

Confronto professionale



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

N. 2/2011

La ricerca per l'innovazione.

Anche per noi Infermieri
è giunto il momento
di cominciare a correre
verso obiettivi nuovi
e ambiziosi.

Proviamo a cercare
partner giovani per
correre insieme
e a mettere le basi
per costruire e sviluppare
un futuro diverso
(da protagonisti).
Questa è la prima pietra.

Insieme sarà più facile!



SOMMARIO

Confronto Professionale N. 2/2011

COLLEGIO DI ANCONA

■ Editoriale <i>a cura di Marcello BOZZI</i>	pag. 3
■ Il trattamento non farmacologico per un malato di Alzheimer» <i>a cura di Cucchi A., Brunieri C., Gaggia D., Giambartolomei A., Mercuri M.</i>	5
■ A proposito di... Infermiere e il Point of Care Testing (POCT) » <i>a cura di Roberto Sabbatini, Elisabetta Palma, Mirco Gregorini</i>	9
■ AfghanistAn's <i>a cura di Andrea Pacenti</i>	» 11
■ Preparazione robotizzata di antiplastici in farmacia <i>a cura di Silvana Caccivillani, A. Capogna, C. Cortese, A. Vetrucchio</i>	» 16
■ Discorso del 18 aprile 2011 presentazione delle tesi di laurea <i>a cura di Andrea Farroni</i>	» 19
■ I nuovi pseudo infermieri: abuso autorizzato della professione infermieristica <i>a cura di Marco Romitelli</i>	» 20
■ Prima della Nightingale: i contributi ed i precursori dell'infermieristica moderna <i>a cura di Giordano Cotichelli</i>	» 22
■ Terapie complementari negli Hospice <i>a cura di Arianna Mattiussi</i>	» 24
■ Abbiamo un sogno <i>a cura di Paola Mancini</i>	» 27
■ PROFESSIONE OSTETRICA	
■ Editoriale <i>di Margherita Piermaria</i> Gravidanza a portata di click <i>a cura di Serena Polenti</i>	» 28
■ Norme redazionali per gli autori	» 32



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

Direttore responsabile:
Dott. Marcello Bozzi

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

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

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

Stampato da:
Errebi Grafiche Ripesi

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



**Confronto
professionale**

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

La vita di ognuno si caratterizza per alcune fasi e parti che possono essere costruite, sviluppate e modellate e altre che, invece, sono già scritte.

Per le parti e le fasi che possono essere costruite è l'impegno del singolo individuo che consente di raggiungere gli obiettivi che lo stesso si è dato.

Tu sei stato veramente un grande. Ti sei sempre impegnato, sei cresciuto Tu e sono cresciuti gli altri intorno a Te.

Sei arrivato dove volevi arrivare e, insieme ai tanti che hanno lavorato con Te, hai fatto "squadra".

Sei stato in prima linea, nelle urgenze, nelle emergenze, nei disastri, ovunque. Ti sei emozionato e hai emozionato. Sei entrato nel cuore della gente, tutta!

Ovunque hai lasciato un segno e un ricordo.



Per la parte già scritta (destino) c'è poco da dire.

E poco serve cercare i "se" e i "ma", quasi a tentare di fermare il tempo e tornare un attimo prima di quel terribile momento.

Ci piace ricordarTi per quello che si stato, per quello che hai costruito e per quello che hai dato.

Hai sempre creduto "nel gruppo e nella squadra" e quella "squadra" ora è vicino a Te.

Ciao Marco



IPASVI
ANCONA

marcello bozzi

C'ha passato quasi vent'anni nel Pronto Soccorso dove lavoro. Chissà quanta gente lo ha avuto, come me, come collega, dedicato anima e corpo a quell'arte bi-strattata che è l'emergenza, alla gestione del trauma in particolare.

E chi non ce l'ha avuto come collega se lo sarà ritrovato sicuramente come docente in un qualche corso, convinto com'era che tutto parte dalla formazione. E allora via, corsi su ogni materia, rivolti a tutti, ma proprio a tutti, dall'ultimo dei volontari ai primari di chirurgia ("dobbiamo parlare tutti la stessa lingua"). E chi ancora non l'avesse avuto come collega e come docente è probabile che ce l'abbia avuto come presidente, in quella famiglia strana nata con lui, l'Ares.

La medicina delle catastrofi, le maxiemergenze, anni spesi ad affinare ed approfondire certe tematiche, con noi miopi che non le vedevamo neanche, le tematiche. C'aveva gli occhiali più buoni, Marco, ci vedeva prima.

Però a me piace pensare che c'è un mucchio di gente, che non è infermiere, né medico, né volontario, gente normale colpita in un momento della vita da una tragedia terribile, a L'Aquila come a Pukhet, in Albania come ad Haiti, annichilita dal dolore e dallo smarrimento, che si ricorda di un omone con l'immane cappellino e la maglietta azzurra, aggirarsi indaffarato tra le macerie armato di cartellina, palmare e ricetrasmittente. Ma che non ha mai dimenticato il significato di una stretta di mano, di un sorriso e di una carezza, chè il medico non può fermarsi a curare le ferite del corpo, diceva.

Stavolta, Marco, lascia che siano loro, quelle che tu chiamavi "vittime", a fartela una carezza, e a dirti per l'ultima volta il loro grazie.

Ciao.

Roberto



EDITORIALE

Per ogni cosa c'è un momento...
e il momento è arrivato!! (o comunque si avvicina)

a cura di Marcello Bozzi

Il 10 maggio, in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere, anticipando un pochino i tempi (la ricorrenza sappiamo tutti essere il 12 maggio), abbiamo organizzato un importante convegno sul tema di seguito riportato

*... aumentano i bisogni delle persone e diminuiscono le risorse assistenziali infermieristiche ...
i bisogni dei cittadini e la sostenibilità del sistema sanitario*

è necessario rivedere:

il progetto (i servizi da garantire e la rete del e nel sistema sanitario regionale)

l'organizzazione (lo sviluppo dei processi, le risorse assistenziali, le integrazioni, le responsabilità)

la formazione (i saperi necessari dei singoli e dei gruppi)

Il momento era ed è particolarmente complesso e difficile e si parla solo di tagli al personale (di fatto solo tagli al personale di assistenza, in particolare al personale infermieristico).

L'obiettivo che si voleva raggiungere era quello di portare intorno allo stesso tavolo gli attori più importanti coinvolti nei grandi cambiamenti che interessano il sistema sanitario della nostra regione e, ovviamente la componente politica.

Sono intervenuti tutti, meno che la politica!!!

Le argomentazioni proposte si sono sviluppate secondo una successione logica di passaggi che in particolare riguardavano:

I Bisogni delle persone

Prendiamo atto che:

è cambiata l'epidemiologia;

è aumentata la disabilità, è aumentata la cronicità ed è

aumentata la complessità assistenziale;

sono cambiati gli stili di vita ed è cambiata la società;

è cambiata la domanda

Questi cambiamenti obbligano un ripensamento e un ridisegno del sistema, tenuto conto dei nuovi bisogni delle persone e dei servizi da garantire

Il progetto (i servizi da garantire e la rete del e nel sistema sanitario regionale)

Sono competenze proprie della Regione:

la definizione del progetto complessivo (la programmazione e l'organizzazione del sistema per la garanzia della risposta ai bisogni di salute della popolazione);

la definizione delle strutture autorizzate alla erogazione delle prestazioni sanitarie, la loro distribuzione terri-



toriale e la conseguente strutturazione "in rete";

la definizione dei criteri per la determinazione delle dotazioni organiche;

.....

Il livello regionale deve tenere conto di alcune importanti variabili che in particolare riguardano:

La situazione di oggi

La distribuzione dei fondi da parte del livello centrale

I servizi da garantire e la compatibilità economica

Le necessità di riorganizzazione, tenuto conto dello sviluppo scientifico, tecnologico e metodologico (es. chirurgia laparoscopica, chirurgia robotica, chirurgia mininvasiva e artroscopia, emodinamica, radiologia interventistica, etc.)

La necessità degli adeguamenti verso le innovazioni e, parallelamente, la necessità di rivedere il sistema "a valle", tenendo conto sia dei cambiamenti legati alle innovazioni, sia dei cambiamenti conseguenti ai nuovi bisogni (es. la cronicità)

Le argomentazioni citate sono state oggetto di discussione con il coinvolgimento diretto del Dott. Carmine Ruta (Direttore Dipartimento Servizio Salute Regione Marche) e del Dott. Piero Ciccarelli (Direttore Generale ASUR).

Abbiamo potuto prendere atto che:

Le regole di funzionamento del sistema sanitario sono profondamente mutate;

I sistemi di finanziamento del Sistema Sanitario da parte del livello centrale sono sempre più restrittivi (anche se sembra che gli interventi del Dott. Ruta sul livello centrale governativo abbiano avuto alcuni riscontri favorevoli);

Le necessità di contenimento e di razionalizzazione sono sempre più forti (perché certe razionalizzazioni non sono state fatte già dal 2002, così come prevedeva la finanziaria di quell'anno? Chi sono i responsabili di queste mancate azioni? Chi ne ha beneficiato? Perché queste persone ricoprono ancora posizioni di comando? etc. etc.);

L'applicazione pratica dei principi sopra citati è una responsabilità delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, tenuto conto delle indicazioni e degli indirizzi regionali (il Dott. Ruta ha presentato un progetto "in progress, quindi ancora in fase di sviluppo - il Dott. Ciccarelli ha pesantemente tagliato le risorse, senza un progetto a monte, anche se ha affermato che il progetto "sarà ovviamente conseguente". Nel management moderno prima si riorganizza e poi si razionalizza. Il contrario non funziona. Mai. Inoltre le forti posizioni dei Sindaci sono già un segnale pesantee i tempi non saranno certamente brevi);

La determina n. 240 dell'ASUR ha avuto come conseguenze importanti interventi di razionalizzazione di risorse (di fatto si è trattato di veri e propri razionamenti, partiti già dall'autunno 2010. Vengono prese in considerazione solo pesanti razionamenti, definite razionalizzazioni, che riguardano solo gli Infermieri e il personale di Supporto. Altre famiglie professionali, in particolare i medici e gli Amministrativi, vengono solo "sfiorati";

Gli standard proposti dal Dott. Ciccarelli (si ricorda che detta competenza è della Regione e non dei Direttori Generali delle Aziende) fanno riferimento a norme e indirizzi di oltre 20 anni fa. La complessità assistenziale di oggi, pesantemente legata alla gravità delle patologie e alla severità delle cure, di fatto rendono gli stessi inapplicabili.

L'applicazione di detti standard mette pesantemente a rischio la sicurezza dei pazienti e degli operatori e il blocco della Determina n. 240 del Direttore ASUR non può essere solo fino a Giugno 2011. Il documento è inapplicabile e va completamente rivisto.

La politica del personale va fatta su tutto il personale. Qualcuno si preoccupa del fatto che nel periodo 2012 - 2018 circa 20.000 medici lasceranno il servizio. I dati OCSE dicono che - ad oggi - il rapporto medici / abitanti al 3,7 ‰ (dati ministero salute). L'uscita di circa 20.000 porterebbe il rapporto medici / abitanti al 3,5 ‰ (dati ministero salute). La media europea è di 3,1 ‰ abitanti. Gli stessi dati OCSE dicono che - ad oggi - il rapporto infermieri / abitanti al 6,1 ‰. La media Europea è di 8 ‰ abitanti.

Non serve fare alcuna considerazione. I lettori (gli Infermieri) hanno sufficiente capacità concettuale per capire da soli.

Da parte nostra riteniamo opportuno rimanere fermi sulle nostre posizioni:

nessuna interferenza nelle scelte regionali;

richiesta di garanzia assoluta (per i cittadini e per gli operatori) per assicurare la continuità dei servizi e dell'assistenza (in sicurezza!!!!!!)

assoluta necessità dell'adeguatezza delle risorse, con particolare attenzione alla sostituzione delle assenze per gravidanza, per lunga malattia e per afferenza a leggi speciali (es. 104)

l'organizzazione (lo sviluppo dei processi, le risorse assistenziali, le integrazioni, le responsabilità)

Prendiamo atto di una serie importanti di cambiamenti che hanno interessato il sistema sanitario negli ultimi anni, in particolare per gli infermieri:

è profondamente cambiata la formazione dei professionisti della salute (se cambia il livello della formazione, di conseguenza cambiano i saperi e le caratterizzazioni professionali);

i cambiamenti nella formazione generano/obbligano interventi di adeguamento nei modelli organizzativi e nei sistemi di cura e assistenza (di conseguenza si modificano anche i livelli di responsabilità e pertanto vanno riviste le modalità di collaborazione, integrazione, interazione e condivisione);

l'integrazione è una necessità per il funzionamento del sistema e gli ostacoli all'integrazione sono prevalentemente di tipo organizzativo e di tipo culturale (es. il



problema del "see and treat" - perché queste paure da parte dei medici?

le caratterizzazioni dei saperi delle famiglie professionali spingono verso l'integrazione ma non consentono "la mutuabilità", proprio per le caratterizzazioni delle diverse formazioni e dei diversi saperi.

Abbiamo cercato di contattare la politica subito dopo il convegno del 10 maggio, ma non era tempo perché prima c'erano le elezioni, poi il ballottaggio, poi il referendum Ora ci sembra che il tempo sia arrivato.

Le nostre richieste sono le seguenti:

Bloccare la delibera 240;

Rivedere il progetto (che deve partire dalla regione);

Definire un gruppo di lavoro che prenda in esame e sottoponga all'approvazione del Dipartimento Salute i criteri per la determinazione delle dotazioni organiche; procedere alla razionalizzazione dopo l'attivazione delle fasi di sviluppo del progetto sanitario regionale sbloccare le assunzioni

ritornare alla situazione di ottobre 2010

prevedere un supporto per la sostituzione delle gravidanze e delle lunghe assenze

sbloccare i concorsi per dirigente dei servizi infermieristici e, nelle more, attivare 15 septies e dipartimenti in tutte le Aziende e nelle Zone Territoriali;

prevedere una figura infermieristica stabile in regione, presso il dipartimento, al pari di quanto già realizzato per altre figure professionali (dirigenti medici).

Confidiamo molto nella politica e auspichiamo la massima attenzione nei confronti della nostra famiglia professionale che, nonostante i tagli pesantissimi, ha garantito la risposta assistenziale ai bisogni della gente.

Le affermazioni del Direttore ASUR non ci convincono e mettono pesantemente a rischio i cittadini e i professionisti.

Se dette decisioni, pur nei rischi di cui sopra, dovessero soddisfare i bilanci regionali, e pertanto soddisfare la politica, noi manterremo fede alle posizioni prese (dalla parte dei cittadini, a garanzia e tutela) e utilizzeremo tutti i mezzi e strumenti cui si può avvalere un Ente di Diritto Pubblico - Ente Ausiliario dello Stato (quale noi siamo) per informare le Istituzioni e tutelare gli utenti e i professionisti infermieri.

Il trattamento non farmacologico per un malato di Alzheimer

a cura di

Cucchi A., **Brunieri C., ***Gaggia D.,
Giambartolomei A., **Mercuri M.

* Coordinatore Corso di Laurea in Infermieristica
Università Politecnica delle Marche-Ancona
** Tutor Corso di Laurea in Infermieristica Università
Politecnica delle Marche-Ancona
***Infermiere 118- Docente Corso di Laurea in
Infermieristica Università Politecnica delle Marche-Ancona
****Infermiere Neolaureata Corso di Laurea in
Infermieristica Università Politecnica delle Marche-Ancona



Abstract

Inserita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità tra le cinque patologie neurologiche e psichiatriche più invalidanti, la Malattia di Alzheimer, viene classificata come una delle Demenze di più frequente insorgenza nella persona con età superiore ai 65 anni. La malattia di Alzheimer è definita un "processo degenerativo che distrugge progressivamente le cellule cerebrali, determinando nel malato un lento e graduale deterioramento delle capacità cognitive (memoria, attenzione, linguaggio, pensiero), della personalità e della vita di relazione e rendendolo, a poco a poco, incapace di una vita autonoma".

Le difficoltà che una persona con questo tipo di patologia incontra, non riguardano solo la sfera fisica, ma soprattutto quella psicologica aggravata dalla consapevolezza della progressiva perdita della propria autonomia. All'inizio, i sintomi (qualche difficoltà a ricordare e la perdita delle capacità intellettive) possono essere così lievi da passare inosservati, sia all'interessato che ai familiari e agli amici. Con il progredire della malattia, i sintomi diventano sempre più evidenti e cominciano ad interferire con le attività quotidiane e con le relazioni sociali. Il lavoro pone in luce i possibili interventi di gestione del morbo di Alzheimer, presenta alcune terapie non farmacologiche per la gestione dei disturbi cognitivi ed individua le modalità di rapporto tra infermiere e malato. Un intervento infermieristico appropriato può incidere di molto sullo stato di salute dell'assistito. Esistono delle tecniche (anche se poco applicate) per la gestione dei disturbi che possono aiutare la persona malata a ritrovare la voglia di vivere. L'applicazione di queste tecniche è fondamentale per offrire al paziente un'assistenza sempre più qualitativamente e quantitativamente ottimale sia per lo stile di vita della persona affetta da questa patologia, sia dei familiari o di chi si prende cura di lui.

“Col senno di poi la cosa sembra ovvia, ma sulle prime pensai che le sue smemoratezze fossero comprensibili e nient'affatto eccezionali. Dimenticava dove aveva messo le chiavi, ma capita a tutti. Dimenticava il nome di qualche conoscente, ma non degli amici e delle persone più vicine. A volte sbagliava la data sugli assegni, ma non vi dava peso, semplici errori che si commettono quando si pensa ad altro. Fu quando si manifestarono episodi più allarmanti che cominciai a sospettare il peggio. Un ferro da stiro nel freezer, la biancheria nel lavapiatti, dei libri nel forno. Il giorno in cui la trovai nella sua auto a tre isolati di distanza, china in singhiozzi sul volante perché non trovava la via di casa, mi spaventai davvero. E si spaventò anche lei perché quando bussai al finestrino si voltò e

disse «O Dio, che mi succede? Per favore aiutami». «Mi spiace dovervelo dire» cominciò il dottor Barnwell, «ma sembra che la signora sia al primo stadio dell'Alzheimer». E' una malattia desolata, vuota e arida come il deserto. Un ladro di cuori e di anime e di memorie. Non sapevo che dirlle mentre lei singhiozzava sul mio petto e la strinsi a me cullandola..”

(Nicholas Sparks, LE PAGINE DELLA NOSTRA VITA. Frassinelli, 1996)

Parole chiave

- Morbo di Alzheimer;
- Terapia non Farmacologica,
- Assistenza Infermieristica

Inserita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità tra le cinque patologie neurologiche e psichiatriche più invalidanti, la Malattia di Alzheimer, viene classificata come una delle Demenze di più frequente insorgenza nella persona con età superiore ai 65 anni.

Due studi importanti, l'EURODEM e il FERRI et. All. evidenziano che le persone affette da demenza che vivono nella Comunità Europea sono comprese tra i 5.3 e i 5.8 milioni di persone e 6.4 milioni nei 31 Paesi considerati nel rapporto. In termini percentuali si tratta dell'1,14-1.17 della popolazione. Il "Rapporto demenza 2006" stima che in Italia soffrano di questa patologia tra gli 820.462 e 905. 713 persone (tra 1,4 e l'1, 55 della popolazione). La ricerca conferma che la maggioranza dei malati di Alzheimer è curato in casa (86%) e che solo una piccola minoranza è ricoverato in ospedale (10%) o in residenza specializzate (1%).

Le difficoltà che una persona con questo tipo di patologia incontra, non riguardano solo la sfera fisica ma soprattutto quella psicologica aggravata dalla consapevolezza della progressiva perdita della propria autonomia. Tale condizione porta al deterioramento delle funzioni comportamentali e delle funzioni cognitive.

La malattia di Alzheimer è la più comune causa di demenza.

La malattia di Alzheimer è definita un "processo degenerativo che distrugge progressivamente le cellule cerebrali, determinando nel malato un lento e graduale deterioramento delle capacità cognitive (memoria, attenzione, linguaggio, pensiero), della personalità e della vita di relazione e rendendolo, a poco a

poco, incapace di una vita autonoma”.

Colpisce in prevalenza le persone anziane anche se la vecchiaia da sola non si può considerare causa di demenza. Tra il 50% e il 70% delle persone affette da demenza soffrono di malattia di Alzheimer, un processo degenerativo che distrugge lentamente e progressivamente le cellule del cervello. Dalla comparsa dei sintomi la malattia ha un decorso medico di 8-12 anni. E' una malattia che colpisce la memoria e le funzioni mentali (ad esempio il pensare, il parlare, ecc.), ma può causare altri problemi come confusione, cambiamenti di umore e disorientamento spazio-temporale. All'inizio, i sintomi (qualche difficoltà a ricordare e la perdita delle capacità intellettive) possono essere così lievi da passare inosservati, sia all'interessato che ai familiari e agli amici. Ma, con il progredire della malattia, i sintomi diventano sempre più evidenti e cominciano ad interferire con le attività quotidiane e con le relazioni sociali. Le difficoltà pratiche nelle più comuni attività quotidiane, come quella di vestirsi, lavarsi o andare alla toilette, diventano a poco a poco così gravi da determinare, con il tempo, la completa dipendenza dagli altri. Essendo, questa, una malattia degenerativa del sistema nervoso, presenta modificazioni a livello di abilità cognitive, quali perdita di Memoria, Agnosia (mancato riconoscimento di oggetti, persone, suoni, forme), Aprassia (disturbo del movimento), Afasia (disturbo del linguaggio), alterazione della Comunicazione, alterazione dell' Orientamento Spazio – Temporale e della capacità di Giudizio e di Astrazione. Anche in questo caso i deficit a carico di tali funzioni sono il risultato della progressiva degenerazione di determinate aree cerebrali e della conseguente compromissione funzionale. Talvolta il paziente riesce a mascherare anche deficit marcati grazie alle abilità residue, riuscendo a mantenere un'apparente efficienza nei compiti che ha svolto per tutta la vita e che riesce a portare avanti in modo autonomo; ma è sufficiente un cambiamento imprevisto e improvviso perché il paziente cada nella confusione più assoluta e non riesca più a portare a termine ciò che stava facendo. Delle funzioni comportamentali compromesse, fanno parte i disturbi riguardanti la sfera fisica e insorgono nelle fasi medio avanzate della malattia. Queste abilità compromesse, sono un grave problema non solo per il malato ma anche per la famiglia che si vede costretta, per incapacità di gestione, ad anticipare il ricorso ai servizi di sollievo diurni o residenziali oppure ad una istituzionalizzazione definitiva. Tra questi disturbi fanno parte l'alterazione del Ritmo sonno-veglia, del Comportamento Motorio, del Comportamento Alimentare, dell'Umore, del Comportamento Sensoriale.

Se è vero che attualmente la malattia di Alzheimer non è né prevenibile né guaribile, questo non vuol dire che sia incurabile. Con i trattamenti disponibili, si è in grado di migliorare i sintomi e quindi la qualità di vita del paziente e di chi lo assiste, rallentandone la progressione verso gli stadi più avanzati. Per raggiungere obiettivi terapeutici più ambiziosi si dovrà purtroppo attendere ancora molti anni per sperare di entrare in possesso di sostanze più efficaci. Questo non esclude il fatto che questi disturbi possano essere in parte controllati tramite trattamenti non farmacologici.

Tra i vari interventi di gestione del morbo di Alzheimer possiamo individuare:

1. Sostegno della funzione cognitiva: in ambiente calmo e prevedibile, in limitazione di stimoli;
2. Promozione della sicurezza fisica (eliminazione dei rischi, presenza di luci, ecc.);
3. Riduzione di ansia e agitazione (il sostegno emotivo soddisfa ai bisogni emergenti con la consapevolezza del deterioramento delle funzioni cognitive);
4. Miglioramento della comunicazione (per promuovere l'interpretazione dei messaggi);
5. Promozione dell'indipendenza e della cura di sé;
6. Promozione dei bisogni di socializzazione (amicizie ed Hobbyes) e di intimità (specialmente della sfera affettiva);

7. Promozione di un equilibrato ritmo di attività e riposo (per i disturbi del sonno e comportamento errabondo tipico della patologia);
8. Promozione dell'assistenza domiciliare e di comunità (anche per il sostegno dei familiari).

Tra le varie terapie non farmacologiche per la gestione dei disturbi cognitivi, troviamo:

1. Terapia di Orientamento alla Realtà (ROT)

La Terapia di Orientamento nella Realtà (ROT- Reality Orientation Therapy), nell'ambito degli interventi riabilitativi e psicosociali rivolti alla persona, è la più diffusa terapia cognitiva impiegata nei pazienti con confusione mentale e deterioramento cognitivo. La ROT è finalizzata a riorientare il paziente rispetto a sé, alla propria storia e all'ambiente circostante. La ROT è una tecnica che, tramite ripetitive stimolazioni multimodali (verbali, visive, scritte e musicali), si prefigge di rafforzare le informazioni di base del paziente rispetto alle coordinate spazio-temporali ed alla storia personale.

Si distinguono due modalità terapeutiche della ROT:

ROT informale: prevede un processo di stimolazione continua che implica la partecipazione di operatori sanitari o familiari, i quali durante i loro contatti col paziente, nel corso delle 24 ore, forniscono ripetutamente informazioni all'anziano.

ROT formale: consiste in sedute giornaliere di 45 minuti, condotte in gruppi di 4-6 persone aventi paritario grado di deterioramento cognitivo, durante le quali un operatore impiega una metodologia di stimolazione standardizzata, finalizzata a riorientare il paziente rispetto alla propria vita personale, all'ambiente ed allo spazio. La ROT costituisce attualmente uno dei pochi esempi di "Training Cognitivo" in grado di fornire risultati positivi in pazienti dementi. L'entusiasmo con il quale la ROT è stata accettata dagli operatori sanitari va, almeno in parte, ricondotto anche ad altre ragioni: è una tecnica semplice, economica e può essere gestita da personale relativamente non specializzato. Inoltre, l'intervento della ROT offre agli operatori ed ai familiari il senso di "fare qualcosa" in una condizione patologica dalla prognosi comunque infausta.

L'efficacia della ROT, appare maggiore quando l'approccio formale è associato a quello informale; quest'ultimo consiste nell'introduzione di facilitazioni spazio-temporali nell'ambiente di vita dell'anziano (calendari, colori alle stanze, segnali chiaramente leggibili, foto ecc..). L'utilizzo di questa terapia, ne prevede l'associazione con altre tecniche non farmacologiche quali la Reminiscenza e la Rimotivazione.

2. Terapia di Reminiscenza

Nell'ambito degli interventi psicoterapeutici - riabilitativi, utilizzabili sia nell'anziano con depressione dell'umore sia nel paziente con deficit cognitivi, uno spazio a sé occupa questo tipo di terapia, nella quale eventi remoti rappresentano lo spunto per stimolare le risorse mnestiche residue e per recuperare esperienze emotive piacevoli. La Reminiscenza o Life Review Therapy si fonda sulla naturale tendenza dell'anziano a rievocare il proprio passato; il ricordo e la nostalgia possono essere fonte di soddisfazione e idealizzazione. L'obiettivo consiste nel favorire questo processo spontaneo e renderlo più consapevole, mantenere un ruolo sociale e favorire l'autostima.

3. Terapia di Validazione

Tramite l'ascolto, il terapeuta cerca di conoscere la visione della realtà da parte del paziente, al fine di creare contatti emotivi significativi. Il principale obiettivo non consiste nel ricondurre il paziente nella realtà attuale, ma, al contrario, immedesimarsi, in modo empatico, "nel suo mondo" per capirne comportamenti, sentimenti ed emozioni. Tramite la verbalizzazione dei propri sentimenti e delle proprie emozioni, che vengono condivise dal terapeuta e dai compagni di gruppo, il paziente può recuperare l'autostima accanto alla percezione di essere accettato come soggetto capace di espletare relazioni significative.

4. Terapia di Rimotivazione

La Rimotivazione è una tecnica cognitivo - comportamentale il cui scopo consiste nella rivitalizzazione degli interessi per gli stimoli esterni, nell'indurre gli anziani a relazionarsi con gli altri e ad affrontare e discutere argomenti contingenti della realtà circostante. È particolarmente indicata in pazienti con sintomi depressivi non gravi e deficit cognitivo lieve, in grado di seguire una conversazione anche se istituzionalizzati.

Abitualmente richiede brevi sessioni nelle quali viene discusso un tema d'attualità. Il principale obiettivo consiste nel limitare e nel contrastare la tendenza all'isolamento del paziente demente e depresso.

5. Memory Training

Per andare incontro al disagio che l'anziano può vivere e favorire un confronto positivo con le sue capacità e la possibilità di riorganizzarle, il Memory Training nasce come intervento psicologico di stimolazione cognitiva delle capacità di cui, solitamente, l'individuo lamenta il cattivo funzionamento con lo scopo di stimolare ed attivare in particolar modo la memoria e le funzioni cognitive preposte al processo di memorizzazione: attenzione, ragionamento, capacità di giudizio, categorizzazione, fluency verbale, associazione e spirito di osservazione. Si può definire come un "allenamento della memoria", o meglio una ginnastica mentale, per mantenerla "efficiente" ed elastica allo scopo di aiutare la persona anziana ad utilizzare tutte le potenzialità cognitive di cui predispone perché, in realtà, molte difficoltà che si riscontrano nella memoria sono dovute ad un mancato utilizzo, o ad un utilizzo inadeguato delle risorse cognitive presenti. La stimolazione cognitiva vuole essere un sostegno a tutti questi aspetti, diretta quindi alla globalità della persona, perché costituisce il passaggio obbligatorio tramite cui può instaurarsi un efficace allenamento della memoria.

Lo scopo è quello di promuovere modalità attive: di pensare e sentire circa le proprie capacità e di allenare la memoria per fornire all'anziano strumenti che sia poi in grado di utilizzare quando si verificano disagio e problemi di memoria, ovvero nel contesto della vita quotidiana.

Il programma prevede l'utilizzo di una serie di materiali capaci di stimolare i vari canali sensoriali per acquisire quelle informazioni che dovranno poi essere richiamate alla memoria. Sarà pertanto essenziale favorire l'esecuzione della terapia con persone (caregiver e familiari), animali, oggetti, momenti della propria vita quotidiana, anche in virtù del fatto che fattori emotivi e motivazionali giocano un ruolo centrale nell'attività della funzione mnemonica. L'informazione sarà infatti appresa tanto più rapidamente quanto più risulterà motivata e affettivamente vissuta.

Nei pazienti sottoposti a Memory Training è stato riscontrato un significativo miglioramento dei tempi di esecuzione delle attività di base, del tono dell'umore e un declino più lento delle prestazioni cognitive.

È possibile che la persona affetta da demenza, a fianco della progressiva perdita di autonomia e delle proprie facoltà mentali superiori, mostri dei disturbi comportamentali quali ansia, agitazione, aggressività e, in alcuni casi (specialmente in alcune forme di demenza quali la demenza di Alzheimer), disinibizione o manifestazioni di tipo psicotico come deliri, allucinazioni o comportamenti auto od eterolesionisti. Le persone che si prendono cura dei pazienti dementi devono quindi fare i conti anche con la possibile gestione di queste manifestazioni, spesso molto difficili da affrontare. È importante sottolineare che anche se oggi esistono validi preparati farmacologici che possono controllare i disturbi più gravi, ad essi vanno sempre affiancati i comportamenti adeguati da parte dei familiari. Esistono alcune regole comportamentali che è bene conoscere e che possono aiutare nell'affrontare questo tipo di disturbi.

Le terapie non farmacologiche, vengono impiegate in modo indistinto tra i disturbi cognitivi e quelli comportamentali. È da mettere comunque in evidenza che ci sono terapie più mirate per gli uni e terapie più mirate per gli altri.

Le **terapie non farmacologiche** che vengono applicate per i **disturbi comportamentali** sono:

1. Pet therapy

Il contatto con gli animali si è dimostrato utile in disturbi cognitivi e comportamentali di varia origine ed età e dati ne indicano l'efficacia anche nelle persone con demenza. La sua funzione è di stimolo ad attività (dalla carezza alla passeggiata, all'alimentazione, al gioco) ma anche a ricordi, senza trascurare lo stimolo sensoriale (tattile, olfattivo, visivo) e la grande interazione affettiva che un animale può comportare senza tralasciare la stimolazione del senso di responsabilità che comporta.

2. Musicoterapia

Si tratta di una disciplina specialistica (di carattere preventivo, terapeutico o riabilitativo) che utilizza l'espressione musicale (in quanto forma di comunicazione non-verbale) come strumento per intervenire nella sofferenza e nel disagio. La musica viene proposta come mezzo per la stimolazione e lo sviluppo di funzioni cognitive, psico-motorie, affettive, emotive e relazionali.

Tra le tecniche di uso più frequente con gli anziani possiamo citare il canto del repertorio del passato, l'attività corale, l'ascolto musicale guidato, il dialogo e l'improvvisazione sonora con strumentario. La musicoterapia si adatta a qualsiasi fase della patologia (fino a quello compromesso in fase avanzata). Una serie di funzioni e di obiettivi generali della musicoterapia riguardano sia la sfera comportamentale (con tecniche di rilassamento e movimento) sia la sfera cognitiva (socializzazione, ricreazione, gratificazione, aiuto alla memoria, apprendimento, contatto con la realtà, sostegno e rinforzo psicologico).

3. Arte terapia

L'arte terapia è un paradigma metodologico terapeutico fondato su di un approccio non verbale che si realizza attraverso processi e tecniche; tali metodi spesso si avvalgono di materiali per la creazione di un oggetto che rappresenti il mondo interno di una persona e della sua vita psichica. L'arte grazie al suo linguaggio simbolico aiuta a rendere più accessibili quei vissuti che la persona non riesce ad esprimere a livello verbale. Con le persone anziane, l'arte terapia agevola l'affrontare il processo di invecchiamento attraverso un processo di valorizzazione di ciò che la persona è in grado di fare della sua storia, progettando delle attività e dei prodotti che abbiano una relazione con il suo percorso e con il suo passato. Questa tecnica di stimolazione, porta concretamente a facilitare l'emergere della creatività, suggerendo tecniche che potenzino gli aspetti caratteriali positivi, valorizzando le esperienze e le risorse individuali personali e del gruppo, offrendo un contenitore emotivo e degli strumenti ove trovino spazio e voci le emozioni, che danno: tensione, disagio, passività o disorientamento.

L'essere interpellati e coinvolti prima della fase di progettazione dei laboratori, permette agli utenti di sentire che ci sono ancora delle aree in cui è possibile avere il controllo e in cui essere protagonisti.

4. Orticoltura

Consiste nell'affidare al paziente la cura di una o più piante, con obiettivi non solo di tipo ricreativo, ma anche terapeutico, consentendo, ad esempio mediante la cadenza dei tempi di annaffiatura o potatura, di migliorarne il senso di orientamento.

5. Terapia occupazionale

I destinatari dell'intervento sono le persone che presentano deficit sensoriali, percettivo - motori, cognitivi o comportamentali di grado lieve o medio.

La modalità dell'intervento la si deduce dal nome della terapia: occupare la persona in una attività specifica, preferibilmente manuale e certamente di suo gradimento. Per quanto

concerne l'anziano si procede con un'indagine conoscitiva preliminare. Ciò comporta una valutazione iniziale dello stato della persona anziana, allo scopo di determinare le modalità e i fini specifici dell'intervento. Ad una valutazione dello stato mentale, va aggiunta una considerazione sulla vita sociale dell'ospite e la misurazione delle sue capacità residue di autosufficienza. La tipologia di attività che viene generalmente proposta, spazia dalle azioni quotidiane e di routine, come il vestirsi e la cura del corpo, fino ad attività complesse come l'esecuzione di lavori a maglia o di falegnameria, la cura di un orto, la costruzione di una scenografia per una recita e così via. Una cosa da tenere sempre presente è che la terapia occupazionale si appoggia sulle abilità della persona e sui suoi interessi presenti o passati e, solo in casi specifici, propone attività completamente nuove. Un'altra accortezza che viene generalmente adottata è quella di inserire l'attività occupazionale all'interno del contesto nella quale si svolge; si cercherà quindi di orientare il paziente verso delle attività che possono risultare utili a tutta la comunità come ad esempio apparecchiare la tavola, tenere in ordine la biblioteca, fare piccoli lavori di sartoria e mantenere l'ordine nella camera. L'ambiente deve essere adeguato, con una illuminazione focalizzata e deve essere privo di stimoli che possano distrarre i pazienti. Ne consegue che una delle finalità di tale intervento è quella di restituire alla persona la dignità di essere umano attraverso il suo reinserimento sociale e di pubblica utilità.

La **figura dell'infermiere** sia ad un livello terapeutico che riabilitativo per soggetti affetti da questa malattia è di estremo rilievo ed importanza. Chi ha a che fare con il paziente "*in primis*" chi si occupa di lui, dei suoi bisogni da un punto di vista non prettamente ed esclusivamente curativo ed assistenziale, ma anche e soprattutto psicologico e relazionale, è proprio l'infermiere.

Quando l'infermiere prende in carico un paziente con malattia di Alzheimer, lo fa attraverso una **visione globale del paziente**, una sorta di approccio olistico vero e proprio. La cura del corpo, il sostegno dei contenuti cognitivi, la partecipazione professionale alle emozioni e sensazioni del paziente, sono elementi globali del progetto assistenziale che è utile al fine di instaurare la relazione infermiere/paziente.

Ma quali sono le relazioni che si vengono ad instaurare da parte del personale infermieristico che si occupa di questi pazienti sia a livello domiciliare che ospedaliero?

Partiamo dal presupposto che i ruoli ed i compiti dell'infermiere si sono evoluti con il passare del tempo, passando da

quello che era un ruolo di esecutività ad, attualmente, un ruolo di maggiore centralità, autonomia e dinamicità. Consideriamo che il rapporto tra infermiere e paziente malato è un rapporto basato sulla **comunicazione verbale e non verbale**, in cui il malato esprime: il disagio, il dolore e le proprie richieste e l'infermiere risponde o mediando tra medico e paziente oppure provvedendo lui stesso a dare sollievo e risposta alle suddette richieste.

In tale relazione è necessario, anzi quasi d'obbligo, ritrovare una dimensione "**prettamente umana**", fondata sulla **relazione** che non è più solamente verbale ma anche e soprattutto **non verbale** e deve utilizzare **l'intelligenza, la fantasia, l'intuizione, l'empatia, l'emozione e l'affettività** attraverso il sorridere, l'accarezzare, lo scherzare, l'abbracciare e l'accompagnare, tutti elementi che sono e rientrano in quella che può essere definita una **nuova osservazione-relazione**.

Conclusioni

Il mondo dei malati di Alzheimer è spesso un mondo in cui c'è una richiesta silenziosa di aiuto e dove l'infermiere e/o il caregiver possono diventare l'unico punto di riferimento e la persona di fiducia con cui confidarsi; occorre quindi un'umanizzazione dell'assistenza ed alta professionalità da parte degli operatori. Spesso ci si dimentica che il paziente con Alzheimer non è semplicemente un "Malato" ma una "Persona affetta da una patologia" e come tale va trattata. Queste persone si trovano ad affrontare un consapevole decadimento delle proprie capacità, le stesse che gli hanno permesso di vivere una vita dignitosa. Sono persone che si trovano ad affrontare il dramma dell'isolamento, della solitudine e dell'incertezza sul proprio futuro; spesso vengono abbandonate a se stesse solo perché si pensa che una malattia debba essere curata solo con medicinali quando invece proprio questo tipo di patologia ci dimostra che non è così.

Una carezza, un sorriso o semplicemente una compagnia può far ritornare (almeno nelle prime fasi della malattia) il paziente ad una realtà vera. Esistono delle tecniche (anche se poco applicate) come quelle citate precedente per la gestione dei disturbi che possono aiutare la persona malata a ritrovare la voglia di vivere. L'applicazione di queste tecniche è fondamentale per offrire al paziente un'assistenza sempre più qualitativa e quantitativamente ottimale sia per lo stile di vita della persona affetta da questa patologia, sia dei familiari o di chi si prende cura di lui.

Bibliografia

1. BIANCHETTI ANGELO, GUERINI FABIO: i nuclei alzheimer, in residenze sanitarie per anziani, a cura di marco trabucchi, enrico brizioli, franco pesaresi, il mulino, 2002, p. 421-440
2. EURODEM: Findings, Hofman A. et al, The Prevalence of Dementia in Europe: A Collaborative Study of 1980-1990 - International Journal of Epidemiology, 1991; Vol.20, n. 3, pagg.736-748.
3. FERRY C.P., PRINCE M. ET AL, Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study, - Lancet 2005; Vol.366, pagg.2112-17
4. Dementia in Europe, Yearbook 2006 - Alzheimer Europe - WWW.alzheimer.it
5. Brunner Suddarth, Nursing Medico-Chirurgico, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 20012
6. BRUCE ERROLYN, HODGSON SARAH, SCHWEITZER PAM: i ricordi che curano. pratiche di reminiscenza nella malattia di raffaello cortina, 2003, p. 161

7. CASTOLDI RICCARDO, LONGONI BEATRICE: "prendersi cura della persona con demenza". casa editrice ambrosiana, 2005.
8. FLORENZANO F.: PSICOTERAPIA DELLA DEMENZA curare ed assistere i pazienti affetti dalla malattia di alzheimer. edizioni della universita' popolare, 1997.
9. JONES MOYRA, edizione italiana a cura di luisa bartorelli: gentilecare. un modello positivo di assistenza per l'alzheimer. carocci faber, 2005, p. 351
10. MEZZADRI COFANO MARIA GRAZIA: uno stato di grazia. l'alzheimer con i tuoi occhi. ideastudio officine editoriali, 2003.
11. QUAIA LUCIANA: il mnemosine. esercizi per la memoria. manuale per operatori. nodo libri, como, 2001.
12. QUAIA LUCIANA: il mnemosine. esercizi per la memoria. manuale per familiari. nodo libri, como, 2001.
13. SMITH HENDERSON CARY, ANDREWS NANCY: "visione parziale.un diario dell'alzheimer. associazione goffredo de banfield, federazione italiana alzheimer, 2002.

A proposito di... Infermiere e il Point of Care Testing (POCT)

a cura di

Roberto Sabbatini

Consigliere

Elisabetta Palma

Consigliere

Mirco Gregorini

Consigliere

QUESITO

Premessa

Gent.mi colleghi, a nome del personale che lavora nelle terapie intensive U.O. dialisi, vorremmo avere un parere legale sull'esecuzione dell'emogasanalisi con apparecchiature a rapida esecuzione all'interno della suddetta U.O.C., esistono sentenze a favore e altre a sfavore, ci rendiamo conto che per noi avere a disposizione in brevissimo tempo alcuni parametri ci permette di attivare diverse modalità terapeutiche su prescrizione del medico per poter garantire un trattamento personalizzato al paziente, sia di giorno, ma anche e soprattutto durante la reperibilità quando nell'U.O. è presente solo 1 infermiere e 1 medico.

Ogni giorno utilizziamo apparecchiature complesse per le quali abbiamo seguito un percorso di addestramento, perciò ci chiediamo:

DOMANDE:

- ha competenze l'infermiere, che ha seguito un corso sulla fase preanalitica e sull'utilizzo dell'emogasanalizzatore, effettuare la determinazione?
- quale ruolo ha il laboratorio analisi in merito? l'emogasanalizzatore utilizza cartucce di misura, di lavaggio e di controllo qualità monouso.
- possono essere eseguiti esami per pazienti di altre UU.OO.?
- quale percorso intraprendere a livello organizzativo?

RISPOSTE

Premessa:

Per Point of Care Testing (POCT) si intende il test eseguito vicino o al punto di cura del paziente, con il presupposto che il risultato sarà disponibile immediatamente o in un lasso di tempo molto breve, al fine di permettere ai clinici una diagnosi immediata e/o una immediata decisione terapeutica. Il POCT è per definizione eseguito al di fuori del laboratorio clinico e a cura di personale non specialistico.

Caratteristiche del POCT:

Il POCT può trovarsi all'interno o all'esterno dell'ambito ospedaliero, in ogni caso le sue caratteristiche devono permettere:

la riduzione del tempo totale di analisi (Turn

Around Time, TAT),

il miglioramento dimostrabile della salute del paziente, permettendo al clinico di prendere, in tempi brevi, decisioni critiche sulla diagnosi della malattia e la conseguente terapia da adottare, migliorando la prognosi del paziente.

I POCT sono piccoli strumenti, completamente automatici, molto semplici da utilizzare che impiegano volumi minimi di sangue intero per l'esecuzione dei più importanti parametri biochimici direttamente in reparto o al letto del malato.

Nella pratica ospedaliera si utilizzano due tipologie di POCT (Tab.1):

- analizzatori (es. gli emogasanalizzatori)
- altri sistemi (glucometri, coagulometri portatili, ecc.)

Le analisi eseguite in POCT – pur dovendo garantire la qualità nella gestione e controllo delle analisi – non necessitano di un approccio specifico specie in termini di espressione ed utilizzo della misura strumentale.

In POCT si produce un risultato, in laboratorio si produce un referto.

Il risultato di un'analisi decentrata (validato clinicamente dal medico curante del paziente che lo riporta sulla cartella clinica, se e quando clinicamente rilevante) assume un valore medico legale sovrapponibile a quello di un referto di laboratorio.

La realtà italiana:

Non esiste ad oggi una normativa nazionale relativamente ai POCT, tuttavia diverse regioni hanno trattato con Decreti di Giunta Regionale la questione dei POCT. In particolare facciamo riferimento alle regioni Lombardia e Puglia, che hanno trattato l'argomento in modo approfondito.

La Regione Lombardia (DGR 3313 del 2 febbraio 2001) e la regione Puglia (DRG n. 730 del 15 marzo 2010) prevedono l'utilizzo dei POCT. La responsabilità dei POCT è in capo al direttore del Servizio di Medicina di Laboratorio, che decide

	SISTEMI DI LABORATORIO UTILIZZATI IN POC	SISTEMI DI POC
REAGENTI	a bordo, liquidi	monouso
CQI	controllo di prodotto	controllo di processo
VEQ	programmi di laboratorio	campioni testati nel laboratorio centralizzato
MANUTENZIONE ORDINARIA	limitata ma necessaria	non necessaria
INTERVENTI TECNICI	prevedibili	non necessari (si sostituisce il sistema)
ESECUZIONE DEI TEST	può richiedere minime precauzioni	estremamente semplice

Tab. 1 - Differenze delle due tipologie analitiche di POCT

in merito:

alla scelta dei sistemi analitici
 alla definizione di tutte le regole di gestione
 alla definizione ed al mantenimento delle specifiche di qualità del sistema di POCT
 alla organizzazione e attuazione del programma di controllo di qualità interno
 alla formazione del personale all'uso corretto e alla manutenzione dei sistemi di POCT.

Gli esami ematochimici vengono eseguiti sotto la diretta responsabilità del direttore del Servizio di Medicina di Laboratorio, che per gestire questa attività può delegare un laureato del laboratorio (un TSLB) per quanto riguarda:

- la validazione dei controlli e delle analisi in remoto,
- l'approvvigionamento di reagenti e materiali di controllo (monitoraggio delle giacenze, richiesta di acquisto, ricevimento dei prodotti, loro stoccaggio, conservazione e scarico),
- la gestione del sistema informatico dedicato al POC (segnalazioni di guasti sia a livello hardware che software),
- la manutenzione ordinaria e straordinaria della strumentazione in uso (chi svolge e registra le attività ordinarie, chi valuta i problemi tecnici della strumentazione che ne limitano il funzionamento fino al fermo macchina, chi li affronta per interventi tecnici in loco ed infine chi decide se contattare l'assistenza tecnica e con quale grado di urgenza d'intervento)

Per tutte le attività di POCT si devono poi documentare:

- le procedure diagnostiche adottate, specificando per ogni esame modalità di raccolta dei campioni biologici e metodo analitico;
- le procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria della strumentazione;
- le modalità di smaltimento dei rifiuti;
- le modalità di refertazione e archiviazione dei risultati

Considerazioni in merito alla professione:

Quando l'infermiere utilizza le attrezzature POCT rischia di entrare in una "zona grigia" e di commettere abusi di natura professionale?

Abbiamo già ricordato che:

- il POC non deve prevedere alcun trattamento del campione dopo il prelievo.
- deve essere attivato un programma di controllo di qualità interno (CQI) per tutte le apparecchiature e per tutte le analisi eseguite sui POCT.

È prassi comune e viene ritenuto assolutamente normale che l'infermiere (e addirittura l'OSS) utilizzi apparecchiature diagnostiche che rientrano nelle metodologie POCT, come i reflattometri per la determinazione della glicemia capillare, nelle quali un campione di sangue viene inserito in un'apparecchiatura che del tutto automaticamente effettua il test. Analogamente, lo stesso ragionamento è applicabile per altre apparecchiature POCT come gli emogasanalizzatori.

Con riferimento all'impianto normativo professionale, già il mansionario (DPR 225 del 1974), abrogato dalla L. 42/99, affermava, all'art.2 punto 6 che spettasse all'infermiere l'effettuazione degli esami di laboratorio più semplici.

La L. 42/99 definisce all'art. 1 comma 2 che *il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici ...*

Il profilo professionale (DM 739 del 1994) all'art 3 punto d) afferma che l'infermiere *garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche.*

Negli ordinamenti didattici del corso triennale di laurea in Infermieristica è previsto l'insegnamento del SSD MED/07: microbiologia e microbiologia clinica.

Nei DGR lombardo e pugliese si prevede che solo personale sanitario documentatamente formato possa utilizzare i sistemi di POCT. Il responsabile del laboratorio detta le linee guida della formazione e si occupa di formare le figure di riferimento (responsabili infermieristici) per ogni reparto dove sono installati i POCT, poi delega a queste figure la formazione del restante personale e dei nuovi assunti. La formazione può prevedere un corso tecnico gestito dalla ditta fornitrice dei sistemi analitici, svolta in modo continuo attraverso retraining (come nel caso dell'abilitazione all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno DAE, che viene utilizzato anche da personale non sanitario dopo appositi corsi).

Posto che nell'utilizzare un POCT non devono essere posti in atto attività pre-analitiche (procedimenti chimici, fisici, diluizioni, centrifugazione ecc), poiché sono prerogativa di altre figure professionali, l'esecuzione dell'esame deve essere semplice e non deve dipendere dall'operatore, ma deve avvenire in automatico. All'infermiere compete la corretta osservanza della procedura di raccolta ed inserimento del campione (scritta in una specifica procedura) ed il controllo che la stampa dei risultati avvenga in forma corretta.

Resta in capo al medico della struttura la responsabilità del significato clinico dei risultati.

Nel caso di campioni provenienti da altre UU.OO. può essere utile prevedere un registro in cui mettere le copie delle stampe degli esami (anche a fini di rendicontazioni interne ai centri di costo) in cui sia rintracciabile chi ha effettuato il prelievo, chi lo ha trasportato (se diverso da chi ha effettuato il prelievo) e chi ha effettuato l'esame (alcuni apparecchi prevedono l'inserimento di ID e PW personali).

Riferimenti

DGR n. VII/3313 del 2 febbraio 2001 *"Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla l.r. 12.08.1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio e all'attività di prelievo"*, e successive modificazioni";

DGR Puglia n. 2087 del 3 novembre 2009 *"L. 23.12.2006 n. 296 (Legge Finanziaria 2007) Art.1, comma 786, lett.o). Adempimenti. Riorganizzazioni della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica di laboratorio. Approvazione Linee Guida e Cronogramma attuativo"* DRG n. 730 del 15.3.2010 di attuazione delle direttive regionali in materia di service, POCT e centri prelievi. Notifica.

Ancona, 15/02/2011
 IL GRUPPO LEGALE

AfghanistAn's

a cura di

Andrea Pacenti, Infermiere

Afghanistan report part. 2

Panjshir, 24 dicembre 2008

Mi scuso innanzitutto, con chi non sono riuscito a rispondere di persona, purtroppo come tutti qui temevamo, la rete spesso e volentieri salta. Grazie comunque per avermi scritto, mi ha fatto immensamente piacere sentirvi così vicino seppur così lontani...alcuni mi hanno fatto addirittura commuovere... Devo tener ben presente che la vita reale, non è questa, ma quella che state vivendo voi, fatta di piccole grandi gioie quotidiane, di preoccupazioni, a volte perché no, anche di delusioni e momenti duri, ma che comunque nel complesso è una vita da fortunati, in un paese mediamente normale e che vale veramente la pena di essere VISSUTA il più CONSAPEVOLMENTE possibile. Ma bando alle ciance, a tutto ciò penserò quando torno. Sono entrato nel pieno della mia attività lavorativa, che in realtà per il momento è un po' diversa da quella che mi aspettavo. Faccio il field-nurse (letteralmente infermiere del campo). Ciò non significa che io stia in giardino a tagliare l'erba, ma bensì che vada in giro per le vallate del Panjshir a lavorare nei cosiddetti F.A.P (First Aid Post), una sorta di centri di salute che Emergency ha disseminato in un'ampia (e spesso impervia) zona montuosa, caratterizzata da vedute strepitose. Sono anche la persona più invidiata da tutta la banda di espatriati con cui vivo, in quanto L'UNICA che può uscire dallo stretto circolo casa-ospedale-casa, vedere un po' di Afghanistan e, entrare soprattutto in contatto diretto con la misteriosa e complicata realtà locale che ci circonda. Oddio, la mia libertà è in realtà assai limitata, perché sono sempre accompagnato oltre che dall'autista e dall'infermiere locale, da una guardia del corpo mujahideen che solo a vederlo la nostra cagnolona di montagna di solito assai esuberante, abbassa le orecchie e si rifugia nel sottoscala! Ho comunque dei momenti di libertà all'inizio del tutto insperati. Adesso di foto ne posso fare eccome e, non solo dalla macchina in corsa! Tra l'altro mi capita come stamattina, di dover stabilire contatti con le personalità dei villaggi in cui i ns. FAPs sono situati (gli anziani o baba come li chiamano qui), con i quali grazie all'infermiere locale, che mi fa da interprete dal dari (local language) all'inglese riesco a comunicare. Questa è veramente una fantastica opportunità di contatto diretto, perché questi rispettabili signori mi hanno raccontato le varie leggende della vallata, le battaglie contro i russi prima, i talebani poi etc...insomma BELLO! Un po' di notizie prima di tutto in merito al luogo dove l'ospedale di Emergency è locato, perché veramente è un angolo di paradiso che merita di essere adeguatamente inquadrato. Mi trovo come avrete capito nella vallata del Panjshir, situata nel settore centro-settentrionale dell'Afghanistan, a 150 km north da kabul, all'interno della catena montuosa dell'Hindu kush. La vallata è attraversata dall'omonimo fiume panjshir, è abitata da circa 300.000 persone perlopiù di etnia tagika. Il nome panjshir, come mi hanno raccontato gli anziani del luogo, significa letteralmente "cinque leoni" e, fa



riferimento ai "Wali" (in dari significa "protettori"), ossia 5 fratelli, personalità molto sagge e caratterizzate da profonda spiritualità che vivevano al centro della vallata e che, con la loro opera e perizia tecnica, migliorarono notevolmente le condizioni di vita dell'intera zona. La leggenda locale vuole infatti che i suddetti fra le altre cose, avessero costruito una diga per il sultano Machmud di Ghazni ai primi dell'XI secolo, opera che in realtà esiste veramente anche se le sue reali origini sono nebulose e, che serve ancor oggi da riserva di acqua. La popolazione del Panjshir è molto devota alla propria fede e, estremamente tradizionale negli usi e costumi. Storicamente, questa vallata è stata uno dei principali centri di resistenza dei mujaheddin afgani noti anche come "alleanza del Nord" guidati da Ahmad Shah Massoud, nel corso dell'invasione sovietica fra il 1979 e il 1989. Questa regione è stata L'UNICA parte dell'Afghanistan che abbia saputo resistere con successo all'aggressione ed al controllo sovietico. L'armata rossa lanciò negli anni ben 9 offensive nella vallata, tutte fallite. Secondo alcune fonti, circa il 60% delle perdite sovietiche nella guerra afgana, sono state subite in Panjshir. In seguito questa regione rivestì lo stesso ruolo dal 1996 al 2001, quando i taliban alla fine della guerra civile presero il controllo del paese. Essi subirono la stessa sorte dei russi e, non riuscirono mai realmente a controllare questo territorio. Il Panjshir è una regione minerariamente molto ricca, vi sono stati rinvenuti smeraldi e argento in notevole quantità. Alcune pietre grezze, non lavorate mi sono state mostrate con orgoglio dagli anziani con cui mi rapporto nei Fap.

Faccio anche dei turni in ospedale...quante riflessioni in questi giorni fra me e me e, con i miei compagni d'avventura. Suzanne la nostra coordinatrice svedese, (in Emergency da anni, con esperienze di lavoro in Cambogia, Iraq, Sierra Leone, Sudan etc), ci sta aiutando a noi novellini nel cercare di relativizzare in qualche modo, tutto quello con cui in questi giorni siamo entrati in contatto, mediante lunghe chiacchie-

rate di solito dopo cena nell'accogliente living room della nostra casetta, davanti alla stufa a legna. Mi sembra in alcuni momenti di aver fatto un salto indietro nel tempo, oltre che nello spazio. Ancor prima di introiettare ciò che di forte ed a volte a noi quasi incomprensibile ci capita di vedere in ospedale, dobbiamo sicuramente lavorare sull'adattamento a questo modello di società per certi versi aberrante, scaturito da interpretazioni dell'Islam del tutto arbitrarie, ma sicuramente funzionali a mantenere sotto controllo milioni di persone, ancora in parte seguite nonostante, almeno in questa parte di Afghanistan, i talebani siano stati totalmente defenestrati. Il problema non è il burkha...sono convinto che tante donne, continuerebbero a portarlo comunque, perché legato più a fattori tradizionali, che a vere motivazioni religiose...con questo non voglio dire di essere d'accordo, però ognuno deve fare il proprio percorso, non possiamo sempre e comunque pensare di imporre i nostri modelli occidentali, spesso non meno perversi. Il vero problema è la negazione della donna come essere umano capace di vivere la propria vita secondo le proprie attitudini ed inclinazioni. Faccio un esempio pratico per farmi capire. Nel reparto maternità, lavora un'ostetrica locale DIVERSA dalle altre, Faridah. Proviene da una famiglia abbastanza benestante di kabul. Alcune sue sorelle vivono e studiano negli States ed in europa. Ha 30 anni, non è ANCORA sposata e non ha figli! In questa realtà, solo questo basta ad emarginare socialmente una donna. Se poi considerate che non indossa mai il burkha, ma solo lo scarf (il velo), potete immaginare a che tipo di isolamento sociale e di violenze psicologiche vada incontro qui nelle tradizionalissime vallate di queste splendide montagne. Le sue prime denigratrici, sono proprio le altre DONNE sue colleghe, ancor prima degli uomini! Se qualcuno mi chiede di dare una definizione di CORAGGIO, ora come ora, rispondo Faridah. Immagino quanto sia dura, andare tutti i giorni a lavorare, in una realtà in cui non ti riconosci, SAPERE di non riconoscervi e, avere la FORZA QUOTIDIANA di non riconoscervi, sostenendo con fermezza chi veramente si pensa di essere. Credo che ormai il suo percorso sia segnato e, lei non possa tornare indietro, semplicemente perché ciò significherebbe NEGARE se stessa. Se non sai chi sei accetti tutto, molto più difficile è farlo se ti RICONOSCI e ti ACCETTI...e qui ritorniamo a ciò di cui parlavo prima. Questo ovviamente non vale solo per l'Afghanistan, anche se qui il problema è di tutta evidenza. Credo che il primo obiettivo di Emergency o di qualunque organizzazione o persona fisica, lavori in queste realtà, sia quello di RICONOSCERE, chi all'interno di una certa realtà ha il coraggio e la forza di non andare contro la propria natura, ma di assecondarla, a prescindere dalle condizioni di partenza e lavorare su queste persone, proteggere queste persone, affinché si realizzino e, siano da esempio per gli altri...non possiamo e non dobbiamo cadere nell'errore di pensare che siamo noi l'esempio da seguire. L'esempio che porta al cambiamento, deve sempre venire DALL'INTERNO di un modello sociale, mai dall'esterno. Ovviamente la storia di Faridah, e le mie/nostre riflessioni su di essa, scaturiscono da racconti che mi sono stati fatti, in quanto OVVIAMENTE io nel reparto maternità non è nemmeno il caso che metta piede. Per ora chiudo cari tutti. Colgo l'occasione per augurarvi un BUON NATALE. Un abbraccio!

Panjshjr, 03 gennaio 2009

Afghanistan report part. 3

Rieccomi qua, a cercare di tenere questo diario con una certa regolarità, perché non voglio perdere sensazioni ed emozioni, che se non fissate, vanno nel dimenticatoio, relegate in qualche

angolo recondito della mente da dove è quasi impossibile recuperarle, finendo definitivamente fra i "file" dimenticati. Sono tanti i momenti importanti della vita che risultano come sfuocati, perché lasciati scappare, non adeguatamente cristallizzati nel tempo e nello spazio, presi come siamo dalla frenesia di tutti i giorni. Ebbene, uno di questi momenti l'ho vissuto qualche giorno fa in un Fap a circa 2 ore d'auto dal nostro ospedale, dove stavamo visitando i pazienti della vallata circostante. Ad un certo punto, entra un ragazzo con una vistosissima linfadenomegalia nella parte destra del collo. Tolta la camicia, anche i linfonodi sovra e sottoclaveari omolaterali erano interessati, quelli ascellari ancora no. Alla palpazione non risultavano particolarmente dolenti, riferita all'anamnesi presenza di febbre di tipo intermittente con sudorazioni notturne. Grazie alla traduzione del mio fido compagno di avventure, il "local field nurse" Jan Agha, ho capito che il fenomeno era iniziato 4-5 mesi prima. Il ragazzo QUATTORDICENNE, non era ancora stato visto da anima viva perché il papà non aveva ne i soldi ne i mezzi per sottoporlo all'attenzione di un medico...almeno così me l'hanno tradotto. Il bello è che se chiedi ad esempio l'età del paziente, parlano 10 minuti per poi dirti solo: "fourteen years old!". Vabbè misteri locali. Torniamo a noi! Ipotesi più probabile un qualche tipo di linfoma. Secondo gli stretti (giustamente vista la realtà in cui ci troviamo ad operare) criteri d'ammissione in ospedale elaborati da Emergency, un caso così, purtroppo va LASCIATO ANDARE, perché non abbiamo la possibilità di praticare nessun tipo di terapia chemioterapica, specialmente se da protrarre nel tempo e, comunque la cosa sembrava in ogni caso in uno stadio decisamente avanzato. Il mio cervelletto da operatore sanitario occidentale, dove si curano ad oltranza ultranovantenni con un piede nella fossa, ha iniziato a lavorare, proprio perché non concepivo (SBAGLIANDO, PERCHÉ QUI PURTROPPO SI PUO' E SI DEVE FARE CIO' CHE HA SENSO FARE) l'idea di lasciar andare al suo destino un ragazzino di quattordici anni! Stà di fatto, che, un po' per vaghe rimembranze del corso di medicina tropicale frequentato qualche anno fa in quel di Brescia, un po' per aver visto qualcosa di simile in malattie infettive (reparto in cui ho lavorato per diversi anni), ho pensato in alternativa al linfoma, ad una qualche forma di tubercolosi magari extrapolmonare, più per aver la scusa di portarlo in ospedale a fare qualche esame che per vera convinzione. Inutile dire che Jan Agha non era molto d'accordo con me e sicuramente aveva le sue ragioni. Così alla fine, l'abbiamo portato con noi ad Anabah (lui e il papà), sotto la mia personale responsabilità per vincere la più che comprensibile perplessità del mio collega locale. Al Pronto Soccorso, il medico l'ha visitato e, sottoposto a radiografia del torace ed esami ematici, anch'egli comunque convinto dell'ipotesi linfoma. Nel frattempo, Suzanne la coordinator, che era presente al nostro arrivo, mi





offrono sempre qualcosa, perché purtroppo il livello d'igiene è veramente basso e, le dissenterie qui sono sempre dietro l'angolo.

A presto...Insciallah!

Andrea

Panjshir, 10 gennaio 2009

Afghanistan's report part 4

Credo che ogni popolo che non riesca a trovare bellezza in se stesso, nelle SUE TRADIZIONI, NELLA SUA STORIA, NELLA SUA CULTURA, ma scimmiotti e si faccia travolgere dall'esuberanza altrui, finisca fatalmente col rinnegarsi. Certo le giustificazioni sono molte ed il percorso che porta all'autodeterminazione è sicuramente molto complesso, in quanto purtroppo lo sfruttamento economico scaturito da forme tuttora imperanti di neocolonialismo

attuato dai paesi cosiddetti sviluppati, rende il percorso ancora decisamente aspro. L'AFGHANISTAN ne è appunto un esempio, oltre che mix complesso di tante realtà. Cerco di illustrarvene qualcuna raccontandovi una mia giornata "particolare". Qualche giorno fa io e Jan Agha siamo andati alla prigione provinciale della regione del Panjshir, per visitare i detenuti. Questa è un'altra delle cose di cui Emergency si è fatta carico da circa un anno e, trovo che sia un'iniziativa veramente ammirevole, che mi ha dato personalmente parlando, la possibilità di vivere un'altra di quelle esperienze che poi inevitabilmente ti porti dentro. Che dire...li dentro non esistono "diritti umani", le condizioni igieniche sono... indescrivibili. Le patologie riscontrate durante la nostra visita, vanno dalle più comuni infezioni della pelle, conseguenza diretta della mancanza di igiene, come dermatiti (a iosa), scabbia, alle dissenterie, per arrivare a patologie più importanti come ad es. la tubercolosi. Gran parte dei detenuti, appartengono alle minoranze etniche, come i Kuchis, popolazione nomade che si sposta continuamente dagli altipiani dell'Indukush alle pianure, seguendo il ritmo delle stagioni, con le loro mandrie di cavalli e i loro greggi di pecore oppure, come gli Hazara, minoranza di origine mongola che molti considerano diretti discendenti di Genghis Khan, saltati alle luci della ribalta in seguito alla pubblicazione del libro "il cacciatore di aquiloni", in cui un Hazara è appunto co-protagonista della storia, per chi lo ha letto. La razza egemone nelle montagne del Panjshir sono i Tajiki, mentre i Panshtoon, popolano la restante parte del paese. Gli appartenenti alle suddette razze, sono caratterizzati da un forte senso di appartenenza alle loro tradizioni e, mal si sono adattati all'egemonia dei pashtoon, che compongono gran parte della popolazione afghana, completata da altre minoranze fra cui ad esempio gli Uzbeki. I Kuchis in particolare, hanno una forte identità culturale, che si manifesta per esempio nel vestire...i loro vestiti sono bellissimi, pieni di colori forti...se potessi vi manderei tante di quelle foto. I TALEBANI SONO INVECE UN FENOMENO D'IMPORTAZIONE DAL VICINO PAKISTAN. L'Afghanistan, uscito "vincitore" dalla guerra di liberazione contro l'invasione russa, ma in ginocchio sia economicamente, che a livello politico/sociale, con un tasso di alfabetizzazione fra i più bassi al mondo, E' RISULTATO TERRENO FERTILE PER L'ATTECCIMENTO DELLE ABERRANTI INTERPRETAZIONI CORANICHE TALEBANE. Nel giro di poco tempo hanno infatti assunto il controllo dell'intero paese ad eccezione del mitico PANJSHIR, che come ho già scritto in precedenza, anche in questa occasione non si è lasciato violare. Come si può vedere, la realtà afgana è abbastanza variegata e complicata e, vi assicuro che vista da qui, la cosiddetta guerra di liberazione americana (ops volevo dire occidentale), per portare la "democrazia" e

diceva che il mio intento era lodevole, però mi sarei dovuto liberare abbastanza presto di questo tipo di atteggiamento mentale, perché qua la realtà è purtroppo molto diversa dalla nostra. A quel punto era un po' troppo per quel giorno e, sono andato a farmi una birra nel nostro ufficio, iniziando a pensare che il mio adattamento alla situazione non era stato poi così buono e che avevo fatto una pietistica cazzata! Mentre ero perso in questi pensieri, Suzanne mi raggiunge dal pronto soccorso con la risposta dell' Rx torace. Questa riportava tradotto dall'inglese più o meno la seguente dicitura: "presenza di infiltrato multinodulare multiplo, non presenza di cavitazioni polmonari", compatibile con "linfadenite tubercolare", in quanto comunque anche gli esami ematici avevano escluso il linfoma! NON SAPETE COME MI SONO SENTITO VIVO IN QUEL MOMENTO! Il giorno seguente, il ragazzino è stato inviato all'ospedale statale di kabul sempre con il papà, dove è possibile fare ulteriori accertamenti e, nel caso iniziare il trattamento antitubercolare. Non ho modo di sapere che fine abbia fatto, penso però che in qualche modo LA SUA CHANCE l'abbia avuta e questo credo sia il motivo per cui ha senso star qui ed impegnarsi quotidianamente. Inutile dire che poi il sorriso di Suzanne ed il suo "well done andrea", mi ha riportato in linea di galleggiamento. Ora posso dire di non aver avuto un atteggiamento pietistico, ma di aver convogliato la rabbia e la frustrazione che provavo in quel momento nell'organo più importante che ci è stato dato in dono, cioè il cervello...se poi a ciò aggiungiamo un pizzico di c...ops..fortuna, il gioco è fatto. Adesso, vi racconto qualcosa circa la varietà umana con cui condivido questa parte della mia vita. Qui un po' tutti abbiamo fatto outing e, ognuno di noi ha le sue belle storie da raccontare. Stefano the surgeon è dovuto andare per 3 settimane a Lashkar gah nel sud (città nella regione meridionale dell'Helmand dove è locato il terzo ospedale di Emergency in Afghanistan) e, io sono rimasto qui con 4 colleghe. Questo è il quadro...spero che Stefano torni quanto prima! Sto scherzando, pur essendo 4 donne (e non me ne vogliono le rappresentanti di sesso femminile "all'ascolto"), vanno d'amore e d'accordo, tutte personalità adatte alla vita di comunità. Abbiamo 2 bagni per 6 persone, potete immaginare la mattina che casino fra le 6.30 e le 8 ora in cui si va in ospedale. Ormai riconosco anche le rispettive "puzze", so benissimo chi l'ha fatta 2 minuti prima di me! L'altra mattina, mentre mi lavavo i denti, c'era chi si faceva la doccia e chi dall'altra parte faceva la popo! BELLO ANCHE QUESTO, CAPISCI TANTE COSE SULLE TUE CAPACITA' D'ADATTAMENTO, anche perché sei cosciente che la cosa non è che duri qualche giorno, ma altri 5 mesi. In compenso il nostro cuoco cucina bene, anche alcuni piatti italiani. Alla mensa dell'ospedale la cosa è un po' ripetitiva invece. Tutti i giorni riso, riso e ancora riso. Nei FAP cerco di mangiare il meno possibile anche se carinamente mi

liberare le donne afgane dal burkha farebbe veramente sbellicare dalle risate, se non fosse per il fatto che gran parte dell'opinione pubblica di casa nostra ha preso sul serio queste emerite cazzate! Scusate, come al solito sto divagando...torniamo alla prigionia. La stanza "visite", dove ci hanno fatto "accomodare" armati solo della nostra suitcase con farmaci, sfigmomanometro, fonendoscopio ed il termometro era piccola e freddissima, appena riscaldata da un stufetta a legna. Abbiamo iniziato a visitare uno per uno i 45 detenuti della prigionia e, mi è sembrato di fare un salto indietro nel tempo. Il concetto di segni e sintomi, il mettere veramente le mani addosso al paziente, il farsi un'idea della patologia con il solo conforto di pochi e semplici strumenti, ricorrendo alle nostre conoscenze limitate (io e Jan Agha siamo entrambi infermieri). Il riconoscere stati di anemia dal colore delle sclere, somministrare farmaci (cosa per me del tutto nuova) senza il conforto di un parere medico, ma basandoci sulle pratiche e veramente funzionali guidelines, pensate da Emergency in questi anni di esperienza sul campo. Nel contempo, ero rapito dall'osservare i volti di queste persone, il loro modo di parlare...alcuni di loro erano poco più che ragazzini...qui non esiste il carcere minorile. Che dire...sto ancora metabolizzando tutto ciò. QUESTO STRANISSIMO PAESE CHE DALLE NOSTRE TELEVISIONI SEMBRA COSÌ FACILE DA INQUADRARE, ANALIZZARE E CATALOGARE COME "COVO DEL NEMICO", in realtà ADESSO MI APPARE IN TUTTA LA SUA COMPLESSITÀ, FRAGILITÀ E FASCINO. Credo che se i giornalisti di tutto il mondo, (con le dovute eccezioni) facessero veramente il loro mestiere, che è quello di raccontare la realtà che vedono senza filtri o interpretazioni più o meno di comodo FUNZIONALI A COSTRUIRE UNA FORMA DI PENSIERO UNICO IN NOME DEL QUALE TUTTO È LECITO senza alcun diritto di critica, il mondo in genere sarebbe un posto decisamente migliore. Chiudo come sempre con una foto di cui vado veramente fiero...stavolta ci sono io e Su zanne la medical coordinator (pensate che nella sua infinita modestia ci ha rivelato solo ultimamente che la Suzanne più volte nominata in "buskashi" uno degli ultimi libri di Gino strada è proprio lei), insieme, sotto la foto del mitico comandante Massoud, scattata un giorno che è venuta con me in un Fap.

UN ABBRACCIONE GRANDE GRANDE A TUTTI...MI MANCA UN PO' IL MIO MONDO.

Dubai, 23 maggio 2009

Afghanistan's report part 12

La mia avventura volge al termine, si torna a casa. Sono in albergo a Dubai, lo stesso in cui trascorsi una notte 5 mesi e mezzo fa viaggiando in direzione opposta. Oggi pomeriggio ho lasciato kabul ed ora trascorrerò la notte qui in attesa di imbarcarmi domattina sul volo Emirates che mi riporterà a Roma. La mente gira come un vortice e, sento il bisogno di fissare su carta sensazioni, emozioni e riflessioni. Prima di partire, sono andato a redarre il mio "end of mission" (un report che ogni cooperante di Emergency deve a fine missione compilare, in cui vengono espresse valutazioni, autovalutazioni, impressioni e suggerimenti, basati su quella che è stata la propria esperienza, al fine di migliorare sempre la qualità, la quantità e le modalità del servizio erogato) in Panjshir. Sono tornato fra quelle magiche montagne a concludere

quest'intenso scorcio di vita, proprio lì dove esattamente 165 giorni fa tutto era cominciato. In questi mesi di permanenza in Afghanistan, penso di aver capito fondamentalmente una cosa. Son profondamente persuaso ormai di come noi occidentali in genere e, parlo della coalizione di stati che sta "operando" qui da ben 8 anni (principalmente da un punto di vista militare ed in misura veramente irrisoria dal punto di vista della ricostruzione del tessuto sociale politico ed economico del paese), che se l'obiettivo è quello di essere in qualche modo un esempio ed uno stimolo alla popolazione che la porti sulla strada dell'emancipazione dalla cultura tribale che ancora oggi caratterizza queste terre, beh signori miei, STIAMO SBAGLIANDO TUTTO! Gli afgani, TUTTI, dai Tajiki, agli Uzbeki, ai Kuchi, agli Hazara, ai Pashtoon, ai TALEBANI, ci GUARDANO...ma non ci VEDONO. I nostri soldati passano in convogli blindati, i nostri politici, i nostri governi trattano direttamente con i pupazzi messi da loro stessi al governo del paese (Karzay ed il suo governo fantoccio tanto per capirci), creando una sorta di comunicazione autoreferenziale, da cui la popolazione è totalmente esclusa. Le uniche forme di vera interazione con chi realmente ha bisogno, con chi mi ripeto CI GUARDA perché in realtà il popolo afgano dimostra enorme curiosità e ripone grandi aspetta-



tive in noi rappresentanti della cultura occidentale, è esplicita dalle tante ONG (non solo Emergency), che sul campo da anni, stanno facendo un gran lavoro cercando, di stabilire un contatto reale con la disorientata ed impaurita varietà etnica afgana che, non dimentichiamolo trattasi di gente che negli ultimi 30 anni ha conosciuto solo guerre. Considerando che la vita media in questo paese non supera i 45 anni, pensate che gran parte della popolazione, non ha ricordi di cosa significhi vivere in pace. Faccio un esempio, per far meglio capire ciò che intendo dire. Il GIARDINO dell'ospedale di Emergency a kabul. Ebbene quanti feriti ho visto arrivare in questi mesi, persone provenienti dallo stesso fatto di sangue, gente appartenente a clan rivali che si è accoltellata o sparata addosso fino a pochi minuti prima e poi per ironia della sorte, si è ritrovata ricoverata nella stessa stanza di degenza. Nel giro di pochi giorni, ho visto queste persone svestire i panni dei guerrieri e, ritornare esseri umani liberi di "sentire" la loro umanità e sensibilità, perché quando non si è più, almeno per qualche giorno, costretti ad una quotidiana lotta per sopravvivere, ci si libera della PAURA. Ricordarsi infatti DI ESSERE UOMINI IN REALTÀ' SPESSE DISUMANE PUO' ESSERE LETALE e, queste persone lo sanno bene, al punto da non potersi permettere o quasi sentimenti ed emozioni. In questo giardino, è possibile vedere persone di opposte fazioni l'uno aiutare l'altro, PARLARSI; colui che ha perso la

vista, spingere la carrozzina di colui che ha perso l'uso delle gambe. Ho visto queste persone, ritrovare la loro dignità di esseri umani, proprio in quel giardino così ben curato, pieno di fiori, verde, spesso sotto un gran bel sole, un luogo sicuro ed accogliente, forse l'elemento più terapeutico per la cura di quelle ferite che nessuna medicina o intervento chirurgico può curare e cioè, le ferite dell'anima. Ho visto l'enorme rispetto che la popolazione afgana tutta porta ad Emergency ed ai suoi operatori, porta ai cooperanti di altre ONG, con le stesse nostre finalità. Sono profondamente convinto che sia impossibile stabilire un dialogo se te ne stai chiuso dentro una carro armato blindato, dentro un lince, o all'interno di uno dei tanti elicotteri apaches che ogni giorno volano nel cielo di kabul. Un elicottero apache, costa 800 milioni di dollari, più la manutenzione i rifornimenti etc. Il bilancio di uno degli ospedali di Emergency per un anno è di circa 500 milioni di dollari.....ma allora di cosa stiamo parlando?

Credo di non aver altro da aggiungere. Mi è venuta fame. Dalla finestra al quindicesimo piano del mio albergo, vedo nel buio della sera le mille luci del centro di Dubai. Quanta differenza rispetto a Kabul, che in questo momento mi manca tanto, molto più di quanto avessi mai pensato. Mi mancano tutti i miei amici afgani, che tanti doni mi hanno



consegnato in questi ultimi giorni e mi mancano i miei amici e colleghi alla casa di Emergency che oggi mi hanno salutato a pranzo con un altrettanto splendido regalo e fatto sentire tutto il loro affetto. Adesso uscirò, mi tufferò fra queste luci, LIBERO finalmente di fare una passeggiata in qualunque direzione io voglia andare, senza la guardia del corpo alle spalle e PORTERO' TUTTI LORO CON ME. OVER AND OUT.

Jesi, 3 luglio 2009

Voglio concludere questa sorta di impressioni afgane, con 2 ringraziamenti che sento l'esigenza di fare.

- Il primo va ad Emergency, che mi ha dato l'opportunità di vivere quella che è stata finora "l'esperienza" della mia vita. Una cosa la voglio dire, ma proprio perché la penso convintamente. Spesso, anzi quasi sempre, tutto ciò che da fuori sembra bello, affascinante e soprattutto funzionale, una volta visto da vicino, vissuto cioè da dentro, si ridimensiona inevitabilmente, in alcuni casi finendo per diventare addirittura una delusione. In Italia, molta gente ha un po' il mito di Emergency, in particolare, i tanti volontari e gruppi sparsi in tutto il paese, tanta gente comune che semplice-

mente ne indossa la maglia etc. Bè vorrei dire a tutte queste persone che si impegnano e, fanno un gran lavoro, spesso oscuro, che per quel che mi riguarda il giudizio su ciò che l'organizzazione di Emergency riesce a produrre sul campo, supera notevolmente tutte le mie più rosee aspettative. Qualche esperienza in passato con diverse NGO, attive in Africa ed in India, l'avevo vissuta e, devo dire che spesso al di là delle buone intenzioni, l'incidenza reale sulle condizioni di vita e di salute delle popolazioni a cui l'attività veniva rivolta, era nel migliore dei casi veramente irrisoria e, il cooperante o volontario che prestava la sua opera, veniva spesso buttato per così dire un po' alla sbaraglio. Il tipo di assistenza medica in primis, ma anche di rispetto per la dignità umana, che l'afghano che entra in contatto con Emergency riceve, è di ottimo livello, considerando il luogo e, le circostanze particolari in cui si opera. Posso tranquillamente dire che l'obiettivo prefissato viene raggiunto. Ogni opera umana è certamente perfettibile, ma ciò che ho trovato in Afghanistan, gli ospedali, l'organizzazione, il metodo di lavoro, le guidelines, la logistica, per ciò che riguarda la parte professionale, le case dove tutti noi abbiamo vissuto, la nostra sicurezza personale, per ciò che riguarda la parte diciamo così alberghiera (perché anche il cooperante deve essere rispettato e messo nelle condizioni di rendere al meglio, non dimentichiamocelo), si sono rivelate di livello.

- Il secondo e non meno importante ringraziamento, va alla SPLENDIDA PROFESSIONE che ho la fortuna di svolgere. Vorrei ricordare a me stesso in primis, a tutti i miei colleghi, a tutti gli studenti in infermieristica, quanto questa lavoro ci dia l'opportunità, se vissuto ed interpretato nella giusta maniera, cioè con entusiasmo, fantasia ed umanità, di avere un particolare e privilegiato punto di vista sul mondo, sulla vita, la morte, la sofferenza, la malattia.... fornendoci inoltre a volerli cogliere, gli strumenti emotivi per esorcizzare e trasformare in energia positiva tutto ciò che quotidianamente viviamo. E' una professione che ci permette di cambiare, crescere continuamente, dandoci l'occasione di vivere

un numero illimitato di esperienze umane e professionali in qualsiasi settore della medicina ed in qualsiasi latitudine del mondo. Quanti altri mestieri possono offrire tutti questi stimoli? Possiamo discutere di tante cose, del fatto che siamo sicuramente sottopagati, che in particolare qui in Italia siamo in tante realtà scarsamente valorizzati (dipende principalmente anche da noi ricordiamocelo, il piangerci addosso è una costante che ho riscontrato spesso nella mia ormai lunga carriera lavorativa....inutile rivendicare tante cose giustissime, quando poi siamo proprio noi i primi a non valorizzarci, vivendo la nostra quotidianità lavorativa senza "percepire" ciò che di bello ed arricchente a livello personale possiamo trarre da ciò che facciamo), ma ripeto, SIAMO DEI PRIVILEGIATI.

"Il Take care (prendersi cura) è un'arte e, se deve essere realizzata come un'arte, richiede devozione e dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore....con la differenza che noi non si ha a che fare con una tela o gelido marmo, ma con il corpo umano, il tempio dello spirito. Il take care è una delle belle arti" "Florence Nightingale"

I WISH ALL THE BEST TO ALL OF US.

Preparazione robotizzata di antitumorali in farmacia: l'infermiere e la certificazione di qualità

a cura di

S. Caccivillani - A. Capogna - C. Cortese - A. Vetrucchio

Infermiere, UMACA Farmacia Ospedaliera AOU Ospedali Riuniti Ancona

Riassunto

In Italia la preparazione dei farmaci antitumorali è normata e deve avvenire nel rispetto della sicurezza e della salute dei lavoratori, rispondendo a standard di qualità verificati attraverso un sistema di controllo. Il Servizio di Farmacia degli Ospedali Riuniti di Ancona dispone – unico in Europa – anche di due robot per la preparazione automatizzata degli antitumorali. La creazione di percorsi condivisi tra farmacista e infermiere permette di garantire standard di processo e di prodotto, potendo così fornire ai reparti i farmaci antitumorali già preparati in dose unitaria, con la possibilità di tracciare tutto il percorso del farmaco. Gli infermiere possono avere un ruolo attivo nella gestione del rischio in un ambito dove gli errori di terapia possono avere conseguenze letali.

Parole chiave

sicurezza, qualità, gestione del rischio, terapia farmacologica

Studi americani stimano che gli errori di terapia interessino dal 20 al 40% dei farmaci somministrati (Joint Commission Resources, 2005), e che questi avvengono nel 12-17% anche dopo la dimissione per mancata comprensione delle indicazioni da parte del paziente e dei familiari, con conseguenze anche gravi (Schipper J.L. et al., 2006). La JCHAO sottolinea il ruolo della farmacia ospedaliera come partner e non solo come mero esecutore delle prescrizioni terapeutiche che provengono dai reparti clinici (Joint Commission Resources, 2007). L'integrazione dei farmacisti nel processo di terapia (Hawke M, 2004) e l'uso

di modelli organizzativi dell'assistenza che identificano l'operatore dedicato alla somministrazione - non disturbabile - possono ridurre il rischio di errori di terapia e di effetti avversi da farmaco o ADE (Hodkinson et al., 2005).

Diversa è la situazione per quanto riguarda la terapia farmacologica antitumorale - che comprende farmaci la cui dispensazione e somministrazione avviene esclusivamente in ospedale - laddove va considerata la pericolosità intrinseca dei principi attivi sia per chi manipola che per chi riceve il farmaco. Tali sostanze possono avere una elevata tossicità e gli errori di terapia (in particolare errato dosaggio, errata via di somministrazione, errato paziente) possono sovente essere letali. L'organizzazione del lavoro nella Unità Manipolazione Centralizzata Antitumorali (UMaCa) del Servizio di Farmacia Ospedaliera dell'A.O. Ospedali Riuniti Umberto I - Lancisi - Salesi di Ancona, Marche ha profondamente risentito della robotizzazione, che ha consentito di garantire la tracciabilità dei preparati, di fissare standard di processo e di prodotto e di abbattere i rischi per il personale.

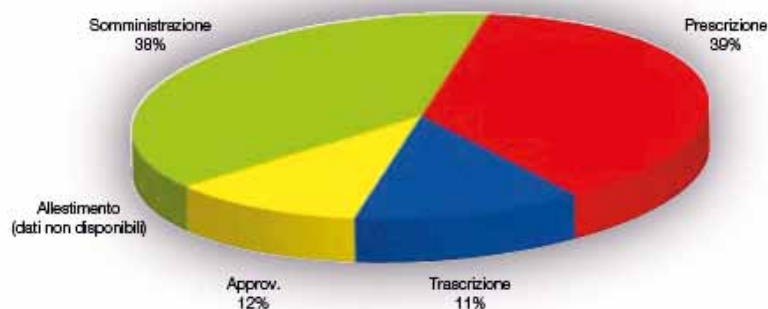
L'UMaCa, realizzata nel 1999 nel rispetto di quanto definito dal Provvedimento 5 agosto 1999 "Linee guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente sanitario" (G.U. n. 236 del 7 ottobre 1999, che definisce le caratteristiche strutturali (intese nel senso più ampio del termine, ovvero logistiche e procedurali) del processo di allestimento delle terapie antitumorali.

La preparazione dei farmaci avviene nel rispetto delle Norme di Buona Preparazione (NBP) dei medicinali in Farmacia F.U. XI edizione (2003), che perseguono la qualità "come supporto imprescindibile all'efficacia e alla sicurezza del medicinale" attraverso un apposito Sistema



Fig. 1 - I due robot nella sala preparazione terapie della Farmacia degli Ospedali Riuniti di Ancona

Errori di terapia



Frequenza percentuale degli errori di terapia per le diverse fasi operative [T.W.P. Hudson et al. Pharm World Sci 2003, 25, 98.]

Fig. 2 - Frequenza degli errori di terapia

di Assicurazione della Qualità (S.A.Q.).

Secondo le NBP un preparato o formula magistrale è un medicinale preparato in farmacia in base ad una preparazione medica destinata ad un determinato paziente. Rientrano in tale definizione anche le attività di miscelazione, diluizione, ripartizione, ecc. eseguite normalmente in reparto dagli infermieri e le preparazioni a base di farmaci chemioterapici antiblastici che per la potenziale tossicità agli operatori vengono allestiti in laboratori centralizzati (U.Ma.C.A.) in Farmacia.

L' U.Ma.C.A. di Ancona, inaugurata nel 1999, disponeva all'inizio di tre cappe a flusso laminare verticale (classe II). A fine 2007 una cappa è stata sostituita dal primo robot e nel 2009 un'altra cappa è stata sostituita da un secondo robot, rimanendo ad oggi attiva una sola cappa viene utilizzata solo per piccole preparazioni (fig.1).

È stato riportato in letteratura che gli errori di terapia sono costituiti per quasi il 77% da errori di prescrizione e somministrazione, mentre il restante 23% è dato da errata trascrizione e da errori di approvvigionamento (fig 2).

L'organizzazione del lavoro in UMaCA prevede quattro fasi: prescrizione, caricamento, preparazione, validazione finale.

1) Prescrizione: Il farmacista riceve dal reparto per via telematica la richiesta di allestimento di una terapia antiblastica e verifica la prescrizione con i protocolli standard condivisi con le Unità Operative.

2) Caricamento: se non ci sono discrepanze, il farmacista invia i dati ai robot, mentre gli infermieri caricano il sistema con i farmaci appropriati e i materiali di consumo necessari (siringhe, sacche, pompe elastomeriche).

3) Preparazione: può avvenire sotto cappa o tramite robot. Le operazioni di allestimento delle terapie che vengono effettuate sotto cappa sono svolte dagli infermieri, i quali operano in doppio (un infermiere sotto cappa e un collega a fianco che rifornisce il materiale) a maggiore garanzia della sicurezza del procedimento e della sterilità delle preparazioni.

Il sistema robotizzato, con interfaccia *human friendly*, è in grado di pesare principi attivi e soluzioni, ricostituire i farmaci in polvere, dosare i componenti operando con un braccio meccanico ed attuatori dedicati, allestire siringhe, sacche, dispositivi di infusione, scaricare i materiali usati in sicurezza.

La sicurezza della preparazione robotizzata è garantita attraverso diversi passaggi quali il riconoscimento automatico dei prodotti, il controllo di tutte le pesate e un sistema di etichettatura con codici a barre per la tracciabilità totale. L'igiene assoluta è garantita da una camera ad autocontenimento ISO 5 (in accordo con la norma ISO 14644).

Il personale addetto viene protetto da accidentali esposizioni limitando l'interazione con i farmaci ad alto rischio solo al carico e scarico degli oggetti.

Il resto del processo si svolge in una camera chiusa, progettata per prevenire e contenere ogni forma di contaminazione (fig.3). Ogni diluizione è effettuata con siringhe monouso per evitare la cross contaminazione, i rifiuti potenzialmente tossici vengono scaricati in sicurezza, facendo cadere il materiale di scarto in un raccogliatore a circuito chiuso e un flusso d'aria, filtrato attraverso due stadi HEPA, previene esposizioni accidentali e contaminazioni ambientali.

L'accuratezza della dose viene controllata da sistemi indipendenti che pesano sia i flaconi dei farmaci che i contenitori finali (sacche, pompe elastomeriche) e che controllano la corsa

dello stantuffo della siringa. I farmaci confezionati in dose unitaria fuoriescono dal robot e sono pronti per essere somministrati al paziente. I residui non utilizzati di farmaci sono registrati ed etichettati e possono essere stoccati per un successivo utilizzo.

Non potendo effettuare test sui preparati contenenti antiblastici, il controllo di qualità microbiologico viene verificato mensilmente durante le normali attività lavorative delle preparazioni attraverso un controllo di sterilità delle preparazioni (2 campioni prelevati contemporaneamente, uno inviato subito al laboratorio e l'altro conservato a + 4 °C e inviato dopo una settimana) e della cappa (tramite piastre di coltura per la ricerca di batteri e di miceti). Le risposte del laboratorio di microbiologia sono conservate per cinque anni.

La tracciabilità del procedimento di allestimento di ogni singolo farmaco è garantita dall'etichetta (firmata dal farmacista) e dal foglio di lavoro (firmato dall'infermiere). L'etichetta riporta il nome del paziente, il reparto, il contenuto (nome, dosaggio, soluzione veicolante del farmaco), la data di preparazione e scadenza (di norma entro le 24 ore dalla preparazione) e i modi e tempi di somministrazione.

Essa viene prodotta

in duplice

copie: la

prima viene

apposta

sulla sacca,

la seconda

viene inviata

al reparto

e archiviata

nella cartella

clinica.

La stabilità

dei preparati

viene determinata

dalle indicazioni

in scheda

tecnica e da

testi specialistici,

oltre che dalle

banche dati

informate. Su



Fig. 3 - La camera di preparazione del robot



Fig. 4 - Il gruppo infermieristico dell'UMaCA di Ancona

tutte le preparazioni effettuate viene verificata l'assenza di particelle visibili ad occhio nudo, la tenuta del contenitore e la correttezza dell'etichetta.

Inizialmente il robot gestiva solo 5 principi attivi per un

Referenze Bibliografiche

Allwood, M., Stanley, A. & Wright, P. (2004) *The cytotoxics Handbook*. 4th ed. Oxford: Radcliffe Medical Press.

American Society of Health-System Pharmacists (2002) *Linee guida per la garanzia di qualità dei prodotti sterili allestiti in Farmacia*. Milano: MDM Medical Media.

Bond, C.A., Raetil, C.I. Franke, T. (2001) Medication errors in United States hospitals. *Pharmacotherapy* 21(9), 1023-36. Data accesso 16 ottobre 2010, da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11560192>

Campanelli, I., Mazzufero, F. & Pellachin, S. (2008) *L'infermiere in oncologia. La gestione dei farmaci antitumorali*. Roma: Carocci Faber.

Cohen, M.R. (1999) *Errori di terapia*. Milano: MDM Medical Media.

Dossier Cineas e Makno (2002) Errori in ospedale: 35 mila vittime l'anno e un costo di 10 miliardi di euro. *ASI* (17), 16-19.

Farmacopea Ufficiale Italiana XI edizione (2003) *Norme di buona preparazione dei medicinali in farmacia*, 1159-1168. Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.

Goffredo, F. (1998) *Linee guida SIFO: Terapie antitumorali - Aspetti farmaceutici dell'allestimento*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Hawke, M. (2004) Medication Safety Takes a Team Effort. *Nursing Spectrum*. Data accesso 16 ottobre 2010, da: <http://nweb.nursingspectrum.com/Articles/MedSafetyCF2004.htm>

Hodkinson, B., Koch, S. & Nay, R. (2006) Joanna Briggs Institute. Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. *Nursing Standard*, 20(41):53-7.

<http://www.inail.it/repository/ContentManagement/information/N323832626/Ospedali7ok.pdf>

Hudson, P.T.W. & Guchelaar HJ (2003) Risk assessment in clinical pharmacy. *Pharmacy World Science*. 25(3), 98-103. Data accesso 16 ottobre 2010, da: <http://www.springerlink.com/content/lk62206672n063j2/>

INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro), Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione (2007) *La sicurezza in ospedale - Strumenti di valutazione e gestione del rischio, fascicolo VII Rischio chimico Chemioterapici ed Antitumorali*. Milano: Tipolitografia INAIL.

ISPESL (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro) - AIMPLS (Associazione Italiana di Medicina Preventiva dei Lavoratori della Sanità) (2000) *Documenti di lavoro sul convegno nazionale: Indicazioni per applicazione delle linee*

totale di 351 terapie allestite (3 mesi), che - con l'arrivo del secondo robot e di aggiornamenti del SW - sono attualmente arrivati a oltre 45, per una proiezione per tutto il 2010 di circa 18.000 terapie sulle 20.000 che vengono allestite ogni anno. Il robot effettua i controlli e le calibrature previste, con margini di errore della dimensione del 0.05%, assolutamente accettabili per la sicurezza del paziente.

Ogni *impasse* nel processo di lavorazione viene segnalato dalla macchina e l'infermiere può annullare la procedura ripetendo il comando o provvedendo ad correggere manualmente sotto cappa la preparazione (evenienza solitamente rara).

Questo tipo di organizzazione, già applicato da tempo negli USA, ha permesso agli infermieri in servizio presso la Farmacia (fig.4) di ridurre il tempo/operatore sotto cappa e di implementare il tempo dedicato ai controlli di qualità e alle verifiche del rispetto degli standard di prodotto e di processo, divenendo parte attiva nel percorso di gestione del rischio legato alle terapie antitumorali.

Tale approccio realizza in pieno il Decreto del Ministero della Salute 14 settembre 1994, n. 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere" (pubbl. in Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6) che all'art. 3 - d) afferma che l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche

guida sui chemioterapici antitumorali. Roma: ISPESL Dipartimento medicina del lavoro.

Joint Commission Resources (2001) *Preventing Medication Errors, Strategies for Pharmacists*. Illinois: Department of Publication Joint Commission Resources.

Joint Commission Resources (2007) *The Pharmacist's Role in Patient Safety*. Illinois: Department of Publication Joint Commission Resources.

Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità (2004). *Risk management in sanità - il problema degli errori*. Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.

Ministero della Salute (2006) *Glossario. La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico*. Roma: Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Data accesso 16 ottobre 2010, da: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_640_allegato.pdf

Provvedimento 5 agosto (1999) Documento di linee guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente sanitario (repertorio atti n. 376 in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 236 del 7 ottobre 1999). Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.

Schnipper, J.L., Kirwin, J.L., Cotugno, M.C., Wahlstrom, S.A., Brown, B.A., Tarvin, E., Kachalia, A., Horng, M., Roy, C.L., McKean, S.C., & Bates, D.W. (2006) Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Archives of Internal Medicine*, 166:565-571

SIFO - Società Italiana di Farmacia Ospedaliera (2001) *Il sistema di gestione per la qualità nei Servizi Farmaceutici*. Milano: Studio EmmEffe.

SIFO - Società Italiana di Farmacia Ospedaliera (2004) *Documento Programmatico SIFO 2004-2008*. Data accesso 16 ottobre 2010, da: www.sifoweb.it/societa/.../documento_programmatico_2004-2008.pdf

Spagnoli, M., Castellano, P. & Spagnoli, G. (2007) *Il rischio da manipolazione di chemioterapici*. Istituto Superiore Per La Prevenzione e la Sicurezza Del Lavoro. Roma: ISPESL.

Trissel, L.A. (2009) *Handbook of injectable drugs*. 12th ed. Wisconsin: American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)

Villa, L. (2002) *Procedure di sicurezza per prevenire i rischi da chemioterapici antitumorali*. Tecnica Ospedaliera. 8, 118-127.

Discorso del 18 aprile 2011

In occasione della presentazione della tesi di laurea

a cura di

Andrea Farroni, infermiere neolaureato



A nome di tutti noi laureandi

Ringrazio tutti voi per la partecipazione, ma soprattutto per l'attenzione rivolta a questi nostri lavori, che rappresentano il frutto di un percorso sia formativo che personale difficile, ma allo stesso tempo pieno di emozioni, amicizia, collaborazione reciproca e ricordi incancellabili. Ringraziamo voi genitori, amici, parenti, docenti che in questi tre anni, per noi intensi, siete stati i nostri punti di riferimento, di ascolto e di sopportazione di interminabili e inaspettati cambi di umore e di animo.

Questo percorso sembra facile, ma non lo è stato: subito dopo esserti iscritto al c.d.l. ti danno una divisa di colore azzurro, entri in unità operativa...tutti gli assistiti ti considerano lo studente infermiere del reparto e ti vantano di saper fare linde e pinte pulizie perineali, da un semplice mal di pancia diagnostichi una grave patologia che in realtà non hai, inizi ad adocchiare qualsiasi vena superficiale perché meritevole di puntura, hai il terrore dei commenti del docente per le diagnosi infermieristiche enunciate all'immaginaria signora Pisciarelli, la paura di dover ridare l'esame dell'i.m. perché purtroppo non hai l'opportunità di essere un goniometro naturale, ecc..

Contemporaneamente non hai la minima idea di chi sei e di chi sarai, perché pensi che sia questo ciò che fa l'infermiere. Tre anni fa sapevamo solo che l'ospedale era composto dai malati, dai medici e da altre figure non ben definite che facevano un lavoro altrettanto poco chiaro.

Come tutti voi, anche noi consideravamo gli infermieri come "le persone che aiutano il medico, che mantengono in ordine il reparto, che si occupano della somministrazione dei farmaci, prescritti dal medico, e del giro letti la mattina all'alba.

Ci sono voluti tre anni per capire che l'infermiere non è un semplice operatore sanitario, ma un professionista

che collabora con l'equipe, che si assume le proprie responsabilità nella gestione dell'assistenza infermieristica e che è protagonista attivo del lavoro di reparto. Ciò che noi infermieri facciamo non è tutto derivante da esperienza, da memorizzazioni di procedure scritte su libri, o di errori da non ripetere mai più, né tantomeno da ordini imposti da altri. Ma ciò che noi faremo è frutto di un ragionamento basato sull'interminabile lista di informazioni e conoscenze che abbiamo appreso durante questo percorso formativo e che continueremo ad apprendere in futuro, conoscenze che hanno una solida base scientifica, per la precisione della scienza infermieristica.

Essere infermiere non è né una vocazione, tantomeno una predisposizione individuale. Essere infermiere presuppone l'acquisizione di conoscenze, competenze e abilità manuali e comportamentali, che possono essere apprese solamente seguendo un percorso formativo adeguatamente strutturato, come è stato in questo triennio.

Noi tutti sappiamo che il percorso seguito fino ad ora ci ha fornito conoscenze per poter erogare una assistenza di qualità verso tutti. Ma l'infermiere non è solo "conoscenza", è anche saper affrontare ogni giorno la propria autonomia professionale, rispondendo consapevolmente alle proprie azioni, anche dal punto di vista giuridico.

Siamo coscienti di doverci impegnare molto affinché la professione che da domani intraprenderemo sia per noi appagante e soddisfacente, ma ciò sarà possibile solamente lavorando con tutti gli elementi che fanno dell'infermieristica la scienza del prendersi cura.

Concludo citando una massima, sottolineando che dell'infermiere è difficile potersi disfare

Una mela al giorno toglie il medico di turno...ma non l'infermiere!!!

GRAZIE!!!!!!



I nuovi pseudo infermieri: abuso autorizzato della professione infermieristica

a cura di

Marco Romitelli - infermiere chirurgia generale - ASUR ZT5 Jesi



I NUOVI PSEUDO INFERMIERI ABUSO AUTORIZZATO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Il 13 gennaio 2011 viene pubblicata sulla gazzetta ufficiale n° 9 il Decreto Ministeriale del 9/11/2010 citato così: disciplina del corso di studio delle Infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana. Dando un'occhiata al contenuto si resta immediatamente allibiti. Queste figure con una formazione pseudo infermieristica biennale, vengono equiparate all'infermiere professionista in tutto e per tutto con tanto di titolo, profilo e codice deontologico. Riporto testualmente solo alcuni contenuti del decreto e, di seguito, alcune considerazioni.

... omissis ...

- identificare il rischio di lesioni da pressione e predisporre il piano di prevenzione e cura; somministrare terapia (curativa e preventiva) per via parenterale, enterale e topica;
- rilevare parametri vitali; - effettuare e cambiare medicazioni semplici e complesse;
- controllare e assistere la somministrazione delle diete; - collaborare nelle procedure invasive applicando i rispettivi protocolli;
- provvedere al posizionamento e controllo del cateterino venoso periferico, sondino naso gastrico, catetere vescicale; - provvedere all'esecuzione degli esami ematochimici sia venosi che arteriosi;
- definire gli obiettivi, pianificare interventi, attuare e valutare i risultati;

... omissis

Tutto questo con un percorso formativo molto articolato e strutturato, con riferimenti forti alle discipline umanistiche, scientifiche (mediche e infermieristiche), militari, etc. etc., ma quello che colpisce maggiormente è prendere atto delle similitudini con i contenuti delle norme che regolamentano e disciplinano la formazione dell'infermiere: - sono decisamente troppe (e troppo pericolose, in particolar modo per i cittadini).

È semplicemente sconvolgente prendere atto della sovrapposizione di contenuti che esiste tra i due profili professionali (e è bene ricordare che la comparazione riguarda un professionista abilitato con leggi dello Stato Italiano e norme di riferimento Europeo con un operatore volontario!!!).

Il legislatore e il Corpo Militare della CRI (nel profilo

professionale e nel codice deontologico) prima specifico che "L'infermiera Volontaria considera la salute come bene fondamentale della persona e della collettività... - ...tende a migliorare le proprie conoscenze partecipando ad esercitazioni e a corsi di formazione permanente... - L'assistenza è di natura tecnica, relazionale ed educativa... è rivolta all'età evolutiva, adulta e geriatrica... riguarda gli aspetti preventivi, educativi, palliativi e riabilitativi... - L'infermiera Volontaria della CRI è tenuta ad osservare rigorosamente il segreto professionale, in quanto infermiere...", poi evidenziano che "l'infermiera Volontaria svolge servizi socio-sanitari presso unità sanitarie territoriali e mobili della croce rossa, delle forze armate, del dipartimento di Protezione Civile ... e, se richiesto, nel SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

Le esagerazioni sembrano varamente troppe!!!

E' vero che i richiami sono sempre sulle forze armate, sulla protezione civile e sulle situazioni riguardanti i civili, come conseguenza diretta di fughe dai teatri di guerra, ma è altrettanto vero che la possibilità che il Sistema Sanitario ne faccia richiesta è una "possibilità concreta" e particolarmente rischiosa. Con quali rischi per i cittadini? Con quali rischi e responsabilità per gli infermieri "veri" che dovessero trovarsi a lavorare (o a sviluppare un progetto in collaborazione) con le Infermiere Volontarie della CRI?

Non è una questione di "lobby" ma semplicemente una questione di "saperi" e di "caratterizzazioni professionali" che, semplicemente, fanno la differenza.

Si spera che a nessun Direttore / Dirigente del SSN venga in mente di chiedere o attivare forme di collaborazione con le Forze Armate e con le Infermiere Volontarie della CRI ma non ci sono certamente certezze.

E' necessario che le istituzioni interessate intervengano per fare chiarezza, in primis i Ministeri interessati e la Federazione Nazionale Collegi IPASVI, al fine di evitare confusione (che è già presente in maniera forte nel sistema sanitario) e, soprattutto, abusi.

e-mail romi.marco@inwind.it (mobile / facebook / msn)
e-mail info@emanuelaemarco.it (msn)
www.emanuelaemarco.it

www.proterin.it/infermieri_informatizzati (<http://>)

www.proterin.net/component/content/article/169-infermieristiche/4794-abuso-autorizzato-della-professione-infermieristica.html)
www.infermieristica.com
www.infermieriattivi.com
www.infermieriincazzati.it
<http://www.facebook.com/pages/AILF-Associazione-Infermieri-Legali-e-Forensi/139125502789970?sk=wall#!/pages/AILF-Associazione-Infermieri-Legali-e-Forensi/139125502789970>, Nurse Ezine "il bar degli infermieri" la pagina facebook di informazione infermieristica e tutte le pagine facebook inerenti l'infermieristica hanno già pubblicato l'articolo; altri siti lo hanno messo in coda e sarà pubblicato nei prossimi giorni.

Il Collegio IPASVI risponde:

Le infermiere volontarie della Croce Rossa

a cura di

Marcello Bozzi - Presidente Collegio IPASVI, Ancona

Relativamente all'argomento in questione abbiamo avuto molte segnalazioni da parte di nostri iscritti che, con modalità diverse, avevano avuto modo di manifestare la loro forte preoccupazione.

Attraverso vie informali si era provveduto a comunicare le azioni intraprese a livello centrale dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI.

Oggi, successivamente alle decisioni del Tar Lazio, si trasmette il testo della nota inviata dalla Presidente Annalisa Silvestro a tutti i Collegi IPASVI.

Ai Collegi Ipasvi

Oggetto: "Disciplina del corso di studi delle infermiere volontarie della Croce rossa".

Il Tar Lazio ha preso posizione sul ruolo e compiti delle Infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana.

A tal proposito questa Federazione aveva presentato un ricorso, con richiesta di sospensiva, avverso il decreto 9 novembre 2010 del Ministero della Salute, rubricato "Disciplina del corso di studi delle infermiere volontarie della Croce rossa".

Il Tar ha rigettato la richiesta di sospensione con ordinanza in data 11 maggio 2011, con una motivazione che precisa i compiti delle Infermiere volontarie della C.R.I., **che risponde alle attese della Federazione e a quanto dalla stessa sostenuto nel proprio ricorso.**

Il Tar ha, difatti, ravvisato che :

*" l'art. 3, comma 10, L. 3 agosto 2009 n. 108 prevede la possibilità, per i volontari della Croce Rossa che hanno il diploma di infermiere volontario, di prestare servizio di emergenza e assistenza sanitaria con le funzioni proprie della professione infermieristica **in un contesto emergenziale;** Considerato pertanto che lo studio oggetto del corso mira a preparare dette infermiere della Croce Rossa a fronteggiare anche le situazioni di emergenza, **senza per nulla modificare, nelle situazioni ordinarie, il rapporto che intercorre con il personale infermieristico;**"*

In altre, parole secondo il TAR Lazio, l'avversato decreto ministeriale non ha il potere di innovare le funzioni delle Infermiere volontarie C.R.I. che sono e restano esperibili solo in casi emergenziali e non "in situazioni ordinarie".

E, pertanto, da escludere ogni rischio che, a seguito del decreto ministeriale del 9 novembre 2010, i compiti delle Infermiere volontarie vengano a sovrapporsi, in diritto, a quelle degli infermieri professionisti nella attività ordinaria.

In questa prospettiva, la Federazione preso atto della pronuncia, non presenterà appello al Consiglio di Stato.

Al contempo, come per ogni decisione dell'Autorità giudiziaria, si ribadisce la necessità che i Collegi IPASVI vigilino con attenzione e segnalino a questa Federazione condotte e prassi che disattendano, in fatto, l'ordinanza del Tar Lazio 11 maggio 2011 al fine di valutare le azioni necessarie al ripristino della legalità.

Cordiali saluti

Prima della Nightingale: i contributi ed i precursori dell'infermieristica moderna

a cura di

Giordano Cotichelli - Infermiere



La storia dell'infermieristica è una branca ancora tutta da sviluppare. Nei paesi anglosassoni, che hanno iniziato la costruzione della professione per primi, già da diversi anni convegni, riviste, pubblicazioni di vario genere stanno tracciando il profilo evolutivo degli infermieri così come si è delineato negli ultimi due secoli.

Anche in Italia in questi ultimi decenni sono apparsi a più riprese libri, articoli e convegni utili a ricostruire la storia della professione¹. Ciò nonostante ancora molto c'è da fare al fine di ricostruire contesti, dinamiche, saperi e figure che hanno contribuito alla costruzione e definizione dell'infermieristica moderna. Un'utile indicazione in merito può essere quella di partire dal cercare di definire il contesto storico che creò le condizioni che portò, alle soglie della seconda metà del XIX secolo, Florence Nightingale a dare corpo e dignità teorica ed organizzativa alla professione. Fatte salve le doti peculiari della persona, viene da porsi la domanda se l'infermieristica fu comunque il prodotto di un processo di maturazione rapida del bisogno di una figura assistenziale specifica, nata dalla rottura delle reti familistiche e dal progresso della scienza medica. Un processo che caratterizzò in modo marcato la prima metà del XIX secolo in Europa e in America del Nord e che vide contesti e figure professionali alternarsi attraverso gli anni burrascosi dell'inizio dell'età contemporanea che, sul piano storiografico, prende il via con la rivoluzione francese (14 luglio 1789) e vede guerre, rivoluzioni, crisi di secolari imperi coloniali alternarsi con scoperte scientifiche, modernizzazione delle leggi, moltiplicazione della produzione industriale ed agricola. Anche la cura e l'assistenza non possono sottrarsi a tutto questo, specie per il rinnovarsi delle tecniche diagnostiche, lo strutturarsi dei luoghi di cura, l'avvio in modo sistematico, ancora lento, di programmi di prevenzione (le prime vaccinazioni antivaiose). Insomma un mondo nuovo preme alle porte, e con esso il progresso sociale e sanitario e le professioni connesse. Gli esempi che si possono portare in merito sono tanti, ma qui verranno prese in considerazione tre figure principali, tanto importanti per l'assistenza infermieristica, quanto il loro operato è rimasto nell'ombra per quasi due secoli. Si sta parlando del francese Jean Baptiste Pussin, dell'italiana Maria Cristina Trivulzio di Belgioioso e della giamaicana Mary Seacole. Ognuna di queste figure ha apportato contributi importanti, prodotti di eventi eccezionali e di capacità individuali notevoli, di sensibilità inedite e di un'umanità figlia della sofferenza, della discriminazione, delle iniquità dominanti quei tempi.



Jean Baptiste, il sorvegliante

All'ospedale di Bicêtre, proprio nella Parigi rivoluzionaria, nel padiglione riservato ai malati di mente, c'è un sorvegliante-infermiere che da tempo è solito prendere appunti su ogni variazione di comportamento dei suoi assistiti, specie dopo che li ha liberati dalle catene di contenzione che li affliggono. Il suo nome è Jean Baptiste Pussin e sarà colui che fra i primi nella storia della psichiatria e dell'infermieristica moderna inizierà ad applicare quello che qualche decennio più tardi il medico inglese Conolly chiamerà "metodo non costrittivo". Ad interessarsi di ciò che fa il maturo infermiere - Pussin all'epoca (1793) aveva poco meno di cinquanta anni - sarà il neo-direttore sanitario dell'Ospedale: Philippe Pinel che, osservando gli interventi di Pussin ed il comportamento dei pazienti, chiederà all'infermiere qual è la reazione abituale dei malati una volta liberati dalle catene: "Si calmano", è la semplice risposta (Caire, 1993). È l'inizio di una sperimentazione medica ed assistenziale che ancora molti storici della moderna psichiatria ricordano come importante momento di cambiamento e alla cui base vi fu l'operato di un infermiere psichiatra. Un fatto che verrà ripreso a titolo esemplificativo, quasi un secolo e mezzo dopo in Francia ed in Italia in particolare nel più vasto e significativo movimento di riforma dell'assistenza psichiatrica messo in moto dalle idee di Franco Basaglia ed applicato grazie ai suoi collaboratori medici ed infermieri.

Cristina, La rivoluzionaria

Lo spirito di rinnovamento che caratterizza quegli anni attraverserà l'Europa in misura sempre maggiore fino a culminare con il biennio 48-49 che molti storici chiamarono *la primavera dei popoli*, a causa delle molte rivolte liberali e nazionaliste che scossero l'Europa dei vecchi imperi. Ed è in questo clima rivoluzionario, durante l'effimera stagione della Repubblica Romana (dal 9 febbraio al 4 luglio 1849), che appare un'altra figura storica per l'infermieristica: Maria Cristina Trivulzio di Belgioioso. Nobildonna milanese, istruita, progressista e benefattrice si caratterizzerà per il suo contributo nell'organizzare l'arruolamento di personale infermieristico e gli interventi di tipo igienico ed alberghiero degli ospedali romani (9 quelli interessati) per far fronte allo stato d'assedio che scuote in quei mesi la città eterna. La condizione degli ospedali romani è oltre ogni umana sopportazione. Lo stesso Mameli morirà di cancrena a causa

1) In merito importante è stato il Convegno tenutosi a Bologna il 25 febbraio del 2000: "Storia dell'assistenza infermieristica", Istituti Ortopedici Rizzoli.



dell'imperizia del chirurgo che lo ha operato e del basso livello igienico presente. La situazione è così drammatica che l'esiguo personale religioso non basta a far fronte alle richieste assistenziali e costringe così la Belgioioso, assieme al comitato di donne che gestisce gli ospedali, a rompere il formalismo e la rigidità che caratterizzava allora l'arruolamento del personale assistenziale, e ad aprirlo anche a popolane e prostitute.

Risponderanno alla chiamata in

seimila, fra le quali ne furono selezionate appena trecento. La bel gioioso non lascia nulla al caso e si attiva per poter formare al meglio le neo-infermiere così come aveva fatto in passato, per altre finalità, con le contadine povere in Lombardia. La sua idea è quella di creare una Casa Centrale dell'Assistenza che regolamentasse la formazione del personale infermieristico. Progetto che non si realizzerà a causa della guerra, la quale però non impedirà alle neo-infermiere di assolvere in maniera encomiabile alle loro mansioni in una città assediata dove manca di tutto. La capitolazione della Repubblica Romana porterà via alla fine lo spirito di innovazione, organizzazione ed istruzione che per la prima volta era apparso in Italia, preziosissimo per la professione, addirittura in anticipo di cinque anni sui lavori della stessa Nightingale.

Mary, la creola

Assieme alla Nightingale in Crimea c'era anche un'altra infermiera: Mary Seacole. Nasce nel 1805 a Kingston in Giamaica, figlia di un ufficiale scozzese e di una creola. Si forma nella conoscenza sia della medicina tradizionale che in quella legata all'erboristeria della cultura popolare dei Carabi, ed inizia la sua attività prestando assistenza nei ricoveri per reduci dell'esercito e della marina inglese, in particolare all'ospedale militare di Up Park Camp di Kingston. Sarà in prima linea durante le gravi epidemie di colera e febbre gialla che, fra il 1850 e il 1853, a varie riprese, colpiscono i Caraibi e l'America Centrale. In queste non solo si distinguerà per il suo alto grado di umanità, ma anche per la conoscenza delle più moderne teorie epidemiologiche che le permettono di apportare cambiamenti alle gravi condizioni igieniche degli ospedali stracolmi di pazienti. In particolare conosce la *teoria del contagio*, che ancora stentava allora a farsi strada negli ambienti accademici del tempo, nonostante gli studi di John Snow². Forte dell'esperienza acquisita sul campo e delle conoscenze sviluppate si reca a Londra per poter partecipare alla Guerra di Crimea, chiedendo al Ministero della Guerra di essere aggregata al corpo di spedizione delle 38 infermiere guidate dalla Nightingale. Purtroppo il permesso le verrà negato, a causa dei pregiudizi razziali dominati l'Inghilterra imperiale, non considerando così affatto le conoscenze e le esperienze cliniche ed assistenziali (oggi si direbbe il curriculum) certificate dai numerosi medici che l'avevano assistita durante il suo lavoro in America. Ciò nonostante Mary non si perde d'animo e raggiunge la Crimea grazie a sottoscrizioni e donazioni di vario tipo finalizzate a sostenerla nella sua impresa. Grazie a questo e anche impiegando tutte le sue risorse personali, riuscirà nei tre anni di guerra a prestare assistenza, in un ospedale da campo da lei allestito, ai feriti e agli ammalati di entrambi

gli schieramenti, con lo stesso spirito umanitario che l'aveva caratterizzata nei Carabi quando nei suoi ricoveri assisteva gratuitamente gli indigenti facendo pagare solo chi era ricco. Al termine della Guerra di Crimea Mary è una delle ultime a tornare a Londra. L'esperienza è tale che cercherà sempre durante la sua vita di essere presente là dove le condizioni assistenziali sono le più estreme, come appunto i campi di battaglia. Continuerà il suo lavoro assistenziale fino agli ultimi giorni di vita, che terminerà nel 1881. Solo verso la fine della sua vita il governo inglese comincerà ad interessarsi alla sua figura e al suo operato conferendole i giusti e numerosi riconoscimenti dovuti. Ciò nonostante dopo la morte Mary Seacole fu dimenticata per quasi un secolo e mezzo e venire riscoperta così solo di recente. In Scozia ed in Giamaica non pochi sono gli Istituti di ricovero e le scuole infermieristiche a lei intitolate, a testimonianza del valore e della caparbietà di un'infermiera che non si arrese mai di fronte a niente e a nessuno.

Conclusioni

La creazione di un rapporto di fiducia con il paziente, l'attenzione alla formazione del personale, l'organizzazione dei servizi sul piano igienico e il prestare "... assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona"³, oggi possono sembrare comportamenti e modelli scontati, ma due secoli fa circa erano innovazioni tali da essere accettate con difficoltà, quando addirittura cancellate, dimenticate per essere poi riscoperte molto tempo dopo. Pussin, Belgioioso e Seacole sono tre figure rappresentative di un contesto che vide il susseguirsi di cambiamenti importanti che coinvolsero medici, pazienti, infermieri e associazioni di beneficenza (oggi si direbbe il terzo settore, il volontariato), e che dimostrano come la moderna professione infermieristica sia il prodotto di un processo storico complesso ed articolato, la cui portata può essere conosciuta ed analizzata anche grazie alla riscoperta di figure assistenziali come le tre citate. Una riscoperta utile non solo sul piano storiografico, ma che fornisce anche una chiave di lettura fondamentale per l'identità professionale: nelle fasi di transizione, di crisi socio-economica, di profondi cambiamenti le persone, ed anche gli infermieri, possono essere protagonisti del cambiamento, specie se provengono da situazioni al limite sul piano socio-sanitario: Pussin era un ex-malato di scrofola (adenite tubercolare) che cominciò a lavorare all'ospedale di Bicêtre per riprendersi da una lunga e dolorosa malattia, Belgioioso era una femminista rivoluzionaria, cresciuta negli agi, ma impegnata continuamente nell'aiutare le classi più povere; ed infine Mary Seacole, una creola, figlia di uno scozzese, e proveniente dalle più remote terre coloniali dell'impero inglese. Ognuna di loro ha conosciuto cosa significhi povertà, sofferenza, discriminazione, disuguaglianza sociale, culturale ed economica. In questo hanno sviluppato sensibilità e capacità tecniche tali da costruire valide risposte assistenziali per i pazienti di allora ed esempi professionali da ricordare e seguire per gli infermieri di oggi.

Bibliografia essenziale

- Caire M, (1993) *Pussin, avant Pinel*, L'Information psychiatrique, 69, 6 : 529-538
 Ramdin R, (2005). *Mary Seacole*. Haus Publishing
 Siccardi M, (2003) *L'infermiere dentro la storia, la professione tra passato, presente, futuro*. Relazione presentata al XXIV Congresso ANIN, Rimini 10 - 12 Aprile

2) John Snow è il medico inglese che dimostrò per primo la correlazione fra la sorgente contagionistica (una fontana pubblica in Broad Street) e la diffusione dell'epidemia di colera nei quartieri più poveri di Londra. Dai suoi lavori iniziò la critica

alle vecchie teorie miasmatiche aprendo la strada appunto alla dottrina contagionistica e alla moderna epidemiologia.

3) Articolo 4 del Codice Deontologico del 2009.

Terapie complementari negli Hospice

a cura di

Arianna Mattiussi - neolaureata dell'AA 2009/2010



Abstract

Nonostante l'avanzamento della medicina tradizionale, sempre più persone integrano il trattamento medico con forme di cura non convenzionale. Ciò porta le terapie complementari e alternative (CAM) ad essere la seconda più grande industria in crescita in Europa, con popolarità crescente tra i pazienti affetti da neoplasia. Nonostante l'aumento delle conoscenze e la maggior consapevolezza degli aspetti psicosociali inerenti alle patologie oncologiche, nel panorama sanitario italiano l'assistenza psicologica ai malati tumorali è ancora una realtà che fatica a farsi strada. Nell'ambito dell'infermieristica le CAM comprendono una serie di interventi che possono essere proposti in autonomia dall'infermiere e che si avvalgono di saperi ed abilità acquisiti e mantenuti attraverso un percorso formativo specifico.

Parole chiave

CAM, hospice, paziente oncologico, cure palliative.

Introduzione

Negli ultimi anni l'attenzione alle cure palliative e alla realizzazione di hospice si è accentuata. Solo alcune regioni italiane si sono dimostrate sensibili al problema, deliberando l'avvio di corsi di perfezionamento in medicina palliativa.

Relativamente alle CAM e agli infermieri, si è espressa anche l'OMS nel 1996 con la seguente dichiarazione: *“Gli infermieri di tutto il mondo sono divenuti sempre più consapevoli del fatto che ampi gruppi di popolazione in ogni Paese stanno usando approcci tradizionali (che fanno riferimento alle varie culture ed etnie) e complementari per mantenere o recuperare la propria salute. In molti luoghi gli infermieri sono stati innovatori di questo movimento. ... Alcuni di questi approcci complementari possono far parte di un piano terapeutico con il paziente se sono appropriati ed accettabili. Il tocco terapeutico, l'uso di infusi, il massaggio ed altri approcci complementari possono favorire l'assistenza infermieristica. ...”*.

L'esperienza ha dimostrato che ogni intervento nei confronti della salute e della malattia rischia di essere poco incisivo se i suoi aspetti più tecnici e professionali non vengono articolati con gli aspetti più squisitamente personali e soggettivi che investono le persone e che sono in grado di mobilitarne la comprensione e la partecipazione attiva.

La persona non resta inerte di fronte ai suoi problemi, non vi reagisce soltanto, ma agisce mettendo in atto le risorse di cui dispone, prospettandosi vie di uscita o almeno di riduzione del disagio, cercando di cambiare anche la situazione stessa del problema.

1) DM 14 settembre 1994, n. 739 “L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa...”

CAM ed evidenze scientifiche

Il nuovo Codice Deontologico dell'infermiere, all'articolo 3.1, recita: *“L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci”*.

Le CAM nascono come strumento integrativo per il trattamento di patologie e condizioni: conseguentemente la modalità con cui la comunità scientifica ne può indagare l'efficacia è attraverso studi randomizzati e controllati. Gli studi clinici randomizzati (RCT) non riescono a valutare l'efficacia delle CAM, che constano di molteplici approcci (naturopatia, medicina tradizionale cinese), personalizzati e flessibili, che si applicano a patologie non specifiche e multifattoriali (stress, mancanza di energia) o a pazienti con patologie croniche. Gli RCT non dimostrano perché un trattamento funziona, ma solo se esso funziona, in base a parametri di efficacia oggettivi e quantificabili (es. modifica dei valori pressori, dei valori ematochimici, frequenza delle complicanze). Al contrario nelle CAM l'effetto terapeutico della relazione paziente-terapeuta è considerato una parte cruciale dell'intervento, per questo motivo la ricerca qualitativa può essere utile a risolvere queste lacune.

Negli ultimi anni il ruolo dell'infermiere ha subito radicali cambiamenti soprattutto nel considerare nuovi ambiti dove esercitare la propria professione, anche il virtù del proprio profilo professionale¹. In passato l'assistenza infermieristica è stata vincolata alla sfera medico-biologica ma sta recuperando l'aspetto bio-psico-sociale che è alla base della nascita del nursing e dell'approccio olistico.

Il malato non è passivo nel processo di cura e guarigione ma è protagonista nella scelta del percorso terapeutico.

CAM e infermieristica

Le CAM riconoscono come fondamentale la creazione di un ambiente relazionale fra curante e paziente, attento al tempo della parola e dell'ascolto ma anche al tempo del gesto e del silenzio.

Nell'ambito dell'infermieristica sono considerate CAM una serie di interventi che si avvalgono di saperi ed abilità acquisiti e mantenuti attraverso un percorso formativo specifico, che possono essere proposti in autonomia dall'infermiere (Tab.1) come parte integrante del piano di cura. L'approccio olistico, alla base delle CAM, rappresenta anche la base del nursing.

Esso è ripreso da diverse teoriche del nursing, a partire dalla teoria ecologica di F. Nightingale, per passare alle teorie esistenziali come quelle di H.E. Peplau, I. King, M. Levine e C. Roy, alla teoria cosmica di M. Ro-

gers; alle teorie sociologiche come quelle di D. Orem e V. Henderson, per concludere con la teoria di N. Roper. Quando nell'ambito delle teorie si fa riferimento al ruolo dell'infermiere come facilitatore dell'adattamento del paziente (C. Roy), oppure gestore della relazione comunicativa (H.E. Peplau) si prevedono interventi dell'infermiere che trovano nelle CAM utili contributi, tenuto conto delle credenze ed opinioni del paziente. Le CAM potrebbero, anzi dovrebbero, rientrare nel bagaglio di metodi, tecniche e strumenti a disposizione dell'infermiere.

Tabella - *interventi CAM infermieristici*

Cure infermieristiche complementari	
tecniche di massaggio	massaggio infantile, massaggio ayurvedico, massaggio cinese, riflessologia plantare, shiatsu,
tecniche di rilassamento	musicoterapica, tecniche di respirazione, training autogeno, visualizzazione creativa,
altre tecniche	aromaterapia, cromoterapia, floriterapia, tocco terapeutico.

Le *cure infermieristiche complementari* sono cure olistiche e naturali, che possono essere utilmente affiancate alle cure ufficiali sia infermieristiche, sia mediche, possono essere parte integrante del piano di cura in ambito preventivo, curativo, riabilitativo ma possono essere anche utilizzate da sole. L'approccio olistico considera le persone come più della somma delle loro parti, superando l'approccio bio-psico-sociale, enfatizzando l'auto-aiuto e l'auto-consapevolezza. Nursing olistico significa un'ampia gamma di interventi al paziente quali il massaggio, la meditazione, la riflessologia e l'agopuntura, ma non bisogna confondere l'olismo con una modalità di trattamento. Sono i sentimenti e la prospettiva olistica a definire gli strumenti piuttosto che gli strumenti pratici a definire l'approccio.

CAM e hospice

Nella presa in carico dei malati oncologici terminali negli hospice le CAM possono avere un ruolo importante, come già accade negli USA.

L'hospice ha un'attività strettamente collegata all'assistenza domiciliare², il setting cerca di riprodurre un ambiente domestico e familiare, sono previste solitamente 15-20 camere con 2 letti (uno per il malato e uno per il familiare) e ambienti comuni, utilizzabili dai pazienti in condizione di farlo. Non vi sono orari di visita rigidi: i familiari possono recarsi dal proprio congiunto quando lo ritengono più opportuno. La metà dei paesi del mondo non conosce le cure palliative, laddove esistono non esiste una rete curante e solo il 15% degli hospice è effettivamente integrato con il SSN. In Italia la Legge n. 39/99 (Bindi) prevedeva la realizzazione e l'attivazione di 188 hospice con uno stanziamento di 208 milioni di Euro, ad oggi gli hospice funzionanti sono meno del 60% di quelli previsti - e finanziati - dalla Legge 39. Al 2009 gli hospice attivi in Italia sono 164, per un totale di 1850 posti letto.

Tra le prime 10 regioni per numero di posti letto/compagnone sei regioni del nord (Lombardia, Emilia Romagna, Friuli, Liguria, Veneto, Piemonte), due del centro (Lazio e

Marche) e due regioni del sud (Basilicata e Molise). Accade che l'assistenza prestata negli hospice sia ancora troppo simile a quella ospedaliera, e la Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" potrebbe essere un primo passo. L'impiego delle CAM nella cura delle malattie e più in generale nell'approccio alla salute è decisamente in aumento. L'utente medio delle CAM ha 45-55 anni, status economico e culturale elevato, con condizioni mediche complesse (dolore cronico, infezioni da HIV, cancro). Le terapie più comuni sono agopuntura e massaggi. Le CAM, affiancate alla medicina tradizionale, si propongono di rafforzare il sistema immunitario, migliorare la qualità della vita e agire sugli effetti collaterali dei trattamenti. Il malato neoplastico che si rivolge alle CAM non si aspetta di guarire, ma di poter gestire la propria malattia, anche sul piano spirituale.

I sintomi oncologici

Le ripercussioni che la malattia e i trattamenti esercitano sulla qualità della vita interessano sia i curanti che i pazienti ed i loro congiunti.

L'utilizzo delle CAM rientra nell'ambito del miglioramento della qualità della vita del paziente oncologico, agendo su i sintomi più comuni della malattia neoplastica e dei relativi trattamenti.

Nausea e vomito: molti pazienti presentano nausea e vomito nel corso della loro malattia, sia per l'effetto diretto dei trattamenti (chemioterapia, radioterapia) che per quello della malattia, tali manifestazioni sono spesso percepite come le più fastidiose della terapia. A volte la nausea e il vomito sono anticipatori e si manifestano prima della terapia: sono il risultato di un processo di condizionamento (stimoli ambientali, visivi e olfattivi), ma questi sintomi sembrano risentire favorevolmente di interventi psicoterapici brevi, dell'impiego di ansiolitici e dell'utilizzo di tecniche di rilassamento. Un mezzo dimostrato efficace nel trattamento di questi sintomi è la musicoterapia, che attraverso la suggestione melodica e l'azione ritmica può influenzare l'affettività e i vissuti corporei. Gli effetti prodotti dalla musica sono molteplici: distrazione, rilassamento, riduzione dell'ansia e dell'angoscia, diminuzione della percezione del dolore, stimolazione della memoria ed apertura alla comunicazione, evocazione delle emozioni.

Dispnea: è una sensazione soggettiva, poco oggettivabile dalla sola osservazione clinica, con molte analogie con il dolore, nel paziente neoplastico in genere è a lento e progressivo peggioramento.

Il trattamento, oltre che basato sull'uso di farmaci sedativi, è anche ambientale e psicologico.

È utile creare un clima di massima tranquillità intorno al malato, perché ogni emozione può scatenare una crisi dispnoica.

Astenia: indica un affaticamento precoce, una sensazione anticipatoria di incapacità o difficoltà ad iniziare una certa attività. L'astenia può sopravvenire in ciascuno stadio della malattia e a livelli variabili, è il sintomo più frequente negli stadi avanzati della malattia. Può essere iniziale e transitoria, per lo shock psicologico provato al momento della diagnosi, o secondaria ai trattamenti specifici, quali chemioterapia e radioterapia. È intensificata dallo stress che deriva dai problemi di organizzazione familiare (difficoltà di effettuare lavori domestici e di accudire i figli) e lavorativa. Di fronte al "vuoto" di vita che l'astenia comporta, le sole



cure non bastano. I malati desiderano avere vicino qualcuno che parli, che li ascolti, facendoli così sentire vivi in quanto ancora protagonisti del tempo che loro appartiene.

Dolore oncologico: l'International Association for the Study of Pain (1979) lo definisce "una esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata con un danno tessutale, effettivo o potenziale, o descrivibile in termini di tale danno". Il dolore da cancro è spesso cronico ed afinalistico, causa e intensifica la depressione, assume un significato di comunicazione ed un aspetto relazionale. Talvolta è dolore-regressione, che esprime lo stato di dipendenza cronica e di depressione del paziente; il dolore-protesta per una relazione inadeguata con i curanti; a volte il dolore è l'unico mezzo a disposizione del paziente per esprimere una sofferenza psichica rivolgendosi ad un medico. La mancanza di speranza e la paura della morte esacerbano la sofferenza fino al configurarsi di una condizione di *dolore totale*.

Conclusioni

Le CAM stanno diventando sempre più popolari tra i pazienti affetti da neoplasia, perciò sta diventando una necessità per medici, soprattutto oncologi, e operatori sanitari, soprattutto infermieri, acquisire conoscenze su tali terapie. Oggi anche in Italia, e forse in ritardo rispetto agli altri Paesi, l'infermieristica sembra comprendere, anche in via ufficiale, il significato di un nuovo tipo di approccio alla persona, che si integra, anziché opporsi, all'utilizzo di tutte le potenzialità tecniche già fatte proprie dalla professione, senza contrastarne i valori fondamentali, anzi esaltandoli.

Bibliografia

- Amerio P. (1993) *Un modello di persona per la cura della persona. La persona, la malattia, la sofferenza*, ADAS.
- Bonezzi C. (1999) *Dolore nella malattia neoplastica*. Quaderni di cure palliative; 1: 1-2.
- Braga G. (2001) *Medicine non convenzionali, un percorso tortuoso*, Infermiere a Pavia, n. 1.
- Centro Studi delle Professioni infermieristiche, Infermiere Informazione. Torino (2000) Anno XV, n. 9-10.
- Crotti N. et al. (1996) *La ricerca di benessere tra medicina ufficiale e medicina alternativa*. Quaderni di cure palliative, n. 4.
- D. Rankin-Box (2002) *Terapie Complementari*. McGraw-Hill, Milano.
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (1999) *Linee Guida per un progetto di formazione infermieristica complementare nelle aree previste dal DM 739/94*, Roma.

Con il raggiungimento di autonomia da parte dell'infermiere e col mettere al centro della relazione terapeutica la persona con i suoi aspetti sociali, fisici, psicologici e spirituali e le sue potenzialità, si apre all'infermiere la possibilità di allargare le proprie conoscenze ed abilità al campo delle terapie complementari, che possono essere parte integrante del piano di cura in ambito preventivo, curativo, riabilitativo e palliativo. Questo tipo di attività potrebbe agevolare l'erogazione di un'assistenza basata sulla presa in carico con maggiore soddisfazione del paziente. Nonostante l'aumento delle conoscenze e la maggior consapevolezza degli aspetti psicosociali inerenti alle patologie oncologiche, nel panorama sanitario italiano l'assistenza psicologica ai malati tumorali è ancora una realtà che fatica a farsi strada. Se si escludono alcune situazioni avanzate, che fanno capo a centri specializzati di poche grandi città italiane, le strutture sanitarie italiane sono per ora impreparate a rimodellare i loro interventi in funzione dei cambiamenti che l'evoluzione dell'oncologia comporta e non contemplan programmi strutturati di assistenza psicosociale per i malati oncologici, né in generale progetti di assistenza alternativa alla degenza ospedaliera, come l'assistenza domiciliare o quella ai malati terminali.

"Tranquillizzare l'immaginazione del malato, che almeno non abbia a soffrire, come è accaduto fino ad oggi, più dei suoi pensieri sulla malattia che della malattia stessa, penso che sia già qualche cosa. E non è poco!"

F. Nietzsche (1881)

- OMS (1988) *Dolore e cancro*. Traduzione italiana a cura della Fondazione Floriani, Milano.
- OMS (1997) *Nursing Practice*. Serie rapporti tecnici, n. 860, Ginevra
- Ripa P., Baffi E. (2004) *Le cure complementari e l'infermiere*, Carocci Faber.
- Ranking-Box D. (2002) *Terapie Complementari. Il manuale dell'infermiere*, McGraw-Hill, Milano.
- Richardson J. (2000) The use of Randomized Controlled Trials in complementary therapies: exploring the issues. *Journal of Advanced Nursing*, no. 32, vol. 2, pp. 398-406.
- Thiele Rolando R. (1088) *Psiconcologia*. Il Mulino, Bologna.
- Vitello L.: *Terapie alternative. La cura del gesto. Professioni infermieristiche*, 54.2 2001.

EDITORIALE

di Margherita Piermaria

Care colleghe/i,

si è concluso da pochi giorni il 32° Congresso della Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche al quale ho partecipato con alcuni membri del Consiglio Direttivo. Vorrei condividere con voi alcune riflessioni su un appuntamento che rappresenta un momento di aggregazione per la nostra professione che ha visto partecipare molte giovani colleghe e studentesse. Questa partecipazione dimostra quanto sia grande l'entusiasmo, il senso di appartenenza e la voglia di impegnarsi in ogni contesto operativo: territorio, ospedale e libera professione. La disciplina ostetrica è molto cresciuta in questi ultimi dieci anni e sono stati presentati in ambito congressuale modelli di Midwifery europea (inglese, francese, olandese) che dimostrano come la professione ostetrica tenda ad inserirsi nel processo globale di "europeizzazione". Un sempre maggior numero di laureate infatti sceglie di esercitare al di fuori dei confini nazionali, anche tramite stages, erasmus e scambi culturali. Molte autorità intervenute hanno mostrato grande apprezzamento per la qualità dei contenuti scientifici delle relazioni, segno evidente di grande crescita culturale e professionale. La FNCO ha reso possibile la visione di tali relazioni inserendole nel proprio sito internet che vi invito a consultare. Al termine dei lavori, facendo un bilancio conclusivo, seppur largamente positivo, la Presidente della FNCO Miriam Guana ha comunque tenuto a precisare che ancora molte sfide attendono la nostra professione, soprattutto quando ci si cala nelle singole realtà locali, sottolineando la necessità di impegnarsi per garantire l'effettiva autonomia ostetrica.

Essa può concretizzarsi attraverso:

la collaborazione con le diverse istituzioni per un efficace riordino dei punti nascita per un miglioramento della qualità assistenziale erogata il sostegno dei modelli organizzativi tesi a valorizzare la figura della professionista ostetrica il sostegno e la tutela del coordinamento ostetrico e dello sviluppo della dirigenza ostetrica la vigilanza sugli standard formativi nei corsi di laurea che permettano un corretto inserimento in ambito europeo lo sviluppo e la tutela del sapere disciplinare attraverso la ricerca scientifica

Concludo invitandovi alla lettura dell'articolo della collega Serena Polenti che ha approfondito la conoscenza del rapporto futura mamma/internet

Buona lettura



Gravidanza a portata di click

Potenzialità e limiti di un fenomeno in continua espansione

a cura di

Serena Polenti - Laureata in Ostetricia



Abstract

Il presente lavoro si pone come obiettivo quello di analizzare l'espansione del fenomeno di navigazione nel web tra le donne in gravidanza; in special modo i suoi punti di forza e di debolezza. Questo per capire come tale pratica può aiutare le future mamme ad affrontare uno dei periodi più importanti della loro vita, e in che modo, invece, può confondere loro le idee e diventare un nemico.

Parole chiave

Web; Comunità virtuale; Gravidanza.

Introduzione

Senza ombra di dubbio, gli ultimi anni hanno visto come la tecnologia, incluso il computer e quindi la navigazione in internet, stia entrando pian piano a far parte di ogni nostra piccola azione quotidiana.

Ma se nei primi anni del suo sviluppo la tecnologia serviva a facilitare l'uomo in alcune delle sue azioni, ora è come se vivessimo una doppia vita: una virtuale, che prende spazio tra pulsanti di accensione e spegnimento, cavi e monitor, e un'altra, quella reale, che purtroppo sta per-

dendo sempre più terreno, è quella fatta di visi, di persone e non di avatar, di comunicazioni "face to face" e non di "botta&risposta" in un post. Tra i temi più gettonati su internet troviamo quelli dedicati alla Medicina e alla Salute e le nuove possibilità offerte da esso per una promozione della salute on-line mediante siti Web interattivi sono state subito colte utilizzando nuovi strumenti dinamici ed economici: newsletter on-line per informare i propri clienti/pazienti, forum per discutere i miglioramenti costanti di gruppi specifici di pazienti, conferenze interattive on-line e chat rooms per offrire l'opportunità di ascoltare e di interrogare gli esperti in tempo reale su ogni tipologia di problemi, gruppi di supporto on-line con scambi di e-mail tra i pazienti e con professionisti su appuntamento.

Tra i frequentatori più costanti della Rete spiccano le donne; non deve meravigliare, quindi, che siano numerosissime le risorse on-line create da loro e per loro: lavoratrici, amanti della buona cucina, curiose di informazione e gossip, attente ai cambiamenti delle mode, mamme.

Per quanto riguarda le mamme e le donne in dolce attesa, a loro Internet offre occasioni di incontro, di dialogo virtuale a distanza (forum, mailing list, blog, ecc.) e di informazione.

Attraverso alcuni servizi on line gratuiti, le mamme in attesa possono anche calcolare la presunta data del parto, scoprire a quale settimana

di gestazione si è arrivate, scegliere il nome per il proprio bambino e anche effettuare acquisti on-line per il corredo del piccolo o per se stesse.

Tutto questo immerso in un mare di contenuti che, soprattutto nelle sezioni di discussione libere, possono essere divulgati da qualsiasi individuo.

Metodologia

Per compiere questa indagine mi sono avvalsa di 3 diverse metodologie:

1. la distribuzione di un questionario conoscitivo effettuato nel periodo gennaio-agosto 2009 presso l' Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell' Ospedale ss. Rocco e Benvenuto di Osimo e la Clinica Universitaria di Ostetricia e Ginecologia dell' Ospedale G. Salesi di Ancona;
2. l'analisi dei maggiori siti web italiani esistenti che affrontano il tema della gravidanza come argomento principale;
3. discussione con le future mamme all'interno dei forum presenti nei siti analizzati.

Le comunità virtuali

Lo sviluppo di computer sempre più potenti e di reti informatiche sempre più potenti, la progressiva digitalizzazione dei dati e delle procedure e la costruzione di collegamenti (interfacce) sempre più facilmente utilizzabili hanno reso possibile a milioni e milioni di individui di diventare membri di un'immensa *comunità virtuale*.

Ad oggi, come già detto, i collegamenti a Internet nel mondo sono stimati in poco più di 800 milioni e solo in Italia il numero di persone online si può collocare (secondo diversi criteri di frequenza d'uso) fra i 22 e i 25 milioni.

Tutti gli strumenti messi a disposizione dalla rete, a parte la posta elettronica che mantiene la sua caratteristica di mezzo di comunicazione e di transito, possono essere paragonati a delle vie che conducono a luoghi virtuali, spazi polidimensionali in cui si sosta e si "abita". Grazie ai browser ci si sposta verso siti, che possono essere visti come delle piazze virtuali all'interno delle quali è possibile conoscersi, scambiarsi informazioni ed emozioni (chat e liste di discussione), leggere e studiare (siti librari e bibliografici, comunità di ricerca, siti tematici), commerciare ed arricchirsi (siti finanziari e e-commerce). La rete è quindi passata da ponte a città. Cioè, se prima fungeva da mezzo di scambio per il trasferimento di dati da un computer all'altro, ora è un'intera città in cui vivere. L'esperienza di questo abitare è in primo luogo un'esperienza di natura comunitaria: ogni individuo costruisce una sua vera e propria identità virtuale, si connette alla rete dotato di un passaporto di ingresso e di tutte le caratteristiche di un individuo reale (tranne, ovviamente, la corporeità) e compie le stesse azioni che vengono compiute nel mondo reale. Si *dota*, infatti, di un proprio nome sulla rete, di una casa (la propria *home page*), di amici (*newsgroup*, *forum* e *chat*); fa acquisti e si istruisce.

Nel nuovo millennio, la rivoluzione digitale sta trasformando radicalmente non solo la nostra vita quotidiana, ma anche alcuni dei concetti costituenti la tradizione culturale.

Termini come comunità, individuo e testo stanno assumendo, nell'epoca di Internet, un nuovo significato, mentre va delineandosi una nuova immagine del mondo; e conoscere e capire il cambiamento che queste categorie stanno subendo significa avere una chiave in più per analizzare e comprendere la complessità della società reale.

"Digi" trentatre - salute on line

L'offerta di informazione ha cambiato negli anni il rapporto medico-paziente, fin dalla nascita dei primi giornali o supplementi dedicati alla salute, perché il paziente è più informato e chiede di più.

Diversamente dagli altri mezzi d'informazione, internet non è solo frontale: in internet si interagisce, c'è uno scambio di idee istantaneo. La quantità di materiale oggi disponibile su Internet è enorme e continua a crescere ad un ritmo esponenziale. L'accesso alle informazioni e soprattutto la possibilità di pubblicare documenti sul web, è alla portata di chiunque. Quindi se da un lato Internet rappresenta un'opportunità senza precedenti, in quanto il suo impiego può fornire agli operatori sanitari (e più in generale alla popolazione) un'informazione sanitaria di qualità e di facile accesso, dall'altro, l'informazione disponibile nella rete può anche risultare di qualità scadente, quando non dannosa.

L'invecchiamento precoce delle informazioni, la velocità con la quale gli indirizzi dei siti web cambiano, la possibilità concessa a chi pubblica su internet di rimanere anonimo, rappresentano ulteriori aspetti a cui prestare molta attenzione soprattutto nel caso di risorse mediche a cui anche i pazienti possono accedere.

All'interno del report *The Past and Future of Health 2.0* dell'Advisors' Springboard del sito americano Health 2.0, si sostiene che le pratiche, le tecnologie e i comportamenti sociali, che possono definirsi

con il termine *Salute 2.0*, iniziarono alla fine del 1990 quando gli utenti hanno cominciato a utilizzare Internet per pubblicare informazioni sulle loro esperienze di salute e per connettersi con gli altri, attraverso liste e siti web.

Poi, alla fine del 2006, *Salute 2.0* iniziò ad essere definita come l'uso di software sociale per promuovere la collaborazione tra i pazienti, i loro caregivers, i medici professionisti e altre parti interessate. Questo perché la salute 2.0 è stata resa alla portata di un'ampia maggioranza di pazienti e di consumatori da diversi aspetti della tecnologia e della cultura: la crescita e la diffusione su grande scala di Internet e della banda larga; la caduta delle barriere all'uso di contenuti e strumenti della Sanità 2.0 grazie alla familiarità dei software facilmente usabili; la diffusa accettazione della validità dei "contenuti generati dagli utenti" e l'uso appunto di strumenti per l'autopubblicazione, in una cultura in cui la condivisione di conoscenze ed esperienze è una pratica sempre più comune; Health 2.0 fornisce risposte e soluzioni ai pazienti che non sono solo più rilevanti di quelli provenienti da fonti di informazione tradizionali, ma anche in alcuni casi superiori a quelle ricevute da professionisti del settore medico.

Ciò significa che la *Salute 2.0* (in maniera relativamente più ampia negli Usa e più limitatamente in Europa) ha implicazioni significative per il sistema sanitario: per la prima volta le grandi organizzazioni tradizionali dell'assistenza sanitaria non possono controllare pienamente il ritmo e la direzione del cambiamento nei propri mercati.

Nel corso di questi ultimi anni, si è assistito ad un continuo fiorire di iniziative volte ad usare gli strumenti del web 2.0 per vari scopi: dall'aggiornamento professionale alla condivisione di conoscenze mediche, dalla aggregazione di persone su uno stesso problema sanitario alla condivisione di dati clinici.

Si stanno facendo strada social network nei quali i medici appartenenti a una stessa community possono scambiarsi informazioni sui casi clinici, cercare consigli per effettuare una diagnosi e condividere le proprie conoscenze, ai quali si contrappongono social network di pazienti e cittadini pronti a sfruttare le potenzialità del mezzo per creare una massa critica, condividere le proprie storie, giudicare medici e strutture sanitarie, e gestire/condividere i propri dati sanitari.

In Italia il fenomeno *Salute 2.0* tarda ancora a prendere spazio; in parole povere, è ancora in atto quella reazione "fisiologica" dell'essere umano per cui l'arrivo di un nuovo strumento tecnologico, seppur di riconosciuta facilità e, perché no, di collaudata efficacia, viene visto come complicato e poco affidabile.

Ma se questo avviene per quanto riguarda gli addetti ai lavori (operatori sanitari, caregivers, ecc.), si può dire tutt'altro per quello che riguarda il consenso ricevuto dal web dai cittadini, infatti, tra i pazienti italiani, sono sempre di più quelli che scelgono il web per avere informazioni mediche.

Secondo i dati dell'indagine realizzata dal Censis nel 2009, sarebbero infatti 15 milioni gli italiani che consultano la rete per avere informazioni su disturbi e malattie.

I forum della gravidanza

Se si digita "gravidanza" all'interno di un motore di ricerca, come ad esempio Google, il più utilizzato al mondo, risultano circa 6.280.000 pagine web disponibili in cui la parola "gravidanza" è contenuta. I risultati vengono elencati per ordine di rilevanza, quindi i primi risultati saranno quelli in cui la parola ricercata è contenuta più volte, i siti che ricevono un maggior numero di link, i siti in cui le parole chiave sono poste nei punti principali della pagina, ecc.

Per questo motivo saranno i primi risultati quelli più inerenti alla ricerca, e nel caso della ricerca "gravidanza", saranno i primi siti dell'elenco risultati quelli che veramente trattano in pieno l'argomento gravidanza. Man mano che si scorre lungo l'elenco risultati, le pagine web trovate saranno sempre meno inerenti e meno complete.

Una caratteristica comune a molti siti tra quelli più importanti che trattano l'argomento *gravidanza*, è la presenza di *gruppi discussioni* (o *forum*).

Un *forum* è un'intera struttura informatica nella quale degli utenti discutono su vari argomenti, a una sua sottosezione oppure al software utilizzato per fornire questa struttura. Un senso di comunità virtuale si sviluppa spesso intorno ai forum che hanno utenti abituali ed interessi comuni.

Dalla mia analisi condotta nel web, tramite un motore di ricerca (Google), emerge che i siti italiani più importanti e più visitati che riguardano la gravidanza sono 26. Di questi, 16 siti possiedono al loro interno un forum, e tra questi uno è ancora in costruzione (donnaclick.it), uno è ancora presente tra i servizi del sito ma non più funzionante (lagravidanza.it), uno è riservato ai possessori di una carta speciale



ritirabile gratuitamente nei negozi Prénatal (prenatal.it) e, infine, uno non è aggiornato di recente, infatti il suo ultimo messaggio risale al 02/06/2009 (mamma.it).

In questi spazi le donne possono confrontarsi tra di loro su i più svariati argomenti correlati alla gravidanza e non, ovviamente suddivisi in altrettante sezioni e categorie: periodo pre-concezionale, sintomi di gravidanza, disturbi ed esami in gravidanza, travaglio/parto, allattamento, anestesia epidurale, parto cesareo, cure del neonato, svezzamento, e tantissimi altri.

Parlando con loro si ha quasi l'impressione di trovarsi in un vero e proprio gruppo di "amiche", dove la persona che fa emergere un suo dubbio o un suo problema, viene rassicurata dalle altre donne che espongono le proprie esperienze in merito, ognuna con la propria personalità ma tutte con lo stesso scopo, che è quello di aiutarsi a vicenda.

Il questionario

I dati di audience on-line pubblicati da *Audiweb* hanno infatti rivelato che nel gennaio 2010 sono state 10,6 milioni (quasi la metà della degli utenti totali) le italiane attive nel web e che il 55% di esse visitano siti d'informazione. Questo dato fa dedurre che siano decine di migliaia le donne che sfruttano il web durante la gravidanza.

Sono proprio questi i presupposti che hanno stimolato la realizzazione di questo studio sperimentale, volto appunto ad indagare se ci sono specifici motivi che spingono le donne in dolce attesa ad attingere alle informazioni disponibili nel web e se quest'ultime possano avere un'influenza nel loro percorso, dalla scoperta della gravidanza al momento del parto in ospedale.

Lo studio sperimentale è stato eseguito tramite la distribuzione di un questionario conoscitivo costituito da 15 domande, di cui 2 a risposta aperta.

Il questionario è stato distribuito in forma anonima alle degenti dei reparti:

– Clinica di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero G. Salesi di Ancona;

– Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero ss. Benvenuto e Rocco di Osimo (AN).

Nel primo sito d'indagine sono stati raccolti 60 questionari mentre nel secondo i questionari ricavati sono stati 103 per un totale di **163 questionari raccolti**.

L'indagine si è svolta nel periodo Marzo – Agosto 2009, periodo in cui frequentavo l'U. O. di Ostetricia e Ginecologia di Osimo come tirocinante.

Il questionario è strutturato in una prima parte in cui vengono poste all'intervistata domande di carattere generale (età, titolo di studio, stato civile, nazionalità) e inerenti alla gravidanza (numero totale di gravidanze, partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita). Nella seconda parte, invece, vengono poste domande riguardanti l'utilizzo del web durante il periodo della gravidanza (che siti visitava maggiormente, quale tipo di informazioni ricercava principalmente, se quest'ultime hanno soddisfatto le sue aspettative e se si sono rivelate congruenti con quelle ricevute dal personale sanitario).

L'ultima domanda, infine, è più specifica, e con essa viene chiesto all'intervistata se pensa di essere stata influenzata in qualche modo dalle informazioni ricavate dalla navigazione nel Web.

Risultati ottenuti

Entrando nello specifico dell'indagine, alla domanda "Nel periodo della gravidanza ha usato il web come mezzo di informazione?" il 76% delle intervistate hanno risposto di aver usufruito del web durante la gestazione mentre il 24% di esse non lo ha fatto (grafico 1).

Mentre i motivi che hanno spinto le donne a cercare le informazioni riguardanti la loro gravidanza nel web (Grafico 2) sono, per la maggioranza delle intervistate (124 donne), una semplice curiosità di conoscere le dinamiche di quello che stava accadendo e sarebbe accaduto loro (83 risposte), e il desiderio di approfondire su tematiche specifiche, come patologie, rischi correlati al parto, ecc (56 risposte). 31 Donne affermano poi di aver frequentato il web per accedere ai gruppi discussione (*forum*) presenti nei principali siti di gravidanza, che permettono loro di confrontarsi con altre donne sui più svariati argomenti correlati alla gravidanza e non. Sono 19, inoltre, le intervistate che hanno navigato in Internet durante la loro gravidanza ricercando informazioni e nozioni riguardanti specifiche patologie legate alla loro storia ostetrico-ginecologica e medica in generale.

Solamente 8 donne affermano di avere attinto alle informazioni del web in quanto quelle fornite loro dal personale sanitario (medico e paramedico, ospedaliero e non) si sono rivelate scarse e poco soddisfacenti. Nessun'intervistata ha, infine, asserito di avere utilizzato il web a causa della mancanza di fiducia nei riguardi del proprio ginecologo/ostetrico.

Per quanto riguarda e siti web, quelli maggiormente visitati, come si può evincere dal grafico sottostante, sono www.alfemminile.it e www.gravidanza.it. I più utilizzati per ricercare informazioni sono, però, i

motori di ricerca (ad esempio Google).

All'interno di tali siti vengono ricercate, ovviamente, diverse informazioni sui vari argomenti correlati alla gravidanza: le nozioni che più sono state ricercate dalle 163 intervistate sono quelle riguardanti la salute fetale (36%), seguite dalle informazioni su travaglio e parto (26%) e da quelle riguardanti la salute della gestante (22%); meno ricercate sono, invece, le informazioni su puerperio e allattamento con valori rispettivamente del 10% e del 6%.

E' stato poi chiesto alle intervistate se le nozioni apprese da Internet hanno poi trovato corrispondenza con quelle ricevute dal personale sanitario dando un giudizio in base alla scala di soddisfazione: *per nulla, poco, abbastanza, molto*.

Compare solo un giudizio negativo (*per nulla*) e lo si ritrova per quanto riguarda le informazioni sul *Puerperio*. L'*Allattamento*, invece, risulta essere un argomento del quale le intervistate dichiarano di aver trovato molta corrispondenza tra le informazioni "virtuali" e quelle ricevute dal personale sanitario.

Con l'ultima domanda, poi, è stato chiesto alle intervistate se, per quello che le riguarda, pensano di essere state influenzate in qualche modo dalla navigazione in Internet; cioè, se la navigazione nel web (ricerca delle informazioni, confronto di esperienze con altre donne presenti nei forum, ecc) può aver creato loro delle idee o delle aspettative che poi sono risultate fasulle durante tutto il periodo della gravidanza e/o al termine di essa nel periodo della degenza in ospedale.

La maggior parte di esse (86%) ha risposto in maniera negativa.

Conclusioni Generali

Presupposto della mia ricerca è stato il fatto che Internet può considerarsi come la scoperta più straordinaria della storia della tecnologia e unica per le sue peculiarità, quali la ricchezza dei contenuti offerti, la rapidità di evoluzione, la semplicità nella creazione di nuove applicazioni, l'interoperabilità, e molte altre.

Ma come con ogni strumento potentissimo, anche con Internet bisogna stare attenti a non farsi male. E' proprio su questo concetto che il presente lavoro ha posto le sue fondamenta.

Grazie alle incredibili potenzialità offerte dal computer, i "naviganti" hanno l'opportunità di ricevere, in tempo reale e senza la necessità di spostamenti materiali, un numero infinito di informazioni.

La ricerca di documenti medici su Internet dà risultati estremamente ricchi ma dispersivi.

Diverso è il discorso della comunicazione e non dell'informazione ricevuta: le donne hanno trovato in internet uno strumento estremamente efficace che le permette di confrontarsi sulle esperienze in gravidanza che tutte hanno più o meno affrontato o andranno ad affrontare. In questo caso i forum dei siti web si sono svelati come i più validi mezzi di comunicazione interattivi che aiutano al sostegno, alla conoscenza, e anche allo scambio d'informazioni.

Le mie ricerche hanno mostrato che 3 donne su 4 in gravidanza cercano le informazioni riguardanti la gestazione su internet; nella maggioranza dei casi i motivi per cui lo fanno si sono rivelati essere il desiderio di una maggiore conoscenza delle nozioni scientifiche riguardanti la gravidanza e la voglia di condividere la propria esperienza con altre donne presenti nei forum. Quest'ultime, raccontando la propria storia e i propri stati d'animo, che spesso sono quelli di ansia e di paura verso qualcosa che si sta vivendo e che non si conosce in pieno, riescono a tranquillizzarsi tra di loro sostenendosi a vicenda in tutto il loro percorso, come se il forum fosse una specie di corso pre-parto allargato.

Il 92% delle donne si dichiara soddisfatto delle informazioni ricevute dal web, sia di tipo pratico, che medico-sanitario.

I risultati dei questionari riguardo all'eventuale influenza causata dalle nozioni apprese in Internet, rispetto a quelli che ho appreso dalle discussioni con le donne all'interno dei forum sono fondamentalmente discordanti. Se, infatti, nel primo caso la maggioranza delle donne (86%) ritiene di non essere stata in alcun modo influenzata, tutte le donne, invece, con cui ho avuto la possibilità di parlare nei gruppi discussione dei principali siti, reputano la loro frequentazione nel web, e in special modo nei forum, di grande aiuto (soprattutto a livello morale) durante tutte le varie fasi della loro gravidanza.

In generale si può affermare che l'utilizzo di Internet da parte delle donne in gravidanza può considerarsi per la maggioranza dei casi uno strumento in grado di guidarle al meglio attraverso il *percorso nascita*, ma nonostante ciò non sono da sottovalutare quei, se pur rari, casi in cui una futura mamma viene suggestionata dalle nozioni contenute in rete. Ovviamente questa è una problematica difficile da risolvere in quanto, oltre che per la sua sporadicità, si presenta in maniera assai soggettiva; infatti risulta improponibile poter individuare quali donne siano state suggestionate dai contenuti scovati in rete.

L'unico mezzo che gli operatori sanitari hanno per far fronte a tale difficoltà è quello della prevenzione, che si può attuare "istruendo" le donne ad usare il web in maniera ottimale, indirizzandole verso i siti più sicuri e attendibili e facendo capire loro che tutto ciò che apprendono dalla rete debba essere considerato in una visione generica, che può differire dalla singola realtà di ciascun individuo.

REQUISITI DI PUBBLICAZIONE

Confronto Professionale è una rivista professionale dedicata agli Infermieri iscritti nel Collegio provinciale IPASVI di Ancona e a tutti i professionisti della salute. Per gli Autori che intendono pubblicare articoli, si indicano le seguenti norme redazionali:

Autori

Ogni Autore deve indicare il proprio nome, cognome, qualifica, azienda ed unità operativa dove esercita attività lavorativa. Necessario inoltre fornire:

- la dichiarazione dell'autore all'uso dei dati in base alle disposizioni vigenti in tema di riservatezza dei dati personali. .Lgs 196/'03
- un indirizzo e-mail
- un recapito telefonico
- una dichiarazione scritta attestante che il lavoro presentato è originale, inedito, oppure che è già stato sottoposto all'attenzione di altre riviste.

La responsabilità dei contenuti è esclusivamente degli Autori.

Articoli

Gli articoli presentati devono essere strutturati come segue:

Titolo : essenziale ed il più breve possibile, evitando se possibile i titoli secondari

Autori: con relativo luogo di lavoro

Abstract: breve riassunto di massimo 10 righe

Parole chiave: indicare tre parole chiave per ogni articolo

Bibliografia di riferimento

Tabelle, grafici e figure

La parte grafica deve integrare e chiarire il testo e deve essere limitata all'essenziale. Tabelle, grafici e fotografie devono essere richiamate nel testo, numerate progressivamente ed accompagnate da breve didascalia.

Referenze bibliografiche

Le referenze bibliografiche devono essere redatte secondo le norme riportate dall'Harvard Style (<http://www.icmje.org>). Nella bibliografia devono essere elencati, in ordine alfabetico, tutti i riferimenti bibliografici ed altra letteratura consultata sull'argomento.

Invio degli articoli

I contributi proposti devono essere presentati all'attenzione del Comitato di Redazione del Collegio IPASVI. L'invio può essere effettuato in formato digitale all'indirizzo e-mail: **info@ipasviancona.com** o **PEC ancona@ipasvi.legalmail.it** oppure inviando CD, con relativa copia cartacea, alla sede del Collegio, in via Ruggeri, 3/n- 60131 Ancona -

Accettazione e pubblicazione

Gli Autori devono dichiarare che l'articolo presentato è originale, inedito, oppure che è già stato sottoposto all'attenzione di altre riviste. Gli Autori sono responsabili del contenuto del contributo. Il Comitato di redazione si riserva di valutare e/o far valutare gli articoli ricevuti ed eventualmente di richiedere modifiche agli Autori. Il Comitato di redazione non è responsabile dell'utilizzo improprio delle informazioni contenute, nonché delle opinioni e giudizi espressi dagli Autori.