

Professione ... infermiere

Federica Renica

Presidente Collegio IPASVI di Brescia

La situazione generale dell'Assistenza Infermieristica sta vivendo un periodo difficile.

L'infermiere è un professionista, ma nella realtà questa idea non è ancora molto diffusa.

La vera sfida che la Professione Infermieristica sta affrontando in questo millennio riguarda soprattutto il passaggio da una pratica fondata sulla tradizione a una pratica supportata e sostenuta dall'evidenza scientifica.

Il nostro mandato, come infermieri, è quello di garantire una risposta adeguata alla domanda di assistenza infermieristica, nel contesto attuale, che purtroppo è caratterizzato da una grave carenza di risorse professionali.

Con l'anno accademico 2004/2005, partiranno in alcune Università i corsi di laurea specialistica in Scienze Infermieristiche.

Per noi infermieri dunque ancora una volta è un momento di forte cambiamento che si realizza attraverso:

- lo sviluppo della professionalità (formazione),
- la revisione dei modelli organizzativi,
- il governo del cambiamento.

Il cambiamento deve però riflettere e sottolineare la responsabilità dell'infermiere in termini di appropriatezza e pertinenza del processo assistenziale.

Per migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari partecipi al progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza dell'assistenza prestata, la Regione Lombardia con la D.g.r. 5 agosto 2004 n° 7/18576, ha emanato le "Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) in Lombardia".

Il processo di cambiamento riguarda anche i Collegi il cui scopo è la tute-

EDITORIALE



la della professione e dell'utente.

Secondo la citata Delibera Regionale Ordini, Collegi e Associazioni Professionali hanno il prevalente ruolo di registrare, attestare e dare visibilità, previa richiesta dell'interessato, al percorso formativo ECM fatto dai propri iscritti, nel rispetto della normativa vigente.

Ciò porta a riaffermare, al di là di quanto riportato su quotidiani o volantini, che l'iscrizione all'Albo è lo strumento imprescindibile ed indispensabile per formare e creare culturalmente una categoria professionale, al quale l'ordinamento giuridico riconosce uno status, con assunzione da parte degli iscritti di relativi obblighi nei confronti del Collegio e, di conseguenza, nei confronti della collettività, per la tutela di quegli interessi collettivi e pubblici cui sono preposti.

Tutto ciò nonostante la consapevolezza di essere forzati dall'organizzazione a condizioni di lavoro che non tengono conto del numero di pazienti e della loro gravità.

D'altro canto, il prendersi cura, non è dimostrabile o descrivibile in grafici e tabelle, non è protocollabile, né lascia tracce nelle nostre cartelle, perché concludendosi nello stesso momento in cui si manifesta, resta solo in chi l'ha vissuto.

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

Le opportunità formative per l'infermiere si moltiplicano. Laurea, master, laurea specialistica: il nuovo percorso universitario si completa.

Laurea in scienze infermieristiche.
Una lode alla professione.

IPASVI
COSI ATTACCATI ALLA VITA.

www.ipasvi.it - www.collegioipasvi.it

Federazione Nazionale Collegi Infermieri | Collegio Ipasvi di Brescia

La disciplina infermieristica e la laurea specialistica in scienze infermieristiche e scienze ostetriche

Emma Carli

Professore associato di scienze infermieristiche Università di Brescia

A decorrere dall'anno accademico 2004-05, in 13 università italiane (per un totale di 578 posti disponibili), si avviano i primi corsi di laurea specialistica in scienze infermieristiche e scienze ostetriche. Questo fatto è di quelli che segnano profondamente il cammino di una professione e quello dei professionisti.

Incidono anche, sull'assetto e l'evoluzione delle organizzazioni sanitarie e sulla loro possibilità di assicurare prestazioni di qualità.

Di fronte a questo evento, e risolto il problema dell'assetto normativo, si pongono oggi nuovi interrogativi tra i quali: la laurea specialistica sarà un titolo necessario per tutti? Sarà un titolo indispensabile per ricoprire determinate funzioni? Che cosa significa laurea specialistica nella classe delle scienze infermieristiche e delle scienze ostetriche: un'ostetrica potrà dirigere gli infermieri di un'Azienda Ospedaliera e viceversa? Domande legittime alle quali stanno rispondendo o cercando di rispondere gli organi di rappresentanza professionale e le istituzioni formative o sanitarie. Domande che troveranno una risposta vera solo attraverso il percorso formativo che verrà realizzato e attraverso la presenza operativa dei laureati specialisti nelle diverse organizzazioni sanitarie.

Osservare oggi e nel tempo (come titola questa rubrica) presume la necessità di individuare i vari elementi e metterli nella giusta prospettiva. Cerchiamo quindi e analizziamo questi elementi.

LAUREA IN INFERMIERISTICA

Primo fatto, che non va in questo momento dimenticato: la laurea in infermieristica abilitante all'esercizio della professione infermieristica è e rimane il titolo di studio che sancisce il possesso del titolo e della abilitazione ad esercitare la professione infermieristica in Italia e Europa. La lau-

OSSERVATORIO



rea in infermieristica rende l'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica¹ erogata nella generalità delle situazioni ed in forma sia dipendente che autonoma. Il campo di attività è molto vasto ed il mantenimento di corretti requisiti di competenza è assicurato dall'esperienza (esperire attivando il pensiero critico e avendo come riferimento le evidenze scientifiche) e dalla formazione continua. Questa ultima spazia dall'aggiornamento divisionale, all'educazione continua, alla lettura, alla partecipazione a convegni o congressi, alla partecipazione a corsi di perfezionamento. L'offerta è molto ampia e vede attivi: Università, Aziende Sanitarie, Agenzie formative, Organismi professionali, Società Scientifiche Talvolta la scelta è condizionata da una specie di caccia ai punti e come immediata conseguenza l'accumularsi di fogli che certificano presenze (più fisiche che mentali), ma non determinano ricadute sull'assetto contrattuale.

In un così ampio ventaglio di possibilità il valore sta invece nella possibilità/capacità del singolo di trovare il proprio centro di gravità permanente, il nucleo dell'interesse professionale nel costruirsi un percorso formativo soddisfacente e spendibile.

MASTER

Master di primo livello sono una realtà diffusa in tutte la Facoltà di Medicina e spaziano in più campi: sia quelli individuati dal profilo, sia altri. Quello per il conseguimento del Master è un Corso universitario a tutti gli effetti che prevede, tra l'altro, il rilascio di un titolo.

I Master sono e saranno sempre più la scelta migliore per quegli infermieri che trovano nella clinica la migliore dimensione per esprimere le proprie capacità ed i propri interessi. Attraverso l'acquisizione di questo titolo il professionista riduce l'ampiezza dei settori in cui erogare assistenza a favore di un'area specifica/specialistica entro la quale il campo di attività e responsabilità è sostenuto dalla formazione ricevuta. Il titolo di Master testimonia le più approfondite conoscenze nell'area di riferimento, la maggiore capacità di individuare problemi e di risolverli, la maggiore capacità e abilità di attivarsi nei momenti di criticità assistenziale o organizzativa. Non è requisito di accesso ad una area assistenziale. Oggi non ha formalmente peso sull'assetto contrattuale, ma probabilmente non sarà così ancora per molto.

LAUREA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E SCIENZE OSTETRICHE (CLASSE 1 DELLE PROFESSIONI SANITARIE)

I Corsi di Laurea Specialistica hanno l'obiettivo di fornire una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività ad elevata qualificazione². Il Titolo di Laurea Specialistica non è, in senso stretto, requisito per acce-

Note

¹ Decreto n. 739 settembre 1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"

² Decreto 2 aprile 2001 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie" e "Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie"

dere a determinate posizioni funzionali anche se la legge 251/00 afferma che ... il Governo, con atto regolamentare emanato ai sensi dell'articolo 18, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'articolo 19 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, definisce la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine dei corsi universitari di cui all'articolo 5, comma 1, della presente legge, per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale

Gli obiettivi che il corso di L.S. si pone coincidono con quelle che per anni sono state le richieste della professione: non si tratta di lauree per dirigenti, cioè di persone con elevate conoscenze e capacità manageriali. Una laurea specialistica di questo tipo sarebbe stata trasversale a tutte le professioni sanitarie. Il legislatore ha individuato quattro "classi" ciascuna delle quali raggruppa le lauree secondo criteri di omogeneità disciplinare pur assicurando specificità che, in alcuni casi, sono molto accentuate. Ci si trova quindi di fronte ad una laurea disciplinare che, dall'analisi degli ordinamenti (non è ancora possibile quella dei piani di studio) vede nelle aree del management, della formazione e della ricerca, applicate allo specifico professionale, l'ambito su cui concentrare il livello avanzato di formazione.

E' ragionevole pensare che i primi laureati specialisti siano destinati ad ricoprire posizioni organizzativo/dirigenziali nelle realtà sanitarie anche se sarebbe riduttivo limitarsi a questa prospettiva. La laurea specialistica offre molto di più al professionista ed alla professione.

Le disposizioni normative, così come l'O.M.S., riconoscono all'infermiere la particolarità del metodo usato per assicurare l'assistenza: il piano di assistenza. Di conseguenza hanno senso i modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica. Nei confronti di entrambi una formazione avanzata, teorica e pratica può consentire una implementazione e un approfondimento oltre che condizioni organizzative favorite da una dirigenza specifica.

L'assistenza infermieristica è, per sua natura educativa (informazione, educazione alla salute, educazione sanitaria, formazione di operatori sanitari ...). Anche in questo caso una formazione avanzata può consentire, non solo la padronanza della relazione educativa con la singola persona ed il suo nucleo di riferimento, ma anche lo sviluppo di capacità di analisi di fabbi-



sogno, di analisi critica di dati epidemiologici, di studi sui comportamenti di salute di gestione e valutazione d'interventi.

Infine la ricerca descrittiva o qualitativa avente per oggetto sia la professione ed il suo esercizio, sia l'assistenza infermieristica e le evidenze su cui si basa che, per i suoi fondamenti, è patrimonio dell'infermiere in assistenza generale, riceverà dalla formazione avanzata un impulso e la dominanza dell'intero percorso di ricerca.

Sintetizzando, quali le possibili funzioni per un laureato specialista: direzione/coordinamento di servizi a media/elevata complessità organizzativa, docenza, tutorato, formazione ad vari livelli educativi, leader professionale per ruoli di supervisione, consulenza, referente per progetti di miglioramento continuo dell'assistenza.³

SCIENZE INFERMIERISTICHE E SCIENZE OSTETRICHE

In apertura si è fatto riferimento alla unicità di classe di laurea tra infermieri e ostetriche. Ciò comporta un triennio costituito da una laurea professionalizzante nel corso del quale si persegue l'obiettivo di fornire una adeguata padronanza dei metodi e contenuti relativi a specifiche conoscenze professionali anche se il legislatore non trascura di affermare che 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 professioni².

Vale qui la pena ricordare cosa connota le specificità disciplinari infermieristica e ostetrica perché solo conoscendo la particolarità di ognuna si possono intraprendere percorsi sinergici costruttivi.

L'infermieristica studia l'uomo. Non tanto "chi è" l'uomo o quale sia il significato del suo essere, ma come è l'uomo in rapporto a determinati fenomeni che influiscono sulla sua salute. L'infermieristica, in questo campo, non si limita a fare constatazioni ma cerca la spiegazione.

In conseguenza a ciò si interessa dell'ambiente inteso sia come luogo, sia come insieme di relazioni sociali, sia come cultura determinanti le caratteristiche del soggetto, il manifestarsi o il risolversi di problemi di salute.

L'infermieristica studia inoltre il bisogno di assistenza infermieristica presente nell'uomo e nella società, sia come domanda che come risposta. Sono numerose le scienze che si occupano dell'uomo e della sua salute, il tratto distintivo dell'infermieristica sta nel suo particolare punto di vista riassumibile nell'assumere come problema centrale della sfera di competenza non tanto la malattia, quanto le sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona

³ G.Renga L. Saiani "Ancora in attesa della laurea specialistica" in Assistenza Infermieristica e Ricerca n.3/03

² Decreto 2 aprile 2001 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie" e "Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie"

considerata in toto secondo la prospettiva solistica.

Come per ogni altra scienza, l'infermieristica ha trovato i primi elementi del suo essere nell'esperienza intesa come conoscenza personale e diretta e con il progressivo costituirsi di un insieme di intuizioni da cui sono partite le prime riflessioni.

Con il tempo, lo studio, la ricerca (descrittiva/sperimentale) è diventata sapere (teorico e pratico) trasmissibile e ha adottato il metodo scientifico (processo di assistenza infermieristica) come base per dedurre, predire, indurre.

A ciò si affiancano modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica grazie ai quali è possibile, al fine di assicurare un'assistenza adeguata, classificare il bisogno di assistenza infermieristica di un insieme di persone ed assicurare la risposta anche attraverso il ricorso a figure di supporto. Essendo così ampio e dinamico l'oggetto di studio, derivano importanti conseguenze quali la presenza di più teorie infermieristiche e, conseguentemente, di più modelli, oltre al fatto che i vari concetti e teorie hanno un effetto cumulativo che diventa base per lo sviluppo disciplinare.



L'atto infermieristico ha in sé una dimensione clinica, relazionale, pedagogica, individuale e sociale, deontologica, giuridico amministrativa.

L'assistenza infermieristica è globale, sostenuta da una visione olistica, individualizzata in funzione della persona, dialogica con il soggetto che è il miglior esperto della propria salute e orientata al mantenimento e recupero dell'autonomia del soggetto nel soddisfacimento delle proprie necessità.

I soggetti cui viene rivolta l'assistenza infermieristica sono la persona in ogni età della vita e in ogni condizione sanitaria, la famiglia, i gruppi, le comunità, la società.

La disciplina ostetrica (midwifery) ha come oggetto le cure ostetriche che vanno garantite alla persona, in particolare della donna, nell'ambito della salute e del benessere in campo riproduttivo e sessuale. Il punto di vista

specifico può essere sintetizzato nei seguenti termini: la midwifery è la scienza dell'assistenza collegata alle manifestazioni, eventi, fenomeni naturali del ciclo vitale e cioè la vita intrauterina, la nascita, la pubertà, la gravidanza, il parto, il puerperio, l'età fertile, la menopausa/il climaterio.⁴

La midwifery utilizza i metodi predittivo, induttivo e deduttivo per riconoscere le situazioni assistenziali che si trova ad affrontare.

Entrambe, la scienza infermieristica e la scienza ostetrica, agiscono nell'ambito della salute dell'uomo, interagiscono con altre professionalità, si integrano con le stesse e svolgono funzioni di coordinamento formazione ricerca. Diversi sono l'oggetto su cui applicarle e lo specifico punto di vista.

La laurea specialistica sarà una opportunità per entrambe se le differenze non verranno negate, ma governate, oltre che dal piano di studio, dai professionisti frequentanti.

⁴ M. Guana "Aspetti epistemologici della scienza ostetrica (midwifery)" in Rivista di diritto delle professioni sanitarie n. 2/2002

Bibliografia

DECRETO N. 739 SETTEMBRE 1994
Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

DECRETO 2 APRILE 2001
"Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie" e
"Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie"

G.Renga L. Saiani
"Ancora in attesa della laurea specialistica", in Assistenza Infermieristica e Ricerca n.3/03

M. Guana
"Aspetti epistemologici della scienza ostetrica (midwifery)", in Rivista di diritto delle professioni sanitarie n. 2/2002

O. Bassetti
"Lo specifico infermieristico", Rosini Editrice 1993

P.C. Motta
"Introduzione alle scienze infermieristiche", Carocci Faber 2002

I livelli di conoscenza e di adesione degli infermieri alle evidenze sulla gestione del catetere venoso periferico

Elisa Micheli

Infermiera U.O. di Chirurgia e Gastroenterologia
Ospedale S.Orsola Fatebenefratelli di Brescia

INTRODUZIONE

L'articolo confronta i livelli di conoscenze infermieristiche per la gestione del catetere venoso periferico con le raccomandazioni delle linee guida CDC 2002 (Center Disease Control for prevention) e se le stesse vengono praticate dagli infermieri durante l'inserzione e la cura del dispositivo; infatti la CDC raccomanda: "Per tutte le persone che gestiscono i cateteri intravascolari valutare periodicamente le conoscenze sulle linee guida e il grado di applicazione delle linee stesse" (categoria 1A). In quindici anni di pratica professionale in qualità di infermiera, ho constatato quanto l'incidenza di flebiti e tromboflebiti correlate all'inserzione e alla cura del catetere venoso periferico sono frequenti nel paziente ospedalizzato, con conseguente aumento dei costi di budget, prolungamento dell'ospedalizzazione, ma soprattutto del disagio alla persona istituzionalizzata con uno stato di benessere psicofisico già compromesso.

QUADRO TEORICO

L'ipotesi da confermare consiste nell'evidenziare che le conoscenze infermieristiche non sempre sono in grado di garantire una gestione corretta ed uniforme, perché sono spesso il frutto d'informazioni ed insegnamenti non sempre corretti tramandati dalle precedenti generazioni d'infermieri o da conoscenze non aggiornate.

Le complicanze potrebbero diminuire notevolmente se l'équipe assistenziale adottasse per l'erogazione delle prestazioni una metodologia univoca (CDC, 2002), fondata sulle più recenti evidenze scientifiche e sull'utilizzo di linee guida che vengano tramutate in protocolli, procedure e checklist all'interno della propria realtà lavorativa (Casati, 2000), come è

NURSING E RICERCA



ribadito dal Codice Deontologico dove all'articolo 3 norme generali comma 1 viene citato: "Ogni infermiere ha il dovere di fondare il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate, così da garantire alle persona cura ed assistenza efficaci".

L'obiettivo dell'elaborato quindi è di confrontare alcune conoscenze e modalità di gestione del catetere venoso periferico degli infermieri che lavorano nelle U.O. presso l'Ospedale S'Orsola FBF di Brescia (con particolare attenzione alla

prevenzione delle complicanze), con le raccomandazioni delle linee guida CDC 2002, al fine di proporre un protocollo per la gestione del catetere venoso periferico conforme alle raccomandazioni delle linee guida che gli infermieri potranno adottare nello svolgimento di questa prestazione, in quanto è possibile lavorare correttamente, e quindi facilitare la riduzione delle complicanze, solo uniformando il comportamento di tutti

gli operatori (Tagalakis, 2002) e, per il raggiungimento di tale obiettivo, bisogna creare dei protocolli operativi (Lo Biondo, 1997).

Il limite dello studio è quello di non avere dati relativi all'applicazione del protocollo e di conseguenza, di dovere valutare e verificare, nel futuro, la sua efficacia nella pratica assistenziale.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Si tratta di una ricerca descrittiva che indaga alcune delle conoscenze e modalità infermieristiche relative alla gestione del cvp corto, (con particolare attenzione alla prevenzione delle complicanze) a confronto con le più recenti evidenze scientifiche e all'esistenza di linee guida, protocolli e procedure nel proprio ambito lavorativo avente come oggetto l'inserimento e la cura del dispositivo intravascolare.



Il campione

I soggetti inclusi nello studio sono gli infermieri che lavorano presso le Unità Operative dell'Ospedale S.Orsola F.B.F. di Brescia.

Reclutamento del campione

Il ricercatore ha somministrato ai soggetti appartenenti alle Unità Operative il questionario dopo un'accurata informazione ed il consenso da parte dell'Ufficio Infermieristico e della Direzione Sanitaria.

Strumento per la raccolta dati

Il metodo utilizzato per la raccolta dati è il questionario anonimo, che gli infermieri hanno compilato autonomamente.

Il questionario è composto da due parti, avente domande chiuse a risposta semplice (si/no) e multipla. La prima parte valuta l'esistenza di linee guida, procedure e protocolli relativi alla gestione del catetere venoso periferico corto, se gli stessi sono aggiornati rispetto alle ultime evidenze scientifiche e se gli infermieri hanno attuato recentemente un aggiornamento professionale sulle ultime evidenze scientifiche per la gestione del dispositivo. La seconda parte valuta se alcune conoscenze e modalità infermieristiche per il corretto inserimento e cura del cvp, con particolare attenzione alla prevenzione delle complicanze, coincidono con le raccomandazioni delle linee guida CDC 2002.

Spunto per la stesura di alcuni quesiti è la tabella 1, riportata in seguito.

Analisi statistica

I dati sono stati trattati con il metodo descrittivo, alcuni dati sono stati elaborati tramite percentuali e rappresentati tramite grafici ed i rimanenti tramite tabelle.

Materiali del catetere*
Diametro del catetere
Sede d'inserimento del catetere*
Esperienza del personale che inserisce il catetere*
Durata di cateterizzazione*
Composizione dei liquidi infusionali*
Frequenza di cambio della medicazione*
Infezioni associate al catetere
Preparazione della cute*
Fattori legati all'ospite
Inserimento in pronto soccorso ¹

Tabella 1

Fattori associati alle flebiti correlate a infusione tra pazienti con catetere venoso periferico

¹ Voci utilizzate per la costruzione di alcuni items del questionario.

RISULTATI

Alla fine della ricerca abbiamo constatato un discreto interesse da parte degli infermieri, in quanto sono stati restituiti compilati 78 su 105 questionari.

Da questo si può dedurre che per la maggior parte di loro è presente un vivo interesse di sapere e di aggiornamento continuo.

Purtroppo dai risultati della ricerca emerge che nella maggior parte delle Unità Operative (53%) non esistono linee guida, un protocollo o una procedura a disposizione degli operatori per la gestione del catetere e, laddove sono presenti, nel 65% non sono aggiornati; inoltre solo una minima parte degli operatori si è documentata sull'argomento (l'8%).

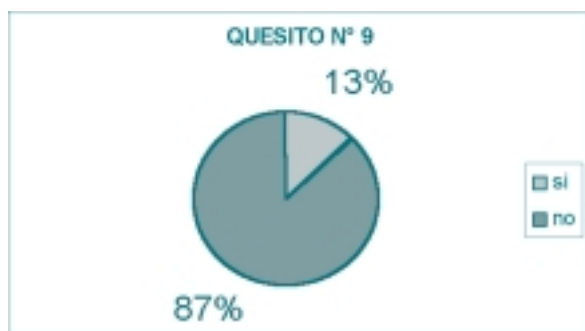
Ci sembra opportuno sottolineare che l'esperienza del personale che gestisce il cvp se carente, è un fattore di rischio notevole per lo sviluppo delle complicanze.

Inoltre è presente una eterogeneità d'intervento e di conoscenze, tra cui una parte rilevante non è conforme alle raccomandazioni delle linee guida CDC 2002, sia per quanto riguarda le procedure di igiene e di asepsi indispensabili per la gestione del dispositivo intravascolare (nel lavaggio delle mani prima dell'inserzione catetere, nell'utilità dell'utilizzo dei guanti e nel metodo di disinfezione cutaneo), sia nel tempo di permanenza del catetere in sito, i tempi di sostituzione dei set d'infusione, la frequenza di sostituzione della medicazione sul dispositivo, sia per quanto riguarda le sedi d'inserimento del cvp considerati idonei per prevenire le complicanze ed infine le conoscenze sul materiale del dispositivo, confermando l'ipotesi descritta a priori dello studio effettuato.

Solo nel quesito n. 9 si è evidenziata un'assistenza omogenea da parte di quasi tutti gli operatori (come viene evidenziato nel grafico di seguito riportato).

Figura. 1:

è utile utilizzare antibiotici o creme sulla sede d'introduzione?



Bibliografia

- A.A. (2002)
"Guida all'esercizio della professione d'infermiere",
Torino, C.G.Edizioni Medico Scientifiche, pg 191-194
- Baronio V. (1989)
"Il Protocollo nella pianificazione sistematica dell'assistenza infermieristica",
Milano, Masson
- Bassetti O. (1993)
"Lo Specifico Infermieristico",
Firenze, Rosini Editrice s.r.l.,
pg 115-127
- C.D.C. (Agosto 2002)
"Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infection", pg 1-2, pg 5-16
- Comitato per il controllo delle infezioni Ospedaliere
U.L.S.S. n° 9 - Treviso
(Dicembre 2000)
"Linee guida per la prevenzione delle infezioni associate a dispositivi Intravascolari".
- Comitato per il controllo delle infezioni Ospedaliere U.L.S.S.
n° 9 - Treviso
"Linee guida per il lavaggio delle mani".
- Dautriat H. (1997)
"Il Questionario guida per la preparazione e l'impiego nelle ricerche sociali di psicologia sociale e di mercato",
Milano, Franco Angeli s.r.l.
- Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere vol 4, n° 1,
(Gennaio Marzo1997) pg 7

Le linee guida CDC raccomandano di non utilizzare pomate o creme antibiotiche sui siti d'inserimento, a causa delle possibilità che essi hanno di favorire infezioni funginee e resistenze antimicrobiche (Categoria 1A).

CONCLUSIONI

Si deve dunque concludere che un catetere venoso periferico fornisce al paziente un accesso venoso che soddisfa la maggior parte dei bisogni terapeutici, malgrado ciò la sua inserzione non è priva di rischi, ma scegliendone il giusto tipo ed un'adeguata assistenza si possono prevenire l'insorgenza di una buona parte delle complicanze (Palefski, 2002). È compito infermieristico assicurare che le prestazioni siano qualitativamente e professionalmente adeguate e questo sarebbe raggiungibile con l'utilizzo di strategie d'intervento (protocolli assistenziali), conformi alla linee guida internazionali (CDC, 2002).

L'assistenza infermieristica e la prevenzione delle complicanze correlate alla gestione del cvp (ed in ogni ambito assistenziale infermieristico), potranno migliorare nel momento in cui si deciderà l'utilizzo di un metodo d'assistenza basato sulle evidenze scientifiche (Lundgren, 1999), derivanti dalla ricerca.

La ricerca infatti è al servizio degli operatori in modo che siano capaci di offrire un'assistenza di alta qualità con un buon apporto costi/benefici.

È un continuo stimolo innovativo che conduce a continue revisioni della parte teorica, che si riflette sulla pratica professionale.

Confidiamo che un giorno la metodologia della ricerca diventi lo strumento principale per la nostra professione.

Lo Biondo, G. Haber Judith
"Metodologia della Ricerca Infermieristica", (3ª edizione), Milano, McGraw-Hill

IPASVI (Maggio 1999)
"Codice Deontologico degli Infermieri", Roma

Lundgren A., Wahren LK.,
"Effect of education on evidence-based care and handling of peripheral intravenous lines",
J Clin Nurs 1999 Sep; 8(5): Abstract

Monica Casati
"La documentazione infermieristica", Milano, McGraw-Hill Libri Italia srl, pg 141-145

Palefski SS, Stoddard G.J.
"The infusion nurse and patient complication rates of peripheral-short catheters: A prospective evaluation",
J Intraven Nurs 2001 24(2): Abstract

Rasero L.
Dispensa di Ricerca Infermieristica Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Verona
Facoltà di Medicina e Chirurgia (Maggio/Giugno 2002)

Tagalakis V. et al.
"The Epidemiology of Peripheral vein infusion thrombophlebitis: a critical review",
Am J Med 2002 113(2), pg 146-51

Come scrivere una review

Guglielmo Guerriero

Ospedale S.Orsola Fatebenefratelli di Brescia

Un giorno a Zurigo, mentre stava scrivendo *Ulisse*, Joyce incontrò per strada il suo amico Frank Budgen e gli disse che aveva lavorato tutto il giorno, ma che aveva prodotto solo due frasi. "Stavi cercando le parole giuste?" domandò Budgen. "No", rispose Joyce, "Le parole le ho già. Quel che sto cercando è il perfetto ordine delle parole nelle frasi che ho"

(da David Lodge. *Il mestiere di scrivere*. Roma: Fazi, 1998)

PREMESSA

Con il termine inglese "review" si fa riferimento alla rassegna, ovvero una sintesi critica delle pubblicazioni inerenti una specifica area tematica e disciplinare. La rassegna ha, quindi, una funzione peculiare, particolarmente apprezzata in ambito clinico ed infermieristico, poiché è finalizzata all'aggiornamento permanente del professionista. In questa sede i termini review e rassegna sono intesi come sinonimi, pertanto verranno entrambi menzionati.

COSA SONO LE RASSEGNE

Le rassegne sono definite "pubblicazioni secondarie", in quanto l'autore della review ricava le informazioni e i dati significativi da studi pubblicati in precedenza, riassumendone i risultati e traendone conclusioni personali. In epoca contemporanea le review sono oggetto di riflessione, soprattutto in relazione alla forza delle evidenze che esse possono esplicitare. Il movimento della medicina basata sulle evidenze (EBM) e, di conseguenza, dell'evidence based nursing (EBN), hanno suggerito infatti, un atteggiamento prudente e ponderato rispetto alle rassegne di tipo narrativo, soprattutto quelle riferibili alla ricerca qualitativa, in quanto spesso evidenziano le opinioni degli autori piuttosto che evidenze declinabili nella prassi. L'EBM, pertanto, ha promosso nuove tipologie di rassegna, denominate revisioni sistematiche ("systematic review"), caratterizzate da una rigorosa analisi delle evidenze rese disponibili dalla migliore letteratura, secondo criteri condivisi nella comunità scientifica internazionale. Sono revisioni critiche delle conoscenze più recenti relative ad un determinato argomento. Sono scritte da uno o più autori ritenuti



esperti del settore e riassumono in un numero limitato di pagine le conoscenze disponibili. Sono particolarmente utili perché mettono in risalto i principali problemi e i dati acquisiti su un problema specifico. Contengono le voci bibliografiche più recenti.

Propulsore scientifico delle revisioni sistematiche è, in particolare, la Cochrane Collaboration, la quale ha, tra l'altro, pubblicato sul proprio sito il proprio manuale delle revisioni sistematiche (disponibile anche in lingua italiana, all'indirizzo www.areas.it) e sponsorizza un master universitario nella metodologia delle revisioni sistematiche¹ presso l'Università di Milano.

La review è, al tempo stesso, una metodologia di lavoro utile e fondamentale per i professionisti che vogliono approfondire e ricercare un argomento specifico, ritenuto critico o interessante rispetto al miglioramento della qualità e dell'efficacia dell'assistenza. La rassegna, infatti, assieme alla pubblicazione di casi clinici, storicamente ha dato inizio all'editoria medica e, se correttamente ed appropriatamente gestita, è un indispensabile metodo di aggiornamento professionale. Pertanto, alcuni richiami alle modalità di preparazione di una rassegna sistematica saranno utili e preziosi anche per il lettore intenzionato a preparare una review o fruitore critico e riflessivo dell'editoria scientifica infermieristica.

COME PREPARARE UNA BUONA REVIEW

Prima di incominciare la preparazione di una rassegna è buona consuetudine porsi alcune domande di fondo:

- la tematica che voglio affrontare ha una reale rilevanza clinica ed assistenziale?
- rispetto all'argomento esiste già altra pubblicazione in letteratura?

Le domande precedenti e similari giustificano un importante lavoro di consultazione della letteratura, secondo un approccio sistematico che ha inizio, spesso, con l'analisi delle review pubblicate sullo stesso argomento. Il percorso di preparazione di una rassegna può essere sinteticamente individuato in cinque tappe fondamentali (vedi figura 1).

Il lavoro di ricerca è guidato dalla definizione delle "key words" (le parole chiave) e dall'analisi della letteratura pubblicata. Spesso, soprattutto per revisioni sistematiche importanti e corpose, si analizza la cosiddetta "letteratura grigia", ovvero articoli, ricerche, studi non pubblicati o rifiutati (in media quasi il 40% dei risultati di studi clinici non giunge alla pubblicazione). In generale, comunque, per procedere nell'analisi della letteratura pubblicata si seguono le tappe seguenti:

- a. ricerca sui database di ricerca, per esempio, MEDLINE (www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi) CINAHL (www.cinahl.com);

¹ Consultabile sul sito dell'Università degli Studi di Milano, www.unimi.it, alla pagina "master in area sanitaria", oppure all'indirizzo del Cnetro Cochrane italiano, www.areas.it.

- b. controllo della fase precedente con una verifica sugli indici di una selezione di periodici specializzati;
- c. analisi sistematica di bibliografie e monografie specialistiche;
- d. studio ed approfondimento di linee guida;
- e. contatti personali con professionisti esperti nell'area tematica.

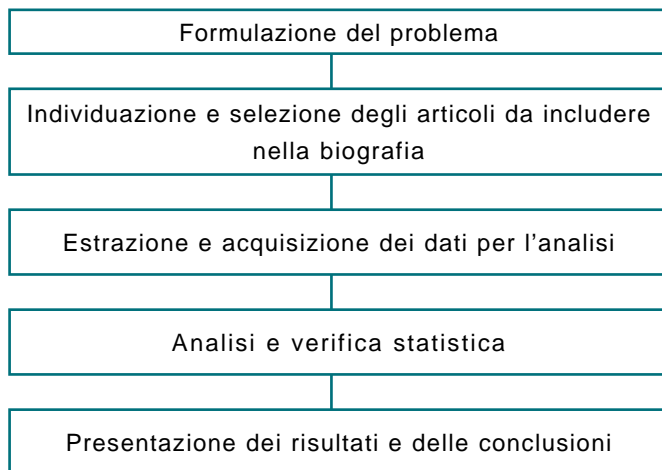


Figura 1

MEDLINE è il sistema più diffuso nella ricerca bibliografica, il quale permette la ricerca relativamente ad un determinato argomento utilizzando delle parole chiave che rappresentano, di fatto, la chiave di accesso alla bibliografia. A MEDLINE si può accedere gratuitamente, è prodotta dalla National Library of Medicine e dispone di una documentazione afferente a tutte le discipline affini alle medicina, con riferimenti ad oltre 3700 periodici.

Il Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) è la fonte principale in cui viene raccolta la letteratura infermieristica. Per l'utente della ricerca infermieristica un importante vantaggio è rappresentato dal fatto che CINAHL fa riferimento ai principali temi di tipo infermieristico.

Rispetto ad un articolo scientifico originale, la rassegna non ha una struttura editoriale standard. Una buona review si apre con la descrizione di un quesito piuttosto controverso, prosegue con una analisi sistematica della letteratura esistente, si conclude esplicitando soluzioni e, magari, sollecitando ulteriori quesiti di ricerca ed interrogativi.

E' comunque utile seguire un percorso metodologico, dove la traccia editoriale preveda:

- una introduzione;
- l'esame della letteratura;
- le conclusioni;
- la bibliografia.

Per facilitare la comprensione dell'approccio metodologico alla review, sia nella fase di progettazione, che di analisi e studio, procederemo di seguito con una comparazione tra l'aspetto teorico delle fasi editoriali della review ed un esempio pratico di rassegna, "Cosa è efficace per le lesioni da decubito", a cura della redazione della rivista "Assistenza Infermieristica e Ricerca" (consultabile anche on-line all'indirizzo web www.air-online.it) , Vol.20 N.4.

INTRODUZIONE

La finalità dell'introduzione è di definire chiaramente il quesito clinico ed infermieristico considerato, considerando quanto la letteratura ha esplicitato. L'obiettivo del lavoro di rassegna può essere quello di risolvere un problema che si presenta nell'esercizio professionale e nell'assistenza infermieristica, più in generale. L'introduzione si conclude definendo lo scenario complessivo del problema che l'autore della review vuole esplorare.

Esempio:

Introduzione

Le lesioni da decubito sono uno degli argomenti inflazionati nei corsi di formazione ed aggiornamento. Nonostante siano oggetto di numerosi studi, articoli e saggi, il livello di conoscenze sul problema e la qualità delle "prove di efficacia" su cui si basano le indicazioni per i trattamenti è davvero scarsa.

In questo contributo, (...), viene presentata una rassegna di quanto è stato dimostrato efficace per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni. (...)

ESAME DELLA LETTERATURA

In questa fase è necessario descrivere i metodi e i materiali di ricerca utilizzati per il reperimento e la raccolta dei dati. La letteratura deve essere esaminata in modo oggettivo, avendo cura di distinguere gli studi di particolare rilevanza, soprattutto quelli di maggiori dimensioni, metodologicamente più coerenti e portatori di evidenze significative. E' opportuno anche esplicitare i motivi per cui sono stati tralasciati alcuni lavori e i criteri adottati, che nella rassegna, hanno selezionato determinati contributi piuttosto che altri.

Esempio:

L'ambiente umido

La realizzazione di un ambiente umido su una lesione da decubito con una medicazione oclusiva può modificare la flora batterica senza provocare

infezioni. La presenza di batteri su una lesione cronica sembra favorire la riparazione tissutale attraverso uno stimolo infiammatorio e grazie alla rimozione del tessuto devitalizzato da parte dei microrganismi. L'ambiente umido che si realizza con le mediazioni occlusive, stimola l'attività fagocitaria dei leucociti. Il tasso di infezioni è minore in ambiente umido rispetto all'ambiente secco (2,6% vs 7,1%). La medicazione umida riduce il dolore perché evita l'essiccamento delle terminazioni nervose sensitive. (...) I segni clinici di infezione ed immunocompressione rappresentano una controindicazione all'uso di medicazione occlusiva. L'ambiente umido può essere sfavorevole alla guarigione se provoca la macerazione della cute perilesionale.

Il dolore

Il dolore è uno dei fattori poco valutati nel trattamento delle lesioni da decubito. Gli infermieri non usano scale di valutazione né chiedono regolarmente al paziente se ha male. (...) Dalam et al hanno valutato il dolore in 132 pazienti con lesioni da decubito documentando che il 59% aveva dolore, ma solo al 2% venivano somministrati analgesici. (...)

Le linee guida dell'AHCPR sono state le prime a focalizzare l'attenzione su questo problema dichiarando che il dolore va valutato regolarmente come parte dell'assessment del paziente.



La stadiazione della lesione

Il sistema più utilizzato è quello di Shea del 1975: non esistono studi sulla riproducibilità ed affidabilità di questo tipo di classificazione. Non viene utilizzato uniformemente e i vari sistemi di stadiazione non sono sempre omogenei. (...) I sistemi di stadiazione hanno dei limiti in quanto non consentono di valutare la guarigione della lesione perché i processi di riparazione e sostituzione dei tessuti non sono simili a quelli che si verificano quando si crea un danno.(...)

Essudato

L'essudato è un fattore importante nella valutazione della lesione.(...) E' difficile valutare la quantità di essudato ma un sistema è valutare il numero di medicazioni saturate con essudato. (...)

Le superfici antidecubito per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni

Una revisione sistematica della letteratura ha evidenziato che i materassi in schiuma riducono l'incidenza di lesioni da decubito nelle popolazioni ad alto rischio, rispetto ai materassi standard ospedalieri. (...) Non esistono studi che confermino l'efficacia di cuscini o altri tipi di letto o materasso. La scelta di posizionare il paziente su un materasso antidecubito va fatta in base alla valutazione del paziente e del suo rischio. (...)

Le medicazioni

La valutazione della guarigione di una lesione (e dell'efficacia di un trattamento) è molto complessa perché intervengono fattori diversi legati al paziente ed alle sue condizioni cliniche, alla superficie su cui è appoggiato, al tipo di assistenza che riceve (cambi di biancheria-pannolone, riposizionamenti, ecc.). (...) Le prove a sostegno dell'efficacia delle medicazioni non sono molto chiare. Una metanalisi² di sperimentazioni cliniche che hanno messo a confronto medicazioni a base di idrocolloidi con medicazioni in garza non hanno riscontrato differenze significative. (...) La conoscenza dei fattori che favoriscono la guarigione e l'osservazione della lesione consentono di scegliere i presidi più adatti, tra i numerosi disponibili in commercio.

CONCLUSIONI

Sono la fase finale del lavoro di review ed evidenziano le conclusioni a cui perviene l'autore. Oltre a fare emergere le raccomandazioni e i suggerimenti di pratica clinica, confortati dalle evidenze e dalle linee guida³ rese disponibili, è altrettanto importante tracciare una rotta per ulteriori interrogativi e per spazi e quesiti di ricerca futura.

Esempio:

Conclusioni

Non esiste alcun prodotto specifico per le lesioni da decubito: l'unico presidio terapeutico disponibile è costituito dalla combinazione di una mobilizzazione adeguata, di una buona detersione, di un non "maltrattamento" delle aree a rischio e soprattutto da un'attenzione costante al paziente generali, e non alla sola lesione.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografia deve essere esauriente, compilata con attenzione e in modo sistematico, evidenziando sempre il nome dell'autore, il titolo della pub-

² Le metanalisi costituiscono un insieme di tecniche necessarie per combinare in modo sistematico i risultati di diversi studi su argomenti analoghi. La metanalisi si fonda su criteri di valutazione espliciti e permette di differenziare il contributo dei diversi studi in oggetto. Il risultato finale è la somma di più studi in un unico studio.

³ Le linee guida sono raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico finalizzate ad assistere gli operatori nel decidere quali siano le modalità assistenziali più adeguate in specifiche circostanze cliniche. Sono elaborate in modo che siano di ausilio alla pratica clinica e si presentano come una sintesi delle informazioni scientifiche disponibili.

blicazione, la rivista o il testo che la ospita, l'anno di pubblicazione e le pagine dedicate.

Esempio:

Bibliografia

1. Cullum N, Nelson EA, Nixon J. Pressure sores. *Clinical Evidence* 2000; 4: 1159-66.
 2. Hutchinson JJ, Lawrence JC. Wound infection under occlusive dressing. *J Hos Infect* 1991; 17: 83-94.
 3. (...)
-

E PER FINIRE...

E' buona norma far rileggere quanto scritto ad un collega esperto, che possa ben rappresentare un lettore-tipo e il punto di vista della rivista, nella quale vi riproponete la pubblicazione. Avendoci lavorato a lungo, spesso si perde obiettività nella valutazione del lavoro svolto. Un aiuto può ulteriormente giungere da una check-list alla quale rispondere personalmente. Per esempio:

1. il quesito oggetto di studio della rassegna è stato risolto?
2. il testo della rassegna è ben strutturato?
3. il testo della rassegna potrebbe essere diviso in ulteriori sezioni?
4. il testo della rassegna potrebbe essere accorciato?
5. i dati raccolti e selezionati sono sufficienti e significativi?
6. i risultati sono chiaramente descritti ed esplicitati?
7. i dati possono essere raccolti in grafici e tabelle?
8. sono state trascurate alcune informazioni rilevanti per la rassegna?
9. Le conclusioni hanno spazio sufficiente?
10. Le conclusioni sono coerenti con l'esame della letteratura e i risultati esplicitati dalla rassegna?

Quando uno o più infermieri vogliono proporre la pubblicazione di una review, è possibile agire secondo due modalità:

- se il lavoro di rassegna è stato, a vario titolo, commissionato da una rivista disciplinare, sarà possibile un confronto con un opinion leader in itinere;
- se la review viene, invece e come spesso avviene, proposta ad una rivista, è utile presentare il progetto di rassegna e/o la



rassegna stessa nel modo più esaustivo, evidenziando il contributo dell'autore o degli autori e i punti di forza e l'originalità.

Inoltre, individuare una data di consegna del lavoro e rispettarla.

Questo articolo vuole essere un contributo agli infermieri lettori di "Tempo di nursing" per comprendere e fruire, con pensiero critico e riflessivo, della lettura delle revisioni sistematiche e degli articoli originali che l'editoria infermieristica sta sempre più pubblicando ed evidenziando. In questo ambito la conoscenza della lingua inglese permetterebbe un approfondimento disciplinare importante, tuttavia anche in Italia alcune testate editoriali infermieristiche sono particolarmente significative ed apprezzabili (a tal fine si faccia riferimento alla bibliografia allegata all'articolo). L'articolo è anche un invito agli infermieri a pensarsi, oltre che lettori e fruitori attenti della ricerca e della letteratura, anche ricercatori bibliografici ed autori di articoli disciplinari.

Appare utile, comunque, segnalare due articoli precedentemente pubblicati su Tempo di Nursing n.37/2003, "L'assistenza basata sulle prove di efficacia e la ricerca bibliografica" dello scrivente e "Dal lavoro di ricerca alla pubblicazione" di Stefano Bazzana. Mentre nel primo si evidenzia un primo approccio alla ricerca bibliografica, nel secondo l'autore esplicita i criteri per una corretta stesura di un articolo originale⁴. "Come scrivere una review" si configura, dunque, come un ulteriore contributo al lettore fornendo conoscenze metodologiche utili per la comprensione e la divulgazione della ricerca infermieristica.

INDIRIZZI WEB CONSIGLIATI

www.air-online.it

Sito della rivista "Assistenza Infermieristica e Ricerca"

www.areas.it

Sito del Centro Cochrane Italiano

www.gimbe.it

Sito del Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze

www.pensiero.it

sito del Pensiero Scientifico Editore

www.performed.it/infermieristica

Sito della rivista "L'Infermieristica basata sulle evidenze"

⁴ Gli articoli originali sono lavori che descrivono esperienze specifiche. Sono inviati dagli autori ai responsabili della rivista, che a loro volta li sottopongono agli esperti della materia, i revisori, per ottenere un giudizio di validità. Un articolo può essere accettato su una rivista scientifica solo se ritenuto idoneo. L'idoneità si basa sulla presentazione dei risultati, sulla discussione dei dati e sulla correttezza dell'impostazione metodologica.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV.

"Come scrivere un articolo scientifico: La rassegna",
Il Pensiero Scientifico Editore
2003: www.pensiero.it

Bazzana S.

"Dal lavoro di ricerca alla pubblicazione: quali criteri per una stesura corretta?",
Tempo di Nursing 2003;
n.37: 8-11;

Guerriero G.

"L'assistenza basata sulle prove di efficacia e la ricerca bibliografica", Tempo di Nursing 2003;
n.37: 5-7

Redazione

"Cosa è efficace per le lesioni da decubito",
Assistenza Infermieristica e Ricerca 2001;
Vol.20 n.4: 230-234

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

XII MAGGIO

Giornata Internazionale dell'Infermiere

Le nostre armi sono la professionalità,
l'impegno e la consapevolezza.
Il nostro obiettivo è difendere la vita a oltranza.

326.000
infermieri
schierati
ogni giorno
a difesa
della vita.



IPASVI

**così
ATTACCATI
ALLA VITA.**

ipasvi.it - www.ipasvibo.it

Federazione Nazionale Collegi Infermieri | Collegio Ipassi di Brescia

Comunicare in dialisi

Un'esperienza formativa per gli infermieri e le figure di supporto delle Unità di Dialisi

Stefano Bazzana

Responsabile Ufficio Formazione Spedali Civili di Brescia

Maria Carla Scorza

Psicologa e Formatrice, Brescia.

“E' con le proprie parole che si entra nel pensiero degli altri”
(Proverbio africano)

INTRODUZIONE

Questo contributo riporta sinteticamente l'esperienza, progettata dall'Ufficio Formazione degli Spedali Civili di Brescia, che ha coinvolto le caposala, gli infermieri, le figure di supporto all'assistenza di quattro Centri di Dialisi: Spedali Civili di Brescia, Ospedale di Montichiari, Ospedale di Gardone Valrompia e Presidio “Ronchettino”.

Gli incontri tematici, che hanno privilegiato la modalità interattiva, hanno seguito due tracce con l'obiettivo di favorire l'attivazione di difese più adattive sul piano emotivo: l'elaborazione del vissuto emotivo legato alla personale esperienza lavorativa degli operatori.

ASPETTI PSICOLOGICI E QUALITÀ DELLA VITA DEL PAZIENTE DIALIZZATO

La malattia rappresenta sul piano soggettivo l'interruzione più o meno significativa e determinante di un ciclo vitale, che coinvolge la sfera psicologica e provoca la rottura dei precedenti ritmi di vita, imponendo un laborioso processo di adattamento necessario alla convivenza con la propria mutata condizione.

L'incidenza di una malattia sull'equilibrio psichico del paziente non è correlata alla sua gravità, ma al grado di organizzazione della personalità del malato, alla sua vulnerabilità, all'importanza che egli attribuisce alla per-

FOCUS

Presentazione a cura della Redazione

Nella rubrica “Focus”, dedicata alle tematiche di natura trasversale alla professione, il numero scorso ha ospitato un articolo sulle metafore con cui ci rappresentiamo dentro le organizzazioni. Tutte le organizzazioni sanitarie sono sistemi ad alta intensità di lavoro intellettuale in cui la complessità dei problemi da affrontare è in aumento. Crescono dunque le esigenze di individuare nuovi percorsi e nuove modalità per valorizzare il contributo di tutti gli attori (compreso il paziente e i familiari), le relazioni fra gli stessi e migliorare la qualità del servizio. In questo numero sono pubblicate due esperienze di formazione-intervento che l'Azienda Ospedaliera di Brescia ha condotto in due contesti organizzativi e professionali diversi, con metodologie e contenuti in parte differenti ma entrambe con l'obiettivo di migliorare la comunicazione e promuovere il benessere organizzativo, ossia la capacità di un'organizzazione di mantenere elevato il benessere fisico, psicologico e sociale di tutti gli operatori.

dita o al ridimensionamento di aspetti della propria vita personale messi in crisi dalla patologia: affetti, relazioni sociali, attività lavorativa, interessi, gestione del tempo libero.

Nel mondo della dialisi, in particolare, la persona vede compromessa la propria integrità fisica oltre al suo ruolo familiare e sociale, mentre sfumano i progetti di realizzazione di sé, in quanto la dialisi rappresenta un insopprimibile vincolo, una costante che non ammette tregua, una priorità che detta i tempi, gli spazi, le modalità della terapia. La macchina per la dialisi, algida e vitalizzante, riconduce la persona alla condizione regressiva dello stato fusionale e indifferenziato.

Prima della comparsa di una malattia, il controllo della situazione deriva dalle forze fisiche, dalle abilità, e dalle competenze acquisite ed espresse in ambito sociale, economico, ambientale.

Con il manifestarsi della malattia, le capacità di controllo e di autonomia decisionale sono compromesse: il paziente deve sottostare ad un regime alimentare, assumere regolarmente farmaci, sottoporsi a giorni alterni alla seduta emodialitica (o tutti i giorni in caso di dialisi peritoneale). In lui si manifestano stati di ansia, di passività, di depressione, non di rado gravati da fantasmi di mutilazione e di morte.

Il paziente dializzato, inoltre, vive tempi e ritmi di vita disarmonici, in quanto scissi tra la dipendenza nei giorni destinati alla dialisi e l'autonomia nei giorni di riposo.

Tale scissione impegna pesantemente la persona, che risulta costantemente esposta all'ansia, alla paura per il proprio futuro, al senso di vulnerabilità e di perdita delle figure affettivamente significative.

L'esposizione ad emozioni negative così intense può tradursi in una vera e propria angoscia esistenziale. Per superare lo stress ed elaborare l'adattamento alla malattia, il soggetto ricorre a manovre difensive elaborate attraverso meccanismi di difesa, che hanno la caratteristica di operare a livello inconscio e di modificare la realtà, allontanando le consapevolezza che potrebbero minarne la stabilità psicologica.

L'INCONTRO E LA COSTRUZIONE DELLA RELAZIONE OPERATORE/UTENTE

All'interno della struttura ospedaliera il mondo della dialisi e dei pazienti dializzati rappresenta dunque una realtà dotata di caratteristiche peculiari, poiché il prolungarsi nel tempo della terapia sollecita problemi psicologici e relazionali che alimentano quelli già propri della patologia, mettendo in evidenza le problematiche interpersonali, la mobilitazione di difese, collusioni e collisioni personali e istituzionali, che in altre unità di cura hanno minore incidenza.

La dialisi espone a situazioni di vicinanza prolungata, avviando "una rela-

zione di lungo corso”che può consolidare la dipendenza del paziente dalle figure di cura e facilitare negli operatori l’insorgenza di sentimenti identificatori con il paziente, che non consentono vie di fuga né riparazione dietro atteggiamenti professionali anonimi.

Tale identificazione ben si riassume nella definizione di atmosfera claustrofobica che coinvolge operatori e pazienti, espressa in modo incisivo nella dichiarazione comune ad entrambi i soggetti della relazione terapeutica: “Quando sono entrato in dialisi...” per indicare rispettivamente l’inizio della attività lavorativa nell’Unità di Dialisi e l’inizio della terapia emodialitica.

Dal punto di vista degli operatori sanitari, il controllo dello scambio comunicativo permette di distanziarsi da forti identificazioni con le storie dei pazienti, riducendo le forme di insofferenza o il senso di inadeguatezza per la difficoltà a riconoscere e contenere l’altrui disagio. Questo è risultato essere l’aspetto più difficile da gestire da parte degli operatori, perennemente alla ricerca di un equilibrio relazionale, che permetta di modulare le distanze senza eccedere nella eccessiva lontananza o vicinanza.

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

Per gli operatori risulta cruciale la fase di accoglienza e presa in carico del paziente, come momento delicato della relazione, vera propria opportunità formativa/informativa destinata a caratterizzare la relazione a lungo termine che si andrà costruendo.

L’adesione alle cure sembra essere fortemente correlata con le modalità con cui vengono date le informazioni ai pazienti circa le caratteristiche del trattamento terapeutico e le prescrizioni da seguire.

Nel paziente il momento informativo può mettere in moto meccanismi psicologici di rifiuto o di evitamento, associati a forti tensioni emotive che ostacolano o inibiscono parzialmente la comprensione e la memorizzazione (vedi Figura 1).



Figura 1

(tratta da B. Zani, E. Cicognani, “Psicologia della salute”, Il Mulino, 2000, pag. 145).

All’operatore impegnato nella raccolta delle informazioni connesse al decorso della malattia, il paziente oppone il suo corpo vissuto, la sua storia di vita ed il colloquio rappresenta il punto di contatto tra due storie individuali, due mondi simbolici dotati di codici interpretativi diversi, due

diverse modalità di elaborazione dei concetti di salute e di malattia. Come suggerisce il modello, una interazione comunicativa concettualizzata come una procedura di scambio delle informazioni, che non trascuri gli aspetti affettivi e sociali, è destinata ad influenzare efficacemente l'intero processo relazionale: un paziente rilassato è meno inibito sul piano della comprensione e della memorizzazione, quindi più soddisfatto del supporto che gli è stato offerto e, probabilmente, più disponibile a collaborare e a seguire le prescrizioni.

COMUNICARE E'...

Ascoltarsi	Ascoltare	Attenzione all'altro
Comprensione	Scambio	Emozione
Vitalità	Conoscenza	Porte da aprire e chiudere
Circuito	Necessità	Benessere
Gratificazione	Bisogno	Un'esigenza
Un piacere	Rubinetto che si apre e si chiude	

Queste sono solo alcune delle suggestive definizioni di comunicazione proposte dai corsisti, in cui i bisogni cognitivi (conoscere, comprendere, ascoltare l'altro) esprimono una forte coloritura affettiva. Benché ogni Unità di Dialisi dimostri di aver maturato un proprio stile comunicativo, è emerso il bisogno di consolidare la consapevolezza comunicativa come esercizio paziente dell'ascolto, dell'attenzione all'altro, della cura del contesto in cui le relazioni si strutturano.

Prioritaria, nell'ambito della relazione, l'esigenza di autorappresentazione, cioè il modo in cui l'operatore rappresenta se stesso nello scambio comunicativo, come soggetto che rimanda un'immagine di stabilità, competenza, affidabilità e, soprattutto, di fiducia e di sicurezza.

Viene sottolineata l'espressività corporea, la padronanza dei gesti, la prossimità fisica nel contatto con soggetti che lo stato d'ansia rende particolarmente recettivi alla comunicazione analogica.



ACCOGLIENZA PROGRAMMATA DEL PAZIENTE IN DIALISI

La percezione di autoefficacia comunicativa trova riscontro nella coesione del gruppo di lavoro e nel riferimento a linee comuni di comportamento.

I gruppi hanno elaborato un modello di accoglienza programmata di cui si evidenziano alcuni passaggi chiave:

Colloqui e visite guidate al reparto

“Le informazioni dovrebbero precedere il paziente”, ha osservato un'operatrice e - ha sottolineato – dovrebbero precederlo con discreto anticipo”. Nella maggior parte dei casi, infatti, l'ingresso di un paziente in dialisi è un evento prevedibile sulla base dell'evolversi e dell'aggravarsi della sua patologia e in tale misura regolamentabile; un contatto costante dell'Unità di Dialisi con il Reparto di Nefrologia consente agli operatori di assumere le informazioni necessarie per facilitare ed individualizzare gli incontri preparatori per l'ingresso in dialisi.

Viene proposta l'accoglienza del paziente in reparto nel periodo antecedente l'ingresso in terapia dialitica per una serie di colloqui e di visite guidate, il cui scopo è quello di familiarizzare il paziente con la struttura e di rendere meno traumatico l'approccio con l'apparecchiatura per la dialisi.

Il tutoring

L'inserimento di un nuovo paziente è un compito di tutoring per il quale va individuato un Infermiere Professionale di riferimento, cui spetta il compito di illustrare al nuovo paziente le caratteristiche della dialisi, la macchina di dialisi, le norme che regolano l'accesso al servizio.

Tale competenza dovrebbe gradualmente diventare patrimonio di tutti gli operatori, perché l'accoglienza non sia una competenza individuale, bensì una connotazione insita nella professionalità di ognuno.

Contatto con l'equipe di cura

Nel corso delle visite guidate il paziente entra in contatto con l'equipe di riferimento in cui figurano ruoli professionali diversi: Medico, Infermieri Professionali della Nefrologia e della Dialisi, Psicologo, Dietologo, Assistente Sociale, cui spettano compiti informativi legati alla loro specificità disciplinare. È prevista una programmazione periodica degli incontri, anche tenendo conto delle specifiche esigenze dell'utente.

Gli incontri con il personale medico del reparto sono facilitati attraverso l'istituzione di un servizio di consulenza medica telefonica in orari programmati.

Gli strumenti informativi

L'informazione verbale viene curata, tenendo presenti le caratteristiche del paziente, le sue conoscenze ed i suoi modelli verbali. La terminologia è semplice ed è fondamentale accertarsi che il significato di un termine sia condiviso, per evitare distorsioni nella comprensione. Tutti i reparti di

dialisi dovrebbero predisporre opuscoli informativi redatti in più lingue, illustrati e formulati con una terminologia facilmente accessibile, per rinforzare il passaggio verbale delle informazioni. Oltre a questa modalità, viene proposta la realizzazione di un supporto audiovisivo, eventualmente da vedere e commentare insieme al paziente.

Coinvolgimento dei familiari del paziente.

Va stimolato il coinvolgimento dei familiari del malato, individuando il familiare cui far riferimento per le eventuali problematiche legate al trattamento dialitico. Il familiare di riferimento può essere coinvolto nel percorso informativo previsto nella fase di accoglienza e successivamente nei momenti di comunicazione e di ascolto rivolti al paziente, quando l'equipe curante ritenga necessario tale supporto.



La scheda narrativa

Un modello di scheda comune a tutti reparti è ritenuto uno strumento di facilitazione comunicativa.

Nel corso degli incontri iniziali vengono raccolte in una cartella, oltre alla storia clinica del paziente, anche le informazioni a carattere biografico che si ripercuotono sul quadro clinico.

Di sicuro interesse le note sull'assetto familiare, l'organizzazione del tempo libero, la vita affettiva e di relazione, i progetti per la propria realizzazione personale.

Tale documentazione, destinata via via ad essere integrata ed aggiornata, segue il paziente nell'arco della sua storia in dialisi, facilitando il passaggio di informazioni tra operatori, specie qualora si verificano un cambiamento di struttura di riferimento per la dialisi o un turn-over del personale.

Incontri periodici fra operatori

La costruzione e l'aggiornamento di strumenti informativi comuni richiama la necessità di occasioni comunicative periodiche per gli operatori della dialisi. Vanno programmati incontri d'equipe per discutere i casi clinici, mettere a confronto le diverse esperienze professionali, predisporre gli interventi. Si è valutata l'ipotesi di mettere a punto strumenti di osservazione ad uso degli operatori per monitorare l'inserimento del paziente in dialisi.

Il contesto

Lo sfondo comunicativo non va trascurato, poiché un ambiente a misura di utente è probabile che possa abbassare il livello di stress di pazienti ed operatori; per questo andrebbe riservato ai colloqui un piccolo spazio destinato unicamente a quest'uso e in ogni caso, i colloqui non andrebbero svolti negli ambienti comuni o nei corridoi.

Valorizzare il tempo della terapia

Il dializzato è una persona espropriata del suo tempo, che spesso vive le ore della dialisi in uno stato di veglia passiva.

Viene proposta l'introduzione di piccole variazioni nella routine della terapia: diffusione di musica nella stanza, visione di film scelti sulla base di criteri concordati tra i pazienti, conversazione a tema, proiezione di videocassette didattiche...

La comunicazione tra i pazienti va facilitata, individuando interessi comuni e promovendo alcune iniziative: ad esempio, lo scambio paritario di attività come la banca del tempo oppure gite o vacanze brevi, che sarà compito dei pazienti più attivi seguire e organizzare.

Anche in questo caso la circolazione dell'informazione è garantita con semplici avvisi nella bacheca di reparto.

Promuovere l'autonomia

Il senso di efficacia personale esercita effetti importanti sulla salute sotto due aspetti: nel fronteggiare eventi stressanti e nel modificare i comportamenti inadeguati. Quando le persone ritengono di poter affrontare in modo efficace i fattori stressanti legati alla malattia, si adattano con minore fatica al nuovo stato, mentre se ritengono di non avere possibilità di controllo sulle situazioni negative, vengono sopraffatte dall'angoscia.

Sostenere il paziente nel mantenimento dell'autostima e nel riconoscimento delle autonomie non intaccate dalla malattia e delle opportunità ancora accessibili, è una competenza essenziale per il ruolo degli operatori.

Per stimolare nel paziente il consolidamento dell'autoefficacia vengono

proposti dagli operatori alcuni piccoli compiti connessi alla seduta dialitica come, ad esempio, pulizia e disinfezione dell'accesso vascolare, controllo del peso...

E' possibile stilare un protocollo di attività compatibili con la condizione di dializzato, finalizzate a sostenere il livello di autostima e a mantenere lo spazio decisionale dei pazienti.

Promuovere la formazione di gruppi di mutuo aiuto tra i pazienti

Il passo successivo è la promozione di gruppi di mutuo aiuto.

I gruppi di self help enfatizzano la personale responsabilità e capacità di sostegno emotivo, migliorando le capacità di risposta allo stress e l'efficacia comportamentale dei partecipanti.

I gruppi garantiscono sostegno informativo, facilitano le relazioni sociali, offrono strategie di risposta, accrescono nei partecipanti il senso di controllo e di autoefficacia rispetto ai problemi.

Monitorare

L'evoluzione della relazione operatore/paziente va costantemente monitorata.

La somministrazione di un questionario anonimo permette di leggere il livello di soddisfazione degli utenti del servizio oltre che per trarre spunti operativi.

Sdrammatizzare

Questa osservazione non trova sufficiente riscontro scientifico, ma tutti concordano sull'efficacia di una battuta umoristica per alleggerire le tensioni!

Conclusioni

Il lavoro condotto con gli operatori delle Unità di Dialisi non può dirsi concluso, perché ogni esperienza di formazione trova nella sua conclusione temporale l'inizio di una nuova e più matura riflessione; tuttavia, la riflessione in gruppo rappresenta una versione laboratoriale di ciò che gli operatori sono in grado di fare e di realizzare nella quotidianità del loro operato.

Proporre modalità di intervento e soluzioni alternative alla ritmicità talvolta monocorde dell'operato quotidiano, evidenzia la ricchezza di contributi provenienti dalle singole professionalità.

E' importante che quanto è stato messo a punto nel percorso formativo non rimanga nel bozzolo delle intenzioni, ma incontri autentiche possibilità di costruzione e di verifica.

Bibliografia

F.Fornaia

"La valutazione ambientale multidimensionale: il caso dei luoghi ospedalieri",
in La professione di psicologo,
Giornale dell'Ordine nazionale
degli Psicologi, maggio 2004;

A.A.V.V.

"Dialisi: assistenza infermieristica e qualità della vita",
Quaderni IPASVI, Roma 2003;

A.A.V.V.

"Aspetti psicologici del paziente cronico in dialisi: approccio multidisciplinare ed integrazione di cura attraverso medico, infermiere, psicologo",
in Giornale di tecniche nefrologiche e dialitiche, anno XV,
n. 1 gennaio/marzo 2003;

M. Olmer, et alii

"Vivre avec una maladie des reins",
Marseille, 2003;

B. Zani e E.Cicognani

"Psicologia della salute",
Il Mulino, Bologna, 2000;

F. Pellegrino

"Stress negativo, stress positivo", Positive Press,
Verona 2000;

R. Ferretti e M. V. Gentili

"Modelli di intervento dello psicologo in Ospedale",
Atti del Convegno di Camerino,
9 giugno 1997;

S. Kanizsa

"L'ascolto del malato",
Guerini, Milano 1994.

Risorse e bisogni di un'èquipe di terapia intensiva: dall'osservazione all'intervento formativo

Pagliaini Lucia, Psicologa

Docente a contratto di Psicologia Clinica Università di Brescia

Affò Loredana, OPD

Servizio Infermieristico (SIOTRA) Spedali Civili di Brescia

Mabellini Daniela, IP

Ufficio Formazione Aziendale Spedali Civili di Brescia

All'interno del contesto generale della formazione sanitaria continua, uno degli intenti della psicologia sanitaria è quello di occuparsi attivamente dello stress lavorativo in ambito sanitario. Nell'ambiente lavorativo degli operatori sanitari, la gestione delle emozioni, legata anche al continuo contatto con la malattia, la morte, il dolore dei pazienti, è facile veicolo dell'instaurarsi di un certo tipo di dinamiche psicologiche, conosciute col nome di distress, che, se presente nell'individuo troppo a lungo, può perfino diventare "cronico".

Studiare ed occuparsi dello stress lavorativo in un servizio sanitario, è significativo dal momento che, la presenza o l'assenza di condizioni di distress in un'unità di cura, possono influenzare la capacità dei curanti di avere un ascolto empatico nei confronti del paziente, e, di conseguenza, la capacità di riconoscere i veri bisogni del malato, che vede minata la possibilità di una migliore qualità di vita.

Nell'ospedale ci sono molti servizi sanitari e molte équipe di cura, ma di queste, ce ne sono alcune soggette alla pressione di eventi stressanti di particolare entità e difficilmente gestibili, ad esempio reparti come l'Oncologia, la Rianimazione, la Pediatria, l'unità di cura di Malattie Infettive. Il servizio di anestesia e rianimazione è soggetto ad una specie di paradosso: gli operatori sono allo stesso tempo anestesisti e rianimatori, quindi i primi cercano di portare i pazienti il più vicino possibile al sonno eterno, alla morte, mentre i secondi devono risvegliare coloro che dormono a seguito di un intervento chirurgico o di un trauma e mantenere in vita il più a lungo possibile chi ha una patologia mortale.

E' sulla scorta di queste riflessioni che la Division d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques (centro collaboratore dell'OMS) dell'Università di Ginevra* ha approvato e seguito, sotto la direzione del prof. J. Ph. Assal e in collaborazione con l'Università di Brescia (cattedra

FOCUS



di Anestesia e Rianimazione e cattedra di Psicologia Clinica) un progetto di studio sperimentale sulle possibili dinamiche psicologiche esistenti all'interno di un'équipe di cura di una unità operativa di Terapia Intensiva. Tale studio, su proposta della Direzione Sanitaria di Presidio e del Responsabile del 2° Servizio di Anestesia e Rianimazione (cui fa riferimento la suddetta cattedra), si è poi sviluppato in un progetto di Ricerca-Intervento, svolto in collaborazione con l'Ufficio Formazione Aziendale e il Servizio Infermieristico Aziendale, la cui ultima fase è tuttora in corso. Al momento dell'osservazione nel 2° Servizio di Anestesia e Rianimazione (2° C.R.) è presente un'équipe di operatori costituita da 9 medici strutturati, 31 infermieri, 10 operatori di supporto e un certo numero di studenti della scuola di specialità al II e al IV anno di corso; questo reparto segue circa 500 malati all'anno avendo 12 posti letto complessivi.

Obiettivo generale dello studio è stato rilevare, studiare e valutare le risorse e i bisogni degli operatori di un servizio di terapia intensiva, mediante, prima, l'osservazione del campione considerato, poi la somministrazione di uno strumento testistico, appositamente costruito, per poter infine organizzare un programma di accompagnamento psicologico personalizzato agli operatori dell'unità, attraverso una serie di incontri di gruppo.

Il lavoro è stato diviso in tre fasi fondamentali di **Ricerca-Intervento**

1. Osservazione
2. Indagine
3. Accompagnamento

1° FASE: OSSERVAZIONE

Ricerca

Conoscere la realtà da studiare mediante un'**Osservazione Silenziosa** della vita di curanti e pazienti in un'unità di rianimazione

Intervento

compilare un "**diario di cronaca**":

- Descrivere le situazioni e i momenti visti e vissuti ogni giorno di "osservazione silenziosa"
- Interrogarsi su quali problematiche sottenda ogni momento descritto

Esempi di problematiche

- Quali sono i **tempi di reazione** in questa unità di Terapia Intensiva per un evento nuovo, un imprevisto, un momento di crisi?
- Per il bene del reparto è **miglior** considerarsi e lavorare come un **gruppo**, o come un insieme di individui?

(*) Parte dei dati pubblicati nel presente articolo sono stati presentati al Convegno organizzato dall'Università degli Studi di Brescia, dal Centro O.M.S. dell'Università di Ginevra e dall'A.O. Spedali Civili di Brescia, in data 27 maggio 2003 presso la facoltà di Medicina e Chirurgia.

- Quali sentimenti suscita nei medici la **distinzione di ruolo** fra anestesisti e rianimatori?
- Sarebbe utile **condividere le emozioni coi pazienti** stessi, in quanto esseri viventi nella stessa unità?

2° FASE: INDAGINE

Ricerca

Costruire uno **strumento di indagine personalizzato** per l'unità considerata

Intervento

Creare un **QUESTIONARIO SEMI-STRUTTURATO** con:

- le informazioni raccolte con l'osservazione,
- i colloqui ai responsabili
- le riflessioni del gruppo di controllo.

SOMMINISTRAZIONE strumento

STUDIO e "RESTITUZIONE" dei dati.

Elaborazione di un questionario: criteri, indicatori, scale di misura

Esempio

CRITERIO	INDICATORE	SCALE DI MISURA			
Malattia	Quale tipo di patologia	PLT	Terminale	Post operatoria	Insuff.a organica
	Che cosa bisogna fare per curare in T.I.	Trattare il paziente	Comunicare col paziente	Comunicare nell'équipe	Formarsi
	Chi è che cura	Medico	Infermiere	Ausiliario	Tutti
	Quali strumenti bisogna avere per curare in T.I.	Tecnologie	Organizzare il lavoro	Molto personale	Formazione continua

Questionario personalizzato

- Strumento di indagine semi-strutturato
- Composto da 24 domande
- Divise in: 19 a scelta multipla e 5 aperte
- Con la possibilità di motivare la propria scelta per ogni risposta da parte del soggetto

Alcune domande del questionario

Secondo lei, il paziente ha bisogno maggiormente di essere:(numerare le seguenti affermazioni da 1 a 8, secondo l'importanza, dove 1 sia il valore massimo e 8 il minimo)

- accompagnato nell'accettazione della nuova situazione di ricovero

- seguito nella sopportazione del dolore per il trattamento di cura
- rassicurato sull'incertezza della condizione di salute
- coccolato e aiutato
- reso consapevole delle reali possibilità psico-fisiche future
- unito e vicino ai familiari
- informato sul tipo di cure somministrate
- altro _____

Pensa che la 2° C.R., in cui lei lavora, abbia bisogno di qualche cambiamento?

Se sì, quale _____

Secondo lei, quali sono i principali elementi, che caratterizzano i pazienti di una rianimazione?(possibili più scelte)

- lo stato di salute
- il sesso
- il rapporto coi parenti
- la patologia
- il trattamento di cura
- la condizione psicologica
- l'età
- il tipo di degenza
- il rapporto coi curanti
- altro _____



Presentazione del campione (vedi tabella 1)

SI È ARRIVATI AD AVERE:

CAMPIONE:

MEDICI:	11 + 1 SOGG.	} 42 SOGG.
INFERMIERI:	23 SOGG.	
AUSILIARI:	7 SOGG.	

MASCHI: 13 SOGG.
 FEMMINE: 29 SOGG.

ETÀ 37% 29>ETÀ<32
 23,8% 39>ETÀ<43

IL SOGGETTO PIÙ GIOVANE DI 23 ANNI
 IL SOGGETTO PIÙ ANZIANO DI 50 ANNI

TEMPO PERMANENZA IN REPARTO:

39.5%	0 >MESI< 36	(3 ANNI DI LAVORO)
13.2%	40 >MESI< 108	(9 ANNI DI LAVORO)
23.6%	132 >MESI< 228	(19 ANNI DI LAVORO)

GLI OPERATORI SI OCCUPANO DI:

PAZIENTI

- 540 PAZIENTI/ ANNO (45 PZ/ MESE)
- 84 DECESSI/ ANNO (7 DECESSI/ MESE)

L'ETÀ VARIA TRA I 16 E I 90 ANNI O PIÙ

DI QUESTI PAZIENTI:

28%	RISULTA LUCIDO
37%	IN STATO DI VEGLIA
35%	IN STATO DI COMA

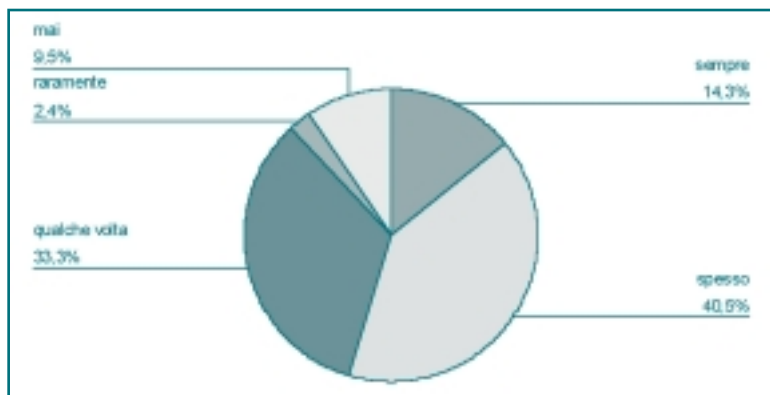
PATOLOGIE:

- POST OPERATI 30%
- POLITRAUMI 25%
- NEFROPATIE 20%
- NEUROPATIE 17%
- INSUF. RESPIRATORE 10%

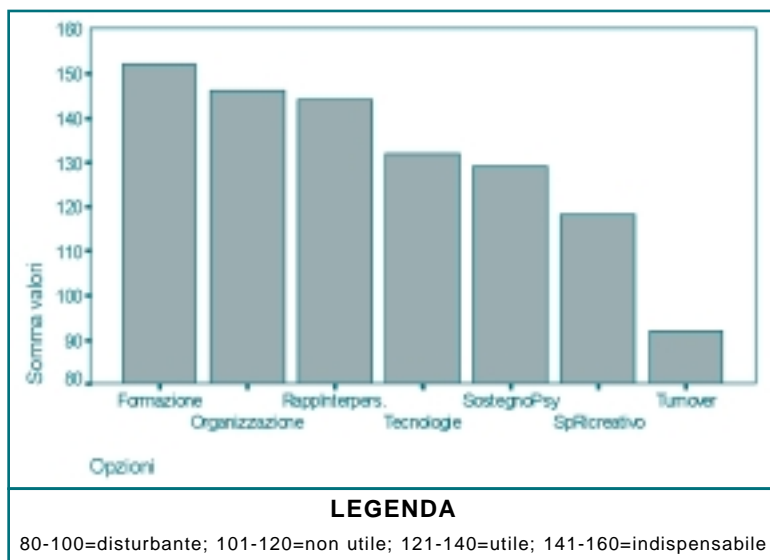
Tabella 1

Alcuni risultati (vedi grafici)

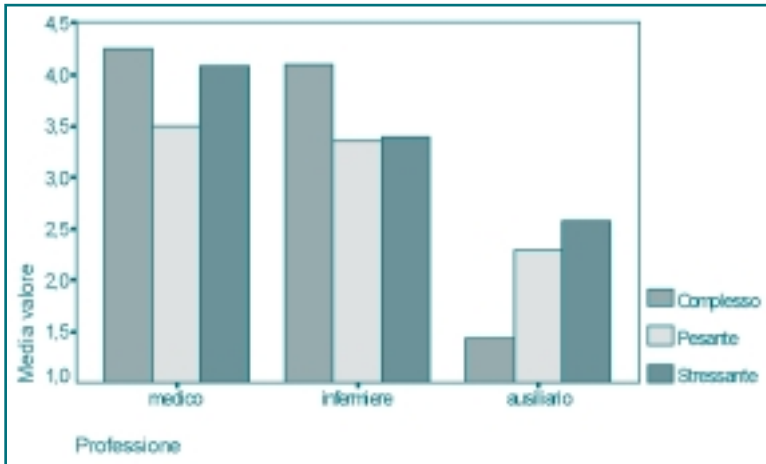
Questo lavoro influisce sulla sua vita privata?



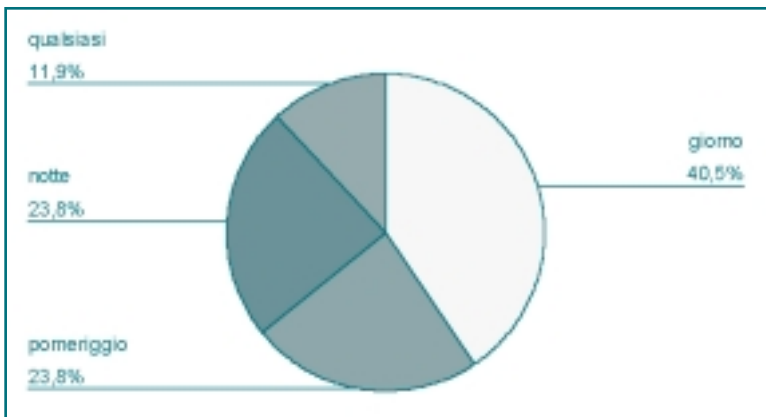
Quale grado di importanza assumono le seguenti opzioni per la 2C.R.



Il suo lavoro le pare:



Quale turno di lavoro predilige



3° FASE: ACCOMPAGNAMENTO

Ricerca

Realizzare un **progetto formativo** per il personale dell'équipe, sulla base dei bisogni e delle risorse emersi dall'analisi dei risultati del questionario.

Intervento

Programma di **ACCOMPAGNAMENTO PSICOLOGICO** per gli operatori dell'unità.

Bibliografia

Agnetti B., Pino O.
"Il Burnout negli anestesisti-riani-
matori: una ricerca osservativa",
Bollettino di Psicologia Applicata,
O.S. Firenze, 1988, 187-188,
65-70

Obiettivo

- Creare un **“protocollo di adattamento”**
- Condividere **stili comportamentali comuni e adeguati**
- Diventare consapevoli di **risorse e bisogni**

Metodo

Gruppi a tema composti da 8/10 operatori

Animazione terapeutico-educativa per ogni gruppo

Strumenti

Griglia di lavoro personalizzata all'unità di cura considerata:

- 4 percorsi
- 5 moduli
- 3 angolazioni differenti

CONCLUSIONI

Si prevede di avviare il programma di accompagnamento psicologico all'équipe, che comporterà l'impegno di circa un anno per ogni percorso di gruppo attivato, entro la fine dell'anno 2004.

Il programma rende possibile realizzare un progetto formativo adattato ai soggetti dell'équipe considerata, in modo da poter assicurare l'adeguata presa in carico, da parte dei sanitari di questo servizio, di pazienti in gravi condizioni di salute e inoltre porta ad approfondire la ricerca scientifica di temi a interesse internazionale come il distress sanitario in ambito ospedaliero.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia il Direttore Sanitario del Presidio Spedali Civili, il Direttore Infermieristico Aziendale, il Responsabile dell'U.O., la caposala e tutto il personale che ha collaborato alle varie fasi del progetto.

Assal J.P., Stalder H.

“Analyser les effets de la relation médecin-malade”,

Revue Médicale de la Suisse

Romande, Losanna, 1994,

vol.114, pp. 33-37

De Bertolini C., Rupolo G.

“La sofferenza psicologica in Rianimazione”,

Pàtron Editore Bologna, 1990

Maslach C., Jackson S.,

“MBI. Maslach Burnout Inventory”,

(trad.) Stefanile C., Sirigatti S.,

Firenze, OS-Organizzazioni

Speciali, 1993

Sonino N., Soldani L., Rafanelli

C., Fava G.A.

“Validazione di un nuovo indice clinico per la valutazione dello stress in ambito medico”,

Medicina Psicosomatica, Vol.43, n.1, 1998,

Società Editrice Universo, Roma

Tarsitani L., Biondi M.

“Sviluppo e validazione della scala VRS (Valutazione rapida dello stress)”,

Medicina Psicosomatica, vol.44, n.3, 1999, pp.163-177

1. ASSICURAZIONE
2. LAVORATORI
3. IPASVI
4. CAUSE
5. DEDICAZIONE



L'assistenza infermieristica è il valore aggiunto di un modello organizzativo della sanità centrato sulla persona.

Direzione
infermieristica
più esperienza
al sistema
sanitario.



 IPASVI

così
ATTACCATI
ALL'ITALIA

www.ipasvi.it - www.ipasvibo.it

Federazione Nazionale Collegi Infermieri | Collegio Ipasvi di Brescia

Anno accademico 2004/05: attivazione della laurea specialistica in scienze infermieristiche ed ostetriche

A cura di **Guglielmo Guerriero**

Ospedale S.Orsola Fatebenefratelli di Brescia

Il precedente numero di Tempo di Nursing (n.39/2004), ha ospitato nella rubrica "Aspetti giuridici della professione" una riflessione sul profilo dell'infermiere laureato specialista. Una proposta di lettura che si è rivelata, in qualche modo, puntuale poiché si è accompagnata alla definitiva attivazione del corso di laurea specialistica in scienze infermieristiche ed ostetriche. Quindi nell'anno accademico 2004/05 alcune università italiane, individuate dal MIUR in relazione alle proposte formative esplicitate, potranno ospitare ed attivare i primi corsi di laurea specialistica, sedi che si configureranno come primissimi laboratori metodologici per l'individuazione dei contenuti dei percorsi formativi e la costruzione del profilo del laureato specialista.

Le università lombarde che hanno avuto il via per l'attivazione sono Milano Statale, Milano Bicocca e Pavia, con le quali è utile evidenziare, per ragioni territoriali con Brescia, l'università di Verona. I corsi di laurea specialistica sono, come previsto, a numero chiuso, con una individuazione del numero programmato specifica per ogni università: si va dai 20 posti di Milano Statale ai 30 posti di Milano Bicocca o Verona. In ogni caso, il DM 9 luglio 2004, che individua le modalità di ammissione, permette l'ammissione diretta in deroga al superamento dell'apposita prova, a coloro i quali è stato conferito l'incarico ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, da almeno due anni alla data del presente decreto. Il DM 9 luglio 2004 esplicita, inoltre, ulteriori informazioni in relazione al test d'ingresso e alla valutazione dei titoli.

Complessivamente gli elementi che si prestano a riflessioni, commenti e, talora, a critiche non sembrano pochi, a questi si aggiungano i bandi delle università che sono stati emanati, coerentemente al loro status di auto-

ASPETTI GIURIDICI



nomia, con integrazioni che, in qualche sede, stanno portando a ricorsi. Ciononostante, permane il grande traguardo raggiunto dalla professione infermieristica che, con la laurea specialistica, determinerà un nuovo e significativo slancio disciplinare per una formazione e una professionalità avanzata, capace di affrontare i problemi prioritari di salute e di trovare soluzioni alle criticità clinico-assistenziale irrisolte.

Il quadro concettuale che delinea il profilo dell'infermiere laureato specialista è assolutamente ampio e di primo piano nell'ambito delle scienze cliniche ed umane, chiamato ad approfondire, innovare e coniugare modelli teorici, metodologie di ricerca, prassi gestionali, clinico-assistenziali.

La laurea specialistica è, dunque, un' nuova opportunità che fornisce un grande impulso allo sviluppo professionale.

Il DM 9 luglio 2004 è e sarà, indubbiamente, oggetto di valutazioni e di verifiche, soprattutto, in relazione agli aggiustamenti che si riterranno opportuni per i bandi relativi ai prossimi anni accademici. E', senza dubbio, l'inizio, con tutto il carico di attese e di incertezze che una neo-laurea specialistica in scienze infermieristiche ed ostetriche comporta. Pertanto, in questa sede, non si procederà ad una valutazione critica del decreto di attivazione delle lauree specialistiche per le professioni sanitarie. Parimenti, appare utile evidenziare l'allegato al DM, ovvero il testo contenente i programmi previsti per la prova di ammissione ai corsi di laurea delle professioni sanitarie.



In particolare, vengono individuate cinque aree conoscitive e disciplinari, con la finalità di fare emergere caratteristiche cognitive, esperienziali e professionali, il cui possesso è ritenuto imprescindibile per l'accesso alla laurea specialistica.

Gli ottanta quesiti previsti vengono, dunque, così ripartiti:

- 1 Teoria e pratica della disciplina specifica (infermieristica), 32 quesiti;
- 2 Logica e cultura generale, 18 quesiti;
- 3 Regolamentazione dell'esercizio professionale specifico (infermieristico) e legislazione sanitaria, 10 quesiti;
- 4 Cultura scientifico-matematica, statistica, informatica e inglese, 10 quesiti;
- 5 Scienze umane e sociali, Scienze del management generale e sanitario, 10 quesiti.

Inoltre il decreto sottolinea, a parità di numero di quesiti corretti, la preminenza delle risposte ai quesiti inerenti la teoria e la pratica del nursing. Dunque, secondo il legislatore, "l'accertamento delle conoscenze teorico/pratiche essenziali, nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale; della capacità di rilevare e valutare criticamente da un punto di vista clinico ed in una visione unitaria, estesa anche nella dimensione socioculturale, i dati relativi allo stato di salute e di malattia del singolo individuo, di gruppi interpretandoli alla luce delle conoscenze scientifiche di base; delle abilità e l'esperienza, unite alla capacità di autovalutazione, per affrontare e risolvere responsabilmente i problemi sanitari prioritari", diventano il "core" della valutazione scientifica e disciplinare dei candidati, unitamente alla loro capacità logica e al complessivo livello culturale conseguito.

Seppure quanto definito si presta a qualche ulteriore affinamento contestuale (o a qualche critica), si configura, allo stesso tempo, come una esplicita chiave di lettura di quanto atteso in relazione al profilo dell'infermiere laureato (e, di conseguenza, in relazione al suo percorso formativo) e del professionista infermiere che intenda intraprendere un percorso formativo al fine di conseguire competenze clinico-infermieristiche avanzate.

Come la disciplina infermieristica e ostetrica possano confluire in un percorso omogeneo e, allo stesso, multidisciplinare, sarà un nodo che, verosimilmente, le prime esperienze formative potranno chiarire. Per quanto, storicamente, le due discipline si siano, talora, accompagnate in un iter formativo e professionale comune, permangono, oggi, forti specificità nei modelli teorico-concettuali e disciplinari adottati e anelati, ovviamente, dalle rispettive professioni. Inoltre, seppure l'attivazione delle lauree specialistiche, trova riscontro normativo nella L.251/2000, con l'istituzione della dirigenza infermieristica nelle aziende sanitarie (ulteriormente confermata dall'istituzione dei SITRA, secondo le linee guida della Regione Lombardia), l'esigenza sociale e professionale di un infermiere laureato specialista clinico (con competenze cliniche avanzate) permane (e, talora prevale) accanto alla volontà del legislatore di ottemperare alla L.251/2000, con la formazione accademica di laureati specialisti, delle professioni sanitarie, con spiccate competenze gestionali-organizzative. Un ruolo importante (probabilmente, fondamentale) sarà quello dei colleghi che inizieranno questa esperienza, con la loro partecipazione attiva ed una sapiente e propositiva valutazione critica (laddove opportuno), contribuendo a fornire riflessioni ed elementi utili per i coordinatori e responsabili dei corsi per correggere, se fosse necessario, la rotta.

Buon anno accademico 2004/05!

Bibliografia

Decreto Ministeriale 9 Luglio 2004

"Modalità e contenuti prova di ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2004/05"

M.G. De Marinis et al.

"Linee guida per un progetto di laurea specialistica in scienze infermieristiche",
Federazione Nazionale Collegi Ipvsvi,
1ª 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

Allegato 1:

DECRETO MINISTERIALE 9 LUGLIO 2004
MODALITÀ E CONTENUTI PROVA DI AMMISSIONE AI CORSI DI LAUREA
SPECIALISTICA DELLE PROFESSIONI SANITARIE
PER L'ANNO ACCADEMICO 2004/05

VISTO il decreto legislativo 30 luglio 1999, n.300;

VISTA la legge 2 agosto 1999, n.264 recante norme in materia di accessi ai corsi universitari ed, in particolare, l'articolo 4, comma 1;

VISTA la legge 8 gennaio 2002, n.1 "Conversione in legge con modificazioni, del decreto-legge 12 novembre 2001, n.402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario";

VISTO il decreto ministeriale 3 novembre 1999, n.509 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli Atenei";

VISTO il D.M. 2 aprile 2001 con il quale sono state determinate le classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 25 luglio 1998, n.286 ed, in particolare, l'articolo 39, comma 5;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n.394 ed, in particolare, l'articolo 46;

VISTA la legge 30 luglio 2002, n.189;

VISTA la legge 5 febbraio 1992, n.104, così come modificata dalla legge 28 gennaio 1999, n.17;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 1957, n. 686;

VISTA la legge 2 agosto 1990, n. 241;

RITENUTA la necessità di definire, per l'anno accademico 2004-2005, le modalità ed i contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie;

D E C R E T A:

Art.1

1.Per l'anno accademico 2004/2005 l'ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie di cui al D.M. 2 aprile 2001, per i quali si dispone che non sia consentita una abbreviazione di corso, avviene previo superamento di apposita prova predisposta da ciascuna università sulla base delle disposizioni di cui al presente decreto.

2.L'ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie di cui al presente decreto, è consentita direttamente, in deroga al superamento della apposita prova, a coloro i quali è stato conferito l'incarico ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, da almeno due anni alla data del presente decreto.

3.La prova di ammissione per l'accesso ai corsi di laurea di cui al comma 1 articolati in uno per ogni classe di laurea specialistica, consiste nella soluzione di ottanta quesiti a risposta multipla, di cui una sola risposta esatta tra le cinque indicate su argomenti di:

- teoria/pratica pertinente alle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse ;
- logica e cultura generale;
- regolamentazione dell'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse e legislazione sanitaria;
- cultura scientifico-matematica, statistica e informatica;
- scienze umane e sociali.

4. La prova si svolge presso le sedi universitarie il giorno 6 ottobre 2004. Per lo svolgimento della prova è assegnato un tempo di due ore.

5. Sulla base dei programmi di cui all'allegato, che costituisce parte integrante del presente decreto, vengono predisposti trentadue quesiti per l'argomento di teoria/pratica pertinente all'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse; diciotto quesiti per l'argomento di logica e cultura generale e dieci quesiti per ciascuno dei restanti argomenti.

Art.2

1. Per la valutazione del candidato ciascuna commissione giudicatrice, nominata dai competenti organi accademici, ha a disposizione cento punti dei quali ottanta riservati alla prova scritta e venti ai titoli.

2. Per la valutazione della prova si tiene conto dei seguenti criteri:

a)

1 punto per ogni risposta esatta;

0,2 punti per ogni risposta sbagliata;

0 punti per ogni risposta non data.

3. In caso di parità di voti prevale, in ordine decrescente, il punteggio ottenuto dal candidato nella soluzione rispettivamente dei quesiti relativi ai seguenti argomenti:

teoria/pratica pertinente all'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse; logica e cultura generale; regolamentazione dell'esercizio professionale specifico e legislazione sanitaria; cultura scientifico-matematica, statistica e informatica; scienze umane e sociali.

4. La valutazione dei titoli accademici e professionali, per la classe di laurea specialistica delle scienze infermieristiche e ostetriche avverrà sommando il punteggio di :

I. - uno dei sotto elencati titoli, a scelta del candidato, presentato per l'accesso al corso :

-diploma di laurea triennale abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse punti 7;

-diploma universitario, abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse punti 6;

-titoli abilitanti all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, di cui alla legge n.42/1999 punti 5;

II.

- diploma di Scuola diretta a fini speciali in assistenza infermieristica (DAI) di cui al D.P.R. n. 162/82 punti 3

- altri titoli accademici, professionali o formativi: punti 0,50 per ciascun titolo fino ad un massimo di punti 2

III.

- attività professionali nella funzione apicale di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, idoneamente documentate e certificate: punti 1 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4

IV.

- attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, idoneamente documentate e certificate: punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4

5. La valutazione dei titoli accademici e professionali per le classi di laurea specialistica delle scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione, per le classi di laurea specialistica delle scienze delle professioni sanitarie tecniche e per le classi di laurea specialistica delle scienze delle professioni sanitarie della prevenzione, avverrà sommando il punteggio di:

I.

- uno dei sotto elencati titoli, a scelta del candidato, presentato per l'accesso al corso :
- diploma di laurea triennale abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse punti 7;
- diploma universitario, abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse punti 6;
- titoli abilitanti all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse di cui alla legge n.42/1999 punti 5.

II.

- altri titoli accademici, professionali o formativi: punti 0,50 per ciascun titolo fino ad un massimo di punti 5 ;

III.

- attività professionali nella funzione apicale di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse idoneamente documentate e certificate: punti 1 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4

- IV.- attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, idoneamente documentate e certificate: punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4

Art.3

1.I bandi di concorso prevedono disposizioni atte a garantire la trasparenza di tutte le fasi del procedimento e indicano i criteri e le procedure per la nomina delle commissioni preposte agli esami di ammissione e dei responsabili del procedimento ai sensi della legge n.241/1990.

2.I bandi di concorso definiscono inoltre le modalità relative agli adempimenti per il riconoscimento dell'identità dei partecipanti, gli obblighi degli stessi nel corso dello svolgimento della prova, nonché le modalità in ordine all'esercizio della vigilanza sui candidati, tenuto conto di quanto previsto dagli articoli 5, 6 e 8 del D.P.R. 3 maggio 1957, n. 686, ove non diversamente disposto dagli atenei.

Il presente decreto è pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma, 9 luglio 2004

Il Ministro

(f.to Letizia Moratti)

Allegato 2:

PROGRAMMI PROVA DI AMMISSIONE AI CORSI DI LAUREA SPECIALISTICA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Anno accademico 2004-2005

1) Teoria/Pratica della disciplina specifica

Accertamento delle conoscenze teorico/pratiche essenziali, nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale; della capacità di rilevare e valutare criticamente da un punto di vista clinico ed in una visione unitaria, estesa anche nella dimensione socioculturale, i dati relativi allo stato di salute e di malattia del singolo individuo, di gruppi interpretandoli alla luce delle conoscenze scientifiche di base; delle abilità e l'esperienza, unite alla capacità di autovalutazione, per affrontare e risolvere responsabilmente i problemi sanitari prioritari. Applicare queste conoscenze anche nella risoluzione di problemi organizzativi e didattici.

tici tenendo presente le dimensioni etiche.

2) Logica e Cultura generale

Accertamento della capacità di comprendere il significato di un testo o di un enunciato anche corredato di grafici, figure o tabelle, di ritenere le informazioni, di interpretarle, di connetterle correttamente e di trarne conclusioni logicamente conseguenti, scartando interpretazioni e conclusioni errate o arbitrarie. I quesiti verteranno su testi di saggistica o narrativa di autori classici o contemporanei, oppure su testi di attualità comparsi su quotidiani o su riviste generaliste o specialistiche; verteranno altresì su casi o problemi, anche di natura astratta, la cui soluzione richiede l'adozione di forme diverse di ragionamento logico.

3) Regolamentazione dell'esercizio professionale specifico e legislazione sanitaria

Accertamento delle conoscenze riguardo l'esercizio professionale specifico e delle principali fonti legislative riguardanti la specifica disciplina e la legislazione sanitaria nazionale di interesse specifico.

4) Cultura scientifico-matematica, statistica, informatica e inglese

Accertamento della padronanza estesa al versante sperimentale o applicativo di conoscenze di base nei sottoelencati settori disciplinari: Matematica, Epidemiologia, Statistica, Informatica.

Nota: E' auspicabile anche inserire la comprensione di due o tre frasi semplici per verificare il grado di conoscenza della lingua inglese.

5) Scienze umane e sociali, Scienze del management generale e sanitario

Psicologia, Pedagogia, didattica Sociologica, Filosofia. Management ed organizzazione. Accertamento delle conoscenze riguardo le diverse teorie presenti nel panorama contemporaneo con le corrispondenti concezioni dell'uomo e della società. Accertamento della capacità di applicare conoscenze specifiche nella gestione di servizi ai diversi livelli e nella didattica ai diversi livelli.

Federica Renica

Presidente Collegio IPASVI di Brescia

PART-TIME E ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Domanda:

Può un infermiere professionale, dipendente di un'azienda ospedaliera pubblica, con contratto part-time, con prestazione lavorativa non superiore al 50 per cento di quella a tempo pieno, prestare la propria attività presso altre strutture sanitarie o studi privati?

Risposta:

Ad oggi il quadro normativo e giurisprudenziale non è mutato, ad eccezione per la categoria degli Avvocati per i quali è stato introdotto un divieto assoluto (legge 25 novembre 2003 n.339).

Per tutte le altre categorie professionali, la normativa di riferimento rimane la legge 23 dicembre 1996 n.662, "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", il D.lvo 30 marzo 2001, n.165, T.U. sullo Statuto degli impiegati civili dello Stato; il D.P.C.M. 17 marzo 1989, n.117, relativo alle "Norme regolamentari sulla disciplina del rapporto di lavoro a tempo parziale" etc..

La possibilità di svolgere un'attività professionale, che comporti l'iscrizione ad un Albo, è sempre possibile, ma rientra nella discrezionalità dell'Ente stabilire prescrizioni e limitazioni al fine di garantire il regolare svolgimento delle mansioni del pubblico dipendente e di evitare ipotesi d'incompatibilità e di conflitto d'interesse.

E' possibile formulare le seguenti regole di comportamento:

1. Ai dipendenti pubblici che esercitano attività con iscrizione ad albi professionali, non possono essere conferiti incarichi dalle amministrazioni pubbliche dalle quali essi siano dipendenti;
2. E' facoltà dell'Ente permettere o negare l'autorizzazione ad esercitare la libera professione, motivando il provvedimento;
3. L'autorizzazione deve essere espressa per singolo incarico professionale o complesso di attività;
4. La richiesta del dipendente deve essere specifica e contenere le modalità dello svolgimento dell'incarico in modo da consentire all'Ente di

ASPETTI GIURIDICI

Da tempo giungono al Collegio domande ricorrenti di carattere professionale, contrattuale, legale, fiscale e relative all'attività libero professionale.

I quesiti, e le relative risposte, costituiscono un patrimonio che non vogliamo disperdere perciò questo spazio della rivista è in parte riservato alla pubblicazione delle risposte formulate.

I pareri sono espressi in collaborazione con professionisti esterni al Collegio, Studio Legale Montante - Bertuglia - Sturiale - Montalbano, Studio Bizioli & Associati, Commercialisti e revisori contabili e, al bisogno, altri consulenti specifici.

La documentazione integrale è comunque a disposizione presso la sede del Collegio

verificare che non vi sia conflitto con l'attività di pubblico dipendente, sia con riferimento al soggetto a favore del quale dovrà, essere espletato l'incarico (concorrenza), sia alle modalità di espletamento (orario di lavoro, scarso rendimento etc.);

5. Il dipendente ha l'analogo obbligo di informare l'Ente di eventuali variazioni nelle modalità di svolgimento della libera professione che possano dar luogo a ragioni di incompatibilità e di inconciliabilità;
6. L'attività professionale non può essere svolta a favore di altri Enti pubblici, ai quali sono assimilati gli Enti accreditati o in regime di convenzionamento pubblico, per ragioni di incompatibilità;
7. Non può consistere in un rapporto di lavoro dipendente, che per sua natura prevede continuità, vincoli di rendimento e obblighi di presenza;
8. Ammissibile può essere il ricorso a contratti di collaborazione professionale con studi privati, che dovranno essere comunicati all'Ente di appartenenza per la verifica dei requisiti di incompatibilità e inconciliabilità.

RAPPORTO DI LAVORO: COLLABORAZIONE COORDINATA CONTINUATIVA

Domanda:

E' possibile continuare le CoCoCo anche oltre il termine previsto dalla Legge BIAGI per la trasformazione delle CoCoCo in Lavori a Progetto?

Risposta:

La Legge BIAGI ha previsto l'esclusione dalla normativa sui Lavori a Progetto dei professionisti iscritti in Albi Professionali; da questa esclusione si è ritenuto di dedurre la possibilità di proseguire, secondo una prassi peraltro diffusa, a stipulare contratti di CoCoCo con iscritti in Albi Professionali.

Si tratta, a mio parere, di un errore in quanto la libera professione (L. P.) svolta da professionisti iscritti ad un Albo si differenzia formalmente e sostanzialmente dalla collaborazione coordinata e continuativa (CoCoCo) e, pur riconoscendo una certa contraddittorietà della normativa previdenziale, devo invece rilevare estrema chiarezza nella normativa IVA.

La CoCoCo è di fatto un rapporto di lavoro parasubordinato (la nuova legislazione parla di assimilazione a lavoro dipendente) svolto da singoli lavoratori, non rientrante nell'oggetto dell'arte o professione esercitata dal contribuente (vedasi art. 49 comma 2 lettera a del DPR 917/86 - Testo Unico imposta sui redditi ora trasferito nel comma c-bis dell'art. 50).

L'esercizio di un'attività per la quale sia obbligatorio l'iscrizione in un Albo professionale esplica sempre (per il disposto congiunto dei citato art. 50

del TUIR e dell'art. 5 comma 1 del DPR 633/72 - Legge IVA) l'inquadramento come "arte o professione" comunemente definita "libera professione".

Dalla diversa specificazione professionale discendono, oltre ad aspetti formali quali l'emissione di fattura e la tenuta della contabilità, le problematiche relative alla contribuzione INPS e INATL (per le collaborazioni) o di Previdenza autonoma (Cassa IPASVI) per i liberi professionisti.

Le "Linee guida comportamentali per l'esercizio autonomo della professione infermieristica" individuano l'esercizio individuale con partita IVA, lo Studio Associato e la Cooperativa Sociale come modalità corrette di esercizio della libera professione; non pongono divieti alle CoCoCo proprio in funzione della loro assimilazione a lavoro dipendente.

Resta una previsione normativa, risalente al 1995 e che dovrà essere coordinata con l'attuale legislazione fiscale e previdenziale, che prevede l'assoggettamento alla Cassa di Previdenza IPASVI anche dei redditi derivanti da CoCoCo.

Concludo quindi affermando che l'attività libero professionale svolta da un singolo iscritto al Collegio IPASVI debba sempre esplicarsi nella modalità della libera professione con i connessi adempimenti tributari e previdenziali.

Se il professionista non esercita la libera professione ma lavora in una struttura sanitaria più o meno complessa a fronte di una retribuzione oraria siamo nel caso evidente di un rapporto di lavoro dipendente.

Sono inoltre convinto che la scelta contraria della CoCoCo, spesso consigliata solo per "semplicità fiscale", comporti in realtà maggiori oneri e rischi sia per il professionista che per il committente.

Domanda:

Si chiede l'orientamento di questo Collegio in merito all'interpretazione dell'art. 5 dell'allegato A (individuazione della figura e del profilo professionale dell'operatore socio sanitario) del D.G.R. Regione Lombardia 6 luglio 2002 - N.7/5428 laddove prevede fra le attività di tale figura, la collaborazione nella somministrazione della terapia.

Risposta:

Il quesito posto sembrerebbe riproporre per certi versi la più volte affrontata diatriba sulla ripartizione per aree di competenze tra l'I.P. e il Medico.

In verità si tratta di un falso problema, atteso che la figura degli O.S.S. è regolata minuziosamente da varie fonti normative che non presentano, una volta tanto, difficoltà interpretative, essendo piuttosto coerenti e coordinate.

Vero è che l'emergenza determinata dalla carenza di personale Infermieristico Professionale, specie in alcune strutture sanitarie, può condurre ad allargare i compiti degli O.S.S. o degli infermieri generici, affidando competenze e mansioni, proprie della diversa categoria professionale degli I.P.

Si tratta di una prassi illegittima, che può dar luogo a profili di responsabilità civile e penale sia a carico del soggetto (l'O.S.S.) che esercita abusivamente la professione altrui (l'infermiere professionale ha un titolo di studi di grado più elevato che comporta conoscenze tecniche e specifiche e deve iscriversi all'Albo), sia a carico del soggetto che utilizzi impropriamente l'O.S.S. od ha la responsabilità del trattamento del paziente (diagnostico e terapeutico).

A titolo esemplificativo ricordiamo le fonti normative che disciplinano i profili professionali degli I.P. e degli O.S.S.:

Infermieri Professionali

Le attività sanitarie ed, in specie, l'attività di infermiere è disciplinata dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", che ha modificato il T.U. delle Leggi Sanitarie, approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265.

L'art. 1, al primo comma, muta la denominazione della Professione Infermieristica, da "sanitaria ausiliaria" a "professione sanitaria", determinando un riconoscimento sociale e giuridico della funzione, del ruolo professionale, non secondario, nel perseguimento delle finalità di sanità. Tale mutamento, ovviamente, deriva da un processo evolutivo scientifico, che ha condotto all'abrogazione del c.d. "mansionario" una volta contenuto nel D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione del Titolo V relativo alle mansioni degli infermieri generici.

Il successivo secondo comma definisce il nuovo profilo professionale: "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".

Con il Dlgs 30 dicembre 1992, n.502 è stato attribuito al Ministro della Sanità il compito di individuare il nuovo profilo professionale infermieristico, mediante emanazione di apposito regolamento.

Il Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere è stato approvato con Decreto 14 settembre 1994, n.739, che ha definito la figura professionale dell'infermiere, cioè l'operatore sanitario in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

In buona sostanza, si può definire l'I.P. come quell'operatore sanitario che ha la responsabilità dell'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa di natura tecnica, relazionale, educativa, partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.

In altri termini, l'I.P. dirige, coordina, ha la responsabilità, interviene in tutta l'attività di assistenza sanitaria non attribuita alla competenza del medico.

Operatori Socio Sanitari

Oggi la figura dell'O.S.S. risulta regolata principalmente dall'allegato A dell'Accordo 16 gennaio 2003 tra il Ministro della Salute, il Ministro del Lavoro e delle politiche sociali, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, emanato in esecuzione dell'art. 1, comma 7 e 8, del D.L. 12 novembre 2001, n.402.

Testo dell'allegato A: "L'operatore socio-sanitario, che ha seguito con profitto il modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria, oltre a svolgere le competenze professionali del proprio profilo, coadiuva l'infermiere o l'ostetrica/o e, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione, è in grado di eseguire la somministrazione, per via naturale, della terapia prescritta, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione:

la terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione;

i bagni terapeutici, impacchi medicali e frizioni;

la rilevazione e l'annotazione di alcuni parametri vitali (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e temperatura) del paziente;

la raccolta di escrezioni e secrezioni a scopo diagnostico, le medicazioni semplici e bendaggi;

i clisteri;

la mobilitazione dei pazienti non autosufficienti per la prevenzione di decubiti e alterazioni cutanee;

la respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno;

la cura e il lavaggio e preparazione del materiale per la sterilizzazione;

l'attuazione e il mantenimento dell'igiene della persona;

la pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature, delle attrezzature sanitarie e dei dispositivi medici;

la raccolta e lo stoccaggio dei rifiuti differenziati;

il trasporto del materiale biologico ai fini diagnostici;

la somministrazione dei pasti e delle diete;

la sorveglianza delle fleboclisi, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione.

Tale elenco di mansioni, così dettagliato, ha natura tassativa, anche se non esaustiva, chiarisce compiti e limiti dell'O.S.S..

L'Operatore Socio Sanitario ha da un lato compiti di assistenza propri, allorché si tratta di aiutare il paziente nelle normali attività giornaliere vissute nell'ambito della struttura sanitaria, curando l'igiene ambientale e personale, dall'altro ha compiti di collaborazione e ausilio nelle attività diagnostiche e terapeutiche che sono riservate alla competenza esclusiva dell'I.P. delle quali quest'ultimo mantiene la responsabilità.

In altri termini l'attività del O.S.S. è principalmente di collaborazione con gli altri operatori sanitari (Medico, I.P. etc.).

Non è ammessa, di conseguenza, delega delle mansioni tipiche dell'Infermiere Professionale agli Operatori Socio Sanitari od agli Infermieri Generici.

Il D.G.R. 6 luglio 2001 - N.7/5428 ha istituito nella Regione Lombardia la figura dell'operatore socio sanitario nell'ambito dell'atto di indirizzo e di coordinamento, specificando che l'O.S.S. svolge attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario, a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

La Regione Lombardia nel proprio atto normativo individua l'elenco delle mansioni, coincidenti con quelle indicate nell'Accordo del 2003 sopra riportato.

Si tratta di una figura professionale che ha competenze limitate sotto il profilo sanitario, ma non di secondaria importanza ai fini dell'assistenza in generale della persona, dall'accoglimento di tipo alberghiero/ricettivo, all'animazione ed assistenza personale.

Troviamo conferma che, per quanto riguarda le competenze di tipo sanitario, l'O.S.S. non ha autonomia rispetto alle competenze tipiche dell'I.P.,

ma svolge assistenza al paziente nelle pratiche terapeutiche o di diagnostica elementare trattate normalmente nell'ambito familiare, ma che per il contesto socio-familiare-sanitario devono essere trattate in ambito o modalità diversi da quello familiare.

Il D.G.R. del 2001 innanzi citato contiene un elenco descrittivo ed esplicativo delle mansioni attribuite alla figura professionale in commento (un vero e proprio mansionario) al quale si fa espresso rinvio per la lettura e conoscenza, quale utile strumento operativo e di ausilio interpretativo.

Conclusioni

Quanto sopra riferito, conduce a rispondere negativamente ai quesiti posti

- 1 La terapia è atto di responsabilità dell'I.P. che assume la direzione e la vigilanza sull'esatta esecuzione della stessa; ne consegue che l'O.S.S. non può prendere cognizione della prescrizione medica, ma seguire le istruzioni eventualmente impartite dall'I.P., qualora la preparazione e somministrazione non implichi attività complessa o invasiva o di estremo rischio per il paziente, quindi, di responsabilità dell'I.P. o di altro operatore sanitario tecnico o addirittura del Medico.
- 2 L'O.S.S. non può preparare il farmaco, anche se prescritto, ad eccezione dell'unione di due o più composti semplici confezionati e pre-determinati, trattandosi di pratiche terapeutiche elementari trattate normalmente nell'ambito familiare.
- 3 L'assunzione dei farmaci può essere organizzata secondo protocolli operativi dei quali è pur sempre responsabile l'I.P.
- 4 Nell'esempio riferito unitamente alla reperibilità medica deve essere istituita la reperibilità infermieristica professionale.

Questionario per la rilevazione del fabbisogno formativo degli iscritti al Collegio IP.AS.VI. di Brescia

Premessa

La formazione continua e l'aggiornamento professionale costituiscono uno dei cardini sui quali si fonda la professione infermieristica.

Tale affermazione è supportata dall'art. 3 – punto 3.1 del Codice deontologico che recita: "L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci. L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica".

Il tema della formazione continua e dell'aggiornamento professionale dei professionisti della salute è stato sancito, peraltro, dal Ministero della Salute prima e dalla Regione Lombardia oggi con la DGR 5 agosto 2004, n. 7/18576 che detta le linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) in Lombardia.

L'idea guida di questo Collegio, al fine di sostenere gli infermieri nel fondare il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate, è quella di attivare eventi formativi scelti sulla base degli effettivi bisogni dei propri iscritti .

L'idea guida di questo Collegio, al fine di sostenere gli infermieri nel fondare il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate, è quella di attivare eventi formativi scelti sulla base degli effettivi bisogni dei propri iscritti .

Scopo generale dello studio

Tale studio si prefigge 2 scopi:

- Il primo riguarda la progettazione di eventi formativi, da realizzare nel corso dell'anno 2005, su argomenti che avranno ottenuto il maggior numero di consensi
- Il secondo riguarda le modalità di iscrizione ai corsi e alcuni aspetti organizzativi

Scelta degli obiettivi formativi

Nel presente studio, gli obiettivi formativi da sottoporre ad indagine sono gli obiettivi formativi definiti dalla Conferenza permanente per i rapporti

COMUNICAZIONI COLLEGIO

Il **questionario** che trovate al centro della rivista va compilato e rispedito al **Collegio** nel più breve tempo possibile.

Il modulo è stato formattato affinché sia possibile ritaglierlo in formato **A 4**, in modo da poter entrare in tutti i fax.

Ovviamente ricordate di inviare ambedue le facciate.

Il numero di fax del Collegio è: **030.43194**

tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Ciascun evento inserito nel sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) per ottenere i crediti formativi deve necessariamente far riferimento ad uno di essi.

L'espressione delle vostre preferenze determineranno la qualità, l'efficacia e la rispondenza del servizio offerto agli effettivi bisogni degli iscritti al Collegio IP.AS.VI di Brescia.

La loro individuazione costituisce un momento fondamentale dell'intera iniziativa.

Il Questionario

Il questionario, che costituisce un importante momento per l'individuazione dei bisogni degli iscritti, è strutturato in 6 parti:

1. Dati anagrafici
2. Obiettivi formativi
3. Interesse per l'aggiornamento professionale
4. Disponibilità
5. Modalità di iscrizione
6. Eventuali osservazioni

Le risposte verranno utilizzate solo allo scopo qui dichiarato del questionario, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo la legge 196/2003.

Per qualsiasi chiarimento rivolgersi alla Segreteria del Collegio IP.AS.VI.

“La leggenda di Eridano”.

Alfredo Luvino, Raffaele Romano.

Unifam (Unione Contro la Fame nel Mondo). pp 75

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

Cosa accade a Torino, la città che un'antica leggenda fondò nel luogo dove morì Fetonte (o Eridano) guidando il carro del sole? L'intrecciata trama del racconto poliziesco ha origine con misteriosi avvenimenti: un uomo si aggira di notte trasportando un corpo sulle spalle; scompaiono alcune mummie dal Palazzo Egizio; alcuni scheletri sono menomati; uno scrittore irakeno è introvabile. Sullo sfondo di una Torino multietnica, due ispettori coadiuvati da un egittologo cercano un nesso agli avvenimenti accaduti. Le trame sono costellate da colpi di scena inaspettati. Tra i protagonisti, alcuni frutto della fantasia degli autori, altri realmente vissuti, ritroviamo l'ispettore di polizia Sergio Arcato, tronfio nelle sue certezze, che cercherà di motivare i furti incomprensibili avvenuti in antichi cunicoli sotterranei: le indagini condurranno alla scoperta di un universo fantastico che accompagnerà il lettore ad incontrare il fascino dell'antico Egitto. I destini degli Arabi e degli Italicis s'intrecciano sullo sfondo di Porta Palazzo, il quartiere più cosmopolita di Torino, in cui risiede una biblioteca all'interno della quale viene ritrovato un libro proveniente direttamente dalla biblioteca privata di Nietzsche. Come spiegare tale opera a Torino? Perché da tale libro sono state strappate le pagine numero 94 e 95? Perché due pagine incollate tra loro contengono nel loro interno alcuni appunti scritti da Nietzsche stesso, raffiguranti la Leggenda di Eridano. Pare che nel 1529 a.c. Eridano, proveniente dalla Grecia o dall'Egitto, abbia realmente fondato Torino e la leggenda così narra: “Eridano era il nome dato dalla mitologia greca ad un fiume. Il dio del sole, Elio, invaghitosi di Cimene, ebbe da lei un figliola alla quale diede il nome Fetonte. Elio aveva imprudentemente promesso a suo figlio qualunque cosa desiderasse, ma quando Fetonte gli chiese di poter guidare il carro del Sole attraverso il cielo, cercò invano di spiegarli che nessun mortale avrebbe potuto compiere una simile impresa: Fetonte insistette ed Elio, dopo avergli spiegato quali terribili rischi avrebbe corso, acconsentì riluttante. Fetonte capì ben presto che il padre

SCAFFALE

Le origini di Torino, anticamente chiamata Eridania, vengono raccontate da un mito dell'antica Grecia. Tra le mura di tale città, ricche di mistero e tesori culturali, gli autori propongono un giallo carico di colpi di scena. Gli utili della vendita di questo libro, saranno destinati all'UNIFAM, la benemerita Unione contro la fame nel mondo, in particolar modo, andranno a sostegno dell'ospedale di Quelimane in Mozambico.

aveva ragione; terrorizzato, perse il controllo dei cavalli e, guidando troppo vicino alla Terra, rischiò di appiccarvi il fuoco. Purtroppo l'inesperienza di Fetonte, portò i cavalli imbizzarriti fuori rotta, così da creare un'apoteosi sulla terra, minacciata in questo modo di prendere fuoco. A questo punto Zeus, padre di tutti gli dei, per salvare il mondo, non poté fare altro che uccidere Fetonte, fulminandolo". Secondo la leggenda, il corpo di Fetonte ricadde sulla Terra e fu sepolto sulle rive del fiume Eridano (l'odierno Po) dalle sorelle, le Eliadi, poi trasformate in pioppi. In quel luogo venne fondata una città chiamata Eridania, poi Fetonzia, l'attuale Torino. Consiglio la lettura di quest'opera a chiunque voglia vivere un'avventura emozionante all'interno delle mura torinesi: sfogliandone le pagine, è esaltante notare che si dissocia dal resto dei gialli perché non tende ad accumulare morti su morti. La trama risulta essere una splendida guida a Torino: il Museo Egizio, il Museo d'Antropologia, il Museo Pietro Micca, l'Archivio storico della città di Torino.



“La quarta verità”.

Iain Pears, Longanesi & C. Milano, pp 765

“Historia vero testis temporum, lux veritatis, vita memoriae, magistra vitae.”

(La storia, in verità, è testimone dei tempi, luce di verità, vita della memoria, maestra di vita).

Cicerone, De Oratore.

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

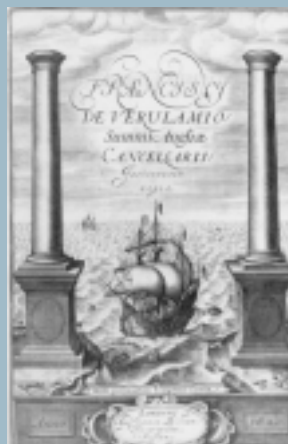
Neurochirurgia Spedali Civili di Brescia

L'autore di questo thriller storico, sostenuto da audacia, da fantasia e da un originalità sorprendente, riesce a far entrare il lettore nelle case, nelle taverne, per le strade, rendendolo in questo modo partecipe degli intrighi descritti. Ognuno dei cinque capitoli è preceduto da un proemio estratto dal *Novum Organum* di Bacone. Il bestseller è ambientato ad Oxford nel 1663,

momento e luogo di grandi fermenti politici, scientifici e religiosi, in cui ogni evento subiva, in parte consapevolmente, l'influenza dell'astrologia insegnata da Galeno e Paracelo. Un docente del New College muore in circostanze misteriose; una ragazza, accusata di stregoneria, è incolpata dell'omicidio e condannata all'impiccagione. Quattro testimoni raccontano la “loro” verità sul delitto: Marco da Cola, un cattolico veneziano che rivendica l'idea della trasfusione di sangue; Jack Prestcott, studente in legge; John Wallis, matematico e crittografo alla corte di Carlo II; Antony Wood, studioso dell'antichità. Tutti descrivono con ricchezza di particolari ciò che accade. Si tratta di un libro che a livello scientifico, solletica molte curiosità, come ad esempio le lezioni di Harvey sulla circolazione sanguinea. Robert Boyle, teologo e scienziato, è un curioso personaggio del romanzo

(considerato tutt'oggi il padre della chimica moderna). Il suo laboratorio è un luogo dove “ogni momento era buono per intraprendere un qualsiasi esperimento”, poiché questo significava andare alla scoperta dell'opera del Signore. Quando un esperimento stava per aver inizio, tutte le donne erano allontanate dal suo laboratorio, per paura che la loro natura irrazionale potesse influenzare i risultati. La filosofia misogina, tipica dell'ambiente scientifico secentesco, si ritrova nel testo, anche in ambito educativo, dove la figura femminile è vista come fonte di disturbo nella crescita culturale dell'uomo, ergo, è consigliato agli educatori di tener lontano i giovani maschi dalla compagnia delle donne, specialmente dalle

SCAFFALE



loro madri, sin dall'età di sei anni “..in modo che le loro menti siano occupate da conversazioni e letture elevate da nobili idee ..”. Tra le righe emerge l'interesse d'alcuni luminari della scienza, nel recupero dei corpi dei giustiziati alla forca, per essere usati a scopo scientifico durante le autopsie. Interessanti sono le diatribe sulla correttezza nel chiedere il permesso al condannato, per usare il suo corpo dopo la sua morte. Seppur divertito allo spettacolo dell'impiccagione, il popolo rifiutava questa macabra proposta di mutilare il corpo delle salme, anche se a scopo scientifico. Numerose le medicazioni avvenute da cerusici, sulla base d'unguenti e influenze astrologiche. Quando un medico propone ad un brillante paziente la possibilità di essere sottoposto a trattamenti di provata efficacia con altri ancora da confermare efficaci, in nome del progresso scientifico così risponde il paziente:

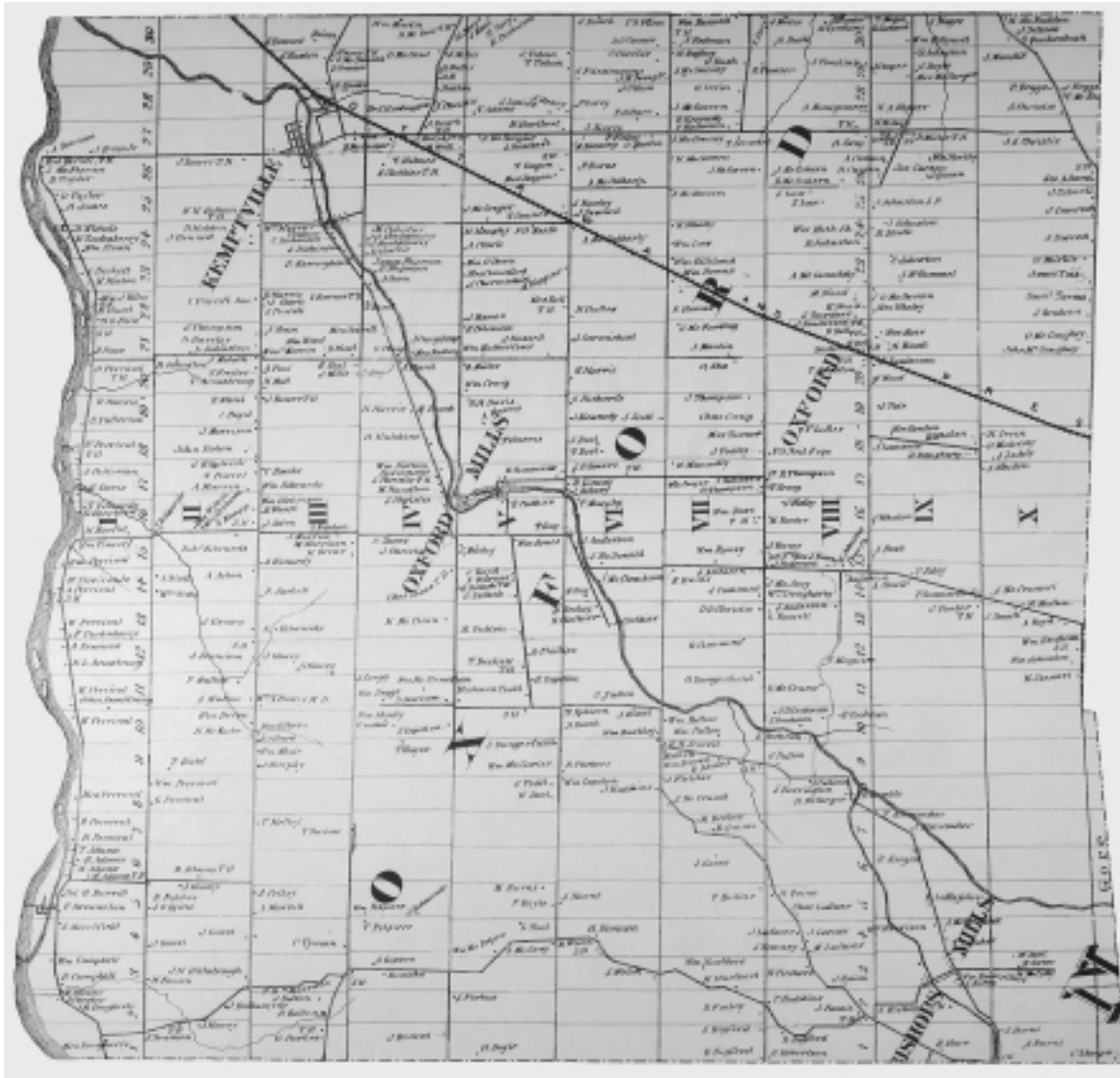
“Se vengo da lei perché affetto da una malattia, me ne infischio degli altri pazienti, non m'importa che altri siano guariti se a me tocca morire per dimostrare che una certa terapia non funziona! Io voglio star bene, anche se lei sostiene che il suo desiderio di sapere è più importante del mio bisogno di salute!”. Cosa ne pensate? La seconda parte del libro vede Jack Prescott, un giovane laureando in legge, impegnato tra numerose peripezie alla ricerca dell'assassino del padre. Intrighi, indagini criptiche, vendette, omicidi, che porteranno il giovane Prescott soffocato dal dolore ad essere internato in un manicomio. Cosa avrà scoperto

di così grave? In tali manicomi si descrivono rasature di teste per effettuare frizioni con aceto durante le crisi di follia. Visitatori che, ogni sabato mattina, pagano un penny per sbirciare attraverso i cancelli del manicomio i comportamenti dei poveri pazzi. Che divertimento! Ma in questo mondo popolato da sciocchi, bugiardi, assassini, imbroglioni, traditori, scienziati e pseudo tali, molte persone desideravano la morte della giovane Sarah. Tutti e quattro i protagonisti del romanzo, volevano la sua morte, ma perché?

Un romanzo che non si vede l'ora di tornare a leggere in cui la stessa storia, lo stesso evento è visto sotto quattro angolature differenti: lo stes-



New College di Oxford.



Mappa dei dintorni di **Oxford** nel XVI secolo.

so omicidio, quattro modi differenti di vedere la causa e di affrontare i fatti accaduti. Il contenuto del best seller stimola molte riflessioni su alcune problematiche attuali: forse è proprio vero : "Gli errori nella storia, si ripetono sempre!". Mi riferisco ad esempio alla ricerca scientifica, che vede impegnate molte persone . Ciò è senz'altro corretto, tranne quando tale impegno si trasforma, talvolta, in accanimento scientifico. Parlo cioè della vivisezione, parlo delle diatribe sulla fecondazione artificiale e tanto altro. Ciò che succedeva nel laboratorio di Boyle, sarà forse ciò che succede nei nostri laboratori sperimentali? Le donne sono ancora viste come fonte di disturbo all'interno degli ambienti di ricerca? Sarà davvero stato così interessante pagare per la macabra visione di persone affette da



malattia mentale? Cosa ci sarà di divertente nel vedere un uomo che è giustiziato in una pubblica piazza inglese? Cosa ci sarà di così interessante nel tetro spettacolo televisivo che proietta gli ultimi minuti di vita di un condannato alla sedia elettrica in un carcere americano? Sarà davvero così interessante catturare le immagini più crude, più strappalacrime che cinici programmi televisivi ci propinano ogni giorno? Interessanti poi le diatribe e le discordie sulla correttezza nel chiedere il permesso al condannato per usare il corpo inerte, dopo la sua morte. Vi ricorda nulla? A me ricorda

tanto il consenso all'autopsia dopo la morte ... o forse un po', al consenso dell'espianto post-morte. Lasciatemi almeno credere che, attualmente, rispetto al 1600, sia scomparsa la filosofia misogina in tutti gli ambiti lavorativi!

“Ciò che conferisce ricchezza ad un uomo, è la sua mente, non i suoi forzieri”.