

Ruolo dell'etica e della deontologia nell'esercizio della professione di infermiere.

Federica Renica

Presidente Collegio IPASVI di Brescia

Una professione si caratterizza per la specificità del servizio offerto ai membri di una società. Ed è proprio perché offre un servizio a persone che non possiedono la competenza per giudicare della qualità tecnica delle prestazioni, che ha il dovere morale di stabilire a quale modello ideale di servizio si ispirano i suoi membri per esercitare l'attività professionale.

Questo modello viene definito etico, poiché alla base di una riflessione critica dell'agire umano, deve essere esplicitato e condiviso da tutti coloro che esercitano la professione.

Perché sia un modello etico è necessario che sia orientato da valori condivisi, ossia da principi ideali che orientino l'agire professionale.

Sorge spontaneo porsi alcune domande:

quali sono i valori a cui si ispira la professione infermieristica che rappresentano gli ideali da perseguire giorno dopo giorno nell'attività quotidiana? Cosa identifica la professione come buono, come ideale di servizio che possa guidare i comportamenti professionali?

I Valori, che in questo caso definiremo universali in quanto sono rintracciabili in qualunque società e in qualunque epoca, vengono esplicitati nel Codice Deontologico Professionale e possono essere così sintetizzati:

- Rispetto della dignità e dell'unicità della persona;
- Competenza nell'esercizio di prestazioni professionali;
- Collaborazione ed integrazione con gli altri operatori ;
- Rispetto e tutela della professione.

In linea di massima questi valori compaiono in tutti i codici deontologici. E' bene sapere che il modello etico di riferimento è quello di tipo personalista, che considera la persona umana come soggetto di valore.

A questo modello si rifanno tutte le Carte dei diritti (es. diritti dell'uomo, del malato, dell'utente dei servizi sanitari e non, ecc.), ma l'agire orientato da valori è possibile solo se l'operatore possiede un certo livello di maturità morale.

EDITORIALE

Agire in maniera responsabile presuppone la capacità intellettuale e morale di sapere cosa fare (competenza), e il motivo che spinge ad agire (motivazione), in modo da poter prevedere le conseguenze che avranno le nostre azioni (responsabilità).

La consapevolezza di questo fatto è particolarmente evidente nel codice deontologico degli infermieri: nel testo di questo codice, infatti, è reiteratamente richiamato il concetto di responsabilità.



Agire in maniera responsabile presuppone la capacità intellettuale e morale di sapere cosa fare (competenza), e il motivo che spinge ad agire (motivazione), in modo da poter prevedere le conseguenze che avranno le nostre azioni (responsabilità).

La consapevolezza di questo fatto è particolarmente evidente nel codice deontologico degli infermieri: nel testo di questo codice, infatti, è reiteratamente richiamato il concetto di responsabilità.

Il codice deontologico dell'infermiere testimonia un cambiamento profondo della concezione stessa della deontologia che, ancorata solo etimologicamente al significato (dal greco deon) del "discorso dei doveri", diventa ora il **discorso della responsabilità**, laddove, e non potrebbe essere altrimenti, "responsabilità" corrisponde a impegno professionale nell'interesse della salute e della vita della persona, nel rispetto della sua dignità ed autonomia.

Si tratta di un'alleanza non solo ideale, ma concreta.

L'infermiere aderisce ai precetti del codice deontologico non per imposizione, ma per scelta, in quanto guidato dal suo senso di responsabilità.

L'infermiere aderendo ai dettati del codice deontologico s'impegna in un'alleanza con gli altri esseri umani.

Che si tratti di un'alleanza non solo ideale ma concreta, è dimostrato anche da una caratteristica del codice dell'infermiere che, oltre a renderlo unico rispetto agli altri codici deontologici, dichiara apertamente tale alleanza: si tratta del **patto infermiere cittadino**, premessa al codice stesso, del quale fa parte integrale, chiarendone l'autentico significato.

Contro la freddezza delle regole si riafferma il dovere della relazione con l'altro.

Entrare in relazione con l'altro, è questo il primo grande dovere dell'infermiere. Dopo arrivano le norme, incluso il codice deontologico, poiché senza il calore dell'attenzione umana, senza la forza di un reale interesse verso l'altro, le regole sono destinate a rimanere gelide e soprattutto inutili.

Le regole e le norme servono senz'altro a risolvere le perplessità e i conflitti di chi lavora con la sofferenza dell'uomo e sperimenta sulla propria pelle l'importanza dell'agire, il dubbio di non aver fatto abbastanza, ma solo una reale apertura all'altro, una comunicazione e un ascolto densi di competenze, possono schiudere il via a una risposta seria (e per forza di cose individuale) agli interrogativi sull'agire e l'operare nell'assistenza. Pertanto si evidenzia sempre più la correlazione tra l'etica dell'agire dell'infermiere, il ruolo della comunicazione e i percorsi di formazione.

Sulla questione formazione, il punto è stabilire quale tipo di educazione è necessaria oggi. I modelli non possono tradursi in standard fissi, ma devono variare adattandosi a luoghi e abitudini diverse. Ciò che si può e si deve comunque fare è insegnare ai giovani a pensare, evitando di trasmettere norme che rappresentino verità non discutibili.

Come ieri, ma soprattutto oggi, il vero grande dovere da trasmettere è

Alcuni punti del patto infermiere cittadino vengono ribaditi anche dalla carta europea dell'assistito che pubblichiamo nell'inserito al centro della rivista insieme al decalogo per una nuova politica della salute.

Il documento è stato presentato il 18 marzo al Circolo della Stampa di Milano alla presenza del Presidente della Regione Formigoni e del candidato Sarfatti, a cura del Coordinamento Collegi Lombardi.

quello della relazionalità, l'entrare in relazione con l'altro: si tratta di trovare i modi per realizzare questo trasferimento di competenze.

La relazione si fonda sulla trasmissione dei contenuti, non sulla prescrizione che invece ha a che fare con il potere. Pensiamo ad esempio a ciò che accade a scuola. L'insegnamento solo prescrittivo serve a poco. Un minimo di prescrizione dà sicurezza, soprattutto se lo si fa per rapportarsi in maniera sincera con gli altri. Ma la vera ricchezza dell'apprendere scaturisce dal confronto e dal dialogo.

E ciò è difficile. Ma se non si è capaci, è meglio cambiare mestiere. L'infermiere deve avere una cultura centrata sulla comunicazione e deve sentire la necessità di stabilire un dialogo con il paziente. Solo così è possibile andare oltre le schematizzazioni e produrre competenze. In fondo, per trovare una risposta basta tornare al vecchio comandamento "ama il prossimo tuo come te stesso". Ciò significa impegnarsi ad agire in onestà di coscienza e partecipazione. E su questo non ci sono protocolli o regole preconfezionate.

So che può essere difficile mantenere nel tempo questo atteggiamento di grande disponibilità interiore. Sicuramente questa motivazione di attenzione "all'altro" va conservata, arricchendo i percorsi di formazione di nuove discipline, perché la malattia non può essere spiegata solo con la linearità fra causa ed effetto, ma chiama in causa una complessità di fattori e richiede un approccio profondamente umano ed empatico oltre che un sostegno psicologico.

Nella struttura ove lavoro, da sempre il valore dell'altro è un obiettivo perseguito come pure l'orientamento alla formazione relazionale, con buoni risultati e, confrontandomi con i miei colleghi, mi fa sorridere sentir dire "... ma tu sei fortunata perché hai persone selezionate e migliori dei nostri dipendenti...".

E' naturale a questo punto ribattere che, statisticamente, non è possibile che tutti gli individui più dotati si siano concentrati in una struttura piuttosto che in un'altra e mi torna in mente una massima pedagogica
... credili migliori e ... saranno migliori!.

PROCEDIMENTO DISCIPLINARE

Il Consiglio Direttivo ritiene doveroso pubblicare gli estremi dei provvedimenti disciplinari adottati per informare gli iscritti sia delle decisioni assunte che sulla individuazione dei comportamenti ritenuti deontologicamente scorretti.

Nel caso delle sanzioni di censura, avvertimento, diffida, si è ritenuto di mantenere il riserbo sul nome degli iscritti specificando solo le iniziali; si è peraltro deciso che nel caso di inflazioni di sanzioni, quali la sospensione e/o la radiazione, sarà comunicato agli iscritti il nominativo dell'iscritto sanzionato.

Procedimento n° 3/04

Con delibera n° 94/04 del 09/11/04

Il Consiglio Direttivo dispone l'apertura di un procedimento disciplinare nei confronti della sign.a A. G., iscritta all'albo degli Infermieri Professionali contestando i seguenti addebiti :

- 1) per aver costituito e gestito soggetti societari in violazione delle norme giuridiche e deontologiche;
- 2) per aver esercitato un'attività di gestione ed intermediazione della libera professione in modo lesivo del decoro della professione e della dignità dei colleghi professionisti.

Con nota raccomandata prot. 5530/04 Del 30/11/04, recapitata il 04/12/04, l'addebito viene contestato all'interessata, unitamente alle comunicazioni di rito relative alle prerogative difensive, nonché alla data della trattazione orale del procedimento, con dichiarazione che si sarebbe proceduto anche in caso di assenza.

La Commissione di disciplina insediata, dopo aver sentito il relatore illustrare le circostanze e gli atti istruttori e l'incolpata che si è presentata producendo documentazione comprovante l'impegno assunto, messa in liquidazione della S.R.L. e l'impegno della trasformazione dei contratti in essere con detta società con altro soggetto: Cooperativa o Studio Associato, con **delibera n° 106 del 21/12/04**, dispone il provvedimento di:

avvertimento/diffida.

Assistenza di fine vita.

Marta Nucchi

Professore associato di scienze infermieristiche Università di Milano

INTRODUZIONE

Ogni anno, nel nostro paese muoiono oltre seicentomila persone: alcune di esse lo fanno in modo sereno perché circondate da cure e comfort, altre, invece, soffrono molto e sembra che siano senza un'adeguata assistenza. Queste disuguaglianze sono causate da problemi numerosi e non sempre chiaramente identificati, tra questi è necessario includere i principi morali in conflitto, le elevate attese dei pazienti e delle loro famiglie, l'ambivalenza dei curanti e pazienti che non sanno situare la morte nella loro vita e non accettano il suo avvicinarsi.

Lo sforzo della sanità sembra tutto rivolto a prolungare la vita, ma le azioni rivolte a questo prolungamento sono spesso un attentato alla qualità di vita.

Si sente l'esigenza di poter contare su professionisti della salute che siano ben preparati, in modo da essere autentiche risorse sia per gli assistiti e le loro famiglie, sia per i colleghi che condividono la responsabilità assistenziale nella tappa, forse, più critica di una persona: la fine della vita.

I BISOGNI DI FORMAZIONE

Il maggior ostacolo della non piena attenzione ai malati morenti e alle persone in lutto è certamente la scarsa formazione degli operatori, eppure tra gli strumenti strategici per erogare una soddisfacente assistenza alla fine della vita c'è proprio quello della formazione.

La formazione costituisce una leva essenziale a garanzia della fattibilità dei processi di innovazione per le cure ai morenti, in quanto è strumento finalizzato a migliorare la consapevolezza e la competenza sulla multifattorialità dei determinanti della salute, oltre che a individuare il ruolo che può essere svolto dalle diverse professionalità, a livello integrato, per il perseguimento di obiettivi di salute realistici.

La formazione di base non sempre è integrata con le conoscenze teoriche sulle cure di fine vita. Le competenze auspicabili in chi assiste i morenti richiedono sia un aumento delle conoscenze specifiche, sia la riflessione

OSSERVATORIO

La formazione di base non sempre è integrata con le conoscenze teoriche sulle cure di fine vita. Le competenze auspicabili in chi assiste i morenti richiedono sia un aumento delle conoscenze specifiche, sia la riflessione critica sull'esperienza di assistenza al morente, così da mettere in relazione i concetti teorici con la pratica.

Una ricerca americana fatta su cinquanta testi per infermieri, per un totale di oltre quarantacinquemila pagine, ha evidenziato la presenza di contenuti correlati alle cure di fine vita solo nel 2% delle pagine e nell' 1,4% dei capitoli, con informazioni non sempre accurate.

Non ci sono studi disponibili, ma sembra che anche in Italia la formazione sia insoddisfacente perché lacunosa e disomogenea.

critica sull'esperienza di assistenza al morente, così da mettere in relazione i concetti teorici con la pratica.

Una ricerca americana¹ fatta su cinquanta testi per infermieri, per un totale di oltre quarantacinquemila pagine, ha evidenziato la presenza di contenuti correlati alle cure di fine vita solo nel 2% delle pagine e nell'1,4% dei capitoli, con informazioni non sempre accurate.

Non ci sono studi disponibili, ma sembra che anche in Italia la formazione sia insoddisfacente perché lacunosa e disomogenea.

La formazione nelle cure del termine della vita che gli operatori sanitari ricevono sembrerebbe poco adeguata alle attuali esigenze; non si deve comunque tacere che sono molti i docenti che completano il loro programma formativo includendo il tema del morente e delle cure totali che questi ha diritto di ricevere.

A titolo esemplificativo l'università degli studi di Milano, nel corso di laurea per infermieri, offre le *attività formative a scelta degli studenti* e, solo nell'anno accademico 2003-2004, per i problemi dei morenti sono stati coinvolti 235 studenti e si sono attivati ben sei corsi elettivi:

- l'infermiere di fronte alla morte, con un impegno di 15 ore;
- terapia del dolore, con un impegno di 30 ore;
- accompagnamento del morente in ospedale, con un impegno di 15 ore;
- riflessioni sulla morte, con un impegno di 12 ore;
- assistenza infermieristica alla persona morente, con un impegno di 15 ore;
- approfondimenti per l'assistenza alla persona morente, con un impegno di 15 ore.

Inoltre, per soddisfare le numerose adesioni degli studenti, è indicativo che per due corsi:

- riflessioni sulla morte,
- assistenza infermieristica alla persona morente,

siano state necessarie due edizioni.

In ogni modo i formatori sono consapevoli che la formazione deve diventare più sistematica, in modo che siano affrontati i bisogni conoscitivi (consapevoli ed inconsapevoli) dei professionisti in tutti gli ambiti di cura e ad ogni livello. Questa formazione comprende conoscenze tecniche e abilità gestuali, ma soprattutto atteggiamenti essenziali che hanno a che fare con la bioetica, la filosofia, la relazione, l'antropologia.

Note

- ¹ Ferrell B., Virani R., Grant M., Analysis of end-of-life content in nursing textbooks. *Oncol Nurs Forum* 1999; n. 26, pag. 869 – 876.



L'ANALISI DEI BISOGNI EDUCATIVI

Sia per la pratica clinica sia per la preparazione scientifica dei professionisti, quasi tutti concordano nel ritenere necessaria e prioritaria la valutazione dei bisogni di formazione per le cure di fine vita.

Tali cure potrebbero essere ascritte tra le nuove discipline poiché definiscono le reali esigenze formative; queste scaturiscono dall'utilizzo di metodi complementari come la revisione della letteratura, l'intervista di esperti in cure palliative, la consulenza di esperti in educazione, il *focus group*, l'analisi di incidenti critici.

E' utile sottolineare che questi metodi complementari dovrebbero essere usati contemporaneamente e, al termine del processo d'analisi dei bisogni di formazione, permettono di ottenere un "profilo" professionale che descrive le caratteristiche dell'operatore ideale, cioè di quel professionista ritenuto idoneo a curare, con efficacia, i malati al termine della loro vita.

I bisogni educativi non sempre sono consapevoli.

A volte, qualche operatore si sente adeguato semplicemente perché è indaffarato a compiere gesti assistenziali, ma dimentica che i bisogni di formazione sono rivolti anche a;

- sviluppare la centralità della persona assistita, superando un punto di vista autoreferenziale;
- garantire un approccio multidimensionale, esteso alla sfera umana, ambientale e sociale con percorsi formativi integrati delle diverse figure professionali;
- sviluppare una cultura nel contempo scientifica ed organizzativa che, oltre ad incentivare l'eccellenza nello specifico settore dell'assistenza di fine vita, contribuisca a diffondere l'orientamento verso le esigenze degli assistiti e del servizio, le capacità gestionali, organizzative e relazionali, nonché ad incentivare l'uso corretto di risorse che permettano lo sviluppo di metodologie per la prevenzione del dolore.

A CHI LA FORMAZIONE?

Agli studenti.

I futuri medici, nonostante l'enorme interesse che dimostrano, hanno una scarsissima "esposizione" alle cure di fine vita e sarebbero in difficoltà soprattutto nelle situazioni concrete. A titolo esemplificativo: la decisio-



ne di inviare un assistito al suo domicilio oppure operare all'interno di un'equipe multidisciplinare per il ricovero in un hospice; la decisione del momento in cui passare dalla medicina curativa a quella palliativa o di interrompere nutrizione e idratazione.

I futuri infermieri, invece, sembrerebbero molto "esposti" alle cure di fine vita nel loro apprendimento clinico², compiuto in ambito ospedaliero e sul territorio, sia per l'assistenza domiciliare integrata, sia per l'assistenza in strutture residenziali quali sono gli hospices e le residenze sanitarie per anziani.

Ciò non di meno abbisognano di professionisti che siano validi assistenti per un tirocinio clinico significativo, in altre parole, si sente il bisogno di poter "usare" l'esperienza e la competenza di infermieri esperti che sappiano evidenziare gli aspetti positivi delle cure palliative correlate alla miglior qualità di vita possibile.

Il tirocinio, osservativo prima ed operativo poi, deve essere il punto di forza della formazione, all'interno del quale si può constatare che i comportamenti scaturiscono da principi scientifici ben appresi e compresi. L'apprendimento clinico sarà autenticamente formativo solo se potrà snodarsi attraverso le specifiche attività di assistenza infermieristica e saprà/potrà inglobare momenti di confronto con i professionisti, in modo da evitare che lo studente si allontani dal tirocinio con un'errata percezione di inutilità terapeutica e/o di un predominio dell'assistenza tecnica, che non tenga conto degli aspetti relazionali.

Ai medici.

C'è uno specifico bisogno formativo a proposito della cura del sintomo dolore (da cancro e/o da malattie diverse dal cancro) così come in merito ai problemi etici e deontologici legati alle decisioni di fine vita: non tanto come e se dire la verità al malato, quanto, piuttosto, nel valutare quanta verità la persona può "sopportare" e decidere quanto e come lasciarsi coinvolgere nel modo di vivere della persona assistita.

Più che i medici di famiglia, sembra che siano i medici ospedalieri³ ad esprimere specifici bisogni formativi, così da essere aiutati nella loro funzione decisoria per le dimissioni appropriate e per comprendere le funzioni dei diversi professionisti all'interno dell'equipe interdisciplinare, in merito alle decisioni di fine vita.

Agli infermieri.

Che riconoscono le cure di fine vita come parte della loro professionalità, ma incontrano numerose resistenze nell'attuazione di tali cure, soprattutto a causa del modo in cui si lavora, oggi, nelle aziende sanitarie. I bisogni di formazione maggiormente evidenziati sono attinenti la comunicazione con la persona assistita e con i suoi familiari e le metodologie lavorative della *critical care* per la cura del dolore e la sospensione di trattamenti.

Note

² L'università degli Studi di Milano, per il Corso di Laurea di Infermiere, ha pubblicato nel manifesto degli studi riferito all'anno accademico 2002-2003, gli obiettivi formativi in conformità agli indirizzi dell'Unione Europea. In tale documento, all'articolo 2, tra l'altro, si specifica che "... I laureati dovranno aver acquisito ... la capacità di alleviare con gli interventi infermieristici le situazioni di sofferenza, compreso il dolore, al fine di migliorare la qualità della vita".

Note

³ Weissman D. E., Block S. D., Bliank L. et al. Recommendation for incorporating palliative care education into the acute care hospital setting. *Acad Med*, 1999; n. 74, pag. 871 - 877.

FORMAZIONE CONTINUA

Le componenti della competenza nelle cure di fine vita più enfatizzate sono:

- la cura dei sintomi,
- la comunicazione con l'assistito e la sua famiglia,
- la comunicazione all'interno del gruppo di lavoro,
- l'etica e la deontologia.

Nella letteratura, in genere, emerge raramente il concetto del "prender-si cura".⁴

Questo concetto presuppone un atteggiamento "olistico" ed un'adesione convinta ai principi etici che si esprimono nei codici deontologici dei diversi professionisti sanitari. La cultura sanitaria ha, da sempre, riconosciuto l'importanza della relazione nel vivere la quotidianità della professione.

Alla luce della realtà che si sta vivendo nel mondo sanitario, diventa irrinunciabile ripensare al rapporto giudicato un po' logoro e, forse, inadeguato tra i professionisti della salute e gli assistiti. Ciò che sembra importante è che la formazione continua dei professionisti abbia come scopo dichiarato la cultura della salute, con i valori che esaltino il significato dell'esistenza umana in tutte le sue espressioni.

Essere presenti nella vita dolorosa degli altri è un compito difficile, che impiega risorse talvolta inesplorate, pertanto la formazione deve essere continuata nel tempo; senza apparire esagerati si potrebbe affermare che la formazione deve continuare per tutta la vita professionale.

L'originalità delle professioni sanitarie consiste nell'accompagnamento empatico nella terminalità della vita con un triplice scopo: poiché occorre bandire l'improvvisazione, al primo posto è necessario collocare la pianificazione e la gestione dell'assistenza, di seguito l'utilità del collaborare, in modo costruttivo, tra i professionisti del gruppo terapeutico e, a complemento, mantenere una rete di confronto esperienziale per fare comparazioni e progetti finalizzati al miglioramento della qualità delle cure.

STRATEGIE DI FORMAZIONE

La formazione basata su problemi pratici ha un miglior impatto sui risultati professionali, rispetto a metodi nozionistici.

Nella formazione dei professionisti si potrebbero considerare anche mezzi

Note

- ⁴ Nucchi M., Assistenza infermieristica: una pratica di cura. Anime e corpi, 2002; n. 215, pag. 419 – 427.



meno convenzionali. Per la modifica degli atteggiamenti si possono usare in modo sistematico le simulazioni. Sono molto efficaci il sociodramma e il teatro interattivo, che si basano sui principi dell'educazione dell'adulto e della comunicazione, e combinano lo studio del caso con il *role-playing* tradizionale.

Se è vero che l'educazione consiste nel creare occasioni per discutere intorno ad un tema, allora la formazione degli operatori deve evitare il sensazionalismo ed ancorarsi a basi scientifiche.

Per implementare una formazione che sia convincente e duratura, è utile che ai professionisti si forniscano *dati oggettivi* sui quali poter riflettere e discutere, pertanto è necessario che la *casistica* sia *numericamente significativa* per essere considerata adeguata a possibili generalizzazioni e che i *dati* siano *validati dall'autorevolezza della fonte*.

I punti di forza di ogni strategia formativa sono la misurabilità dei risultati, l'efficacia e la convinzione che sia necessaria una buona ricerca quale fattore di stimolo decisivo per l'avanzamento culturale e per l'innovazione.

Il maggiore punto di debolezza si constata quando, all'ampliamento delle conoscenze non corrisponde un'efficace modificazione degli atteggiamenti.

Il sistema Gentle Care: il significato dell'approccio protesico nella cura della persona demente con disturbi del comportamento (BPSD - Behavioral and Psychological symptoms of dementia)

Antonietta Tonetti

Infermiera Professionale presso Unità di Valutazione Multidimensionale
UVMD Distretto n°6 Palazzolo s/O ASL Brescia

INTRODUZIONE

La demenza, a causa del notevole incremento demografico della popolazione nei paesi occidentali, rappresenta un importante problema sociale e sanitario che tenderà ad aumentare d'entità con il progressivo aumento numerico e percentuale degli ultrasessantacinquenni nei prossimi 20-30 anni. I dati relativi alla prevalenza della demenza riportati in studi di diversi paesi industrializzati indicano tassi attorno al 5% nei soggetti d'età superiore ai sessantacinque anni, con un 6,4% in Italia. La prevalenza raddoppia ogni 5 anni, passando dal 2,3% nei soggetti giovani-anziani fino ad arrivare al 30-40% negli ultraottantacinquenni.

Le patologie dementigene determinano sia disturbi cognitivi che comportamentali, portano ad una riduzione dell'autonomia funzionale, fino alla completa disabilità della persona che ne è affetta.

Dai risultati è emerso che i sintomi non cognitivi sono pressoché costanti nella demenza, soprattutto nelle fasi più avanzate della malattia e che alcuni di questi, come la depressione, l'apatia, il ritiro sociale, possono anticipare la diagnosi. Inoltre, dati della Letteratura mostrano come la frequenza e l'entità dei disturbi comportamentali rappresentino il più forte fattore di stress, di burden e di depressione per il caregiver.

LO SCOPO

Lo scopo di questo lavoro è di richiamare l'attenzione al "Gentle Care", un sistema di cura della persona con demenza, elaborato da una terapeuta canadese, Moyra Jones, che persegue l'obiettivo del benessere del paziente, attraverso un approccio protesico ai sintomi non cognitivi. Com'è stato poc'anzi detto, i disturbi del comportamento rappresentano

NURSING E RICERCA

I disturbi del comportamento rappresentano uno degli aspetti di maggior impatto negativo della demenza, per il malato e per chi si prende cura di lui (caregiver). Il modello strettamente "biomedico" per cui tutto è "sintomo" della malattia, può reggere se applicato alla sfera cognitiva e a quella somatica, ma è un errore applicarlo ai comportamenti.

La terapeuta canadese Moyra Jones ha elaborato un sistema di cura denominato "Gentle Care" che rappresenta un tentativo di coniugare una visione realistica delle possibilità di cura della demenza con il mantenimento di un programma di cure ottimistico, capace di proporre obiettivi. Questi obiettivi sono però tutti dentro al benessere del malato e dei caregivers, un sistema capace di comprendere la peculiarità della disabilità creata dalla malattia, ma al tempo stesso di cogliere e valorizzare le competenze residue così come le preferenze e i desideri del malato stesso.

uno degli aspetti di maggior impatto negativo della demenza, per il malato e per chi si prende cura di lui. Secondo questo sistema, la valutazione della gravità e della frequenza dei sintomi non cognitivi non può essere solo un'operazione descrittiva di classificazione, ma deve essere un'operazione interpretativa, che cerca il significato di quello che succede. Il modello strettamente "biomedico", per cui tutto è "sintomo" della malattia, può reggere se applicato alla sfera cognitiva e a quella somatica, ma è un errore applicarlo ai comportamenti.

Questi infatti sono tipicamente, per definizione, espressione di un rapporto tra la persona e l'ambiente; il comportamento è ciò che noi facciamo in risposta a richieste o necessità dell'ambiente interno o dall'ambiente esterno, quasi mai è una "iniziativa" pura, anzi un comportamento afinalistico, che non risponde o che risponde in modo non appropriato ad una finalità, è considerato patologico. Nella valutazione di un comportamento, prima di considerarlo o non un sintomo, occorre come minimo valutare la persona e l'ambiente: nell'analisi contestuale dei comportamenti, il rapporto da valutare è quello fra la capacità della persona che sta sperimentando la demenza e le richieste dall'ambiente. Il disturbo del comportamento può anche essere l'espressione di richieste sbagliate che l'ambiente rivolge alla persona e non espressione diretta della malattia, con la conseguenza che l'ambiente lo si può cambiare, la malattia, spesso no.

Nella pratica assistenziale e clinica è abitudine approfondire la conoscenza del malato soprattutto attraverso l'anamnesi patologica, prossima e remota. La storia della sua salute è più spesso la storia delle sue malattie, poco o nulla si conosce di ciò che la persona è, le sue preferenze, le sue inclinazioni, gli hobbies, il carattere, le abitudini, ciò che lo irrita, se preferisce stare da solo o in compagnia, i vestiti che ama ect.

Per costruire un intervento valutativo capace di fornire soluzioni ai problemi del comportamento, occorre avere chiaro che il comportamento è l'espressione della persona oltre che della patologia, nel suo rapporto con le richieste ambientali e i bisogni individuali.

Questo ci permette di costruire un intervento che è definito da Moyra Jones "protesico", perché tende a compensare il deficit intellettuale attraverso l'adattamento dello spazio fisico, delle attività e delle persone che curano. Valutare è un modo diverso di guardare alla persona con

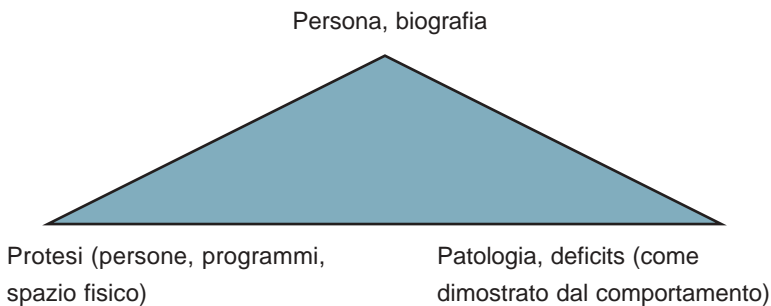


demenza, non solo ciò che non funziona, ma anche le capacità, le preferenze, gli stati d'animo, non solo il malato ma il suo ambiente.

Nel paradigma biomedico-clinico la causa dei disturbi comportamentali della demenza va cercata nella malattia, nella concezione protesica, i disturbi del comportamento sono segni e messaggi di uno stress negativo che la persona con demenza sta vivendo, stress creato dal divario fra ciò che la persona può dare e ciò che l'ambiente richiede. Alle volte un "comportamento" diventa "disturbo del comportamento" per la situazione, ad esempio ambientale, inadatta.

Obiettivo del Gentle Care è quindi quello di ridurre al minimo i sintomi non cognitivi, vera origine della maggior parte del disagio personale, e sociale e di aumentare il benessere del triangolo sociale (malato, famigliari, operatori professionali) trovando alternative ai sistemi di contenzione fisica e farmacologica, spesso abusati.

Di seguito la rappresentazione grafica del sistema di intervento protesico Gentle Care



Elementi della "Protesi" di cura

Nel "Gentlecare" i disturbi del comportamento vanno interpretati sia sul piano clinico (conoscenza del malato e della malattia), sia in quello delle interazioni sociali e culturali (conoscenza della biografia personale, conoscenza delle interazioni ambientali). Il momento della diagnosi, della stadiazione della gravità della demenza sono importanti, ma solo come punto di partenza e non certo di arrivo, non è sufficiente sapere che tipo di malattia ha quella persona, ma dobbiamo anche sapere che tipo di persona è quella che ha quella malattia. L'anamnesi deve diventare un momento di ricerca biografica delle tracce che il tempo ci può restituire: fotografie, filmati, canzoni, voci registrate etc. Questi materiali, che nel "Gentlecare" sono chiamate "Life Memorabilia", cioè testimonianze di vita, aiutano la staff di cura a capire la persona, aiutano la persona a riconoscersi in un ambiente che è pieno di cose famigliari, aiuta a coinvolgere

la famiglia nel processo di cura.



Per questo la protesi costruita dal “Gentlecare” è una protesi complessa, costituita dall’interazione dinamica di spazio fisico, persone, attività, che riflette più la complessità e la dinamica della vita che non quella della malattia.

Spazio fisico

Gli elementi caratteristici dell’ambiente sono:

- Sicurezza, ogni elemento di sicurezza ambientale si traduce in uno spazio di libertà per il malato e in una minor necessità di sorveglianza o contenimento (minor stress per il malato e per il caregiver).
- Elasticità, nell’evoluzione naturale della malattia dementigena il malato muta continuamente, una soluzione che poteva essere considerata ideale, potrà risultare non idonea dopo poche settimane; più le soluzioni ambientali sono in grado di seguire il percorso di gravità e il modificarsi dei sintomi, più facilmente il malato si troverà sempre in un ambiente adatto a lui.
- Comfort, l’ambiente dovrà essere vissuto come piacevole.
- Chiarezza del messaggio, più un ambiente è familiare per la persona con demenza, più è facile che risponda con comportamenti socialmente appropriati. Se una stanza assomiglia a casa sua (confortevole, quieta, familiare) avrà un buon comportamento sociale e un miglior livello funzionale. Nella persona demente vi è perdita precoce della visione dei contrasti, così l’utilizzo dei colori dovrà evitare errori che possono essere motivo di confusione per il malato, oppure disegni o poster che possono essere fonte di paura o allucinazioni, eccesso nel gioco luci/ombre che diventano ostacoli insormontabili o ancora fonte di allucinazioni.

Una particolare attenzione è costituita dallo spazio esterno, il giardino. Il contatto con elementi naturali e vivi è una fonte preziosa di stimoli al giusto livello e per alcuni anche messaggio di antistress; può dare l’opportunità per attività di lavoro, per tenere animali, fare sport, e per favorire il passeggio. La caratteristica di circolarità del giardino permetterà al

paziente di camminare tranquillo, non si perderà perché ritornerà sempre al punto di partenza.

Persone

Secondo Moyra Jones chi svolge attività terapeutica con le persone affette da demenza, deve essere allenata a sviluppare in modo appropriato l'atteggiamento, la motivazione, il linguaggio, la professionalità, l'esperienza, la capacità di comunicare, osservare, analizzare e risolvere i problemi, il rispetto, il senso dell'umorismo.

Nella cura dei malati di Alzheimer vanno considerate "persone" che curano, oltre al personale professionale che fa parte dell'equipe di cura, i familiari, i parenti, i visitatori, gli amici, i volontari; a costoro va rivolta la stessa attenzione formativa e informativa, se assicurare benessere è il fine della protesi, il benessere di chi cura è un elemento fondamentale del successo dell'approccio protesico.

E' provato che l'atteggiamento del malato è quasi uno specchio dell'atteggiamento della persona che sta accanto nell'attività, ad esempio "sorridere, la giusta postura" comportano una collaborazione nelle attività basiche della vita quotidiana, come il lavarsi, il vestirsi o fare il bagno. Contrariamente, uno stato irrequieto di chi cura rispecchierà un atteggiamento di opposizione nel malato; è noto come la persona con demenza sia fortemente sensibile alla comunicazione non verbale.

Attività, programmi

Devono tener conto delle attività di base della vita quotidiana, ma anche dei contenuti relazionali ed affettivi; non devono essere calati dall'alto, ma nascere dal contesto di vita e culturale. Le attività devono costituire opportunità di recupero di un significato e di una identità individuale che il paziente spesso non è in grado di recuperare spontaneamente. Nel "Gentlecare" si considerano come attività, innanzitutto tutte le attività primarie (mangiare, vestirsi, lavarsi), poi le attività necessarie (riposare, dormire, avere momenti di privacy...), le attività essenziali (muoversi, camminare...), attività significative (tutto ciò che va dal lavoro al gioco). Si tratta in fondo di una giornata normale che va riempita di occasioni, che siano come domande individuali a cui il malato risponde con alcune attività: molte riviste illustrate a disposizione, materiale interessante, gomitoli, cassette di attrezzi, fiori, cibo e bevande offerte frequentemente. Inoltre è poi importante anche l'organizzazione delle attività espressive e creative. Disegnare, cantare, giocare, ballare, fare musica, ma anche cucinare, fare lavori a maglia, etc. a seconda delle persone e della gravità della malattia, avendo come modello una bella giornata di vacanza e non una giornata lavorativa.

Le attività devono essere flessibili, semplici ed in grado di adattare le difficoltà di esecuzione al variare delle performance da persona a persona e nella stessa persona in momenti diversi, evitando ogni affollamento di informazioni e ogni eccesso di tensione. Sono perciò importanti gli oggetti di vita della persona, libri, piante, soprammobili, lavori a maglia non finiti..., in questo modo vi sarà una naturale interazione positiva con l'ambiente e sarà più facile che una persona con demenza sia coinvolta in attività domestiche o socializzanti, senza che il personale di cura debba intervenire 24 ore su 24.

**I programmi:
la regola del 5 + 10 (Moyra Jones)**

• Lavarsi	Parlare	Camminare
• Farsi toeletta	Cantare	"Lavorare"
• Vestirsi	Ridere	Ricordare
• Utilizzare il W.C.	Danzare	Guardare
• Mangiare	Pregare	Toccare

Gli obiettivi del Gentlecare sono così riassumibili:

- promuovere il benessere della persona, dando al termine benessere il significato del "miglior livello funzionale possibile in assenza di condizioni di stress";
- promuovere il rispetto e la tutela della dignità del malato;
- ridurre i disturbi del comportamento e parallelamente ridurre l'uso della contenzione fisica e farmacologica;
- ridurre il carico assistenziale oggettivo e migliorarne la percezione soggettiva nel carer.

Il raggiungimento di questi obiettivi implica la messa in atto di tutti e tre gli elementi della protesi, l'ambiente, le persone che curano e le attività. La conoscenza della malattia, la comprensione dell'impatto che da essa deriva nel singolo malato da parte del carer debitamente informato, formato e motivato, così come la condivisione degli obiettivi e dei progetti di cura da parte di tutti coloro che gravitano intorno al malato risultano, infatti, altrettanto importanti quanto uno spazio terapeutico. L'alleanza terapeutica tra famiglie ed operatori è la garanzia di una vera continuità di cura, sia che il paziente si trovi al proprio domicilio, sia che si trovi in ambito residenziale-istituzionale.

Il programma, già sperimentato negli USA ed in Canada, ha visto la prima applicazione presso il Nucleo Alzheimer dell'Istituto Geriatrico "C. Golgi" di Abbiategrosso.

I casi seguiti con questo metodo, presso la struttura, hanno portato a dati

veramente interessanti quali: la riduzione dei disturbi del comportamento, è diminuito il ricorso a psicofarmaci ed alla contenzione fisica, è diminuito lo stress di chi cura ed è stato possibile per alcuni dei malati il rientro al domicilio.

Questi dati sono indicativi dell'effetto indotto dal cambio di mentalità e di organizzazione nel nucleo Alzheimer legato all'introduzione del "Gentlecare". Naturalmente, come dicono gli Autori (A. Guaita e M. Jones), non avendo un gruppo di controllo, non si può considerare questa dimostrazione come definitiva, ma un'ulteriore prova della validità del metodo, sta nel suo mantenersi nel tempo e nel mantenere i risultati finali sul benessere dei malati.

CONCLUSIONI

Nel settembre 2004 ho visitato il nucleo Alzheimer dell'Istituto Golgi.

La struttura ospita 20 persone in una fase di demenza moderata-severa associata a disturbi comportamentali; l'incontro e la collaborazione con Moyra Jones (anni "90) ha dato una svolta all'organizzazione del reparto, all'operatività del personale e del personale nei confronti dei pazienti, con l'obiettivo centrale di incrementare il benessere del malato e non la funzione persa.

Dall'ambiente arrivano gli stimoli, il paziente entra ed esce dalla propria camera, cammina, tocca, osserva, legge, usa, crea disordine, lungo il corridoio a forma circolare sono disposti cassettoni, valigie, ripiani con svariati oggetti: libri, gomitoli di lana, vestiti per bambole, giornali ..., quadri appesi con proiezione del soggetto all'esterno, angoli fioriti ...

Ogni stanza dell'ospite è personalizzata con oggetti famigliari che provengono dall'ambiente domiciliare, in entrata, appeso al muro, il programma individuale dell'assistito.

E' stata stravolta la classica animazione (feste, tombolate ...), l'animatore in servizio presso la struttura, dopo aver assunto notizie dalla biografia personale del paziente, delinea una giornata tipo possibilmente simile alla giornata condotta a casa (alla luce delle abilità residue del soggetto). A seconda della gravità della malattia e della persona, si organizzano



momenti in collettività per lavori di cucina, tempi dedicati al gioco. La massoterapista dedica ai pazienti momenti di rilassamento, attraverso il massaggio stimola il senso tattile. Il personale (infermieri, asa, animatore, psicologo, massoterapista) è formato per un approccio corretto al paziente. Nel reparto entrano liberamente famigliari, amici, volontari, tutti coinvolti nel piano di cura (alleanza terapeutica). E' attivo un sostegno psicologico sia per il personale sia per i famigliari e i volontari.

All'esterno è stato organizzato il "Giardino Alzheimer", si coltivano alberi e fiori che stimolano l'olfatto e la vista, come piante aromatiche (salvia, basilico ...) o come la pianta del gelsomino o la giunchiglia o la lavanda. E' presente un angolo per i lavori di giardinaggio. Lungo il percorso del giardino, a forma circolare, sono state predisposte panchine per il riposo.

Camminando all'interno del nucleo ho avuto modo di osservare i malati, ...chi tranquillamente seduto (espressione di benessere) ...una paziente passeggiava con in braccio la bambola (suo figlio) e la stava alimentando con il biberon ...un'altra paziente elegantemente vestita, con un fiocco rosso in testa, prendeva una delle tante borse appese ed era pronta per una passeggiata (ovviamente all'interno della struttura), un altro paziente con wandering procedeva lungo il corridoio circolare, ...non ho visto sistemi di contenzione e malati sedati!

Il "Gentlecare" rappresenta un tentativo di coniugare una visione realistica delle possibilità di cura della demenza con il mantenimento di un programma di cure ottimistico, capace di proporre obiettivi. Questi obiettivi sono però tutti dentro al benessere del malato e dei caregivers, un sistema capace di comprendere la peculiarità della disabilità creata dalla malattia, ma al tempo stesso di cogliere e valorizzare le competenze residue, così come le preferenze e i desideri del malato stesso.

Bibliografia

- Silvia Vitali, Antonio Guaita
"Il significato dell'ambiente protesico nella cura della persona con demenza in fase severa"
Dementia Update, Maggio 2000
Numero 7, 24-29
- Antonio Guaita, Moyra Jones
"Il progetto "Gentlecare"
Giornale di gerontologia 2000,
Numero 48, 781-786
- Antonio Guaita
"La valutazione dei disturbi del comportamento"
Giornale di Gerontologia 2001,
Numero 49, 147-151
- R. Mastriforti, G. Abate, P. Mecocci,
U. Senin e Gruppo sull'invecchiamento cerebrale Sigg
"Stress del caregiver: lo studio SIGG"
Giornale di Gerontologia 2000
Numero 48, 777-780

La gestione della terapia nel paziente anziano e ruolo dell'infermiere nell'educazione sanitaria: una indagine conoscitiva

A cura di **Michela Rossi**

(Università degli Studi di Brescia, Laurea in Infermieristica
A.A. 2003/04)

INTRODUZIONE

“Invecchiare è un privilegio e una meta della società. E' anche una sfida, che ha un impatto su tutti gli aspetti della società del xx secolo”. E' uno dei messaggi proposti dall'O.M.S. sul tema della salute degli anziani. Fino a pochi anni fa si tendeva ad inquadrare il problema geriatrico solo attraverso l'età anagrafica. Si classificavano le persone anziane in tre fasce: tra 65 e 75 anni, tra 75 e 85 anni, sopra 85 anni. Oggi la qualità e l'aspettativa di vita sono entrambe migliorate e hanno portato l'esigenza di ridefinire il profilo clinico e sociale dell'anziano. Da quanto ho potuto apprendere dalla mia esperienza acquisita nei reparti di Geriatria e Medicina, ho constatato che l'equipe assistenziale valuta il paziente anziano in modo olistico nel suo insieme biologico, psicologico e sociale, prefiggendosi, come obiettivo, la creazione di una comunicazione attiva con il paziente anziano, cercando di instaurare un rapporto di fiducia che consenta a quest'ultimo di esprimere le proprie aspettative, le proprie perplessità, la paura di non essere accettato, il bisogno di poter condividere le proprie preoccupazioni e di essere protagonista nella gestione del programma terapeutico che lo riguarda.

QUADRO TEORICO

La vecchiaia è l'età in cui il soggetto affronta, con più o meno capacità e possibilità di riuscita, dei cambiamenti sostanziali non solo del proprio corpo e della propria immagine esterna, ma anche delle vere e proprie modifiche o sovvertimenti interni, legati alle proprie aspettative future, a separazioni, a perdite o cambiamenti che nell'anziano non sono legati a futuri recuperi.

L'anziano “tipico” è visto come una persona debole e priva di interessi, che occupa una posizione sociale emarginata, che attende la morte tra mille ricordi e mille paure, sentendosi un peso per la società, per la famiglia e per se stesso.

NURSING E RICERCA

Nel pianificare gli interventi, l'infermiere deve insegnare comportamenti e norme sociali corrette, considerare i valori ed i pensieri del paziente anziano, dargli conoscenze nuove, favorire il cambiamento di abitudini, aiutarlo a prendere decisioni, rendere l'individuo consapevole che la corretta gestione della terapia ridurrà l'incidenza di complicazioni e ricadute. Per raggiungere risultati positivi l'infermiere deve tenere conto di tutti questi aspetti e ne viene a conoscenza attraverso la comunicazione che diventa strumento indispensabile nel rapporto con il paziente anziano; inoltre è importante coinvolgerlo nella gestione della salute affinché il programma di educazione sanitaria produca effetti soddisfacenti.

Tutte queste descrizioni sono in realtà soltanto dei miti, stereotipi, cioè modelli convenzionali che si basano su opinioni precostituite, generalizzate e troppo semplicistiche. In particolare è da considerarsi troppo semplicistica la visione dell'anziano come persona debole, mentalmente lenta e priva di interessi: infatti, la maggior parte delle persone di età avanzata è intellettualmente e socialmente abile, mentalmente vivace, interessata all'ambiente che la circonda.

Se da un lato è possibile dare un inquadramento tipico al termine vecchietta, non è possibile applicare lo stesso ragionamento per sapere come ogni individuo va incontro alla propria vecchietta, questo perché siamo di fronte ad un processo che si verifica all'interno di tutte le persone e che, a seconda di come si è svolto il ciclo vitale (facendo riferimento a stile di vita, condizione di salute, ambienti frequentati, livello culturale, convinzioni morali ed ideologiche) avrà esiti diversi.

I soggetti cui si dedica attenzione sono quelli "fragili" che danno origine alla cosiddetta "sindrome da fragilità".

L'identikit dell'anziano fragile può essere definito sulla base della presenza di uno stato di salute psico-fisica estremamente instabile che, sul piano clinico, si lascia caratterizzare da: ospedalizzazioni frequenti e ripetute, rapido peggioramento delle condizioni generali e delle capacità funzionali in corso di eventi acuti, anche di modesta entità; elevato rischio di complicanze, cadute e fratture; necessità di lunghi periodi per il raggiungimento della stabilizzazione clinica ed, ancora più, per un soddisfacente recupero funzionale; alto rischio di perdita dell'autosufficienza e di istituzionalizzazione, elevata mortalità.

Le cause della fragilità che si accompagnano all'invecchiamento non sono a tutt'oggi note; esiste, tuttavia, evidenza che questa sindrome clinica, ha conseguenze stereotipe qualunque sia la sua origine. Tali conseguenze sono, ad esempio, la facilità di cadere o di sviluppare uno stato di confusione mentale acuta, le cadute, le infezioni a lenta ed incompleta risoluzione fino ad arrivare al limite della "morte naturale" cioè alla morte in assenza di qualsiasi lesione anatomo-patologica in grado di giustificare il decesso.

La relazione infermiere-paziente anziano raramente si realizza in modo soddisfacente, sia per l'infermiere, sia per il malato. Ciò è dovuto a numerosi ostacoli che provengono dall'una e dall'altra parte e che meritano di essere ricordati. Gli ostacoli da parte degli infermieri possono essere: la carenza numerica degli infermieri che sono per conseguenza sopraffatti dal lavoro e non possono quindi dedicare al singolo malato il tempo necessario per uno scambio di idee e per un dialogo. La mancanza di tempo porta l'infermiere a dire brevissimamente (e spesso bruscamente) al malato ciò che deve e non deve fare, senza attendere la sua risposta o l'eventuale

richiesta di ulteriori spiegazioni. Quando il malato si accinge a rispondere qualcosa, il suo interlocutore è già scomparso.

La relazione infermiere-malato viene ostacolata dal tipo di organizzazione del lavoro vigente nella Divisione: là dove si fa il lavoro in serie, nessun infermiere conosce bene i singoli pazienti e i loro problemi.

Gli ostacoli alle relazioni con il personale di assistenza da parte del malato possono essere: la gravità della malattia, i marcati disturbi della parola, la sordità completa, l'ostilità e l'aggressività; il paziente anziano, in molti casi, si sente minacciato dal personale sanitario, non ha fiducia e tende a nascondere eventuali sintomi o il suo malessere per paura di essere ospedalizzato o prolungare il periodo di degenza; non crede nell'utilità della terapia che gli viene assegnata e ciò determina un rischio elevato di non-compliance alle prescrizioni mediche.

E' molto importante dare una giusta definizione al termine compliance in quanto, studi recenti, hanno dimostrato che è uno dei maggiori rischi che causa la ri-ospedalizzazione del paziente anziano.

Si parla di "compliance terapeutica" per indicare che un paziente "aderisce alla terapia" che gli è stata consigliata al momento della dimissione dal reparto di degenza e continua la sua assunzione anche al domicilio rispettando dosi, orari, posologia ed eseguendo i controlli necessari per verificare l'efficacia della terapia e, se necessario, apportare delle modifiche al programma di cura.

Tuttavia, studi recenti hanno dimostrato che più del 50% dei pazienti dimessi da un reparto di degenza, che devono seguire una terapia domiciliare, tendono a interromperla volontariamente senza consultare il medico dopo soli tre mesi. (come riportato nell'articolo Medication Nonadherence). La causa principale che scatena questo comportamento è proprio la non-compliance terapeutica (ossia la non adesione alla terapia da parte del paziente anziano).

Molti fattori vengono presi in considerazione per cercare di spiegare questo fenomeno che coinvolge la sfera sociale, economica e medica. Le cause citate nell'articolo "Medication Nonadherence" riguardano: fattori legati alle caratteristiche della malattia, gli effetti collaterali dei farmaci ed il loro costo, la durata del trattamento, lo stato cognitivo del paziente anziano, menomazione del visus che causa errori di ipo o iper dosaggio, deficit di memoria (il paziente anziano dà l'impressione di aver capito le informazioni ricevute; in realtà ricorda solo le prime cose che gli vengono dette, quelle che ritiene più importanti e, soprattutto, quelle che meglio si adattano alle sue abitudini quotidiane).

L'articolo "Optimizing Adherence to Pharmaceutical Care Plans", pubblicato su "Journal of the American Pharmaceutical Association", afferma che una relazione poco interattiva tra personale sanitario e paziente

anziano è causa di non-compliance terapeutica; così come obbligare il paziente anziano a seguire un programma di cura senza aumentare le sue conoscenze in merito a ciò che lo aspetta o come potranno cambiare le sue abitudini nello svolgimento delle attività di vita quotidiana, determinerà una non-compliance e un fallimento del programma terapeutico e, di conseguenza, un peggioramento del suo stato di salute e di benessere.

Analizzando quanto precedentemente esposto, si comprende che, per affrontare questo problema, bisogna valutare la persona nella sua integrità e, soprattutto, considerare l'anziano nella sua singolarità e cercare di scegliere gli interventi più adatti a soddisfare i suoi bisogni. Il personale sanitario ha la possibilità di migliorare la compliance terapeutica attraverso interventi di educazione sanitaria rivolti al paziente anziano in dimissione dall'ospedale.

Nel pianificare gli interventi, l'infermiere deve insegnare comportamenti e norme sociali corrette, considerare i valori ed i pensieri del paziente anziano, dargli conoscenze nuove, favorire il cambiamento di abitudini, aiutarlo a prendere decisioni, rendere l'individuo consapevole che la corretta gestione della terapia ridurrà l'incidenza di complicazioni e ricadute.

Per raggiungere risultati positivi, l'infermiere deve tener conto di tutti gli aspetti di cui viene a conoscenza attraverso la comunicazione, che diventa strumento indispensabile nel rapporto con il paziente anziano; inoltre è importante coinvolgerlo nella gestione della salute affinché il programma di educazione sanitaria produca effetti soddisfacenti.

Ai fini di un'indagine conoscitiva, ho sottoposto un questionario (vedi allegato N.1) agli infermieri di alcuni reparti degli Spedali Civili e della Casa di Cura Poliambulanza di Brescia per cercare di capire sotto quale aspetto viene considerata la compliance terapeutica e che tipo di interventi di educazione sanitaria vengono attuati o se, al contrario, non viene fatto nulla di quanto precedentemente esposto.

MATERIALE E METODI

E' stato sottoposto all'attenzione di N.2 ospedali di Brescia (Spedali Civili e Casa di Cura Poliambulanza) un questionario composto da 14 domande nel periodo di agosto-settembre 2004, con l'intento di indagare l'atteggiamento del personale sanitario nei confronti del paziente anziano in dimissione dal reparto di degenza e gli interventi atti a migliorare la compliance del paziente nei confronti del programma terapeutico domiciliare. Gli infermieri coinvolti nello studio appartengono alle divisioni di Medicina, Chirurgia generale, Dialisi peritoneale, Nefrologia, Geriatria, Neurologia ossia reparti che gestiscono pazienti caratterizzati da media/bassa complessità assistenziale.

ANALISI DEI DATI RACCOLTI: DISCUSSIONE

Di 148 questionari consegnati, ne sono stati restituiti 67 compilati, pari al 45% del totale, i restanti 81 sono stati consegnati in bianco, con un tasso di rifiuto del 55%.

Si conferma l'ipotesi che il personale infermieristico dà una giusta definizione di "compliance terapeutica" (ossia adesione alla terapia del paziente anziano) nell'83% dei casi; solo una piccola percentuale (16%) la definisce come "comprensione della terapia da parte del paziente anziano" e l'1% come "comunicazione della terapia al paziente anziano". (vedi grafico N.1)



Grafico 1

Nonostante le informazioni fornite e l'attenzione prestata nella scelta delle modalità usate affinché il messaggio sia il più chiaro possibile, spesso il paziente anziano riscontra delle difficoltà nella gestione della terapia a domicilio.

La scelta di chiedere aiuto al reparto è legata a diverse motivazioni quali: difficoltà nella gestione ed assunzione della terapia (44%), difficoltà nella lettura/comprensione della prescrizione (39%), difficoltà nell'approvvigionamento dei farmaci (9%) e ancora difficoltà nel gestire il cambiamento del programma terapeutico (2%), problemi cognitivi che causano dimenticanze (2%), difficoltà nella gestione dei dosaggi dei farmaci (4%) (vedi grafico N.2)

La motivazione che spinge il paziente anziano a contattare il personale infermieristico è la speranza di ricevere un aiuto. Nei reparti coinvolti nel nostro studio, ciò avviene in diversi modi: consegnare al paziente anziano dei promemoria scritti e calendari con segnate le scadenze importanti (38%); fornire ulteriori informazioni al fine di aumentare le conoscenze del paziente anziano in merito ai farmaci da assumere (37%); altra metodica di aiuto consiste nel consegnare materiale illustrativo (10%) e dare un riferimento telefonico con reperibilità 24 ore (10%).

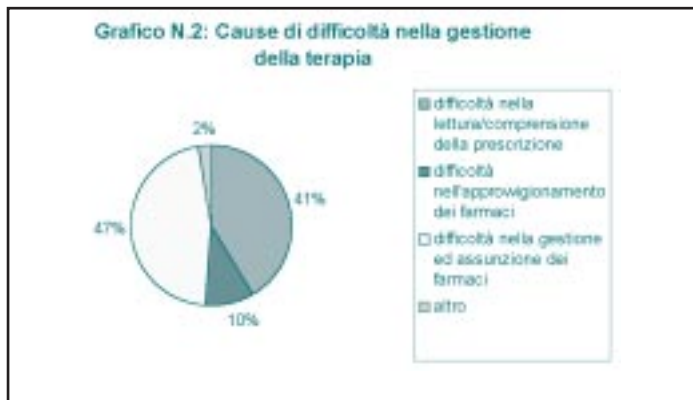


Grafico 2

Altri interventi suggeriti dai soggetti coinvolti nello studio prevedono: l'educazione di un familiare per una corretta gestione della terapia (5%) (vedi grafico N.3)



Bibliografia

Carlyn I., Karen B. Farris, Rosemin kassam, Cheryl E. Cox, Andrew Cave. "Pharmaceutical Care Research and Education Project: Patients Outcomes et al" *Journal of the American Pharmaceutical Association* 2001; 41(3): 411-420.

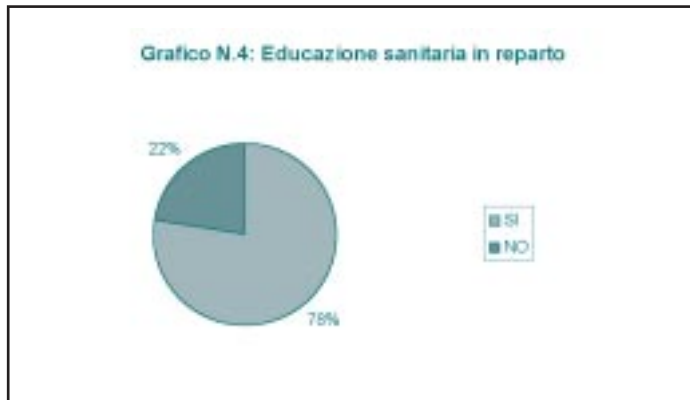
Carol A. Miller, RN-C, MSN. "Safe Medication Practices: Nursing Assesment of Medication in Older Adults et al" *Geriatric Nurs* 2003; 24(5): 314-315,317.

Cespag. "La cura della persona anziana. Manuale per gli operatori geriatrici II" Università cattolica del Sacro Cuore, pg 7, pg 121, pg 201.

Cucinotta D. "Curare l'anziano. Principi di gerontologia e geriatria." Milano: Sorbona, pg 63, pp 88-91, pp 92-95, pp101-106, pp 397-401.

Da quanto esposto, constatiamo l'importanza dell'intervento del personale infermieristico per una corretta gestione della terapia. Ciò nonostante alla domanda "Durante la degenza in ospedale, il personale infermieristico ha a disposizione mezzi e tempo per svolgere interventi di educazione sanitaria al fine di spiegare al paziente anziano l'importanza di una corretta gestione della terapia a domicilio", il 78% ha risposto NO; solo il 22% ha risposto di SI, suggerendo i mezzi utilizzati, quali: instaurare un dialogo con il paziente anziano, fornire promemoria con orario della terapia e materiale illustrativo, mostrare al paziente la confezione del farmaco, fornire il maggior numero di spiegazioni possibili, prospettare al paziente le conseguenze di una mancata o errata assunzione della terapia. Questo è un importante dato per mezzo del quale veniamo a conoscenza del fatto che c'è la consapevolezza, da parte del personale sanitario, che il suo intervento è in grado di migliorare le condizioni di vita del paziente a

domicilio ma che, per motivi gestionali-organizzativi e per mancanza di tempo, non può attuare. (vedi grafico N.4).



PROPOSTA: LINEE GUIDA PER MIGLIORARE LA COMPLIANCE TERAPEUTICA

Dall'analisi svolta abbiamo constatato che per migliorare la compliance terapeutica del paziente anziano nei confronti del programma di cura che lo riguarda è necessario adottare una valutazione globale che consideri le capacità funzionali, mentali, emotive e socio-economiche dello stesso.

Il personale sanitario che si trova a stretto contatto con il paziente può attuare una serie di interventi di educazione sanitaria che lo aiuteranno a migliorare la qualità della vita e a prolungare la permanenza dell'autosufficienza.

Innanzitutto è consigliabile instaurare un rapporto di fiducia con il paziente anziano attraverso una serie di accorgimenti, quali:

- 1) Utilizzare un linguaggio semplice, con parole e frasi brevi,
- 2) Verificare il livello di comprensione del paziente anziano e ripetere più volte le informazioni date,
- 3) Richiedere informazioni sui farmaci che assume,
- 4) Coinvolgere il paziente anziano nel programma di cura che lo riguarda,
- 5) Instaurare un rapporto di fiducia tra personale sanitario e paziente anziano per permettergli di esprimere le proprie aspettative e perplessità,
- 6) Spiegare al paziente anziano le conseguenze di una "non-compliance" terapeutica dedicandogli il tempo necessario per una buona comprensione,
- 7) Dove necessario, coinvolgere i familiari ed il caregiver (se presente),
- 8) Proporre un programma di cura personalizzato.

E.F. Ruth Morrissey, James C. McElnay, Michael Scott, Brian J., McConnell.

"Influence of Drugs, Demographics and Medical History on Hospital Readmission of Elderly Patients et al" *Clin Drug Invest* 2003; 23(2): 119-128.

Gloria Nicholas English, Sylvie Poirier et al

"Optimizing Adherence to Pharmaceutical Care Plans." *Journal of the American Pharmaceutical Association* 2000; 40(4): 475-485.

Gruppo di lavoro della Fondazione Smith Kline.

"Un contributo al dibattito sulle politiche per gli anziani"

Guaita A., Vitali S.F., Colombo M., Ceretti A.

"Gerontologia preventiva ed educazione sanitaria. Manuale per operatori. La nuova Italia scientifica."

Harold Gottlieb,

"PhD. Medication Nonadherence: Finding Solution to a Costly Medical Problem et al" *Drug Benefit Trends* 2000; 12(6): 57-62

landolo C.

"Le due vecchie." Armando pp 258-259-260. Pellai A.

"Educazione sanitaria. Principi, modelli, strategie e interventi. Manuale per insegnanti ed operatori socio-sanitari." Collana scienze e salute 2002 pp 14-15.

CONCLUSIONE

I soggetti coinvolti nella nostra indagine conoscitiva si trovano d'accordo nell'affermare che instaurare un rapporto di fiducia con il paziente anziano è il primo passo per ottenere la sua collaborazione.

Il personale infermieristico può scegliere le modalità più idonee per comunicare con l'anziano, che sono diverse a secondo delle condizioni del malato e del setting assistenziale: ad esempio, cercare di usare parole e frasi brevi per facilitare la comprensione, ripetere più volte le informazioni importanti, dare ulteriori spiegazioni in caso il paziente anziano dimostri delle perplessità e, se necessario, supportare le indicazioni verbali con opuscoli facili da leggere e da interpretare.

Tutti accorgimenti che possono prevenire errori nella gestione della terapia e, di conseguenza, una non-adesione alle prescrizioni mediche.

Quando il paziente anziano si sente coinvolto nel processo che determina il suo benessere è più stimolato a seguire le prescrizioni mediche e ciò migliora la compliance terapeutica.

Tutti gli infermieri sono consapevoli che il loro ruolo è fondamentale nello svolgere interventi di educazione sanitaria; tuttavia riferiscono numerosi limiti nella messa in atto di tali attività assistenziali, riferibili principalmente alla mancanza di risorse (umane, strumentali e, prima tra tutte, la risorsa tempo).

Nonostante queste limitazioni, il personale infermieristico dovrà sempre prefiggersi come obiettivo quello di considerare l'anziano degno di cure e di attenzioni, nonostante l'avanzare dell'età.

Ronda S.Corda, MPH, Harry B. Burke, MD, PhD and Harold W. "Adherence to Prescription Medications Among Medical Professionals." *South Med* 2000; 93(6): 585-589.

Sarah Billups, Pharm D., Daniel C.Malone and Barry L. Carter "Relationship between drug Therapy Noncompliance and Patients Characteristics, Health Related Quality of Life, and Health Care Costs." *Pharmotherapy* 2000; 20(8): 941-949.

Vetere C. "Educazione sanitaria. Teoria e pratica per operatori sanitari." Roma. Armando Editore 1977. pg 20.

Zanzi E., Venturelli A. "Psicologia dell'invecchiamento" e "L'anziano e il farmaco e pensiero tra sofferenza e rimedio." *Psicologia Europea*, n.2, anno XII". 2003: 3

26 febbraio 2005 - Assemblea annuale

Relazione della Presidente Federica Renica

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

GLI OBIETTIVI PREDEFINITI SONO STATI RAGGIUNTI ATTRAVERSO:

I periodici incontri del Consiglio Direttivo per la realizzazione delle attività istituzionali.

I periodici incontri delle Commissioni per il raggiungimento degli obiettivi specifici.

La collaborazione con organizzazioni politiche, sociali, professionali.

La collaborazione attiva con il Coordinamento Regionale Collegi Lombardi.

La partecipazione agli incontri ed aderendo agli indirizzi della Federazione Nazionale.

Prima di procedere alla presentazione ed alla successiva votazione del bilancio consuntivo 2004, ritengo opportuno descrivere, seppure in modo schematico, le attività realizzate nel corso dell'anno.

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

ATTIVITÀ SVOLTE DAL COLLEGIO IP.AS.VI. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA NELL'ANNO 2004

1. Opportunità formative accreditate ECM

12 maggio 2004: **"Il malato ematologico: un modello di nursing globale"**

partecipanti n° 238 Infermieri

Assistenza basata sulle evidenze:

Edizioni Primavera

21 aprile 2004: a Chiari presso il Centro Giovanile 2000

FOCUS



partecipanti n°120 Infermieri 1 Vigilatrice d'Infanzia

28 aprile 2004: a Darfo B.T. presso SECAS Centro Congressi

partecipanti n° 141 Infermieri n° 1 Vigilatrice d'Infanzia

5 maggio 2004: a Desenzano Del Garda presso Centro Congressi West Garda

partecipanti n° 142 Infermieri n° 5 Vigilatrici d'Infanzia

22 maggio 04: a Brescia presso la Facoltà di Ingegneria

partecipanti n°138 Infermieri n°3 Vigilatrice d'Infanzia

Edizioni Autunno

6 ottobre 04: a Chiari presso il Centro Giovanile 2000

partecipanti n°96 Infermieri 0 Vigilatrice d'Infanzia

Sospese per mancata qualificazione di un docente e impossibilità del sostituto edizioni del 13 e 20 Ottobre

30 ottobre 04: a Brescia presso la Facoltà di Ingegneria

partecipanti n°170 Infermieri n°1 Vigilatrice d'Infanzia

25 settembre 04: a Montichiari presso Centro Fiera del Garda

“Nuovi scenari d'emergenza: rischio nucleare, biologico, chimico, radiologico”

partecipanti n° 87 Infermieri, n°5 Assistenti Sanitari.

Per un totale di n° 1132 Infermieri, n° 11 Vigilatrice d'Infanzia,

n° 5 Assistenti Sanitari, partecipanti all'offerta formativa del Collegio.

2. Opportunita' formativa: **“La Responsabilità Civile e il Sistema di Protezione IPASVI”** - 20 febbraio 2004.
3. Incontri formativi individualizzati per infermieri non appartenenti alla Unione Europea.
4. Incontri per la sensibilizzazione dei giovani alla scelta professionale infermieristica **“Orientando Senior”** - 10/11/12 febbraio 04 presso Istituto IPSSCS SRAFFA a Brescia, dove è stato distribuito un CD interattivo sulla professione.
5. Supporto e consulenza ai colleghi per l'attivazione e la gestione della libera professione; su richiesta sono stati deliberati: una Cooperativa Sociale e uno Studio Associato.
6. Promossa la visibilità della professione mediante pubblicità dinamica sugli autobus urbani di Brescia.
7. Sviluppato ed arricchito il sito Web del Collegio: www.ipasvibs.it per un migliore collegamento/rapporto con gli utenti.
8. Confermata, con la visita di sorveglianza del mese di settembre 04, la certificazione di conformità dell'Ente Collegio alla norma ISO 9001/2000, riconoscimento rilasciato dall'organismo internazionale di certificazione SGS.

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

Collegio IPASVI – BS attività istituzionali svolte nel 2004

ATTIVITA' ISTITUZIONALE	LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA
<ul style="list-style-type: none"> • SEDUTE CONSIGLIO DIRETTIVO • COMMISSIONE DISCIPLINA • ISCRITTI ALBO COMUNITARI • PROVENIENTI DA ALTRI COLLEGI • ISCRIZIONE ALL'ALBO INFERMIERI EXTRACOMUNITARI • CANCELLAZIONI DAL RUOLO • TRASFERIMENTI AD ALTRI COLLEGI • INCONTRI PER ATTIVAZIONE PROCEDURA RICONOSCIMENTO TITOLO CITTADINI NON U.E. • PREPARAZIONE MATERIALE DA CONSEGNARE AI CITTADINI STRANIERI PER ESAMI 	<ul style="list-style-type: none"> • N° 26 SEDUTE • N° 4 PROVVEDIMENTI • N° 147 ISCRITTI COMUNITARI • N° 53 • N° 39 ISCRITTI EXTRACOMUNITARI TOT. N° 239 Iscrizioni • N° 91 • N° 43 TOT. N° 134 Cancellazioni • N° 8 COMMISSIONI INSEDIATE PER ESPLETAMENTO ESAMI • ATTESTAZIONE SUPERAMENTO ESAME

ATTIVITA' ISTITUZIONALE	LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA
<ul style="list-style-type: none"> • INCONTRI COORDINAMENTO COLLEGI LOMBARDI • RAPPORTI CON L'UNIVERSITA' • RAPPORTI CON LA REGIONE 	<ul style="list-style-type: none"> • N° 16 INCONTRI A MILANO PER STUDIO E PREPARAZIONE DOCUMENTI DA PRESENTARE ALLE ISTITUZIONI, REGIONE, O ISCRITTI • NOMINA DI 2 RAPPRESENTANTI DEL COLLEGIO PER COMMISSIONE ESAMI DL, PER LE 2 SESSIONI ANNUE PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA E PRESSO LA CATTOLICA-POLIAMBULANZA PER UN TOTALE DI 16 GIORNI DI PRESENZA • N° 6 INCONTRI E RELAZIONI CON ASSESSORATO ALLA SANITA' PER L' OSS, INFERMIERI EXTRA-COMUNITARI, OSSERVATORIO DELLE PROFESSIONI-FORMAZIONE

	<p>COMPLEMENTARE ED UNIVERSITARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° 2 INCONTRI CON ASSESSORATO REGIONALE FAMIGLIA PER VAUCER, ADI • N° 11 COMMISSIONI ESAMI OSS...
--	--

ATTIVITA' ISTITUZIONALE	LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA
<ul style="list-style-type: none"> • RAPPORTI CON LA FEDERAZIONE • RAPPORTI CON LA CASSA DI PREVIDENZA • RAPPORTI CON I MASS MEDIA • RAPPORTI CON LE STRUTTURE SANITARIE 	<ul style="list-style-type: none"> • N° 4 INCONTRI CONSIGLIO NAZIONALE A ROMA. PARTECIPAZIONE DI UN MEMBRO DEL C.N. ALL' INIZIATIVA INFORMATIVO/FORMATIVA PROVINCIALE PER PROMUOVERE L'ATTIVAZIONE DELLA POLIZZA ASSICURATIVA WILLIS • INCONTRI IN SEDE, SU RICHIESTA, PER PROBLEMATICHE INERENTI LA CASSA DI PREVIDENZA. • INSERTI PER PUBBLICIZZAZIONE INIZIATIVE FORMATIVE ED ASSEMBLEA • N° 15 INCONTRI COMITATO ETICO AZIENDA SPEDALI CIVILI

ATTIVITA' ISTITUZIONALE	LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA
<ul style="list-style-type: none"> • RISPOSTE A QUESITI PROFESSIONALI • CONSULENZE • CERTIFICAZIONE DEL COLLEGIO IPASVBS 	<ul style="list-style-type: none"> • N° 115 RISPOSTE • N° 12 CONSULENZE LEGALI • N° 9 CONSULENZE FISCALI • N° 66 CONSULENZE PROFESSIONALI • ATTIVITA' SVOLTA IN SEDE RESPONSABILE QUALITA' BAZZOLI LAURA

Relazione del Tesoriere

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

OPERAZIONI DI VOTO DEL BILANCIO CONSUNTIVO 2004

E' stato consegnato un tesserino di voto, in numero identico alla capacita' di espressione di voto che il singolo iscritto aveva: 1, 2 o 3 a seconda del numero delle deleghe ricevute.

I presenti sono: 86

i deleganti sono 19

quindi la capacita' di espressione di voto e' di 105 voti.

La messa in votazione del bilancio consuntivo 2004 da il seguente risultato delle operazioni di voto:

Favorevoli n° 105

Nessun contrario

Nessun astenuto

OBIETTIVI ED ATTIVITA' PER IL 2005

Lo Scenario Politico/Professionale

Sotto il profilo professionale il 2004 si chiude con una buona notizia: finalmente è stata **attivata la laurea specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche**. Siamo fiduciosi che dall'anno accademico 2005-2006 l'Università degli Studi di Brescia apra il corso di laurea specialistica. Con questo corso di studi la spirale della formazione e' quasi completa. Rimane da conquistare, se e qualora verra' attivato, il dottorato di ricerca.

Con la laurea specialistica si conclude il ciclo formativo; si tratta ora di confermare, in tema di competenza e nei rispettivi campi di attività, quanto il singolo professionista ha acquisito nello specifico percorso di studi. La complessità del sistema sanitario, la continua e necessaria riflessione sull'organizzazione dei servizi inducono a riflettere sull'opportunità di possedere uno status di competenze e di ruolo che la laurea specialistica può fornire. Il sistema sanitario, e i cittadini, hanno bisogno di professionisti di alto profilo culturale. La laurea specialistica è la risposta a questo bisogno.

Master e Perfezionamento 2004/2005

L'Università di Brescia ha pubblicato i bandi dei corsi Master in Management Infermieristico e in Area Critica, finanziati con il Fondo Sociale Europeo, ambedue strutturati su due corsi di perfezionamento, dei quali il primo parte con l'anno accademico 2004/05. Inoltre una significativa iniziativa per la formazione infermieristica è costituita dal Corso

di Perfezionamento per Assistente di Tirocinio.

Sanita', strada spianata: L'iscrizione sarà obbligatoria.

In merito all'obbligatorietà di iscrizione all'Albo, riportiamo uno stralcio del parere espresso dal Ministero della Salute e condiviso dal Ministero della Giustizia, pervenuto in Federazione: "L'iscrizione all'Albo rappresenta non solo requisito essenziale per la partecipazione al concorso, ma è altresì requisito indispensabile per poter continuare a svolgere l'attività sanitaria nell'ambito del rapporto.

L'Albo professionale va inteso quale strumento attraverso il quale il professionista consegue quello speciale status giuridico che lo legittima all'attività professionale".

Disposizioni In Materia di Professioni Sanitarie Non Mediche.

Da tempo si pensa di disciplinare uniformemente tutte le professioni intellettuali, senza distinzione tra quelle di più consolidate tradizioni e le nuove attività, ove la tecnologia è decisamente prevalente. Per quanto le iniziative in questo senso non manchino (si veda ad esempio l'istituzione di un'apposita Commissione per la riforma delle professioni e la regolamentazione delle associazioni), i contrasti sono molto forti, poiché ogni professione tende a difendere la propria autonomia e indipendenza in forme tali da escludere l'idea stessa di una regolamentazione comune.

Tuttavia non si tratta tanto di attendere alle prerogative di ciascuna professione, o di mortificarne i principi, quanto di verificare la possibilità di delineare strutture uniformi fin quanto possibile (ad esempio in tema di organizzazione e rappresentanza degli organi professionali, accesso alla professione, tenuta degli albi, procedure di iscrizione e cancellazione, ed anche procedimenti disciplinari), sì da consentire un'attività più precisa e più adeguata, per la valorizzazione stessa delle singole qualità e degli ideali che si intendono riaffermare.

E' lo stesso codice civile, d'altra parte, che in pochi articoli ha fissato norme comuni, valide per l'esercizio di tutte le professioni intellettuali, suggerendo quindi sulle stesse un'attenzione unitaria; le disposizioni del codice dimostrano che la composizione dei problemi è possibile, ed è anche utile per difendere maggiormente i principi.

Per quanto si siano susseguite le proposte di legge per la riforma dell'ordinamento della professione, nessuna ha avuto, fino alla presentazione del provvedimento approvato dal Consiglio dei Ministri e in attesa di definitivo approvazione del Parlamento, concreta possibilità di realizzazione.



L'assemblea degli iscritti è stata aperta dalla lettura del "Patto infermiere-cittadino" da parte di una collega neodiplomata, a nome di tutti gli infermieri nuovi iscritti che hanno fatto il loro ingresso nella professione nel corso del 2004.

CARENZA INFERMIERISTICA: IL GOVERNO PROROGA L'ACQUISTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PER IL 2005

Il Consiglio dei Ministri nella riunione del 28 ottobre 2004, proroga con un Decreto Legislativo l'acquisto di prestazioni aggiuntive per il personale infermieristico e i tecnici di radiologia anche per l'anno 2005.

In sinergia con di Coordinamento Collegi Lombardi, il Collegio di Brescia è impegnato nell'esame di una proposta per l'evoluzione delle prestazioni aggiuntive in esercizio libero professionale degli infermieri dipendenti.

Mercato Del Lavoro

Un settore che ci vede particolarmente preoccupati è quello relativo al reclutamento, e avviamento nel mercato del lavoro, degli Infermieri extracomunitari con inadeguata preparazione linguistica e professionale.

Un ulteriore problema è rappresentato dallo sfruttamento e ricorso al fenomeno del lavoro nero attuato da professionisti appartenenti a studi associati, cooperative, società di servizi.

Quale Presidente, e a nome del Consiglio Direttivo, ribadisco la ferma intenzione di agire disciplinarmente in tutti i casi, in cui ci pervengano esposti o denunce circostanziate, di abusi perpetuati lesivi dei diritti dei professionisti e del decoro della professione.

Rapporto con gli Enti

A richiesta dell'Ente, a cui il professionista infermiere ha autocertificato l'iscrizione, viene rilasciata dall'I.P.A.S.V.I. attestazione d'iscrizione all'albo o smentita in caso di mancato riscontro; Il Collegio richiede agli Enti di avere conoscenza dei contratti di collaborazione professionale stipulati con studi associati, società semplici o cooperative sociali, al fine di verificare il rispetto della normativa vigente e del codice deontologico da parte dei propri iscritti.

Rapporti con i Collegi Provinciali della Regione Lombardia

Il lavoro che il Coordinamento Regionale dei Collegi Lombardi sta portando avanti con la Regione, le Università, con la Federazione Nazionale, comporta un continuo confronto e condivisione. La partecipazione al Coordinamento Regionale fa sì che, forti di una coesa rappresentatività, si abbia più possibilità di incidere in modo propositivo nei confronti dell'organismo Regione ed Assessorato alla Sanità.

Il modello operativo adottato è stato quello di costituire commissioni, gruppi di lavoro regionali con la nomina di rappresentanti all'interno di tavoli tecnici su precise tematiche, e nello specifico:

- Commissione Regionale per la Formazione Continua.
- Commissione OSS – collaborazione nella stesura del programma dei

corsi e monitoraggio andamento esami.

- Convenzione tra Agenzia Regionale Lavoro e Collegi IPASVI per la progettazione di corsi per infermieri extracomunitari.
- Designazione di componenti degli IPASVI nel Comitato Tecnico Scientifico per l'implementazione del sistema di valutazione delle Aziende Sanitarie.
- Commissione sviluppo organizzativo SITRA/DIRIGENZA - evoluzione del SITRA da U.O. semplice a U.O. complessa.
- Commissione Ambulatori Infermieristici/Libera Professione intra/extramoenia – aggiornamento nomenclatore tariffario per ricomprendere le prestazioni infermieristiche.

Rapporti con la Federazione Nazionale

Molte sono le iniziative promosse dalla Federazione che hanno avuto una ricaduta operativa sul Collegio: l'attivazione del sistema di protezione legale e pronto soccorso giuridico a favore di tutti gli iscritti che vorranno aderire tramite il Collegio d'appartenenza. Al 20 febbraio c.a. hanno aderito n° 307 iscritti. Si rende noto, che la copertura assicurativa per la garanzia della responsabilità civile professionale degli infermieri, oggetto della convenzione assicurativa stipulata tra la Federazione IPASVI e la Reale Mutua, è stata attivata a far data dal 30 aprile 2005. La copertura ha durata annuale e quindi la sua scadenza è fissata al 30 APRILE 2005.

Recepito dal Collegio provinciale il regolamento di amministrazione e contabilità della Federazione; Deve essere attuata una revisione dell'attuale sistema di gestione del protocollo; la Federazione ha già commissionato un software che rappresenta il sistema di gestione del protocollo informatico e dei flussi documentali come previsto dal Decreto MIT 14 ottobre 2003.

E' in costruzione l'Albo Nazionale degli iscritti

E' stato registrato l'atto costitutivo della FEPI – (Federazione Europea Professioni Infermieristiche) a Presidenza Italiana, un primo passo verso una dimensione comunitaria dell'assistenza infermieristica.

Rapporto con gli utenti

Dal 27 febbraio è on-line il sito del Collegio di Brescia, all'indirizzo **www.ipasvibs.it**. Il sito, come la rivista, si colloca all'interno del progetto di comunicazione ed informazione del Collegio finalizzato alla pro-



mozione e allo sviluppo professionale dei propri iscritti e ad una maggior visibilità all'esterno della professione.

Iniziative Formative Accreditate Ecm Per il 2005

Corso di inglese base 11 maggio 2005 crediti ECM
preassegnati 32

Corso di inglese preintermedio 12 maggio 2005 crediti ECM
preassegnati 33

Corso di inglese intermedio 13 maggio 2005 crediti ECM
preassegnati 32

Corso di formazione per progettatori di interventi formativi,
10-11-13-14 giugno 2005.

Il tutor nella formazione continua degli adulti: i possibili ruoli,
29-30 giugno 2005.

Sistema di valutazione delle aziende sanitarie in regione Lombardia,
11 giugno 2005.

Il ruolo e il significato della formazione continua nello sviluppo della com-
petenza infermieristica, 25 giugno 2005.

Sono in fase di ultimazione relativamente agli aspetti organizzativi:
la dimissione protetta: una garanzia di continuità assistenziale 29 set-
tembre 2005;

un corso sul ruolo dell'educazione, la comunicazione, la relazione con la
persona ammalata nell'esercizio dell'attività infermieristica, per ottobre
2005;

corso di aggiornamento rivolto all'infermiere libero professionista: arti-
colato in 4-5 sessioni pomeridiane - settembre – ottobre 2005.

Come realizzare gli obiettivi

Anche per il 2005 il Collegio IP.AS.VI. di Brescia intende strutturare le
attività, delle varie commissioni, come asse portante per rendere con-
creti gli obiettivi programmatici.

Per realizzare ciò è necessario incrementare la partecipazione degli
iscritti alle attività delle commissioni del Consiglio Direttivo.

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

ELENCO COMMISSIONI ATTIVE

Commissione Libera Professione

Temporaneamente sospesa come commissione non come attività

Referente Giovanna Bertoglio

Comitato Tecnico Scientifico

Responsabile Federica Renica

Commissione Pareri Legali-Fiscali-Professionali

Responsabile Federica Renica

Commissione Pubbliche Relazioni

Referente Laura Bazzoli

Sito Web

Referente Guglielmo Guerriero

Comitato di Redazione Rivista Tempo di Nursing

Referente Stefano Bazzana

CIVES

Rappresentanti del Collegio Laura Manara e Caterina Robolini

Consulta provinciale educazione alla salute dell'ASL

Referente Giandomenica Brodini

Comitato Etico –Spedali Civili

Referente Stefano Bazzana

Coordinamento Regionale Collegi IPASVI Lombardia

Laura Bazzoli su delega della Presidente

Rapporti con Federazione Nazionale Collegi-Consigli Nazionali

Federica Renica e/o Laura Bazzoli o altro Consigliere

Commissione esami–formazione cittadini stranieri

Responsabile Federica Renica

Responsabile sistema qualità: Laura Bazzoli

Responsabile Sicurezza: Laura Bazzoli

Addetto al servizio di Pronto Soccorso Aziendale: Valeria Gelmi

Prima di lasciare la parola al Tesoriere

Un ringraziamento anche ai professionisti consulenti che ci aiutano in tutti quei campi, non specifici della professione infermieristica, ritenuti indispensabili per la funzionalità del Collegio e a tutti gli iscritti che partecipano, in vario modo, alla vita del Collegio.

OPERAZIONI DI VOTO DEL BILANCIO PREVENTIVO 2005

E' stato consegnato un tesserino di voto, in numero identico alla capacita' di espressione di voto che il singolo iscritto ha: 1, 2 o 3 a seconda del numero delle deleghe ricevute.

I presenti sono: 86 i deleganti sono 19 e, quindi, la capacita' di espressione di voto e' di 105 voti.

La messa in votazione del bilancio preventivo 2005 da il seguente risultato delle operazioni di voto :

Favorevoli n° 105

Nessun contrario

Nessun astenuto.

All'attività istituzionale ha fatto seguito un incontro/dibattito dal tema:

RIFORMA DELLA PREVIDENZA: DISCIPLINA DEL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO E FONDI DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE

Sono intervenuti in qualità di relatori:

MARIO SCHIAVON – Presidente Ente Nazionale di previdenza e assistenza della professione infermieristica ENPAPI

FABIO DR. FIORETTO – Direttore Generale ENPAPI

GIUSEPPE GAMBARELLI – Componente di segreteria Funzione Pubblica CGIL

ANGELO GALEAZZI – Segretario Generale Funzione Pubblica CISL

ANGELO ZANELLI - Segretario Generale Funzione Pubblica UIL

PREMIATI 35 ANNI DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PER UNA FESTA "PARTECIPATA"

Nel corso dell'assemblea ordinaria annuale degli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia, che si è tenuta il giorno 26 febbraio u.s., come di consueto, abbiamo voluto premiare coloro che per 35 anni hanno mantenuto l'iscrizione al Collegio, affermando in tal modo il loro senso di identità e di appartenenza alla professione infermieristica.

Mentre negli scorsi anni, il momento di festa era confinato al giorno dell'assemblea, quest'anno vogliamo che tali premiazioni abbiano il giusto risalto, affinché il percorso fatto da queste infermiere sia visibile e apprezzato da tutta la comunità infermieristica bresciana perché anch'esse, con il loro impegno e le loro idee, hanno contribuito allo sviluppo della disciplina infermieristica e alla affermazione della professione.

Per fare ciò abbiamo pensato di pubblicare una breve biografia di ciascuna di loro.

Peraltro, alcune di loro stanno proseguendo nel proprio cammino professionale costituendo una valida guida e uno stimolo per tutti.



ECCO LE LORO BIOGRAFIE

BAZZOLI MARIA ROSA

Consegue il diploma di Infermiera Professionale il 05/07/69 presso la Scuola S. Carlo di Villa Verde Bologna; consegue il diploma di Abilitazione a Funzioni Direttive presso l'Istituto Beato Palazzolo di Milano nel 1972.

Si iscrive all'Albo degli Infermieri Professionali del Collegio IPASVI di Brescia il 18/06/1970.

Inizia come Infermiera, dedicandosi all'assistenza di pazienti ricoverati presso la Divisione di Malattie Infettive dell'Ospedale S. Antonino di Brescia annesso agli Spedali Civili. Successivamente si trasferisce all'Ospedale di Desenzano dove, in qualità di Capo Sala, partecipa all'apertura della Divisione di Ortopedia e Traumatologia, viene poi richiesta la sua professionalità finalizzata all'apertura della Divisione di Riabilitazione Neurologica presso l'Ospedale Villa dei Colli di Lonato. Successivamente si occupa del coordinamento dell'attività infermieristica e del personale di supporto del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Desenzano. Ora si dedica a tempo pieno alla famiglia; il carico familiare non la distoglie, comunque, dall'assumersi impegni nel sociale dove è riconosciuta dalla comunità locale. Fa parte inoltre della compagnia teatrale dialettale di Rivoltella dove riveste il ruolo di attrice.

COLLI CESARINA

Si diploma Infermiera Professionale il 28/06/68 presso la Scuola Paola di Rosa di Brescia. Si iscrive all'Albo degli Infermieri Professionali del Collegio IPASVI di Brescia il 23/03/70. Nonostante non si occupi più di assistenza infermieristica, se non limitatamente al proprio ambito familiare, mantiene a tutt'oggi l'iscrizione all'Albo Professionale. Ha prestato la propria opera come Infermiera dapprima presso la 3° Divisione di Medicina degli Spedali Civili di Brescia e, successivamente, presso la Divisione di Ortopedia e Traumatologia dell'Istituto Clinico S. Anna. Attualmente, oltre a dedicarsi all'assistenza della mamma, si diletta nel ricamo creando manufatti molto belli.

MANASSI ORSOLA

Si diploma Infermiera Professionale il 05/07/69 presso la Scuola Paola di Rosa di Brescia. Si iscrive all'Albo degli Infermieri Professionali del Collegio IPASVI di Brescia il 27/04/70. Nel 1974 consegue il diploma di Abilitazione a Funzioni Direttive presso gli Istituti Ospitalieri di Cremona. Il suo percorso professionale la vede dapprima impegnata come Infermiera presso la Divisione di Pediatria dell'Ospedale di Salò, poi come Capo Sala presso la Divisione Pediatrica dell'Ospedale di Gavardo. Successivamente si è dedicata all'assistenza dei propri genitori, specialmente del papà, il quale ha potuto beneficiare di un'assistenza personalizzata, competente e amorevole.

SALVADORI MARIA LIDIA

Si diploma Infermiera Professionale il 15/06/68 presso la Scuola Paola di Rosa di Brescia; il 05/07/69 consegue il diploma di A.S.V.; si iscrive all'Albo degli Assistenti Sanitari del Collegio IPASVI di Brescia il

18/06/70; successivamente frequenta il corso di specializzazione in Psichiatria ed Igiene mentale. Nel 1987 consegue il diploma di Dirigente dell'Assistenza Infermieristica presso il Policlinico Gemelli di Roma, nel 1988 diventa membro della Croce Rossa Italiana. La sua vita professionale si svolge in parte presso la Direzione Sanitaria degli Spedali Civili di Brescia, dove contribuisce a dare l'avvio al Servizio di Medicina Preventiva, successivamente ricopre il ruolo di Dirigente del Servizio Infermieristico presso lo stesso Ospedale. E' stata componente del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Brescia per due trienni ed ha svolto attività di docenza presso la Scuola Paola di Rosa. Ha ricoperto la carica di Presidente della Casa di Riposo di Vobarno fornendo un notevole contributo professionale in una delicata fase di passaggio e di ristrutturazione. Tutt'ora è impegnata professionalmente presso la stessa RSA dove ricopre la carica di Vice Presidente.

SAUDA FIORELLA

Si diploma come Infermiera Professionale il 15/06/68 presso la Scuola Paola di Rosa di Brescia; il 05/07/69 consegue il diploma di ASV presso la stessa Scuola; si iscrive all'Albo degli Assistenti Sanitari del Collegio IPASVI di Brescia il 28/08/70. La sua carriera professionale si svolge all'INPS, dapprima presso l'Ufficio sanitario, successivamente presso l'Ufficio visite fiscali. Ha raggiunto l'età pensionabile l'1/1/2005; attualmente si occupa dell'assistenza al padre infermo, mettendogli a disposizione l'affetto e la competenza professionale, dovendo alcune volte intervenire per riparare i guai provocati dall'ospedalizzazione, quali le piaghe da decubito.

SBERNA NIVES SUOR SERAFINA

Appartiene all'Ordine Religioso delle Umili Serve del Signore, consegue il Diploma di Infermiera Professionale il 15/06/68 presso la Scuola Paola di Rosa di Brescia; il 05/07/69 consegue il diploma di ASV presso la stessa Scuola; si iscrive all'Albo Professionale degli Assistenti Sanitari del Collegio IPASVI di Brescia il 28/08/70. Nel 1981 consegue il diploma di Assistente Sociale. Per 13 anni presta la propria opera professionale presso la Divisione di Medicina dell'Ospedale di Gavardo in qualità di Capo Sala. Attualmente è Dirigente dell'assistenza infermieristica presso la Casa di Riposo "La Memoria" di Gavardo. Ritieni il proprio lavoro molto gratificante, sia sotto il profilo religioso che professionale ed umano, in quanto asserisce che c'è molto da dare e da ricevere dai 75 ospiti presenti presso la RSA.



ZANOLA RENATA

Consegue il Diploma di Infermiera Professionale il 15/06/68 presso la Scuola Paola di Rosa di Brescia; il 05/07/69 consegue il diploma di ASV presso la stessa Scuola; si iscrive all'Albo Professionale degli Assistenti Sanitari del Collegio IPASVI di Brescia il 24/01/70. Inizia la propria attività professionale prestando la propria opera presso il Laboratorio di Clinica Interna degli Spedali Civili di Brescia; successivamente si trasferisce al Centro di Igiene Mentale della Provincia di Brescia confluito poi nel 1° CPS dove svolge le funzioni di coordinatrice infermieristica fino al tempo del pensionamento. Ora si dedica all'assistenza della madre dedicandole, oltre all'affetto filiale professionalità e competenza.

UN GRAZIE E UN SALUTO A TUTTI

D.M. 22 ottobre 2004 n°270 Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei.

A cura di **Guglielmo Guerriero**

Ospedale S.Orsola Fatebenefratelli di Brescia

L'anno accademico 2004/05 ha sancito definitivamente l'attivazione dei primi corsi di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, dando, pertanto, seguito al Decreto Interministeriale del 2 aprile 2001 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie".

Il decreto, infatti, nell'allegato n.1 "Classe delle lauree nelle professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica", esplicita gli obiettivi formativi qualificanti. La laurea specialistica, biennio universitario successivo al conseguimento della laurea, si colloca all'interno dell'assetto denominato "3+2" delle università italiane. Il MIUR¹ ha regolamentato la riforma universitaria con il D.M. 3 novembre 1999 n.509², suddividendo il tradizionale corso di studi in due corsi di laurea.

La laurea viene conseguita dopo un percorso di studi triennale, la laurea specialistica dopo, per l'appunto, un ulteriore percorso di altri due anni. Inoltre, le università possono attivare ulteriori corsi di perfezionamento formativo, successivamente al conseguimento della laurea e/o della laurea specialistica, alla conclusione dei quali può essere rilasciato il master universitario di 1° o di 2° livello.

Vedi figura 1 – La formazione in università

E' storia odierna il D.M. 22 ottobre 2004 n.270³, che supera e modifica il D.M. 509/1999, in particolare sostituendo la laurea specialistica con la laurea magistrale e individuando alcuni criteri guida per l'ordinamento dei percorsi didattici. Pertanto, le università, oggi, rilasciano i seguenti titoli:

- la laurea: con l'obiettivo di garantire allo studente un'adeguata ed appropriata conoscenza di metodi e contenuti scientifici generali, finalizzata al conseguimento di un titolo abilitante all'esercizio professionale;

ASPETTI GIURIDICI

Il D.M. 270/2004, all'art.13 paragrafo 7, afferma che "A coloro che hanno conseguito in base agli ordinamenti didattici (...) la laurea, la laurea magistrale o specialistica e il dottorato di ricerca, competono, rispettivamente, le qualifiche accademiche dottore, dottore magistrale e dottore di ricerca (...)". Riproponendo l'art.13 nella formazione infermieristica, spetta al laureato il titolo di dottore in infermieristica e al laureato magistrale il titolo di dottore magistrale in scienze infermieristiche. Il titolo di dottore magistrale viene conferito anche a coloro che hanno conseguito la laurea specialistica secondo il precedente ordinamento universitario.

¹ Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca: www.miur.it

² Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei.

³ Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica del 3 novembre 1999, n.509.

- la laurea magistrale: fornisce allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione professionale;
- il diploma di specializzazione: finalizzato all'acquisizione di conoscenze di alta qualificazione per l'esercizio di specifiche attività professionali;
- il dottorato di ricerca: con l'obiettivo di fornire allo studente una elevata formazione nel campo disciplinare e nella ricerca applicata.

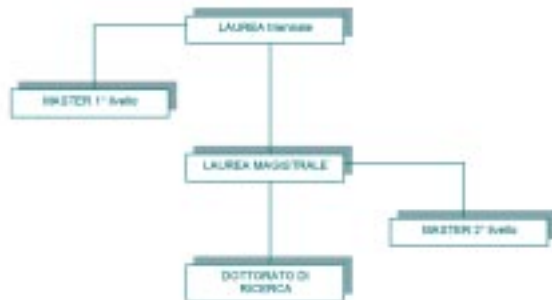


Figura 1

Il D.M. 270/2004, all'art.13 paragrafo 7, afferma che "A coloro che hanno conseguito in base agli ordinamenti didattici (...) la laurea, la laurea magistrale o specialistica e il dottorato di ricerca, competono, rispettivamente, le qualifiche accademiche dottore, dottore magistrale e dottore di ricerca (...)". Riproponendo l'art.13 nella formazione infermieristica, spetta al laureato il titolo di dottore in infermieristica e al laureato magistrale il titolo di dottore magistrale in scienze infermieristiche. Il titolo di dottore magistrale viene conferito anche a coloro che hanno conseguito la laurea specialistica secondo il precedente ordinamento universitario.

E', inoltre, opportuno segnalare quanto esplicitato all'art.1, "Regolamenti didattici degli atenei", il quale al paragrafo 7 afferma che " (...) i regolamenti didattici di ateneo stabiliscono che tutti gli iscritti ai corsi di laurea, afferenti alla medesima classe (...), condividano le stesse attività formative di base o caratterizzanti comuni per un minimo di 60 crediti prima della differenziazione dei percorsi formativi (...)". Quanto esplicitato, infatti, sembra precludere, nella fattispecie, ad un più o meno significativo riordino dei piani di studio dei corsi di laurea afferenti alla classe delle professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica. Il prosieguo proporrà, verosimilmente, ulteriori approfondimenti e riflessioni.

Il D.M. 22 ottobre 2004 n.270 è consultabile all'indirizzo www.miur.it, il documento on-line è, comunque, ospitato anche sul sito del Collegio Ipasvi di Brescia, www.ipasvibs.it.

Bibliografia

"Decreto Ministeriale 22 ottobre 2004 n. 270, Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei"

L. Benci,
"Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing."
Aggiorn.2004.:3-5, CEA Edizioni

G. Guerriero,
"Quale infermiere laureato specialista attendersi: una lettura tra proposte e riflessioni."
Tempo di Nursing 2004,
n.39: 49-55.

Relazione sulla soddisfazione della rivista "Tempo di Nursing". Indagine effettuata con la rivista n° 41 dicembre 2004

RSQ Laura Bazzoli

Brescia, 22 febbraio 2005

Con il numero 41 di dicembre 2004 è stata rilevata la soddisfazione utente relativa alla rivista "Tempo di Nursing", attraverso la distribuzione del questionario inserito nella rivista stessa inviata a tutti gli iscritti.

Nel questionario si è chiesto di esprimere un giudizio sugli aspetti, a nostro giudizio più salienti, riguardanti la rivista stessa e più precisamente:

- Veste grafica e impaginazione
- Interesse per gli articoli
- Utilità della rivista in riferimento all'attività svolta
- Tempi di consegna della posta rispetto alla data di emissione
- Congruità numero pubblicazioni annue

Considerando la sufficienza a livello 60% e l'eccellenza a livello 80%, e avendo analizzato 14 questionari, i risultati sono stati i seguenti:

Media = 67%

Se il risultato, da un lato, ci pone al di sopra della sufficienza, dall'altro è da ritenersi non molto soddisfacente in quanto su 6942 iscritti coloro che hanno risposto sono stati solamente 14, pari allo 0,2%.

Analizzando gli aspetti singoli emergono i seguenti dati:

- | | |
|---|-------|
| • Veste grafica e impaginazione | = 68% |
| • Interesse attribuito agli articoli | = 66% |
| • Utilità della rivista in riferimento all'attività svolta | = 61% |
| • Tempo di consegna rispetto alla data di emissione della rivista | = 75% |
| • Congruità del numero di pubblicazioni annue | = 64% |

I livelli ottenuti sono tutti sopra la sufficienza, quello più basso si riferisce all'utilità della rivista in relazione all'attività svolta dall'iscritto.

A tal proposito si devono considerare le richieste degli iscritti relative ai contenuti che rispecchiano i ruoli occupati nell'organizzazione, infatti n° 2



(14%) iscritti chiedono la pubblicazione di articoli relativi agli aspetti giuridici della professione, n° 1 iscritto (7%) fa riferimento ad articoli riguardanti gli aspetti organizzativo/gestionali, n° 1 iscritto (7%) lamenta di non trovare articoli specifici per Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici, n° 2 iscritti (14%) auspicerebbero articoli maggiormente rivolti agli aspetti pratici della professione).

Riferendoci al numero di pubblicazioni annue n° 3 iscritti (21%) chiedono un numero maggiore di pubblicazioni.

Si deve inoltre sottolineare che n° 4 iscritti (29%) asseriscono che i caratteri della rivista sono troppo piccoli.

Considerando che la percentuale di questionari restituiti è molto bassa (0,2%), e che quindi la validità dell'indagine condotta è relativa, ci si propone per il breve/medio periodo di:

1. rispondere alla richiesta di pubblicare almeno 1 articolo specifico per gli Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici
2. pubblicare i risultati dell'indagine svolta sulla prossima rivista tempo di nursing invitando gli iscritti a rispondere ai questionari e sottolineando l'importanza attribuita ai loro pareri in merito, preannunciando che nel 2° numero edito nel corrente anno, si ripeterà la somministrazione del questionario al fine di avere un numero di risposte che ci consenta di tener conto delle aspettative degli iscritti attraverso un valido riscontro statistico.

La Redazione di "Tempo di Nursing" presa visione della relazione della Responsabile Qualità L. Bazzoli e condividendo l'importanza degli impegni assunti, invita gli iscritti Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitari, a far pervenire al collegio articoli, esperienze, progetti svolti nelle realtà in cui operano come professionisti.

Relazione sulla soddisfazione della rivista "Tempo di Nursing News". Indagine effettuata con la rivista n° 41 dicembre 2004

RSQ Laura Bazzoli

Brescia, 22 febbraio 2005

Con il numero 41 di dicembre 2004 è stata rilevata la soddisfazione utente relativa alla rivista "Tempo di Nursing News", attraverso la distribuzione del questionario inserito nella rivista stessa inviata a tutti gli iscritti.

Nel questionario si è chiesto di esprimere un giudizio sugli aspetti, a nostro giudizio più salienti, riguardanti la rivista stessa e più precisamente:

- Veste grafica e formato
- Interesse per le notizie riportate
- Utilità della rivista in riferimento all'attività svolta
- Tempi di consegna della posta rispetto alla data di emissione
- Congruità numero pubblicazioni annue

Considerando la sufficienza a livello 60% e l'eccellenza a livello 80%, e avendo analizzato 14 questionari, i risultati sono stati i seguenti:

Media = 71,6%

Il risultato, nostro malgrado, anche se ci pone al di sopra della sufficienza, non è attendibile dal punto di vista statistico in quanto su 6942 iscritti hanno risposto solamente in 14, pari allo 0,2%.

Un altro dato da prendere in considerazione è quello riguardante le non risposte che sono in totale 23.

Analizzando gli aspetti singoli emergono i seguenti dati:

- Veste grafica e formato = 78%
- Interesse per le notizie riportate = 75%
- Utilità della rivista in riferimento all'attività svolta = 75%
- Tempo di consegna rispetto alla data di emissione della rivista = 60%
- Congruità del numero di pubblicazioni annue = 70%

I livelli ottenuti sono tutti sopra la sufficienza, quello più basso si riferisce ai tempi di consegna della rivista da parte delle poste rispetto alla data di emissione; per questo dato c'è incongruenza rispetto a quanto ottenuto per la rivista "Tempo di Nursing" in quanto il servizio postale dovrebbe essere lo stesso.



I desiderata degli iscritti riguardano:

- la richiesta di pubblicazione di leggi inerenti il panorama sanitario in genere (n. 1 iscritto = 7%),
- la richiesta di pubblicare almeno 4 edizioni annue (n. 1 iscritto = 7%)
- la richiesta di pubblicare i corsi di aggiornamento in un luogo più vicino alla zona di residenza (n. 1 iscritto = 7%)

Considerando che la percentuale di questionari restituiti è molto bassa (0,2%), e che quindi la validità dell'indagine condotta è relativa, ci si propone per il breve/medio periodo di:

1. rispondere alla richiesta di pubblicare eventuali leggi emanate nel corso dell'anno, riguardanti tematiche sanitarie, anche se tali leggi vengono già pubblicate sul sito internet (è pur vero che non tutti gli iscritti hanno a disposizione il computer)
2. pubblicare i risultati dell'indagine svolta sulla prossima rivista tempo di nursing invitando gli iscritti a rispondere ai questionari e argomentando l'importanza di avere i loro pareri in merito, preannunciando che nel 2° numero edito nel corrente anno, si ripeterà la somministrazione del questionario al fine di avere un numero di risposte che ci consenta di tener conto delle aspettative degli iscritti attraverso un valido riscontro statistico.

Etica per la pratica infermieristica. Una guida per prendere decisioni etiche.

Sara T. Fry – Megan-Jane Johnstone

Casa Editrice Ambrosiana www.ceaedizioni.it

A cura della Redazione

Il testo, tradotto da Cecilia Sironi, deriva dall'opera originale curata e pubblicata dall'International Council of Nurses (www.icn.ch), "Ethics in Nursing Practice". L'ICN è la più vecchia associazione internazionale di infermieristica, impegnata nell'individuazione e nel miglioramento etico e disciplinare degli standard della pratica infermieristica. Il "Code of Ethics for Nurses" dell'ICN è un riferimento autorevole per le organizzazioni e associazioni infermieristiche internazionali impegnate nella costruzione e revisione dei propri codici deontologici.

La pubblicazione "Etica per la pratica infermieristica", è stata pensata e scritta in relazione all'esperienza degli infermieri, alle difficoltà reali e concrete nella presa di decisioni e nelle implicazioni etiche e professionali che questa comporta.

Strutturato in 13 capitoli, si divide fondamentalmente in due parti:

1. la prima prende in considerazione gli aspetti fondamentali della disciplina etica in relazione alla pratica infermieristica, in termini di comportamenti e decisioni etiche.;
2. la seconda parte analizza le quattro responsabilità fondamentali che vengono individuate dal Codice deontologico del Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN): la promozione della salute, la prevenzione della malattia, ristabilire la salute, alleviare la sofferenza.

Secondo gli autori, in questi casi, l'infermiere può trovarsi nella condizione di affrontare conflitti etici. Ciascuna situazione richiede che l'infermiere riesamini la propria comprensione delle responsabilità etiche alla luce delle questioni e dei dilemmi etici implicati. L'opera suggerisce e propone, pertanto, quali capacità razionali e conoscenze etiche applicare alle situazioni assistenziali, al fine di sostenere l'infermiere nel determinare

SCAFFALE



l'azione da intraprendere.

Il testo si conclude con cinque appendici che forniscono riflessioni e spunti utili, dalle strategie d'insegnamento dell'etica agli infermieri, alla bibliografia selezionata sull'etica infermieristica, concludendo con il Codice deontologico dell'ICN.

Diversamente dalla maggior parte della bibliografia tradotta in lingua italiana, proveniente dai paesi anglofoni, il testo propone concetti ed esperienze sovrapponibili alla realtà della pratica infermieristica italiana, mantenendo un costante legame tra teoria, prassi ed etica professionale. "Etica per la pratica infermieristica" esplicita dei criteri guida che si raccordano profondamente con il Codice Deontologico degli infermieri italiani, confermando l'universalità valoriale dell'assistenza infermieristica e i quesiti etici che la stessa propone attraverso la "care" della persona. Le responsabilità etiche esplicitate, la promozione della salute, la prevenzione della malattia, ristabilire la salute ed alleviare la sofferenza, trovano e suggeriscono una significativa chiave di lettura per lo studente, di riflessione per il professionista.