



Possibili effetti della crisi economica: una nuova tipologia di utenza e di domanda sanitaria

pag. 6



L'utilizzo dei "Diari del paziente" in Terapia Intensiva

pag. 12



Prevenzione delle cadute nell'anziano: limiti della contenzione fisica e della sedazione farmacologica

pag. 24



Guida per gli operatori che prestano assistenza domiciliare

pag. 30

INFERMIERE COLLEGIO

Periodico del Collegio IPASVI di Ferrara - Anno XXI n. 3 - Dicembre 2010



Verso un'infermieristica fondata sulle evidenze

www.ipasvife.it

Sommario



EDITORIALE DEL PRESIDENTE

1

IN PRIMO PIANO

2

ARTICOLI ORIGINALI

7

- Possibili effetti della crisi economica: una nuova tipologia di utenza e di domanda sanitaria
- Operatore sanitario e diabete: indagine sulla correlazione fra la condizione di diabete e il benessere organizzativo
- L'utilizzo dei "Diari del paziente" in Terapia Intensiva
- Anche NOI ci siamo. *Donare il sangue per prendersi cura di noi e degli altri*

EVIDENCE BASED PRACTICE

14

- Introduzione
- Una revisione sistematica sull'utilizzo di idrocolloidi nel trattamento delle ulcere da pressione
- L'acqua per la pulizia delle ferite
- Protocollo per la gestione dei cateteri venosi centrali
- Report per la gestione dei cateteri venosi centrali
- Prevenzione delle cadute nell'anziano: limiti della contenzione fisica e della sedazione farmacologica
- L'esperienza psicosociale e spirituale delle persone anziane in fase di recupero da ictus
- Guida per gli operatori che prestano assistenza domiciliare

NORME PER GLI AUTORI

34



Per contattarci

Orari di apertura al pubblico:

Lunedì e Giovedì	15.30 - 18.00
Martedì	09.00 - 12.00
Venerdì	09.00 - 11.00

Biblioteca:

Lunedì e Giovedì	15.30 - 18.00
Martedì	09.00 - 12.00

Tel. 0532-64302 **Fax** 0532-67140

E-mail: info@ipasvife.it

Sito internet: www.ipasvife.it

Collegio Provinciale IPASVI di Ferrara
via del Naviglio 33/a - 44123 Ferrara

Il Collegio è disponibile per iscrizioni, trasferimenti ad altro Collegio, cancellazioni, rilascio di Certificati d'iscrizione e variazioni di residenza.

L'ISCRIZIONE ALL'ALBO È "AUTOCERTIFICABILE"

Il Certificato d'iscrizione, viene rilasciato in tempo reale dalla Segreteria del Collegio e quindi può essere ritirato immediatamente dal richiedente, presentandosi presso la sede del Collegio; per ragioni burocratiche legate alla normativa sulla privacy, se il richiedente è impossibilitato al ritiro presso la sede, deve rilasciare delega al ritirante, oppure può richiedere l'invio presso il proprio domicilio tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, rifondendo il Collegio per il costo sostenuto.

È possibile inoltre, proporre al Collegio, quesiti inerenti la professione.



INFERMIERE COLLEGIO

Periodico del Collegio Provinciale IPASVI di Ferrara - anno XXI n. 3

Direzione, Redazione, Amministrazione:

via del Naviglio 33/a - Ferrara

Tel. 0532 64302 - Fax 0532 67140 - E-mail: info@ipasvife.it

Direttore responsabile: Sandro Arnofi

Stampa: Cartografica Artigiana

via Béla Bartók 20/22 - 44124 Ferrara

Rivista chiusa in tipografia il 21 dicembre 2010

Poste Italiane S.p.A. - spedizione in Abbonamento Postale - DL. 353/2003 (conv. in L. 27/02 /2004 n. 46) Art. 1, comma 2, DCB Ferrara

Redazione e progetto grafico: Commissione Comunicazione
Annamaria Ferraresi, Andrea Menegatti, Marika Colombi,
Cinzia Guidi, Marco Marani, Rita Roboni, Paolo Scalambra

Editoriale

del Presidente

Il sig. Michele è affetto, da molto tempo, da gravi problemi vascolari e la situazione degenera.

È molto conosciuto dal personale, soffre molto.

Subisce un ennesimo ricovero per infarto, subentra il blocco renale, nei giorni seguenti durante la dialisi una fibrillazione provoca un arresto cardiaco.

L'Infermiera: "basta, adesso non dobbiamo toccarlo, gli abbiamo voluto bene, lo abbiamo curato tanto, adesso stiamo qui" il medico constata la morte e viene composta la salma.

Avrete forse già letto questa storia, oppure ne vedete tante di simili dove però si interviene, ed a volte sino all'accanimento terapeutico.

Espressione quest'ultima che rappresenta l'ostinato tentativo di combattere la malattia senza pensare forse alla persona.

Il nostro è il paese nel quale la sofferenza per molto tempo è stata considerata una virtù come per Giobbe, come fosse una credenziale per l'aldilà e solo da pochi anni si sta modificando la cultura.

La morte per gli operatori sanitari moderni e tecnologici è una sconfitta e viene fatto di tutto per evitarla, anche se poi in realtà confondiamo il guarire con il curare e con l'assistere.

Per fortuna oggi ci si interroga molto su questi argomenti, ma non abbastanza. In particolare sulla qualità della vita che deriva da certi trattamenti.

Il tema del fine vita e della volontà della persona sono ancora un campo che fa molto discutere e provoca divisioni.



Il Presidente del Collegio IPASVI di Ferrara **Sandro Arnofi**

Anzi, talvolta, vengono usati dai media casi di grande impatto emotivo non per stimolare discussioni, ma per scopi politici di basso livello. Eppure le nostre norme sono sufficientemente chiare...

Per la Costituzione "nessuno può essere obbligato ad un trattamento..." e per i trattamenti sanitari occorre rilasciare il consenso.

Tuttavia per la religione cattolica la vita è sacra, quindi la persona non detiene la completa disponibilità, perché proviene da Dio.

Pertanto la libertà e l'autodeterminazione della persona sono diritti poco fruibili. Lasciarsi morire è peccato, e fa peccato anche chi lascia morire.

Ma i non credenti? Lo Stato è laico, e non dovrebbe risentire il condizionamento religioso. Nonostante il binomio peccato-reato sia stato superato da anni le volontà della persona faticano ad essere rispettate.

Il nuovo codice deontologico dell'Infermiere indica di rispettare le

scelte della persona, ma siamo ancora lontano del testamento.

Questo antico termine non sta a significare solo un atto contenente le volontà patrimoniali del defunto, ma può indicare anche azioni che gli eredi dovrebbero perseguire nel rispetto dei valori e degli ideali del loro parente.

Pensiamo a Nobel, l'inventore della dinamite che ha lasciato risorse e regole per l'attribuzione dell'omonimo premio.

Il testamento biologico o come si voglia definire, è uno strumento in più per rispettare la persona, sia quando è vigile, sia quando non lo è più

Gli Infermieri possono fare e dire tanto su questo argomento perché non hanno una visione solo della patologia ma della persona nel suo complesso.

Gli Infermieri trascorrono molto tempo con il malato, gli interpretano i trattamenti, condividono il progetto di assistenza.

E quando giungerà il momento di "attraversare quell'ultimo vecchio ponte" come cantava De Andrè, speriamo ci sia qualcuno che dica "basta, non lo tocchiamo".

Sandro Arnofi

Presidente Collegio IPASVI di Ferrara

"Infermiere Collegio" è come sempre disponibile ad accogliere opinioni e scritti che esprimano posizioni diverse.

Breve rassegna degli articoli di maggiore interesse comparsi sulla Newsletter della Federazione Nazionale Collegi IPASVI

RICOVERI -10%, MA AL SUD RESTANO TROPPI

Dal *Rapporto Era* (Epidemiologia e ricerca applicata) presentato a Roma, e realizzato da ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Istat, Università di Tor Vergata e dalla Nebo-ricerche è emerso che, in Italia, i ricoveri sono diminuiti del 10% in tre anni, anche se al Sud il loro numero resta alto.



Eppure, le Regioni più "meritevoli" nella riduzione dei ricoveri, tra il 2005 e il 2008, sono quelle del Sud, con in testa Lazio e Abruzzo (-20%), Sardegna (-16%) e Sicilia (-12%).

Ma, va fatto ancora tanto.

La Puglia è la Regione dove la probabilità di ricovero è più alta; con essa Calabria, Sicilia e Lazio, mentre le più virtuose sono Umbria e Toscana. Certo, la riduzione dei ricoveri del 20% indica che sono state fatte scelte sensate: per il Sud, però, bisognerà continuare ad evitare i ricoveri inappropriati, anche per gestire meglio i fondi per l'organizzazione ospedaliera.

Il calo dei ricoveri è dovuto solo in minima parte (circa l'8%) alla riduzione della degenza media: piuttosto, è conseguente ad una diminuzione delle inappropriatezze.

(Tratto dalla Newsletter n. 42 del 24/11/2010)

LA RIDEFINIZIONE E L'EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE DEGLI INFERMIERI RISPONDE AI BISOGNI DEI CITTADINI E DEL SISTEMA SANITARIO



Il 20 novembre 2010 si è tenuto a Bologna il Consiglio della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri Ipasvi, convocato in assemblea straordinaria per analizzare l'impatto dell'esposto presentato dall'Ordine dei medici di Bologna alle procure di Bologna e Firenze e definire la conseguente risposta della professione

infermieristica.

L'esposto contesta in particolare il modello organizzativo *See & Treat*, approvato dalle regioni Toscana ed Emilia Romagna per migliorare l'efficacia dei servizi di Pronto Soccorso e ridurre i tempi di attesa dei cittadini. La contestazione retriva di una parte del mondo medico sorprende soprattutto perché il progetto sotteso al modello organizzativo *See & Treat* - ad oggi in corso di sperimentazione - non contiene sostanziali elementi di novità rispetto a ciò che gli infermieri italiani fanno già dagli anni Novanta: ne formalizza unicamente le funzioni e le responsabilità sulla base di specifici protocolli condivisi tra medici e infermieri, oltre a definire i correlati e puntuali percorsi



formativi.

Dopo ampio ed approfondito dibattito e all'unanimità, il Consiglio della Federazione nazionale Collegi Infermieri:

- esprime sostegno e solidarietà ai professionisti infermieri che operano nelle strutture sede di sperimentazione, apprezzandone l'alto livello di competenze, responsabilità e dedizione;
- ribadisce che l'obiettivo principale degli infermieri sono la qualità e la personalizzazione dei servizi sanitari rivolti alla persona, che costituiscono il focus dell'agire infermieristico;
- sottolinea che le attività in fase di sperimentazione sono svolte nel pieno rispetto delle leggi nazionali e degli orientamenti regionali ed aziendali;
- rifugge da strumentali provocazioni foriere di conflitti inter professionali, che danneggiano l'attenta e responsabile risposta ai bisogni di salute dei cittadini;
- si impegna a mantenere un alto livello di collaborazione con i medici con cui da sempre gli infermieri condividono l'impegno assistenziale e curativo;
- esprime la volontà a proseguire in un confronto aperto e costruttivo che punti alla condivisione di valori, obiettivi e percorsi operativi.

Il Comitato centrale e il Consiglio della Federazione nazionale dei Col-

legi Infermieri, per continuare a presidiare l'evoluzione della vicenda sul piano professionale, politico e giudiziario nell'interesse dell'intero Sistema sanitario e dei cittadini, si riuniranno nuovamente in Assemblea straordinaria nei giorni 17 e 18 dicembre 2010.

(Tratto dalla Newsletter n. 40 del 24/11/2010)

COME FAVORIRE L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Secondo i dati presentati da *Cittadinanzattiva*, in merito all'umanizzazione delle cure, vincono l'incuria e i comportamenti inadeguati verso i pazienti.



Nei 14 anni in cui è stato pubblicato il Rapporto, il tema dell'umanizzazione delle cure registra un trend sostanzialmente stabile, attestandosi all'8% delle segnalazioni dei cittadini: dal 1996 ad oggi la crescita è stata molto modesta, pari al +1% (9% nel 2009).

La mancata umanizzazione è scambiare il nome di un paziente con un numero di un letto, è passare velocemente vicino al dolore di una persona e non accorgersi che sta soffrendo, è dire la parola sbagliata nel momento sbagliato, è soprattutto non fare quel gesto di attenzione che andrebbe fatto.

Incuria, comportamenti del personale, maltrattamenti, dolore inutile e violazione della privacy, sono i cinque aspetti considerati in questo ambito dell'analisi. Il più segnalato è stato l'incuria (49% nel 2009, +5% circa rispetto al 2008 e alla media dei 14 anni), intesa come mancanza di attenzione e 'cura' verso le persone assistite, non lavate o cambiate in modo inadeguato, non aiutate ad alzarsi dal letto o a muoversi per evitare lesioni da pressione. Si pensi a persone non autosufficienti e ricoverate in lungodegenza o residenze sanitarie assistite.

Altrettanto numerosi sono stati i casi di comportamenti inadeguati del personale (40,6% nel 2009, +1,1% rispetto al 2008 e +2,4% rispetto alla media 1996-2009): poca pazienza, frasi poco garbate, più da parte

dei medici che degli infermieri, anche se i casi che riguardano questi ultimi stanno aumentando.

(Tratto dalla Newsletter n. 40 del 24/11/2010)

L'USO PRUDENTE DEGLI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI

La riduzione dell'uso inappropriato degli antibiotici è una priorità della sanità pubblica in Europa, a tal punto da dedicarle una Giornata, il 18 novembre.



L'edizione 2010 della Giornata è stata centrata sulla promozione dell'uso prudente degli antibiotici negli ospedali.

La resistenza dei batteri agli antibiotici, infatti, è un fenomeno diffuso ed è dovuto proprio all'uso che se ne fa. Un uso che causa infezioni da batteri resistenti e che costituisce una seria minaccia per la salute dei pazienti ospedalieri, poiché, spesso, queste aggravano le patologie e aumentano il rischio di mortalità, prolungando i tempi di degenza.

La resistenza agli antibiotici si traduce spesso in un ritardo nella cura antibiotica appropriata.

La messa a punto di nuovi farmaci è comunque limitata e, se le resistenze continuano ad aumentare, il rischio è di non avere più antibiotici efficaci a disposizione.

In ospedale, spesso, si ricevono antibiotici e il 50% di quelli usati possono essere inappropriati.

Ciò può essere ricondotto a diverse cause: antibiotici prescritti ove non necessari; somministrazione tardiva in pazienti critici; spettro dell'antibiotico troppo ampio o troppo ristretto; dose insufficiente o eccessiva; durata del trattamento troppo lunga o troppo breve e mancato adattamento del trattamento alla luce dei risultati delle colture microbiologiche.

(Tratto dalla Newsletter n. 40 del 24/11/2010)

IL CONSIGLIO DI STATO SI ESPRIME SULLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI ORALI IN STRUTTURE PER DISABILI



Il Consiglio di Stato ha respinto il ricorso proposto dall'Asl 11 di Empoli contro la sentenza del Tar Toscana che aveva dato ragione ad alcuni dipendenti aventi qualifiche diverse da

quella di infermiere, avverso gli ordini di servizio con cui la Asl aveva loro ordinato di procedere alla somministrazione di farmaci per via orale agli ospiti del Centro diurno di socializzazione per disabili dell'Azienda.

Il Tar, trattandosi di medicine particolari e di particolari soggetti, ne ha tratto la conseguenza che la valutazione del momento della somministrazione richieda sicuramente una qualifica, oltre che esperienza professionale.

Pertanto, tale somministrazione è del tutto estranea ai compiti di personale con qualifiche diverse da quelle infermieristiche.

Nulla importa se la stessa Azienda avesse individuato dei dipendenti che, dopo aver ottenuto le autorizzazioni dei parenti e sulla base della prescrizione del medico curante, avrebbero dovuto somministrare i farmaci.

Neppure la tesi che il Centro non ha carattere sanitario e che, dunque, il relativo personale deve provvedere alla somministrazione delle terapie orali prescritte dal medico di fiducia su richiesta del familiare, ha funzionato.

In relazione alla finalità del Centro presso cui prestano servizio i ricorrenti ed allo stato anormale dei destinatari dei relativi servizi, la somministrazione deve avvenire solo per mezzo di personale qualificato.

(Tratto dalla Newsletter n. 39 del 18/11/2010)

OSPEDALI SENZA DOLORE: STANZIAMENTO DA 2,5 MILIONI



In sede di Conferenza Stato-Regioni, è stato raggiunto l'accordo sul riparto delle risorse destinate al finanziamento del progetto *Ospedale-territorio senza dolore*.

Gli stanziamenti erano stati previsti dalla legge n. 38 del 15 marzo 2010 che detta le regole sull'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Per il 2010 il provvedimento stanziava la somma di 1,45 milioni, per il 2011 è previsto un milione.

Quest'anno la quota fissa per ogni Regione è di 25mila euro, destinati alle procedure preliminari di *start up*, per un totale di 525mila euro. La restante parte di 925mila euro è ripartita tra le Regioni a seconda della popolazione residente.

Per il 2011, la quota fissa è di 15mila euro, destinata alla manutenzione della fase progettuale per un totale di 315mila euro.

I progetti dovranno svilupparsi in un arco temporale di tre anni e saranno valutati dal *Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza*.

In generale, il progetto sposta il baricentro dell'assistenza dall'ospedale al territorio, coinvolge i medici di medicina generale e introduce il concetto di rete assistenziale anche nel campo della lotta al dolore. L'obiettivo è quello di sviluppare un modello assistenziale unico da replicare su tutto il territorio nazionale.

(Tratto dalla Newsletter n. 37 del 03/11/2010)

IN ITALIA SI SPENDE IL 9% DEL PIL PER LA SANITÀ. IN GERMANIA E FRANCIA L'11%

Secondo il Rapporto Il mondo della salute tra *governance* federale e fabbisogni infrastrutturali, realizzata



da Intesa San Paolo e Cerm, investire nel Centro-sud sulle infrastrutture, in tecnologie hi-tech e nell'informatizzazione, puntando al *project financing* per gli ospedali, costituisce la strada per un modello di sanità federalista che mira a risanare il servizio, generando occupazione.

Per gli studiosi, che hanno analizzato le criticità della Sanità italiana, bisogna pensare: *"a un percorso transitorio di perequazione per il Sud per le infrastrutture sanitarie"*, perché *"investire in sanità conviene per l'economia: ogni euro speso ne genera 1,70"*, ma per farlo, prima *"è necessario fissare i costi standard e un sistema di benchmarking tra Regioni che, una volta perfezionato, possa sostenere una sistema di perequazione basato sulla riduzione delle differenze di Pil pro-capite"*.

Il Rapporto ricalca in parte uno dei decreti sul federalismo fiscale che riguarda i costi standard della sanità, su cui la Conferenza delle Regioni sta discutendo.

Al centro del dibattito, la scelta delle regioni *benchmark*.

Quelle più efficienti sono: Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Umbria, Piemonte, Marche e Toscana, a cui si aggiungono Emilia Romagna e Veneto.

Le difficoltà maggiori si riscontrano in: Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio.

La Basilicata, indicata come possibile

regione *benchmark* del Sud, si colloca a metà tra questi due schieramenti.

Nello stesso Rapporto emerge che, nel giro di 50 anni, *"il peso della spesa sanitaria si avvicinerebbe a quello della spesa pensionistica, che si dovrebbe stabilizzare al 14% del Pil"*.

Nel 2008, la spesa sanitaria complessiva in Italia è stata del 9% del Pil, meno di quanto speso da Germania e Francia (entrambe, all'11%) e dagli Stati Uniti (16%), mentre, per quanto riguarda, la scomposizione tra spesa pubblica e privata, il nostro Paese risulta in linea con i principali Paesi europei: in Italia, nel 2009, l'incidenza è stata pari al 77,3%; in Francia al 77,8% e in Germania al 76,8%.

Stando alle previsioni, in futuro, i Paesi a economia sviluppata fronteggeranno costi per la sanità fortemente crescenti, con trend potenziali che, nel lungo periodo, 2050-2060, in Italia potrebbero giungere a raddoppiare l'incidenza della componente pubblica sul Pil.

(Tratto dalla Newsletter n. 36 del 27/10/2010)

LA RISCOSSA DEI NUOVI INFERMIERI" RACCONTATA DAL "CORRIERE DELLA SERA"



Stavolta la professione ne esce rafforzata.

Il più autorevole quotidiano italiano, il *Corriere della Sera*, il 12

ottobre scorso ha dedicato due intere pagine agli infermieri italiani e alle nuove sfide lavorative che quotidianamente affrontano.

L'inchiesta, firmata da Dario De Vico, riguardava in generale le cosiddette "professioni in subbuglio", ovvero quelle contrassegnate da nuove esigenze tecnico-manageriali.

È il caso degli insegnanti, degli assistenti sociali e... degli infermieri. Ma mentre nei primi due casi questo processo sta creando numerosi problemi e sta mettendo in crisi un'intera generazione di lavoratori, diverso è il quadro emerso dall'analisi della professione infermieristica.

"Nella Sanità - si legge nell'articolo - il cambiamento è stato molto più profondo. Sia la privatizzazione, sia la riorganizzazione si sono fatte sentire di più".

L'Università Cattolica di Milano, per conto della Cisl Lombardia, ha quindi condotto un'indagine intervistando 300 "professionisti in subbuglio"

e gli infermieri sono quelli che hanno palesato il migliore approccio rispetto al nuovo sistema: il traguardo della laurea per esercitare la professione, l'aumento dell'autonomia in corsia e l'irrobustimento delle competenze sono tutti fattori che hanno giocato un ruolo decisivo.

Un percorso di crescita che, a giudizio degli intervistati, necessita, per essere completato, di un migliore inquadramento economico e di una minore "invisibilità sociale". Il campione della ricerca era composto all'80% da donne e il 60% degli infermieri intervistati ha scelto questa professione perché "molto utile alla società" (28,6%) o perché "era la mia vocazione sin da piccolo" (27,3%). Per il 25,9% "era uno dei lavori che mi sarebbe piaciuto fare anche se non il preferito", mentre il 22,7% ha risposto: "Mi si è offerta l'opportunità e ho valutato che potesse andarmi bene".

Solo il 5,9% ha dichiarato: "L'ho scelto perché è un lavoro sicuro per tutta la vita".

(Tratto dalla Newsletter n. 35 del 20/10/2010)

VIETATO PER LEGGE ABUSARE DELLA REPERIBILITÀ

L'avvocato Paola Ferrari, in un articolo pubblicato sul *Sole 24 ore-Sanità*, sottolinea una sentenza (n. 1606/2010) del 9 agosto scorso della Corte dei Conti del Lazio in materia di reperibilità che va utilizzata solo quando c'è reale emergenza: non ci si può ricorrervi sempre, retribuendo la pronta disponibilità come "straordinario". Chi lo fa commette un danno all'Era-



rio. La giurisprudenza di legittimità, da tempo, ha riconosciuto come il mancato godimento del riposo settimanale sia in contrasto con l'articolo 36 della Costituzione.

Nella fattispecie, la Procura aveva riscontrato l'illegittimo impiego delle risorse finanziarie di un presidio laziale che, dal 2003 al 2005, aveva creato un: "meccanismo retributivo fuorilegge, al fine di trovare nel personale infermieristico dell'Uo Anestesia e rianimazione dell'ospedale una maggiore disponibilità nel rendere le prestazioni di urgenza".

Ovvero, i turni soliti di prestazione (di sei ore al dì) erano costantemente effettuati come turni di reperibilità: cioè, uno stesso dipendente co-

più altri in diversi reparti.

L'infermiere guadagnava di più e l'ospedale non doveva assumere altro personale.

Ma la reperibilità fuori orario non costituisce una mansione in senso tecnico-giuridico, bensì integra un obbligo accessorio ed intermedio per il lavoratore.

Si caratterizza, quindi, nella messa a disposizione di attività lavorative per sopperire a straordinarie ed urgenti esigenze di servizio, caratterizzate dalla specialità (di notte e nei giorni festivi).

Le aziende non possono prevedere meccanismi di sostituzione della reperibilità con turni di lavoro.

L'obbligo di reperibilità impone il riconoscimento del compenso non come giorno di lavoro, ma con corrispettivo minore: nel caso in esame, invece, si è assistito a: "un collocamento degli infermieri in pronta disponibilità, del tutto svincolato dall'occasionalità".

Le erogazioni conseguenti sono, pertanto, illegittime e vanno ricondotte ad abuso nella gestione delle risorse ospedaliere.

Sulla quantificazione economica del danno, agli importi richiesti dalla Procura vanno sottratte le somme corrisposte agli infermieri per la prestazione di ore straordinario nel periodo in questione, nonché le somme erogate per il legittimo collocamento in pronta disponibilità nelle ore notturne e nei giorni festivi.

(Tratto dalla Newsletter n. 34 del 13/10/2010)

"LE RESTRIZIONI SUL PART-TIME PENALIZZANO LE INFERMIERE"

"Norme troppo restrittive sul part-time rischiano di danneggiare e penalizzare migliaia di infermiere. Se poi si dovessero rivedere pure i part-time pregressi, allora bisognerebbe fare un'attenta riflessione sulla materia".



A dichiararlo è Annalisa Silvestro, presidente della Federazione nazionale Ispasvi che ha commentato così la norma inserita nel Ddl Lavoro - approvato in Senato e ora all'esame della Camera - che prevede regole più stringenti in materia part-time, compresa la possibilità della revoca dell'orario ridotto, nel caso l'amministrazione ritenga di avere vuoti in organico.

Una stretta che potrebbe riguardare

anche i contratti part-time stipulati, con le vecchie regole, prima del 2008. "Una discreta preoccupazione c'è - sottolinea Silvestro all'*Adnkronos Salute* -: non si possono da una parte pensare politiche a favore della famiglia e dall'altra adottare leggi che contrastano con questo principio.

Ci sono moltissime infermiere che, oltre al lavoro, si occupano anche di accudire genitori e parenti anziani. Non vanno penalizzate".

Per il presidente dell'Ipasvi, una soluzione al problema potrebbe essere quella di "rivedere i part-time erogati in passato e valutare, caso per caso, se esistono ancora motivazioni valide per mantenere l'orario ridotto. Su questa materia - conclude Silvestro - servono comunque regolamenti interni alle aziende. Magari più restrittivi, ma più trasparenti".

(Tratto dalla Newsletter n. 34 del 13/10/2010)

NEONATI STRANIERI: LA MORTALITÀ AUMENTA DEL 50%

I neonati stranieri nati nel nostro Paese hanno molte più probabilità rispetto a quelli italiani di morire alla nascita o nella prima settimana di vita; di nascere con malformazioni congenite, da un parto prematuro o con un basso peso.



Inoltre, i figli degli stranieri corrono il 50% in più il rischio di morire rispetto agli altri: questi bambini possono nascere prima del termine della gravidanza con una percentuale del 24% più elevata, la stessa che si registra nel caso di basso peso alla nascita e poi c'è un rischio del 61% più alto di riportare malformazioni congenite.

Questi numeri, presentati in occasione del convegno: "Partorire in terra straniera.

La complessità dell'accoglienza", sono il frutto di un'analisi di 65 indagini condotte tra il 1966 ed il 2004 in 12 Paesi europei e rappresentano lo scenario su cui si innesta il tema dell'accoglienza in ospedale delle donne straniere.

La nazionalità più rappresentata nelle sale parto, dopo quella italiana è quella romena (35% del totale), seguita da quella albanese e dalla marocchina.

E tra le donne straniere è in preoccupante aumento anche il tasso di aborti, arrivato al 40% del totale. Quanto alle patologie dei neonati fi-

gli di stranieri, quelle più frequenti sono le infezioni dell'apparato urinario; l'anemia e la malattia emolitica del neonato che si manifesta nei bambini con gruppo sanguigno Rh positivo, nati da madri Rh negative, che producono anticorpi anti-Rh capaci di attraversare la placenta e distruggere i globuli rossi del feto, generando anemia.

(Tratto dalla Newsletter n. 34 del 13/10/2010)

SÌ AD INFERMIERI E FISIOTERAPISTI IN FARMACIA



Venerdì 24 settembre, il Consiglio dei Ministri, su proposta del ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, ha proseguito l'esame ed ha approvato uno schema di disegno di legge recante misure per garantire la maggiore funzionalità del Servizio sanitario nazionale e corrispondere in maniera sempre più adeguata alle necessità degli utenti.

Il provvedimento prevede misure in materia di ricerca sanitaria, di sicurezza delle cure, di riforma degli Ordini delle professioni sanitarie, di fascicolo elettronico e di registri di rilevante interesse sanitario.

Sullo schema del disegno di legge, verrà poi acquisito il parere della Conferenza Stato-Regioni.

Via libera anche all'ingresso di infermieri e fisioterapisti nelle farmacie, dove si potranno effettuare prestazioni "analitiche" e "strumentali".

Stop, invece, all'ingresso dei medici, che non solo continueranno a non operare all'interno di queste strutture, ma non potranno avere convenzioni con le farmacie per la partecipazione agli utili: pena una sanzione amministrativa da cinquemila a 20mila euro.

"Gli esercenti le professioni o arti sanitarie - si legge nel ddl - possono svolgere, in qualsiasi forma, la loro attività in farmacia, ad eccezione dei professionisti abilitati alla prescrizione di medicinali".

I decreti attuativi sulla 'riforma' delle farmacie che erogheranno nuovi servizi socio-sanitari saranno quindi inviati, a breve, in Conferenza Stato-Regioni.

Nello specifico, i decreti in questione normano la presenza di fisioterapisti e infermieri in farmacia; i dispositivi di autoanalisi disponibili all'interno degli esercizi per i pazienti (come, ad esempio, la misurazione della glicemia; le modalità di prenotazione delle visite specialistiche e di ritiro dei referti, con particolare attenzione alla privacy degli utenti); il ruolo delle farmacie pubbliche comunali.

Quest'ultimo punto è ancora in fase di concertazione con il ministero dell'Economia, per renderlo compatibile con i vincoli di spesa degli Enti locali. Dopo l'approvazione della Conferenza, i decreti verranno firmati dal ministro Fazio e pubblicati in Gazzetta ufficiale.

Le norme, poi, confluiranno nella nuova Convenzione nazionale fra il Sistema sanitario nazionale e i farmacisti.

(Tratto dalla Newsletter n. 32 del 29/09/2010)

L'IGIENE ORALE AIUTA IL CUORE

Lavarsi spesso i denti e usare il filo interdentale, sono la corretta prevenzione da praticare, per mantenere denti sani, gengive a posto e meno rischi per il cuore. A questa conclusione sono arrivati gli esperti dell'Università di Bristol. Secondo un loro studio, uno streptococco può passare direttamente dalla bocca nel sangue, attraverso gengive sanguinanti, con grave rischio per la salute.



Questo batterio, infatti, normalmente innocuo, usa difendersi dal nostro sistema immunitario, richiamando intorno a sé le piastrine e formandosi in questo modo uno scudo protettivo.

Così protetti, i batteri, non possono essere attaccati, né dal sistema immunitario, né dagli antibiotici e una volta immessi nella circolazione sanguigna, possono creare svariati danni alla salute, da piccoli coaguli di sangue alla chiusura di un vaso sanguigno, con immaginabili conseguenze.

(Tratto dalla Newsletter n. 30 del 15/09/2010)

La rubrica "In Primo Piano" è stata curata dalla "Commissione Comunicazione" del Collegio IPASVI di Ferrara.

POSSIBILI EFFETTI DELLA CRISI ECONOMICA: una nuova tipologia di utenza e di domanda sanitaria

Autore: Dott. Franco Guerzoni *Coordinatore Ufficio Dimissioni Ospedaliere*

Il presente lavoro, che trova origine nel volume "La fine del ceto medio e la nascita della società low cost", cerca di associare i concetti espressi da Gaggi e Narduzzi all'evoluzione del sistema di welfare ed alla modificazione attesa del ruolo dell'infermiere.

Il punto centrale del discorso persegue l'ipotesi che alcuni elementi "sociali", in primis la crisi economica mondiale non ancora conclusa e la progressiva - ma inesorabile - riduzione del cosiddetto "ceto medio".

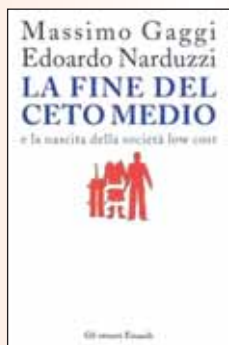
Tra le possibili soluzioni emerge l'opportunità di modificare progressivamente il rapporto con il cittadino, passando da un modello assistenziale "prestazionale" ad un approccio relazionale.

INTRODUZIONE

In questo particolare frangente storico, è interessante puntare l'attenzione non solo sulle misure centrali, ma anche sulle code delle distribuzioni del reddito rappresentate da un lato da nuovi ricchi che spuntano ovunque ed ostentano la loro opulenza e, dal lato opposto, da fenomeni di improvvisa povertà anche fra i lavoratori (in genere quelli privi di specializzazione) ed i pensionati.

La recente crisi economica mondiale si ripercuote in modo non omogeneo sulla popolazione, e tende a colpire con maggiore violenza chi era già svantaggiato, i giovani e le persone che si trovano nella parte meno protetta del mondo del lavoro o che, comunque, avevano beneficiato in misura minore dello sviluppo economico degli ultimi anni.

In questo senso, drammatizza i temi di giustizia sociale e mette a nudo le grandi differenze socio-economiche della nostra società, mostrando i gravi limiti dei nostri ammortizzatori sociali¹. Ma questo *terremoto*, che altera profondamente i meccanismi di distribuzione del reddito, accelera anche i processi che stanno portando alla sostanziale scomparsa della "classe me-



tutelare diritti, a mantenere in equilibrio libertà e sicurezza.

La ridotta capacità contributiva della classe media pone l'attenzione sul problema del volume delle risorse finanziarie disponibili e sulla maniera in cui vengono tutelati i diritti².

Con la fine della classe media si entra in una nuova era caratterizzata da:

- emersione di un'aristocrazia molto patrimonializzata e influente in grado di assicurare consumi significativi di beni;
- affermazione di una elite abbastanza numerosa di tecnocrati della conoscenza con redditi medio-alti e notevole capacità di consumare ciò che viene offerto dall'industria dei paesi avanzati;
- una società massificata di reddito medio-basso alla quale l'industria del "low cost" garantisce l'accesso a beni e servizi un tempo riservati a ceti più affluenti³;
- una classe "proletarizzata" (o comunque a scarso reddito e potere d'acquisto) che consuma beni di prima necessità, che sostituirà il trasporto pubblico all'auto e vivrà di servizi sociali essenziali, schiacciata verso modelli sociali da *terzo mondo emergente*.

Oggi, la domanda ha raggiunto una scala globale, i prodotti sono infiniti e interclassisti (si veda il *fenomeno iPod*), le imprese possono recuperare sul mercato del Brasile quello che non

hanno fatturato in Italia...

La globalizzazione ha provocato sconvolgimenti economici e sociali che produrranno "tre miliardi di nuovi capitalisti".

Secondo Prestowitz⁴, le dinamiche in atto sono figlie di tre fattori:

- la sconfitta del comunismo, che ha spinto tre miliardi di cinesi, russi e indiani verso il capitalismo (peraltro, interpretato in modo abbastanza "muscolare");
- la rivoluzione di internet, che ha annullato il tempo;
- la diffusione dei corrieri aerei, che ha annullato lo spazio.

Il lavoro di questi bacini di operai a basso costo è diventato così utilizzabile in (quasi) ogni parte del mondo perché merci e prestazioni intellettuali possono essere trasferiti rapidamente e con oneri trascurabili.

Il continuo spostamento degli equilibri della domanda verso Paesi cosiddetti emergenti mina alla base le fondamenta economiche sulle quali, negli ultimi anni, la classe media ha trovato la sua stabilità.

Gli enormi bacini di domanda dei paesi ex-comunisti, dalla fine degli anni '70 hanno accelerato il passo per guadagnarsi ruolo e peso internazionale e tolgono, sempre molto lentamente, l'ossigeno necessario ad alimentare l'energia motoria della *middle class* occidentale, non solo perché contribuiscono pesantemente a ridisegnare le caratteristiche dei consumi mondiali in termini di tipologia e costi dei beni e dei servizi, ma anche perché diventa difficile immaginare la sopravvivenza di una classe media occidentale o europea con le caratteristiche degli ultimi decenni, quando si affacciano sul mercato mondiale un miliardo e mezzo di nuovi lavoratori a basso costo, indifferenti alle logiche di chi vuole difendere le "conquiste del passato".

Chi si ostinerà a produrre o ad organizzare modelli di offerta pensati per un consumatore che non c'è più uscirà inevitabilmente di scena⁵.

1 Fattori, 2009.

2 La forma organizzativa e le modalità di funzionamento della pubblica amministrazione si adeguano al contesto in cui opera: al tempo della produzione in fabbrica, la cosa pubblica replicava logiche e modelli dell'industria pesante e di massa; oggi, in una società che ha l'etichetta del quaternario (trae cioè valore dai servizi innovativi offerti al di sopra di quelli di base), il supporto che si chiede all'amministrazione ha a che fare con la rapidità e la flessibilità dell'agire, oltre che con il volume dei servizi prodotti.

3 Design d'autore a prezzo Ikea, "autobus del cielo" che permettono di trascorrere un week-end all'estero a prezzi minimi, crociere su navi alveare...

4 Clyde Prestowitz, consigliere del presidente Reagan e negoziatore degli accordi commerciali internazionali, durante il suo mandato.

UN NUOVO MODELLO DI PRODUTTORE

Agli inizi degli anni '90 Ryanair era una piccola compagnia aerea irlandese specializzata in voli tra Irlanda ed Inghilterra con appena due aerei e bilanci costantemente in rosso.

L'idea innovativa di Michael O'Larry si è originata dalla volontà di intercettare una domanda latente di volo che va ben oltre la classe media a cui erano tradizionalmente riservate le linee aeree "tradizionali". Per farla emergere, ha eliminato tutti i costi e gli intermediari *inutili*, che difendevano interessi non dei consumatori, organizzando un'offerta semplice ed economica che ha permesso alla sua linea aerea di passare da 3.9 milioni di persone movimentate nel 1998 a 34 milioni di persone trasportate, nel 2005.

La strategia dei supermercati della catena Wal-Mart è centrata sul mantenimento del minor prezzo possibile; i margini di guadagno si basano quasi esclusivamente sul ciclo finanziario, sul differenziale che esiste tra la valuta sugli incassi e la valuta sul pagamento dei fornitori. Il volano del meccanismo è la rotazione delle merci: tanto più rapidamente i consumatori svuotano gli scaffali, tanto maggiore è l'incasso sul quale si applica il differenziale di tasso del ciclo finanziario, ed il meccanismo è garantito dall'appetibilità di prezzi "ridotti all'osso", che spingono i consumatori ad accelerare sempre più gli acquisti.

Altri esempi "illustri" possono essere trovati nell'esperienza dell'Ikea, gigante dell'arredamento low cost, o in Skype, un software gratuito che permette di fare chiamate telefoniche a costo quasi zero via internet, che nel giro di pochi anni è stato scaricato da oltre 150 milioni di potenziali clienti.

UN NUOVO MODELLO DI CONSUMATORE

Il "consumatore" della nuova generazione, il cliente "low cost", è nomadico, nel senso che è facilmente disponibile a cambiare fornitore se e quando ne può trarre convenienza, interessato soprattutto a ripartire sul maggior numero possibile di beni e servizi il reddito che ha a disposizione per i propri acquisti.

La trasparenza garantita dalle nuove tecnologie, il ridotto costo di acquisto, la possibilità di scambio delle informazioni e la dimensione globale della do-



manda sono elementi che pongono i consumatori in una posizione di forza dalla quale possono indirizzare l'offerta per soddisfare le proprie esigenze. Questo fenomeno caratterizza le relazioni economiche con una logica *bottom-up* che dà sempre maggiori poteri ai consumatori; è chi produce che deve trovare le giuste strategie per conquistare i clienti "low cost", non il contrario.

Ovviamente, non tutti i consumatori gradiscono Wal-Mart, Ikea o Ryanair. Esiste comunque un'*aristocrazia* che continua a scegliere Ferrari, Lamborghini, Versace o Cartier, ma si tratta di un livello della società che si muove lungo una sua orbita ed è per nulla o quasi interessato, se non per il business che ne può derivare, a ciò che fa o che consuma la classe media.

Altrettanto poco interessati, ma per ragioni radicalmente diverse, sono i *molto esclusi*, ossia i consumatori che non dispongono di un reddito sufficiente per consumare nemmeno i servizi od i prodotti iperscontati⁵.

VERSO UN WELFARE STATE LOW COST?

Con la fine della "middle class", la macchina redistributiva pubblica e quella del prelievo tributario che l'alimenta subiscono una crisi di legittimazione contestuale: da un lato non esiste più il bacino di riferimento, ossia la "middle class" utilizzabile come fonte principale

di finanziamento del welfare mentre, da un'altra prospettiva, l'utilità sociale delle tradizionali strutture e servizi pubblici è oggetto di numerose critiche anche da parte degli stessi organi politici, se non per la sua utilità almeno per la sua ritenuta scarsa efficienza, ed è percepita in maniera originale dalla società "low cost" che pretende, anche dalle organizzazioni pubbliche, la produzione di servizi a costi sempre più bassi.

La classe della massa imparerà molto presto a replicare il proprio atteggiamento di acquisto anche nel caso dell'offerta di servizi alla persona, innescando così una richiesta che potrebbe gettare le basi per un sistema di servizi pubblici "low cost" e per una riorganizzazione del prelievo fiscale.

Leggendo congiuntamente l'effetto di offerte a basso costo e la minore disponibilità dei contribuenti a pagare alte aliquote fiscali, è possibile comprendere perché lo scenario del welfare europeo sia destinato a subire una modificazione profonda.

Entro pochi anni potrebbe prendere forma un welfare "low cost", un sistema di protezione sociale dal quale i cittadini si aspetteranno servizi a costi minori grazie all'impiego ottimale e diffuso delle nuove tecnologie e di modelli di produzione ed erogazione originali. In uno scenario "low cost" i servizi saranno ripensati per divenire *di base ed essenziali*, e per essere meglio valutati e compresi dagli utilizzatori.

In quest'ottica, dunque, potrebbe inserirsi la previsione dei livelli essenziali di assistenza e l'evoluzione verso un sistema di welfare society o di comunità in grado di mettere in campo risorse nuove ed a costo pressoché nullo, grazie a meccanismi di solidarietà e cooperazione sociale o alle attività di organizzazioni di volontariato da impiegare in un numero crescente di settori.

EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI "SALUTE"

Per molti anni il concetto di salute è stato indissolubilmente legato a quello di malattia, proponendo un'idea di salute legata al superamento della malattia.

Questo concetto si sta modificando, negli ultimi tempi, a causa di una serie di fattori tra i quali sono annoverati i seguenti:

- comparsa di nuove cause di malattia e di mortalità, spesso legate a condi-

5 I magazzini Sears sono entrati in crisi (e sono stati risucchiati da una catena più grande) anche perché hanno continuato per troppi anni a vendere un prodotto di media qualità a prezzo un po' più elevato, mentre i gusti dei consumatori si erano in gran parte spostati verso il *low cost* di Wal-Mart e dintorni, ed una quota affluente ma minoritaria aveva nel frattempo preferito l'offerta molto più personalizzata e di qualità delle catene tipo Bloomingdale.

6 Nel 2001, nell'Unione Europea, il 15% della popolazione viveva di fatto in una situazione di povertà (stime Eurostat, *Yearbook 2004*, Pelgrave-Macmillan, London, 2005, pp. 99-104). Prima degli interventi redistributivi pubblici la percentuale saliva al 25%. Si tratta di nuclei familiari che vivono con redditi inferiori al 60% di quello medio e che sono quasi del tutto impossibilitati a permettersi consumi diversi da quelli di sussistenza e servizi aggiuntivi rispetto a quelli sociali. Una misura della povertà viene dall'analisi della situazione degli Stati Uniti: nel 1967, il 20% dei cittadini più ricchi (redditi oltre i 75000 dollari/anno) percepiva il 43.8% dei redditi totali; nel 2003 percepiva il 49.8%, ossia la metà della "torta", mentre il peso del terzo quintile (redditi tra 35 e 50 mila dollari) è sceso dal 17.3 al 14.8% del totale. Il fenomeno non indica, ovviamente, un impoverimento in senso assoluto, ma una distribuzione squilibrata della ricchezza che ha favorito i percettori di redditi più elevati a scapito del ceto di mezzo.

zioni di benessere economico;

- aumento costante delle malattie cronico-degenerative;
- aumento del numero di portatori di handicap psicofisici di varia natura, correlato all'allungamento della vita;
- comparsa di nuove malattie sociali (tossicodipendenza, alcolismo, malesseri mentali e psicologici, HIV);
- evidenza del fatto che i progressi nei vari settori, compreso quello sanitario, non risolvono (ed a volte addirittura accentuano) il problema delle differenze sociali e delle disuguaglianze di fronte alla salute;
- consapevolezza che il rapporto con l'ambiente non può essere caratterizzato solo dallo sfruttamento delle risorse dei paesi poveri da parte di quelli ricchi.

Nell'*offerta sanitaria* attuale la salute risulta un valore riflesso, essendo la malattia il centro attorno al quale si sviluppa il sistema sanitario nei suoi aspetti organizzativi, nelle sue logiche di fondo, nei comportamenti agiti dai professionisti.

Il nuovo scenario culturale, specialmente per quanto attiene l'assistenza extra-ospedaliera, invece, è sistemico e tiene conto delle interconnessioni tra salute, ambiente, economia, sviluppo, scelte politiche e ricerca; legge la promozione della salute come processo tramite il quale si può garantire alle persone l'opportunità di aumentare il controllo sulla propria salute, migliorarla, compiendo scelte attive e consapevoli a sostegno del benessere, non solo per se stessi, ma per tutta la collettività di cui fanno parte.

In questa accezione, la salute viene considerata come un risorsa per la vita quotidiana all'interno di una dimensione più ampia denominata *qualità della vita*⁷.

NUOVE INTERPRETAZIONI DEL CONCETTO DI ASSISTENZA

Il Welfare state è caratterizzato da una pesante presenza pubblica in vari settori, che si accompagna, in genere, ad un forte atteggiamento interventistico; è un sistema in cui lo Stato si prende cura dei cittadini *"dalla culla alla bara"* ed in cui *"tutto viene garantito a tutti"*; è nato per prendersi cura di ciò che la società non riusciva via via ad affrontare, per intervenire dove comunità e famiglia non riuscivano a provvedere in modo adeguato; tuttavia, ha sortito anche un effetto paradossale rappresentato dal fatto che i servizi allestiti per compensare la perdita di forza della comunità hanno poi contribuito a depotenziare ulteriormente la solidarietà natu-



rale favorendo la passività, l'apatia e la deresponsabilizzazione dei cittadini, nel principio della delega allo Stato.

Costruito inizialmente per rispondere a bisogni primari, il welfare state ha ampliato progressivamente i suoi ambiti d'azione, sostituendosi alla famiglia che ha progressivamente perso la sua autonomia e la sua centralità nel lavoro di cura e di assistenza; nelle comunità si è radicata la tendenza a considerare la cura unicamente in termini di erogazione di prestazioni e disponibilità dei servizi per le persone in condizioni di dipendenza assistenziale, trasformando i destinatari dell'intervento in soggetti passivi.

Negli ultimi anni, ragioni demografiche, economiche, produttive, sociali, organizzative, unitamente alle grandi trasformazioni societarie che hanno, di fatto, cambiato in profondità la vita delle persone⁸ hanno portato ad una situazione di insostenibilità di un sistema di welfare state.

Nel nuovo welfare che sta emergendo, le politiche sociali propongono due nuove tendenze: l'autonomia dei soggetti (*empowerment*) e la sussidiarietà collettiva individuale, mentre la funzione dell'azione pubblica è quella di incrementare l'autonomia dei soggetti (anche quella degli esperti e dei servizi), non di generare "perfetta salute".

La creazione di una cultura e di un'azione di welfare di comunità, oltre a reperire risorse non altrimenti esigibili per la tutela della salute, potrebbe contrastare l'ampliarsi della forbice della disuguaglianza nella salute, venutasi a creare con l'ampliamento delle fasce *deboli* della popolazione.

Un ulteriore problema, nato dall'esigenza di rispondere alla continua crescita di aspettative e bisogni da parte dei cittadini, è rappresentato dalla specializzazione e dalla specializzazione degli interventi, cui va aggiunta la set-

torializzazione, intesa come riconoscimento di ambiti specifici di competenza esclusiva, che ha fatto sì che ciascun servizio effettui la sua *cura* all'interno del proprio ambito di specializzazione, senza invadere gli ambiti altrui; ma in questo modo assistiamo ad un moltiplicarsi di interventi di cure specializzate senza avere la garanzia di qualcuno che si *"prenda cura"* della persona nella sua globalità.

L'effetto paradossale è rappresentato dal fatto che all'aumentare delle risorse investite e degli interventi erogati può non corrispondere altrettanta efficacia nell'azione di cura, intesa come promozione e tutela della salute.

Queste considerazioni portano alla riflessione che l'assistenza debba essere ripensata nell'ottica del *prendersi cura di*, che rimane un diritto ed un dovere delle famiglie, e fa riferimento ad un insieme di competenze e responsabilità che riguardano tutti coloro che si pongono in una relazione d'aiuto con la persona che soffre. In quest'ottica, *prendersi cura* comprende le prestazioni del SSN e dei servizi sociali ma anche, e soprattutto, la rete familiare di supporto, mossa da sentimenti di affetto, amicizia, solidarietà⁹.

Il problema principale che emerge dall'analisi dell'approccio prestazionale, è che pone la prestazione come elemento centrale, per lo più svincolata da un contesto ed un fine di cui essere strumento, che sfocia poi inevitabilmente nell'auto-referenzialità di azioni e servizi. Ancor meglio, la prestazione è considerata un fine anziché un mezzo, uno strumento.

L'elemento caratterizzante questo approccio, la non comprensione di tutti i fattori in gioco, è alla base del modello tecnico-funzionale o per compiti, ancora in largo uso in ambito assistenziale infermieristico, che ha *trasformato* gli infermieri in dispensatori di prestazioni tecniche.

Il bisogno espresso trova risposta nei termini dei servizi disponibili, che sono generalmente prestazionali (medicazioni, prelievi, gestione della nutrizione...); non è previsto che l'infermiere sia sempre lo stesso, né che vi sia una conoscenza approfondita della comunità; non prevede che il centro dell'intervento sia la relazione di aiuto informata da strategie di *empowerment*, ma si muove piuttosto nella logica che il professionista (l'esperto) sia da una parte del tavolo e dispensi il suo sapere (tecnico) per colmare una carenza del destinatario, più o meno passivo. Esasperando il concetto, l'offerta dei servizi è rigidamente preconstituita ed i

7 Mara Pellizzari, 2008.

8 Instabilità matrimoniale, professionalizzazione femminile e passaggio dal modello casalinga-moglie-madre al modello lavoratrice-moglie-madre, riduzione dei tempi di famiglia, complessità e rivolgimenti nel mondo del lavoro, impoverimento umano della convivenza nelle città, incremento dei tassi di devianza, di disadattamento, di solitudine...

9 Sono gesti di cura che nascono quando le persone sono disposte ad aiutare "quel familiare", "quell'amico", "quel vicino"; non scaturiscono da obblighi o dal senso civico (ossia pressioni sociali e giuridiche esterne al soggetto) ma vengono da un desiderio interno di condivisione, assumendo il significato di *prendersi cura dell'altro secondo la logica del dono*, e non secondo una logica di mercato.

servizi possono essere erogati da soggetti diversi (pubblici o privati), in concorrenza tra loro.

In questa logica, l'utente si riduce a mero fruitore passivo del servizio, deresponsabilizzato sulla gestione del proprio patrimonio di salute, mentre al professionista viene richiesto di esercitare la sua attività in un tecnicismo esasperato in cui le abilità relazionali vengono inserite nell'elenco delle prestazioni, numerate e contate, stravolgendo la natura della relazione con l'utente.

Nell'approccio relazionale, invece, il concetto chiave da cui partire è quello di reciprocità, intesa come relazione che ha una dimensione valoriale, una normativa, una di scopo ed anche una economica, ma non è riducibile al concetto di "do ut des"; attraverso questa lente, è possibile vedere una società che diventa l'insieme delle sfere relazionali sociali, associative in senso lato, distinte dal mercato e dallo Stato.

In questa visione, l'uguaglianza sociale non è più concepita come uniformità davanti allo Stato, bensì come riconoscimento e inclusione delle differenze rilevanti, non per discriminare ma, al contrario, per promuovere le opportunità necessarie a realizzare la piena cittadinanza¹⁰ di ciascuno; la libertà non è espressione di pura soggettività, ma capacità di creare relazioni di coinvolgimento e distacco, attraverso regole e patti comuni; la solidarietà non è più un'aspettativa di benevolenza individuale, ma una distinzione direttrice di ciò che, essendo capace di generare connessioni positive, crea legami come



risorse e ciò che, essendo invece incapace di connettere, crea legami come impedimenti.

Il benessere che ne deriva non è più un'erogazione di servizi da parte dello Stato ma è un prodotto della società stessa, della valorizzazione di tutti gli attori presenti sulla scena, e si inserisce in una concezione che vede l'individuo inscindibile dalla sua comunità, protagonista della costruzione del benessere proprio e di chi gli è legato.

In questa società, caratterizzata da una fitta rete di relazioni, l'operatore si basa su una logica di potenziamento e di collaborazione piuttosto che di sostituzione, ed acquista l'opportunità di leggere la realtà socio-sanitaria nella sua complessità (specie nelle *long-term*).

Lo *sguardo relazionale* è in grado di assumere la complessità dei fattori in gioco in un processo di cura a domicilio e di orientarli verso la soluzione dei problemi, e considera ogni aspetto del problema attraverso la condivisione¹¹ (piuttosto che la autoreferenzialità).

In quest'ottica non si guarda "alla per-

sona con il problema" e non si opera unilateralmente su di essa, ma si considera il problema come se questo fosse sempre ripartito all'interno di una rete di relazioni e si pensa sempre come se la soluzione dovesse emergere ed essere realizzata attraverso il concorso della stessa rete o di parte di essa o di una nuova rete potenziata; il professionista non è più un erogatore di prestazioni ma un attivatore di processi relazionali per la soluzione condivisa di un problema.

Il benessere derivato da ciascuna pratica assistenziale è astrattamente una relazione, una combinazione di quella prestazione con il soggetto¹².

Si delinea una nuova modalità assistenziale che pone il professionista nelle condizioni di essere:

- portatore di uno specifico professionale che si orienta su funzioni di assistenza avanzata¹³, con una forte valenza sociale;
- anticipatore di bisogni e necessità assistenziali, orientandosi non solo sul soggetto¹⁴ malato ma anche su quello sano portatore di rischi sanitari potenziali grazie alla conoscenza della mappa dei bisogni della comunità ed in quanto portatore di know-how specifico;
- un professionista riflessivo che esplora l'incertezza e ne ricava apprendimento, crea contatti empatici rispettando il sapere dell'utente, riconosce l'espressione della sua competenza nella capacità di coniugare la sua professionalità con la modalità di metterla in gioco in ogni situazione

¹⁰ La definizione di cittadinanza che ci viene dal contributo di **Thomas Humphrey Marshall**, è composta da tre specifici elementi: il civile, il politico ed il sociale.

Con il primo (elemento CIVILE) l'autore intende quel coacervo di diritti propri della libertà personale dell'individuo (di parola e di pensiero, di proprietà, di stipulare contratti e di ottenere giustizia) e diritti che si sono rivelati indispensabili, fin dal XVIII secolo, per una piena affermazione dell'economia di mercato: la facoltà di spostarsi liberamente nel territorio e di esercitare liberamente un mestiere. Oltre a quelle individuali, con lo sviluppo delle prime organizzazioni operaie diverranno oggetti di rivendicazione anche nuovi diritti collettivi (di associazione politica e di unione sindacale) che, unitamente alla prime istanze per il diritto al lavoro, entreranno in tensione con i valori cardine della società liberale. Tuttavia, i diritti civili diverranno sempre più esigibili, portando all'apertura di un primo spazio politico per le leghe dei lavoratori impegnati nella rivendicazione dei diritti civili. Con il secondo (elemento POLITICO) si evidenzia il diritto a partecipare all'esercizio del potere politico sia in forma passiva, e cioè con il diritto personale di voto (mobilitazione per l'estensione del suffragio), che in forma attiva, ovverosia come diritto ad essere eletto in qualità di membro di un organo politico (sia a livello locale che nazionale).

In ultimo viene l'elemento di più difficile connotazione: quello SOCIALE. Con lo sviluppo dei partiti di massa, al termine di una stagione di conflittualità si porranno le basi per una espressa rivendicazione dei diritti sociali di cittadinanza che condurrà, nel XX secolo, ad una compiuta istituzionalizzazione del sistema scolastico obbligatorio e dei servizi sociali.

L'elemento di novità è nel riallineamento di tali diritti in una sorta di sequenza virtuosa che ne garantisce la rapida estensione all'intera cittadinanza: vecchi diritti vengono garantiti a sempre nuovi strati di popolazione. Inoltre, l'interazione reciproca tra le diverse garanzie sviluppa e consolida un patrimonio comune di appartenenza alla comunità nazionale.

Quando i cittadini arrivano ad integrare lo status e le condizioni di vita del cittadino, si determina una corrispettiva riduzione delle disuguaglianze economiche e sociali. In un contesto di austerità economica, la prospettiva della uguaglianza delle opportunità non si distanzia eccessivamente dall'uguaglianza dei risultati.

Partendo da un'angolatura diversa da quella di Marshall, **Stein Rokkan** ha a sua volta identificato due tipi di diritti tipicamente associati al concetto di cittadinanza (Flora et al., 1999): il diritto ad avere radici (*right to roots*) e il diritto ad avere opzioni (*right to options*). Il primo tipo può essere interpretato come il diritto (la libertà o la facoltà) di appartenere ad una comunità, di piantare e/o coltivare le proprie radici in una data porzione di spazio. Il diritto ad avere opzioni fornisce dal canto suo opportunità e occasioni di scelta in seno al contesto territoriale circostante, consentendo di accrescere e di realizzare le proprie chance di vita (ed anche di spostare altrove le proprie radici, se così si desidera). La gamma e la robustezza delle opzioni dipende in modo cruciale dai diritti civili, politici e sociali vigenti in un dato spazio di cittadinanza, in un dato stato-nazione. Il tritico marshalliano conferisce a sua volta significato e valore aggiuntivo alle radici, all'appartenenza ad una comunità piuttosto che ad un'altra e fornisce inoltre robuste risorse procedurali e materiali per ottenere riconoscimento e rispetto per le radici di ciascuno (Girotti, 1998).

¹¹ Il professionista (l'infermiere) è colui che sa e che può aiutare, ma anche colui che riceve e che può essere aiutato a riconoscere il valore dei saperi essenziali che sono fuori di se stesso, in possesso di altre persone.

¹² Per *erogazione* intendiamo la fornitura di un bene o di un servizio standard prefabbricato secondo logiche di efficienza funzionale. Per *azione di cura* intendiamo reazioni del modo della vita a richieste di aiuto/supporto da parte di un soggetto interessato; tali azioni emergono dalla situazione stessa, non vi si giustappongono per effetto di una domanda esplicita che le fa arrivare da fuori. Molte sono prodotte dal soggetto stesso (self care), altre da persone relazionalmente vicine (familiari in primis) e sono espresse secondo logiche e cadenze dettate dalle percezioni e dalle sensazioni dei singoli genti, che possono intrecciarsi a rete, secondo il grado di condivisione.

¹³ Si intende tutta quella parte di attività professionali che mira al cambiamento di situazioni o abilità dell'assistito, che porta allo sviluppo dell'autocura, all'autogestione della sintomatologia, alla attivazione / promozione di nuovi comportamenti di salute.

¹⁴ Soggetto inteso come persona, famiglia, gruppo o comunità.



che si presenta sempre diversa l'una dall'altra¹⁵.

UNA PROPOSTA PER ATTRAVERSARE LA CRISI

Un effetto derivante dall'assottigliamento della "middle class", al quale è stato fatto in precedenza solo un accenno, è rappresentato dall'incremento della disoccupazione (o del rischio di disoccupazione); vi sono una serie di evidenze scientifiche che pongono in relazione la disoccupazione con il maggiore rischio di suicidio, disturbi mentali e malattie cardiovascolari¹⁶, o con un aumento del 20-25% della mortalità¹⁷. Si registra, quindi, un incremento della quota di popolazione che necessita, potenzialmente, di un ricorso maggiore ai servizi sociali e sanitari e, per contro, è in grado di contribuire al loro mantenimento in misura sempre minore.

Le proposte avanzate da Fattori per fronteggiare questo periodo di crisi globale, si sostanziano in:

- monitoraggio dello stato di salute e della domanda di assistenza, attraverso la lettura e l'interpretazione di dati di flusso informativi in grado di leggere in tempi rapidi l'andamento dei fenomeni su cui la crisi può esercitare effetti rilevanti (in primis, suicidi e tentati suicidi);
- attenzione ed eventuale potenziamento di servizi "sensibili"; dal momento che la crisi non colpisce in modo omogeneo, è importante prestare attenzione ad eventuali *colli di bottiglia* che possano interferire, a volte anche in maniera significativa, con il processo assistenziale da attivare in risposta alle diverse necessità rilevate;
- accesso a servizi non coperti dal Servizio Sanitario Nazionale; la copertura del SSN è abbastanza ampia e pressoché gratuita, ma vi sono alcune aree/servizi che, nei fatti, sono disponibili in modalità adeguata solo a pagamento¹⁸. In queste aree è opportuno un attento monitoraggio della domanda complessiva di assistenza, compresa quella verso il privato, sulla base del quale valutare le possibilità di un eventuale intervento di po-

tenziamento dell'offerta pubblica per rispondere ad una crescita della domanda che non riesce a generare capacità di spesa;

- non dismettere i programmi di sviluppo, specie a fronte di una serie di segnali che suggeriscono per il 2010, con cauto ottimismo, un rallentamento della crisi e la ripresa dell'economia;
- sostegno del settore non-profit, che raccoglie al suo interno una serie di organizzazioni che riescono a raggruppare persone che altrimenti, per ragioni varie, rimarrebbero fuori dai circuiti istituzionalizzati di assistenza (tra questi occorre annoverare gli immigrati clandestini ma, allo stesso livello, anche gli anziani a basso reddito) ed ha la capacità di reagire in modo più tempestivo e mirato di fronte a nuovi bisogni e nuove fragilità;
- impegno nazionale (e internazionale) per la cooperazione e lotta alla povertà; alla riduzione generalizzata del reddito mondiale, del prezzo delle materie prime e dei prodotti agricoli, al crescere del protezionismo economico, si aggiunge la riduzione degli interventi per lo sviluppo dei Paesi più poveri, ma la crisi, che ha origine nelle debolezze delle istituzioni internazionali, non può far pagare i prezzi più alti proprio ai più poveri, nei paesi ricchi come in tutto il resto del mondo.

CONCLUSIONI

Negli suoi 30 anni di vita, il servizio sanitario nazionale ha vissuto importanti riforme. Una grande riforma valoriale (quella del 1978) fu seguita da una riforma pragmatica (quella del 1992-1993) che anticipò l'affermazione delle Regioni come nuovo soggetto politico-sociale e sottolineò la centralità delle condizioni organizzative e gestionali per concretizzare la risposta ai bisogni di salute.

L'evoluzione del sistema non potrà esimersi dal prendere in considerazione le importanti modificazioni strutturali in atto nella nostra società e, tra queste, la riduzione della *middle class*, l'incremento della povertà, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della domanda, elementi che portano a dire che il sistema sanitario nazionale vive oggi la crisi economico-sociale più grave dalla sua istituzione; i principi che lo ispirano indicano chiaramente la necessità di attrezzare tutti i livelli del sistema per attenuare gli effetti della recessione e della disoccupazione sulla salute, prestando particolare attenzione a quella minoranza di persone che ne pagheranno gran parte del prezzo (un effetto derivante dall'assottigliamento

della "middle class", al quale è stato fatto in precedenza un accenno, è rappresentato dall'incremento e dal rischio della disoccupazione).

Indipendentemente dagli interventi che il Governo saprà mettere in atto per superare questo periodo di crisi, occorre tenere conto, nella pianificazione dell'assistenza e, in modo particolare di quella domiciliare, che vi sono state delle importanti modificazioni sociali, che sono mutate le aspettative della popolazione¹⁹, che la domanda di prestazioni (non solo sanitarie) è destinata ad un progressivo e costante incremento, che la prestazioni non può esimersi da una forte connotazione qualitativa. L'idea che le professioni sanitarie siano in una posizione di potere rispetto ai bisogni dei pazienti è ancora diffusa, ma andrebbe rivista.

Il superamento di questo stereotipo permetterà di considerare i pazienti quali partner del processo educativo, condizione fondamentale per l'efficacia dei risultati.

La finalità ultima, ma non certo ambiziosa, è quella di trasferire competenze che mettano il paziente e la sua famiglia in grado di migliorare la propria qualità di vita, pur nella malattia cronica.

BIBLIOGRAFIA

- G. Arioli, R. Montanari, A. Saffioti: "Counseling e professione infermieristica", Carocci Faber Editore, Roma, 2004.
- A. Avanzini: "L'educazione attraverso lo specchio. Costruire la relazione educativa", FrancoAngeli, Milano, 2008.
- A. Bethune (1997), "Unemployment and mortality", in Drever F, Whitehead M (eds), Health inequalities, London, Stationery Office, pp 156-167.
- M. Brunetti: "Equità, assistenza, capitale sociale, appropriatezza e ricerca", su *Politiche Sanitarie*, vol. 9 n. 4 Ottobre-Dicembre 2008, pp. 194-197.
- M. De Marinis, M.C. Pascarella, P. Binetti: "Teorie e pratica: le ragioni di un dialogo", International Nursing Perspectives, Maggio/Agosto, 2004, vol. 4, n° 2.
- G. Fattore: "Crisi economica, salute e sistema sanitario", su *Politiche Sanitarie*, vol. 10 n. 2, Aprile-Giugno 2009, pp. 49-53.
- A. Ferraresi, R. Galani, M. Manfredini: "Educazione terapeutica", Carocci Faber Editore, Roma, 2004.
- D. Foray: "L'economia della conoscenza", Il Mulino editore, Universale Paperbacks, San Giovanni in Persiceto (BO), 2006.
- M. Gaggi, E. Narduzzi: "La fine del ceto medio e la nascita della società low cost", Gli struzzi, Einaudi, 2006.
- F. Girotti: "Welfare state", Carocci editore, 1998.
- M.G. Marmot, R. Bell (2009), "How will the financial crisis affect health?", *BMJ*, 338: b1314.
- K. Moser, P. Goldblatt, J. Fox, D. Jones (1990), "Unemployment and mortality", in Goldblatt P (ed.), Longitudinal study: mortality and social organization, England and Wales, 1971-1981, London, Stationery Office, pp. 81-108.
- G. Muraro, V. Rebba: "Il finanziamento della sanità nei paesi dell'OCSE: struttura e dinamica", su *Politiche Sanitarie*, vol. 9 n. 3, Luglio-Settembre 2008, pp. 121-132.
- M. Pellizzari: "L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi", McGraw-Hill, Milano, 2008.
- L. Sasso, L. Gamberoni, A. Ferraresi, L. Tibaldi: "L'infermiere di famiglia. Scenari assistenziali e orientamenti futuri", McGraw-Hill, Milano, 2005.
- Fondazione Zoè (*a cura di*): "La comunicazione della salute. Un manuale", Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.
- Ministero della Salute: "Il Servizio Sanitario Nazionale. Una grande istituzione al servizio della tua salute", opuscolo informativo in occasione del trentennale del Servizio Sanitario Nazionale, 2008.
- Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna 2008-2010.

15 Mara Pellizzari, 2008

16 Khang et al., 2005

17 Moser et al., 1990, Berthune, 1997, Marmot et Bell, 2009

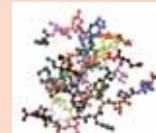
18 Le aree dove la spesa del cittadino risulta particolarmente consistente sono identificabili nell'Oculistica, la Riabilitazione e l'assistenza odontoiatrica.

19 Si faceva riferimento, in precedenza, ad un'ipotesi di modello di welfare low-cost.

Operatore sanitario e diabete: indagine sulla correlazione fra la condizione di diabete e il benessere organizzativo



Autore: M. Pandini Azienda U.S.L. di Ferrara



Introduzione

Nel Presidio Unico Ospedaliero dell'Azienda UsI di Ferrara lavorano 1136 Operatori Sanitari dell'area comparto che operano in servizi a ciclo diurno h12 o continuo h24. Sempre più frequentemente viene osservato un aumento del peso corporeo negli operatori e non di rado il medico competente evidenzia e riscontra casi di diabete mellito.

L'Azienda USL ha, pertanto, deciso di indagare e valutare la capacità di lavoro degli infermieri affetti da malattia dismetabolica, valutando se la presenza di diabete può avere effetti sul benessere organizzativo e, al contempo, si è fatta promotrice di iniziative che favoriscono corretti stili di vita anche sul posto di lavoro.

Obiettivo

Comprendere la reale dimensione del fenomeno infermieri diabetici nei servizi ospedalieri e verificare se e quali dimensioni lavorative sono intaccate dalla presenza della

patologia. Indagare il benessere organizzativo ed, eventualmente, intervenire sull'organizzazione.

Metodo

A tutto il personale turnista da almeno un anno, 1136 dipendenti, è stato somministrato nel secondo semestre del 2009, un questionario anamnesico per verificare lo stile di vita del professionista.

Attraverso l'analisi dei dati raccolti e l'applicazione di una scala, è stata calcolata la percentuale di operatori sanitari che hanno la probabilità di diventare diabetici nei prossimi 10 anni e, allo stesso tempo, grazie al coinvolgimento del Servizio di Prevenzione e Protezione, sono stati individuati gli operatori affetti da diabete mellito.

In una fase successiva gli operatori sanitari con una possibilità su tre di diventare diabetico entro i prossimi dieci anni, come emerso dall'applicazione delle scale, sono stati sottoposti a test glicemico.

L'ultimo step ha previsto la somministrazione di un questionario per valutare il benessere organizzativo; il questionario è stato sottoposto agli operatori che avevano effettuato il test glicemico (gruppo di intervento) e ad un campione di controllo non sottoposto al test ma che lavora nelle stesse Unità Operative.

Risultati

Dall'indagine condotta sono stati individuati nel Presidio Unico Ospedaliero 115 professionisti a rischio, 23 professionisti con intolleranza glucidica e 1 professionista diabetico.

Non sono state evidenziate correlazioni di alcun tipo tra la presenza di malattia diabetica e benessere organizzativo. Il diabete ben compensato, infatti, non rappresenta un



ostacolo per il mondo del lavoro e non implica una riduzione della capacità lavorativa.

È tuttavia da sottolineare un limite dell'organizzazione rappresentato dalla difficoltà di diagnosi precoce per la mancanza di sintomatologia, lo sviluppo della diagnosi precoce è, pertanto, di fondamentale importanza.

La prevenzione può essere favorita dalla gestione integrata multidisciplinare del paziente.

La stessa indagine verrà condotta nel 2010 anche per i servizi territoriali.



Articolo pubblicato su Scenario, il nursing nella sopravvivenza, n. 4 del 2009, Organo ufficiale aniarti - Associazione Nazionale Infermieri di area Critica
Per gentile concessione dell'Editrice

L'utilizzo dei "Diari del paziente" in Terapia Intensiva

Autori:

Massimo Michele Greco Coordinatore Gestionale, Policlinico Tor Vergata – Roma, Docente di Pedagogia Generale e Sociale, Laurea Magistrale in Infermieristica, Seconda Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università La Sapienza Roma

Silvana Di Florio Coordinatrice Gestionale della Terapia Intensiva – Policlinico Tor Vergata - Roma

Marco Romani Coordinatore Clinico dell'Area Emergenza del Policlinico di Tor Vergata - Roma

Gaetano Romigi Coordinatore, Docente e Tutor Corso di laurea in Infermieristica e Master 1° livello - Università di Tor Vergata (sede ASL Rm C)

Lucia Portis Antropologa, Docente di Antropologia Culturale, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino

Per contatti: e-mail massimo.greco@ptvonline.it

L'articolo descrive l'utilizzo dei Diari di Terapia Intensiva, una prassi presente in alcune strutture sanitarie del nord Europa.

I Diari sono considerati uno strumento del prendersi cura di un uno dei maggiori problemi di salute che incontrano i pazienti dimessi dalla Terapia Intensiva: la difficoltà di ricordare gli eventi reali capitati durante il ricovero.

Il ricordare in modo allucinatorio e frammentario, dovuto sia alle condizioni acute sia alla sedazione, può essere d'ostacolo al processo di riabilitazione successivo alla dimissione, fino a portare in molti casi allo sviluppo di una Sindrome da Stress Post-Traumatico.

I Diari, che riportano per lo più gli eventi del ricovero con un linguaggio semplificato, sono finalizzati ad aiutare il paziente a riguadagnare il senso d'integrità personale e d'identità, permettendo la costruzione di una memoria narrativa del periodo trascorso in Area Critica. Il metodo utilizzato per giungere ad un'articolata descrizione delle varie prassi adottate nelle Terapie Intensive straniere è consistito nell'effettuare una ricerca su database di riviste infermieristiche e mediche, giungendo a considerare varie tipologie di gestione e sviluppo di questo tipo di diari.

Il risultato di questa ricerca ha dato rilievo ad una molteplicità di stili, modelli e soluzioni.

Le conclusioni sottolineano come l'uso di questi diari possa essere considerato parte importante delle attività del prendersi cura, anche se l'applicabilità nel contesto culturale e antropologico italiano sia ancora



da verificare. Si afferma inoltre che, contrariamente a quanto solitamente pensato, anche l'Area Critica è un campo d'applicazione dell'approccio chiamato Medicina Narrativa.

Scopo dell'articolo

È generalmente acquisito che il campo d'interesse dell'Area Critica non può limitarsi al momento acuto e alla permanenza nei reparti di Rianimazione e di Terapia Intensiva, ma che esso deve considerare anche gli elementi che favoriscono od ostacolano il percorso di riabilitazione seguente la dimissione.

Tra gli strumenti che possono concorrere a rispondere ai bisogni del paziente nel suo percorso di riabilitazione, in alcune strutture sanitarie soprattutto estere, è utilizzato il "Diario del paziente" di Terapia Intensiva (in inglese ICU Diary).

L'articolo, redatto con l'intento di dare una descrizione di questa prassi, si basa su una selezione effettuata sul database PUBMED e

sul Web, senza porre limiti di tempo ed inserendo alcune parole chiave quali ICU diary, narrative, narrative based medicine, narrative based nursing.

La quasi totalità dei testi esaminati si riferisce a campioni piuttosto piccoli, studiati per lo più con metodi qualitativi: la generalizzabilità dei risultati e delle considerazioni è quindi limitata, a vantaggio di una maggiore intensità descrittiva delle modalità applicative e dei vissuti dei soggetti coinvolti. In questo scritto ci si concentrerà esclusivamente sulla descrizione di questa prassi.

Nelle considerazioni finali di questo scritto, condivideremo alcune riflessioni e spunti d'approfondimento ulteriore.

Il contesto: l'estensione del concetto di qualità delle cure intensive

Tra gli esiti auspicabili di un ricovero in Terapia Intensiva si considerano già da un po' di tempo non solo la sopravvivenza del ricoverato rispetto alle condizioni acute e la prevenzione di sequele patologiche secondo un'ottica bio-medica, ma anche la qualità della sua vita successiva secondo un modello biopsicosociale^{1,2}.

All'ampliamento temporale del campo d'interesse (ad es. pianificazione del follow-up e dei percorsi di riabilitazione³), si è aggiunta quindi l'estensione di esso ad istanze psico-sociali, che sono state riconosciute importanti per il recupero a lungo termine e per il benessere anche del contesto sociale

1 WALDEMANN C. Intensive aftercare after intensive care. *Current Anaesthesia and Critical Care* 1998; 9: 134-139.

2 ENGEL GL. The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 1977; 196, 129-136.

3 DEPARTMENT OF HEALTH. *Comprehensive Critical Care. A Review of Adult Critical Care Services*. 2000; London: The Stationary Office.

e familiare d'appartenenza⁴. All'attenzione alla dimensione disease (la malattia nel senso strettamente fisiopatologico) si è affiancata quindi, come per altre branche della clinica e dell'assistenza, l'attenzione alla dimensione illness (la malattia come è vissuta dal paziente e dalla sua rete di relazioni sociali).

Tra gli elementi che concorrono a determinare la qualità della vita successiva alla dimissione, nonché la velocità e l'efficacia del percorso di riabilitazione, vi è la possibilità di ricordare ed elaborare il vissuto del periodo trascorso nei reparti critici. Come alcune ricerche hanno chiarito^{5,6}, le persone ricoverate in Terapia Intensiva e che vi trascorrono un lungo periodo in stato di incoscienza, hanno dei ricordi frammentati e confusi dell'esperienza. Questa indeterminazione del ricordo influenza anche la consapevolezza circa la gravità delle condizioni di salute, circa la complessità delle cure e il tempo necessario per completare la convalescenza con successo⁷.

In molti casi, i pazienti ricordano con maggior chiarezza le proprie allucinazioni riguardo al ricovero, anche in termini visivi, piuttosto che i fatti concreti che hanno vissuto⁸. Sono ricordate anche sensazioni auditive, gustative, cinestesiche e propriocettive senza che queste siano attribuibili ad eventi o a fenomeni chiari nella coscienza del paziente (gli odori pungenti, i rumori delle apparecchiature, i cambi posturali vissuti in passività, etc.). La temporalità, ossia il tempo come è vissuto e percepito soggettivamente, risulta anch'esso lesa dal-

l'esperienza del ricovero in Terapia Intensiva, per la difficoltà di reintegrare la percezione frammentata e obnubilata del tempo vissuto in ospedale e di correlare i ricordi frammentati e spesso onirici in una linea temporale coerente⁹.

Nei racconti dei pazienti dimessi dalla Terapia Intensiva, il registro metaforico e immaginifico può essere letto come un tentativo di dare un senso e una rappresentabilità di un'esperienza vissuta non solo nel terrore e nella sofferenza, ma soprattutto nel disorientamento e nella passività¹⁰.

La difficoltà nel ricostruire il vissuto del ricovero è messa in relazione spesso, dopo la dimissione e durante la convalescenza, a problemi psicologici^{11,12} che possono costituire a lungo termine un ulteriore problema di salute¹³ fino ad arrivare ad una possibile diagnosi di Disturbo da Stress Post-traumatico (PTSD). In alcuni studi sono stati inoltre evidenziati il "bisogno di sapere"¹⁴ dei pazienti e il beneficio che possono trarre dal poter accedere ad informazioni riguardanti il loro soggiorno in Area Critica: la possibilità di ricostruire gli eventi che si sono vissuti nell'incoscienza e nell'incoscienza è in grado, secondo alcuni studi, di compensare e in molti casi risolvere le sequele allucinatorie, gli attacchi di panico frequenti nel lungo termine e la sindrome PTSD.

Oltre all'aspetto individuale, tutto il sistema sociale attorno al paziente è messo sotto pressione dal "bisogno di sapere", come fa notare Griffiths: spesso i familiari sono interrogati dal paziente dimesso circa gli eventi del ricovero e sono co-

stretti a ritornare più volte a raccontare ricordi dolorosi.

La possibilità di ancorare le percezioni confuse con ricordi concreti e fattuali può quindi rivestire un profondo significato sia per il paziente che per i suoi cari¹⁵, che vivono, durante il ricovero ma anche a posteriori ripensando all'esperienza, il bisogno di essere rassicurati sul fatto che il paziente sia stato il più possibile curato e confortato^{16,17}.

Alcune ricerche hanno così formulato l'ipotesi che dando al paziente dimesso informazioni personalizzate circa il passato ricovero si riesca a restituire il senso di controllo sulla propria vita, reintegrando la percezione del tempo vissuto con dettagli che possono agganciarsi ai ricordi frammentati creando un racconto coerente¹⁸.

Come si avrà modo di elaborare nelle considerazioni conclusive, si può parlare non solo di "bisogno di sapere", ma anche di "bisogno di raccontarsi", di restaurare quello spazio di rappresentazione narrativa di se stessi che, secondo alcuni autori, indirizza e costituisce il nostro senso d'identità e d'integrità del sé¹⁹.

Si tratta quindi di ripristinare e garantire il "diritto alla propria autobiografia" laddove questo sia stato espropriato da un'esperienza di passività, frammentazione del sé e spaesamento²⁰, come può essere considerata la condizione di paziente di Area Critica.

Il diario: formati, stili e contenuti

Il "Diario del paziente" in Terapia

- 4 PERRINS J, KING N, COLLINGS J. Assessment of long-term psychological well-being following intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing* 1998; 14: 108-116.
- 5 GRANBERG A, BERGBOM ENGBERG I, LUNDBERG D. Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive and Critical Care Nursing* 1998; 14: 294-307.
- 6 COLUCCI S, PAZZAGLINI AR, PERRONE A. Lo stato confusionale acuto (SCA) nel paziente in unità di terapia intensiva postoperatoria. *Scenario* 1998; 2008; 25 (4): 19-24.
- 7 SAMUELSON K, LUNDBERG D, FRIDLUND B. Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Care Medicine* 2006; 32: 660-667.
- 8 GRIFFITHS RD, JONES C. Filling the intensive care memory gap? *Intensive Care Med* 2001; 27(2):344-6.
- 9 BÄCKMAN C, WALTHER S. Use of a personal diary written in the ICU during critical illness. *Intensive Care Medicine* 2001; 27: 426-429.
- 10 SOFRI A. Quelle vite sospese nel reparto di rianimazione 18.10.2006. *La Repubblica*.
- 11 JONES C, GRIFFITHS R, HUMPHRIS G, SKIRROW P. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine* 2001; 29: 573-577.
- 12 SCRAGG P, JONES A, FAUVEL N. Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia* 2001; 56: 9-14.
- 13 SKIRROW P. The impact of current media events on hallucinatory content in the ICU patient. *British Journal of Clinical Psychology* 2000; 5: 34-39.
- 14 HUPCEY JE, ZIMMERMAN HE. The need to know: experiences of critically ill patients. *American Journal of Critical Care* 2000; 9: 192-198.
- 15 COMBE D. The Use of Patient diaries in an intensive care unit. *Nursing in Critical Care* 2005; 10: 31-34.
- 16 VERHAEGHE S, DEFLOOR T, VAN ZUUREN F, DUIJNSTEE M, GRYPDONCK M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005;14(4):501-9.
- 17 BERGBOM I, SVENSSON C, BERGGREN E, KAMSULA M. Patients'and relatives' opinions and feelings about diaries kept by nurses in an intensive care unit: pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing* 1999; 15: 185-191.
- 18 BÄCKMAN C, WALTHER S. Use of a personal diary written in the ICU during critical illness. *Intensive Care Medicine* 2001; 27: 426-429.
- 19 DEMETRIO D. *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Editore Raffaello Cortina 1996.
- 20 Cfr. ad esempio PORTIS L. *Storie allo specchio. Racconti migranti*. Milano: Editore Unicopli 2009.



Intensiva è un documento contenente informazioni di livello semplice su ciò che accade al paziente durante il ricovero in Area Critica. La struttura e i modelli di diario variano secondo la struttura sanitaria dove sono sviluppati: in termini generali, nel diario non sono presenti informazioni cliniche ma osservazioni e descrizioni d'eventi, anche minimi, che riguardano il paziente. Alcuni centri hanno portato avanti progetti di diario retrospettivo, compilato a posteriori sulla scorta della documentazione clinica dal personale di reparto: in questo caso, le perplessità hanno riguardato il consumo di tempo per compilare questo tipo di documento.

La maggior parte dei diari citati negli articoli scientifici riguarda invece una tipologia prospettica, secondo la quale il diario è redatto durante il ricovero.

Questo articolo tratta del tipo di diari prospettico.

Di seguito un esempio di scrittura del "Diario del paziente" di Terapia Intensiva:

Lunedì 18 giugno

'Sei stato sdraiato sul tuo stomaco per diverse ore oggi. Ciò significa che invece di giacere sul tuo dorso o sul fianco, ti abbiamo girato, supportando il tuo lato destro con dei cuscini. Facciamo questo perché fa bene ai tuoi polmoni e ti aiuta ad assumere l'ossigeno. Mi domando se di solito dormi a pancia in giù. Sembri così rilassato in questa posizione. Mi chiedo se ricorderai che sei stato sdraiato in questa posizione,

quando ti sarà permesso di svegliarti.'

Christine Lind, intensive care nurse²¹

In alcune strutture sanitarie, l'intero diario è lasciato al letto del paziente; in altre si appronta un raccogliatore a fogli singoli rimovibili, cambiati di giorno in giorno e poi conservati in un luogo sicuro del reparto. Il testo è redatto principalmente dal personale sanitario, infermieristico e medico, in modo volontario. In alcuni centri, i parenti/visitatori, insomma tutti quelli che sono coinvolti nella cura, sono incoraggiati a leggere il diario e a contribuire con riflessioni, pensieri, commenti e notizie, ad esempio su quello che succede a casa, sulle persone che hanno chiesto del paziente, su altre notizie considerate importanti per il paziente (anche i risultati sportivi); se ci sono bambini, si includono nel diario disegni e letterine scritte da loro.

In alcune strutture, una commissione interna al reparto rivede e approva il contenuto del diario in fase finale, in alcuni casi fornendo anche una consulenza medico-legale circa l'opportunità della consegna.

Nel modello sperimentato da Combe¹ il diario inizia con un breve sunto degli eventi che hanno portato al ricovero in Area Critica.

Nel modello descritto da Bäckman a queste informazioni si aggiungono gli eventi iniziali e lo stato della malattia all'atto del ricovero.

Il personale sanitario poi, giornalmente, vi scrive informazioni fattuali circa le condizioni del paziente, gli eventi della giornata e ogni modifica dei trattamenti. Bäckman specifica, che lo scrivere è un atto volontario, che in ogni caso va sottoscritto con la firma.

Si cerca di utilizzare un linguaggio semplice e diretto.

Nella ricerca sull'utilizzo dei diari in Danimarca²², si riporta che lo stile di scrittura deve essere per lo più distaccato e che si deve evitare un tono confidenziale (ad es. alcune strutture non incoraggiano l'utilizzo di termini quali "Dear", per evitare il paternalismo). Solitamente, sono i familiari ad utilizzare un linguaggio più emotivo e colorato affettivamente.

Roulin²³, analizzando i contenuti di alcuni diari, ha messo in luce la dimensione chiave della condivisione (sharing): della storia di ricovero; della presenza costante, sia di chi scrive che del paziente; delle emozioni e dei sentimenti dei familiari e del personale di cura; della voglia di essere di supporto alla guarigione del paziente, tramite incoraggiamenti, messaggi di buon augurio, supporto reciproco tra chi scrive. Così commenta Roulin: "Nei diari c'è qualcosa di più di una semplice narrazione di eventi: essi sono un'attività del prendersi cura"²⁴ (They are a caring activity).

Il concetto di condivisione evoca quindi la dimensione comune e condivisa del prendersi cura, tramite una narrazione partecipata e collettiva. Storli, in un suo studio fenomenologico, mette in luce come l'utilizzo di un linguaggio chiaro e comprensibile può essere visto come un atto di cura, come qualcosa fatto espressamente per il paziente. Il diario può considerarsi come la parte scritta di una "caring conversation", che continuerà verbalmente dopo le dimissioni, dove la persona sofferente trova uno spazio dove riottenere la propria autostima.

Il diario costituisce anche una verifica/conferma della presenza dei propri cari accanto a sé e una conferma del proprio valore in forza della testimonianza circa la sollecitudine del personale di cura²⁵.

Utilizzo di fotografie nel diario

Come già specificato prima, una delle fonti di spaesamento per il paziente dimesso dalla Terapia Intensiva riguarda il non riuscire a rendersi conto della gravità delle condizioni né dell'estensione e dell'intensità delle cure subite.

Avere la possibilità di confrontarsi con una fotografia è stato descritto da alcuni pazienti come un mezzo utile per questa presa di coscienza. Le fotografie sono utilizzate a volte come ausilio, insieme all'esame dei contenuti del diario, durante il counseling di follow-up con il paziente.

Non sono riportati particolari effetti negativi, ma anzi si pone l'accento sulla possibilità di utilizzare le fotografie come strumento d'elabora-

21 STORLI SL, LIND R, VIOTTI I. Using diaries in intensive care: A method for following up patients, *The World of Critical Care Nursing*, Vol. 2, N° 4
22 EGEROD I, SCHWARTZ-NIELSEN KH, HANSEN GM, LAERKNER E. The extent and application of patient diaries in Danish ICUs in 2006. *Nursing in Critical Care* 2007; 12:150-167

23 ROULIN MJ, HURST S, SPIRIG R. (2007). Diaries written for ICU patients. *Qual Health Res.* Sep;17(7):893-901

24 Traduzione nostra

25 ENGSTRÖM A, GRIP K, HAMRÉN M. (2009). Experiences of intensive care unit diaries: 'touching a tender wound'. *Nurs Crit Care.* Mar-Apr;14(2):61-7

zione della realtà del vissuto di ricovero e di definizione degli obiettivi di riabilitazione.

Una ricerca qualitativa sulla percezione da parte dei pazienti di questi diari con le fotografie ha dato risultati positivi: i commenti dei pazienti hanno messo in luce la possibilità di utilizzare le fotografie per raccontare e condividere con i loro cari la condizione vissuta, altrimenti difficile da spiegare¹⁸.

La ricerca di Bergbom sull'apprezzamento da parte dei pazienti del diario, pur riguardando un piccolo campione, ha messo in luce come fosse sentita la mancanza delle fotografie.

L'esecuzione di fotografie è concordata con i parenti, dai quali si cerca il consenso informato (verbale o scritto secondo i centri) dopo aver loro spiegato i benefici di tale pratica e l'assoluta tutela nei termini della privacy.

Alcune sperimentazioni hanno ritenuto importante per i pazienti l'inclusione nelle fotografie del personale di cura e dei visitatori, per rendere evidente il fatto che non erano stati lasciati da soli.

Si è abbastanza concordi nell'utilizzare con accortezza e prudenza tale strumento, ma, in alcuni casi, si è scelto di oviare al problema della riservatezza includendo fotografie generiche dell'unità di degenza.

L'informazione e la formazione del personale di Terapia Intensiva

Le modalità di redazione sono nella maggior parte dei casi definite a priori con fogli informativi o con Linee guida per il personale curante, con indicazioni circa il tipo di notizie e informazioni che vanno inserite.

Le Linee guida, se presenti, possono definire anche: il tipo di paziente per il quale attivare questo strumento, solitamente in base alla prognosi; la modalità di restituzione al paziente; di conservazione; di eventuale trasmissione; di distruzione.

Nelle esperienze descritte nella letteratura esaminata non si parla esplicitamente di una formazione sulla competenza alla scrittura, cosa che va rilevata in considerazione

delle diverse resistenze che l'atto di scrivere può comportare, soprattutto quando questo abbia dei significati non direttamente professionali (registrazione degli atti e dei dati clinici ed assistenziali, etc.) ma più propriamente narrativi e discorsivi.

La consegna del diario al paziente

Il diario è consegnato al paziente con modalità che variano in base al tipo d'organizzazione dei percorsi assistenziali, al momento o della dimissione dalla Terapia Intensiva e del trasferimento in reparto di degenza ordinaria, o durante il follow-up. In alcune esperienze, la consegna si compie durante un incontro con il paziente e l'operatore principale (Primary team nursing, Clinical ICU Nurse); in altri casi la consegna del diario e l'incontro con il personale avvengono in due momenti distinti.

I pazienti esprimono spesso una profonda gratitudine nel ricevere il diario, che è visto come un dono gratuito e di grande significato²⁶; anche per i familiari dei pazienti deceduti, questo strumento può aiutare l'elaborazione del lutto e costituire un mezzo di conforto. Per molti pazienti, la lettura del diario è un'azione che richiede tempo: per alcuni di loro, la possibilità di ripensare e affrontare la narrazione scritta dell'esperienza può richiedere anche qualche mese.

La lettura dei fatti concreti accaduti durante il ricovero è riferita dai pazienti come un ausilio per elaborare l'esperienza, andare avanti e, in un certo senso, mettere da parte per quanto possibile l'esperienza.

L'utilizzo dei "Diari del paziente"

Diffusosi prima in area scandinava e poi in Nord Europa²⁷, l'utilizzo di "Diari del paziente" in Terapia Intensiva è entrato a far parte, con il tempo, di un'ampia ed estensiva pianificazione delle cure intensive, che utilizza tale strumento nel follow-up e nella riabilitazione psicosociale del paziente dimesso.

Viene riferito che le prime esperienze di "Diario del paziente" sono state realizzate nel 1984 in Dani-

marca e che attualmente il 40% delle terapie intensive danesi utilizzano i diari.

Essi sono stati introdotti non tanto come un trattamento formalmente riconosciuto, ma, ci sembra di poter dire, come un'iniziativa pragmatica, frutto di un sapere empirico e di un'intuizione empatica da parte del personale infermieristico.

Le promotrici di tale prassi sembrano, infatti, essere principalmente le infermiere²⁸, come descritto non solo dallo studio danese ma anche altrove²⁹.

Le ricerche su quanto questo strumento influisca sul percorso di riabilitazione sono state finora effettuate su campioni abbastanza piccoli e non si è giunti a delle conclusioni certe, anche se i risultati sono molto incoraggianti.

La ricerca di Bergbom su un piccolo campione di pazienti ha confermato la capacità del diario di aiutare il paziente a ricostruire temporalmente gli eventi.

E' necessaria in ogni caso una verifica su campioni quantitativamente e qualitativamente più importanti, soprattutto sugli effetti misurabili di tale pratica³⁰.

Un tale tipo di strumento sarebbe in linea, senza nulla togliere alla necessità d'interventi specialistici di tipo psichiatrico, con modelli di interpretazione del PTSD che sottolineano una relazione tra risoluzione della sindrome e capacità di costruire una rappresentazione autobiografica coerente del proprio vissuto³¹.

A breve dovrebbero essere a disposizione i dati provenienti da uno studio multicentrico che coinvolge dieci Terapie Intensive europee per



26 STORLI SL, LIND R. The meaning of follow-up in intensive care: patients' perspective. *Scand J Caring Sci* 2009; 23(1):45-56.

27 Allo stato attuale della mia ricerca, non mi risultano esperienze italiane. Dalla ricerca bibliografica effettuata, le esperienze più interessanti si concentrano in Nord Europa (Paesi scandinavi, Inghilterra, Germania, Svizzera).

28 Abbiamo utilizzato il genere femminile di proposito, avendo avuto l'impressione che la maggior parte dei soggetti coinvolti, sia nella realizzazione di questi diari sia nella ricerca su di essi siano donne, per lo meno nell'ambiente infermieristico.

29 KNOWLES RE, TARRIER N. Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: a randomized controlled trial. *Crit Care Med*. 2009;37(1):184-91.

30 GRIFFITHS RD, JONES C. The intensive care unit diary and posttraumatic stress disorder. *Crit Care Med*. 2009; 37: 2145-2146.

31 EHLERS A, CLARK D. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Therap* 2000; 38:319-345.

un totale di 350 pazienti, circa la capacità del "Diario del paziente" di ridurre l'incidenza di PTSD cronica.

Alcune considerazioni

Come iniziativa spontanea, simile a tante iniziative che sono prese dal personale infermieristico, la redazione dei diari è stata realizzata per molto tempo come un gesto gratuito di cura e d'attenzione e non tanto come una prestazione assistenziale "ufficiale".

Probabilmente, la necessità di preservare l'aspetto di dono di questi atti (come di tanti altri comportamenti, ad esempio il toccare affettivamente il paziente, la scrittura spontanea da e verso i pazienti, etc.) ha permesso a queste iniziative di diventare prassi anche consolidate.

C'è voluto invece un po' di tempo perché esse siano diventate destinatarie di ricerche finalizzate a migliorarne le modalità di realizzazione e a verificarne gli eventuali effetti in termini di salute. Questi interventi sono stati spesso effettuati in base alla percezione soggettiva, da parte del personale di cura, di un bisogno a cui rispondere, non tanto, almeno finora, in base ad aspettative certe, determinate da evidenze scientifiche.

L'evidenza e il senso di necessità sono invece i risultati di una sensibilità empatica e di una intelligenza emotiva del personale infermieristico.

È da indagare quanto e perché questo tipo d'iniziativa, che hanno pur larga parte nell'arricchire di senso esistenziale l'assistenza, sia per chi la riceve che per chi la realizza, fatichino spesso ad acquisire valore ufficiale e autorevolezza. Un'altra dimensione è quella dell'adozione di una prospettiva narrativa nell'assistenza.

Ci si riferisce all'approccio denominato Medicina Narrativa, ossia la medicina e l'assistenza praticate con competenza narrativa, che consiste nella capacità di assorbire, interpretare e rispondere alle storie di malattia³².

In questa prospettiva, praticare la cura e prendersi cura vogliono dire anche porre attenzione alla dimensione del raccontarsi, del paziente e dell'operatore: diventano quindi materia viva, e non accessoria, dell'assistenza e della clinica i vissuti e il linguaggio con cui sono condivisi. In estrema sintesi, la Medicina Nar-



rativa, vicina al modello biopsicosociale, propone un'integrazione tra la dimensione Narrative Based e quella Evidence Based: tra la commensurabilità dell'approccio biomedico e l'incommensurabilità del vissuto della persona assistita e di chi si prende cura³³.

La maggior parte degli autori e delle autrici che si interessano di Medicina Narrativa, ma forse anche la maggior parte degli operatori di Area Critica, escludono solitamente dal campo di dominio di tale approccio le condizioni acute (Pronto soccorso, Reparti di Area Critica e Rianimazione), individuando come elettive di questo tipo d'approccio le condizioni croniche e a lungo termine (diabete, malattie oncologiche, etc.).

Le esperienze dei "Diari del paziente" in Terapia Intensiva invece rappresentano una possibilità d'applicazione di competenze narrative anche in contesti acuti e critici, dove la sensibilità narrativa, ossia il rilievo che è dato all'attitudine del tutto umana di raccontarsi e di potersi raccontare, entra in campo come strumento d'integrazione del sé del paziente.

Se, come riassume Zannini, "esercitare una medicina narrative-based significa (...) raccogliere in modo adeguato tutte le informazioni utili sul disease, analizzare la illness del paziente attraverso le tecniche di comunicazione più idonee (vale a dire quelle patient-centered) e co-costruire con lui/lei una storia di malattia"³⁴, ci sembra che l'utilizzo dei "Diari del paziente" rientri in questa definizione.

Il concetto di co-costruzione della storia di malattia quindi può essere applicato anche nei contesti di counseling di follow-up, di competenza infermieristica, in cui il diario fa parte di una strategia e di una relazione di aiuto che, tramite il confronto e la discussione con il paziente sui contenuti del diario, sono finalizzati a co-costruire la

storia dell'esperienza di ricovero.

Rimangono da verificare, con strumenti specifici e contestualizzati rispetto alla situazione italiana, alcune criticità (ad esempio dal punto di vista medico-legale).

Una criticità che ci sembra interessante si rivela dal punto di vista antropologico: il concetto di malattia, di vulnerabilità, di condivisione con gli altri del proprio stato di salute/malattia e di socializzazione del vissuto di dipendenza, sono categorie fortemente influenzate dalla cultura d'appartenenza.

Avendo l'intenzione di avviare tale prassi in Italia, prima di applicare i modelli di "Diari del paziente" sviluppati nel Nord Europa, bisognerebbe interrogarsi su come alcuni elementi possano avere tutto un altro significato nel contesto culturale italiano.

È necessario quindi procedere ad una verifica delle attitudini e degli atteggiamenti, sia dei pazienti che del personale di cura, rispetto a questo strumento e alle attività di scrittura richieste.

Una delle dimensioni che viene evocata e messa in discussione dalla prassi dei "Diari del paziente" di Terapia Intensiva è il concetto di memoria: nel pensiero comune, in senso ingenuo dunque, la memoria è vista come un magazzino dove sono stoccati i ricordi come fossero oggetti imm modificabili.

L'utilizzo dei diari, soprattutto come strumento durante il counseling, si riferiscono alla memoria come un processo dinamico, fluido, frutto di una costruzione più che di una scoperta, un esercizio il cui beneficio è nel rendere presente il passato anche a costo di una reinterpretazione degli eventi. Inoltre, questo "avere", questo "possedere" la memoria di sé si conferma alla base della possibilità di vivere, o meglio, di viverci.

Oliver Sacks, così come lo cita Bert in un testo sulla Medicina narrativa, scrive a proposito delle persone con sindrome di Korsakov che "per essere noi stessi dobbiamo avere noi stessi: possedere, se necessario ri-possedere la storia del nostro vissuto".

Dobbiamo 'ripetere noi stessi' (...) rievocare il dramma interiore, il ricordo di noi stessi.

L'uomo ha bisogno di questo racconto interiore continuo, per conservare la sua identità, il suo sé³⁵.

32 CHARON R. Narrative medicine. Honoring the stories of illness, New York: Oxford University press 2006

33 GRECO M.M. Prendersi cura delle storie di malattia: la medicina narrativa. Pedagogika.it 2008; Anno XII, n°1 – Gennaio-Febbraio

34 ZANNINI L. Medical humanities e medicina narrativa, Milano: Editore Raffaello Cortina 2008, p.69

35 BERT G. Medicina narrativa – Storie e parole nelle relazioni di cura, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2007, p.176



Anche NOI ci siamo



Donare il sangue per prendersi cura di noi e degli altri

TEMA: il sangue è indispensabile alla vita e il bisogno di cittadini-donatori è in continua crescita.

I servizi di primo soccorso e di emergenza, come la chirurgia, le attività di alta specializzazione chirurgica e tutti gli ambiti affini, nonché l'aumento di gravi patologie croniche, comportano un continuo aumento delle richieste di sangue. La RER e le associazioni di volontariato coinvolte, promuovono puntualmente campagne di comunicazione per sensibilizzare la popolazione alla donazione, offrendo collaborazione e supporto per lo sviluppo di progetti dedicati, a livello locale. La disponibilità di sangue, infatti, dipende esclusivamente da un dono volontario e gratuito.

AMBITO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO
La provincia di Ferrara con le due Aziende Sanitarie pubbliche.

ATTORI COINVOLTI

Dipendenti AUSL, AOSP, AVIS provinciale.

CRITICITÀ

Per quanto riguarda la provincia di Ferrara, il maggior consumo di sangue e dei suoi derivati è caratterizzato da:

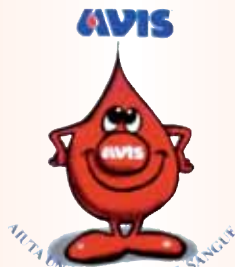
- aumento della popolazione non residente;
- significativo aumento dell'incidentalità nel periodo estivo;
- presenza endemica di soggetti talassemici;
- significativa presenza di popolazione anziana con patologie croniche;
- le due Aziende sanitarie, con un numero di oltre 7000 dipendenti (la maggior parte in età adatta alla donazione), hanno uno scarsissimo numero di donatori.

PUNTI DI FORZA

- nella provincia è presente una rete capillare di sedi AVIS con associati molto motivati ed attivi;
- le Aziende sanitarie hanno referenti aziendali per estendere all'interno delle proprie sedi le campagne informative regionali e nazionali (ad esempio quella estiva, o dedicata ai ragazzi ecc...);
- possibilità di partecipare a eventi e varie manifestazioni locali (fiere e sagre) con stand espositivi per supportare le campagne di donazione;
- le due Aziende sanitarie hanno un unico "Comitato per il buon uso del sangue" che segue ed uniforma procedure di utilizzo, risparmio e organizzazione del sangue raccolto.

OBIETTIVO

motivare il personale dipendente delle Aziende sanitarie provinciali all'esercizio del dono di sangue, attraverso lo sviluppo di un progetto di *progettazione partecipata*, con il coinvolgimento di tutti gli operatori e delle associazioni di volontariato interessate.



METODO

In occasione della partenza della nuova campagna regionale 2009/2010 per la sensibilizzazione alla donazione, abbiamo iniziato una prima fase di riflessione fra le nostre Aziende sanitarie e la RER, attraverso una valutazione della situazione esistente circa il numero dei donatori in relazione al totale del personale dipendente.

Prima fase: analisi, legata alla dimensione collettiva, ai punti di criticità e di forza del sistema.

Si è intrapreso un percorso più specifico di motivazione e soprattutto di coinvolgimento degli stessi operatori dipendenti delle Aziende: in quanto aderenti ad un sistema sanitario pubblico orientato alla prevenzione ed alla cura della popolazione dovrebbero manifestare una maggior sensibilità all'argomento, ma da una rilevazione, seppur parziale, emerge che per un totale di 3300 dipendenti dell'AUSL, nel 2008 la percentuale di donatori non raggiunge il 3%.

Seconda fase: si possono individuare due tranche, che si compenetrano e si caratterizzano in due modalità:

1. Piano di Comunicazione costituito da:
 - a. Realizzazione di un depliant/brochure "Anche NOI ci siamo", dedicato a tutto il personale, con il contributo di tutti i soggetti coinvolti (AVIS, AUSL; AOSP);
 - b. Pubblicazione di schede informative tratte dall'opuscolo, sui siti web dedicati al personale sanitario e tecnico (intranet aziendale, Collegio IPA-SVI, Collegio TRSM, Ordine dei medici...), sulle newsletters aziendali e su organi di stampa dedicati all'ambito socio-sanitario e di volontariato.
2. Percorso di progettazione partecipata attraverso le tecniche del "teatro dell'oppresso" gestito in collaborazione e supervisione da parte dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - Il dono diventa un argomento condiviso che assume un valore superiore diventando un aspetto culturale che interessa anche altri ambiti di scelte e di vita. La metodologia si propone di creare, attraverso un percorso formativo partecipato, una

rappresentazione di tipo teatrale da inscenare in ambito aziendale.

SPENDIBILITÀ DEI RISULTATI

- Possibilità di trasferire tale esperienza in altri contesti legati alla donazione (donazione organi o altre problematiche complesse);
- Possibilità di replicare questo metodo in altri contesti affini.

SVILUPPO DEL PERCORSO

Da novembre 2009 a febbraio 2010, sono stati elaborati parallelamente entrambi i percorsi metodologici segnalati.

1. Realizzazione del depliant/brochure "anche NOI ci siamo": dall'impegno dedicato nel tavolo di lavoro fra le Aziende sanitarie e i partners del volontariato, è scaturito il Piano Comunicativo illustrato. Un gruppo di lavoro dedicato, ha predisposto i contenuti necessari alla realizzazione dell'opuscolo. La prima stesura è stata presentata e condivisa ai componenti del tavolo di lavoro il 17 febbraio 2010.
2. Rispetto al percorso formativo ("teatro dell'oppresso"), si prevede la costruzione di partnership per la sensibilizzazione ed il reclutamento degli operatori (Direzioni Sanitarie, Dipartimenti, Distretti), con l'obiettivo di coinvolgere un gruppo di min 40, max 100 persone, che parteciperanno alla "formazione partecipata". Al termine si costruirà una rappresentazione da riproporre agli altri colleghi in due o tre momenti distinti, in un contesto informale di accoglienza.
3. Monitoraggio delle ricadute in ambito lavorativo, attraverso:
 - la rilevazione del sentito degli operatori coinvolti (intervista strutturata a campione);
 - valutazione delle ricadute positive sulla scelta di donare, attraverso il conteggio del numero delle giornate di congedo per dono di sangue e l'incremento delle scorte di sangue a livello provinciale rispetto all'anno precedente (dicembre 2010-dicembre 2011).
4. Compilazione di un diario di bordo e di un report dell'attività complessivamente svolta.
5. Valutazione e diffusione dei risultati ottenuti.
6. Pianificazione di un percorso aziendale condiviso utilizzando gli strumenti prodotti e le conoscenze acquisite in ambito formativo.

Referenti del progetto:

Referenti Azienda USL Ferrara per la donazione del sangue:
 Simonetta Beccari (tel 0532/235672 comunicazione@ausl.fe.it)
 Annamaria Toschi (tel 0532/317856 urpagenta@ausl.fe.it)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

anche Noi ci siamo!!



Donare per prendersi cura degli altri ma anche di se stessi



EVIDENCE BASED NURSING

Presentazione degli articoli pubblicati

INTRODUZIONE

Ogni giorno, nello svolgimento della propria attività, l'infermiere deve adottare, insieme ad altre figure professionali, delle scelte sanitarie che incidono direttamente e in misura rilevante sul benessere del paziente.

I primi quesiti da porsi, quindi sono: su quali criteri si basano queste scelte? Hanno un'utilità concreta per il paziente? Potrebbero procurargli dei disagi o delle sofferenze evitabili?

In effetti, anche gli interventi infermieristici privi d'effetto, ossia che non comportano per il paziente né un danno, né un miglioramento reale delle sue condizioni, vanno considerati negativi poiché possono costituire uno spreco o comunque un impiego improprio delle risorse materiali e umane disponibili, che invece potrebbero andare a beneficio d'altri pazienti.

Ecco perchè l'infermiere deve porre costantemente in discussione il proprio operato, poiché solo ponendosi dei quesiti, si possono cercare e ottenere delle risposte.

Ma allora, un infermiere dove può ricercare le conoscenze e il sapere di cui necessita? E una volta che trova ciò che cerca, può considerare affidabili le conoscenze acquisi-

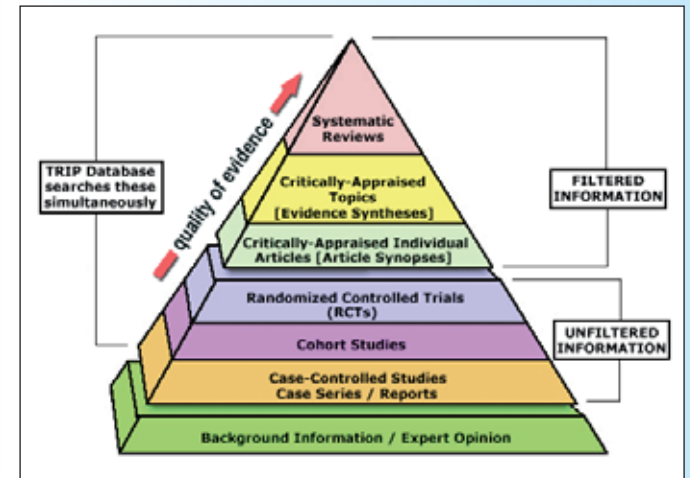
te? E come si può garantire che i risultati delle ricerche più fondate e validate siano tradotti concretamente nella pratica quotidiana?

Se l'infermiere affronta tali quesiti con serietà e onestà intellettuale, può finalmente avviarsi il ciclo virtuoso di un'assistenza infermieristica basata sulle prove d'efficacia.

La cosiddetta Evidence-Based Nursing (EBN): "un processo per mezzo del quale le infermiere e gli infermieri assumono le decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica e le preferenze del paziente...".

Proprio per queste ragioni, negli anni il Collegio IPASVI di Ferrara ha dato sempre maggiore importanza alla divulgazione delle migliori evidenze scientifiche.

In questo numero della rivista sono finiti sotto la nostra lente d'ingrandimento alcuni argomenti che sicuramente rivestono un notevole interesse per il professionista che quotidianamente si confronta con le molteplici esigenze del malato.



teressanti revisioni sistematiche che a nostro parere permettono di dare al professionista indicazioni certe sulle scelte da attuare nella pratica quotidiana.

Nelle pagine successive abbiamo voluto pubblicare il "Protocollo per la gestione dei cateteri venosi centrali" del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna sviluppato rigorosamente secondo le più recenti evidenze scientifiche ed una scheda esemplificativa per la gestione degli accessi venosi centrali sempre in uso nella stessa azienda. A seguire abbiamo affrontato la tematica della contenzione fisica e della sedazione farmacologica, argomento spinoso e controverso, sia per implicazioni etiche che legali che porta con sé.

Poi la nostra attenzione è caduta sull'esperienza psicosociale delle persone anziane in fase di recupero dall'ictus, proponendo una revisione sistematica del Joanna Briggs Institute, tradotta in italiano dal Centro EBN di Bologna.

Per chiudere, Vi presentiamo una pubblicazione del Ministero della Salute, nell'ambito del governo clinico volta a fornire agli operatori che prestano assistenza domiciliare importanti suggerimenti per la sicurezza.

Buona lettura!!

La Commissione
Comunicazione del Collegio



L'Evidence Based Medicine è la fusione tra le migliori evidenze scientifiche ricercate nella letteratura scientifica, l'esperienza clinica del professionista e le preferenze del malato.

teressanti revisioni sistematiche che a nostro parere permettono di dare al professionista indicazioni certe sulle scelte da attuare nella pratica quotidiana.

Nelle prime pagine di questa sezione, abbiamo focalizzato l'attenzione sulla problematica delle lesioni da pressione in particolare, abbiamo tradotto e riassunto due in-

Una revisione sistematica sull'utilizzo di idrocolloidi nel trattamento delle ulcere da pressione

A systematic review of the use of hydrocolloids in the treatment of pressure ulcers

J. Clin Nurs. 2008 May; 17 (9):1164-73

Heyneman A., Beele H., Vanderwee K., Defloor T.

Department of Nursing Science, Faculty of Medicine and Health Sciences, Ghent University, Ghent, Belgium. alexander.heyneman@ugent.be

Commentata in: Evid Based Nurs. 2008 Oct; 11(4):115



Le ulcere da pressione sono un problema comune nella pratica clinica e generano costi notevoli.

Una vasta gamma di medicazioni è disponibile, ma si conosce poco circa l'efficacia delle stesse sulla guarigione delle ulcere da pressione.

Nel maggio 2008 sul "Journal of Clinical Nursing" è apparsa una interessante revisione sistematica della letteratura fino a quel momento pubblicata, relativamente all'utilizzo di sostanze idrocolloidali per il trattamento delle lesioni da pressione.

Per effettuare la revisione sistematica è stata utilizzata una strategia di ricerca Cochrane-based in quattro banche dati (PubMed, Embase, the Cochrane Central Register of Controlled Trials and the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature).

Sono stati sistematicamente inclusi ed analizzati i Trial randomizzati e controllati sul trattamento delle ulcere da pressione con idrocolloidi, come definito dal British National

Formulary.

Sono state individuate dagli autori ventinove pubblicazioni, che si occupano di 28 studi diversi, e sono state considerate utili in relazione ai criteri di inclusione inserendole nella revisione.

Negli studi analizzati dalla revisione, gli idrocolloidi sono stati più frequentemente utilizzati su lesioni da pressione di secondo e terzo grado.

Per quanto riguarda la guarigione delle ulcere da pressione, gli idrocolloidi sono più efficaci delle medicazioni con garza, per la riduzione delle dimensioni della ferita.

La capacità di assorbimento, il tempo necessario per il cambio della medicazione, il dolore durante i cambi di medicazione e gli effetti collaterali, sono risultati significativamente a favore degli idrocolloidi se confrontati con la garza medicata.

Sulla base dei dati disponibili di costo-efficacia, gli idrocolloidi sembrano essere meno costosi rispetto alle medicazioni con collagene, soluzione fisiologica e garza imbevuta di povidone, ma più costosi rispetto a idrogeli, schiume di poliuretano e collagenasi.

CONCLUSIONI

La revisione dimostra che gli idrocolloidi sono da pre-



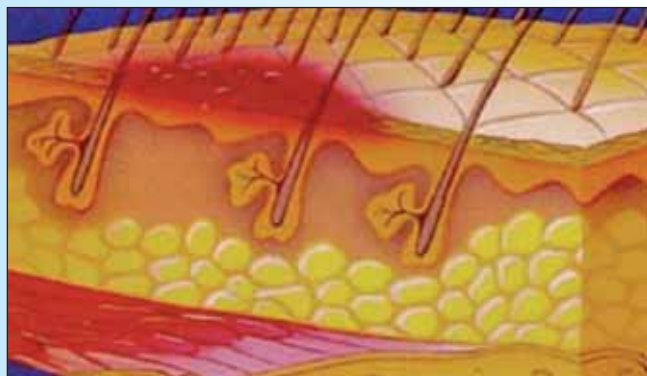
ferire alla medicazione con garza nel trattamento delle ulcere da pressione. Ulteriori ricerche sono necessarie per confermare questi risultati.

RILEVANZA NELLA PRATICA CLINICA

Sulla base degli studi inclusi nella revisione, gli idrocolloidi sono frequentemente utilizzati nel trattamento di lesioni da pressione di grado 2 e 3 e sono più efficaci e meno costosi delle medicazioni con garze sterili.

Rispetto agli alginati, alle medicazioni in poliuretano, alle medicazioni a strati che riducono il contatto, alle medicazioni enzimatiche e alle medicazioni biosintetiche, gli idrocolloidi sono invece meno efficaci.

Il riassunto dell'articolo è stato svolto da Andrea Menegatti – Infermiere presso la Degenza di Oncologia Clinica – Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara.





L'acqua per la pulizia delle ferite

Water for wound cleansing



Ritin Fernandez, Rhonda Griffiths

School of Nursing and Midwifery, University of Western Sydney, Penrith South DC, Australia

Contact address: Ritin Fernandez, School of Nursing and Midwifery, University of Western Sydney, Campbelltown Campus Building 7, Locked Bag 1797, Penrith South DC, New South Wales, 1797, Australia. r.fernandez@uws.edu.au.

Editorial group: [Cochrane Wounds Group](#).

Publication status and date: New search for studies and content updated (no change to conclusions), published in Issue 5, 2010
Review content assessed as up-to-date: 14 March 2010.

Citation: Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD003861. DOI: 10.1002/14651858.CD003861.pub2.



The Cochrane Library
Evidence for healthcare decision-making

Per la pulizia delle ferite, comunemente è utilizzata la soluzione fisiologica sterile perchè è una soluzione isotonica e non interferisce con il normale processo di guarigione della ferita.

L'acqua del rubinetto è alquanto usata nella comunità per la pulizia delle ferite, perchè è facilmente accessibile, efficiente ed economica; tuttavia, vi è un dibattito irrisolto sul suo utilizzo.

In una recente revisione sistematica della Cochrane Library si sono voluti analizzare tutti gli studi randomizzati controllati o quasi randomizzati controllati, che raffrontavano l'uso di acqua con altre soluzioni per la pulizia delle ferite. Nella revisione sono stati inclusi 11 studi. Sette prove che confrontavano i tassi d'infezione comparando la detersione delle ferite pulite con acqua e soluzione fisiologica, tre studi che hanno confrontato la pulizia con l'assenza di detersione e uno studio ha raffrontato la detersione con procaina con la detersione con acqua.

Non ci sono stati in questi studi criteri standard per valutare l'infezione della ferita e questo ha limitato la capacità di mettere insieme i dati.

Il maggior numero di comparazioni è stato fatto tra acqua e soluzione fisiologica, e acqua del rubinetto confrontata con l'assenza di pulizia. Per le lesioni croniche, il rischio relativo di sviluppare un'infezione, quando pulita con acqua di rubinetto rispetto alla soluzione salina normale è stato 0,16 (95% CI 0,01-2,96).

L'acqua del rubinetto è risultata più efficace della soluzione salina nel ridurre il tasso di infezione negli adulti con ferite acute (RR 0,63, IC 95% 0,40-0,99).

L'utilizzo di acqua di rubinetto per pulire le ferite acute nei bambini non è stato associato ad una differenza statisticamente significativa nelle infezioni rispetto alla soluzione salina (RR 1,07, 95% CI 0,43-2,64).

Non sono state identificate differenze statisticamente significative nei tassi di infezione, quando le ferite sono state pulite con acqua di rubinetto oppure non deterse del tutto (RR 1,06, IC 95% 0,07-16,50). Allo stesso modo, non vi era alcuna differenza nel tasso d'infezione delle ferite deterse con acqua o procaina.

Inoltre, l'uso di soluzione fisiologi-

ca, acqua distillata o acqua bollita per la pulizia delle fratture esposte, non ha dimostrato una differenza statisticamente significativa nel numero di fratture che si sono infettate.

CONCLUSIONI

L'acqua è spesso usata per pulire le ferite e per evitare infezioni. L'utilizzo di acqua del rubinetto per pulire le ferite acute negli adulti non aumenta il tasso di infezione, tuttavia, non vi è una forte evidenza che la detersione di per sé è meglio che la non pulizia.

I recensori hanno concluso che, quando l'acqua di rubinetto è di buona qualità (potabile), può essere utilizzata come l'acqua sterile o la soluzione fisiologica sterile, generando anche un risparmio; nel contempo sono necessarie ulteriori ricerche per approfondire l'argomento.

Il riassunto dell'articolo è stato svolto da Andrea Menegatti – Infermiere presso la Degenza di Oncologia Clinica – Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara.

PROTOCOLLO

PER LA GESTIONE DEI CATETERI VENOSI CENTRALI



MEDICAZIONE

- Eseguire la manovra in asepsi
 - Detergere la cute con batuffoli sterili e soluzione fisiologica sterile.
 - Disinfettare la cute con clorexidina 2% su base alcolica nell'adulto o clorexidina al 2% su base acquosa in caso di paziente pediatrico o catetere incompatibile con le soluzioni alcoliche o iodopovidone se il paziente è sensibile alla clorexidina.
- NB: nel caso in cui si rilevi uno score ≥ 1 internellare il medico responsabile.

PRELIEVO EMATICO

- Disinfettare la porta di accesso del CVC con garze sterili e clorexidina al 2% su base alcolica o iodopovidone (NB NON ASCIUGARE, ma lasciare agire la clorexidina alcolica per 30" e lo iodio povidone per 2').
- Eseguire lo spurgo di liquido ematico prima del prelievo seguendo le indicazioni sottoriportate.
- Eseguire il prelievo.
- Utilizzare il sistema vacutainer per tutti i cateteri ad eccezione del Groshong.

LAVAGGIO ed EPARINIZZAZIONE

- Disinfettare la porta di accesso del CVC con garze sterili e clorexidina al 2% su base alcolica o iodopovidone (NB NON ASCIUGARE, ma lasciare agire la clorexidina alcolica per 30" e lo iodio povidone per 2').

Il **lavaggio** deve essere fatto:

- * dopo il prelievo di sangue,
- * dopo la somministrazione di terapie
- * in caso di reflusso di sangue nelle vie del CVC.

L'**eparinizzazione** deve essere eseguita:

- * dopo il lavaggio
- * se il catetere non viene più utilizzato

Il lavaggio e l'eparinizzazione devono essere realizzate sempre con **manovra pulsante**.


	Score 1	1 Cute sana, integra, senza segni di flogosi
	Score 2	Iperemia al punto di uscita del CVC < 1cm ² con o senza fibrina
	Score 3	Iperemia al punto di uscita del CVC compresa tra 1 e 2 cm ² con o senza fibrina
	Score 4	Iperemia, secrezioni e/o pus, con o senza fibrina

Tipo di catetere	LAVAGGIO	EPARINIZZAZIONE
Percutaneo	<ul style="list-style-type: none"> • 10 ml di sodio cloruro 0,9% nell'adulto • 3-5 ml di glucosata al 5% nel bambino 	2,5 ml di soluzione eparinata (10 u/ml) in siringa da 10 ml con manovra pulsata e mantenendo sempre pressione positiva fino a chiusura della clamp o del rubinetto.
Tunnellizzato a punta chiusa tipo Groshong	<ul style="list-style-type: none"> • 5 ml di sodio cloruro 0,9% • 10 ml di sodio cloruro 0,9% DOPO il prelievo o se il circuito è sporco di sangue • 20 ml di sodio cloruro 0,9% PRIMA del prelievo se è in corso NPT 	Questo catetere NON deve essere eparinato
Tunnellizzato a punta aperta	<ul style="list-style-type: none"> • 10 ml di sodio cloruro 0,9% nell'adulto • - 3-5 ml di glucosata al 5% nel bambino 	2,5 ml di soluzione eparinata (10 u/ml) in siringa da 10 ml
Tunnellizzato a punta aperta Tipo Broviac	<ul style="list-style-type: none"> • 3 ml di sodio cloruro 0,9% 	1,5 ml di soluzione eparinata in siringa da 10 ml
Port - A - Cath	<ul style="list-style-type: none"> • 5 ml per il lavaggio semplice • 20 ml di sodio cloruro 0,9% dopo il prelievo o se il circuito è sporco di sangue • 10 ml di sodio cloruro 0,9% DOPO la somministrazione di terapia o prima dell'eparinizzazione 	5 ml di soluzione eparinata

RIMOZIONE

- Procedere all'antisepsi delle mani ed indossare i guanti sterili
- Dopo avere rimosso la medicazione, procedere all'antisepsi della cute del paziente.
- Rimuovere i punti di ancoraggio.
- Sfilare il catetere avendo cura di aver chiuso i rubinetti o le clamp in modo appropriato, invitando il paziente ad effettuare la **manovra di Valsalva** (espirazione forzata a glottide chiusa). Se il paziente non è in grado di effettuarla, rimuovere il CVC in **aspirazione**.
- Eseguire coltura della punta se richiesto.
- Disinfettare e ricoprire con cerotto medicato "a piatto".

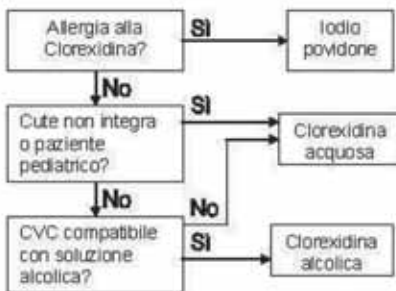


 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi Dipartimento Cardio Toraco Vascolare</p>	<h3>REPORT PER LA GESTIONE DEI CATETERI VENOSI CENTRALI</h3>	R02/IO01DIP Rev. 0 Pag. 1 Data di applicazione
---	--	---

Timbro del reparto

Codice a barre

Modello CVC		Incompatibilita' con alcool <input type="checkbox"/>	povidone <input type="checkbox"/>
Numero vie _____	SEDE		
	<input type="checkbox"/> Giugulare interna DX	<input type="checkbox"/> Succlavia DX	<input type="checkbox"/> Femorale DX
	<input type="checkbox"/> Giugulare interna SN	<input type="checkbox"/> Succlavia SN	<input type="checkbox"/> Femorale SN
Data posizionamento	Data rimozione punti	ALLERGIE NOTE	
		<input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> Iodio	



NB: dopo avere applicato l'antisettico lasciare asciugare secondo i tempi definiti dalla scheda tecnica del produttore dello stesso.

RIMOZIONE PUNTI:

Port-à-cath: dopo 10 giorni
CVC tunnellizzato: Sutura taglio sottoclavicolare dopo 10 – 12 giorni. Punti di ancoraggio dopo 5 – 6 settimane

Tempi di sostituzione delle medicazioni

Poliuretano:

7 giorni o prima in caso di medicazione sporca, bagnata o staccata o se il sito di inserzione si mostra arrossato

Garza + cerotto:

48 ore o prima in caso di medicazione sporca, bagnata o staccata o se il paziente riferisce dolore

Tempi di sostituzione tappini e vie infusive

Tappini semplici: sostituire ogni volta che si accede alla via e ogni 7 giorni se non utilizzati.

Tappini in lattice: per iniezioni a push. Sostituire ogni 24 ore o se la membrana presenta sgocciolamento.

Tappi antireflusso: non utilizzare con aghi. Da sostituire ogni 7 giorni o a 200 accessi.

Set da infusione: sostituire ogni 72/96 ore. Per infusioni di NPT, sangue, emoderivati e soluzioni di lipidi e glucosate superiori al 10% ogni 24 ore

Data rimozione		Firma
Motivo	<input type="checkbox"/> Termine trattamento <input type="checkbox"/> Dislocazione <input type="checkbox"/> Ostruzione <input type="checkbox"/> Sospetta Infezione	
Esame culturale punta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Referto culturale	Positivo	Negativo

DATA	TIPO MEDICAZIONE	ANTISETTICO	Medicazione sostituita per	sostituzione VIE INFUSIVE	SCORE	FIRMA
	<input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Garza e Cerotto	<input type="checkbox"/> CLOREXIDINA ALCOLICA <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA ACQUOSA <input type="checkbox"/> POVIDONE IODICO	<input type="checkbox"/> termine 48h o 7giorni <input type="checkbox"/> staccata <input type="checkbox"/> bagnata <input type="checkbox"/> sporca <input type="checkbox"/> dolore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Note:						
	<input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Garza e Cerotto	<input type="checkbox"/> CLOREXIDINA ALCOLICA <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA ACQUOSA <input type="checkbox"/> POVIDONE IODICO	<input type="checkbox"/> termine 48h o 7giorni <input type="checkbox"/> staccata <input type="checkbox"/> bagnata <input type="checkbox"/> sporca <input type="checkbox"/> dolore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Note:						
	<input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Garza e Cerotto	<input type="checkbox"/> CLOREXIDINA ALCOLICA <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA ACQUOSA <input type="checkbox"/> POVIDONE IODICO	<input type="checkbox"/> termine 48h o 7giorni <input type="checkbox"/> staccata <input type="checkbox"/> bagnata <input type="checkbox"/> sporca <input type="checkbox"/> dolore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Note:						
	<input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Garza e Cerotto	<input type="checkbox"/> CLOREXIDINA ALCOLICA <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA ACQUOSA <input type="checkbox"/> POVIDONE IODICO	<input type="checkbox"/> termine 48h o 7giorni <input type="checkbox"/> staccata <input type="checkbox"/> bagnata <input type="checkbox"/> sporca <input type="checkbox"/> dolore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Note:						

Prevenzione delle cadute nell'anziano: limiti della contenzione fisica e della sedazione farmacologica



di Cinzia Guidi

CPSE presso la Direzione delle Professioni
Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara



L'argomento è spinoso e controverso, sia per implicazioni etiche che legislative.

Presentiamo qui una sintesi della ricerca, di cui sono autrici Rosaria Cappuccio, Jessica Granatello e Manuela Pizzuto¹, volta a verificare l'esistenza di prove di efficacia a sostegno o detrimento di uno o dell'altro metodo, nella prevenzione delle cadute dell'anziano con demenza senile e disorientamento cognitivo.

La costante crescita della popolazione anziana ci porta a dare sempre maggiore rilevanza alla prevenzione delle cadute, le fratture associate a caduta nell'anziano sono un'importante causa di morbidità, ogni anno circa un terzo dei soggetti che hanno più di 65 anni è vittima di una caduta e la percentuale aumenta fino al 50% fra gli anziani istituzionalizzati (case di riposo) (1).

Nel 2004 le cadute rappresentavano la prima causa di morte per lesioni accidentali (39,9% dei decessi per lesioni accidentali) e l'1,9% di tutte le cause di morte (2).

Una riduzione del 20% delle cadute consentirebbe circa 27.000 ricoveri in meno in Italia all'anno, da tutto ciò si evince l'importanza di identificare i possibili fattori di rischio di caduta e di conseguenza l'attivazione di programmi di prevenzione per ridurre la frequenza.

La Prevenzione

Gli strumenti di screening utilizzati per la valutazione del rischio di caduta, come Morse Fall Scale, Stratify Risk Assessment Tool, Hendrich II Fall Risk Model, non sono abbastanza specifici da iden-



tificare i pazienti effettivamente a rischio, in ospedale solo pochi strumenti di valutazione hanno una sensibilità ed una specificità superiore al 70% (3).

I programmi di prevenzione si articolano in interventi multifattoriali che dovrebbero essere valutati in gruppi interdisciplinari con infermieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, farmacisti e medici, oltre a personale non sanitario, e che comprendono interventi quali:

- esercizio fisico;
- revisione delle terapie farmacologiche: a questo proposito si sconsiglia l'uso di tranquillanti in quanto costituiscono fattore di rischio estrinseco;
- applicazioni dei protettori d'anca: non portano risultati realmente efficaci;
- modifiche ambientali;
- ausili per la deambulazione;
- formazione del personale;
- problem solving dopo la caduta.

Interventi a ridotta intensità come applicare un segno di rischio agli abiti degli ospiti (lungodegenze, case di riposo...), possono addirittura aumentare il rischio di caduta (4-5).

La Contenzione

I termini *contenzione fisica* o *mezzo contenitivo* non vengono menzionati nella legislazione, ma sono presenti altre definizioni utilizzate per inquadrare l'eventuale problematica che la loro applicazione pratica viene a determinare, infatti nei codici Civile e Penale troviamo termini dal significato letterale molto forte come *coercizione*, *sequestro*, *trattamento coattivo*, termini che delineano pratiche in contrasto con gli enunciati del Codice Deontologico dell'infermiere e del medico.

Nella pratica "si parla genericamente di contenzione indicando solo il mezzo e non il fine e questo contribuisce a non delineare un confine netto tra uso ed abuso, per cui alla fine il termine diventa solo sinonimo di abuso" (9).

In Italia le leggi che hanno trattato o trattano a tutt'oggi la contenzione fisica sono:

- Regio Decreto del 16/08/1909, n. 615 che, trattando dell'uso dei mezzi



di coercizione nei manicomi, enuncia come questi *debbano essere aboliti o ridotti a casi assolutamente eccezionali* ed autorizzati in forma scritta indicando la natura del mezzo di coercizione. L'autorizzazione indebita rende passibili coloro che ne sono responsabili sia di pene pecuniarie che di maggiori pene commiate dal Codice Penale.

- Costituzione Italiana: che negli Articoli 3, 13 e 32 afferma la pari dignità sociale e l'uguaglianza di tutti i cittadini di fronte alla legge, tutela la libertà personale e individuale e ne vieta qualsiasi forma di restrizione "...se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla Legge..." , tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e dichiara che "Nessuno può essere obbligato a un determinato tratta-



1 Rosaria Cappuccio, Infermiere presso Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, U.O. Medicina Interna Borghi/Dermatologia, e-mail aria_z_o2@yahoo.it
Jessica Granatello, Infermiere presso Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico. S. Orsola-Malpighi, U.O. Medicina Interna Borghi/Dermatologia, e-mail jessicagranatello@gmail.com
Manuela Pizzuto, Coordinatore Infermieristico presso Ospedale S. Tommaso dei Battuti (Venezia) - Ausl 10 Veneto, U.O. di Medicina Generale, e-mail manuela.pizzuto@libero.it

mento se non per disposizione di legge".

Allora quale è il "determinato trattamento" imposto per Legge? E' un trattamento terapeutico?

Oppure un trattamento di coercizione fisica atto a fornire un trattamento terapeutico?

Un suggerimento potrebbe derivare dall'art. 111, che recita "tutti i provvedimenti giurisdizionali devono essere motivati"; quindi tutti gli interventi attuati dall'infermiere dovrebbero essere autorizzati, prima che dal medico, dal giudice tutelare.

- Codice Penale: in Italia non esiste una normativa che tuteli le persone contenute ma neanche una normativa che regoli i mezzi di contenzione e "L'azione anche violenta, come legare o anestetizzare, contraria alla volontà del paziente..."; anche se fatta per "preservare l'integrità fisica del paziente stesso... non sempre può legittimare certi comportamenti del sanitario".

Infatti si può incorrere nel reato di violenza privata art. 610 c.p.

Oppure nell'art. 605 che recita "chiunque priva taluno della libertà personale è punito con reclusione... se il fatto è commesso:

- in danno di un ascendente, discendente o dal coniuge.

- da un Pubblico Ufficiale con abuso dei poteri inerenti alle sue funzioni". Il sanitario, infermiere o medico, che attua la contenzione non deve cadere "nell'abuso di mezzi di correzione o di disciplina, art. 571 c.p., in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente", con la reclusione fino a 6 mesi.

In casi eccezionali il Codice Penale ammette il ricorso allo "stato di necessità" di cui all'art. 54 "non è punibile chi ha commesso il fatto per essersi visto costretto dalla necessità di salvare se od altri da grave pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato".

Concludendo, in ambito legislativo, non esiste "normativa" che tuteli gli anziani in modo specifico e non esiste neanche una normativa speciale che regoli l'utilizzo dei mezzi di contenzione. E' questo il motivo per cui si fa riferimento alla legislazione in materia di infermi di mente² (6).

- Codice Deontologico dell'infermiere in Profilo Professionale dell'infermiere (D. M. Sanità N° 739/94) (7): sia nella "Premessa ai rapporti con una persona assistita" che nell'art. 1 si

denota che non è plausibile applicare "mezzi di contenzione" inoltre all'Art. 4.10, l'infermiere "si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologia sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale assistenza. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alla necessità istituzionali".

- Codice Deontologico Medico (8): anche qui si afferma la necessità del consenso informato alle attività diagnostiche e terapeutiche Art. 32, ed il rispetto "...della vita, della salute psichica e fisica, della libertà e della dignità della persona..." Art. 5.

Da quanto analizzato la contenzione fisica dovrebbe essere un atto ECCEZIONALE, da sottoporre a prescrizione medica e giustificare.

Il Quesito

Quindi nei pazienti con demenza senile è più efficace la contenzione fisica oppure la sedazione farmacologica? esistono evidenze che dimostrino l'efficacia di un trattamento piuttosto che l'altro rispetto ai risultati indicati ivi compresa la prevenzione delle cadute? Per la ricerca bibliografica è stato utilizzato il PICO³: paziente con demenza senile e disorientamento cognitivo; contenzione fisica; sedazione farmacologica; prevenzione delle cadute, interruzione dei trattamenti terapeutici, aggressività.

Sono stati selezionati i disegni di studio RCT⁴ e consultate le banche dati: Medline, Joanna Briggs Institute, Cochrane Library.

Le Conclusioni

Vi sono evidenze che indicano l'inefficacia della contenzione fisica come intervento per la prevenzione delle cadute.

- Il ricorso alla contenzione aumenta il rischio di caduta: Limitare la libertà di movimento comporta un indebolimento muscolare e riduce la funzione fisica, entrambi fattori di rischio. L'utilizzo della terapia farmacologia può portare all'aumento del rischio cadute ed è identificato in letteratura come fattore estrinseco del rischio caduta.
- Entrambi gli interventi (contenzione fisica, sedazione farmacologica) come dimostrato dalla letteratura e da diversi fonti potrebbero cadere in implicazioni medico legali, ed al mancato rispetto dei diritti umani.
- In diverse revisioni sistematiche si sono evidenziati interventi alternativi alla contenzione fisica ed al trattamento con psicofarmaci, che hanno dimostrato la prevenzione alle cadute.



REFERENZE

- (1) Registered Nurses' Association of Ontario Prevention of fall injuries in the older adult Registered Nurse's Association of Ontario 2005.
- (2) Centers for Disease Control and Prevention. Web-based Injury Statistics Query and reporting System (WISQARS). National Center for Injury Prevention and Control, Centers for disease Control and Prevention, 2005. www.cdc.gov/ncipc/wisqars.
- (3) Perrel KL, Nelson A, Goldman RL et al. Fall risk assessment measures: an analytic review. Journal of Gerontology: Biological Science and Medical Science 2001; 56:761-6.
- (4) American Geriatric Society, British Geriatric Society and American Academy Orthopedic Surgeons Panel on Falls in older Prevention. Guidelines for the prevention of falls in older persons. Journal of the American Geriatric Society 2001; 49:664-72.
- (5) Haines TP, Bennell KL, Osborne RH et al. Effectiveness of a targeted falls prevention program in a subacute hospital setting: A randomised controlled trial. British Medical Journal 2004; 328:676.
- (6) Francgi L, Feroci V, Ferrari S. Codici e leggi d'Italia. I Quattro codici. Ulrico Hoepli ed. Milano. 1997
- (7) Codice Deontologico dell'infermiere
- (8) Codice Deontologico del medico.
- (9) Dizionario della lingua italiana. Ed. Zanichelli. 1997.

Per chi fosse interessato a visionare la ricerca complete si rimanda al link: http://www.evidencebasednursing.it/master/revisioni/contenzione_disorientamento.pdf

2 vedi Legge del 13/05/1978 N° 180 detta anche Legge Basaglia che in seguito verrà incorporata nella legge del 23.12.78 N° 833 conosciuta come Riforma Sanitaria o di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, in riferimento al Trattamento Sanitario Obbligatorio.

3 Paziente o Popolazione, Intervento, Comparazione, Outcome (esito).

4 Randomized Controlled Trial: studio sperimentale con gruppo di controllo.



This information sheet first published as the Joanna Briggs Institute.
The psychosocial spiritual experience of elderly individuals recovering from stroke.
Best Practice: evidence based information sheets for health professionals 2009; 13(5):1-4

Evidence based information sheets for health professionals

Traduzione a cura di
Claudia Caula
Collaboratrice Centro
EBN - Direzione
Servizio Infermieristico
e Tecnico
Azienda Ospedaliera
di Bologna
Policlinico S.Orsola-
Malpighi

L'esperienza psicosociale e spirituale delle persone anziane in fase di recupero dall'ictus

Raccomandazioni

- Tener conto e riconoscere il senso schiacciante di terrore e paura sperimentato nel primo periodo. (**Grado A**)
- Facilitare tutti gli aspetti relazionali con la famiglia e gli amici così come la relazione spirituale, e prestare attenzione ai segnali di isolamento nel periodo di recupero. (**Grado A**)
- Riconoscere l'enorme quantità di lavoro, sia psicologico sia fisico, che è implicato nel ricostruirsi una vita e prendere in considerazione un piano di cura. (**Grado A**)
- Considerare le modalità in cui il sistema sanitario, la routine e le pratiche sanitarie supportano o non supportano le persone anziane nella fase di recupero dall'ictus. (**Grado B**)
- Offrire l'opportunità alle persone anziane nella fase di recupero dall'ictus di discutere le loro percezioni di miglioramento/progresso e del modo in cui la loro vita è cambiata. (**Grado B**)

Fonte delle Informazioni

Questo Foglio Informativo di Best Practice è stato ricavato da una revisione sistematica che includeva 27 studi². La revisione ha considerato studi interpretativi che riportavano le esperienze di persone anziane che avevano subito un ictus includendo, ma non limitandosi, a disegni come la fenomenologia, la *grounded theory* e l'etnografia.

Il report della revisione sistematica è disponibile su Wiley Interscience all'indirizzo www3.interscience.wiley.com e presso il sito del Joanna Briggs Institute all'indirizzo www.joannabriggs.edu.au

Background

L'ictus è una delle principali cause di morte e invalidità, ed il rischio di ictus aumenta con l'età. Poiché nelle persone anziane spesso residua qualche forma di disabilità permanente, molti studi si sono concentrati sul recupero funzionale e sulla riabilitazione fisica.^{3,4} Minor attenzione è stata prestata all'esperienza psicosociale e spirituale di un individuo in fase di recupero dall'ictus. Precedenti ricerche hanno suggerito che i professionisti della salute non comprendono sufficientemente il modo in cui i pazienti sperimentano, interpretano e gestiscono il recupero dopo l'ictus.^{5,6} Nella letteratura

scientifico è stata identificata un'ampia serie di problematiche collegate all'esperienza dell'ictus dal punto di vista del paziente. Tali problematiche comprendono la discontinuità con un precedente stile di vita,³ la perdita di controllo e la paura di una ricaduta,⁶ lo sconvolgimento del senso del sé e dell'esperienza del tempo,⁴ senso di perdita e di impotenza,⁷ collegamento/scollegamento con gli altri e indipendenza/dipendenza,⁸ speranza e disperazione⁹ e comunicazione.¹⁰ In questo foglio di Best Practice ci si concentra sulle evidenze qualitative sul processo di recupero a breve e lungo termine dalla prospettiva della persona anziana, con l'intento di valutare le evidenze che orientano la pratica infermieristica.

Obiettivi

Lo scopo di questo Foglio Informativo di Best Practice è sintetizzare le migliori evidenze disponibili sull'esperienza spirituale e psicosociale di individui anziani in fase di recupero dall'ictus.

Gradi delle Raccomandazioni

Questi Gradi di Raccomandazione sono basati sui Gradi di Significatività (*Grades of Meaningfulness*)¹ elaborati dal JBI nel 2006.

Grado A Forte supporto che rende meritevole l'applicazione

Grado B Moderato supporto che giustifica il prendere in considerazione l'applicazione

Grado C Non supportato

Tipo di partecipanti

Questa revisione ha incluso gli studi i cui partecipanti erano adulti, età media 65 anni e anche più anziani, in qualsiasi contesto, che avessero subito almeno un ictus. Le esperienze dovevano essere riportate dagli stessi superstiti all'ictus. Le esperienze riferite dalla famiglia e dai caregiver sono state escluse.

Fenomeni di interesse

Gli studi sono stati inclusi se l'obiettivo dello studio era una descrizione dell'esperienza del partecipante in risposta ad un particolare intervento. Le esperienze erano raccontate in prima persona. Sono stati inclusi anche gli studi che descrivevano le esperienze del partecipante in fase di recupero dall'ictus in cui non era stato introdotto nessun intervento. I resoconti riportati da famigliari e caregivers sono stati esclusi.

Tipi di misure di outcomes

I tipi di outcomes considerati nella revisione includevano il senso di speranza/disperazione, collegamento/scollegamento con gli altri, disgregazione del senso del sé e dell'esperienza del tempo, senso di perdita, indipendenza/dipendenza, discontinuità con un precedente stile di vita, senso di controllo.

Qualità della ricerca

Due ricercatori indipendenti hanno valutato tutti i documenti inclusi. I criteri di valutazione comprendevano la concordanza tra prospettiva filosofica e metodologia di ricerca, quesiti di ricerca e metodi, raccolta dei dati e metodi, analisi ed interpretazione, concordanza delle opinioni dei partecipanti e le dichiarazioni dei ricercatori e etica. Il dissenso è stato risolto attraverso la discussione con un terzo revisore. Sono stati indicati i livelli delle evidenze per i risultati estratti dai report della ricerca originale. Nessuno dei 165 risultati era non supportato, 35 sono stati classificati come credibili e 130 come inequivocabili. Tuttavia era assente un collegamento diretto tra questi risultati e le categorie riportate nella revisione. Non è pertanto opportuno assegnare un livello di evidenza alle raccomandazioni formulate.

Risultati

La meta-sintesi degli studi inclusa nella revisione ha prodotto quattro sintesi di risultati. Queste sintesi sono state ricavate da 165 risultati degli studi originali, successivamente aggregati in 20 categorie. L'attribuzione dei risultati ad una categoria non sembra essere reciprocamente esclusivi. I risultati sono presentati nella Figura 1.

Legame

Avere un collegamento con gli altri era importante durante il processo di recupero. Questo includeva i legami con amici e membri della famiglia, professionisti della salute, e la spiritualità.

Nel post-ictus, le difficoltà relative alla comunicazione e alle attività sociali potrebbero indurre un senso di isolamento. Le persone anziane in fase di recupero dall'ictus hanno riscontrato che il loro rapporto con gli altri poteva essere sfidante o consolante.

Sebbene i rapporti con i professionisti della salute durante il processo di recupero fossero generalmente positivi, alcune persone anziane hanno percepito una mancanza di rispetto. Un approccio basato sul rispetto da parte dei professionisti della salute è stato importante per coloro che hanno subito un ictus.

Per coloro che erano cresciuti con una tradizione spirituale, la preghiera rappresentava una fonte di forza e dava un senso di fiducia verso il futuro.

Ricostruzione della vita

Vi è un considerevole lavoro fisico e psicologico nel ricostruirsi una vita da parte delle persone che hanno subito un ictus.

L'adattamento ai cambiamenti della funzionalità fisica, a nuovi ambienti e alla partecipazione alle attività di vita era sfidante e le persone dovevano sviluppare delle strategie per adattarsi alla loro nuova vita, spesso re-imparando e diventando parte attiva nella cura di sé stessi. Affrontare le invalidità fisiche comportava il fatto che occorreva più tempo per completare le attività quotidiane e frequentemente, l'uso di ausili fisici. Questo lavoro consiste nel definire il loro senso della speranza e forza interiore o definire altri atteggiamenti che aiutano durante la fase di recupero.

Evento che altera la vita

I sopravvissuti all'ictus percepiscono l'ictus come un evento le cui conseguenze modificano la loro vita, e molti lo percepiscono come un'interruzione della loro vita, anche se coloro con comorbidità o ictus precedenti tendono a vederlo come qualcosa che succede nel corso della vita. Per la maggior parte tuttavia esiste un contrasto con la loro vita precedente, e i cambiamenti vengono descritti come profondi. I cambiamenti identificati variano da una differenza nel modo di camminare al senso di sé e identità.

I sopravvissuti all'ictus subiscono numerose transizioni quando ritornando a casa dall'ospedale o da una struttura riabilitativa. Ciò include il dover affrontare la disabilità, che potrebbe comportare l'accettare il fatto che dovranno trovare nuovi modi di fare le cose o che potrebbero aver bisogno di essere assistiti da altri.

Evento imprevisto ed improvviso

La sensazione dell'ictus come evento inaspettato ed improvviso era evidente nei risultati degli studi in cui le persone anziane descrivevano l'insorgere dell'ictus e le loro percezioni, pensieri e sentimenti durante questo periodo iniziale. L'incertezza del paziente sui sintomi spesso portava a ritardi nella diagnosi e nel trattamento. La comparsa improvvisa di cambiamenti fisici e mentali era sconcertante, creando paura e confusione. Le persone hanno descritto l'esperienza come 'terrificante' e sé stessi come 'completamente disabili' durante questo periodo.

Conclusione

L'esordio ed il primo periodo che seguono un ictus costituiscono, per la maggior parte delle persone, un'esperienza di confusione e terrore che altera la vita. Il periodo di recupero comporta un notevole lavoro psicologico e fisico per le persone anziane al fine di ricostruire la loro vita. Il legame con gli altri e la spiritualità sono elementi importanti durante il recupero.

Figura 1 Meta-sintesi e categorie correlate

Legame

Le persone anziane che hanno subito un ictus riconoscono l'importanza dei legami nel loro processo di recupero.

Relazione con gli altri: motivatori = aiutare gli altri, famiglia ed ambiente supportivi, spiritualità, amicizie con altre vittime, paura della dipendenza, responsabilità familiari, reazioni sul modo di parlare, reazioni da parte dei membri della famiglia, cambiamenti nella propria immagine, necessità di condividere il sentimento

Legame spirituale: accresce la speranza, incoraggiamento, fiducia, conforto psicologico, la preghiera porta forza

Isolamento: perdita di capacità per le attività sociali, disgregazione dell'intimità/relazioni

Rapporto con i professionisti: autonomia crescente grazie a supporto (psicologico), attenzione, paternalismo, atteggiamento rispettoso, divario fra la propria valutazione e il punto di vista del professionista, alcune esperienze negative (carico di lavoro)

Ricostruzione della vita

Le persone anziane descrivono il processo di recupero come la ricostruzione della loro vita dopo l'ictus e sono impegnati nel recupero.

Atteggiamenti nel recupero: la speranza, vissuta come anticipazione positiva sul recupero e collegata alla partecipazione attiva, è una forza interiore che sostiene la vita, nostalgia di casa, perdita del senso di controllo, confronto con le problematiche esistenziali del sé e della morte, segni di disperazione

Affrontare la disabilità fisica: trovare nuove sfide, limitazioni fisiche nella vita quotidiana, necessità di ausili, senso di colpa perché si fanno solo piccoli miglioramenti, corpo imprevedibile

Esperienze di supporto: crescente autonomia grazie al supporto di strumenti e che avviene a domicilio in confronto all'ospedale, mancanza di intervento per quanto riguarda i cambiamenti emotivi, necessità di maggiori informazioni/contatti/supervisione, lunghi periodi di attesa danno la sensazione di "essere in un albergo" diminuendo l'autonomia

Lotta: per l'indipendenza, per soddisfare gli standard pre-ictus, gestire la vita, occuparsi dei bisogni degli altri, cogliere la gravità della nuova situazione, sentirsi impotente, dipendenza, stagnazione, vuoto

Vivere nell'incertezza: in merito ai sintomi, al trattamento, al recupero e riluttanza dei professionisti nel fornire informazioni, rientro a casa = sentimenti contrastanti

Modifica/Mantenimento dei ruoli: sentire di avere il controllo determina minor emotività, riflettere sulla vita precedente, diminuzione del reddito, aumento delle spese, incapacità a svolgere le faccende domestiche (per le donne), gestione delle finanze

Accettazione: difficile escludere l'aiuto dagli altri, iniziare ad accettarlo, mantenere delle relazioni sociali, nascondere la disabilità

Strategie di adattamento: mantenere la speranza, aumentare il controllo, prendere decisioni per sé stessi, riguadagnare potere su attività importanti, adattamento, conoscenza ed informazioni, re-inserimento, apprezzamento per la normalità

Transizioni: la speranza vissuta in termini di future possibilità, i progressi conferiscono un senso di incoraggiamento, ricostruzione del sé, la dimissione a domicilio è un evento importante, ricordare il passato contestualizzandolo nel presente, senso di perdita, sentirsi impotente

Adeguamento: processo che ha una lunga durata, mettere energia nella terapia, confronto con le abilità precedenti, autonomia misurata in base al miglioramento delle capacità di prendersi cura di sé stessi, trasferimento stressante nel reparto di riabilitazione, l'adattamento è difficile, comprendere pienamente le conseguenze al momento del ritorno a casa

Partecipazione alle attività: autobus non accessibili, perdita della capacità di lasciare la casa/guidare/prendere parte alle attività del tempo libero o di vita quotidiana

Evento che altera la vita

Gli individui anziani percepiscono che l'ictus ha conseguenze che cambieranno loro la vita

Discontinuità: riconoscimento della perdita, adeguamento al nuovo stato/identità/mondo, speranza di riacquistare le precedenti capacità, coloro con comorbidità/precedenti ictus lo considerano come un evento in sviluppo (min. disgregazione biografica), diminuzione dell'autonomia, sentirsi svantaggiato, desiderio di essere produttivo/creativo, dolore, paura e disperazione

Evento imprevisto e improvviso

L'esperienza dell'ictus è percepita dai sopravvissuti come qualcosa dall'esordio improvviso che genera shock, paura e confusione

Scissione tra il sé e il corpo: corpo = separato, precario, imprevedibile, diverso, passivo, non più sotto il controllo del paziente

Shock, paura, perdita di controllo: fase acuta = evento corporeo/fase di ammissione = incertezza, perdita di controllo, paura per la disabilità o di un nuovo ictus, sofferenza legata ai cambiamenti, diminuzione dell'autonomia, poca memoria e confusione, perdita di competenza, imprevedibilità del corpo, della memoria, del linguaggio, sensazione di stupore, grande paura, insonnia

Incertezza della diagnosi: non rendersi conto del significato dei sintomi, tenerli segreti, raggruppare i sintomi potrebbe essere di aiuto

Lasciare il controllo agli altri: in ospedale = ruolo passivo, atteggiamento da "spettatore", presumere che il trattamento ricevuto sia la prassi sanitaria corrente/all'ammissione = insicurezza, difficoltà nel controllare il trattamento, vedere sé stessi come responsabili, incolpare sé stessi per la mancanza di informazioni

Ringraziamenti

This Best Practice information sheet was developed by the Joanna Briggs Institute with assistance of an expert review panel.

- Professor Carole Kenner, Dean of College of Nursing, University of Oklahoma, Oklahoma, USA
- Ms Christina Godfrey, Review Coordinator, Queen's Joanna Briggs Collaboration, School of Nursing, Queen's University, Oklahoma, USA
- Professor Marianne Lamb, School of Nursing, Queen's University, Ontario, Canada
- Assistant Professor Kathleen Patusky, School of Nursing University of Medicine and Dentistry of New Jersey, New Jersey, USA
- Ms Jana Williams, Clinical Educator, INTEGRIS Baptist Medical Center, Oklahoma, USA

In addition this Best Practice information sheet has been reviewed by nominees of International Joanna Briggs Collaborating Centres.

Bibliografia

1. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2009 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
2. The Joanna Briggs Institute. SUMARI: System for the unified management, assessment and review of information. Version 4.0. Accessed on-line 2008. <http://www.joannabriggs.edu.au/services/sumari.php>
3. Lamb M, Buchanan D, Godfrey CM, Harrison MB & Oakley P. The psychosocial spiritual experience of elderly individuals recovering from stroke: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc* 2008; 6: 173-205.
4. Dowse G, Lawler J, Dowse T, Young J, Forster A, Hearn J. Investigating recovery from stroke: a qualitative study. *J Clin Nurs* 2000; 9: 507-15.
5. Pittman M, Faircloth C, Boylstein C et al. The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. *J Rehabil Res Dev* 2004; 41: 259-66.
6. Doolittle ND. The experience of recovery following lacunar stroke. *Rehabil Nurs* 1992; 17: 122-5.
7. Bendz M. The first year of rehabilitation after a stroke - from two perspectives. *Scand J Caring Sci* 2003; 17: 215-22.
8. Hilton EL. The meaning of stroke in elderly women: a phenomenological investigation. *J Gerontol Nurs* 2002; 28: 19-26.
9. Seccret JA, Thomas SP. Continuity and discontinuity: the quality of life following stroke. *Rehabil Nurs* 1999; 24: 240-6.
10. Popovich MM, Fox PG, Burns KR. Hope in the recovery from stroke in the US. *Int J Psychiatr Nurs Res* 2003; 8: 905-20.
11. Sundin K, Jansson L, Norberg A. Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nurs Inq* 2002; 9: 93-103.
12. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J of Evid Based Healthc* 2005; 3(8):207-215.



This Best Practice information sheet presents the best available evidence on this topic. Implications for practice are made with an expectation that health professionals will utilise this evidence with consideration of their context, their client's preference and their clinical judgement.¹²



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

The Joanna Briggs Institute
Royal Adelaide Hospital,
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
© The Joanna Briggs Institute 2009
ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au

Published by
Blackwell Publishing



**WILEY-
BLACKWELL**

*The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of Best Practice summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded.



Guida per gli operatori che prestano assistenza domiciliare



**Assisto e curo a casa
in sicurezza**

10 suggerimenti

per gli operatori che prestano cura e assistenza ai pazienti a domicilio





1 Collaborare con gli altri operatori che assistono il paziente

Individuare l'operatore sanitario di riferimento per lo specifico paziente. Raccogliere informazioni dagli altri operatori che curano ed assistono il paziente e segnalare loro qualsiasi cambiamento delle condizioni cliniche. Predisporre con gli altri operatori un piano di azione in caso di pensieri ossessivi di morte o depressione del paziente.

2 Prestare attenzione alle condizioni ambientali

Assicurarsi che nell'ambiente vi sia illuminazione sufficiente, luce notturna e, se necessario, dispositivi sanitari, presidi antidecubito, ventilatori, e verificarne la funzionalità. Per evitare le cadute, far togliere i tappeti, mettere tappetini antiscivolo nella vasca o doccia, spostare - se necessario - il letto al piano terra, apporre i corrimano.

3 Lavarsi le mani

Per evitare infezioni, lavarsi le mani - e invitare tutti a farlo - prima di ogni contatto con il paziente.

4 Istruire il paziente

Verificare le abitudini del paziente rilevanti per la salute, in particolare l'alimentazione, l'assunzione di liquidi e il movimento. Controllare che il suo abbigliamento sia adatto alla temperatura ambientale, che calzi pantofole chiuse e non indossi cinture, per evitare il rischio di caduta. Fornire al paziente, e a chi lo assiste, informazioni per collaborare alla propria cura. Se necessario, chiedere la presenza di un interprete o di un mediatore culturale.



5 Istruire chi assiste il paziente

Identificare la persona della famiglia a cui fare riferimento. Accertarsi che chi assiste il paziente abbia compreso le istruzioni impartite; si citano - ad esempio - il controllo della glicemia, la nutrizione, l'assunzione e l'eliminazione di liquidi, il movimento, il trasferimento del paziente dal letto alla carrozzina o ad altri ambienti, e le misure da adottare per prevenire eventuali rischi. Suggestire di rinviare le visite al paziente da parte di persone con patologie trasmissibili.

6 Prestare attenzione ai farmaci che assume il paziente

Controllare che i farmaci assunti dal paziente siano quelli prescritti, e verificare dosaggi, orari, scadenze, modalità di conservazione e il corretto uso dei dispositivi di somministrazione (es. pompe di infusione). Segnalare al medico curante se il paziente assume altri farmaci oltre a quelli prescritti, prodotti erboristici, fitoterapici ed integratori.

7 Compilare e custodire la documentazione

Compilare e custodire accuratamente la documentazione clinico assistenziale, applicando adeguati codici di allerta per avvisare gli altri operatori circa eventuali situazioni di rischio.

8 Fornire le informazioni cliniche del paziente in caso di suo trasferimento

Nel caso di trasferimento in ospedale o in altra struttura, fornire con tempestività le informazioni cliniche e assistenziali del paziente.





9 Partecipare al sistema di gestione del rischio clinico

Collaborare attivamente al sistema di segnalazione degli eventi avversi (incident reporting) e concorrere alle attività di gestione del rischio clinico e di miglioramento della qualità nel servizio.

10 Aggiornarsi per la sicurezza

Aggiornare continuamente le proprie competenze tecniche clinico assistenziali, organizzative e di analisi e gestione del rischio clinico. A tal fine, sono disponibili strumenti e materiali sul sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it/qualita/qualita.jsp). Condividere i materiali e le conoscenze con gli altri operatori ed i tirocinanti.



NORME PER GLI AUTORI

La rivista Infermiere-Collegio pubblica articoli originali di natura scientifica, comunicazione di esperienze professionali, comunicazione di eventi congressuali e scientifici, lettere e richieste aventi carattere di interesse generale in campo Infermieristico, Medico e Sociale e comunque attinenti la Professione Infermieristica.

I lavori possono pervenire su supporto cartaceo ed eventualmente elettronico e dovranno avere queste caratteristiche:

- lettere, lettere aperte: devono essere dattiloscritte in singola copia e contenere generalità, titoli professionali e istituzione di appartenenza degli Autori, nonché recapito telefonico e indirizzo completo dell'Autore referente.
- articoli scientifici, comunicazioni professionali: devono pervenire in copia dattiloscritta o su corrispondente dischetto (in formato PDF o Word) etichettato con nome degli Autori e titolo dell'opera; il testo degli articoli non dovrà superare le 15 cartelle dattiloscritte di 30 righe, ognuna con 60 battute spazio 2, più un massimo di 5 tabelle numerate o fotografie, entrambe in originale.

Gli articoli dovranno essere corredati da un riassunto in italiano contenuto in 150 parole, nonché da: nome, cognome dell'autore, qualifica professionale, nome dell'ente di appartenenza, recapito postale e telefonico.

La bibliografia deve essere limitata all'essenziale, i riferimenti bibliografici vanno indicati con numeri progressivi posti tra parentesi ed inseriti nel corpo del testo.

Illustrazioni, fotografie e tabelle devono essere allegate in singoli fogli o in formato elettronico nel dischetto, ordinate numericamente (Tab. 1; Fig. 1) ed avere qualità elevata di riproduzione grafica.

Gli Autori rimangono responsabili dell'autenticità e veridicità del contenuto dei lavori inviati, dei riferimenti esposti, dell'originalità delle illustrazioni e tabelle, ecc...

Tutti i lavori devono essere inviati in busta chiusa con lettera di accompagnamento che autorizza la pubblicazione.

I materiali inviati non verranno comunque restituiti salvo espliciti accordi.

