...] 5. L'azienda o ente, ferma restando la valutazione in concreto dei singoli casi, sono tenuti ad individuare le attività che, in ragione della interferenza con i compiti istituzionali non sono comunque consentite ai dipendenti di cui al comma precedente con le procedure previste dall'art. 1, comma 58 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modificazioni ed integrazioni. Per i nuovi assunti con rapporto di lavoro a part-time la dichiarazione di non trovarsi in una delle condizioni di incompatibilità richiamate dal comma 4 deve essere dichiarata all'atto della stipulazione del contratto individuale come previsto dall'art. 14, comma 5, del CCNL del 1 settembre 1995. [...]

Infatti, l'art. 23 del CCNL impone che il conflitto di interessi, prima di essere contestato, deve essere rigorosamente provato nella sua esistenza... per fare un esempio, è ovvio che non costituisce conflitto di interessi di per sé il percepire ulteriore retribuzione da parte dell'infermiere, ma potrebbe essere sanzionato il comportamento del professionista che convince un proprio assistito a lasciare l'ospedale pubblico per seguirlo nella struttura privata ove lavora al pomeriggio o nel proprio studio privato.

In conclusione

Per quanto attiene al punto 1, l'attuale disciplina del settore – in relazione ai limiti legati alla seconda attività del pubblico part-time al 50% - vieta unicamente al part-time di svolgere attività dipendente presso altra P.A. o struttura privata che benefici di pubblici contributi, a causa del consolidato divieto di cumulo di stipendi provenienti da diverse pubbliche amministrazioni, o comunque da più enti sovvenzionati con pubbliche finanze. Nulla viene vietato per quanto attiene alla attività in regime libero professionale (individuale o in studio associato), che secondo l'attuale normativa di legge e negoziale risulta perfettamente lecita (salvo il caso di comprovato conflitto di interessi di cui si è detto).

Risultando questi i principi regolatori, un eventuale rifiuto a priori dell'ente appare immotivato, privo di efficacia e potrebbe essere disapplicato dal Giudice del Lavoro in una vertenza.

Per quanto attiene al punto 2, il conflitto di interessi deve essere provato e contestato di volta in volta, sia nell'esistenza della condotta individuale sia nella sussistenza in tale condotta di un reale conflitto di interessi .

Quindi non costituisce conflitto di interessi di per sé il percepire ulteriore retribuzione da parte dell'infermiere per lo svolgimento di prestazioni infermieristiche, ma potrebbe essere sanzionato nel caso in cui non garantisca tali prestazioni in qualità di dipendente del SSN e induca l'assistito a farsi assistere privatamente dallo stesso.

Ancona, 27 aprile 2010

Il gruppo legale

PRECISAZIONE:

A proposito di... assistenza al paziente donatore di organi dichiarato morto

Riceviamo e volentieri pubblichiamo una richiesta di precisazione da parte del Dott. Duilio Testasecca, Coordinatore regionale del Centro Trapianti Regione MARCHE.

Nell'articolo si affermava che le procedure di osservazione si espletano in reparti di rianimazione per un periodo di tempo (6 ore) durante il quale il paziente NON è ancora dichiarato clinicamente morto. Tale affermazione può essere fonte di confondimento, in quanto il periodo di accertamento e osservazione della morte segue il momento della diagnosi di morte ai sensi del D.M. 11 aprile 2008 Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al: «Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte». (G.U. Serie Generale n. 136 del 12 giugno 2008).

La norma è quindi estremamente chiara e di massima tutela, la diagnosi di morte viene confermata dal successivo periodo di accertamento-osservazione, condotto da tre specialisti. Per tale motivo l'ora di morte coincide con l'inizio del periodo di osservazione.

Il gruppo legale

Chi si iscrive al Collegio IPASVI di Ancona?

Possono iscriversi al Collegio IPASVI di Ancona gli Infermieri Professionali, gli Assistenti Sanitari, le Vigilatrici d'Infanzia **residenti o domiciliati professionalmente** nell'ambito della Provincia di Ancona. I cittadini comunitari ed extracomunitari possono iscriversi solo se residenti nell'ambito della provincia e se in possesso di attestazione di regolare soggiorno rilasciata dal comune di residenza i primi e di permesso di soggiorno gli altri.

Certificato di iscrizione all'Albo

Il certificato di iscrizione all'albo ha validità semestrale. Si può richiedere personalmente recandosi presso la sede del Collegio. Con delega scritta può essere ritirato dalla persona delegata. Il certificato viene rilasciato al momento della richiesta, in caso di necessità può essere spedito al domicilio dell'iscritto che ne faccia richiesta.

Tesserina professionale di riconoscimento

Il tesserino degli iscritti all'albo IPASVI di Ancona deve essere ritirato personalmente dall'interessato, richiede l'applicazione del bollino di validità annuale esibendo il tesserino presso gli uffici del Collegio dopo il pagamento della quota annuale. In caso di smarrimento/furto del documento occorre presentare al Collegio copia della denuncia di smarrimento /furto e previa esibizione di 3 foto formato tesserina viene rilasciato un secondo tesserino.

Cambi di indirizzo

Gli iscritti all'albo IPASVI di Ancona sono invitati a comunicare tempestivamente la variazione di residenza e/o domicilio telefonicamente, via fax, via mail.

Cittadini extracomunitari

I cittadini extra-comunitari iscritti all'albo IPASVI di Ancona devono far pervenire tempestivamente il *permesso di soggiorno rinnovato* in quanto l'iscrizione all'Albo è valida fino alla scadenza del permesso stesso.

Cancellazione dall'Albo IP.AS.VI. di Ancona

Per cancellarsi dall'Albo IP.AS.VI. occorre obbligatoriamente presentare domanda di cancellazione in marca da bollo (€ 14,62) debitamente compilata e firmata con l'indicazione della data a partire dalla quale è cessato l'esercizio della professione infermieristica, la motivazione di non esercizio e l'ultima struttura presso la quale si ha esercitato la professione. Per avere diritto a non pagare la quota di iscrizione all'albo IPASVI relativa all'anno in cui si presenta la domanda di cancellazione, le domande devono pervenire alla segreteria del Collegio entro la fine di febbraio dello stesso anno con marca da bollo e motivazione maturata almeno entro la stessa data.

Riviste per l'iscritto

L'iscritto al Collegio IPASVI di Ancona ha diritto di ricevere la rivista edita dal Collegio **"Confronto Professionale"** (rivista semestrale a cui possono aggiungersi 2 numeri supplementari annuali - al massimo 4 numeri annuali) e la rivista **"Infermiere"** edita dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI (6 numeri annuali). Il gruppo "Rivista" del Collegio, tramite la rivista **"Confronto Professionale"** si propone di facilitare la diffusione di informazioni, divulgare lavori, esperienze, ricerche e notizie utili allo sviluppo professionale degli Infermieri, stimolare il senso di appartenenza professionale oltre che far crescere la rivista professionale, sia per quanto riguarda i contenuti che la diffusione. Gli iscritti al Collegio IPASVI interessati a pubblicare propri articoli sulla rivista "Confronto Professionale" possono contattare i componenti del "Gruppo legale" del Collegio.

Polizza di responsabilità civile professionale e tutela legale

Gli iscritti all'Albo IPASVI possono usufruire della polizza di responsabilità civile professionale e tutela legale degli Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia frutto di una convenzione tra la Federazione

Nazionale del Collegio IPASVI e Carige Assicurazioni S.p.A. il cui premio di assicurazione è di € 48,00 annuali.

Il modulo di adesione è disponibile presso la sede del Collegio, puoi anche scaricarlo dal seguente link: <http://www.ipasviancona.com/Home/tabid/543/ctl/Details/mid/1300/ItemID/204/language/it-IT/Default.aspx>

Biblioteca del Collegio

I testi della biblioteca del Collegio possono essere consultati durante l'orario di apertura dell'ufficio da parte di tutti i professionisti regolarmente iscritti al Collegio IPASVI di Ancona e dagli studenti che frequentano i corsi di laurea o Master. Al seguente link trovi l'elenco dei testi disponibili per la consultazione: <http://www.ipasviancona.com/Chiamo/Gruppidilavoro/Biblioteca/tabid/562/language/it-IT/Default.aspx>.

Gruppo giuridico-legale

Il gruppo giuridico legale è disponibile per attività di consulenza e supporto di carattere legale agli iscritti. Occorre principalmente compilare e far pervenire alla segreteria del Collegio, anche via fax o e-mail, una richiesta di parere sulle questioni che riguardano la professione infermieristica. Il gruppo giuridico legale si riunisce ogni ultimo mercoledì del mese, dalle 17.00 alle 19.00, previa anticipazione alla segreteria del Collegio della richiesta di parere debitamente compilata e firmata dal/i professionista/i interessato/i.

Per scaricare la richiesta di parere accedere al seguente link: <http://www.ipasviancona.com/Chiamo/Gruppidilavoro/Legale/tabid/567/language/it-IT/Default.aspx>

Gruppo formazione

Il gruppo formazione del Collegio si occupa di organizzare e pubblicizzare i Corsi ECM gratuiti per gli iscritti al Collegio IPASVI di Ancona. Il calendario degli eventi organizzati dal Collegio viene presentato sul sito, con la possibilità di iscrizione on line. Sul sito vengono anche inseriti eventi ECM, a carattere regionale e nazionale, organizzati da provider esterni di particolare interesse per la professione. Viene anche presentato l'elenco di tutti gli eventi formativi (ECM Nazionale) che si svolgono nella Regione Marche.

Per iscriverti ai corsi ECM on line accedi al link e segui le istruzioni:

<http://www.ipasviancona.com/Registrazione/tabid/572/Default.aspx>

Sito del Collegio

<http://www.ipasviancona.com>

Aggiornato a cura dei componenti del gruppo di lavoro del Collegio "servizi di rete". Può essere consultato per conoscere i componenti del Consiglio Direttivo, del Collegio dei Revisori dei Conti, dei Gruppi di Lavoro del Collegio, normative e comunicazioni di vario genere riguardanti la professione infermieristica inclusa la libera professione e l'Enpapi, corsi di specializzazione e master, corsi ecm organizzati dal Collegio e da altri enti, modulistica di iscrizione/cancellazione/trasferimento Albo IPASVI, modulistica per riconoscimento titoli dei cittadini stranieri, modulistica per aderire alla polizza assicurativa, modulistica per l'iscrizione all'Enpapi, links utili, rivista Confronto Professionale on line, offerte di lavoro, notizie utili e tanto altro, tra cui la possibilità di accedere al gruppo su Facebook.

Il tesoriere

Il tesoriere del Collegio IPASVI di Ancona è disponibile ad incontrare gli iscritti per dare chiarimenti in merito a tematiche economiche legate all'attività del Collegio. Occorre contattare la segreteria del Collegio durante gli orari di apertura al pubblico per fissare un appuntamento con il tesoriere.

Orari di apertura al pubblico:

Lunedì - mercoledì - venerdì dalle ore 16.00 alle ore 18.00
Martedì - giovedì dalle ore 11.00 alle ore 12.00

EDITORIALE

di Margherita Piermaria

Care Colleghe /i,

i fatti di cronaca che hanno riguardato le nascite in Italia ed in particolare le “cattive nascite” hanno fatto versare fiumi di inchiostro ed hanno sicuramente creato un clima di allarmismo diffuso che risulta per la maggior parte ingiustificato ma che ha colpito in egual misura sia i fruitori del servizio che gli operatori del settore Materno-Infantile. Mai come in questo periodo abbiamo percepito la diffidenza ed a volte l'ostilità dell'opinione pubblica e dei mezzi di comunicazione di massa che hanno soffiato sul fuoco alimentando polemiche strumentali. Tutte noi sappiamo che in Ostetricia gli eventi avversi a volte accadono : possono morire le mamme od i loro bambini. Nessuno di noi ne resta indifferente. Il dolore colpisce anche noi e ci porta a rivalutare in maniera sempre critica se quello che è successo poteva essere evitato e se tutto quello che abbiamo fatto, o non fatto in maniera appropriata, ha leso il diritto di ogni madre e di ogni neonato ad avere garantita la salute ed una buona qualità di vita. Pur restando vicini e partecipi al dolore di chi ne è stato vittima credo che occorra riflettere sul concetto di rischio ostetrico, su ciò che è prevedibile, su ciò che è inevitabile ed insito in ogni parto, anche in quello che in apparenza si presenta con un rischio bassissimo di complicanze. Credo che il nostro compito e la nostra responsabilità consista nel far passare questo concetto alle coppie senza creare eccessivi allarmismi certamente, ma riconducendo l'ottimismo legato al parto nei giusti binari. L'attitudine prevalente nella società attuale è quella di poter prevedere ed esorcizzare avvenimenti potenzialmente negativi e di attendersi garanzie sulla bontà del risultato. Sicuramente molto utile sarebbe ridimensionare queste, seppur lecite, aspettative per esempio nei corsi di accompagnamento alla nascita dove le coppie hanno più tempo di approfondire le problematiche relative all'“evento nascita” stesso. La natura del “rischio ostetrico” ci porta a distinguere problematiche più complesse laddove la gravidanza si presenta ad alto rischio ed a valutare altre situazioni indifendibili dove sono stati compiuti errori evitabili con negligenza imperizia o imprudenza. Mi pare importante sottolineare che la mortalità materna e neonatale è la più bassa in Europa : molto si sta lavorando per abbassare anche la morbilità. Purtroppo in Italia la rete dei punti nascita funziona a macchia di leopardo, il pubblico meglio del privato, ma molti con meno di 500 nascite l'anno e con figure professionali (ostetrici, anestesisti e neonatologi) non presenti 24 ore su 24. Tutto ciò risulta determinante quando si deve agire con tempestività ed in tempi rapidissimi. Concorre ad accrescere il rischio ostetrico l'avanzata età materna nell'affrontare la prima gravidanza nella convinzione che l'orologio biologico vada di pari passo con l'aspetto fisico. Riflettere su questi aspetti, ampliare un dibattito costruttivo, migliorare la qualità delle relazioni con le nostre future mamme ed all'interno della equipe saranno da stimolo per migliorare sempre di più la qualità dell'assistenza. Buona lettura.



Le interazioni madre bambino alla nascita

di

Paola Busilacchio

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

del P.O. di Piove Di Sacco

Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria N.16 di Padova



Abstract

Lo scopo di questa ricerca sperimentale è stato approfondire lo studio sull'attaccamento affettivo tra madre e bambino attraverso le osservazioni delle loro interazioni nelle prime ore di vita del neonato, in modo da identificare il comportamento di ogni madre nei confronti del proprio bambino. In questo modo si è potuto evidenziare che il comportamento materno, oltre a dipendere dalla propria cultura, è influenzato da delle variabili come: l'età, i precedenti concepimenti e anche dalla propria personalità, definita dalle Organizzazioni di Significato Personale. E' importante, conoscendo queste variabili, dare degli strumenti agli operatori sanitari per far rispettare la soggettività di ogni neomamma e promuovendo il contatto precoce con il loro bambino, nel periodo sensibile subito dopo la nascita.

Parola chiave

Organizzazioni di Significato Personale (OSP), Periodo sensibile, Bonding.

Introduzione

È stato solo negli ultimi cinquant'anni che, spostando il parto in ospedale, si è cominciato a pensare che la mamma e il bambino potessero essere separati dopo la nascita. Nella visione scientifica della nostra medicina moderna la mamma che partorisce ha necessità assistenziali specifiche e il suo bambino deve essere accudito da personale specializzato. Effettivamente questo modo di procedere ha permesso di ridurre enormemente l'alta mortalità materna e neonatale all'inizio del '900; risultato ottenuto grazie all'uso di antibiotici, alla capacità di

valutare la sofferenza fetale e alla possibilità di agire chirurgicamente. La prassi di mantenere il neonato in un luogo separato da quello della mamma non ha invece prodotto alcun beneficio sullo stato di salute di entrambi. Negli anni '70 grazie a studi di psicologia neonatale si è introdotto il concetto di rooming-in negli ospedali, in cui il bimbo veniva lasciato 24 ore su 24 con la propria madre, per un efficace attaccamento madre-bambino. Oggigiorno il rooming-in, e la successiva chiusura di nidi, ha portato vantaggi che riguardano la capacità di allattare, di accudire il neonato e anche benefici nella relazione con il figlio, poiché quest'ultimo ha avuto modo di stare con la mamma nel periodo sensibile subito dopo la nascita, durante il quale il bambino costruisce il legame di attaccamento e la mamma si sente più libera di relazionarsi.

Infatti, i bambini appena nati hanno comportamenti genetici (piangono, succhiano, sorridono, si stringono alla mamma) e relazionali, rispetto la loro figura accudente che favoriscono lo stare vicini, non solo spinti dalla fame o da altri bisogni fisiologici legati agli istinti, ma fondamentalmente da quella relazione che gli fornisce un contesto per "sentirsi al sicuro"; poi sarà la madre che si comporterà di conseguenza ovvero deciderà se soddisfare i vari bisogni con la sua sensibilità.

Teoria dell'attaccamento

L'attaccamento esprime la competenza che ha un soggetto, fin dalle prime fasi di vita, di ottenere l'accudimento genitoriale. Il bambino è un mammifero, simile ad un marsupiale al momento della nascita: mentre i cuccioli degli altri mammiferi nascono già con diversi gradi di autonomia, il cucciolo dell'uomo viene partorito quando è ancora piuttosto immaturo e totalmente dipendente dalla figura accudente. Il cervello umano, molto complesso, impiega di più per svilupparsi: deve costruire il linguaggio, apprendere e acquisire esperienza. Quindi il bimbo alla nascita non ha scoperto che è uno solo, non si rende conto dell'ambiente circostante e deve costruire la propria soggettività e complessità. Molti esseri viventi hanno bisogno di "figure primarie di cura", esempio l'imprinting della papera che prende riferimento come madre un essere umano, così anche un neonato ha bisogno di un care-giver, di una mamma. L'uomo si costruisce la propria unicità e identità attraverso gli altri; "l'altro" è importante per scoprire il mondo.

Un attaccamento fisiologico permette al bambino di percepirsi amato, amabile, competente e in grado di utilizzare le risorse di cui dispone.

Cosa sono le OSP?

La personalità ha una natura evolutiva, evidenziata con il concetto di "Organizzazione di Significato Personale"; che è un processo concepito come lo "specifico assemblaggio dei processi ideo-affettivi che consente ad ogni individuo di mantenere il suo senso di unicità personale e di continuità storica, nonostante le numerose trasformazioni che sperimenta nel ciclo di vita. Le OSP sono intese come particolari configurazioni, individuate da caratteristici pattern emotivi ricorrenti, e la loro individuazione consente in psicoterapia di cogliere e far emergere le risorse adattive individuali; esse sono così ravvisabili in tutti gli esseri umani, in pazienti così come in soggetti senza alcun disturbo.

Ogni organizzazione di significato personale che emerge attraverso i processi di attaccamento è un insieme di caratteristiche genetiche innate e di elementi derivati dall'apprendimento. Oltre all'interazione tra fattori genetici e ambientali, i sistemi cognitivi sono caratterizzati: da stabilità, che fornisce la costanza di base all'identità e quella di cambiamento che consente all'identità di dispiegarsi nella vita.

Ciascun soggetto articola il proprio senso di sé in maniera specifica e irripetibile, ma anche unitaria e globale. Può condividere gli aspetti basilari di funzionamento con quanti hanno la stessa chiusura organizzativa, ma dispone di aperture strut-



turali proprie che lo rendono una persona unica e irripetibile. Le OSP si dividono in:

- **CONTROLLANTE:** gli individui che costruiscono l'identità ed il significato personale attraverso la regolazione della distanza rispetto alle figure di riferimento; la prossimità costituisce un vincolo indiretto, percepito come espressione di affetto e protezione, non come costrizione. La ricerca di autonomia, consentita dalla capacità di individuare e di prevenire rischi e pericoli, permette di allontanarsi senza mai distaccarsi del tutto dalle figure di riferimento, considerate basi affidabili. Questi individui presentano tranquillità e coraggio in contesti percepiti come sicuri, mentre presentano angoscia, paura e panico in quelli percepiti come pericolosi. La chiusura organizzativa è centrata, quindi, sul controllo della pericolosità dell'esperienza e dell'affidabilità dei riferimenti esterni individuati.
- **DISTACCATA:** è centrata sui bisogni di esprimersi in contesti di isolamento. I soggetti rispondono a specifici eventi della vita in forma scettica o di sfiducia, come conseguenza della costruzione di questi eventi in termini di perdita, di delusione o d'insuccesso. Il significato personale è qui centrato sul senso di solitudine ed è organizzato in un circuito ricorrente di schemi emozionali che oscillano tra lo scetticismo e la rabbia; successivamente, l'ordinamento esplicito o cosciente si configura in un'immagine negativa di sé. La strategia utilizzata da queste persone, più che lottare contro un mondo ostile, è quella di affidarsi soltanto a se stessi, come strategia di controllo. La chiusura organizzativa si basa sul controllo della solitudine, dei limiti e della finitezza dell'esperienza.
- **CONTESTUALIZZATA:** gli individui di questa organizzazione colgono e sfruttano le aspettative dei propri simili per essere accettati, condivisi ed apprezzati; quindi, ricavano di volta in volta il senso di sé dall'ambiente, cioè dai comportamenti e dai confronti con gli altri. Un senso di sé molto oscillante e mai ben definito; che però si definisce soltanto quando si ha la sensazione di corrispondere alle aspettative degli altri. La chiusura organizzativa è costituita dal controllo delle conferme e delle disconferme ricavate dall'esperienza ed è centrata sulla lettura dei singoli cambiamenti dell'ambiente relazionale. L'effetto positivo porta a ricercare conferme dove si pensa si possano trovare e verificarle sulla base di bisogni e valori, leggendo le disconferme come eventi possibili nella vita ma che non intaccano il valore personale. Quando invece i confini personali sono indefiniti e/o negativi, le conferme vengono ricercate in maniera rigida; le disconferme, viste in modo negativo, vengono amplificate e la ricerca di un obiettivo confermante può diventare lo scopo dell'esistenza. Quindi sono presenti nell'organizzazione contestualizzata: soddisfazione, fierezza ed orgoglio (nell'ambito di contesti confermanti), ma anche vergogna, inadeguatezza e senso di colpa (in contesti discrepanti). Quest'organizzazione è senza dubbio la più frequente nella cultura occidentale. È assai in relazione con le trasformazioni sociali che hanno caratterizzato la post-modernità, il cui riflesso più ampio si attua in ciò

che si chiama “cultura dell’immagine”: quello che più importa attualmente, in qualsiasi sfera sociale, è l’immagine che si proietta nei confronti degli altri.

- **NORMATIVA:** è centrata sulla categorizzazione degli aspetti contrastanti della realtà. L’individuo percepisce soprattutto regole su cosa deve fare o non deve fare, sul piano pratico e anche su quello etico. La figura accudente sembra più attenta più sul piano razionale che su quello empatico, per cui il bambino orienta le strategie adattative verso la ricerca di regole comportamentali percepite come utili per ottenere l’approvazione e l’accudimento. La chiusura organizzativa si costruisce sul senso del dovere e sull’impegno, tralasciando il risultato come parametro di verifica del proprio comportamento. Il senso di sé può essere positivo o negativo. Inoltre, chi è portatore di questo significato è orientato ad incontrare una necessità assoluta di certezza, come modo di risolvere gli squilibri che per lo più sono sperimentati come assoluti difetti del controllo. La strategia, che utilizzano gli individui con questa organizzazione, è il dubbio “metodico” per incontrare la certezza.

I soggetti appartenenti alla stessa organizzazione, sebbene le modalità di funzionamento basico siano le stesse, non risultano mai uno uguale all’altro, anche nei casi in cui condividono il patrimonio genetico o lo stesso ambiente o le stesse esperienze. Ciascuno articola il proprio senso di sé in maniera specifica e irripetibile, quindi dispone di aperture strutturali proprie e peculiari, in costante divenire nel ciclo della vita.

“Fin dal periodo fetale, i segnali del bambino orientano il comportamento della madre, la quale, entro il range di modalità consentite dalla sua organizzazione, si attiva in maniera in qualche modo unica, rispetto alla risonanza che percepisce partendo da quei segnali. Una figura accudente non è mai identica nei confronti di figli diversi, anche gemelli.” (B.Nardi 2007).

“La diversificazione in più organizzazioni di significato personale ha consentito la comparsa e l’evoluzione delle culture, la conservazione o il superamento delle tradizioni; ha permesso al cervello umano di assumere la gestione delle risorse ambientali e di sopravvivere nelle epoche preistoriche, di inventare il linguaggio scritto, di maturare competenze tecniche e di risolvere problemi emergenti, legati ai nuovi habitat che esso stesso ha prodotto.” (Nardi, 2007).

Obiettivo e soggetti della ricerca

Si è voluto studiare che già subito dopo la nascita ci sono diversi modi di accudimento da parte del care-giver e che questi cambiano soggettivamente in modo adattivo, secondo alcune teorie, in funzione della personalità e secondo altre variabili analizzate. Questa ricerca è stata effettuata presso l’Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell’Ospedale “S.S. Benvenuto e Rocco” di Osimo, in quanto questo Punto Nascita ha intrapreso con successo una trasformazione dell’assistenza a mamme e bambini, applicando i Dieci passi per la promozione, la protezione ed il sostegno dell’allattamento materno ed è stato riconosciuto come “ospedale Amico del Bambino”. Infatti il bimbo viene lasciato 24 ore su 24 con la mamma (rooming-in), l’interazione è continua, e viene promosso il “contatto pelle a pelle” subito dopo la nascita in modo da incentivare l’allattamento al seno entro mezz’ora dalla nascita.

Il campione selezionato comprende 61 neomamme che hanno partorito tra il 2 febbraio 2009 al 20 ottobre 2009, e per le quali sarebbe stato possibile effettuare la prima osservazione subito dopo la nascita, di queste però 12 erano straniere che non parlavano e/o non erano in grado di leggere l’italiano, perciò non hanno potuto rispondere alle interviste ed ai questionari. È stata esclusa dalla ricerca 1 donna per motivi di salute psicologica; inoltre non sono state prese in considerazione altri 14 soggetti per motivi tecnici di osservazione poiché era possibile accedere all’osservazione soltanto in fasce orarie non adeguate. In totale hanno partecipato alla ricerca 34 neomamme italiane, che hanno risposto ai questionari adeguatamente e hanno dato

la disponibilità alle osservazioni.

Materiali e metodi

Questo studio sperimentale, è stato di tipo etologico, osservazionale e basato sull’indagine per campione. Sono stati consegnati alle puerpere tre questionari auto compilativi e per ognuna veniva anche compilata, dalla sottoscritta, una scheda di osservazione. Gli strumenti utilizzati nella raccolta dati sono stati:

1. *Il Foglio anagrafico:* nome, cognome, età, stato civile, titolo di studio, professione, data del parto, settimane di gestazione, tipo di parto, presenza al parto di una persona di fiducia, precedenti concepimenti.
2. *Il Test MQOP (Mini Questionario sulle Organizzazioni Personali),* un questionario validato, autosomministrabile, che ha lo scopo di individuare la personalità secondo il paradigma cognitivista post-razionalista delle Organizzazioni di Significato Personale. Il Questionario era composto da 29 domande a scelta multipla, in cui la neo-mamma doveva rispondere in base a quello che è il suo modo generale, tipico di essere e di sentire, e non a situazioni ritenute occasionali, legate soltanto al momento della compilazione o corrispondenti a come lei avrebbe voluto essere
3. *L’Edinburgh Post Depression Scale,* per identificare o eventualmente escludere la depressione post-partum.
4. *La Scheda di osservazione,* una griglia di valutazione ed indicazione di comportamenti e stati d’animo osservati, di tipo semi-strutturato usato come strumento di valutazione dell’attaccamento. Quindi si sono presi in considerazione i Parametri di valutazione del comportamento interattivo del Care-Index, “*Care Child Adult Relationship Experimental Index*”, che è uno degli strumenti di ricerca e di valutazione delle configurazioni di interazione tra adulto e bambino, originato negli ultimi venti anni dalla teoria dell’attaccamento. Questo strumento è stato utilizzato per ogni neomamma in due fasi differenti, dallo stesso osservatore e cercando di non avere un atteggiamento giudicante:

FASE A → prima osservazione, è stata effettuata a partire da subito dopo il parto, per le successive 2 ore; si è approfittato del periodo post-partum in cui l’ostetrica valuta le perdite ematiche e i parametri vitali ogni mezzora fino a due ore dopo il parto.

FASE B → seconda osservazione, è stata effettuata durante il periodo di degenza della paziente in ospedale, durante la mattina o il pomeriggio. Si è approfittato nei momenti in cui la mamma allattava o chiedeva consulenza all’ostetrica e sono stati esclusi dalle osservazioni i periodi notturni e quelli adiacenti alla dimissione.

In questa scheda sono stati osservati i comportamenti materni:



gesti, mimica, emozioni provate, stati d'animo, e ad esempio modalità di distacco; gli stessi comportamenti sono stati utilizzati come chiavi di lettura delle modalità di attaccamento e delle risposte soggettive di accudimento materno all'atteggiamento del neonato.

I parametri osservati sono stati 7 (i primi 4 rappresentano l'espressione affettiva e gli ultimi 3 l'attività svolta), per ogni parametro sono stati annotati il comportamento e lo stato d'animo del genitore, quest'ultimo non tanto in termini puramente descrittivi ma secondo gli effetti e la reciprocità che si è instaurata tra bambino e mamma. I parametri sono:

1. *Espressione facciale* (responsiva – incongrua – ostile o rabbiosa - impassibile);
2. *Espressione verbale* (calda, sforzata, rabbiosa, piatta);
3. *Posizione e contatto corporeo*, : (confortevole e accessibile -intrusivo – scomoda).
4. *Espressione di affetto*: (affettuosa - nascostamente rabbiosa - esplicitamente ostile e incurante - dipendente dal bambino);
5. *Contingenze e successioni di turni* si intende se la mamma ha allattato a richiesta, ha risposto ai bisogni del bambino, ha seguito i turni del bambino e cosa ha fatto in rapporto ai bisogni del bambino. Qui il comportamento poteva essere descritto in: (positivamente contingente - contingenze positive distorte - negativamente/punitivamente contingente - non coinvolto in maniera contingente /passivamente attento);
6. *Controllo*: congiunto, cioè entrambi i partner fanno a turno per coccolare o giocare con il bambino; “adulto”, in cui è l'adulto che controlla la scelta e la durata dell'attività, e “del bambino”, che in questa ricerca è stato escluso, poiché il bambino è non è autonomo nelle attività;
7. *Scelta attività*: (appropriata per il livello di sviluppo - troppo esigente – sottostimolante).

Alla fine sono state anche annotate nella scheda le osservazioni: relative al ruolo del papà, al tipo di allattamento e alla durata del contatto pelle a pelle tra mamma e bambino dopo il parto.

Discussione dei risultati

Tutte le puerpere hanno avuto modo di tenere con sé il bimbo subito dopo la nascita, sia in caso di parto vaginale che taglio cesareo. Infatti, è importante sottolineare che durante il taglio cesareo, ove possibile, veniva iniziato il contatto pelle a pelle già in sala operatoria, oppure, finché si aspettava la fine dell'intervento, il bimbo veniva tenuto a contatto pelle a pelle con il papà e poi, una volta tornata la mamma, con lei per iniziare l'attacco al seno precoce. Sono state riscontrate, però, differenze relative al tempo durante il quale le donne hanno tenuto con sé il bimbo a contatto pelle a pelle subito dopo il parto, poiché il bimbo veniva lasciato con la mamma fino a che lei lo avrebbe desiderato senza limite di tempo.

Le variabili significative della ricerca sono state: l'età, le precedenti esperienze di parto e le Organizzazioni di Significato Personale; queste variabili sono andate ad influenzare il comportamento della mamma nell'interazione con il bambino alla nascita ed il suo grado di autonomia e di sicurezza. Si è preso in riferimento la durata del contatto pelle a pelle (durante *bonding*), per analizzare il comportamento materno, confrontandolo con le suddette variabili. Si è misurata la durata del contatto pelle a pelle tra mamma e bambino, da cui si è ricavato che: il 35%, ha tenuto il bimbo a contatto pelle a pelle per 1-2 ore, il 15% fino a 2-3 ore, il 41% fino a 3-4 ore mentre il 9% ha tenuto con sé il bimbo fino a 5 ore (vedi fig. 1).

Confrontando la durata del *bonding* rispetto l'età (vedi fig.2), si è visto che le donne che appartengono alla fascia di età tra i 25 e i 30 anni tengono con sé il bimbo per un tempo minore rispetto alle altre, cioè principalmente fino ad un massimo di 1-2 ore. Mentre le donne sotto ai 25 anni hanno tenuto il bimbo sempre più di 2 ore, anzi la maggioranza di queste mamme lo ha tenuto fino a 3-4 ore. Il resto delle mamme, sia con età compresa tra i 30 e 35, sia con età superiore a 35 anni, ha avuto un comportamento abbastanza bilanciato poiché non sono

emerse percentuali elevate nella stessa categoria. La durata del *bonding* è stata confrontata, anche, con le precedenti esperienze di gravidanze (vedi fig.3), cioè sono state paragonate donne primipare con donne secondipare e terzipare. È apparso chiaro che le primipare, sono le mamme che hanno tenuto il bimbo per un tempo maggiore rispetto alle altre e sono state le uniche a tenere il bimbo per 1-2 ore, arrivando a tenerlo anche fino a 5 ore. Le terzipare hanno mantenuto il bimbo solo fino a 1-2 ore, senza arrivare mai oltre; le secondipare hanno comunque un'alta percentuale di donne che lo hanno tenuto solo per 1-2 ore ma possono arrivare ad un tempo maggiore, fino a 3-4 ore. Inoltre, è stato indagato se il tipo di parto può influire nella durata del *bonding* (vedi fig. 4). Il grafico si può dividere in due fasi: la prima che va da 1-2 ore fino a 2-3, mentre la seconda che va da 3-4 ore fino a 5 ore. Tra donne che hanno partorito per via vaginale e donne sottoposte a taglio cesareo c'è solo differenza all'inizio poiché i due gruppi si assomigliano nella seconda fase, in cui entrambi i gruppi tengono il contatto pelle a pelle fino a 3-4 ore. Quindi, sono state riscontrate differenze in fase iniziale, dove si è visto che lo stress del taglio cesareo non ha influito, ma piuttosto, nelle donne cesarizzate si è creata una condizione favorevole per una prima interazione con il bambino subito dopo la nascita. Infatti, le cesarizzate hanno tenuto il bimbo per un tempo sempre oltre a 1-2 ore mentre le donne con parto naturale tendono a tenere il bimbo non oltre le 2 ore, forse dovuto al fatto che quest'ultime sono più autonome dopo il parto e hanno più voglia di essere libere già da subito. Confrontando il *bonding* con le Organizzazioni di Significato Personale (vedi fig. 5), è emerso in modo dettagliato che l'Organizzazione Contestualizzata, con il passare delle ore sopporta meno il contatto pelle a pelle, mentre l'Organizzazione Normativa lo accetta di più, fino a 3-4 ore, forse proprio perché si propone questo come obiettivo, e l'Organizzazione Controllante è abbastanza equilibrata rispetto le altre due.

Poi per studiare l'affettività della neomamma sono state prese in considerazione le osservazioni A e B in cui venivano analizzati i parametri ricavati dal Care Index. È importante sottolineare che nell'osservazione A, il “momento della nascita” è particolare per il fatto che le neomamme si trovano a gestire una situazione nuova, fonte di emozioni eterogenee e a volte anche contrastanti. L'evento, sconvolgente emotivamente, accentua le caratteristiche personali. Infatti, nella prima osservazione, i parametri come l'espressione facciale, verbale, di affetto e lo stato d'animo sono maggiormente condizionati dal momento mentre nella seconda tendono ad uniformarsi e a compattarsi. In tutte le osservazioni B le donne sono state affettuose, con espressione verbale calda, espressione facciale responsiva e tutte si sono sentite tranquille e serene, tranne una persona che nella seconda osservazione ha avuto un'espressione verbale calda/sforzata, espressione facciale incongrua, espressione di affetto esplicitamente ostile e uno stato d'animo in cui è risultata insicura/inadeguata, questa donna è risultata l'unico caso verificato di depressione post-partum.

È stato analizzato il grado di sicurezza e di autonomia della donna con il parametro “se chiede conferme” ed è stato confrontato con le variabili suddette, tenendo conto comunque che alla prima osservazione nessuna donna è risultata sicura di sé. Considerata l'età, si è ricavato che: la fascia di donne comprese tra i 30 e i 35 anni è risultata la più ansiosa e insicura, mentre le donne con età superiore ai 35 anni sono state le più autonome assieme alle ragazze con età inferiore a 25 anni. Inoltre si è confrontato “se la donna chiede conferme” con le Organizzazioni di Significato Personale ed è emerso che le Contestualizzate chiedono meno conferme e consigli, seppure sono abbastanza insicure, forse per paura di avere delle disconferme; mentre le Normative, alquanto autonome, chiedono di più, per ricercare delle regole per la rassicurazione.

Conclusioni

I risultati emersi si basano su un numero statisticamente

non sufficiente di casi, ma l'analisi qualitativa ha evidenziato comunque risultati scientificamente buoni ed originali.

Il comportamento di ogni madre con il proprio bambino dipende dalla cultura in cui è cresciuta, dalle esperienze precedenti, dall'età e dalla propria Organizzazione di Significato Personale.

Perciò il ruolo dei professionisti sanitari, soprattutto delle ostetriche, è di non giudicare il modo giusto di essere mamma, ma di dare a quest'ultima gli strumenti

necessari per avvicinarsi al proprio bambino nel periodo sensibile e lasciar gestire loro la propria istintività genitoriale innata, che talvolta viene persa per colpa di pregiudizi sociali. Occorre dare modo alla donna di vedere subito il proprio bambino e di tenerlo quanto vuole, sarà poi lei a scegliere i tempi giusti.

Le ostetriche, quando è possibile e ove la madre lo gradisca, devono incoraggiare il contatto pelle a pelle, poiché il rapporto stretto tra genitore/figura accudente e figlio viene favorito dalla vicinanza, e devono aiutare la donna in modo che sviluppi e faccia emergere proprio le sue innate e istintive competenze. Va tenuto conto degli aspetti soggettivi legati alla stessa personalità e allo stato d'animo della mamma, infatti, l'ostetrica conoscendo quest'ultima è maggiormente in grado di confortarla e di riconoscerne i bisogni, creando empatia e rendendo meno difficile questo complesso e meraviglioso momento.

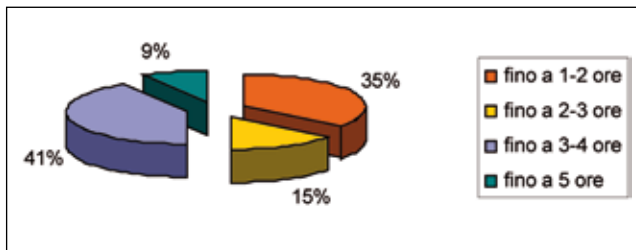
"Bisogna accudire la donna in modo che lei possa accudire il proprio bambino, fare quindi una vera e propria educazione affettiva ai genitori indirettamente." -Mieli 2009.

Quindi bisogna promuovere questo contatto precoce tra mamma e bambino per sfruttare il "periodo sensibile", una fase irripetibile nella vita in cui si vengono a creare dei legami forti tra il bambino ed il suo care-giver.

"La scienza moderna insegna che la capacità di amare si sviluppa prevalentemente attraverso esperienze precoci, in particolare nel periodo intorno alla nascita" -M. Odent, 2008.

Grafici

Fig.1 - Durata contatto pelle a pelle (bonding)



Bibliografia

- 1) Arena I.: *Dopo un cesareo*, Bonomi Editore, Pavia, 2007.
- 2) Bridges R.S.: *Parturition: its role in the long-term retention of maternal behavior in the rat*, *Physiol. Behav.*, 1977; 18:487-90.
- 3) Camaioni L., Di Blasio P.: *Psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna, 2007.
- 4) Forssman H., Thuwe I.: *Continued follow-up study of 120 persons born after refusal of application for therapeutic abortion*, *Acta Psychiatr. Scand.*, 1981; 64:142-9.
- 5) Guidano V.F.: *Psicoterapia cognitiva post-razionalista*. Franco Angeli, Milano, 2007.
- 6) Klaus M., Kennel J.: *Dove comincia l'amore*, Bollati Boringhieri, Torino, 1998.
- 7) Klaus M., Kennel J.: *Maternal Infant bonding*, Ed. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1976.
- 8) Lambruschi F.: *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Bollati Boringhieri, Torino 2004.
- 9) Leboyer F.: *Per una nascita senza violenza*, Bompiani, Milano, 1975- aprile 2007.
- 10) Lorenz K.: *Studies in animal and human behaviour*, 2 volumi, Cambridge University Press, Cambridge, 1970-71.
- 11) Marshall K.: *Madre e Figlio: Legami Emozionali Precoci*, Pediatrics vol. 102 n° 5 Novembre 1998.
- 12) May Gaskin I.: *La gioia del parto*, Bonomi Editore, Pavia 2003.

Fig.2 - Durata del bonding ed età a confronto

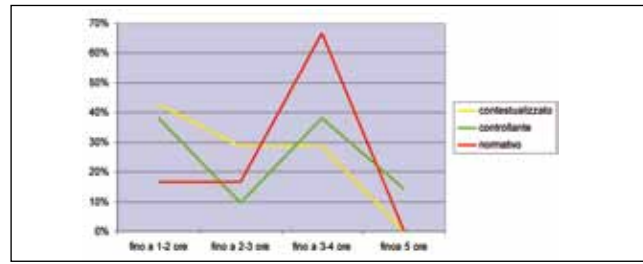


Fig. 3 - Durata del bonding rispetto a precedenti concepimenti

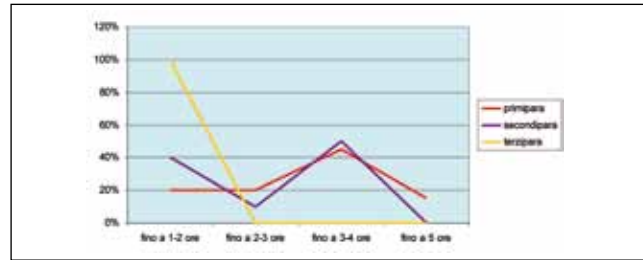


Fig. 4 - Durata del bonding e il tipo di parto

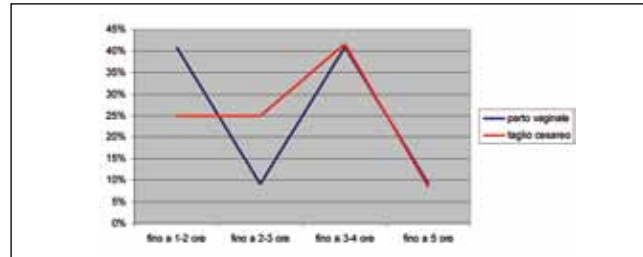
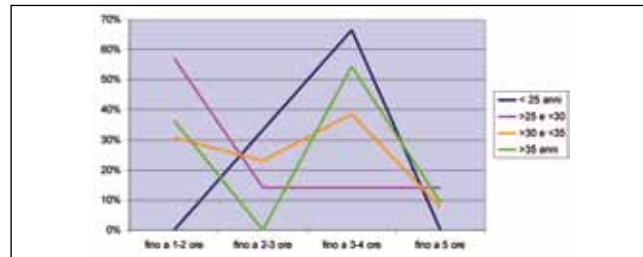


Fig. 5 - Durata del bonding rispetto alle OSP



- 13) Mieli G.: *Il bambino non è un elettrodomestico*, Apogeo/Urra, Milano, 2009.
- 14) Nardi B.: *CostruirSi. Sviluppo e Adattamento del Sé nella Normalità e nella Patologia*. Franco Angeli, Milano, 2007.
- 15) Nardi B., Moltedo A.: *Rol de la relacion de reciprocidad en el desarrollo de las diversas organizaciones de significado personal*. *Gaceta de Psiquiatria Universitaria* (Universidad de Chile, Facultad de Medicina), 4(4), 3, 345-358, 2008.
- 16) Nardi B.: *Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- 17) Odent M.: *L'agricoltore e il ginecologo*, Il Leone Verde, Torino, 2006.
- 18) Odent M.: *La scientificazione dell'amore*. Apogeo/Urra, Milano 2008..
- 19) Poindron P., Le Neindre P.: *Hormonal and behavioural basis for establishing maternal behaviour in sheep*, in Zichella L., Panchari R., *Psychoneuroendocrinology in reproduction*, Elsevier-North Holland Medical Press, Amsterdam, 1979
- 20) Schmid V.: *Venire al mondo e dare alla luce*. Apogeo/Urra, Milano 2005.
- 21) Siegel H.I., Greenwald M.S.: *Effects of mother-litter separation on later maternal responsiveness in the hamster*, *Physiol. Behav.*, 1978; 21:147-9.



Agostini Vianella
Angeletti Luca
Bassoli Daniele • Bozzi
Marcello • Staldenzi Alessandro
Niacometti Angela • Regorini Mirco
Stullà Irene • Lanari Gisella • Lucidi Davide
Mancini Cristiana • Milia
Michele • Pace Giovanna
Palma Elisabetta • Paoloni Patrizia • Sabbatini Roberto • Silvestrini
Manuela • Squadroni Aurelio • Toccaceli Andrea

*Il Collegio IPASVI di Ancona vi augura
Buon Natale e Felice Anno Nuovo*