

## Continuità ed innovazione

**Federica Renica**

Presidente Collegio IPASVI di Brescia

Con questo numero Tempo di Nursing cambia sia nella propria veste editoriale sia nell'organizzazione dei contenuti e degli argomenti che esso ospita. Il cambiamento grafico e l'approfondimento disciplinare della rivista si accompagna ad un più vasto ed articolato sviluppo degli strumenti comunicativi e formativi che il Collegio dispone. I primi mesi del 2004 hanno visto la nascita del nuovo sito web ed una offerta formativa di corsi e convegni che sta per arricchirsi ulteriormente con nuovi eventi ed appuntamenti. La rivista, il sito web, l'offerta formativa, le news hanno un comune denominatore: la promozione e lo sviluppo di abilità cognitive e strategie per ricercare ed approfondire, mediante i moderni strumenti della comunicazione e dell'informazione, norme, argomenti, esperienze, evidenze finalizzate ad una seria riflessione della prassi professionale e del proprio portfolio di competenze e conoscenze.

La scelta di una serie di percorsi comunicativi hanno, allo stesso tempo, un'unica rotta: lo sviluppo della capacità di risoluzione dei problemi del paziente attraverso una serie di proposte, che possano aiutare ulteriormente a strutturare comportamenti (e, laddove necessario, a destrutturare) deontologicamente e scientificamente corretti nei confronti dei cittadini che, oggi come nel passato, richiedono un'assistenza competente ed efficace.

Questa edizione di tempo di Nursing è, dunque, un appuntamento significativo, poiché riassume, complessivamente, la politica di continuità ed innovazione del Collegio. Continuità rispetto all'attenzione ai contenuti professionali e disciplinari che gli infermieri richiedono e alla tempestività dell'informazione attraverso le news, innovazione per l'introduzione dei nuovi strumenti

## EDITORIALE



che la tecnologia dell'informazione mette a disposizione. Utilizzando la medesima chiave di lettura, la rivista si propone i seguenti elementi di rilievo: assurgere ad osservatorio professionale in relazione alle politiche della salute e del welfare, che coinvolgono per ragioni di esercizio e di coscienza i professionisti iscritti; promuovere la pubblicazione di articoli scientifici redatti da infermieri; diffondere un rigore scientifico ed editoriale, anche mediante il contributo di eventi formativi in relazione all'acquisizione di competenze in materia di scrittura scientifica e di ricerca bibliografica, nonché di esperienza sul campo; infine, sviluppare ed esplicitare aspetti normativi e giuridici, che complessivamente contribuiscono a disciplinare la pratica professionale, anche mediante la pubblicazione di casi e/o sentenze.

L'organizzazione editoriale, di questa edizione rinnovata di Tempo di Nursing (la prima del 2004), mette in evidenza la struttura per aree concettuali e disciplinari, secondo un'articolazione per rubriche.

L' "**Editoriale**" nasce come una forma di comunicazione finalizzata ad esporre le opinioni del Direttore della rivista e/o di un membro del comitato editoriale e/o di un esperto qualificato su una tematica di attualità, ovvero su uno o più lavori pubblicati all'interno della rivista.

L' "**Osservatorio**" si propone, per l'appunto, di fungere da osservatorio professionale rispetto a fatti, eventi, tematiche di particolare rilevanza, siano essi per la sanità locale e/o regionale, che per l'esercizio della professione.

"**Nursing & Ricerca**" offre spazio per la pubblicazione di articoli di infermieristica generale e specialistica, nonché di ricerca infermieristica applicata. In questo senso, si evidenzia la necessità che l'articolo rispetti l'impostazione prevista dalla "Uniform Requiements for Manuscripts Submitted to Biomedical" ovvero: titolo – riassunto – introduzione - materiali e metodi – risultati – discussione – bibliografia.

La definizione "**Focus**" indica, di per sé, la messa a fuoco rispetto ad una particolare tematica, con l'obiettivo di essere quanto più rigorosi nella pertinenza scientifica ed esaustivi nell'esposizione dell'argomento. L'oggetto del "Focus" è trasversale alla disciplina infermieristica e mira ad approfondire aspetti organizzativi, piuttosto che clinici, educativi e/o formativi.

Gli "**Aspetti giuridici della professione**" si configura come uno spazio dedicato alla normativa, alle leggi, alle senten-

ze, ai commenti di autori competenti, alla condivisione delle esperienze dei Collegi Ipasvi rispetto ad un argomento specifico, che disciplini la formazione e l'esercizio professionale.

Con la rubrica **"Comunicazioni Collegio"** il Consiglio Direttivo rende visibile quanto è istituzionalmente di pertinenza del Collegio.

Infine, con lo **"Scaffale"** Tempo di Nursing riserva uno spazio non solo per recensioni bibliografiche, infermieristiche e cliniche, ma anche educative e di ambito sociale. Può ospitare anche recensioni e spazi dedicati alla letteratura contemporanea.

L'aspetto e il formato grafico della rivista non sono casuali. Accanto alla ricerca di una sobrietà e gradevolezza grafica si è ricercato un formato che permettesse una maggiore fruibilità di Tempo di Nursing. Obiettivo che è parso raggiungibile, comunque, accompagnandolo ad un significativo approfondimento editoriale, come emerge dalla sintesi concettuale delle rubriche.

Tempo di Nursing sarà contemporaneamente pubblicato on-line, in formato elettronico (Acrobat Reader), all'indirizzo [www.ipasvibs.it](http://www.ipasvibs.it). Inoltre, la sua pubblicazione sarà accompagnata da un nuovo strumento comunicativo elettronico, la newsletter, che raggiungerà le e-mail degli iscritti del Collegio Ipasvi di Brescia e di coloro che, registrandosi sul sito, ne faranno richiesta. Non sono e non saranno le ultime innovazioni, ne seguiranno altre, dall'ulteriore sviluppo della offerta formativa di corsi ECM del Collegio, mediante procedura d'iscrizione on-line (già disponibile), alla possibilità di realizzare esperienze di FAD (formazione a distanza).

La realizzazione di nuovi servizi ed eventi si accompagna alla volontà di promuovere fruibilità e facilità d'accesso a quanto il Collegio sta offrendo. Permane la sensibilità, l'ascolto e la ricerca di soluzioni, laddove il livello di innovazione proposto possa, in qualche modo, scontrarsi con una più tradizionale consuetudine di qualche collega. Tutto quanto si sta "continuando ed innovando" è finalizzato ad una più vasta ed articolata offerta di servizi, di competenze e di informazione che il Collegio garantisce ai propri iscritti. Ci auguriamo, quindi, che il lavoro fin qui svolto e ciò che si realizzerà in seguito, trovi il gradimento dei lettori ed il contributo dei colleghi.

Per il resto, buona lettura e ... fateci sapere!!

"Chi fissa immagini piccole e vicine avrà difficoltà a vedere e distinguere quelle grandi e lontane. Se vuoi vedere le valli, sali fin sulla vetta della montagna; se desideri vedere la vetta, sollevati fino alla nube; ma se aspiri a capire la nube, chiudi gli occhi e pensa."  
(K.Gibran, Spiritual Saying, Citadel Press 1962, p.35)

1. ASSICURAZIONE
2. TERRITORIO
3. IPASVI
4. LAUREA
5. DIRIGENZA



2004, nasce il Sistema di protezione professionale Ipasvi, una data storica per assicurare la responsabilità del tuo lavoro quotidiano.

Noi infermieri  
garantiamo  
la nostra  
professionalità.  
Anzi,  
l'assicuriamo.



IPASVI

**COSÌ  
ATTACCATI  
ALLA VITA.**

[www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it) - [www.ipasvibs.it](http://www.ipasvibs.it)

Federazione Nazionale Collegi Infermieri | Collegio Ipasvi di Brescia

infermiere, perché ...

## Marta Nucchi

Professore associato di scienze infermieristiche Università di Milano

Il panorama dell'assistenza infermieristica è caratterizzato da connotazioni critiche che, probabilmente, sono dovute alla carenza di infermieri.

Bisognerebbe capire se l'attuale carenza di infermieri è da ricomprendersi nell'oscillarità di presenze lavorative che caratterizzano questa professione, oppure se questa crisi (nota a molti come emergenza infermieristica) è legata a motivazioni che possono essere capite se si pensa all'elevato turn-over e/o alla diffusa difficoltà dei giovani ad avvicinarsi alla professione infermieristica.

Il problema è intuibile se si pensa alla centralità dell'infermiere nel processo di assistenza e di cura che caratterizza le molteplici espressioni della sanità erogata a rete sia nelle situazioni di ricovero (ospedali, residenze sanitarie per anziani...) sia nelle situazioni territoriali (assistenza domiciliare, ambulatori...).

L'Italia e la Grecia sono gli unici paesi europei in cui i medici superano per numero gli infermieri<sup>1</sup>; da ciò non consegue un'elevata assistenza sanitaria, infatti le due figure professionali non sono tra loro interscambiabili: ogni professionista, pur avendo come scopo della propria attività il benessere della popolazione, ha un suo profilo giuridico ed operativo, ha un percorso formativo specifico, ha un proprio codice deontologico.

Se si stimasse il fabbisogno di infermieri dell'Italia, utilizzando come parametro lo standard internazionale di 6,9 infermieri per mille abitanti<sup>2</sup>, ne dovremmo avere in attività n.399.000. Questo significa che essendo gli infermieri 324.000<sup>3</sup>, secondo gli standard internazionali, la carenza di infermieri italiani si aggirerebbe intorno a 75.000.

## OSSERVATORIO

Lo **scopo** dell'assistenza infermieristica è il prendersi cura della persona, contestualizzando un comportamento; in altre parole, l'assistenza infermieristica scaturisce dalla conoscenza scientifica e si esprime con una relazione d'aiuto per risolvere i problemi specifici dell'individuo.

E si può aggiungere che l'infermiere nel prendersi cura della persona, supera il rigore della norma e diventa il garante dell'**equità assistenziale**.



### Note

<sup>1</sup> Questa affermazione è lecita alla luce della ricerca Ocse pubblicata nell'agosto 2000 (dati SOLE 24 ore sanità)

1998: per mille abitanti risulta che in Italia i medici sono 5,9 e gli infermieri sono 5,3, In Grecia i medici sono 4,1 e gli infermieri 3,6.

Non è così in altri paesi, ad esempio, in Austria, nello stesso anno i medici sono 3 e gli infermieri sono 8,9; in Irlanda i medici sono 2,2 e gli infermieri sono 15,9; in Francia i medici sono 3 e gli infermieri 5,9.

Potrebbe essere che i giovani italiani non scelgano la professione infermieristica perché poco la conoscono?

L'essenza della professione infermieristica potrebbe essere racchiusa in poche parole: capacità di prendersi cura dell'altro, quando questi è in situazione di bisogno sanitario.

Il "prendersi cura" viene da molto lontano.

Anche il termine "cura" ha un'origine antica, ne troviamo già una traccia dal secondo secolo dopo Cristo, nel Liber Fabularum di Igino, con il mito di cura<sup>4</sup>.

Questo mito mette in luce tre aspetti che, a parere di chi scrive, sono importanti oggi come allora.

Il primo aspetto scaturisce dal fatto che l'uomo è tratto dalla terra e ne esprime la fragilità, però la caducità materiale dell'uomo si eleva con la sopravvivenza dell'anima dopo la sua morte; il terzo aspetto riguarda il bisogno di cura che l'uomo ha per tutta la durata della vita.

La poliedricità dell'uomo, ancor oggi, si sviluppa in modo parallelo con il triplice significato di cura.

Apparentemente il discorso del curare è ovvio perché ha una dimensione essenziale nella vita di ogni uomo, però questo discorso non è affatto facile proprio perché è in grado di "evocare" ma non tutto è dimostrabile in modo oggettivo.

Per capire chi è l'infermiere che si esprime nel "prendersi cura" si deve tentare di approfondire la molteplicità delle valenze legate al termine cura.

- Con Cicerone si può riflettere in merito al significato più tradizionale; se la cura è il metodo per debellare la malattia, di conseguenza, attraverso la cura si risana la persona.

- E' relativamente comune anche l'utilizzo della parola cura come sinonimo di riflessione, attenzione e diligenza. (fare le cose con cura...) In altre parole si sottolinea che l'occuparsi di qualcuno deve essere un atto volontario e non occasionale, inoltre il prendersi cura di qualcuno ha in sé la necessità di essere attenti e precisi fino allo scrupolo.

- Se si pensa a qualcuno a cui si vuole bene, emerge facilmente una terza valenza della parola cura che può avere come sinonimo la sollecitudine, la preoccupazione perché l'altro abbia le migliori cure e le abbia in un arco di tempo breve.

L'**obiettivo** del curare è raggiunto solo se muove il suo primo

<sup>2</sup> Ricerca Ocse 2000.

<sup>3</sup> Dato della federazione nazionale dei colleghi IPASVI, giugno 2002

<sup>4</sup> "Mentre Cura stava attraversando un certo fiume, vide del fango argilloso. Lo raccolse pensosa e cominciò a dar forma ad un uomo. Mentre stava riflettendo su ciò che aveva fatto, si avvicinò a Giove. Cura gli chiese di dare lo spirito di vita all'uomo e Giove acconsentì.

Quando Cura volle dargli il suo nome, Giove lo vietò e disse che gli si doveva dare il suo nome. Mentre Cura e Giove stavano disputando sul nome, si alzò Terra e disse che gli si doveva dare il suo nome, poiché ella aveva offerto il suo stesso corpo.

Essi presero Saturno per giudice; egli sembrava aver deciso per loro: Giove, poiché gli hai dato lo spirito (prendi la sua anima dopo la morte; poiché Terra offrì il suo corpo) che ella riceva il suo corpo; poiché Cura lo fece per prima, che lo posseda finché egli vive, ma poiché c'è controversia sul suo nome, che sia chiamato HOMO, poiché sembra sia stato tratto dall'humus."

passo con la conoscenza basata sull'evidenza scientifica e continua il cammino esprimendo le competenze attraverso ragionamenti, progetti ed attività professionali.

Il curare ha come **metodologia operativa** uno spirito di attenzione, di diligente sollecitudine, di disponibilità verso la persona malata o, meglio ed in senso più esteso, verso ogni individuo, sia esso sano o malato, che è in situazione di bisogno sanitario.

Il curare si può e si deve declinare con la vicinanza, cioè lo stare accanto alla persona; assistere non è uno stare accanto occasionale, bensì è l'affiancarsi all'altro con interesse, con sollecitudine ed anche con preoccupazione per l'esistenza dell'altro, riconosciuto bisognoso per la sua individualità e fragilità.

L'**assistenza** alla persona, per la sua implicita **relazionalità**, spiega la coesistenza degli individui.

Se la persona sceglie di vivere in relazione con gli altri è toccata dagli altri e dai loro problemi. Al contrario, se la persona fa predominare la propria individualità e sceglie di vivere in solitudine, si impoverisce di relazioni.

Non può essere trascurato che si può essere isolati pur vivendo, gomito a gomito, con gli altri; in questo caso, però, diventa una questione abitativa oppure una collaborazione per l'uso di cose (e si spera non uso di persone). L'isolamento voluto è segnale di disinteresse e non si può connettere con la rete di umanità che viene tessuta, giorno dopo giorno, attraverso l'insieme di relazioni che alimentano la solidarietà e riducono gli ostacoli del vivere.

L'assistenza alla persona ha la valenza dello stare accanto come **scelta ragionata e consapevole**; naturalmente, la libertà di scelta implica diversi gradi nella dimensione relazionale per dare consistenza al valore morale insito nella relazione assistenziale.

Ogni persona esercita la sua libertà se agisce con deliberazione e non si lascia trascinare dall'occasionalità. In altre parole, la persona rende operante un'attività cognitiva e conoscitiva che diventa il punto di partenza per compiere le scelte e per assumere congrui comportamenti.

I comportamenti finalizzati all'assistere hanno il limite della conoscenza: ogni persona vede ciò che può, ma se riflette sui



limiti della sua visione soggettiva può capire che ciò che conosce è affidato al dato oggettivo unito ad una serie di deduzioni rese possibili dall'esperienza personale e/o indiretta.

Questa sottolineatura si rende necessaria se si vuole comprendere l'assistenza intesa come il prendersi cura dell'altro. L'altro non è un alieno, semplicemente è un "diverso da me" e, conseguentemente, conserva la sua individualità, sempre.

La conoscenza di un qualsiasi fenomeno supera la visione confinata o ridotta del singolo quando c'è relazione tra le persone che si scambiano il proprio punto di vista in un clima dialogico, cioè con fiducia e con pari dignità.

## **L'ethos nell'assistenza**

La cura indica sia la volontà di far bene ogni cosa, sia la relazione tra la persona che chiede di essere curata e l'altra che si sforza di dare risposte efficaci.

La cura infermieristica si caratterizza come risposta al bisogno che deve essere soddisfatto in quanto sintomo di sofferenza, avvertito come mancanza di qualche cosa che rende vulnerabile la persona.

L'assistenza infermieristica è un prendersi cura della persona, cioè è volontà e fatica affinché la situazione di bisogno venga ridotta e, se possibile, annullata.

Se un'esigenza viene soddisfatta al meglio, attraverso il corretto utilizzo di tutte le risorse disponibili, allora il bisogno viene soddisfatto come farebbe lo stesso interessato se disponesse dell'energia e delle cognizioni necessarie a riconquistare la propria indipendenza.

La figura centrale è sempre e comunque il malato, o meglio l'individuo: tutti gli operatori, ognuno per la sua specifica competenza, sono impegnati ad assisterlo.

Da ciò consegue che se il malato non comprende il programma di cura, non può né accettarlo, né collaborare e, quindi, l'assistenza erogata viene vanificata in gran parte.

Soddisfare un bisogno, sia questo esplicitato oppure inespresso, significa comprenderlo.

Siccome la parola comprendere ha il triplice significato di abbracciare, contenere e capire con intelligenza, allora comprendere un bisogno esige la conoscenza della persona che esprime il bisogno stesso.

L'assistenza, cioè il prendersi cura, incomincia quando la relazione si instaura e prosegue con la comprensione del bisogno a

cui fa seguito una concreta risposta.

La relazione si colloca al centro dello spazio in cui, abitualmente, ci si muove per erogare l'assistenza.

La relazione connota l'assistenza infermieristica poiché è proprio attraverso la relazione interpersonale che si trovano soluzioni percorribili in situazioni reali, ove la posta in gioco è la libertà della persona che interpella l'infermiere e lo spinge ad assumere decisioni.

Naturalmente le decisioni infermieristiche non possono essere unilaterali ma devono:

- coinvolgere la persona che esprime un bisogno sanitario,
- essere le più congrue possibili, cioè utilizzare al meglio tutte le risorse disponibili per raggiungere i migliori risultati,
- rispettare l'individualità e la singolarità della persona.

La relazione assistenziale si snoda tra persone reali e, pertanto, non può essere un concetto astratto.

Il rapporto che esiste tra la persona ed il suo bisogno, sempre particolare perché individuale e soggettivo, enfatizza la competenza e la disponibilità di chi eroga l'assistenza per portare tutto il benessere possibile alla persona.

I **modi del prendersi cura**, sono la relazione di cura ed arricchiscono di valore morale i gesti dell'assistere.

Dal momento in cui si instaura il rapporto personale, il comportamento assistenziale dà vita a numerosissime procedure arricchite di creatività e quest'ultima supera ogni esecutività e tutti i modi dell'operare senza criticità.

Lo **scopo** dell'assistenza infermieristica è il prendersi cura della persona, contestualizzando un comportamento; in altre parole, l'assistenza infermieristica scaturisce dalla conoscenza scientifica e si esprime con una relazione d'aiuto per risolvere i problemi specifici dell'individuo.

Quindi non è sufficiente sapere cosa si deve fare in una situazione, bensì è necessario comprendere ciò che l'individuo chiede sia fatto concretamente per la sua particolare situazione.

L'assistenza di qualità non consiste nel fare di più.

Fare bene ciò che deve essere fatto, aderire alla prescrizione



dell'agire morale per prendersi cura della persona, ecco l'assistenza infermieristica.

L'infermiere non deve fare "più del proprio dovere" interferendo nello spazio vitale dell'assistito e neppure deve assumersi responsabilità che esulano dalle proprie competenze professionali. A questo proposito è utile ricordare che il codice deontologico dell'infermiere si esprime in modo inequivocabile:

- art. 3.1 "...L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci. ..."
- art. 3.2 "L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. ..."
- art. 3.3 "L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire in sicurezza. ..."

La legge n.42 del 26 febbraio 1999, definisce che il campo proprio di attività e di responsabilità dell'infermiere è determinato da:

- il profilo professionale,
- gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario e di formazione post-base,
- lo specifico codice deontologico.

Alla luce di questa legge, sembra lecito affermare che il campo proprio dell'infermieristica non è illimitato, i suoi confini sono previsti dalla legge che giudica l'infermiere responsabile dell'assistenza infermieristica.

E si può aggiungere che l'infermiere nel prendersi cura della persona, supera il rigore della norma e diventa il garante dell'**equità assistenziale**.

Quando l'infermiere si mette in relazione con la persona, intesa nella sua unicità ed irripetibilità, non persegue un ideale astratto di giustizia, ma considera le persone che sono portatrici di bisogni assistenziali e si adopera affinché la loro opinione sia tenuta in considerazione e non solo per le scelte diagnostiche e terapeutiche, ma per tutto il piano di cura che le riguarda.

Prendersi cura dell'altro è affermare la propria **adulità** e la propria **maturità professionale**.

La capacità di generare è il segnale di raggiunta maturità biologica, ma la conoscenza e la competenza professionale rendono servizio all'umanità sofferente e generano una migliore qualità di vita.

**Concludendo:** essere responsabile dell'assistenza generale richiede un'abilità particolare: intuire il groviglio di sentimenti delle persone che usufruiscono delle proprie prestazioni professionali e, conseguentemente, prendersi cura di loro in maniera così personalizzata da non correre il rischio di essere né banale, né ripetitivo.

Scegliere di essere infermiere è realizzazione umana perché è una professione che mantiene giovane lo spirito, se l'entusiasmo per ben operare viene alimentato dalla professionalità e dal continuo confronto con i colleghi.

Aprire l'animo a comprendere il significato della realtà attraverso la proposta di una tradizione solidaristica è un'esperienza autenticamente bella; non c'è cambiamento e sviluppo che eviti la trasmissione di esperienze da uomo a uomo e da professionista a professionista.

Tutti gli schemi "saltano" se non si considera questa evidenza e, di contro, tutti gli schemi operativi sono possibili se gli infermieri si educano al lavoro percependo il nesso tra la fatica di tutti i giorni ed il desiderio che si ha nel cuore, perché il visibile nasce dall'invisibile e l'opera nasce da qualche cosa che, forse, può sembrare sentimentale oppure astratta e che invece non lo è.

Il lavoro è espressione del nostro essere che si chiama "cuore" ed è sete di verità e ricerca di felicità, ma è anche coraggio, tenacia e fatica. Non esiste opera che si possa sottrarre a questo riferimento: la ricerca di una soddisfazione piena, di un compimento umano parte dalla curiosità e si addentra nell'enigma della ricerca; la sete di felicità parte dall'istintività e si dilata a concretezza.

Il lavoro dell'infermiere, come tutti gli altri lavori, deve servire ad essere funzione della verità e della felicità a cui ogni uomo deve e può aspirare.

## **Bibliografia**

### **Nucchi M.**

Infermiere responsabile del curare e del prendersi cura.

La parola a noi.

2001; n.3 – 4: 5-7

### **Nucchi M.**

Esprimere la speranza. Anime e corpi.

2002; n.214: 179-188

### **Sala R.**

Bioetica e nursing. Medicina e morale.

2000; n.3: 525-549

1. ASSICURAZIONE
2. TERRITORIO
3. IPASVI
4. LAUREA
5. DIRIGENZA



Accordo Ipasvi e medici di famiglia della Fimmg,  
un patto programmatico per costruire  
il futuro dell'assistenza territoriale e seguire  
i cittadini passo dopo passo.

Infermieri sul  
territorio:  
percorsi  
assistenziali a  
misura d'uomo.



IPASVI

**COSÌ  
ATTACCATI  
ALLAVITA.**

[www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

Federazione Nazionale Collegi Infermieri | Collegio Ipasvi di Brescia

L'infermiere sarà protagonista nell'assistenza al paziente con infarto acuto del miocardio

**Monica Zanni\***

Unità di Cura Coronarica A.O. Spedali Civili di Brescia

Oggi, in Italia, l'infarto acuto del miocardio rappresenta una tra le emergenze più importanti che il sistema sanitario si trovi ad affrontare. Pur disponendo di terapie molto efficaci nel riaprire il vaso coronarico occluso dal trombo (terapia di riperfusione), il risultato complessivo è del tutto insoddisfacente. Da un'analisi derivata dai dati ISTAT e da una recente indagine epidemiologica a cura della Associazione Nazionale dei Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) svolta nell'autunno del 2001 (studio BLITZ), si scopre che solo una percentuale inferiore al 30% dei pazienti con infarto acuto riceve una terapia riperfusiva efficace. Tra le ragioni della bassa percentuale dei pazienti trattati spicca il ritardo al ricovero in UTIC ed il mancato sinergismo tra le metodiche riperfusive disponibili (trombolisi farmacologica ed angioplastica coronarica) (**figura 1**)

Purtroppo, non tutti gli ospedali che accolgono i pazienti con infarto acuto hanno una dotazione tecnologica che permette di utilizzare entrambe le metodiche riperfusive: sul territorio nazionale, solo il 20% degli ospedali con divisione di Cardiologia ha laboratori di emodinamica interventistica disponibili 24 h su 24 h.

Nella nostra Provincia, che risulta meglio attrezzata tecnologicamente rispetto al resto della Nazione, il problema della organizzazione dell'assistenza per il paziente con infarto acuto è stato affrontato da tempo ed il rapporto di collaborazione tra gli ospedali è divenuto molto stretto. Ciononostante mancano ancora protocolli operativi **assistenziali** condivisi, da associare a quelli **terapeutici** già in uso.

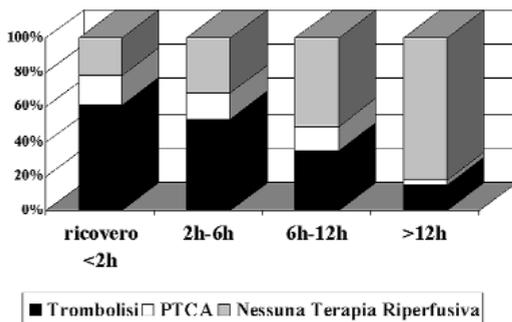
\* a nome del Gruppo di Studio per la stesura di un protocollo infermieristico per l'accettazione del paziente con infarto acuto nell'ambito della rete di soccorso interospedaliero.

(Coordinatori: dr Claudio Cuccia e IP Monica Zanni)

## NURSING E RICERCA

Il problema della mancanza di un sistema di coordinamento e di standardizzazione delle procedure assistenziali infermieristiche in caso di infarto miocardico acuto, in una rete collaborativa intra ed inter ospedaliera, risulta reale e percepito dagli operatori. **Si sente** la necessità di attivare comportamenti infermieristici assistenziali omogenei, soprattutto perché oggi le linee guida terapeutiche mediche sono molto diffuse e seguite. L'indagine dimostra come la gestione dell'emergenza sul territorio debba essere vista in un'ottica ampia, che coinvolga più operatori e più strutture ospedaliere collegati tra loro.





**Fig. 1:** percentuali di utilizzo delle metodiche di riperfusione nei pazienti con infarto acuto arruolati nel registro BLITZ, la figura evidenzia come il ritardo nel ricovero in UTIC comporti una riduzione marcata dell'uso della trombolisi o dell'angioplastica coronarica, che pur si conoscono efficaci fino ad almeno 12 ore dall'esordio dei sintomi.

E' stata pertanto condotta un'indagine tra 14 strutture ospedaliere della provincia allo scopo di fotografare il comportamento assistenziale offerto al paziente con infarto acuto, con riferimento principale alla fase dell'accettazione. Si sono analizzate quasi esclusivamente le attività infermieristiche, seppur inserite nel contesto generale di accoglienza e primo trattamento medico del paziente.

I dati, raccolti mediante l'invio di questionari dettagliati e finalizzati alla stesura di un protocollo comune ideale, hanno dimostrato innanzitutto una profonda sensibilità al problema, vista la risposta ampia e tempestiva data dalle diverse strutture ospedaliere (tutti i 14 ospedali coinvolti hanno restituito i questionari entro tre settimane dal loro invio).

L'indagine ha dimostrato uno scollamento sia culturale che operativo tra il medico e l'infermiere: infatti, solo eccezionalmente si sono organizzati corsi specifici di formazione infermieristica all'accettazione del paziente con infarto acuto e rari sono i protocolli condivisi relativi alle prime fasi di ricovero. Abbiamo riscontrato inoltre la mancanza sia di strumenti atti ad uniformare gli atteggiamenti operativi (*check-list*) sia di supporti informatici che facilitino i percorsi inter ed intra ospedalieri del paziente.

Non abbiamo osservato una sostanziale differenza nel modo di comportarsi tra le strutture ospedaliere intervistate: era ipotizzabile una migliore sensibilità organizzativa negli ospedali più attrezzati (Centri terziari con Emodinamica Interventistica), non fosse altro che per la maggior esperienza maturata dagli operatori in queste strutture.

Le fasi dell'accettazione del paziente in reparto sono apparse molto diverse tra i vari ospedali: il modo di monitoraggio elettrocardiografico, il tipo di esami ematochimici effettuati, il

rilievo dei parametri utili all'inquadramento clinico, gli atti infermieristici di preparazione del paziente, la registrazione elettrocardiografica, la trascrizione dei dati raccolti, sono risultati talmente disomogenei tra loro da ostacolare la comprensione della dinamica del percorso clinico del paziente, soprattutto di fronte alla necessità di trasferire il paziente da un ospedale all'altro. Tra le principali carenze nell'ambito di una collaborazione tra ospedali, abbiamo notato un'assoluta mancanza della registrazione dei tempi dei percorsi ospedalieri e troppe sovrapposizioni di intervento (ripetizioni inutili di esami ematochimici e di interventi sul paziente, raccolta ripetuta dei dati anagrafici e delle informazioni anamnestiche, accessi venosi cambiati secondo le abitudini, posizionamento non necessario del catetere vescicale, modificazione della monitoraggio elettrocardiografica già predisposta altrove, e così via). Tutto ciò è stato ragione di ritardo nei percorsi ospedalieri e, naturalmente, di spreco di risorse.

Le **tabelle** riportano alcuni tra i dati principali rilevati.

<b>RIPETIZIONI DI MANOVRE ASSISTENZIALI DAL PRONTO SOCCORSO AL REPARTO DI DEGENZA DELLO STESSO OSPEDALE</b>	
<b>raccolta dati anagrafici:</b>	71%
<b>esami ematochimici:</b>	
ck-mb	35%
cTnt-I	28%
elettroliti	} 22%
emocromo	
fibrinogeno aPTT PT	
glicemia azotemia	} 8%
creatininemia	
D-dimero	

**Tabella 1**

<b>MODULISTICA UTILE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE CON INFARTO ACUTO</b>	
presenza di check-list per accettazione in Pronto Soccorso	23%
presenza di check-list per accettazione in Reparto	28%
documentazione infermieristica che segue il paziente:	
da Pronto Soccorso a Reparto	15%
da Ospedale a Ospedale	27%
registrazione dei tempi di ricovero	0%
registrazione dei tempi di percorso interospedaliero	0%

**Tabella 2**

**MODALITA' OTTIMALI DI ASSISTENZA AL PAZIENTE CON INFARTO ACUTO**

monitorizzazione continua ECG	100%
osservazione assidua del monitor	76%
periodico rilevamento dei parametri vitali	85%
rilevamento della frequenza respiratoria	35%
indagine sulle caratteristiche del dolore toracico	28%
osservazione delle caratteristiche del respiro	63%
monitorizzazione saturazione periferica O <sub>2</sub>	45%
reperimento di doppio accesso venoso	42%
informazione-rassicurazione del paziente	50%
somministrazione di ossigenoterapia	63%
rimozione di protesi-gioielli-trucco	45%

**Tabella 3****VALUTAZIONE DI PARAMETRI UTILI ALL'INQUADRAMENTO CLINICO DURANTE E DOPO LA TERAPIA TROMBOLITICA**

attivazione allarmi monitor	94%
osservazione del paziente per complicanze	92%
periodico rilevamento dei parametri vitali	85%
intervista sulle variazioni della sintomatologia	28%
esecuzione di ECG all'ingresso del paziente	100%
esecuzione di ECG durante trombolisi	23%
esecuzione di ECG al termine trombolisi	38%
valutazione riperfusione con marcatori di danno miocardico	50%
presenza di check-list per eventi	7%
utilizzo TREND ST quando disponibile	50%

**Tabella 4****PREPARAZIONE DEL PAZIENTE PER IL TRASFERIMENTO DA UN OSPEDALE ALL'ALTRO PER L'ESECUZIONE DI ANGIOPLASTICA CORONARICA**

<b>il paziente viene:</b>	informato verbalmente	81%
	informato con firma su consenso	9%
	non informato	10%
	spogliato	45%
	monitorizzato	100%
	depilato	36%
	accompagnato dal medico	100%
	accompagnato anche dall'infermiere	89%
	allegata documentazione medica	100%
	allegata documentazione infermieristica	27%
	consegna infermieristica solo verbale	50%
	nessuna consegna infermieristica	23%

**Tabella 5****INTERVENTI SEMPRE ESEGUITI ANCHE SE NON INDISPENSABILI**

posizionamento di catetere vescicale	25%
esecuzione di prelievo arterioso per emogasanalisi	10%

**Tabella 6**

**INTERVENTI NON SEMPRE ESEGUITI ANCHE SE INDISPENSABILI****durante i percorsi intraospedalieri (da PS a Reparto):**

monitoraggio ECG del paziente	46%
accompagnamento infermieristico	76%
accompagnamento medico	40%

**durante la terapia trombolitica:**

regolare controllo buon funzionamento accesso venoso	58%
osservazione del paziente per individuare fonti sanguinamento	88%
infusione del trombolitico con pompa di infusione	53%
applicazione di bendaggi compressivi su precedenti punture	50%
esecuzione di ECG con derivazioni destre in caso di infarto parete inferiore	23%
predisposizione degli allarmi acustici del monitor	95%

**Tabella 7****STANDARDIZZAZIONE DELLE INFORMAZIONI DATE AL PAZIENTE RIGUARDO A:**

situazione clinica	51%
programma terapeutico	66%
abitudini di reparto	40%
privacy	66%
possibili effetti collaterali della terapia trombolitica	47%
possibili complicanze della PTCA	63%

**Tabella 8****STANDARDIZZAZIONE DELLE INFORMAZIONI CHIESTE AL PAZIENTE RIGUARDO A:**

variazioni del dolore anginoso	70%
comparsa di nuovi sintomi	77%
patologie associate	66%
terapia domiciliare - farmaci già assunti	55%
precedenti ricoveri per cause cardiologiche	60%
recente esecuzione di indagini cardiologiche	25%
controindicazioni alla somministrazione di trombolisi	8%
controindicazioni all'esecuzione di PTCA	0%

**Tabella 9**

Quali sono gli spunti di riflessione che l'indagine ci fornisce?

Il problema della mancanza di un sistema di coordinamento e di standardizzazione delle procedure assistenziali infermieristiche in caso di infarto miocardico acuto, in una rete collaborativa intra ed inter ospedaliera, risulta reale e percepito dagli operatori. Si sente la necessità di attivare comportamenti infermieristici assistenziali omogenei, soprattutto perché oggi le linee guida terapeutiche mediche sono molto diffuse e seguite. L'indagine dimostra come la gestione dell'emergenza sul territorio debba essere vista in un'ottica ampia, che coinvolga più operatori e più strutture ospedaliere collegati tra loro.

Ci auguriamo, infine, che il lavoro svolto possa essere il punto di partenza per l'elaborazione di un protocollo operativo infermieristico, che sia omogeneo per le diverse realtà della nostra Provincia e sia condiviso da tutti gli operatori coinvolti nell'emergenza.

**Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia:**

Unità di Cura Coronarica: Monica Zanni, Elena Balestra, Massimo Rinaldi

Pronto Soccorso: Lucia Laratta, Fausto Scalzi

**Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia  
Presidio di Montichiari:**

Medicina Generale: Chiara Chiarini, Luisa Galoppini, Annamaria Este

Pronto Soccorso: Giovanni Valotti, Genni Rossi, Giusy Ravelli

**Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia  
Presidio di Gardone Val Trompia:**

Cardiologia: Augusto Ghisetti, Graziella Siena, Daniela Tarzia

Pronto Soccorso: Stefania Florani

**Casa di Cura Poliambulanza:**

Unità di Cura Coronarica: Miriam Salvati, Marina Treachi

**Clinica San Rocco Ome:**

Unità di Cura Coronarica: Federica Fogazzi

Pronto Soccorso: Paola Pellegrini, Paolo Barcella

**Azienda Ospedaliera Desenzano sul Garda:**

Cardiologia: Angelo Galeandro, Alfonso Vinicio, Rizzo Cicilia

Pronto Soccorso: Mario Grandi

**Azienda Ospedaliera Desenzano sul Garda Presidio di  
Manerbio:**

Unità di Cura Coronarica: Giovanna Monteverdi, Nadia Godizzi, Alberto Cremonesi

Pronto Soccorso: Francesco Labadini

**Azienda Ospedaliera Desenzano sul Garda Presidio di  
Gavardo:**

Medicina Generale: Rosa Lupini, Emanuela Perzavalli

Pronto Soccorso: Susanna Zanaglio, Cristiano Lucchi, Rosalia Bettinazzi

**Azienda Ospedaliera Mellino Mellini Presidio di  
Chiari:**

Unità di Cura Coronarica: Federica Garda, Laura Forlani

Pronto Soccorso: Gino Dotti

**Bibliografia**

1-Di Chiara A., Chiarella F., Savonitto S.,(2003). Epidemiology of acute myocardial infarction in the Italian CCU network. The BLITZ STUDY. Eur Heart J 24:1616-1629

**Azienda Ospedaliera Mellino Mellini Presidio di Iseo:**

Medicina Generale: Ondina Guerini, Monica Zanetti,  
Rosa Maggioni

Pronto Soccorso: Marzia Perletti, Sara Pezzutti

**Ospedale di Valle Camonica:**

Unità di Cura Coronarica: Alessandra Sonetti, Simona Sigurini

Pronto Soccorso: Amelia Sterni

**Ospedale di Valle Camonica Presidio di Edolo:**

Medicina Generale: Fausta Omodei

Pronto Soccorso: Bruno Pogna

**Ospedale S. Orsola:**

Cardiologia: Anna Maria Madabeni, Stefano Baronio,  
Rachele Gatti

Pronto Soccorso: Francesca Bosio, Simona Botticini,  
Cristina Piloni

**Casa di Cura S. Anna:**

Cardiologia: Silvana Bergamaschi, Concetta Garofano

Pronto Soccorso: Anna Inveroldi, Donatello Meleleo,  
Salvatore Bersaglio

I dati completi dell'indagine saranno presentati al prossimo Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO, che si terrà a Firenze dal 22 al 26 maggio.

2-Cuccia C., Vigliani F., Affatato A., et al (2002). Infarto acuto del miocardio: collaborazione tra Ospedali periferici e Ospedale centrale con Emodinamica interventistica. *Ital Heart J* 3 suppl 2 (summary). Atti XXXIII Congresso Nazionale ANMCO-Firenze 18-22 maggio 2002. Registro BresciAMI.

3-Tavazzi L., Chiariello M., Scherillo M., et al. (2002). Infarto miocardico acuto con ST elevato persistente: verso un appropriato percorso diagnostico terapeutico nella comunità. *Ital Heart J* 3 suppl:1127-1164.

4-Baronio V. (1989). Il protocollo nella pianificazione sistematica dell'assistenza infermieristica. Milano. Masson Editore. Cap 1 pg 17-24; cap 3 pg 101-102

5-Motta P. (1998). Protocolli infermieristici: un inquadramento concettuale e metodologico. *Nursing oggi* 4; pg 30-35

## “L’Arpa di Davide”:

Un progetto di musicoterapia tra operatori e pazienti del Centro Residenziale Terapeutico di Rovato

**Cristina Danesi**, Caposala

**Stefano Anni**, Infermiere - CRT Rovato (BS)

Nel Settembre 2002, presso il Centro Residenziale Terapeutico (C.R.T.) del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) dell’Azienda Ospedaliera “Mellino Mellini” di Chiari, è iniziato un percorso di Musicoterapia per i pazienti e gli operatori di tutta l’Unità Operativa di Psichiatria.

Sostenuto dal Responsabile del Dipartimento, dr. Andrea Materzanini, e dalla Capo Sala, A.F.D. Cristina Danesi, il progetto è stato intrapreso per l’anno 2002/2003.

L’esperienza nasce dalla passione per la musica di un infermiere in servizio presso il CRT di Rovato, Stefano Anni, e dal suo triennale processo formativo presso la scuola di Musicoterapia “Musica Prima” del prof. Dario Benatti. Da tale incontro, si è pensato e costruito un ponte fra il CRT e la scuola stessa, concentrando gli sforzi per un percorso strutturato.

La prima parte del percorso ha visto l’adesione a questa proposta da parte degli operatori Medici, Psicologi, Infermieri Professionali, Educatori Professionali, OTA/OSS dei diversi Servizi del D.S.M. (Centro Psico-Sociale di Iseo, CPS di Rovato, Centro Diurno di Palazzolo S/O, Comunità Protetta “Diogene” di Adro, CRT di Rovato).

In una prima parte si è proceduto nella formazione specifica riguardo la materia ed il lavoro che si sarebbero affrontati in futuro mentre la seconda si è articolata in una vera e propria attività con tutti gli utenti.

I temi principali trattati nei lavori di Musicoterapia, comprendono due dimensioni ben distinte ma allo stesso tempo intimamente legate fra loro:

- La dimensione di tipo informativo: attraverso l’ascolto di brani incisi, oppure prodotti dal vivo, si è rivolta l’atten-

## NURSING E RICERCA

Gli incontri presentano il mondo dei suoni, della musica, della musicoterapia come un campo di esperienze molteplici: percettive, manipolative, di ascolto guidato ed esecutive.

L’ascolto musicale richiede un coinvolgimento delle aree cognitivo-comportamentali le quali, stimolate, rendono l’immaginario esplicito e comprensibile anche agli altri partecipanti, utilizzando più canali comunicativi (P.N.L.) come quello uditivo, visivo, verbale e cenesestesico.



zione verso il riconoscimento degli strumenti presenti all'interno di un brano musicale, al timbro, alla pulsazione, alla melodia e all'arpeggio; mentre attraverso la visione di filmati si è proceduto all'analisi degli aspetti recitativi dell' "aria" nelle varie opere;

- La dimensione di tipo emozionale-immaginativa: la musica può, a tutti gli effetti, essere considerata un linguaggio "sui generis" perché partendo dalla sfera mentale, attraverso la persona, raggiunge il mondo sensoriale ed emozionale stimolando i vissuti che dalla mente procedono attraverso il corpo, raggiungendo le parti più intime e nascoste, tendendo ad essere un'esperienza prelinguistica e presimbolica. La musica è una forma simbolica pura e significativa aperta ad un'infinità di sensi, evocatrice di stati mentali caratterizzati da una condizione affettiva isomorfica con le nostre esperienze interiori.

## **Metodologia**

Gli incontri presentano il mondo dei suoni, della musica, della musicoterapia come un campo di esperienze molteplici: percettive, manipolative, di ascolto guidato ed esecutive.

L'ascolto musicale richiede un coinvolgimento delle aree cognitivo-comportamentali le quali, stimolate, rendono l'immaginario esplicito e comprensibile anche agli altri partecipanti, utilizzando più canali comunicativi (P.N.L.) come quello uditivo, visivo, verbale e cenestesico.

L'esperienza musicoterapica si avvale di numerosi elementi:

- Il suono e le sue caratteristiche  
E' il campo in cui si sviluppa in particolare la percezione, l'analisi, la comprensione dei suoni distinguendone le qualità (altezza, intensità, timbro e durata), attribuendo loro significati attraverso giochi di concentrazione, ascolto, interpretazione creativa.
- Il ritmo  
Sono qui sviluppati la coscienza del sé, il coordinamento psico-motorio, le capacità di orientamento e strutturazione spazio-temporale, d'attenzione e della memoria.
- La melodia e la voce  
Si educa la percezione melodica, la familiarizzazione con la propria voce e quella del gruppo, sperimentandone l'aspetto emotivo-espressivo, favorendo un'esatta organizzazione e

strutturazione dell'apparato fonatorio, sviluppando la memoria uditiva.

- L'ascolto ed i vari elementi del brano musicale

Si opera sulla musica, agendo come se questa fosse un oggetto da scoprire e manipolare. Si educano i pazienti alla percezione dei vari elementi del brano (ritmo, melodia, fraseggio, timbro), sviluppando la capacità di assegnare a questi ultimi significati, interpretando la musica attraverso l'attività motoria, grafico-pittorica, il racconto e la drammatizzazione.

- Fare musica

In ogni strumento musicale, ma non solo, in qualsiasi cosa, sia essa un oggetto naturale sia essa costruita dall'uomo, è nascosta una gran varietà di suoni da scoprire, esplorare ed utilizzare per creare autentici e personalissimi strumenti e percorsi musicali.

Addirittura si sperimenta sia la possibilità di produrre suoni e fare musica con tutto, il proprio corpo, la voce, i materiali più svariati (legno, metallo, ecc...), sia di ascoltare la musica sul proprio corpo (contatto psicotattile, lavori di conferma del sé corporeo).

Il materiale e gli strumenti musicali utilizzati durante gli incontri di musicoterapia sono molteplici. Alcuni sono in dotazione al CRT come la tastiera, materiale Orff, tamburi (è stata sezionata una batteria per ottenere più pezzi utilizzabili da diverse persone anziché da una solamente), percussioni (bongos), chitarra acustica. Questi, sono utilizzati dai partecipanti secondo le disposizioni fornite dal musicoterapista. Il tutto alternato a lavori di ascolto di brani incisi su CD, nelle modalità e circostanze stabilite dal musicoterapista, il quale si occupa poi di approfondire con i partecipanti, attraverso la verbalizzazione, l'esperienza vissuta.

In tre occasioni sono intervenuti dei musicisti professionisti: violoncellista, saxofonista e percussionista. Con l'aiuto di due di questi, sono stati eseguiti lavori di "contatto psicotattile".

In alcuni incontri si sono visionati filmati riguardanti rappresentazioni di opere liriche. Conseguentemente a tali visioni si sono poi studiate sia le modalità di interpretazione degli interpreti sia le modalità orchestrali.

Per poter meglio svolgere l'attività, si è pensato di suddividere

il gruppo in due "sottogruppi", secondo un criterio diagnostico:

- il primo gruppo -gruppo A-, formato da 7/8 pazienti caratterizzati da una diagnosi di "psicosi", 3/4 operatori dell'UOP, 3 tirocinanti della scuola di musicoterapica e dal musicoterapista;
- il secondo gruppo -gruppo B-, formato invece da pazienti con diagnosi di "depressione", comprende indicativamente lo stesso numero sia di utenti, sia di operatori dell'UOP nonché di tirocinanti della scuola di musicoterapia e dal musicoterapista.

La selezione dei pazienti all'interno del DSM si è attuata, dopo una spiegazione ai terapeuti e/o operatori di riferimento, da parte del gruppo di musicoterapia. Si è evidenziato l'aspetto del valore simbolico della proposta musicale e come questa possa offrire qualcosa di bello, che piace e come sia facilmente utilizzabile, comprensibile e praticabile dai pazienti stessi. Inoltre, si è posto l'accento sul fatto che questa proposta può considerarsi come uno strumento terapeutico.

Proprio per questo si sono individuati dei criteri di valutazione selettiva per il paziente:

- la disponibilità di accedere al gruppo;
- funzioni cognitive almeno in parte conservate;
- interesse a stare nel gruppo;
- la capacità di reggere, dal punto di vista psicopatologico, il lavoro, gli orari e l'impegno nel frequentare continuativamente l'attività.



Gli incontri si sono tenuti il Lunedì dalle 14 alle 15.30 per il primo gruppo, dalle 15.45 alle 17 per il secondo gruppo.

**Obiettivi** stilati per i due gruppi sono i seguenti:

Gruppo A:

- breve termine:
  - partecipazione degli utenti nello svolgimento delle attività del gruppo;
- medio termine:
  - presenza attiva all'interno del gruppo;
- lungo termine:

- favorire una maggior capacità di comunicazione e di incontro con "l'altro" nei pazienti psicotici;
- favorire una miglior autostima attraverso l'esperienza grupale;
- ridurre la componente negativa della sintomatologia, attraverso l'interazione con il gruppo. Il tutto mediato dalla musica;
- vivere un'esperienza positiva nel gruppo attraverso il contenimento delle ansiose e dei conflitti da parte dell'equipe;



- diminuire e gestire le produzioni deliranti e/o gli eventi psicotici insorti durante o fuori dell'attività, riconducibili a diverse situazioni quotidiane, favorendo il contatto con la realtà attraverso l'intervento del gruppo;

- diminuzione e gestione dell'angoscia correlata con la pratica di alcune tecniche specifiche (dialogo sonoro, ecc...);

Gruppo B:

- breve termine: partecipazione attiva e continua ad un gruppo strutturato;

- medio termine: crescita e sviluppo di nuovi interessi;

- lungo termine:

- facilitare l'espressione di vissuti negativi e conflittuali;
- favorire il recupero di un miglior vissuto di sé e dell'autostima attraverso l'esperienza e la comunicazione stimolata da specifiche attività;
- recuperare la propria capacità d'iniziativa;
- migliorare la capacità di comunicare, di entrare in relazione e di esprimere i propri vissuti.

Rispetto agli obiettivi prefissati, i risultati ottenuti sono in linea con le attese. Da parte dei pazienti si è dimostrato un interesse profondo verso questo tipo di laboratorio.

L'indice di valutazione di questo sta nel fatto che, al contrario di quello che succede per altri laboratori, non è necessario stimolare la presenza dei pazienti, poiché loro stessi si presentano in anticipo rispetto agli orari prefissati per le sedute. La presenza è attiva, nel limite delle possibilità, per ogni utente, essendo coinvolto in prima persona nella maggior parte dei lavori svolti. In alcune occasioni, c'è stata la condivisione di stati d'animo particolari, che hanno accomunato tutti i presenti, evocati da un ascolto musicale. Questo dimostra una parteci-



pazione attiva dei pazienti che esprimono il proprio stato d'animo, delirio o malessere. Conseguenza di ciò è uno stato di benessere che si è dimostrato nei partecipanti dopo aver condiviso il vissuto, trovando giovamento dalle restituzioni verbali. Essere ascoltato dal gruppo e ricevere restituzioni positive da quest'ultimo, aumenta l'autostima ed aiuta ad affrontare le situazioni in modo diverso e nuovo. Il contributo personale di ognuno, necessario per affrontare nel qui ed ora la situazione venutasi a creare, ha favorito la condivisione del "sentimento profondo" che caratterizza queste situazioni, riuscendo a trarre da tale esperienza un nuovo modo di pensare e vivere il proprio disagio.

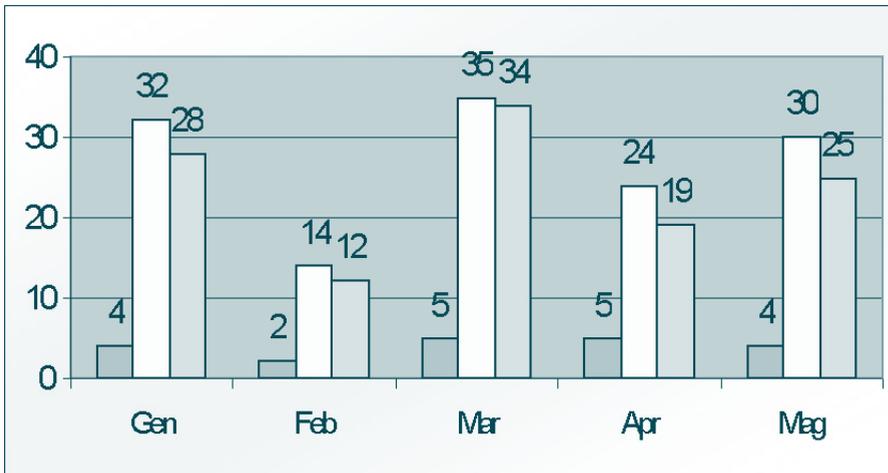
Con questo lavoro, non si vuole demagogicamente risolvere il problema del "disagio psichico" attraverso la musica o a discipline ad essa correlate, si vuole però offrire alla persona un bagaglio esperienziale per far sì che questa migliori le proprie condizioni di vita.

Nelle valutazioni frequenti interne al Servizio, che si tengono ogni settimana, si sono analizzate le modalità lavorative e comportamentali che ognuno ha messo in atto durante gli incontri. Si sono tenute poi verifiche del musicoterapista con tutta l'èquipe di musicoterapia. Tali verifiche riguardano due aspetti importanti:

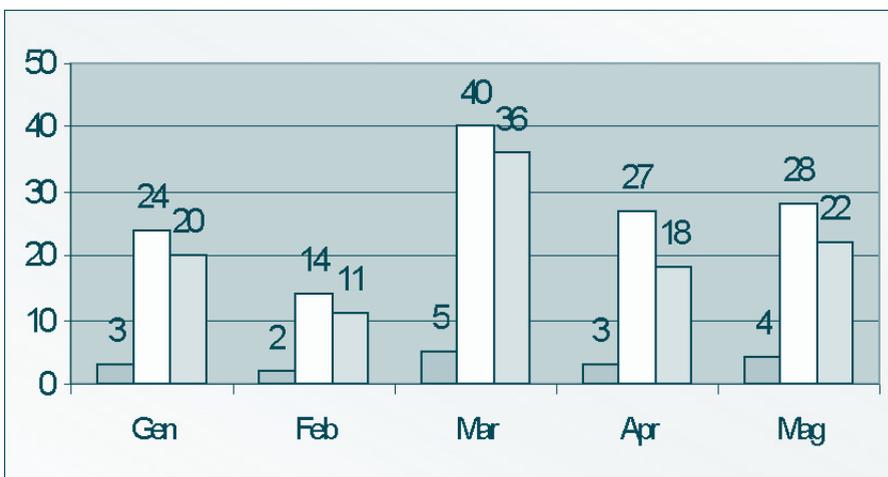
- discussione sui casi clinici e l'impiego della musicoterapia nei due gruppi;
- confronto, fra operatori dei diversi Servizi, dal quale

emerge il vissuto di un'esperienza nuova nel campo psichiatrico, modulata e plasmata dalla musica.

Grafici rappresentanti le presenze dei pazienti nei laboratori dell'attività di musicoterapia



**Gruppo A**



**Gruppo B**

-  Presenze previste se tutti i pazienti avessero partecipato a tutti gli incontri
-  Presenze effettive dei pazienti
-  Numero incontri

**NB:** I valori delle presenze effettive e quelle previste variano in rapporto al numero degli incontri settimanali effettuati

# Gestione del paziente con tracheostomia Sottoposto a laringectomia o a tracheotomia

**Francesca Borinato, Stefania Pagnoni**

Infermieri professionali U.O. ORL di Manerbio (BS)

## INTRODUZIONE

Nei nostri ospedali, ci si trova sempre più spesso a dover affrontare pazienti portatori o portatrici di cannule endotracheali. L'incidenza delle patologie neoplastiche a carico della laringe, nella popolazione, varia infatti da 3 a 6 ogni centomila abitanti (il 2,5% dei tumori diagnosticati nel mondo); con maggiore frequenza nelle zone industriali del Nord<sup>1</sup>.

Il personale infermieristico, al di fuori dei reparti di ORL, si trova così a dover gestire una tipologia di paziente con cui normalmente non viene a contatto, con tutti i relativi problemi e difficoltà. Abbiamo voluto redigere questo contributo nell'intento di rendere meno difficoltosa l'assistenza ai pazienti portatori di cannula; sia all'interno dei reparti di degenza che a livello domiciliare.

## DEFINIZIONI

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

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

La tracheotomia non può essere considerata un semplice atto chirurgico e nemmeno soltanto la creazione di una via di passaggio più breve per garantire un buon afflusso di aria.

Eeguire una tracheotomia significa molto di più.

Con essa si modifica l'anatomia cervicale e si altera la fisiologia respiratoria (con la perdita della funzione di condizionamento dell'aria).

**Borinato Francesca  
Pagnoni Stefania**

(Infermieri professionali U.O. ORL di Manerbio e relatrici al Convegno: "Gestione del paziente tracheotomizzato e tracheostomizzato. Problemi reali e presunti", svoltosi il 26 Settembre 2002 presso il Teatro Politeama di Manerbio).

## NURSING E RICERCA

Nei nostri ospedali, ci si trova sempre più spesso a dover affrontare pazienti portatori di cannule endotracheali.

L'obiettivo principale degli operatori che si occupano di questi pazienti, è di garantire loro una maggior accettazione di se stessi, migliorando inoltre, la loro qualità di vita.



<sup>1</sup> Dati ricavati dall'AIL (Associazione Italiana Laringectomizzati) di Brescia nell'anno 2002.

## COMPLICANZE DELLA TRACHEOTOMIA

Le complicanze della tracheotomia possono essere intra-operatorie oppure post-operatorie (precoci o tardive).

Le **complicanze intra-operatorie** possono essere:

- emorragia,
- lesioni alle strutture anatomiche contigue (esofago, trachea, nervo ricorrente, cupola pleurica),
- turbe del ritmo, arresto cardiorespiratorio.

Le **complicanze post-operatorie precoci** possono essere:

- emorragia,
- pneumotorace, pneumomediastino,
- ostruzione della cannula,
- dislocazione della cannula,
- enfisema sottocutaneo,
- disfagia.

Le **complicanze post-operatorie tardive** possono essere:

- emorragia,
- stenosi tracheale,
- fistola tracheo - esofagea,
- ostruzione della cannula,
- dislocazione della cannula,
- infezioni,
- granulomi,
- fistola tracheo - cutanea,
- cheloidi.

## GESTIONE DEL PAZIENTE CON TRACHEOTOMIA

Pur essendo un ottimo ausilio che aiuta il tracheotomizzato (o tracheostomizzato) a respirare meglio, la cannula richiede una certa manutenzione e alcuni cambiamenti delle abitudini di vita quotidiana.

È molto importante la pulizia della cannula (tracheotomia) e dello stoma tracheale (tracheostomia) specie nei primi tempi dopo l'esecuzione dell'intervento, in quanto vi è un aumento delle secrezioni bronchiali e della loro viscosità. Ne consegue un aumento delle probabilità di sovra-infezioni batteriche.

Tali operazioni sono da eseguirsi almeno due volte al giorno; anche più frequentemente se le condizioni del paziente lo richiedono.

Bisogna sempre fare una valutazione del paziente tracheotomizzato - tracheostomizzato.

- Criteri locali:
- condizioni dello stoma (arrossamento, tumefazione, secrezioni purulente e granulazioni)
  - rumori respiratori o ostruzione della cannula

Criteri generali: quali la saturazione dell'ossigeno o la valutazione di un eventuale distress respiratorio.

Segni e sintomi di infezione respiratoria, invece, possono essere :

- modificazione delle secrezioni (quantità, colore e odore),
- malessere generale,
- iperpiressia,
- insufficienza respiratoria

### ***Tipi di cannule endotracheali***

Rigida:

- metallica (produzione artigianale, non più in uso)
- materiale plastico (silicone o PVC, di uso corrente)

Flessibile (usate nei reparti di rianimazione):

- armate
- non armate

Il set completo di una cannula endotracheale comprende 3 parti: cannula, controcannula e mandrino (detto anche otturatore).

- Cannula endotracheale; la parte esterna della cannula che viene inserita nella trachea.
- Mandrino (otturatore); tubo a punta smussa coassiale alla cannula che, inserito al posto della controcannula, serve ad introdurre la cannula senza ledere la mucosa tracheale. Va rimosso subito dopo l'introduzione della cannula e sostituito dalla controcannula.
- Controcannula; tubo rimovibile coassiale al diametro interno della cannula. Serve ad evitare che la cannula si ostruisca con le secrezioni.
- Valvola unidirezionale; è un accessorio che elimina la necessità di usare il dito per chiudere l'apertura della cannula traqueostomica e consentire la fonazione.

Le caratteristiche delle cannule endotracheali sono:

forma (angolata o a semicerchio),

diametro (riferendosi al diametro interno della cannula prossimo alla flangia: ID),

flangia (lamina posta perpendicolarmente alla cannula che ne impedisce la caduta nel lume tracheale. E' provvista di fori a cui



legare la fettuccia per il fissaggio).

Le cannule possono inoltre essere di tre tipi: cuffiate, non cuffiate o fenestrate.

#### CUFFIATA:

dotata di palloncino gonfiabile posto sul terzo distale della cannula. Permette di mantenere la pressione durante la respirazione assistita e di evitare “ab ingestis” ed aspirazione di secrezioni. Viene anche utilizzata in rianimazione o nei casi di sanguinamento nei distretti faringo – laringei. Attualmente, questo tipo di cannula, è dotata di cuffia a bassa pressione.

#### NON CUFFIATA:

usata nel post operatorio di interventi cervico – facciali, in pazienti in respiro spontaneo con tracheotomia di lunga durata o permanente, in pazienti che necessitano di broncoaspirazioni frequenti e comunque non sottoposti a respirazione assistita.

#### FENESTRATA:

è fornita di una fenestrazione nella porzione convessa del tratto endotracheale della cannula. La fenestrazione può essere unica o multipla a circa 2 cm dalla flangia. Chiudendo il foro della cannula, la fenestrazione permette il passaggio di aria attraverso le vie aeree superiori dando così la possibilità al paziente di parlare e respirare. Vengono utilizzate in chirurgia ORL e in pazienti post rianimazione per permettere una chiusura temporanea della cannula prima della decannulazione. Sono usate senza controcanula. Attualmente sono in commercio anche cannule fenestrate cuffiate, di uso non routinario. Vengono utilizzate quando si ha la necessità di ventilare il paziente (previo posizionamento di controcanula).

#### GESTIONE DELLA CUFFIA:

la cuffia è la principale causa delle ischemie della mucosa tracheale, che avviene già ad una pressione di 37 mm di Hg. È consigliabile pertanto mantenere la pressione di gonfiaggio tra i 15 e 30 mm di Hg e sgonfiare la cuffia quando essa non è necessaria. Un danno ischemico prolungato può, infatti, provocare una stenosi tracheale permanente. Inoltre, una pressione della cuffia troppo elevata causerebbe l'estensione della cuffia stessa oltre l'estremità della cannula, rischiando di limitare o bloccare del tutto il flusso di aria.

## SOSTITUZIONE DELLA CANNULA

Per la sostituzione della cannula endotracheale si deve fare la distinzione tra il procedimento in un paziente tracheotomizzato e quello in un paziente tracheostomizzato.

### PRATICHE INFERMIERISTICHE PER LA SOSTITUZIONE DELLA CANNULA ENDOTRACHEALE NEL PAZIENTE TRACHEOSTOMIZZATO

Sostituire la cannula per tracheostomia quotidianamente contribuisce a garantire il corretto funzionamento della cannula stessa.

Popolazione: tutte le persone sottoposte ad intervento di tracheostomia, considerando il periodo che va dal giorno dell'intervento sino al momento in cui essi/e si avviano all'indipendenza nella pratica dell'igiene.

#### **Obiettivi generali:**

- orientare l'Equipe di Assistenza ad una pratica infermieristica uniforme nel quadro dell'assistenza alle persone sottoposte a questo tipo di intervento,
- guidare l'Equipe nelle azioni preventive da attuare nei confronti delle persone portatrici di cannula endotracheale, allo scopo di evitare l'insorgenza di dispnea e di infezioni locali e/o polmonari,
- procedere ad una valutazione della qualità dell'assistenza in materia di prevenzione dell'insorgenza della dispnea e di infezioni locali e/o polmonari nelle persone portatrici di cannula endotracheale,
- ridurre i tempi di degenza.

#### **Obiettivi specifici:**

- sostituire la persona assistita, quando sono carenti la forza e/o la volontà e/o le conoscenze, nell'esecuzione dell'igiene e della sostituzione della cannula endotracheale
- rendere partecipe la persona (qualora possibile), o un parente, allo scopo di portare all'indipendenza nelle pratiche di pulizia e gestione della cannula. Tutto ciò al fine di favorire la respirazione, prevenire la dispnea e le infezioni locali e/o polmonari.



## **Materiale**

- Cannula del tipo e dimensione adatta al paziente
- Fettuccia e “metallina”
- Gel o olio lubrificante
- Garze sterili
- Soluzione fisiologica sterile
- Guanti

## **Procedura:**

1. Valutare il livello di comprensione della persona.
2. Informare la persona, spiegando le manovre da effettuare ed il loro scopo.
3. Lavarsi le mani accuratamente e mettere i guanti.
4. Rimuovere la cannula da sostituire previo taglio della fettuccia.
5. Pulire lo stoma da eventuali incrostazioni con garze e soluzione fisiologica, facendo attenzione a non fare scivolare liquidi all'interno della trachea.
6. Preparare insieme all'assistito la cannula da posizionare spiegando il nome e la funzione di ognuno dei tre componenti del set (cannula, controcanula ed otturatore) ed applicando la fettuccia e la metallina.
7. Lubrificare la cannula utilizzando un sottile strato di lubrificante.
8. Mostrare alla persona come deve essere introdotta la cannula (questo fino a quando il paziente raggiunge l'autosufficienza nella manovra).
9. Procedere all'introduzione della cannula: inserire, ruotando delicatamente, la cannula spingendola in avanti e poi in basso con un movimento ad arco. Togliere immediatamente l'otturatore tenendo la cannula in posizione con le dita. Fissare la cannula allacciando la fettuccia dietro il collo. Inserire infine la controcanula nuova verificando che sia adeguatamente fissata in posizione.
10. Istruire poi la persona sulla pulizia della cannula asportata precedentemente (utilizzando disinfettanti a base di ipoclorito di sodio).

## **Valutazione dell'efficacia:**

Il paziente deve dimostrare di:

- conoscere le motivazioni per cui deve mantenere una corret-

- ta igiene della cannula e dello stoma tracheale,
- verificare frequentemente il suo buon stato di igiene (ciò comporta anche un miglioramento dell'autostima),
- non presentare segni e/o sintomi di infezione locale e/o polmonare,
- gestire autonomamente le pratiche di pulizia e sostituzione della cannula.

L'infermiere ha il compito di valutare, nel tempo, la capacità del paziente di apprendere come eseguire un'accurata igiene e una corretta sostituzione della cannula endotracheale.

Il paziente porterà la cannula endotracheale soltanto per il periodo necessario alla stabilizzazione dello stoma.

### **SOSTITUZIONE DELLA CANNULA ENDOTRACHEALE NEL PAZIENTE TRACHEOTOMIZZATO**

La sostituzione della cannula tracheale in una tracheotomia recente, è un momento delicato specie al primo cambio di cannula, in quanto il "tunnel" tracheotomico non si è ancora ben stabilizzato; pertanto vi è la possibilità di una chiusura dello stoma. E' una manovra che richiede la presenza di personale addestrato quando viene eseguito il primo o i primi cambi della cannula. Per eseguire correttamente la sostituzione della cannula, è necessaria un'adeguata conoscenza, non solo della fisiopatologia del tratto laringo – tracheale, ma anche delle indicazioni che hanno portato alla tracheotomia, delle possibili complicanze post operatorie legate o meno alla presenza della cannula tracheale e del modo di affrontarle correttamente anche in funzione della patologia di base del paziente.

Fondamentale importanza riveste la pulizia dello stoma, soprattutto se ancora in fase di cicatrizzazione, che dovrà esser frequentemente medicato e deterso con soluzione disinfettante e mantenuto il più possibile asciutto onde evitare infezioni e decubiti che favoriscono la formazione di tessuto di granulazione peristomale.

#### ***Come procedere alla sostituzione della cannula***

Avendo predisposto tutto il materiale, ci si appresta alla sostituzione della cannula, avendo cura di posizionare il paziente col capo in lieve iperestensione. A questo punto si detende la cuffia (se presente) e vengono tagliati i lacci di sicurezza della cannula mantenendo comunque la cannula in sede tenendola con le dita. Con una mano l'operatore stira in alto la cute peristomale e con l'altra rimuove la cannula con movimento delicato e continuo.

Viene detersa la cute peristomale facendo ben attenzione di asciugare poi la zona. A questo punto, sempre mantenendo lo stoma pervio attraverso lo stiramento in alto della cute peristomale, viene inserita la cannula sotto la visione diretta dell'operatore e con movimento delicato. Durante questa manovra si consiglia sempre di introdurre la punta della cannula nello stoma partendo da "ore 9" e, una volta sicuri di essere in trachea, inserire completamente la cannula ruotandola di 90° e spingendola inferiormente; questo per evitare di creare false strade in situazioni anatomiche sfavorevoli o nel caso di sfalsamento dell'apertura cutanea rispetto a quella tracheale. In caso di necessità, può essere d'aiuto l'utilizzo di una pinza (tipo Killian o il dilatatore di Laborde) per dilatare lo stoma tracheale.

### ***Dimissione al domicilio***

Il paziente con una tracheotomia permanente dovrà essere dimesso con la cannula tracheale in sede e dovrà essere perciò addestrato alla corretta gestione della cannula e a risolvere eventuali piccoli problemi che essa può portare. L'infermiere riveste un ruolo basilare insegnando al paziente l'autogestione della tracheotomia. E' importante in questo senso abituare il paziente alla sua nuova situazione, facendogli ripetutamente estrarre la controcannula e facendogli eseguire il cambio della cannula endotracheale in modo che arrivi alla completa autosufficienza gestionale. In caso di incapacità del paziente dovrà essere addestrato uno o più familiari allo stesso modo. E' opportuno comunque, che il paziente sia inserito in un programma di follow - up a breve/medio termine.



## **SVEZZAMENTO DEL PAZIENTE TRACHEOTOMIZZATO - Decannulazione**

Nei pazienti in cui è stata praticata una tracheotomia tempo-

ranea è molto importante ristabilire precocemente la ripresa della respirazione fisiologica anche in presenza della cannula tracheale; questo per ridurre il più possibile i tempi di permanenza della cannula una volta cessata la sua utilità permettendone, appena possibile, la rimozione senza rischi.

Quando si parla di decannulazione si indicano, appunto, quelle procedure che riportano il paziente a ripristinare la normale funzione fono – respiratoria.

Tenendo conto della necessità di riabituarlo il paziente alla respirazione attraverso le vie naturali e a tutte le altre funzioni ad esse connesse (fono - respirazione, deglutizione), è quasi sempre necessario un periodo di svezzamento dalla cannula tracheale.

Il periodo di svezzamento prevede il posizionamento di una cannula fenestrata che viene chiusa per periodi sempre più lunghi fino a rimanere chiusa permanentemente per un tempo sufficientemente lungo da permettere di poter pensare a una sua rimozione senza rischi.

Si decannula il paziente quando si ottiene:

- una buona pervietà laringo – tracheale ed assenza di dispnea per 24/48 ore,
- l'assenza di "ab ingestis",
- una buona ripresa della capacità di espettorazione,
- l'assenza di infezioni polmonari,
- l'assenza di stenosi tracheali,
- un meccanismo di deglutizione sufficiente.

Tali requisiti non sono sempre raggiungibili, specie nei pazienti tracheotomizzati per lungo tempo. In questi pazienti la decannulazione può essere difficile da praticare e deve avvenire, comunque, con molta prudenza e mantenendo il paziente sotto stretta osservazione.

Nel paziente ben stabilizzato, invece, è sufficiente rimuovere la cannula tracheale ed eseguire una medicazione "a piatto" dello stoma per ottenerne la chiusura.

In questo periodo sarà buona norma evitare, o ridurre il più possibile, accessi di tosse che possono ritardare la chiusura dello stoma. L'uso di punti di sutura può abbreviare i tempi di chiusura. Se necessario, è possibile eseguire in un secondo tempo una plastica in caso di cicatrici retraenti, a scopo puramente estetico. E' rara la persistenza di stomi beanti che necessitano di una plastica di chiusura.

## CONSIGLI PER LA VITA QUOTIDIANA

La cannula endotracheale offre al tracheotomizzato/tracheostomizzato la possibilità di lasciare l'ospedale e riprendere la propria vita tra le mura domestiche. Essa richiede tuttavia attenzioni costanti a garanzia di un corretto funzionamento. A tale scopo il paziente viene addestrato appositamente dagli infermieri ancora in ospedale.

La persona assistita dovrebbe invitare un familiare durante l'"addestramento" ospedaliero, in modo che possa essere di aiuto, qualora necessario.

### Consigli domiciliari:

#### Umidificazione

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

#### Igiene personale

Se, da un lato, è auspicabile la presenza di una certa umidità, una quantità eccessiva potrebbe causare dei problemi. Pertanto, quando ci si fa la doccia, indirizzare il getto a livello del petto e collocare una protezione sulla cannula. Quando ci si lava il viso, fare attenzione affinché il sapone e l'acqua non entrino nella cannula e nello stoma. Inoltre, è importante coprire la cannula quando ci si rade o si usano prodotti in polvere, lacche per capelli, ecc. intorno al viso e al collo.

#### Malattia

Per i pazienti tracheostomizzati/tracheotomizzati, la prevenzione è indispensabile. Mangiare sano, riposare molto, evitare il contatto con persone raffreddate. Assumere grandi quantità di liquidi, soprattutto se si accusano sintomi di febbre, vomito o diarrea. In caso di vomito, coprire la cannula con un asciugamano per evitare che il vomito penetri nella cannula.

#### Abbigliamento

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

## Uscire di casa

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

## CONCLUSIONI

Considerando che la tracheotomia/tracheostomia è una necessità per una quantità sempre maggiore di persone, auspichiamo che questo nostro lavoro possa servire a farla vivere come tale, non solo per la persona ma anche e soprattutto per chi si trova a doverla gestire sia in ambito sanitario che in ambito familiare.

Questo perché una gestione "serena" della cannula è sicuramente un input positivo per garantire alla persona portatrice di tracheotomia/tracheostomia una maggiore accettazione di se stessa e, di conseguenza, una migliore qualità della vita.

## BIBLIOGRAFIA

- Ezio Colombo. Le tracheotomie. Quaderni Monografici di Aggiornamento A.O.O.I. TorGraf – Milano, 2000.
- Italo De Vincentiis. Otorinolaringoiatria. IV Edizione. Piccin Nuova Libreria – Padova, 1993.
- E. Pallestrini, M.T. Dato. Otorinolaringoiatria e stomatologia. Sorbona – Milano, 1991.
- M. Lemoine, P. Thompson, R. St. Jhon, M. Toigo. Cannule per tracheostomia. Guida all'uso domiciliare per adulti. Guida Shiley – Milano, 2002.
- ENT clinical practice group and Outreach team. Guidelines for care of patients with a tracheostomy. Royal Free Hampstead NHS Trust, Nov 2002.
- Maria Smith. Guideline title: tracheostomy. Royal Alexandra Hospital, Head & Neck Directorate, Aug 2003.
- Claire Troke. Evidence based guidelines for nursing a patient with a tracheostomy. Poole Hospital NHS Trust, May 2002.

IPASVI BS - Sito istituzionale - Microsoft Internet Explorer

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Indietro Avanti Termina Aggiorna Pagina iniziale Cerca Preferiti Cronologia Modifica Dimensioni

Ingrinzio <http://www.ipasvibs.it> Vai Collegamenti >>

**IPASVI-BS** Home Page | Mappa | Registrati | Contattaci

- Lunedì, 17 Maggio 2004

**LOGIN AREA** User ID  Password  > **ARGOMENTI**

**FORUM** Comunicati stampa **News letter**

**COLLEGIO**  
 **SERVIZI**  
 **FORMAZIONE**  
 **LIBERA PROFESSIONE**  
 **LINKS**  
 **REGISTRAZIONE**  
 **TEMPO DI NURSING**  
 **AREA RISERVATA**

**IN EVIDENZA**

**La responsabilità civile e il sistema di protezione Ipasvi.**  
  
 Il problema della responsabilità civile, con la crescita dello status professionale, è sempre più attuale. Errore, danno, colpa, dolo, responsabilità, impongono l'esigenza di un approccio responsabile...

**Attivazione della laurea specialistica.**  
  
 Nella seduta del 18 dicembre il CUN ha concluso l'esame degli Ordinamenti didattici approvandone una prima parte: Roma Sapienza, Pisa, Firenze, Siena, Catanzaro, Milano (solo classe SNT-I). Per il momento sono escluse...

**Rinnovo CCNL Sanità Pubblica.**  
  
 I 570mila infermieri, tecnici e amministrativi, dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, a breve avranno un lungamente atteso rinnovo contrattuale. Dopo la firma dell'ipotesi contrattuale è attesa la stipula definitiva del contratto normativo...

**DDL sul riordino delle professioni sanitarie.**  
  
 Il Ddl del presidente Tomassini, prevede la costituzione di un Ordine unico e di 17 raggruppamenti, uno per ogni professione rimasta senza Albo. Altri, invece, prevedono la costituzione di quattro Ordini, uno per ogni classe di laurea delle professioni sanitarie...

**NEWS**

E' stata completata la fase di invio delle e-mail di conferma per la partecipazi...[Continua](#)  
 Dal 5 maggio 2004 per qualche giorno non sarà possibile accedere alle iscrizioni...[Continua](#)

Sede:  
 Via Moretto, 42/a  
 Brescia  
 Tel. 030.291478  
 Fax 030.43194

**MAPPA:**  
 clicca per vedere dove siamo

 **Area download**

Vai nelle pagine degli infermieri professionali

**SYSTEM CERTIFICATION**  
**ISO 9001**  
**SGS**

**IPASVI-BS**

Via Moretto, 42/A - 25121 BRESCIA  
 Codice fiscale: 080063080172  
 Telefono 030 291478, Fax 030 43194  
 E-mail: [info@ipasvibs.it](mailto:info@ipasvibs.it) - Sito Web: [www.ipasvibs.it](http://www.ipasvibs.it)

Internet

Da questo numero "Tempo di Nursing" è scaricabile dal sito internet:

**www.ipasvibs.it**

## Macchine, organismi, prigioni psichiche: le metafore con cui ci rappresentiamo dentro le organizzazioni

**Carla Noci**

Ufficio Formazione ASL di Brescia

### Introduzione:

Molti studiosi del comportamento organizzativo hanno colto la rilevanza strategica e la ricaduta operativa dei “codici” con i quali i membri di una organizzazione definiscono se stessi ed i propri rapporti con gli altri membri del gruppo di lavoro.

Sono codici di questo tipo quelli che inducono a percepire la propria appartenenza o la propria estraneità nei confronti di un’organizzazione, quindi ad assumere comportamenti attivi, collaborativi, competitivi, ostili, menefreghisti o distaccati.

Scopo dell’articolo è dunque quello di ragionare su alcuni criteri interpretativi delle organizzazioni, criteri che sono in parte individuali ma, in larga misura, collettivi, in quanto frutto di elaborazioni ed esperienze che ciascuno di noi ha maturato nel corso della propria carriera lavorativa, utilizzandoli, più o meno consapevolmente, per decidere come agire in qualità di membro di un gruppo, di coordinatore, di dirigente, di consulente.

Nel linguaggio comune la parola “organizzazione” ricorre con molta frequenza e determina, in ciascuno di noi, aspettative precise. Che si tratti di una scuola, di un ospedale, di un supermercato, quando entriamo in contatto con queste realtà pur così differenti tra loro, ci aspettiamo che funzionino in modo non casuale, rispettoso di alcune regole o procedure, che siano efficienti o, quanto meno, che offrano servizi coerenti con quelli dichiarati. In una parola, che si comportino in modo “organizzato”.

### FOCUS

Il problema di pensare e vivere meglio le organizzazioni è tutt’altro che astratto, dato che vi abbiamo a che fare costantemente sia come attori principali, sia come fruitori di servizi. Affrontarlo dunque, con maggiore consapevolezza e forse con maggiore coraggio, potrebbe risolvere parecchi malumori e crisi di burn-out. Sarebbe interessante cercare di adottare soluzioni che sfruttino i vantaggi di ciascuno dei modelli di cui abbonda la letteratura manageriale, più che aggrapparsi a teorie gestionali “da manuale” spesso difficili da tradurre nella pratica e assai lontane dalla visione che le persone e i gruppi di lavoro hanno dell’organizzazione alla quale appartengono.



Quando ci rendiamo conto, in taluni casi drammaticamente, che così non è, ci arrabbiamo, siamo amareggiati o rimaniamo delusi. Viene spontaneo in questi frangenti chiedersi “perché gli operatori non si organizzano meglio?... chi ha la responsabilità o il potere di cambiare?”

E' chiaro per tutti che la nostra vita quotidiana si complica notevolmente quando le istituzioni e tutte quelle imprese o associazioni che prendono il nome di “organizzazioni” non funzionano.

Per tale motivo esse suscitano un generale interesse e, da molti anni, sono oggetto di studio di numerose discipline, (sociologia, psicologia, politica, economia) che hanno tentato di descriverne il funzionamento e si sono sforzate di proporre modelli o teorie utili per una loro migliore gestione.

Le teorie, i modi di pensare e di percepire le organizzazioni, possono essere espresse con alcune “metafore”, ossia con immagini che, in forza di una analogia con altre realtà più familiari, le rappresentano in forma sintetica e semplificata.

L'uso delle metafore è stato recentemente oggetto di interessanti studi, in quanto si è osservato che esse esercitano un'influenza determinante sul linguaggio, sulla percezione dei problemi, sull'espressività dei nostri comportamenti, perfino sulle nostre cognizioni scientifiche.

Uno degli aspetti interessanti delle metafore è che esse sono immagini schematiche, succinte, perciò parziali della realtà, della quale esaltano alcuni aspetti che si ritengono salienti, sacrificandone naturalmente altri.

“Quella donna è una tigre”, “sei proprio un elefante”, “mangia come un uccellino” sono metafore, ossia espressioni che suggeriscono efficaci similitudini e che, senza lunghi discorsi, ci descrivono in modo immediato come percepiamo una situazione. Ciò che non bisogna dimenticare è che, se le metafore rendono evidenti le somiglianze, non fanno giustizia delle differenze e vanno perciò guardate con interesse, ma anche con una buona dose di riserve.

Con cautela dunque, e solo dopo questa doverosa premessa, vale la pena di esplorare quali siano le “metafore” sottese ai più comuni modi di pensare, descrivere e far funzionare le organizzazioni.

## L'organizzazione come "macchina"

Verso la fine del '700, in un'epoca che i libri di storia definiscono "rivoluzione industriale", il crescente sviluppo della meccanizzazione portò a riflettere sui numerosi vantaggi produttivi derivanti dalla divisione del lavoro, dalla specializzazione delle funzioni, dalla riduzione del potere discrezionale degli operai.

Uno dei sostenitori dell'espansione della tecnologia a sostegno o in sostituzione del lavoro umano, l'economista scozzese Adam Smith, nel suo libro "La ricchezza delle nazioni" (1776) la identifica come fonte crescente di benessere e di progresso per tutti.

Ci si rese immediatamente conto che l'affidabilità delle macchine è assai superiore agli alterni umori e alle mutevoli abilità degli esseri umani: le macchine, infatti, se ben progettate e realizzate, non si stancano, non si distraggono, obbediscono ai comandi, non si ammalano né discutono.

Dall'800 in poi, l'invenzione e il perfezionamento di strumenti meccanici per ridurre la fatica e l'errore umano determinò uno sviluppo vorticoso della tecnologia ed influì in modo sostanziale sull'aumento dei prodotti industriali, che finirono per sostituire, quasi del tutto, i manufatti.

La conseguenza di questo non riguarda il solo incremento della produttività, ma ha determinato in breve tempo, un vero e proprio stravolgimento dei modi di lavorare e di vivere ed ha cambiato radicalmente la fisionomia delle società occidentali.

In questo momento interessa mettere a fuoco sia gli indubbi vantaggi di questa evoluzione nell'organizzazione del lavoro, sia i notevoli rischi (e le illusioni) che essa ha comportato.

Federico Taylor, che ha fama di essere uno dei primi teorici dell'organizzazione "scientifica" del lavoro, pare sia stato un esempio vivente dello squilibrio che tale razionalità esasperata produce. Ogni aspetto della sua vita veniva accuratamente pianificato e vagliato, dal gioco del cricket al sonno notturno, in modo da trarre il massimo profitto dai minimi sforzi. Il risultato di questa esasperata "ingegnerizzazione" della sua vita pare fosse una costante ed ossessiva propensione al controllo.



Per rimanere in ambito organizzativo, la metafora della macchina che funge da modello per progettare, realizzare e controllare le attività lavorative è tutt'oggi assai diffusa.

La descrizione e specificazione accurata delle mansioni, la razionalizzazione dei tempi e dei materiali, la standardizzazione dei processi, la specializzazione, sono pratiche talmente pervasive che hanno ormai condizionato il vocabolario di qualunque impresa, dalla fabbrica di automobili, alla catena distributiva di fast-food, alla sala operatoria.

E' interessante notare che i principi tayloristici sono stati in grado di superare anche le barriere ideologiche degli orientamenti politici di destra e di sinistra, data la loro apparente "neutra" razionalità. Sono infatti stati ampiamente utilizzati sia dalla ex Unione Sovietica, sia dalle nazioni a grande sviluppo capitalistico.

I vantaggi dell'approccio organizzativo di tipo "meccanicistico" sono incontestabili ed evidenti per tutti: chiarezza degli obiettivi e dei risultati finali, accuratezza nella progettazione dei percorsi, corretta individuazione di risorse umane e materiali, limitazione degli sprechi, controllo e correzione immediata dell'errore.

Meno dibattuti, ma assai significativi, sono però i limiti di questo approccio. Per citare solo quelli più macroscopici:

- progettare l'organizzazione come se fosse una macchina è utile solo in ambienti sufficientemente stabili, cosa abbastanza rara in contesti di vita come i nostri, a meno di non "forzare" la realtà entro strutture che ne limitino l'evoluzione (talvolta, senza esserne consapevoli, si assumono atteggiamenti che tendono a conservare il contesto piuttosto che sviluppare capacità di fronteggiare l'imprevisto);
- frammentare il lavoro in attività semplici e spingere verso la specializzazione sono strategie funzionali ad una maggiore precisione e competenza, che riguardano però settori sempre più ristretti. Ciò richiede una "regia" (in genere basata sull'autorità gerarchica) in grado di ricomporre costantemente le singole parti in cui il tutto è stato suddiviso. Quando si tratti di assemblare pezzi di un'automobile, l'ingegneria può essere sufficiente, ma in altri campi (lo sa bene chi opera nella sanità) questo non è sempre facile né possibile. Il paradossale risultato di questa ricerca di maggiore precisione può essere, dunque, un caos ingovernabile nel quale

ciascun settore agisce senza integrarsi con altri.

La condizione perché l'organizzazione funzioni come una macchina perfetta è il costante controllo delle variabili in gioco, prime fra tutte la discrezionalità di scelta degli addetti ai lavori.

Uno degli effetti inattesi, ma da mettere in conto perché ormai assodato da una lunga esperienza e descritto da abbondante letteratura, è che l'impossibilità di fare scelte personalizzate, la consapevolezza di essere "ingranaggi" controllati di un sistema, se in un primo momento offrono sicurezza e riduzione dell'ansia, a lungo termine provocano disaffezione, perdita di interesse e di senso di responsabilità, sensazione di "spersonalizzazione". Conseguenza di questo malessere personale è, fra l'altro, una minore resa lavorativa.

### **L'organizzazione come organismo**

Buona parte degli studi organizzativi realizzati fra gli anni '20 e '30 ha tentato di superare i limiti dell'approccio meccanicistico.

Elton Mayo, svolgendo indagini sulla relazione fra condizioni lavorative e fatica-noia dei lavoratori, presso lo stabilimento della Western Electric di Chicago, scopre l'importanza di una serie di attività non pianificate, che tuttavia rispondono ai bisogni "sociali" dei gruppi di lavoro.

La scoperta, abbastanza casuale, dell'esistenza di una organizzazione "informale" con propri obiettivi e specifiche strategie relazionali, parallela alla organizzazione "formale", induce il gruppo dei ricercatori ad approfondire meglio l'importanza della motivazione e delle relazioni umane nella sfera organizzativa.

Contributi successivi di altri studiosi concorrono a chiarire che, dentro i luoghi di lavoro, si debbono integrare sia i bisogni dell'impresa, sia quelli degli individui e del gruppo.

Appare ormai chiaro che la sicurezza economica e la garanzia del posto fisso non sono l'unico motivo per cui i dipendenti si recano a lavorare tutti i giorni. Altre motivazioni quali la creatività, l'investimento emotivo, le relazioni interindividuali positive che arricchiscono e migliorano il clima dell'azienda, incidono positivamente anche sulla quantità e qualità dei prodotti.



Al contrario, quando le condizioni lavorative ostacolano queste motivazioni, la produttività ne risente in modo drastico.

L'organizzazione è dunque un "sistema aperto", una sorta di organismo biologico che comunica costantemente con l'ambiente esterno ed è a sua volta costituito da sottosistemi che interagiscono fra loro.

La metafora dell'organismo vivente, costituito da un complesso di elementi che mettono in atto un costante scambio con il proprio contesto di vita, rivoluziona i principi dell'organizzazione meccanicistica.

Si prospetta sempre più urgentemente, soprattutto in taluni settori produttivi, la necessità di adottare un approccio "situazionale", ossia un modello organizzativo flessibile, in grado di adattarsi costantemente alle variazioni dei sottosistemi interni ed alle trasformazioni del contesto esterno.

Le decisioni non possono essere concentrate nelle mani di pochi soggetti la cui autorità gerarchica è sufficiente per giustificare le scelte operative, ma debbono essere decentrate a differenti livelli, coinvolgendo i gruppi di lavoro nella elaborazione degli obiettivi aziendali e formando operatori competenti per assumere decisioni appropriate e responsabili.

Numerosi sono gli studi che, a partire dalla concezione dell'organizzazione come organismo vivo e in costante evoluzione, elaborano modelli manageriali applicabili in varie situazioni: modelli "per gruppi di progetto", "modelli a matrice", modelli "adhocratici", modelli "ecologici".

E' difficile individuare potenziali rischi o punti deboli della metafora organicistica, considerata la sua potenziale adattabilità a qualunque tipo di contesto operativo. Ciò nonostante alcuni autori hanno messo a fuoco i limiti più vistosi dell'approccio sistemico, primo fra tutti quello di considerare l'ambiente esterno come un sistema dato rispetto al quale l'organizzazione, se vuole sopravvivere, non deve far altro che adattarsi.

Questa semplificazione rischia di essere fuorviante, in quanto le organizzazioni sono parti in causa nella costruzione e modificazione dell'ambiente che le circonda.

Per citare un esempio assai frequente nelle organizzazioni sanitarie: è mistificante affermare che gli operatori (medici e infermieri) non si possono opporre al "consumismo" sanitario perché temono l'insoddisfazione degli utenti, che si lamentano se non si vedono prescrivere farmaci o indagini diagnostiche.

Chi sostiene questo dimentica che, direttamente o indiretta-

mente, le modalità di fruizione dei servizi sanitari sono indotte dal sistema stesso, sistema ampiamente “governato” dai tecnici. Non solo da loro, naturalmente, ma è innegabile che il potere di orientare o indurre le scelte dei “non addetti ai lavori” risente largamente dal modo con cui gli operatori interagiscono con gli utenti.

Altro limite della metafora organicistica può essere individuato nella convinzione che le organizzazioni, assimilate agli organismi viventi, tendono all’armonia interna e alla funzionalità a cui concorrono, in modo unitario, i vari sottosistemi, per raggiungere gli obiettivi di sopravvivenza e di evoluzione.

Ad un attento esame delle organizzazioni che tutti noi conosciamo, questa è, in realtà, più un’eccezione che una regola.

Non è infrequente osservare che, soprattutto nelle organizzazioni complesse, i sottosistemi che le costituiscono, tendono alla competizione assai più che alla collaborazione, o, in molti casi, si ignorano reciprocamente, perseguendo obiettivi che non sempre sono coerenti con quelli dell’intero sistema.

Solo in pochi casi, e grazie a circostanze per lo meno “fortunate” (manager con particolari doti gestionali, con grande autorevolezza e carisma, gruppi di lavoro particolarmente coesi e motivati...), si ha notizia di imprese che vivono questa esperienza.

Più comunemente il dato osservativo ci rimanda l’immagine di organizzazioni in cui prevalgono l’individualismo, le rivalità fra piccoli gruppi, i fenomeni di “nonnismo” (i “vecchi” contro le nuove leve), la separatezza fra lo staff dirigenziale e i livelli esecutivi, le strategie dichiarate ufficialmente, ma non perseguite nei fatti.



### **L’organizzazione come “cervello”.**

In questa visione delle organizzazioni l’elemento posto in assoluto rilievo è l’intelligenza dei sistemi operativi.

Investire nel “pensiero”, nella competenza decisionale che tutti gli operatori debbono possedere per svolgere la loro attività, nella condivisione di processi, nell’apprendimento costante che passa anche attraverso gli errori riconosciuti ed analizzati collettivamente, è la caratteristica delle organizzazioni di succes-

so, quelle in grado di sostenere le sfide evolutive.

Molti autori hanno elaborato modelli interessanti, concentrati su alcune condizioni indispensabili: la tensione “olografica” (il trasferimento della struttura fondamentale del sistema in ciascuno dei suoi sottosistemi, la indispensabilità di curare processi comunicativi efficaci, la necessità di una differenziazione interna e di una successiva integrazione funzionale (da realizzare con gruppi multidisciplinari), l'importanza di avere pochissime regole, ma chiare e condivise da tutti, l'importanza di apprendere dall'esperienza.

I vantaggi di questi modelli non sfuggono a nessuno: abbandonata l'illusione che il “governo” delle organizzazioni si possa basare sul controllo gerarchico centralizzato, si sono sperimentate con successo nuove forme di gestione e nuovi stili manageriali.

Il coinvolgimento capillare degli operatori, la valorizzazione del cosiddetto “capitale umano” hanno dato vita ad imprese vincenti o, in molti casi, rivitalizzato organizzazioni irrigidite da una pesante burocrazia.

Il lato oscuro di questi modelli è, purtroppo, la sottostima degli aspetti connessi con la gestione del potere.

Non è facile tradurre nella pratica quotidiana la differenza che esiste fra “autorevolezza” degli esperti e loro “potere” decisionale.

La natura umana è talvolta più incline alla meschinità che alla grandezza morale e difficilmente rinuncia al vantaggio personale, in nome del bene comune.

C'è poi da tenere in considerazione un aspetto paradossale di questa metafora: un cervello che studia come riprodurre le sue stesse funzioni, mai riuscirà ad esplorare le pieghe più misteriose della propria attività.

Accade spesso e per ragioni non sempre comprensibili che alcune organizzazioni di successo vadano incontro al declino, o che gli operatori che vi appartengono sentano il bisogno di abbandonarle per esplorare altre realtà, magari meno evolute e rassicuranti.

### **Altre metafore organizzative**

Come già detto in apertura, gli studi che riguardano le organizzazioni sono ricchissimi di modelli descrittivi e di immagini di notevole suggestione.

Ci sono teorie che presentano le organizzazioni come “sistemi

culturali”, come “arene politiche”, come “prigioni psichiche”, come “flussi in divenire”.

Ciascuna di queste rappresentazioni si sforza di rappresentare la complessità del fenomeno organizzativo, offrendo chiavi di lettura che possano favorire un corretto approccio ai numerosi, quanto inevitabili, problemi che affliggono le imprese e chi vi lavora.

Alcuni autori sono fermamente convinti dell'esattezza dei propri modelli interpretativi, altri, al contrario, sono più cauti, poiché si rendono conto che porre l'accento sull'uno o sull'altro aspetto, nel tentativo di ridurre la complessità, comporta il rischio di trascurare altri possibili punti di vista.

Credo che accettare l'idea stessa di complessità significhi accettare la dimensione dell'incertezza e della non definitività delle posizioni.

Soprattutto quando vi siano problemi attribuibili all'organizzazione del lavoro, si dovrebbe fare lo sforzo di cercare soluzioni mai esplorate, senza temere le integrazioni fra un modello e l'altro.

#### **Bibliografia:**

G. Morgan  
“Image. Le metafore dell'organizzazione”  
Ed. Franco Angeli (1999)

M. Ferrante, S. Zan  
“Il fenomeno organizzativo”  
Ed. Carocci (1998)

P. Gagliardi (a cura di)  
“Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa”  
ISED (1995)

## COMMISSIONE FORMAZIONE

La Commissione Formazione, ha strutturato una collaborazione con l'Istituto Inlingua di Brescia, specializzato nella realizzazione di corsi d'inglese, al fine di accreditare come eventi Ecm alcuni corsi per gli iscritti all'Ipasvi.

A partire da Ottobre 2004, verranno realizzate tre iniziative in tal senso:

- Corso di inglese base – 30 ore;
- Corso di inglese pre-intermedio – 30 ore;
- Corso di inglese intermedio – 30 ore.

Ogni corso, suddiviso in 10 lezioni e dal costo procapite di euro 250, sarà aperto a 8 partecipanti.

Ulteriori informazioni in merito ai corsi stessi ed alle modalità di iscrizione, saranno disponibili sul sito del Collegio a partire dal mese di giugno 2004.

Il responsabile della Commissione Formazione: Claudio Prandelli.

## Quale infermiere laureato specialista attendersi: una lettura tra proposte e riflessioni

**Guglielmo Guerriero**

Ospedale S.Orsola FBF di Brescia

L'attivazione dei primi corsi di laurea specialistica in scienze infermieristiche è quanto mai prossima. Sarebbero pronti per l'attivazione, in particolare, le Regioni Lombardia, Toscana, Lazio e Calabria, dopo aver avuto l'approvazione già il 18/12/2003 in relazione all'anno accademico 2003/04. In realtà, anche alla luce dell'adeguamento e delle modifiche che stanno apportando altre università, i corsi di laurea specialistica dovrebbero attivarsi dall'anno accademico 2004/05. Si utilizza il condizionale, poiché sulla loro attivazione e, soprattutto, sulle finalità formative e professionalizzanti permangono più tavoli istituzionali di dibattito. L'iter per l'attivazione sembra, comunque, giunto al traguardo, così come appare tempo per un approfondimento sulla figura del laureato specialista e per una riflessione sulle attese e sulle implicazioni professionali ed organizzative che lo accompagnano.

Il Decreto Interministeriale del 2 aprile 2001 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie" nell'allegato n.1 "Classe delle lauree nelle professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica", individua e definisce gli obiettivi formativi ritenuti qualificanti per un gruppo di lauree delle professioni sanitarie, gli infermieri, le ostetriche e gli infermieri pediatrici. Al di là della bontà delle declaratorie qualificanti le singole figure, il decreto è, in qualche modo, anticipatorio ad un percorso formativo che sembra privilegiare, piuttosto che l'area disciplinare e clinica delle singole professioni sanitarie, una interdisciplinarietà orientata al management delle professioni che afferiscono alla classe di lauree.

### ASPETTI GIURIDICI

L'infermiere formato a livello di Laurea specialistica è un professionista sanitario che, esercitando competenze avanzate, è in grado di ricercare, progettare, negoziare, realizzare e valutare in termini multiprofessionali, soluzioni a problemi non risolti, in situazioni complesse, che una realtà operativa presenta, con l'intento di soddisfare al meglio i bisogni di salute e di assistenza della popolazione.



Una prima riflessione pone l'accento a due questioni che sembrano, al momento, non del tutto chiare e risolte:

- a. quali sono in definitiva le competenze attribuite e richieste ad un infermiere con laurea specialistica;
- b. qual'è il ruolo che gioca il nursing nella formazione di un infermiere con laurea specialistica.

A tali quesiti potrebbe aggiungersene un altro, che concerne la stima del fabbisogno e la tipologia dell'offerta formativa. Tutte questioni variamente affrontate dalla Federazione dei Collegi Ipasvi, dai Collegi stessi, dalle Associazioni professionali, dalle Università fino alle sedi di dibattito nelle Regioni, nel MIUR, nel Ministero della Salute nonché al Parlamento.

Giova, in questa sede, ricordare che la laurea specialistica è rilasciata agli studenti che abbiano maturato 120 crediti (CFU), mediante un percorso formativo di durata biennale, che si sommano ai 180 crediti della laurea di 1° livello (di durata triennale), per una somma complessiva di 300 crediti formativi universitari. Il requisito di accesso è il titolo di laurea o quei titoli professionali conseguiti in base alla precedente normativa (Legge n.1/2002), oppure un titolo riconosciuto equivalente conseguito all'estero.

La laurea specialistica dovrebbe garantire quegli elementi cognitivi e disciplinari che contribuiscono alla formazione di un professionista capace di analizzare i bisogni, di progettare, gestire e valutare servizi ed organizzazioni, di produrre innovazioni e risultati mediante la ricerca.

La Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, attraverso un significativo lavoro di approfondimento e di revisione, ha prodotto, così come già realizzato per la laurea ed i master, le "Linee guida per un progetto di laurea specialistica in scienze infermieristiche", che definiscono, al proprio interno, esaurienti spazi di risposta ai quesiti precedenti.

Il gruppo di lavoro della Federazione Ipasvi ha esplicitato la seguente definizione operativa, sulla quale poi impostare le linee guida per la progettazione formativa: "L'infermiere formato a livello di Laurea specialistica è un professionista sanitario che, esercitando competenze avanzate, è in grado di ricercare, progettare, negoziare, realizzare e valutare in termini multiprofessionali, soluzioni o problemi non risolti, in situazioni complesse, che una realtà operativa presenta, con l'intento di soddisfare al meglio i bisogni di salute e di assistenza della popolazione"<sup>1</sup>. Questo approccio fa emergere tre concetti fondamentali per il

<sup>1</sup> Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, Linee guida per un progetto di laurea specialistica in scienze infermieristiche, 2002, parte 1.9

<sup>2</sup> Gli esperti, di fronte ad un problema, mostrano buone capacità di analisi della situazione, riconoscendo analogie e differenze con esperienze pregresse, buona abilità nell'adottare una strategia operativa, ancorandola a soluzioni già sperimentate con successo.

livello formativo richiesto all'infermiere laureato specialista:

1. la competenza avanzata: capacità di un infermiere esperto<sup>2</sup>, di agire nei confronti di un problema utilizzando le proprie esperienze, identificando, progettando, negoziando e realizzando nuove soluzioni, laddove necessario;
2. la situazione complessa: situazione composta da molteplici variabili, interdipendenti tra loro, che interagiscono con schemi imprevedibili e rendono la situazione instabile e incerta;
3. il problema non risolto: situazione stimolo nei confronti della quale un individuo non dispone di una soluzione già pronta; i problemi non risolti sono quelli che nella realtà appaiono orfani di soluzioni accettabili.

Le linee guida della Federazione Ipasvi forniscono una interessante e, per molti aspetti, soddisfacente chiave di lettura in relazione alla questione delle competenze attribuite e richieste ad un infermiere con laurea specialistica.

Il ruolo della clinica nella formazione permane al centro di importanti e delicatissimi dibattiti. Le linee guida della Federazione non approfondiscono ulteriormente il quesito, mentre appare particolarmente interessante la riflessione prodotta dalla Smith-Kline Consensus Conference<sup>3</sup> in relazione a quale clinica infermieristica nella laurea specialistica in scienze infermieristiche. In questa sede, si afferma che esiste un sapere disciplinare infermieristico definito e riconosciuto a livello universitario, il settore scientifico-disciplinare MED/45, Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche. In questa ottica, la metodologia clinica infermieristica è funzionale all'apprendimento di competenze formative del laureato di 2° livello: la metodologia clinica appartiene all'area delle complessità e, per tale motivo, a questa area appartengono molte competenze attese dal laureato specialista. Tuttavia il contributo si conclude domandandosi quale possa essere il valore aggiunto da attendersi da un infermiere con laurea di 2° livello e quali, in definitiva, gli elementi che costituiscono e definiscono la competenza avanzata.

Lo scenario contemporaneo delle organizzazioni sanitarie e dell'esercizio professionale infermieristico si rapporta in chiaroscuro con gli aspetti di maggiore rilievo della laurea specialistica in scienze infermieristiche. Appare verosimilmente prevedibile il ruolo del laureato specialista all'interno delle

<sup>3</sup> Smith-Kline Consensus Conference, Pracatinat 19 marzo 2002

organizzazioni delle aziende sanitarie, quale responsabile infermieristico del servizio infermieristico e/o di dipartimento, piuttosto che all'interno del settore della didattica universitaria. Sembra più difficile immaginare uno specifico ruolo per la clinica, "quasi a significare che nella clinica rimangono coloro che, per diverse ragioni, non possono impegnarsi in percorsi formativi, sottraendo alla pratica assistenziale talenti e potenzialità che avrebbero potuto essere molto utili allo sviluppo di una infermieristica di qualità"<sup>4</sup>

<sup>4</sup> L. Saiani, I nodi critici per il passaggio dalla laurea alla laurea specialistica, Assistenza infermieristica e ricerca, Vol. 21, N.1, Gen.-Mar.2002, p.3

In attesa che il dibattito, soprattutto quello all'interno della professione, produca ulteriori spunti di riflessione è verosimile aspettarsi che la conclusione dei primi master di 1° livello possa fornire ulteriori elementi ed indizi di natura cognitiva e pedagogica (per gli aspetti inerenti l'esercizio professionale e la contrattualistica dei master si rende opportuno un proprio approfondimento). Altrimenti, come in realtà appare più probabile, bisognerà attendere le prime esperienze formative di laurea specialistica, con tutti i risvolti che si potrebbero accompagnare ad obiettivi formativi e professionalizzanti non ancora del tutto focalizzati.

Allegato

**DECRETO INTERMINISTERIALE 2 aprile 2001  
Determinazione delle classi delle lauree  
universitarie delle professioni sanitarie  
(Pubblicato nel S.O. n. 136 alla  
Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001)**

**Classe 1**

**CLASSE DELLE LAUREE NELLE PROFESSIONI  
SANITARIE INFERMIERISTICHE  
E PROFESSIONE SANITARIA OSTETRICA**

**OBIETTIVI FORMATIVI QUALIFICANTI**

I laureati nella classe sono, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, articolo 1, comma 1, gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica che svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza

nell'età evolutiva, adulta e geriatrica.

I laureati nella classe sono dotati di un'adeguata preparazione nelle discipline di base, tale da consentire loro sia la migliore comprensione dei più rilevanti elementi, anche in relazione al genere, che sono alla base dei processi fisiologici e patologici ai quali è rivolto il loro intervento preventivo e terapeutico, sia la massima integrazione con le altre professioni. Devono inoltre saper utilizzare almeno una lingua dell'Unione Europea, oltre l'italiano, nell'ambito specifico di competenza e per lo scambio di informazioni generali.

Le strutture didattiche devono individuare e costruire altrettanti percorsi formativi atti alla realizzazione delle diverse figure di laureati funzionali ai profili professionali individuati dai decreti del Ministero della sanità. Le strutture didattiche individuano a tal fine, mediante l'opportuna selezione degli ambiti disciplinari delle attività formative caratterizzanti, con particolare riguardo ai settori scientifico-disciplinari professionalizzanti, gli specifici percorsi formativi delle professioni sanitarie ricomprese nella classe.

In particolare, i laureati nella classe, in funzione dei suddetti percorsi formativi, devono raggiungere le competenze professionali di seguito indicate e specificate riguardo ai singoli profili identificati con provvedimenti della competente autorità ministeriale.

Il raggiungimento delle competenze professionali si attua attraverso una formazione teorica e pratica che includa anche l'acquisizione di competenze comportamentali e che venga conseguita nel contesto lavorativo specifico di ogni profilo, così da garantire, al termine del percorso formativo, la piena padronanza di tutte le necessarie competenze e la loro immediata spendibilità nell'ambiente di lavoro. Particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico, svolta con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente assegnati, coordinata da un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per ciascun profilo professionale e corrispondente alle norme definite a livello europeo ove esistenti.

I laureati della classe, in funzione dei suddetti percorsi formativi, devono raggiungere le competenze previste dagli specifici profili professionali. In particolare:

***Nell'ambito della professione sanitaria di infermiere***, i laureati sono operatori sanitari cui competono le attribuzioni previste dal D.M. del Ministero della sanità 14 settembre 1994, n. 739 e successive modificazioni ed integrazioni;



ovvero sono responsabili dell'assistenza generale infermieristica. Detta assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le loro principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria. I laureati in infermieristica partecipano all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identificano i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formulano i relativi obiettivi; pianificano, gestiscono e valutano l'intervento assistenziale infermieristico; garantiscono la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agiscono sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; svolgono la loro attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale; contribuiscono alla formazione del personale di supporto e concorrono direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale e alla ricerca.

***Nell'ambito della professione sanitaria di ostetrico/a***, i laureati sono operatori sanitari cui competono le attribuzioni previste dal D.M. Ministero della sanità 14 settembre 1994, n. 740 e successive modificazioni ed integrazioni; ovvero assistono e consigliano la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conducono e portano a termine parti eutocici con propria responsabilità e prestano assistenza al neonato. I laureati in ostetricia, per quanto di loro competenza, partecipano ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità; alla preparazione psicoprofilattica al parto; alla preparazione e all'assistenza ad interventi ginecologici; alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile; ai programmi di assistenza materna e neonatale; gestiscono, nel rispetto dell'etica professionale, come membri dell'equipe sanitaria, gli interventi assistenziali di loro competenza; sono in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza; svolgono la loro attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale; contribuiscono alla formazione del personale di supporto e concorrono direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale e alla ricerca. Le attività pratiche e di tirocinio vanno svolte, sia qualitativamente che quantitativamente, in applicazione delle relative norme dell'Unione Europea, in particolare lo standard formativo deve rispettare la direttiva 80/154/CEE.

***Nell'ambito della professione sanitaria di infermiere pediatrico***, i laureati sono operatori sanitari cui competono le attribuzioni previste dal D.M. del Ministero della sanità 17 gennaio 1997, n. 70 e successive modificazioni ed integrazioni; ovvero sono responsabili dell'assistenza infermieristica pediatrica. Detta assistenza infermieristica pediatrica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le loro principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili in età evolutiva e l'educazione sanitaria.

I laureati in infermieristica pediatrica partecipano all'identificazione dei bisogni di salute fisica e psichica del neonato, del bambino, dell'adolescente, della famiglia; identificano i bisogni di assistenza infermieristica pediatrica e formulano i relativi obiettivi; pianificano, conducono e valutano l'intervento assistenziale, infermieristico, pediatrico; partecipano ad interventi di educazione sanitaria sia nell'ambito della famiglia che della comunità, alla cura di individui sani in età evolutiva nel quadro di programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e degli incidenti, all'assistenza ambulatoriale, domiciliare e ospedaliera dei neonati, all'assistenza ambulatoriale, domiciliare e ospedaliera dei soggetti di età inferiore a 18 anni, affetti da malattie acute e croniche, alla cura degli individui in età adolescenziale nel quadro dei programmi di prevenzione e supporto socio-sanitario; garantiscono la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agiscono sia individualmente sia in collaborazione con gli operatori sanitari e sociali; si avvalgono, ove necessario, dell'opera del personale di supporto per l'espletamento delle loro funzioni; svolgono la loro attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale; contribuiscono alla formazione del personale di supporto e concorrono direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale.

## BIBLIOGRAFIA

DECRETO INTERMINISTERIALE

2 aprile 2001

Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie

M.G. De Marinis et al.

Linee guida per un progetto di laurea specialistica in scienze infermieristiche

Federazione Nazionale

Collegi Ipasvi

1° edizione dicembre 2002

L. Saiani

I nodi critici per il passaggio dalla laurea alla laurea specialistica, Assistenza infermieristica e ricerca, Vol. 21, N.1

Gen.-Mar. 2002, pp.2-5

P. Di Giulio et al.

Modelli e metodologie o anche clinica nella laurea specialistica in scienze infermieristiche,

Assistenza infermieristica e ricerca, Vol. 22, N.1

Gen.-Mar. 2003, pp.19-26

INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI  
VIGILATRICI D'INFANZIA  
Collegio Provinciale di Brescia



Gentile Collega,  
ti ricordiamo di seguito:

l'indirizzo del sito Web: **www.ipasvibs.it**

l'indirizzo e-mail: **info@ipasvibs.it**

il numero di telefono: 030 291478

i numeri di fax: 030 43194 / 030 2939581

gli orari di apertura al pubblico sono:

lunedì e venerdì 14,30/17,30 (fino al 30/05/2004)

martedì e giovedì 9,00/11,00

mercoledì chiuso

Dal 1° giugno 2004 gli orari di apertura al pubblico sono:

Lunedì e venerdì dalle ore 14,00 alle ore 17,00.

Gli altri giorni l'orario rimane invariato.

VIA MORETTO N° 42/A - 25121 BRESCIA

27 marzo 2004

Assemblea annuale e relazione della presidente

Cari colleghi, si è concluso il primo anno di attività di questo Consiglio Direttivo, e mi sembra opportuno fare il punto della situazione informandovi delle iniziative e delle attività messe in essere in questi mesi di mandato e lasciare poi a voi, nel dibattito, commenti e suggerimenti.

Il Collegio di Brescia si è dato un proprio piano strategico per il triennio 2003-2005 con delle priorità esplicitate e condivise pubblicamente nell'assemblea del 12 maggio dello scorso anno.

La relazione è della Presidente  
**Federica Renica**

## GLI OBIETTIVI PREDEFINITI SONO STATI RAGGIUNTI ATTRAVERSO:

- I periodici incontri del Consiglio Direttivo per la realizzazione delle attività istituzionali;
- I periodici incontri delle Commissioni per il raggiungimento degli obiettivi specifici;
- Lo stimolo continuo agli iscritti in merito ai problemi della professione;
- L'attivazione di periodici incontri di aggiornamento per la crescita culturale degli iscritti;
- La collaborazione con organizzazioni politiche, sociali, professionali;
- La collaborazione attiva con il Coordinamento Regionale Collegi Lombardi;
- Partecipando agli incontri ed aderendo agli indirizzi della Federazione Nazionale.

## COMUNICAZIONI COLLEGIO



Nell'ambito dell'assemblea si sono tenute due relazioni a cura del **Dott. BIZIOLI** e della **Prof.ssa Emma CARLI**, rispettivamente sulla Libera Professione e sulla Formazione Universitaria.

Prima di procedere alla presentazione, ed alla successiva votazione del bilancio consuntivo 2003, ritengo opportuno descrivere seppure in modo schematico le attività realizzate nel corso dell'anno.

Tale descrizione di fatto supporta e consente di meglio comprendere il bilancio consuntivo che verrà illustrato dal Tesoriere.

## ATTIVITA' SVOLTE DAL COLLEGIO IP.AS.VI. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA NELL'ANNO 2003

### • 1- OPPORTUNITA' FORMATIVE ACCREDITATE ECM

- 21 marzo 2003: “**La Relazione d'aiuto ...oltre il dialogo**”, partecipanti n°438
- 22 marzo 2003: “**Malattie rare e patologie emergenti: implicazioni per l'assistenza infermieristica**”, partecipanti n°715
- 5-6 giugno 2003 “**BTLS: BASIC TRAUMA LIFE SUPPORT E MACROEVENTO**” partecipanti n°20organizzato dal CIVES
- 13-20/09/2003 “**BTLS: BASIC TRAUMA LIFE SUPPORT E MACROEVENTO**” partecipanti n°20organizzato dal CIVES
- 8 novembre 2003 “**La Relazione d'aiuto .. oltre il dialogo** “, partecipanti n°381
- 6 dicembre 2003 “**SARS – Sindrome Respiratoria Acuta Severa: aspetti clinico assistenziali e principi di educazione sanitaria**” partecipanti n°302
- 13 dicembre 2003 “**SARS – Sindrome Respiratoria Acuta Severa: aspetti clinico assistenziali e principi di educazione sanitaria**” partecipanti n°262

Per un totale di n° 1423 partecipanti all'offerta formativa del Collegio



- 2- Opportunita'formativa rivolta ad infermieri non appartenenti ALL'U.E. :31 incontri individualizzati;
- **3- Incontri per la sensibilizzazione dei giovani alla scelta professionale infermieristica “ORIENTANDO SENIOR”** 12-13-14-febbraio presso Istituto IPSSCS SRAFFA a Brescia, dove è stato distribuito un CD interattivo sulla professione;
- **4- Supporto e consulenza** ai colleghi per l'attivazione e

la gestione della **libera professione**, è stato deliberato 1° Studio Associato e rilasciata 1^ autorizzazione alla Pubblicità Sanitaria;

- **5** - Promossa la **visibilità del Collegio** sui media locali in occasione della commemorazione della giornata del 12 MAGGIO e in occasione di un inserto sulla TERZA ETA'.
- **6- Ultimato il progetto per il sito Web** del Collegio: [www.ipasvibs.it](http://www.ipasvibs.it) per un migliore collegamento/rapporto con gli utenti,
- **7- Confermata**, con la visita di sorveglianza del mese di ottobre, **la certificazione di conformità** dell'Ente Collegio **alla norma ISO 9001/2000**, riconoscimento rilasciatoci dall'organismo internazionale di certificazione SGS.

### ATTIVITA' ISTITUZIONALI SVOLTE NEL 2003

ATTIVITA' ISTITUZIONALE	LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sedute Consiglio Direttivo</li> <li>• iscritti albo comunitari</li> <li>• iscrizione all'Albo infermieri extracomunitari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n° 26 sedute</li> <li>• n° 182 iscritti comunitari</li> <li>• n° 66 iscritti extracomunitari</li> <li>• incontri per attivazione pro-cedura riconoscimento titolo cittadini non u.e.</li> <li>• preparazione materiale da consegnare ai cittadini stranieri per esame</li> <li>• n° 16 commissioni insediate per espletamento esami</li> <li>• attestazione superamento esame</li> </ul>

ATTIVITA' ISTITUZIONALE	LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• incontri Coordinamento Collegi Lombardi</li> <li>• rapporti con l'Università'</li> <li>• rapporti con la Regione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n° 1-2 incontri al mese a Milano per studio e preparazione documenti da presentare alle istituzioni – Regione o iscritti</li> <li>• nomina rappresentante del collegio all'interno commissione esami DUI e DI, per le 2 sessioni annue presso L'Università' degli studi di Brescia e presso la Cattolica-Poliambulanza</li> <li>• n° 4 incontri e relazioni con Assessorato alla Sanita' per esami OSS, Infermieri extra-comunitari, osservatorio delle professioni-formazione complementare ed universitaria</li> </ul>

<p><b>ATTIVITA' ISTITUZIONALE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rapporti con la Federazione</li> <li>• rapporti con la Cassa di Previdenza</li> <li>• rapporti con i mass media</li> <li>• rapporti con le strutture sanitarie</li> </ul>	<p><b>LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n° 4 incontri Consiglio Nazionale a Roma</li> <li>• incontri in sede, su richiesta, per problematiche inerenti la Cassa di Previdenza.</li> <li>• n° 2 interventi acquisto di una pagina su quotidiani locali giornata 12 maggio e inserto terza eta'.</li> <li>• n° 1 incontri mese comitato etico azienda Spedali Civili</li> <li>• n° 1 incontro consulta ASL di Brescia</li> </ul>
--	---

<p><b>ATTIVITA' ISTITUZIONALE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• risposte a quesiti professionali</li> <li>• consulenze</li> <li>• certificazione del Collegio IPASVBS</li> </ul>	<p><b>LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n° 115 risposte sia scritte che telefoniche</li> <li>• n° 6 consulenze legali</li> <li>• n° 10 consulenze fiscali</li> <li>• n° 34 consulenze professionali</li> <li>• attivita'svolta in sede Responsabile Qualita' Renica Federica fino al 22 ottobre quindi incaricata Bazzoli Laura</li> </ul>
---	---

Alle **attività** ricordate vanno aggiunte quelle di tipo più strettamente **istituzionali**, di rappresentanza e di consulenza che da tempo vengono assicurate e che sono riassunte negli schemi seguenti:

Dopo la relazione del Tesoriere, Gabriele Martinelli, e la Relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti, Raffaele Della Cave, seguono le:

### **OPERAZIONI DI VOTO DEL BILANCIO CONSUNTIVO 2003**

Avete ricevuto un tesserino di voto, in numero identico alla capacità di espressione di voto che avete: 1, 2 o 3 a seconda del numero delle deleghe che avete.

I presenti sono: **67** i deleganti sono **9** e, quindi la capacità di espressione di voto e' **76** voti.

La messa in votazione del bilancio consuntivo 2003 da il seguente risultato delle operazioni di voto :

Favorevoli n° **75**

Nessun contrario

N° **1** astenuto

## OBIETTIVI ED ATTIVITA' PER IL 2004

Gli obiettivi da perseguire e le attività da porre in essere nel corso del 2004 si richiamano alla relazione programmatica 2003-2005 e allo **scenario politico/professionale** del contesto attuale.

Sotto il profilo professionale il 2003 si chiude con una buona

notizia: i ministeri competenti hanno finalmente completato, dopo numerosi rinvii, l'iter procedurale per far partire la laurea specialistica in Scienze Infermieristiche. Come riportato su "il Sole 24 Ore Sanità" del 2-8- marzo 2004 "Infermieri "specialisti" ma solo alla Cattolica", la laurea specialistica attivata alla Cattolica di Roma non deve rappresentare la prima e unica risposta "universitaria" ai bisogni formativi della professione infermieristica. Dovrà essere presidiato questo aspetto e, in sinergia con la Federazione, dovremo agire a livello Regionale perché politicamente si



faccia pressione affinché il ministero dell'università emani i decreti previsti dagli art. 3 e 4 della legge 263/1999 sulla ripartizione dei posti e sulle modalità delle prove di ammissione alle lauree di secondo livello per le professioni sanitarie.

D'altro canto è evidente che, senza lo sbocco specialistico, non si può realizzare un concreto autogoverno della professione se i suoi dirigenti non potranno vantare percorsi di studio analoghi a quelli delle altre professioni sanitarie. Anche per il contratto Sanità- il traguardo sembra essere vicino. Il Consiglio dei Ministri ha approvato nella riunione del giorno 20 febbraio 2004 il CCNL 2002-2005 del personale del comparto sanità, che deve essere registrato dalla Corte dei Conti, prima di essere applicato a tutte le strutture pubbliche d'Italia.

Così dicasi pure per l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo professionale. In commissione al Senato trovato l'accordo per proceder in sede deliberante.

Per il 2004 prorogate le prestazioni aggiuntive!

L'impegno del sottosegretario alla Salute Senatore Cesare Corsi, ha prodotto l'articolo 16 del DL 24/12/03 che proroga al 31/12/04 l'istituto delle prestazioni aggiuntive.

Sulla base di tale significativo risultato ora occorre che, con le OO.SS. CGIL, CISL e UIL in sinergia, ci si impegni per l'evoluzione delle prestazioni aggiuntive in libera professione infermieristica intra moenia.

### **Mercato Del Lavoro**

Un settore che ci vede particolarmente preoccupati è quello relativo al reclutamento e avviamento nel mercato del lavoro provinciale degli Infermieri extracomunitari.

La preoccupazione che esprimo e socializzo con voi ha più valenze:

una relativa al fenomeno del facile reclutamento di infermieri, attuato da cooperative o società di servizi che, con accordi di vario genere e non ben definiti, inseriscono questi infermieri nelle istituzioni socio-sanitarie pubbliche e private, quando non sanno ancora parlare la nostra lingua, o la parlano in modo insufficiente, causando non poche difficoltà agli utenti e ai colleghi.

L'altra è la condizione di coercizione che queste persone subiscono, ad opera di questi "benefattori" per poter esercitare la propria professione in un Paese straniero.

Un terzo problema è rappresentato dal fenomeno del lavoro nero.

Ora, nel mio editoriale "Infermieri e doppio lavoro" avevo affermato l'assoluta contrarietà a questa pratica abusiva, in quanto lesiva della dignità e del decoro della professione, attuata da chi accetta di lavorare in nero e/o sotto i minimi tariffari.

Inoltre chi fa il doppio lavoro si presume voglia guadagnare di più peccato che, offrendosi a buon mercato, riduce la capacità contrattuale della professione. E' chiaro che il datore di lavoro, Istituzione, Cooperativa, Società, o qualsiasi altro soggetto che, senza scrupoli e con scopi speculativi, non avrà difficoltà a sostituire il professionista con altro infermiere disonesto che si accontenterà di cifre inferiori al minimo tariffario.

Anche in questo caso vengono utilizzati/ sfruttati gli infermieri stranieri. Non a caso sul giornale di Brescia di sabato 6 e domenica 7 marzo era riportato il seguente annuncio: "Infermieri professionali in ambito psichiatrico cercasi. preferibilmente stranieri con regolare permesso soggiorno e titolo abilitante. zona Montichiari, possibilità alloggio.- 333.....

Il fenomeno è in aumento e, quale Presidente e a nome del Consiglio Direttivo, ribadisco la ferma intenzione di agire disciplinarmente, nel caso ci pervengano segnalazioni sul doppio lavoro, nei confronti del professionista doppiolavorista per gravissima concorrenza sleale nei confronti dei colleghi e per svilimento dell'immagine della professione verso l'utenza.

Per contrastare il fenomeno del lavoro nero e dello sfruttamento di cittadini stranieri è in fase di attivazione un gruppo di lavoro con le OO.SS. provinciali per ricercare modalità e strategie per combattere questo problema e tutelare la dignità e i diritti degli infermieri.

Inoltre con il sindacato è in corso un dialogo costruttivo per ricercare modalità di utilizzo e riconoscimento delle prestazioni aggiuntive con ricerca di possibili forme di convenzionamento, fra strutture, per l'impiego dei professionisti, fermo restando la salvaguardia delle direttive CE recepite con il Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n° 66

### **Rapporto con gli Enti :**

A richiesta dell'Ente, a cui il professionista infermiere ha autocertificato l'iscrizione, viene rilasciata dall'I.p.a.s.v.i. attestazione d'iscrizione all'albo o smentita in caso di mancato riscontro; In relazione al controllo sull'esercizio della professione infermieristica presso Aziende o strutture Ospedaliere, sia pubbliche sia private, il Collegio ha richiesto alle strutture di avere conoscenza dei contratti di collaborazione professionale stipulati con studi associati, società semplici o cooperative sociali, al fine di verificare il rispetto della normativa vigente e del codice deontologico da parte dei propri iscritti.

Molte delle strutture pubbliche e private hanno rifiutato di aderire alla richiesta di accesso ai dati personali o sensibili effettuata dal Collegio IPASVI, motivando sull'esistenza di un divieto desunto dal D.lgs. 30 giugno 2003, n.196.

Ad avviso del Collegio, il diritto di accedere ai dati richiesti e all'informativa può avvenire nell'ambito delle regole fissate dallo stesso decreto, sicchè riteniamo illegittimo il rifiuto opposto dalle suddette strutture di comunicare tali dati, poiché impedisce al Collegio l'esercizio della funzione di controllo e disciplinare.

E' stato pertanto **richiesto al Garante** di esprimere parere sul rifiuto, opposto da parte di taluni enti al Collegio IPASVI di Brescia, di accesso ai dati e alle informative, e di emettere ogni

provvedimento ritenuto opportuno a superare tale diniego, sussistendo la tutela di un interesse pubblico rilevante da perseguire.

### **Rapporti con i Collegi Provinciali della Regione Lombardia**

Il lavoro che il Coordinamento Regionale dei Collegi Lombardi sta portando avanti con la Regione, le Università, con la Federazione Nazionale, comporta un continuo confronto e condivisione.

La partecipazione al Coordinamento Regionale fa sì che, forti di una coesa rappresentatività, si abbia più possibilità di incidere propositivamente nei confronti dell'organismo Regione ed Assessorato alla Sanità.

### **Rapporti con la Federazione Nazionale**

Molte sono le iniziative promosse dalla Federazione che hanno avuto una ricaduta operativa sul Collegio Provinciale:

L'attivazione del sistema di protezione legale e pronto soccorso giuridico a favore di tutti gli iscritti che vorranno aderire tramite il Collegio di appartenenza. Al 24 marzo c.a. hanno aderito n° 134 iscritti.

Rafforzare e promuovere l'identità, l'immagine e lo status degli IPASVI aderendo alla campagna immagine della Federazione e, per il 12 maggio in sinergia con tutti i collegi della Lombardia, diffondere un unico messaggio su tutti i quotidiani provinciali; Vigilare sui bandi di concorso universitari per l'attivazione di cattedre in infermieristica e, se necessario, inoltrare ricorso;

Mercato del lavoro :definizione di protocolli d'intesa per l'avvio al lavoro di cittadini stranieri; attività già intrapresa a livello Regionale con il Coordinamento Collegi Lombardi;

Possibile ricorso al fondo di solidarietà, istituito dalla Federazione, per il recupero dei crediti (iscritti morosi appartenenti ai singoli collegi provinciali);Approvato in Consiglio Nazionale il regolamento di amministrazione e contabilità della Federazione;

Attuare una revisione del regolamento suddetto e sua adozione entro il 2004;

Attuare una revisione dell'attuale sistema di gestione del protocollo;

La Federazione ha già commissionato un software che rappre-

senta il sistema di gestione del protocollo informatico e dei flussi documentali come previsto dal Decreto MIT 14 ottobre 2003  
Costruzione di un Albo Nazionale

Notizia importante per la quale si esprime vivo apprezzamento alla Federazione, per l'obiettivo raggiunto, è l'istituzione della FEPI –(Federazione Europea Professioni Infermieristiche) con presidenza Italiana

Collaborazione per la celebrazione dei 50 anni dei Collegi Provinciali e della Federazione Nazionale che avrà il suo culmine a Roma il 29 ottobre con un concerto di Claudio Baglioni. L'iniziativa, oltre che celebrativa ha un obiettivo solidaristico: il contributo di partecipazione sarà devoluto a sostegno dei paesi più deboli.

Per favorire il rapporto con gli utenti Dal 27 febbraio è on-line il nuovo sito del Collegio di Brescia, all'indirizzo [www.ipasvibs.it](http://www.ipasvibs.it) Il sito si colloca all'interno del progetto di comunicazione ed informazione del Collegio finalizzato alla promozione e allo sviluppo professionale dei propri iscritti e ad una maggior visibilità all'esterno della professione.

**Per realizzare gli obiettivi occorre agire anche sullo sviluppo di Politiche di gestione delle risorse umane del Collegio mediante:**Adeguamento contrattuale delle dipendenti del Collegio;

La definizione di un contratto determinato con l'assunzione di un nuovo operatore

Lo studio e la flessibilizzazione delle funzioni

L'attivazione di corsi di aggiornamento/addestramento.

**Attuare una corretta gestione della sede e delle apparecchiature mediante:**attuazione di un contratto pulizia sede;

la predisposizione e attuazione dell' ampliamento dell'attuale sistema informatico con l' acquisizione di nuovi software e nuove apparecchiature;

l'acquisizione del programma di gestione finanziaria;

l' acquisizione del programma Protocollo ;

l'acquisto di un server per il salvataggio dei dati.

### **COME REALIZZARE GLI OBIETTIVI**

Anche per il 2004 il Collegio IP.AS.VI. di Brescia intende strutturare le attività, delle varie commissioni, come asse portante per rendere concreti gli obiettivi programmatici.

Per realizzare ciò è necessario incrementare la parteci-

pazione degli iscritti alle attività delle commissioni del Consiglio Direttivo.

Il mio è un invito affinché qualcuno offra la sua adesione .

**Le commissioni attive sono:**

Commissione Libera Professione

- Responsabile Giovanna Bertoglio;

Commissione Formazione

- Responsabile Claudio Prandelli;

Commissione Pareri Legali-Fiscali-Professionali

- Responsabile Federica Renica;

Commissione Pubbliche Relazioni

- Responsabile Laura Bazzoli

Commissione sito Web

- Responsabile Guglielmo Guerriero

Commissione Rivista Tempo di Nursing

- Responsabile Stefano Bazzana;

Commissione CIVES

- Rappresentanti Laura Manara e Caterina Robolini;

Consulta provinciale educazione alla salute dell'ASL

- Rappresentante Giandomenica Brodini;

Comitato Etico-Spedali Civili

- Rappresentante Stefano Bazzana

Coordinamento Regionale Collegi IPASVI Lombardia

- Laura Bazzoli su delega della Presidente

Rappoti con Federazione Nazionale Collegi-Consigli Nazionali

- Federica Renica e/o Laura Bazzoli o altro Consigliere

Commissione esami-formazione cittadini stranieri

- Responsabile Federica Renica

Responsabile sistema qualità

- dal 2003 Laura Bazzoli

Prima di lasciare la parola al Tesoriere, un ringraziamento anche ai professionisti consulenti che ci aiutano in tutti quei campi, non specifici della professione infermieristica, ritenuti indispensabili per la funzionalità del Collegio; alle nostre collaboratrici, Carlamaria, Valeria e da poco anche Rosetta; a tutti gli iscritti che partecipano, in vario modo, alla vita del Collegio.

**OPERAZIONI DI VOTO DEL BILANCIO PREVENTIVO 2004**

Avete ricevuto un tesserino di voto, in numero identico alla

capacita' di espressione di voto che avete: 1, 2 o 3 a seconda del numero delle deleghe che avete.

I presenti sono: **67** i deleganti sono **9** e, quindi la capacita' di espressione di voto e' **76** voti.

La messa in votazione del bilancio consuntivo 2003 da il seguente risultato delle operazioni di voto :

Favorevoli n° **76**

Nessun contrario

Nessun astenuto

## **MOMENTO DI CELEBRAZIONE**

### **35 anni di Albo per 14 Colleghi**

Sono 14 i Colleghi (5 Assistenti Sanitari e 9 Infermieri) che quest'anno compiono i 35 anni di iscrizione negli elenchi dell'Albo. Riceveranno un dono – ricordo, dal Collegio di Brescia, in occasione dell'Assemblea annuale degli iscritti e nella ricorrenza del 50° della sua istituzione.

Ecco i loro nomi: Antonioli Margherita, Bolpagni Andreina, Brodini Giandomenica, Capelli Teresa, Fava Michela, Galli Elisabetta, Molinari Luanella, Mondinelli Engarda, Poli Franca, Ravelli Domenica, Rivadossi Fausta Sr. Silvia, Rivetta Angela, Trolese Maria, Zicchetti Carla

## **50 ANNI DI ISTITUZIONE DEL COLLEGIO IPASVI DI BRESCIA**

In questa giornata con la quale si vuole festeggiare i 50 anni di istituzione del Collegio IPASVI di Brescia, un grazie ed un augurio particolare alle presidenti presenti Milani, Cantoni, Boldi, Carli, per la loro partecipazione e testimonianza, e un ricordo alle colleghe, di seguito riportate, perchè hanno fatto la storia e costituito le radici della professione infermieristica a Brescia.

Ecco i nomi delle presidenti in questi 50 anni di storia del Collegio:

1955-57: Bertoni M. Antonietta,

1957-58: Milani Rita,

1958-60: Milani Rita,

1960-63: Consonni Maria,

1963-66: Cantoni Mariateresa,

1966-69: Cantoni Mariateresa,  
1969-72: Cantoni Mariateresa,  
1972-75: Cantoni Mariateresa,  
1975-78: Cantoni Mariateresa,  
1978-81: Cantoni Mariateresa,  
1981-84: Cantoni Mariateresa,  
1984-87: Cantoni Mariateresa,  
1987-90: Boldi Adriana.,  
1990-93: Carli Emma,  
1993-96: Carli Emma,  
1996-99: Carli Emma,  
1999-03: Carli Emma.

Ha fatto seguito una breve relazione di Suor Amedea Ruggeri quale testimonianza della presenza, da 150 anni, della Congregazione delle "Suore Ancelle della Carità di Santa Maria Crocifissa di Rosa" presso il nosocomio cittadino degli Spedali Civili.

Vi ringrazio per la fiducia accordata, con l'espressione delle votazioni, al Consiglio Direttivo e per la Vostra partecipazione .

**UN GRAZIE E UN SALUTO A TUTTI**

L'Africa ... un safari nel Masai Mara ... Le mie sensazioni

**Angela G. Ferrari**

Neurochirurgia Spedali Civili di Brescia

“...In mezzo alla natura selvaggia, avevo imparato a guardarmi dai movimenti bruschi. Gli uomini civilizzati non sanno più cos'è la vera calma e, devono prendere lezioni di silenzio dal mondo selvaggio...L'arte di muoversi con delicatezza, senza scatti improvvisi, è la prima arte del cacciatore, soprattutto del cacciatore con la macchina fotografica...che deve vivere col vento, coi colori, con gli odori del paesaggio, adattarsi al ritmo dell'insieme...Quando si riesce a cogliere il ritmo dell'Africa ci si accorge che è identico in tutta la sua musica ...” **K.Blixen**

Jambo! E' con un saluto in lingua swahili che vi presento la mia esperienza nella savana Kenyota, sconfinata e tanto bella da far venire il “mal d’Africa”. Vivo in Kenya da qualche mese ed ogni giorno mi trovo a condurre esperienze che sarebbero davvero da raccontare, tutte quante, una per una! Fra tutte, una in particolare ritengo doverla riportare, facendo il possibile per regalare ai lettori, le meravigliose sensazioni che io stessa ho provato, immersa nei suoni tribali della savana africana. Inizia così la mia avventura...Evviva! Il Masai Mara, una riserva naturale che fa parte dell'ecosistema del Serengeti... che spettacolo! Mi pare di vivere un sogno.... O meglio, credevo di vivere da protagonista, un documentario vissuto, sino a quell'istante, solo davanti ad un televisore. Immersa nella magia di luoghi remoti, dove pace e tranquillità fanno da padrone, mi viene insegnato che, lo spettacolo della natura si rinnova ad ogni stagione offrendo i volti di un paradiso popolato da una moltitudine d'animali, mille colori, mille profumi ed aromi. Scopro la fauna attraverso il bush: cerco gli animali, seguendo le loro impronte sul terreno, soprat-

SCAFFALE



tutto gli elefanti imbrattati di rosso dalla terra della savana. Sembrano quasi dipinti..ebbene, vederli tornare al loro colore naturale, cioè grigio, mentre si lavano nei laghi, a pochi metri dal lodge dove dormo è davvero esaltante! Vengo svegliata al sorgere del sole, per ammirare il risveglio della natura : grazie a degli esperti drivers, mi sono inoltrata in angoli suggestivi e affascinanti; ho ammirato animali a distanze ravvicinate, ho potuto vedere di persona i leoni dopo che si erano mangiati una zebra, sdraiati all'ombra di un cespuglio di foglie....Ho incrociato lo sguardo con uno di loro..... Mio Dio! Ma che grandi occhi verdi! Che sguardo magnetico! Pensavo di sciogliermi dall'emozione! Leonesse con relativi cuccioli.. passeggiare sui rossi sentieri della savana.... Con una fitta nebbia che offuscava gli sguardi...Una miriade di zebre e gazzelle... facoceri a volontà...iene con figliame a carico...giraffe dalle lunghe ciglia da sembrare delle bambole.Non dimenticherò mai, la classe del ghepardo ....Avrebbe fatto invidia ad un'indossatrice! Durante la notte,ho riposato presso il Mara Serena Safari Lodge posto sopra una collina che permetteva di ampliare lo sguardo per chilometri di spazio (soprattutto grazie all'ausilio di un potente cannocchiale). Ero sola, nella mia stanza, avvolta dal silenzio notturno che animava la savana,misto talvolta a versi d'animali, mi faceva rabbrivire! Nel Masai Mara, (1700mt. d'altezza), il mattino fa piuttosto freddo. (10°C), quindi ben coperta, sono condotta in riva ad un fiume dove, ad una decina di metri da me, facevano il bagno decine d'ippopotami e coccodrilli: spettacolare! Ho inoltre l'occasione di vedere, alcuni masai, tipici indigeni, vestiti ancora con il loro lungo abito rosso , tutti con i capelli lunghi e neri (gli uomini con i lunghi capelli sono nubili; gli uomini con il capo rasato, sono sposati) passeggiare per le sterpaglie del bush. I masai sono un popolo di cacciatori che vivono nella riserva Mara e si cibano ancora di sangue e latte,niente carne, che viene invece, data da mangiare alle donne. Insomma credo di avervi raccontato i punti salienti del mio safari... Talvolta credo di aver narrato solo uno splendido sogno...

Buon Lavoro a tutti!



“Rossi sentieri del Kenya. Anime in viaggio tra fantasia e realtà”.  
Wanda Meneghelli, Gangemi Editore, 2000. pp 160

A cura di: **Angela G. Ferrari**

Una sorta di diario testimonianza attraverso i grandi Parchi Nazionali del Kenya, Malindi e la sua spiaggia bagnata dall'Oceano Indiano, i drammi, le simbologie e le vicissitudini di un popolo carico di tensioni e drammi.

“L’Africa è fatta d’essenzialità”, così scrive l’autrice, tanto innamorata del Kenya da ambientarvi curiose storie che delineano il suo amore per la terra africana, per lo spirito ed il senso del tempo vissuto dalla gente locale. La rappresentazione dei paesaggi, degli animali, di fatti e fenomeni della vita, l’hanno portata a dedicarvi pagine intense e profonde. Con l’abilità di un reporter, mediante racconti e appunti di viaggio, ci viene presentata la realtà di un paese, dove magia e drammi si confrontano ogni giorno. Il libro è suddiviso in quindici capitoli ognuno dei quali, descrive ritratti del vissuto quotidiano, rimasti negli occhi e nel cuore dell’autrice, “perché il domani, è già diventato storia”. Il tempo non ha senso né valore per il popolo africano abituato a stagioni sempre uguali, scandite solo dal ritmo della pioggia. La tradizione storica di Malindi, chiamata “l’anticamera di Dio”, vede ancor oggi i giapponesi, impegnati nella costruzione di una strada che dovrebbe congiungere il Kenya con l’Egitto, attraverso il Sudan. Mentre le nuvole galoppo nel cielo come branchi di bufali selvaggi, per le strade di Malindi, si vedono bar con le sedie spagliate, polvere sollevata dai mezzi che attraversano l’unica strada asfaltata del paese, una folla policroma di gente fatta di Giriama, qualche pallido inglese con i pantaloncini corti, arabi con i loro lunghi abiti bianchi e cappellino, gli italiani con calzoncini e le inevitabili ciabatte. Malindi, la sua vita, la sua gente, i suoi profumi, i suoi odori, le cene swahili, i mitici askari guardiani di case private, le bancarelle improvvisate in cui si vendono dalle ciabatte, alle statuette dei Masai in legno, all’ananas gigantesco con dei pennacchi che lo fanno assomigliare ad un guerriero medioevale. L’insieme con-

## SCAFFALE



tribuisce a determinare l'inconfondibile odore d'Africa. Come scrisse Anatole France: "due sentimenti sono necessari all'uomo. "l'ironia che rende la vita piacevole e la pietà che la rende sacra", così tra le pagine, si rivivono i sentimenti più elementari come l'amicizia e la confidenza, la generosità e la disponibilità, mescolati ad una dose di humour che è necessario in Africa, paese imprevedibile e dalle mille emozioni. Sono descritte case senza finestre per sentirsi parte integrante della natura; funerali comici in cui il corpo del defunto, seppellito nell'Oceano, ritorna sulla riva dopo due giorni per non essere stato zavorrato! Tutto ciò è il mal d'Africa, scandito dalla nitida atmosfera che porta con sé odori d'erbe selvatiche ed animali... come se epoche passate tornassero a mescolarsi con il presente facendoti sentire improvvisamente legato a questa terra, come fosse il punto d'inizio della scuola dell'uomo. Sulla melodia di un concerto a più voci di rane toro, il borbottio di un elefante che aspira acqua dalla proboscide lavandosi e lisciandosi, il martellare degli zoccoli di decine di zebre, così ci viene descritta l'esperienza del safari, vissuto dall'autrice con alcuni amici: lo Tsavo, il Parco più grande del Kenya, il "Mount Kenya Safari Club" l'elegante lodge fatto costruire dall'attore William Holden, situato accanto alla fattoria museo di Karen Blixen, il deserto, la savana, la vegetazione tropicale, la foresta pluviale, la fossa tettonica della Rift Valley, la macchia mediterranea, baobab, manghi, acacie, banani, e, sciamani che con riti propiziatori, e gesti magici, augurano una caccia abbondante. Si finisce di leggere il libro, con una domanda in testa (e non è cosa da poco): cosa significa capire la storia e rispettare il popolo africano emarginato dal progresso? L'autrice c'insegna a non giudicare con il metro della nostra civiltà, fatta di millenni di filosofie e calcoli matematici un popolo che, vive secondo le leggi della natura, sollecitato solo dalle necessità che la pioggia o la siccità imprimono ai loro bisogni! Sulle note del "bango" il ballo africano in cui si ondeggia il corpo, in memoria delle antiche danze tribali... Buon Africa a tutti!

