

OSTACOLI AL RICONOSCIMENTO DELL'AUTONOMIA PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE

Federica Renica

Presidente Collegio IPASVI di Brescia

A distanza di anni si osserva come l'assistenza infermieristica abbia mantenuto un ruolo subordinato in campo sanitario, in cui non riesce a trovare spazi di autonomia.

Ammettere che il ruolo di subordinazione dell'infermiere sia ancora presente è una constatazione amara, quasi di sconfitta, che porta alla consapevolezza che ci vorranno ancora generazioni prima che qualcosa cambi, in Italia, per gli Infermieri.

A queste considerazioni va aggiunta la cronica carenza di infermieri. Si potrà discutere di quanti ne servano ma, comunque sia, in Italia il numero di Infermieri mancanti è alto.

Ma parliamo di dati: (24 Ore Sanità del 5-11 giugno 2007 analisi Cergas Bocconi). Una prima stima somma 25.000 infermieri che "mancano" rispetto alle dotazioni organiche delle aziende del SSN e 35.000 "mancati infermieri" pari alla differenza tra fabbisogno indicato dalla professione e numeri chiusi dei corsi di laurea negli ultimi dieci anni, nonché numero degli studenti che poi si sono realmente iscritti.

Una seconda strada guarda ai dati internazionali. In media i Paesi Oecd hanno 6,9 infermieri attivi ogni 1.000 abitanti, l'Italia 5,4. Per adeguare l'Italia alla media Ocse servirebbero 70.000 infermieri.

Le necessità evidenziate da questi dati mal si coniugano con la razionalità economica delle dotazioni organiche delle aziende del Ssn (blocco delle assunzioni). Inoltre, se questo non fosse sufficiente, come si può disconoscere ciò che è rilevabile in tutte le aziende: turni di lavoro raddoppiati, orari straordinari richiesti perché mancano risorse umane, ritmi di lavoro spesso crescenti, scarsa sostituibilità, ricorso a prestazioni aggiuntive in alternativa alla carenza di organico, livelli retributivi insufficienti e inadeguati.

La carenza di infermieri è un fenomeno che, in concomitanza con il

EDITORIALE

Chi ha cultura e lavora nell'interesse dei cittadini, agisce per promuovere la cultura e l'interesse pubblico; chi ha bisogno di rimanere sempre a galla, ondeggia da una parte o dall'altra, a seconda di ciò che meglio gli conviene per sopravvivere



periodo delle ferie, si riaccutizza.

Sono anni che evidenziamo la mancanza di risorse.

Siamo un Paese con un numero di infermieri che, a parità di popolazione, è la metà di quello dell'Inghilterra, che già ha la consapevolezza di averne un numero insufficiente.

Inoltre, secondo i dati appena citati, 24 ore Sanità del 29 maggio - 4 giugno 2007, nell'Annuario statistico del personale, curato dal ministero della Salute, il personale è dichiarato "stabile"; nel 2005 la crescita è dello 0,3%, ma aumentano i medici e diminuiscono gli infermieri.

Le differenze 2004 - 2005 per ogni professionalità del Ruolo Sanitario				
	2004	2005	Diff.	Diff. %
Ruolo Sanitario	441.558	444.120	2562	0,6
• Medici e odontoiatri	102.989	105.652	2663	2,6
- Medici	102.820	105.489	2.669	2,6
- Odontoiatri	169	163	-6	-3,2
Altro personale laureato	18.551	18.758	207	1,1
• Veterinari	5.482	5.543	61	1,1
• Farmacisti	2.288	2.342	54	2,4
• Biologi	4.028	4.036	8	0,2
• Chimici	550	550	-	0,0
• Fisici	381	401	20	5,2
• Psicologi	5.822	5.886	64	1,1
Didattico-organizzativo	5.312	11.158	5846	110,1
Tecnico Sanitario	30.211	30.371	160	0,5
Riabilitazione	18.513	17.832	-681	-3,7
Vigilanza e ispezione	8.232	7.843	-389	-4,7
Pers.le infermieristico	257.750	252.506	-5.244	-2,0
• Operatori 1^ categ.	235.549	232.754	-2.795	-1,2
• Operatori 2^ categ.	22.201	19.752	-2.449	-11,0

Negli ultimi anni la normativa italiana è molto avanzata per tutto ciò che riguarda la professione infermieristica, dall'esercizio alla formazione, ma tra le disposizioni legislative e ciò che è la quotidianità della vita professionale dell'infermiere, permane un divario notevole.

L'evoluzione della cultura professionale della quasi totalità dei 342.000 infermieri dovrà produrre il riconoscimento agli infermieri di un ruolo centrale nelle istituzioni sanitarie.

Per realizzare questo progetto tuttavia è impensabile continuare ad affidare la formazione degli infermieri a Professionisti che infermieri non sono (solo il 24% dei docenti di scienze infermieristiche sono infermieri); vengono, infatti, attivate e assegnate cattedre di infermieristica a medici che, non essendo infermieri, non possono conoscere e sapere lo specifico infermieristico presupposto indispensabile per attuare quel cambiamento organizzativo necessario e richiestoci dall'evoluzione normativa.

Le molteplici richieste che la Professione vuole, vanno lette come presupposto indispensabile per il superamento del conservatorismo e la sudditanza alla professione medica; occorre avere pari dignità e legittimità per realizzare il cambiamento organizzativo necessario ad un'assistenza sempre più puntuale e scientifica a tutti i livelli, incluso quello gestionale.

Anche nel merito della gestione e del management sanitario riteniamo naturale affermare che ad organizzare il lavoro di professionisti ci debba essere chi, quella professione la conosce e l'ha esercitata. La difficoltà del riconoscimento del ruolo manageriale è esemplificata dalla vicenda relativa al contenzioso per l'istituzione del Sitra (Servizio infermieristico, tecnico e riabilitativo aziendale) nell'azienda ospedaliera di Melegnano.

In sintesi: il Tar della Lombardia, con la sentenza dell'11.01.07 depositata il 19.02.07 respinge il ricorso al TAR proposto da ANPO, ANAAO-ASSOMED, contro l'Istituzione del SITRA Servizio infermieristico tecnico e riabilitativo aziendale dell'Azienda Ospedaliera di Melegnano, ha accolto le ragioni del ricorso dei Collegi IPSAVI della Lombardia oltre che del direttore generale dell'Ao.

Insoddisfatti della sentenza del Tar Lombardia i medici si sono rivolti ora al Consiglio di Stato con nuove e diverse motivazioni. I ricorrenti contestano anche la decisione del Tar Lombardia per aver riconosciuto piena legittimazione e titolarità di rappresentanza dei Collegi IPASVI, con riferimento alla loro costituzione in giudizio, a tutela della professione infermieristica.

Questo è un aspetto importantissimo e si confida che la decisione del Tar trovi un'ulteriore conferma in sede d'appello avanti al Consiglio di Stato. I Collegi della Lombardia, con il sostegno della Federazione nazionale IPASVI, si sono nuovamente costituiti in giudizio anche al Consiglio di Stato.

Riaffermiamo che nell'ambito delle prestazioni erogate dal Ssn. c'è differenza tra diagnosi, terapia, assistenza e gestione e sono diversi gli attori e diverse le responsabilità dei singoli professionisti coinvolti. Solo da una chiara consapevolezza delle proprie competenze nel rispetto dell'autonomia di ognuno, può derivare l'auspicata integrazione fra i professionisti.

Evidentemente non sono sufficienti le leggi per cambiare le con-



suetudini, il modo di pensare e di agire dei professionisti. I cambiamenti, anche quelli culturali, come è noto richiedono fatica e molto spesso scatenano resistenze: (su un giornale l'esperto" esprime il suo giudizio: troppi infermieri e con troppo poca sudditanza nei confronti dei medici).

Sul quotidiano nazionale "Repubblica" è stato portato un attacco alla professione infermieristica in difesa di una sanità "antica", dove al centro dovrebbe stare il medico e intorno a lui le professioni sanitarie "serventi".

La Federazione Nazionale ha risposto, acquistando una pagina sul Corriere della Sera, rassicurando tutti quanti che gli infermieri si fanno carico dell'assistenza a tutto tondo. Per 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno, per tutti quanti ne abbiano bisogno.

Questa affermazione suscita una riflessione immediata: per quanto tempo potremo garantire questo



servizio se dovremo sempre compensare disfunzioni organizzative? Come è pensabile che un infermiere nell'ambito dell'esercizio della sua attività debba fare da segretario e compensare anche l'assenza di colleghi non sostituiti nonché l'assenza di personale di supporto? Come può affermare la sua autonomia professionale e l'impiego della metodologia della pianificazione per obiettivi dell'assistenza se l'organizzazione del lavoro non lo consente?

Ci viene spontaneo chiedere: chi ha paura della nostra autonomia? Chi ha paura di coloro che lavorano nell'interesse dei cittadini ed agiscono per promuovere la cultura e l'interesse pubblico?

Conclusione logica di quanto su esposto è la riaffermazione che la governance dell'infermieristica è degli infermieri, pertanto chiediamo ai politici di farsi garanti dell'effettiva applicazione delle competenze dell'infermiere non solo in ambito assistenziale, ma anche nell'ambito gestionale e formativo.

Siamo convinti che ci vorrà ancora del tempo per cancellare gli stereotipi, retaggio di una visione anacronistica, che intralciano il cammino dell'intera professione verso l'autonomia ed il riconosciuto prestigio.

L'INFERMIERE E L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA 10 DOMANDE AL PROFESSOR ALAIN GOLAY (*)

Intervista a cura di **Stefano Bazzana**

I sistemi sanitari del XXI secolo beneficiano di importanti progressi sia per quanto riguarda le strategie diagnostiche sia per le possibilità terapeutiche. Molto utili per le situazioni acute, tuttavia le terapie sono spesso insufficienti per le persone che vivono con malattie che durano per tutta la vita. L'ultimo rapporto dell'OMS sulla salute nel mondo sottolinea questo problema e insiste sull'importanza di una migliore formazione del personale sanitario nell'ambito delle malattie croniche che rappresentano l'80% dei problemi di salute e il 50% delle cause di decesso.

Domanda: Prof. Alain Golay, lei dirige un Centro che per primo ha intuito la necessità di un nuovo approccio alle malattie croniche. Com'è nata l'idea?

Risposta: Per un paziente diabetico è molto difficile andare a casa con insulina e dieta. C'è una grande difficoltà di convivenza con la malattia e varie dimensioni coinvolte, si tratta di una nuova vita. Un momento delicatissimo, come camminare sul filo del rasoio e ... rischiare di farsi male ad ogni errore. Per questo motivo, più di trent'anni fa, il Prof. Assal ha fondato a Ginevra il Servizio di Educazione Terapeutica per le malattie croniche, con l'intento di dare maggiore rilevanza alle dimensioni psicologica e sociale del diabete e all'insegnamento ai pazienti attraverso un approccio interdisciplinare. Nel 1983 il nostro servizio diventa Centro collaboratore dell'OMS e centro di ricerca/insegnamento per il diabete.

I nostri studi ci dicono che l'80% dei diabetici soffre di obesità e ben il 50% di disturbi del comportamento alimentare. Questo dato diventa (purtroppo) più comprensibile se si pensa che il 30% degli obesi ha subito violenza sessuale. Fortunatamente numerose ricerche dimostrano che i pazienti che hanno ricevuto un'educazione tale da permettere loro di gestire il trattamento e di adeguarlo alla loro vita quotidiana, sono gli stessi che riescono in larga misura a prevenire le complicanze a lungo termine della malattia. Questo è particolarmente vero per le malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, reumatologiche, ecc.

OSSERVATORIO

Centro OMS e polo di ricerca/insegnamento per le malattie croniche, il Servizio di Educazione Terapeutica dell'ospedale di Ginevra è un punto di riferimento per operatori sanitari e specialisti di tutto il mondo.

Anche a Brescia esistono realtà che si ispirano all'approccio sviluppato dal Prof. Jean Philippe Assal ed alcuni operatori dell'U.O. Diabetologia degli Spedali Civili hanno frequentato gli impegnativi corsi (Diploma in Educazione Terapeutica: 3 anni di corso - Certificato in Educazione Terapeutica: 1 anno di corso) diretti dal Prof. Golay.

(*) Prof. Alain Golay, specialista in endocrinologia e in diabetologia, Direttore del Servizio di Educazione Terapeutica per Malati Cronici dell'ospedale universitario di Ginevra, Svizzera

D. La parola chiave sembra dunque essere l'educazione. Cos'è e cosa non è l'educazione terapeutica?

R. Non è certamente la prescrizione medica. Non è infatti un obbligo o un dovere, è invece un modo per favorire il diritto della persona a gestire la propria salute. Per fare questo il paziente ha bisogno di essere ascoltato, vuole essere capito e vuole capire, quando capisce vuole essere aiutato. L'educazione non è, come molti continuano a pensare, il risultato di un semplice processo di trasmissione e ricezione. L'Educazione terapeutica (E.T.) è l'insieme di conoscenze, competenze e comportamenti per gestire la malattia cronica insieme ai famigliari e al contesto in cui vive la persona, mediante un approccio bio-psico-sociale.

D. Un'educazione tridimensionale potremmo dire, è corretto?

R. In tutti questi anni il modello si è sempre più affinato. Grazie al fondamentale contributo delle cosiddette scienze umane le dimensioni sono diventate quattro, ma ne stiamo sperimentando persino una quinta. Dato che l'obiettivo dell'E.T. è la diminuzione delle resistenze al cambiamento, il modello tiene conto della persona con le sue conoscenze e le sue credenze (dimensione cognitiva) ma mette in evidenza anche i suoi vissuti emotivi (dimensione emozionale), i suoi ragionamenti intimi e le possibili distorsioni cognitive (dimensione intracognitiva) e la sua auto-percezione, la sua immaginè di sé e la sua autostima (dimensione metacognitiva).

Ma l'ultima novità per me è il lavoro che stiamo facendo sui binomi sensazione/de gustazione, piacere/consapevolezza: non avrei mai pensato che con l'esercizio in questi "ateliers" i pazienti diabetici arrivassero a riconoscere il proprio livello di glicemia... c'est extraordinaire!

D. Una presa in carico completa dunque: ce la può illustrare meglio?

R. Di solito un paziente diabetico vede il suo medico trenta minuti ogni tre mesi e rimane solo per 129.600 minuti tra i due appuntamenti. Qui è seguito da un'équipe interdisciplinare 24 ore su 24 per cinque giorni di fila. In questa settimana vive una sorta di rinascita. L'effetto "gruppo" è fondamentale. I pazienti si incoraggiano, rimangono in contatto anche dopo il programma, tutti esprimono enorme riconoscenza. La gente non è obbligata, viene in funzione dei suoi bisogni. I giovani e gli adolescenti possono fare dei corsi ambulatoriali. Vengono sempre organizzate delle giornate tematiche motivazionali, si parla di dietetica e comportamento alimentare, sicuro, ma anche di insulino terapia intensiva, di fattori di rischio cardiovascolare e attività fisica.

Ma la presa in carico è completa anche in un altro senso. Negli ulti-

mi anni ci occupiamo anche di asma e insufficienza respiratoria, di pazienti che vivono con trattamenti di pressione positiva continua (CPAP), di psichiatria e di urgenze, di nefrologia e insufficienza cardiaca, di HIV per adolescenti.

D. Cosa significa per lei interdisciplinarietà?

R. Semplicemente un passo in più, ma molto importante, rispetto alla multidisciplinarietà. Che invece molti considerano sinonimo. In un'immagine, l'approccio multidisciplinare vede il paziente al centro e i vari professionisti tutti intorno come satelliti senza contatti tra loro, mentre l'approccio interdisciplinare vede i vari soggetti parzialmente sovrapposti e integrati, compreso il paziente. Da noi operano 45 professionisti: una decina di medici (che però tranne il sottoscritto e il capo della clinica, ruotano ogni anno nel resto dell'ospedale), 7 psicologi, 10 infermieri, 3 dietisti, 3 pedagogisti, 4 amministrativi, 2 arte-terapeuti, vari ricercatori di endocrinologia, pedagogia, psicologia, dietologia, ecc.



D. Qual è, in specifico, il contributo degli infermieri?

R. E' molto, molto importante. Però è anche difficile perché, rispetto ad altri contesti, qui il ruolo cambia. Non si tratta di fare un'iniezione o un prelievo, ma di svolgere un lungo percorso di formazione e autoformazione per gli aspetti psicologici e relazionali. L'approccio è centrato sulla persona, sui suoi bisogni, i suoi vissuti, le sue risorse e non sulla malattia. Molti modelli infermieristici si ritrovano in questo approccio che è sistemico, olistico. Come ha potuto vedere, quella infermieristica è una delle professioni più rappresentate all'interno delle nostre équipes ed anche, in generale, quella che da tutto il mondo maggiormente frequenta i nostri corsi. Ho constatato, collaborando da tanti anni con alcuni di loro, che con l'esperienza possono fare più e meglio di altre professioni teoricamente più qualificate. Hanno sviluppato preziose competenze comunicative e credo che in questo stia il segreto di una particolare professionalità che sa "condire" in modo speciale le azioni educative nei confronti dei pazienti.

D. Una grande attenzione alla comunicazione quindi: con le persone malate ma anche tra voi tutti. Ad esempio ho notato che qui dentro, in una settimana, incredibilmente non è mai suonato un cellulare...

R. La mancanza di comunicazione è una malattia cronica. Ma anche la falsa comunicazione: in Italia l'uso del cellulare è una malattia cronica! A parte gli scherzi, la comunicazione, l'ascolto, l'arte dell'incontro sono la cosa più importante, sicuramente. E va tenuta in esercizio, ecco perché organizziamo le settimane sulla comunicazione a Griments e a Zinal. La settimana scorsa abbiamo tenuto il 47esimo seminario tra le baite di Zinal (Valais) a cui hanno partecipato 115 professionisti di molti Paesi. Pensa che con queste settimane formative più i corsi di diploma abbiamo raggiunto 65 Paesi in tutto il mondo!

D. A tale proposito, quali sono le collaborazioni e i rapporti, con l'Università, con l'OMS, con altri Centri e altri Paesi?

R. Essendo centro di riferimento per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, lavoriamo molto con Parigi e Bruxelles sia per la realizzazione del Diploma triennale di formazione continua in Educazione Terapeutica sia per il Certificato (che ha la durata di un anno) attraverso due gruppi di ricerca. Abbiamo delle attività in Paesi in via di Sviluppo su richiesta dell'OMS, l'ultimo corso lo abbiamo tenuto in Albania, collaborando con l'università di Tirana. Noi siamo Ospedale Universitario per cui il nostro ruolo è anche quello di essere sede di tirocinio per molte professioni, sia dell'area sanitaria sia dell'area umanistica. Infine quasi ogni settimana ospitiamo uno stagista, come lei.

D. L'ultimo servizio aperto, in ordine di tempo, è quello di arte-terapia. Qual è il bilancio dei primi tre anni di attività?

R. E' molto positivo. Abbiamo appena pubblicato su "Eur Diabetes Nursing" i risultati della nostra esperienza. Si tratta della possibilità di comprendere il paziente senza bisogno di parlare, attraverso la creatività. Si lavora molto sull'immagine corporea e sulla stima di sé. Capire e riconoscere le proprie emozioni, le proprie difficoltà e riuscire "a tirar fuori", per la prima volta, dopo una vita che si convive con quel problema. Anoressia, bulimia, obesità combattute a suon di marionette, danza, teatro, scultura, pittura. A gruppi di 6-10 persone o individualmente.

D. E' ora di salutarci, qual è la domanda che avrebbe voluto e non le ho fatto?

R. Ma... abbiamo parlato di molte cose, forse di tutto. Il nostro lavoro per me è una filosofia, necessita di un approccio umanistico, senza dimenticare la parte tecnico-scientifica. Non c'è peraltro una parte più importante dell'altra. Come nella metafora del tappeto che va intessuto distribuendo equamente la seta per avere una trama perfetta anche noi dobbiamo intrecciare entrambi gli approcci: quello sperimentale delle scienze naturali e quello ermeneutico delle scienze umane.

NELLA RICERCA DELLE EVIDENZE

A cura di **S. Bazzana, M. Crotti Partel, G. Guerriero, E. Magna, G. Zanini**

L'infermieristica è una disciplina scientifica recentemente annoverata e non ancora pienamente affermata nel mondo accademico; in Italia, in modo particolare è riconosciuta dalla legislazione come scienza con un ben definito campo d'azione e con delle peculiarità e aree di decisionalità uniche, però quotidianamente l'applicazione pratica si scontra con l'organizzazione del sistema sanitario e con la diversa preparazione dei suoi professionisti. L'infermieristica è una scienza umana, di tipo prescrittivo e pratico, che deve basare le sue azioni su risultati scientificamente provati, ma al contempo è anche un'arte, che si manifesta tramite la relazione diretta e personale con il soggetto assistito; il prendersi cura si realizza tramite l'insieme di espressioni che emergono dalla relazione, e che per la loro forma peculiare, non è possibile codificare in senso assoluto e a priori.

La ricerca infermieristica in Italia presenta una situazione alquanto diversa rispetto ai Paesi dell'area nordamericana e anglosassone; la maggior parte dei lavori pubblicati su riviste italiane indicizzate si colloca alla base della piramide delle evidenze (lavori di ricerca di tipo descrittivo o retrospettivo), in modo quasi inversamente proporzionale rispetto alle pubblicazioni inglesi e statunitensi che invece sono orientati alla produzione di studi di ricerca controllati e randomizzati⁽³⁰⁾.

Ma la tipologia di ricerca fa la differenza? Possiamo dire che alcuni tipi di ricerca (sperimentale-empirico) consentono di produrre evidenze, ed altre no?

Nell'individuare le forme di conoscenza infermieristica occorre tenere presente che vi sono altre modalità, o modelli, che contribuiscono a creare una conoscenza agli scopi di questa disciplina e professionale: secondo alcuni autori, queste altre forme di conoscenza possono

NURSING E RICERCA

L'articolo di seguito presentato è il riassunto di un lavoro svolto dagli autori nell'A.A. 2006/07 presso l'Università degli Studi di Brescia corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, insegnamento di Infermieristica basata sulle evidenze.

Il dibattito sul tema delle evidenze all'interno della professione è molto attuale, come dimostra anche la nutrita biografia consultata, ed il lavoro proposto è da considerarsi come stimolo per approfondimenti successivi.

"Niente vi è di meno evidente dell'idea di evidenza"

Georg Edward Moore

essere ricondotte ai modelli etico, personale, estetico, socio-politico oltre che a quello empirico⁽⁶⁾. L'EBN è il processo per mezzo del quale gli infermieri assumono le decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica e le preferenze del paziente, in un contesto di risorse disponibili⁽¹¹⁾, dove per migliori "evidenze" prodotte dalla ricerca biomedica si intendono risultati validi, generalizzabili, clinicamente rilevanti che emergono dagli studi clinici.

Per cercare di approfondire l'argomento, gli autori hanno analizzato i principali grading (pubblicati da associazioni, gruppi di ricerca, ecc.) al fine di valutarne caratteristiche e punti in comune. Rispetto alla piramide delle evidenze, i criteri di classificazione dell'EBN sono pressoché sovrapponibili, in modo particolare nella "parte alta" della piramide, con qualche lieve differenza scendendo verso il basso.

Il gruppo di lavoro ha provato a verificare concretamente le diversità esistenti nelle pubblicazioni italiane; per fare questo è stata circoscritta la ricerca degli articoli all'area pediatrica, sono state selezionate 4 riviste italiane (Assistenza Infermieristica e Ricerca, Professioni Infermieristiche, Nursing Oggi, Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche), pubblicate tra il 2002 e il 2006. Per la ricerca degli articoli sono state usate le parole chiave: neonato, bambino, pediatria. Al termine della ricerca sono stati identificati n. 11 articoli che rientravano nei criteri prestabiliti.

Per ciascun articolo gli autori hanno espresso, basandosi sul confronto tra le caratteristiche del lavoro e due testi di ricerca infermieristica⁽¹⁴⁻¹⁸⁾, una descrizione della tipologia dello studio, anche laddove gli autori lo avessero esplicitato all'inizio del lavoro.

La quasi totalità degli studi pubblicati non è catalogabile all'interno dei grading presenti in letteratura, ovvero non rientrano per le loro caratteristiche nella tipologia di studi basati su evidenze. Solo uno studio possiede tutte le caratteristiche proprie di un lavoro di ricerca; il resto del materiale è formato da pubblicazioni che abbiamo definito come "progetti organizzativi" (con o senza dati a supporto), narrazioni di esperienze (in assenza di una metodologia a supporto della ricerca di tipo qualitativo), o racconti di assistenza clinica dove la considerazione verso il paziente, come soggetto core, prevale sul resto. Successivamente si è cercato di ordinare gerarchicamente gli studi, dando però origine ad una discussione che ha portato alla formulazione di diversi quesiti senza una vera risposta conclusiva. Il primo interrogativo è: come collocare questi lavori all'interno di un'ipotetica scala? O, prima ancora: che tipo di ricerca è stata im-

piegata e che valore diamo alla stessa? Quali sono i criteri che identificano un'evidenza, cioè un fatto scientificamente valido per poter essere implementato? Quanto sono utili le pubblicazioni che non sono supportate da dati scientificamente provati?

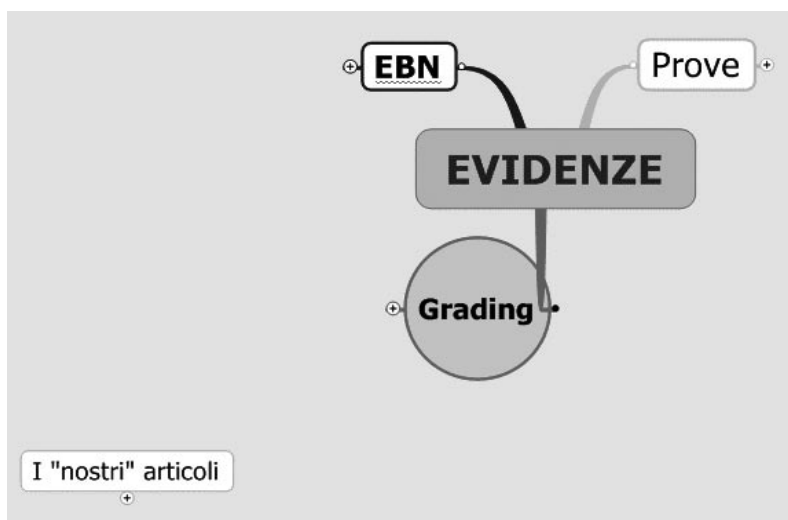
Da quanto fin qui analizzato possiamo dire che:

- E' difficile formulare un grading per le "non evidenze" che si collocano in modo più o meno sequenziale ed omogeneo rispetto alla piramide delle evidenze (ed è pressoché impossibile se facciamo riferimento esclusivamente al metodo sperimentale che si fonda sulla numerosità del campione e sulla riproducibilità dell'esperimento/ricerca);
- Non è possibile considerare tutta la produzione "non evidence" come un qualcosa di esterno e non utile per la scienza infermieristica, produzione che, tra l'altro, rappresenta una parte consistente della attuale ricerca in Italia.
- La ricerca di un nuovo grading si dovrebbe tramutare in una riprogettazione del concetto di evidenza, in considerazione non solo della numerosità del campione e della riproducibilità del fenomeno, ma che dia un valore all'esperienza diretta dei "ricercatori", raggruppando i livelli ormai consolidati delle "piramidi delle evidenze classiche" nella parte superiore e ridistribuendo gli altri gradini su valori diversi ed a volte non direttamente confrontabili.

La conseguenza di quanto fino a qui espresso ed il lavoro proposto sono da considerarsi come stimolo per una riflessione più approfondita. Quanto esposto è il frutto della discussione tra i membri del gruppo, pertanto, le conclusioni qui riportate, non sono né definitive né approfondite come un tale argomento necessiterebbe.

Tavola 1

Per chiarire il percorso logico compiuto, vengono di seguito presentate e commentate alcune delle tavole grafiche, prodotte attraverso l'utilizzo del programma MindManager® utile software che permette la creazione di mappe mentali^{(24)*}. Il lavoro del gruppo è partito dalla comprensione e definizione del concetto non semplice di evidenza, delle



sfumature che questo ha acquisito con lo sviluppo del movimento Evidence Based, del valore dell'evidenza come prova di validità di un ipotetico assunto logico e della possibilità di dare a queste evidenze un grading (classificazione gerarchica prestabilita).

Allo stesso tempo gli autori hanno individuato degli articoli (pubblicazioni di ricerca) che sarebbero poi stati valutati alla luce dei grading esistenti.

Il dibattito nel gruppo sulla modalità di raccolta si è sviluppato su alcune domande, tra le quali:

- Le pubblicazioni (articoli) sono l'unica espressione della ricerca effettuata?
- Se esistono già dei grading delle pubblicazioni e delle evidenze che si rifanno al metodo di ricerca adottato, gli articoli saranno scritti e le ricerche saranno effettuate per rientrare in quei grading?
- Gli ambiti (es. specialità cliniche, ambito di indagine, ecc.) si prestano in modo diverso all'indagine, pertanto, le modalità di ricerca in un dato campo saranno diverse e non generalizzabili a tutta la ricerca?
- L'unico modo di produrre evidenza è la conoscenza attraverso un modello empirico?
- Di che livello sono le pubblicazioni/ricerche in Italia?

A quest'ultima domanda hanno già dato risposta diverse indagini⁽²⁹⁻³¹⁻³²⁻³⁵⁾ sottolineando che gli articoli pubblicati sono di norma lontani da uno standard che rientri pienamente nei canoni ormai condivisi a livello internazionale.

Valutando il carattere epistemologico-ontologico delle evidenze-prove si invade certamente un campo molto complesso; la filosofica discussione sulla conoscenza umana, di ciò che l'uomo ritiene conoscenza e dei metodi che gli permettono di ottenerla (e di averne prova), dei problemi che grandi filosofi (Popper, Khun, Lakatos, Feyerabend, Gadamer ecc.) hanno cercato di comprendere. Riconducendo il ragionamento ad un discorso meramente pratico e più vicino all'attuale e diffusa cognizione di prova, ci si deve obbligatoriamente rifare al metodo scientifico proprio delle così dette scienze esatte o dure (Fisica, Matematica, Chimica, Biologia ecc.), ricordando però che l'infermieristica non fa parte di queste.

La conoscenza per la scienza infermieristica, unione di scienza ed arte, ha varie forme⁽⁶⁾, ognuna con una propria forza di produrre "evidenze", al di là del metodo scientifico direttamente collegato al

Bibliografia

1. Alberti E. Mareggini S., La prevenzione della S.I.D.S.: una ricerca sulle conoscenze dei futuri genitori, Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2005; 24 (2)
2. Balzelli M.S. Tartagli L., Felici L., Complicità nell'assistenza di neonati in trattamento con CPAP (continuous positive airway pressure) nasale in una patologia neonatale di secondo livello, Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2003; 22 (4)
3. Bastianello D., Gavin P., Berto E., Beltrame L., Sainati L., Perilongo G., Varotto S., Cereda C., Zanesco L., Progetto per migliorare l'integrazione tra medici ed infermieri nell'assistenza al paziente oncologico pediatrico terminale, Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2004; 23 (3)

modello empirico, ma quello che conta è il rigore, la logica interna (auto-consistenza) di ogni forma di conoscenza.

Il metodo scientifico in quanto studio sistematico, controllato, empirico e critico di ipotesi formulate sulle relazioni supposte tra vari fenomeni (modello di riferimento per la creazione delle evidenze in un ottica Evidence Based) si basa sulle prove derivate principalmente dalla ricerca quantitativa.

Ricordiamo brevemente come possiamo classificare la ricerca:

- **Ricerca esplorativa:** rappresenta il primo livello della ricerca, il tentativo della 'scoperta' si rivolge ai fenomeni nuovi, non ancora inquadrati né definitivamente interpretati da teorie e modelli di riferimento. Predilige l'approccio qualitativo, ad esempio l'intervista a esperti (testimoni privilegiati), è funzionale ai livelli successivi.
- **Ricerca descrittiva:** è il secondo livello e rappresenta il tentativo di conoscere e interpretare, sulla base di espliciti modelli teorici di riferimento, i fenomeni della realtà empirica, in particolare eventi, comportamenti e opinioni. Raccoglie dati sia quantitativi sia qualitativi e richiede una pertinente, sistematica e controllata raccolta dei dati (osservazione, tecniche della domanda, analisi della documentazione); rappresenta tuttora la forma prevalente di ricerca in ambito infermieristico⁽¹³⁾.
- **Ricerca esplicativa:** rappresenta il tentativo di spiegare - sulla base della formulazione di esplicite ipotesi da verificare nella realtà empirica - fenomeni, eventi, comportamenti e opinioni, allo scopo di individuare rapporti di dipendenza, causalità, funzionalità tra le variabili indagate; raccoglie dati quantitativi attraverso disegni di tipo osservazionale e analisi della documentazione.
- **Ricerca sperimentale:** si basa sulla costruzione artificiale di un fenomeno per il quale è possibile manipolare in forma controllata alcune sue variabili; rappresenta il tentativo di prevedere - sulla base della formulazione di esplicite ipotesi sperimentali - la natura dei rapporti di dipendenza, causalità, funzionalità tra le variabili individuate; raccoglie dati quantitativi attraverso disegni sperimentali (trial clinici controllati randomizzati).

La Evidence-based Medicine

4. Buongiorno E., Indagine conoscitiva sulle ricerche pubblicate in sei riviste infermieristiche italiane dal 1998 al 2003, Professioni Infermieristiche, 2005, 4 (58)

5. Burelli L., Ricotti C., Zotti P., Damiani D., La relazione d'aiuto al bambino con tumore e alla sua famiglia: analisi della letteratura, Nursing Oggi, 2006, 1

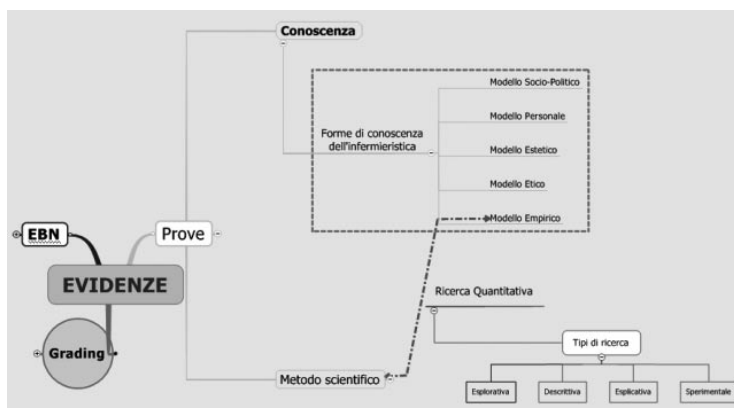
6. Calamandrei C., Le forme di conoscenza infermieristica, Nursing Oggi 2002; 7(4): 28-34

7. Chiari P., Mosci D., Naldi E., L'infermieristica basata su prove di efficacia, McGraw Hill, Milano, 2006

8. Cologna M., Pederzini F., Capretta F., Molossi R. Barelli P., Gli errori di terapia. Interventi di prevenzione in Terapia Intensiva Neonatale, Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2005; 24 (1)

9. Dall'Oglio I., Salvatori G., Stendar di M.C., Bonci E., D'Agostino G., Allattamento materno in terapia intensiva neonatale: descrizione di un cambiamento, Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2004; 23 (4)

Tavola 2



(EBM) è un movimento culturale che si è progressivamente diffuso a livello internazionale, favorito da alcuni fenomeni che hanno contribuito ad una crisi dei modelli tradizionali della medicina. La crescita esponenziale dell'informazione biomedica (volume e complessità), che ha reso sempre più difficile l'aggiornamento professionale; il limitato trasferimento dei risultati della ricerca all'assistenza sanitaria documentato da diversi fattori: ampia variabilità della pratica professionale, persistente utilizzo di trattamenti inefficaci, elevato livello di inappropriata in eccesso, scarsa diffusione di trattamenti efficaci ed appropriati; la crisi economica dei sistemi sanitari, contemporanea alla crescita della domanda e dei costi dell'assistenza; il maggior livello di consapevolezza degli utenti sui servizi e prestazioni sanitarie.

Dopo la prima presentazione dell'EBM come "paradigma emergente per la pratica clinica", David Sackett precisa che "la EBM costituisce un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente". Sackett precisa inoltre che "le evidenze riguardano l'accuratezza dei tests diagnostici (inclusi la storia e l'esame fisico), la potenza dei fattori prognostici, l'efficacia e sicurezza dei trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi"

La EBM, attribuendosi una "missione didattica", configura pertanto un processo di autoapprendimento in cui l'assistenza al paziente individuale stimola la ricerca dalla letteratura di informazioni valide, rilevanti ed aggiornate che consentono al medico di "colmare" i gap di conoscenza.

La pratica dell'EBM si articola in 4 step:

Formulating question Convertire il bisogno di informazione in quesiti clinici ben definiti.

Getting evidence Ricercare con la massima efficienza, le migliori evidenze disponibili.

Appraising evidence Valutare criticamente le evidenze.

Applying evidence Integrare le evidenze nelle decisioni cliniche.

Nel corso degli anni, la definizione di EBM si è progressivamente evoluta riconoscendo che:

- il contesto clinico-assistenziale è una determinante non trascurabile delle decisioni clinico-assistenziali;
- l'esperienza professionale costituisce l'unico elemento che può integrare in maniera equilibrata evidenze, preferenze e contesto.

10. De Caro W.,
Un percorso per l'infermieristica, *Giornale di Medicina Militare*, 2005; 155 (3): 483-490

11. DiCenso A., Cullum N., Ciliska D.,
Implementing evidence based nursing: some misconceptions, *Evidence Based Nursing*, 1998;1:38-40.

12. Di Giulio P., Cotta R., Bastianello D., Garaventa A., Jankovic M., Perilongo G., Saltarello M.C., Tecchiato D.,
L'integrazione medico-infermiere in oncematologia pediatrica: condizione indispensabile per una assistenza qualificata. Laboratorio triennale di studio, formazione e intervento, *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 2004; 23 (3)

13. Di Giulio P.,
La ricerca infermieristica;
in: Benci L. "Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing", McGraw-Hill, Milano 2002

14. Fain James A., La ricerca infermieristica - Leggerla, comprenderla e applicarla, II Ed., McGraw-Hill, 2004

15. Federspil G., Vettor R.,
La "Evidence-Based Medicine": una riflessione critica sul concetto di evidenza in medicina, *Ital Heart J Suppl*, 2001; (2): 614-623

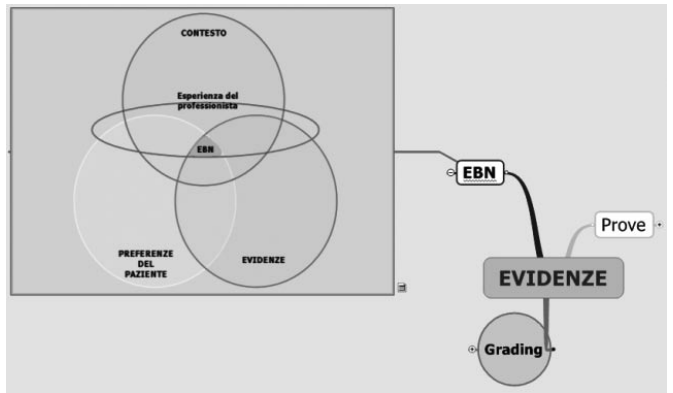
16. Jenicek M.,
Casi clinici ed Evidence-based medicine,
Il Pensiero Scientifico, Roma, 2001

17. Liberati A.,
La medicina delle prove di efficacia, *Il Pensiero Scientifico*, Roma, 1997

18. Lo Biondo-Wood Geri, Haber Judith, a cura di Alvisa Palese,
Metodologia della ricerca infermieristica, V Ed., McGraw-Hill, 2004

19. Lugli L.,
Dolore e musica nell'ospedale pediatrico, *Nursing Oggi*, 2004, 1

Dopo aver visto ciò che caratterizza le evidenze, gli autori hanno valutato, sulla base della letteratura nazionale ed internazionale, i vari grading utilizzati nella valutazione delle evidenze. Tali grading (generalmente sovrapponibili) tendono a classificare gerarchicamente, espresse in una forma grafica detta "piramide delle evidenze", le modalità attraverso le quali si possono ottenere le migliori evidenze/prove. Sono basate sulle diverse metodologie di ricerca



(numerosità del campione in esame e riproducibilità della metodo adottato). In pratica la gerarchia non è diretta e classificante per le evidenze ma, sui modi "migliori" per ottenerle, spostando il focus ancora una volta verso il metodo empirico.

Tutte le classificazioni pongono ai primi posti la ricerca scientifica basata su RCT ed alla base le opinioni degli esperti e le ricerche qualitative.

Ripartendo da quanto fino ad ora esposto e rifacendosi al mandato del lavoro, gli autori hanno definito l'ambito nel quale ricercare gli articoli che potessero proporre evidenze per la pratica clinica. L'ambito scelto è stato quello pediatrico in quanto al suo interno vi si possono ritrovare sia le alte specialità, sia l'espressione per così dire artistica e di interazione sociale dell'infermieristica, sia gli ambiti formativi ed organizzativi della professione.

Per riuscire a circoscrivere il lavoro, volendolo caratterizzare su base nazionale, sono stati selezionati i numeri delle quattro riviste italiane già citate, pubblicati nell'ultimo quinquennio; la ricerca è stata effettuata attraverso le parole chiave Bambino/a, Pedi* (-atria, -atrico, -atra), Neo* (-nato, -natale, -natologia).

Sono stati individuati 11 articoli che, seppur sufficienti per il lavoro, hanno suscitato nel gruppo qualche riflessione sulla quantità/qualità delle pubblicazioni nel nostro Paese.

Il confronto tra numero di pubblicazioni per tipologia (Piramide delle pubblicazioni) e metodologie scientifiche che sottendono alle migliori evidenze (Piramide delle evidenze) rende molto bene la discrepanza tra ciò che è, e ciò che dovrebbe essere. Lo slittamento delle pubblicazioni infermieristiche verso le categorie più basse della piramide delle evidenze è dovuto alla natura stessa della scienza infermieristica che tratta un "oggetto" (l'uomo e la sua interazione

Tavola 3

20. Manara D.,
Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. L'assistenza come "saggezza pratica"
Nursing Oggi 2002; 7(4): 18-27
21. Manara D.,
Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. L'assistenza come "saggezza pratica",
Nursing Oggi 2002; 7 (3): 16-28
22. Manara D.,
La "saggezza pratica": una guida alternativa all'"esercizio basato sulla ricerca" per l'assistenza infermieristica, Nursing Oggi; 7 (1):14-16
23. Marella N.,
La terapia del ridere integrata all'assistenza infermieristica al bambino, Nursing Oggi, 2003, 1
24. Matarese M., Scoretti P.,
Le mappe cognitive nella formazione infermieristica: una nuova sfida per i formatori,
Nursing Oggi 1/2001; 22-30
25. McDonald L., (trad. Robb M. C.),
Florence Nightingale e le prime origini dell'Evidence-based nursing,
Centro studi EBN, 2001; 3 (4)
26. Moranda D.,
La «saggezza pratica»: una guida alternativa all'«esercizio basato sulla ricerca» per l'assistenza infermieristica, Nursing Oggi, 1/2002.

con la salute-malattia) difficilmente spiegabile attraverso una metodologia quantitativa distaccata ed asettica, come richiesto per un Randomized Controlled Trial (RCT).

A scanso di equivoci, bisogna ricordare che non tutto ciò che viene pubblicato (anche su riviste indicizzate) apporta un qualche valore di evidenza, queste pubblicazioni sono escluse a priori dai sistemi di classificazione che questo lavoro esamina.

Per ovviare alle problematiche dovute allo "schiacciamento" verso il basso delle pubblicazioni di carattere scientifico sull'infermieristica ed ad una loro scarsa diversificazione (problematica molto sentita in Italia dove è ancora molto scarso il ricorso alla ricerca, sia di tipo quantitativo, sia di tipo qualitativo metodologicamente valide), ma senza voler riqualificare al rango di pubblicazione scientifica materiale che non ne ha le qualità, gli autori hanno cercato di trovare un diverso grading per poter, seppur in modo sommario, suddividere e ordinare le pubblicazioni delle riviste infermieristiche.

I due pilastri sui quali si basano i grading internazionali per stabilire le modalità attraverso le quali si possono ottenere le migliori evidenze sono:

1. la numerosità del campione sottoposto alla ricerca.
2. la riproducibilità intrinseca delle modalità di ricerca.

Queste due caratteristiche fondamentali possono diventare un limite, quando si ha a che fare con un oggetto di indagine molto complesso come l'uomo, soprattutto se l'indagine deve valutare le sue interazioni con la malattia, le sue emozioni, i suoi sentimenti⁽²⁶⁾.

Gli autori hanno cercato di superare i limiti rilevati nell'analisi delle classificazioni classiche, basate esclusivamente sulle metodologie di ricerca proprie delle scienze sperimentali. Hanno tentato di integrare nella griglia d'analisi altre caratteristiche, maggiormente legate alle scienze umanistiche, che dovrebbero permettere di discriminare in modo più appropriato le pubblicazioni/ricerche di tipo infermieristico.

L'ultima tavola rappresenta l'insieme dei ragionamenti compiuti dal gruppo ed il suo ipotetico percorso, che l'ha portato a toccare, criticare, demolire e ricostruire il concetto di evidenza e la possibilità di classificarla.

27. Motta P. C.,
Modelli di ricerca infermieristica ed Evidence-based Nursing,
Nursing Oggi 2003;8(2):22-28

28. Motta P. C.,
Introduzione alle scienze infermieristiche, Carocci Editore, Roma, 2006

29. Pecile A., Zanotti R.,
La ricerca infermieristica in Italia nel periodo 1998-2001,
Professioni infermieristiche, 3-2002

30. Sansoni J.,
Infermieri e Ricerca: analisi di due riviste infermieristiche internazionali, Professioni Infermieristiche, 2006, 1 (59)

31. Sansoni J.,
La produzione infermieristica scientifica italiana attraverso un'analisi di cosa pubblicano gli infermieri. Seconda parte: anni 1998-2003, Professioni Infermieristiche, 2005, 4 (58)

32. Sansoni J.,
Una fotografia delle aree di produzione scientifica infermieristica italiana attraverso un'analisi di cosa pubblicano gli infermieri. Prima parte: anni 1978-1997, Professioni Infermieristiche, 2005, 4 (58)

33. Van Cleve L., Bossert E., Beecroft P., Adlard K., Alvarez O., Savedra M.,
L'esperienza del dolore nei bambini leucemici nel corso del primo anno della diagnosi, G.I.S.I.
(tratto da Nursing Research, 53, n. 1, 2004), 2006

34. Zanazzo G., A. Gombach E.,
Assistenza domiciliare integrata del bambino oncologico, Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2004; 23 (3)

35. Zanotti R.,
Nursing research in Italy, Annual Review of Nursing Research, 1999; 17:295-322

Note: per un primo approccio alle mappe mentali si rimanda al sito: http://it.wikipedia.org/wiki/Mappa_mentale

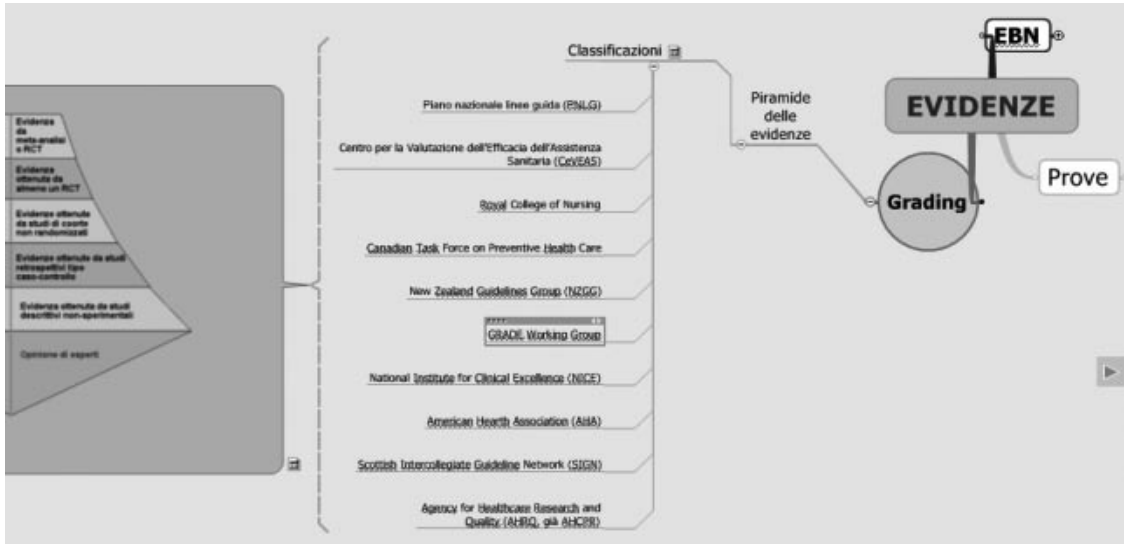
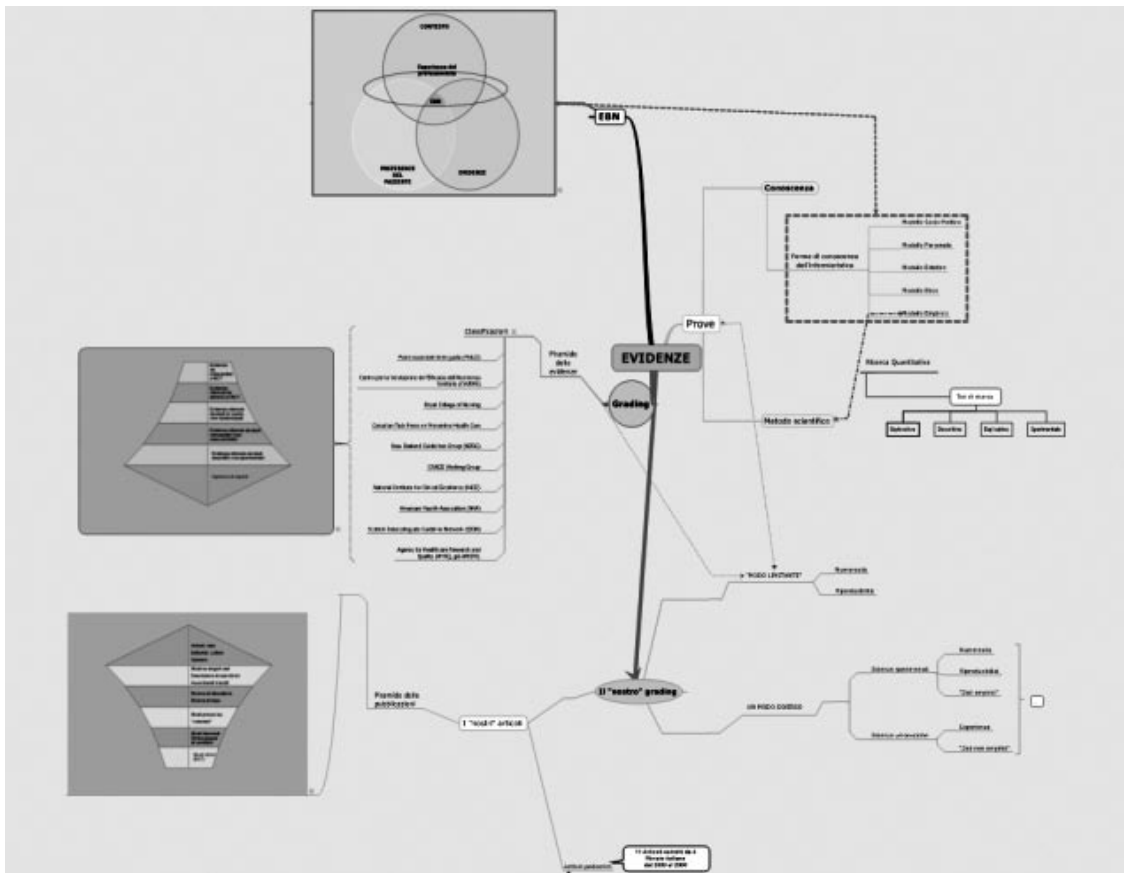


Tavola 4

Tavola 5



IPASVI BS - Sito istituzionale - Microsoft Internet Explorer

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Indirizzo http://www.ipasvibs.it/

Home Page | Mappa | Registrati | Contattaci

Mercoledì, 22 Agosto 2007

LOGIN AREA User ID user Password ARGOMENTI Seleziona un argomento ...

FORUM Comunicati stampa News letter

IN EVIDENZA

PRIMA CONFERENZA NAZIONALE SULLA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

 Il 13 ottobre p.v. si svolgerà presso la Sala Conferenze della Camera di Commercio di Brescia la 1° Conferenza Nazionale...>>>

Professioni Sanitarie, delega prorogata di due anni.

 Ordini per le professioni sanitarie. Se ne riparerà a settembre 2008, con un'ulteriore proroga di un anno rispetto al...>>>

INFERMIERE. PROTAGONISTA NELLA VITA VERA

 Una grande campagna di comunicazione che la Federazione dei Collegi degli Infermieri italiani, il Ministero della Salute...>>>

12 MAGGIO 2007 "GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE"

 A Brescia sono i professionisti più numerosi iscritti ad un Albo Professionale. Dai primi 267 iscritti nel 1955 oggi so...>>>

PROROGA DEL REGIME SPERIMENTALE DEL PROGRAMMA DI EDUCAZIONE

 Fino a definizione del nuovo assetto istituzionale del sistema di ECM e comunque per un periodo non superiore a sei...>>>

NEWS

Dal "SOLE 24 ORE" Luglio 2007, pubblichiamo di seguito il testo dell'Accordo per il riordino della Formazione continua...>>>

La Sentenza del 11.01.07 depositata il 19.02.07 respinge il ricorso al TAR proposto da ANPO, ANAAO-ASSOMED, contro l'Ist...>>>

D.G.R. Lombardia n.8/4260 - Modalità di riconoscimento dei crediti formativi spendibili in percorsi di qualifica ASA e O...>>>

Gli esecutivi unitari Fp Cgil, Cisl Fp, Uil Fpl, riuniti a Roma, hanno approvato la piattaforma per il rinnovo del Contr...>>>

Si comunica che il Collegio IP.AS.VI. di Brescia avrà la seguente chiusura estiva al pubblico: DAL 13 AL 25 AGOSTO 2007...>>>

CONVENZIONARSI CONVIENE! Con il presente comunicato intendiamo dare un breve sunto delle convenzioni commerciali (elen...>>>

Prosegue nel 2007 il Progetto ECCE-inFAD: la formazione a distanza dedicata agli infermieri. Gli iscritti al Collegio di...>>>

E' disponibile on-line il numero 48 di Tempo di Nursing, consultabile cliccando sulla sinistra nel menu TEMPO DI NURSING...>>>

La vera sfida che la professione infermieristica sta affrontando riguarda soprattutto il passaggio da una pratica fondat...>>>

COLLEGIO
SERVIZI
FORMAZIONE
LIBERA PROFESSIONE
LINKS
REGISTRAZIONE
TEMPO DI NURSING
AREA RISERVATA
AREA DOWNLOAD
ALBO DEL COLLEGIO
PRIVACY

Vai nelle pagine degli infermieri professionali

SYSTEM CERTIFICATION ISO 9001 SGS

FEDERAZIONE NAZIONALE
 COORDINAMENTO COLLEGI LOMBARDI

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

Orari del Collegio:
 Lunedì: 14,00 - 17,00
 Martedì: 9,00 - 11,00
 Mercoledì: chiuso
 Giovedì: 14,00 - 17,00
 Venerdì: 9,00 - 11,00

MAPPA:
 clicca per vedere dove siamo

ENTE NAZIONALE di PREVIDENZA ed ASSISTENZA della PROFESSIONE INFERMIERISTICA

cives
 INFERMIERI PER L'EMERGENZA

IPASVI BS

Via Moretto, 42/A - 25122 BRESCIA
 Codice fiscale: 080063080172
 Telefono 030 291478, Fax 030 43194
 E-mail: info@ipasvibs.it - Sito Web: www.ipasvibs.it

La rivista "Tempo di Nursing" è scaricabile dal sito www.ipasvibs.it

RICONOSCERE LA DEPRESSIONE E PREVENIRLA

Di **Daniela Lazzari**, infermiera, Brescia

La sindrome depressiva rappresenta non solo una patologia psichiatrica d'eccellenza, ma prima di tutto un problema sociale.

Oggi, la diagnosi psichiatrica di depressione rappresenta ancora un giudizio di valore pesantemente svalutativo e denigratore di fronte alla società.

Depressione significa, nell'uso più semplice di questo termine, tristezza. La depressione desta attenzione ed è giudicata di competenza psichiatrica, quando è di durata e di intensità eccessiva e quando si presenta in circostanze che, secondo il buon senso, non la giustificano. Quando la depressione supera certi limiti di intensità, assume caratteristiche psicotiche. Qui mi limiterò a prendere in considerazione lo squilibrio del tono dell'umore di cui fa parte la depressione, poiché esiste un altro squilibrio euforico detto 'mania', o 'ipomania' se è poco spiccato. Quindi depressione e mania costituiscono le distimie o disturbi di tipo distimico.

Il tono dell'umore, cioè l'equilibrio fra depressione ed euforia, è il più fragile e il più labile di tutti gli equilibri psichici. L'equilibrio dell'umore "assoluto" è molto raro nell'adulto: infatti la normalità coincide quasi sempre con una lieve euforia, ed ogni persona normale può andare incontro facilmente a qualche ora o a qualche giorno di depressione. Possono dare uno squilibrio del tono dell'umore verso la depressione sia esperienze di vita, sia fattori chimici, fisici, climatici. Una lieve depressione può essere favorita da certe malattie come l'influenza, da alcuni farmaci, dalla forte stanchezza, dai ritmi biologici giornalieri. Mai come negli ultimi anni si è verificato un netto aumento dei casi di infanticidio e di suicidio a seguito di alterazioni del tono dell'umore derivanti da eventi emotivi di forte stress, luttuosi, o non necessariamente eventi traumatici. Troppo poco si conosce ancora circa i fattori predisponenti e/o precipitanti.

A tal proposito si rende necessaria una distinzione tra malesseri transitori della vita quotidiana e manifestazioni patologiche propria-

FOCUS

La prevenzione della depressione rappresenta un problema di salute pubblica di enorme importanza e tutti gli operatori sanitari, soprattutto quelli di base, dovrebbero partecipare all'individuazione precoce ed al trattamento adeguato dei disturbi depressivi. Occorre un impegno da parte di tutti: operatori, istituzioni, enti sanitari, per arginare questo fenomeno e per favorire interventi informativi appropriati a livello territoriale (ASL, Centri Psico sociali, Centri diurni, ricreativi ecc.) che portino a conoscenza l'intera collettività, affinché si possa riconoscere prontamente i sintomi e le cause di malattia depressiva nonché gli aspetti della cura per favorire la guarigione.

mente dette.

Gli umori sono emozioni prolungate nel tempo; gli affetti sono espressioni emotive di più breve durata. La depressione e l'euforia tendono ad essere gli elementi dominanti dei quadri clinici di disturbo dell'umore; l'ansia e la rabbia sono manifestazioni meno costanti. La tristezza e la gioia fanno parte della vita quotidiana e devono essere differenziate dagli stati patologici di depressione e di mania. L'euforia è normalmente associata al successo e al conseguimento di obiettivi significativi. Ciò nonostante si possono verificare depres-

sioni paradosse in seguito a questi eventi positivi, e si presume siano come risposta all'aumento di responsabilità, collegato al raggiungimento di certe mete, responsabilità che spesso deve essere sostenuta da soli. L'euforia è talvolta utilizzata come difesa contro la depressione o come negazione del dolore di una perdita. Per esempio: la rara forma di reazione al lutto nella quale una iperattività euforica prende il posto del dolore e della tristezza che ci si aspetterebbe di vedere. Il concetto di "volo nella salute" è invocato per spiegare i periodi carichi di energia e di lucidità di breve durata nei pazienti molto malati e in stato terminale o in



quelli che devono fare sforzi sovrumani per affrontare i problemi di vita insolitamente duri. Quindi nei soggetti predisposti, queste reazioni potrebbero sfociare in manifestazioni cliniche di mania.

La tristezza, o la depressione fisiologica, è una risposta universale dell'uomo alla sconfitta, alla delusione, o ad altre situazioni avverse. Tale risposta può essere di tipo adattato, in quanto permette di superare le situazioni frustranti e di conservare le energie per il futuro.

I periodi di depressione transitoria si possono avere come reazione a certe feste o anniversari di particolare significato, come pure durante la fase premestruale e la prima settimana dopo il parto. Tali tristezze da vacanze, reazioni depressive da anniversario, depres-

sioni premestruali e depressioni del post-partum non sono di per sé elementi psicopatologici, ma i soggetti predisposti ad un disturbo dell'umore possono scompensarsi durante questi periodi.

Il cordoglio (reazione fisiologica al lutto) è il prototipo della reazione depressiva e si manifesta anche con sintomi di ansia come insonnia iniziale, agitazione, ipereattività. Queste reazioni si manifestano come risposta alle separazioni significative o perdite; sono un esempio: la morte, la separazione coniugale, le delusioni amorose, i rovesci finanziari, l'abbandono dell'ambiente familiare, l'emigrazione forzata, o le catastrofi civili. Quindi come già detto il lutto e la perdita, come altre avversità, generalmente da sole non provocano malattia depressiva, tranne in quelle persone predisposte ai disturbi dell'umore.

DEPRESSIONE E RISPOSTA SOCIALE

Quando lo squilibrio depressivo assume caratteristiche psichiatriche, molto dipende, a questo proposito, dal tipo di risposta sociale evocata dalla depressione.

Nella mia esperienza ho evidenziato che chi è depresso in genere non suscita simpatia, ma fastidio, stizza e aggressività.

Ogni persona normale lotta contro la propria depressione, e ognuno crede che sia merito della propria volontà il riuscire a tenerla a bada; questo è uno dei motivi per cui il depresso si sente regolarmente rimproverare di essere privo di volontà, di essere egoista e di non essere affatto ammalato.

Il paziente depresso viene esortato a reagire, a divertirsi, a "non pensarci sopra": un atteggiamento di questo tipo, impaziente ed ostile, non solo non gli è utile, ma tende in genere a farlo sentire più consapevole del proprio stato d'animo, più impotente e solo, maggiormente "senza speranza".

Spesso all'interno della famiglia il depresso è, o diventa, il capro espiatorio su cui si scaricano liberamente le aggressività e i malumori di tutti.

La depressione viene in genere vissuta dal soggetto come un atteggiamento di assoluto realismo nei confronti della propria situazione di vita e quindi egli sostiene di avere tutte le ragioni per essere tale. Nel considerare soltanto gli aspetti negativi, egli può avere delle giustificazioni: la sua vita può essere segnata dai lutti e dalla miseria, il suo futuro può effettivamente essere privo di prospettive.

A questo punto si può discutere se sia "più normale" la persona che si rende conto della propria grave condizione, e rinuncia a battersi

dopo aver constatato le insufficienti probabilità di uscirne (paziente depresso); oppure la persona che anche nelle situazioni più difficili si adatta, si rassegna, oppure si crea delle illusioni, e progetta sogni forse irrealizzabili.

Ciò che importa osservare è che il depresso, qualsiasi sia la causa della sua depressione, si trova in uno stato di sofferenza che rende sempre giustificato un tentativo di aiuto.

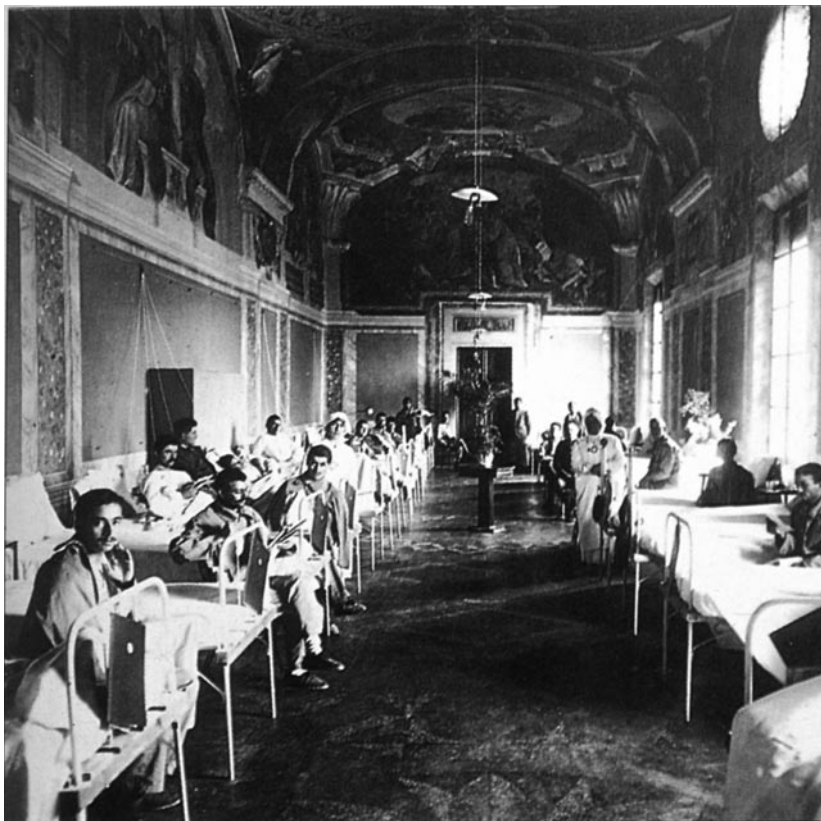
LA CONDIZIONE PSICOLOGICA DEL DEPRESSO

La depressione grave è molto diversa dalla vita psicologica normale e comune. Il depresso non è solo una persona triste: è caratterizzato dalla sfiducia, dalla mancanza della stima di sé, dalla chiusura in sé stesso, dal bisogno di autopunizione. Inoltre il depresso è una persona che non riesce a rappresentarsi il futuro: egli è privo di fiducia nella vita, totalmente pessimista su ogni possibilità, privo di creatività e di slancio, incapace di progettarsi nel tempo e di fare progetti concreti.

In questo modo egli non può immaginare di guarire, perché la sua vita è un eterno presente, privo di prospettive e di possibilità di gioia.

Il mondo gli appare incolore, i sentimenti sono morti, e la morte è ovunque, nel suo corpo e nelle cose. Quando compaiono dei deliri, essi esprimono sempre l'immobilità e la morte, sono legati a sentimenti di colpa "mostruosa", per esempio: "la famiglia è rovinata, la casa crolla, tutti sono morti, il sangue si è fermato, il corpo è corrotto all'interno, i visceri sono bloccati...". Nella depressione nulla evolve: il tempo si è fermato.

Il sentimento di colpa nella depressione è tale per cui il soggetto si toglie la possibilità di reagire, di combattere contro una situazione difficile, il che non significa che egli non voglia uscire dalla sua sofferenza.



ferenza, ma piuttosto significa che non riesce a trovare un modo di essere diverso da questa sofferenza per una volontà di chiusura autopunitiva. Il depresso si adagia nel suo ruolo di persona sfortunata e afflitta.

Egli non riesce a scorgere le cause (sociali) di questa situazione di vita dolorosa o deludente che ha dato origine alla depressione. Così il depresso non si sente tanto colpevole della propria depressione, quanto piuttosto si ritiene colpevole di essersi costruito un'esistenza in cui non crede più. E' portato ad interpretare il mondo e la sua stessa vita, secondo una visione morale individualistica e punitiva che risponde alla moralità: di un "dover essere rigido, perfezionista, assolutista, punitivo".

LE TERAPIE

Il principio più elementare del trattamento del paziente depresso consiste nel mettere in atto strategie per deresponsabilizzarlo e de-colpevolizzarlo. In che modo?

Nell'approccio al paziente depresso, può essere utile trasmettergli che la causa della sua sofferenza derivi da malattia organica, capitata per caso e di cui egli non è responsabile.

Così, può essere di grande aiuto al paziente acquisire non solo concezioni morali meno rigide, ma anche migliori capacità di analisi della sua situazione familiare e sociale. Attraverso la psicoterapia individuale il paziente viene aiutato in questo modo a formulare ed esprimere la propria aggressività, così da accetterla come legittima.

Molto spesso i familiari contribuiscono con il loro atteggiamento ad aggravare le condizioni psicologiche del paziente, quindi la terapia deve essere sempre rivolta anche ai familiari.

Il depresso grave va trattato prima di tutto come una persona adulta, dotata di dignità e la sua sofferenza va trattata con rispetto. Gli deve essere consentito allo stesso tempo di regredire provvisoriamente in una situazione di passività, di dipendenza, di dolore, di assenza totale, di non responsabilità verso se stesso, verso la propria malattia e verso la possibile guarigione, tutto ciò solo temporaneamente.

Quando la depressione è meno grave, il paziente va aiutato a ristabilire rapporti importanti con la realtà, in qualche modo deve sentirsi necessario agli altri e al tempo stesso deve poter far valere il proprio ruolo con le persone con cui vive.

I farmaci antidepressivi vanno usati sempre nelle giuste dosi di rinforzo alla psicoterapia.

SUICIDIO E PERICOLOSITA'

La depressione è un disturbo mentale veramente pericoloso.

Il paziente depresso è pericoloso soprattutto per se stesso, riguardo al "pericolo di suicidio". Questo pericolo andrà ben valutato e discusso con i familiari. Quando il paziente depresso è grave, si valuterà la necessità di sottoporlo a restrizione della sua libertà e autonomia (ospedalizzazione) : oggi è raro che si verifichi un pericolo acuto di suicidio protratto nel tempo, in quanto il paziente viene prontamente trattato con la terapia farmacologica.

La prevenzione del "suicidio" è possibile attraverso una diagnosi precoce ed una cura adeguata dei disturbi dell'umore, visto che le depressioni non diagnosticate o non trattate adeguatamente rappresentano almeno il 70% dei suicidi.

In conclusione, quindi, la prevenzione della depressione rappresenta un problema di salute pubblica di enorme importanza e tutti i medici, soprattutto quelli di base, dovrebbero partecipare all'individuazione precoce ed al trattamento adeguato dei disturbi depressivi.

Occorre un impegno da parte di tutti: operatori sanitari, istituzioni, enti sanitari, per arginare questo fenomeno e per favorire interventi informativi appropriati a livello territoriale (ASL, Centri Psico sociali, Centri diurni, ricreativi ecc.) che portino a conoscenza l'intera collettività, affinché si possa riconoscere prontamente i sintomi e le cause di malattia depressiva nonché gli aspetti della cura per favorire la guarigione.



IL PRELIEVO ARTERIOSO RADIALE PER EMOGASANALISI: ATTO DI COMPETENZA ANCHE DELL'INFERMIERE

Per far luce su alcune attuali questioni il Ministero della Salute, Consiglio Superiore della Sanità, ha espresso parere favorevole all'effettuazione del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi da parte dell'infermiere. Per conoscenza si allega il documento nel quale vengono riportate le indicazioni da rispettare nella stesura del protocollo operativo specifico, correttamente redatto, condiviso ed approvato dall'intera équipe sia medica che infermieristica.

Ministero della Salute - Consiglio Superiore di Sanità

Sessione XLV - Seduta del 23 giugno 2005 Il Consiglio Superiore di Sanità, Sezione II Prelievo Arterioso

Vista la relazione riguardante l'Azienda Sanitaria Locale Latina, presidio Ospedaliero Nord, UOC di Pneumologia. Richiesta parere su prelievo emogasanalitico da parte dell'infermiere, presentata dalla Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie Dipartimento della Qualità:

Visto il DPR 14 marzo 1974, n.225 recante Modifiche al RD 2 maggio, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici;

Visto il D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 in materia di Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421;

Visto il DM 14 settembre 1994, n.739 che individua la figura professionale dell'infermiere, ne definisce le principali funzioni e ne specifica la formazione;

Vista la legge 26 febbraio 1999, n.42 concernente Disposizioni in materia di professioni sanitarie;

Visto il DM 2 aprile 2001 relativo alla Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie;

Premesso che la menzionata legge n.42/99:

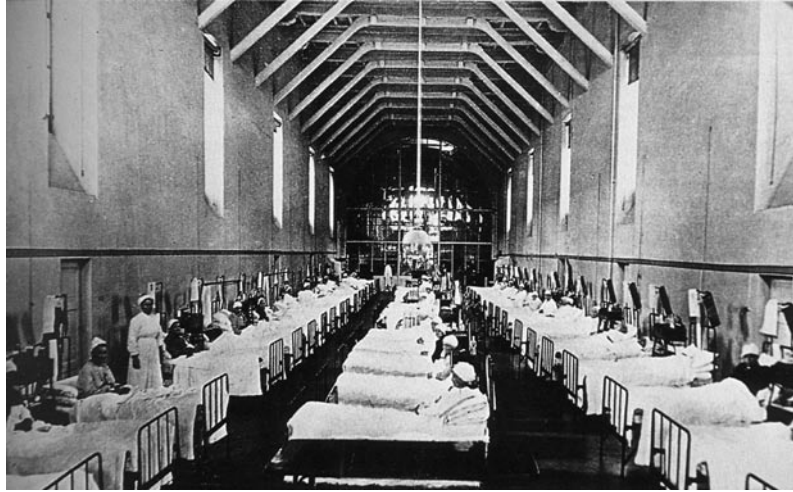
ASPETTI GIURIDICI

Per far luce su alcune attuali questioni il Ministero della Salute, Consiglio Superiore della Sanità, ha espresso parere favorevole all'effettuazione del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi da parte dell'infermiere. Per conoscenza si allega il documento nel quale vengono riportate le indicazioni da rispettare nella stesura del protocollo operativo specifico, correttamente redatto, condiviso ed approvato dall'intera équipe sia medica che infermieristica.

Ministero della Salute - Consiglio Superiore di Sanità
Sessione XLV - Seduta del 23 giugno 2005
Il Consiglio Superiore di Sanità, Sezione II Prelievo Arterioso

all'articolo 1, comma 2, come osserva la suddetta Direzione Generale nella sua relazione, oltre ad abrogare i mansionari, stabilisce che il campo proprio di attività e di responsabilità della professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3 del sopra riferito D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni è determinato da tre fattori, ovvero dai contenuti dei DDMM istitutivi dei relativi profili professionali, ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, specifici codici deontologici, specificando:

fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni dei ruoli sanitari per le quali è richiesto lo specifico diploma di laurea, nel rispetto delle specifiche competenze professionali, all'articolo 4 prevede l'equipollenza dei diplomi ed attestati conseguiti in base alla normativa precedentemente in vigore ai diplomi universitari ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, nonché la definizione dei criteri e delle modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente.



Tenuto conto che:

l'abrogazione del mansionario e la individuazione del campo di attività e di responsabilità del professionista sanitario infermiere fanno presumere che nell'ambito di competenza dell'infermiere ricadano anche tecniche considerate affini alle attività di assistenza infermieristica e per le quali egli abbia ricevuto adeguata formazione;

la descrizione del profilo professionale dell'infermiere - DM n. 739/94 specifica che l'infermiere: a) è responsabile dell'assistenza generale infermieristica, b) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, c) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche e private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare in regime di dipendenza o di libera professione.

Considerato che:

- l'ordinamento didattico del corso di laurea per infermiere - DM 02.04.2001 - individua, tra le discipline previste, l'Anatomia, la Fi-

siologia, la Patologia, la Medicina e Chirurgia d'urgenza, la Rianimazione e Terapia intensiva, l'Infermieristica clinica nell'area critica e nell'emergenza e la Metodologia infermieristica clinica, con il relativo tirocinio pratico nelle Medicine e nelle Chirurgie generali e specialistiche e nelle aree critiche;

- il percorso formativo prevede l'apprendimento solo teorico delle conoscenze, delle abilità necessarie, delle implicazioni ed i rischi relativi a queste tecniche, tra le quali il prelievo arterioso;

Rilevato che:

- il profilo professionale dell'infermiere neolaureato non prevede espressamente l'inclusione del prelievo arterioso, anche se viene assicurata la formazione relativa alle abilità tecniche a supporto sia delle specifiche attività cardiorespiratorie che di atti diagnostici;

- le attività non descritte tra gli obiettivi formativi obbligatori del corso di laurea per infermieri possono tuttavia essere di competenza dell'infermiere e pertanto dallo stesso svolte, come avviene spesso per determinate tecniche specifiche o per quelle a supporto delle funzioni vitali, poiché apprese successivamente al corso di base ed espletate in reparti particolari di rianimazione, terapia intensiva, pronto soccorso, pneumologia o nefrologia e dialisi.

Avuto riguardo che il Codice Deontologico dell'infermiere del 1999

- elemento costitutivo e determinante del campo di azione dell'infermiere - dispone che, relativamente all'esercizio di mansioni o di tecniche non completamente acquisite, l'infermiere debba assumersi la responsabilità del ruolo esclusivamente in base al livello di competenza raggiunto, sappia riconoscere i limiti delle proprie competenze e declinare la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza, abbia il diritto ed il dovere di richiedere formazione e supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

Preso atto che, a seguito dell'abrogazione del mansionario dell'infermiere, si sono verificate situazioni differenziate sul territorio per cui la tecnica del prelievo arterioso per emogasanalisi è considerata

- competenza dell'infermiere in molti reparti (terapia intensiva, rianimazione e pneumologia), attività del medico per prassi;

- atto esclusivo del medico, presumibilmente per la scarsa conoscenza dell'evoluzione della normativa;

- ulteriore carico di lavoro per gli infermieri, distogliendoli da altre pratiche assistenziali, anche per i rischi connessi, -competenza del medico il prelievo arterioso femorale e competenza dell'infermiere quello radiale;

- pratica eseguibile sia dal medico che dall'infermiere.

Evidenziato che:

- la tecnica del prelievo arterioso dell'arteria radiale per emogasanalisi è illustrata allo studente infermiere per la sola osservazione, in quanto ritenuta tecnica avanzata da apprendersi post-laurea, nelle specifiche unità operative o in successivi percorsi formativi post-base come il master in area critica;
- è appresa dall'infermiere nell'esercizio della propria attività, dopo il conseguimento dell'abilitazione alla professione e sul campo, negli specifici reparti, dove questa tecnica è praticata in forma routinaria (rianimazione e pneumologia),
- è praticata dall'infermiere indifferentemente sia a livello femorale che radiale o brachiale, fino ad acquisirne una appropriata manualità, a seguito di adeguato addestramento;
- l'addestramento è basato sul superamento di step gradualmente e sequenziali - osservazione diretta dell'esecuzione della tecnica fatta da un esperto;
- esecuzione guidata con supervisione dell'esperto, che istruisce sia sulla procedura tecnica che sui potenziali rischi di complicanze (ematoma, occlusione dell'arteria, crisi vagale, ecc.) e dal loro eventuale trattamento.

Osservato che:

Il prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi possa configurarsi come atto non esclusivamente medico ma anche di competenza dell'infermiere,

- la tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi è relativamente semplice e di grande utilità e non è scevra da rischi e complicanze,
- la procedura tecnica è spesso descritta in un protocollo condiviso da medici e personale infermieristico,
- la redazione di tale protocollo contempla l'indicazione specifica almeno dei seguenti dati:
 - a) tipologia del prelievo arterioso;
 - b) le motivazioni per cui esso viene effettuato;
 - c) la tipologia di paziente;
 - d) le patologie intercorrenti e la terapia in corso che possono aumentare il rischio;
 - e) il posizionamento del paziente;
 - f) le sedi indicate e preferenziali per adulti e neonati;
 - g) le precauzioni da adottare;



h) l'emostasi;

i) altre indicazioni ritenute utili.

Sentiti i relatori De Togni e Tedler,

tenuto conto che l'infermiere possiede le conoscenze teoriche necessarie apprese nel percorso formativo base, la tecnica del prelievo arterioso è appresa in ambiente appropriato e protetto, la tecnica una volta appresa in modo corretto diventa una tecnica di competenza, l'apprendimento riguarda anche la prevenzione delle complicanze ed il loro trattamento

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

all'effettuazione del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi da parte dell'infermiere, sia in ospedale, sia in ambulatorio che nell'espletamento del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) semplice e complessa, a condizione che:

1 - l'infermiere ne abbia acquisito la completa competenza, secondo le modalità definite dalle vigenti normative in materia di profilo ed attività professionali, ordinamenti didattici e deontologia;

2 - sia prevista sempre, per le correlate implicazioni sia mediche che infermieristiche, l'esistenza - nell'UO o nella struttura sanitaria di riferimento di un protocollo operativo correttamente redatto, condiviso ed approvato che sia in grado di:

- assicurare la buona pratica di tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi;

- garantire l'adozione di ogni utile misura di prevenzione delle complicanze e del necessario trattamento nonché la tempestiva gestione dei rischi connessi.

Inoltre, AUSPICA che la Direzione generale competente adotti ogni opportuna iniziativa al fine di evitare o ridurre il fenomeno attuale di non omogeneità di situazioni sul territorio, relativamente alla tecnica del prelievo arterioso radiale per emogasanalisi, eseguito dall'infermiere.

Il Segretario della Sezione Dr.ssa Maria Lucchese

Il Presidente della Sezione Prof. Guido Pozza

Visto, per presa visione, il Presidente del Consiglio

QUESITI DEGLI ISCRITTI

A cura di **Federica Renica**
Presidente Collegio IPASVI di Brescia

Domanda:

liceità dell'esecuzione delle tecniche di ultrafiltrazione da parte del personale infermieristico e necessità di formazione specifica

Premessa

Le competenze infermieristiche sono oggi regolamentate dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che ha sostituito la precedente regolamentazione di carattere mansionariale recepita dal DPR 14 marzo 1974, n. 225.

Come è largamente noto – alla normativa mansionariale – la nuova legge ha sostituito i criteri indicati dal profilo professionale, dalla formazione ricevuta e dal codice deontologico. Il limite è dato dalle competenze previste per la professione medica.

Il sistema di esercizio professionale attuale si connota per essere come tratto caratterizzante la flessibilità, esattamente l'opposto della normativa mansionariale. E' un sistema che permette di adeguare l'agire infermieristico in relazione alle mutate esigenze assistenziali e all'avanzare della tecnologia.

E' un sistema flessibile, ma non automatico. Il criterio della formazione lo fa' ben capire. L'esercizio professionale dell'infermiere viene determinato non soltanto da atti normativi regolamentari – il profilo professionale – ma anche dagli ordinamenti didattici e dalla formazione post base.

Riguardo a quest'ultima bisogna specificare che deve essere – nel caso di specie – integrata nell'interpretazione dalla disposizione deontologica contenuta all'art 3.3 laddove specifica testualmente che:

L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze

COMUNICAZIONI COLLEGIO

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

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

I pareri sono espressi in collaborazione con professionisti esterni al Collegio, Studio Bizioli & Associati, Commercialisti e revisori contabili, Prof. Avv. Vladimiro Gamba, Prof. Luca Benci e, al bisogno, altri consulenti specifici.

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

e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto ed il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per la persona.

Non vi sono dubbi che, stante il richiamo operato da ben due leggi ordinarie (la legge 42/1999 e 251/2000) il Codice Deontologico dell'infermiere non sia un semplice codice di categoria professionale ma un qualcosa di più. Sono le stesse leggi che lo fanno assurgere a una sorta di *tertium genus* tra norma giuridica e deontologica.

Deve quindi – l'art. 3.3 del codice deontologico della Federazione nazionale Ipasvi – essere interpretato come fosse una norma giuridica (quanto meno sulle norme inerenti l'esercizio professionale come quella del caso di specie).

Le parole chiave che indica sono: sicurezza, responsabilità, formazione, supervisione, pratiche nuove (o senza esperienza).

Da questo discende:

Non vi sono dubbi che qualsiasi implementazione di una nuova pratica non possa essere fatta senza garantire i livelli di sicurezza precedentemente assicurati. Il principio del *primum non nocere* è di origine ippocratica ed è un principio immanente a tutta l'attività dei professionisti della salute.

Qualsiasi attività posta in essere da un professionista sanitario lo rende responsabile sia in senso positivo che negativo (sanzioni).

I processi formativi per le pratiche nuove – soprattutto per quelle di una certa complessità – sono da sempre – quando in modo più strutturato quando meno – un cardine alla base dei processi di inserimento.

Risposta:

L'ultrafiltrazione è un procedimento di una certa complessità, parente stretto delle tecniche dialitiche.

Come nelle tecniche dialitiche l'infermiere connette il paziente a un circuito di circolazione extra corporea, gestisce il paziente, deconnette il paziente dal circuito. Queste manovre non rientrano nelle competenze di base dell'infermiere e, in particolare, non è generalmente previsto un insegnamento obbligatorio specifico (con relativo tirocinio) obbligatorio nell'attuale corso di laurea in infermieristica.

Nulla osta al fatto che possa essere appreso con appositi corsi di formazione. Si ricorda che i processi di inserimento di neoassunti o di nuove unità all'interno dei servizi di emodialisi sono tra i più lunghi

di tutta la struttura sanitaria.

Data la minore complessità dell'ultrafiltrazione - e le minori complicazioni - e data la riconosciuta competenza (nel senso di abilità, capacità, conoscenze) da parte degli infermieri di area critica non vi sono dubbi che il percorso possa essere più breve, ma sempre di percorso formativo si tratta. Di questo percorso non è realmente possibile fare a meno se si vogliono garantire livelli di sicurezza per il paziente.

Domanda:

liceità di utilizzo da parte dell' infermiere di apparecchiature di terapie fisiche

Risposta:

Le norme sull'esercizio professionale delle professioni sanitarie sono state oggetto di profondi cambiamenti.

La legge 26 febbraio 1999, n. 42 recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" ha abrogato le disposizioni contenute nei primi cinque articoli del D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225, il c.d. mansionario.

L'ultimo comma dell'art. 1 della citata legge precisa che " Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie.....è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".

Rispetto al passato, quindi, non ci sono più atti meramente elencati in un atto normativo come nel precedente sistema mansionariale, ma tre criteri guida e due limiti.

I criteri guida sono dati dal contenuto dei profili professionali, dalla formazione di base e post base ricevuta e dal codice deontologico, mentre i due limiti sono costituiti dalle competenze previste per i medici e per gli altri professionisti sanitari laureati.

Tralasciamo, in quanto dato per perfettamente conosciuto, il profilo professionale dell'infermiere, mentre concentriamo la nostra attenzione sul profilo professionale del fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 741 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista". Tra le

altre attribuzioni ivi contenute si legge testualmente che il fisioterapista:

“pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali”.

L'altro criterio che guida l'esercizio professionale delle figure sanitarie diverse da quella medica è relativo alla formazione ricevuta ed evincibile tramite gli ordinamenti didattici degli attuali corsi di laurea recepiti nel D.M. 2-4-2001

“Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie” troviamo materie specifiche come MED/33 - Malattie apparato locomotore; MED/34 - Medicina fisica e riabilitativa ; MED/50 - Scienze tecniche mediche e applicate.

Risposta al quesito

Si domandava se l'utilizzo di apparecchiature elettromedicali - nella specie macchine del tipo Radarrx 200 - Supersonic 30, Ultrasuoniterapite - Fisiocomputer ecc - potessero essere legittimamente utilizzate da personale infermieristico e, in caso di risposta positiva, se tali attività potessero essere svolte in forma autonoma o sotto la supervisione di altri professionisti sanitari.

In relazione a quanto esposto in premessa vi è da domandarsi se le attività di cui si chiede l'utilizzo

siano da considerarsi attività tipica ed esclusiva di una professione come quella del fisioterapista oppure possa essere considerata una attività sanitaria non tipica ed esclusiva e quindi effettuabile da altri professionisti sanitari e quindi anche da infermieri.

Analizzando i criteri posti dalla normativa di esercizio professionale - legge 42/1999 - dobbiamo propendere per l'esclusività da parte del fisioterapista. D'altra parte gli ordinamenti didattici richiamati



sono chiari. L'infermiere non affronta e non approfondisce quei livelli specifici di conoscenze né a livello teorico né pratico.

Da un esame effettuato nelle banche dati eventi ECM non si ritrovano aggiornamenti specifici in proposito e quindi non sono previste attività di mantenimento di conoscenze che per altro, abbiamo visto, non sono nel patrimonio cognitivo originario dell'infermiere.

L'utilizzo di apparecchiature di terapia fisica è da considerarsi quindi tipica della professione di fisioterapista.

La legge 42/1999 è chiara nel definire i limiti delle altre professioni. Qualora un'attività sia da considerarsi esclusiva essa diventa preclusa alle altre professioni sanitarie non mediche. Utilizziamo questa non corretta espressione per indicare un orientamento giurisprudenziale recente della Suprema Corte di Cassazione la quale ha indicato i limiti posti dalla legge 42 come riferiti solo alle professioni dotate di un profilo professionale e ha di fatto riconosciuto la liceità di un medico - per altro non specialista in riabilitazione (fisiatria) - di effettuare terapie fisiche tipiche di un fisioterapista. Si legge nella massima della sentenza (Cass. pen. Sez. VI 25 novembre 2003, n. 49116):

“La normativa dei profili professionali si riferisce ai non laureati e non al medico, che in quanto titolare della laurea in medicina e chirurgia e' abilitato ad esplicare assistenza sanitaria in funzione di prevenzione, diagnosi, e cura, di guisa che il diploma di specializzazione nella riabilitazione non puo' essere previsto tra i requisiti, la cui mancanza impedisca a qualsivoglia medico di esercitare la terapia della riabilitazione.

Il medico, in quanto iscritto all'ordine, puo' esplicare lecitamente attività professionale, la quale e' caratterizzata dall'autonomia sia nella scelta dell'area di intervento, sia nell'accettazione o meno delle domande di assistenza rivoltegli.”

Il caso era relativo all'accusa per un medico di effettuare terapie fisiche proprie di un fisioterapista e da li l'imputazione per esercizio abusivo di professione di fisioterapista a carico del medico ex art. 348 codice penale. Sentenza che ha quindi visto scagionato il medico da tale imputazione.

Una notazione a margine si impone proprio sulle terapie fisiche.

Si ricorda che è in discussione da molti anni la loro effettiva efficacia e la loro riconducibilità rispetto ai criteri della medicina scientifica.

COSA SOGNANO I PESCI ROSSI

Marco Venturino

Edizioni Mondadori - Milano 2005

A cura di **Carla Noci**

Una "faccia verde" e un "pesce rosso" dialogano, con spietata franchezza, attraverso le pagine di questo libro.

La faccia verde appartiene a Luca Gaboardi, medico quarantacinquenne che preferisce definirsi rianimatore piuttosto che anestesista perché, sono sue le parole, "...se dici che fai l'anestesista sembri solo quello che fa dormire la gente, che non è granchè da dire, mentre se dici che fai il rianimatore sei quello che salva le vite umane".

Il pesce rosso è, invece, Pierluigi Tunesi, anch'esso quarantacinquenne, approdato alla Terapia Intensiva in cui lavora Gaboardi per uno degli sfortunati casi della vita: un intervento chirurgico che, spericolatamente condotto da un famoso mago del bisturi, ha avuto, per una spiacevole "fatalità", un esito imprevisto. Risultato? Pierluigi Tunesi, ex amministratore delegato di una grande azienda, persona brillante e abitualmente trattata con rispetto e deferenza, si ritrova nel mondo surreale di un reparto di Rianimazione, con il corpo trafitto di aghi e di sonde, costantemente esposto all'osservazione più o meno attenta del personale sanitario che si prende cura di lui. Un pesce rosso nella sua brava boccia di vetro, appunto.

Non c'è alcuna retorica nei pensieri e nelle parole di questi due coetanei che la sorte ha posto l'uno di fronte all'altro, in un'avventura il cui finale è già scritto. C'è invece, una complicata e densa amalgama di amarezza, speranza, rimpianto, comprensione, disgusto e desiderio di vita.

Tunesi non può parlare, perché la tracheostomia che lo tiene in vita gli impedisce di comunicare con le poche persone che lo possono avvicinare: i medici e gli infermieri, che lo scrutano come un fenomeno su cui esercitare la propria sfida contro la morte e lo manipolano come un pollastro spennato; sua moglie, che lo viene a trovare

SCAFFALE



regolarmente, ma è costretta a rispettare gli innumerevoli vincoli prescritti dall'istituzione; la giovane figlia, che tutti cercano di proteggere dalla vista penosa di quel che resta di suo padre.

Si intrecciano due monologhi che ripercorrono vite parallele condotte in ambienti molto differenti fra loro, ma che i protagonisti ricordano con uguale emozione ed intensità, anche se un destino beffardo ed imprevedibile le condensa entro lo spazio confinato di un microcosmo asfittico e innaturale, dove prevalgono il dolore, la paura e il senso di morte.

L'autore del libro, Marco Venturino, al suo esordio con questo romanzo, è un medico anestesista che dà prova di una conoscenza diretta e profonda non solo dell'ambiente ospedaliero, con le sue

eccellenze e le sue miserie, ma anche dei sentimenti più intimi dell'animo degli operatori sanitari, capace di slanci e di autentica partecipazione solidale nei confronti di chi soffre, ma anche a rischio di sviluppare una indifferenza "protettiva", una lenta ed inesorabile assuefazione al dolore che impedisce di cogliere le minime richieste di aiuto e di attenzione.

Si trova, nelle pagine del libro, anche una lucida e disincantata presentazione di ciò che accade spesso dietro le quinte della rassicurante scenografia



ospedaliera: il calcolo che serpeggia sotto l'ipocrita premurosità con cui molti professionisti si interessano dei pazienti, l'avidità con la quale se li contendono per guadagnare fama, denaro ed esperienza, il cinismo con cui si disinteressano di loro quando diventano inservibili ai loro scopi professionali o poco funzionali al prestigio accademico.

Un grande affresco, dunque, su ciò che spesso si sa, ma non si dice, dell'ospedale e delle cure mediche e infermieristiche, utile per far riflettere e, forse, per rilanciare, senza retorica né frasi ad effetto, una più autentica attenzione rispetto ai problemi di chi si occupa della vita nelle cosiddette zone di confine, sia esso "pesce rosso" o "faccia verde".