

**L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI BOLOGNA
ATTIVERÀ I SEGUENTI CORSI
NELL'ANNO ACCADEMICO**

2007-2008:

- **Corso di laurea specialistica in scienze infermieristiche e ostetriche** [emanazione bando 20 agosto 2007]
- **Master:**
 - 1) Management nell'area infermieristica e ostetrica, tecnico sanitaria, preventiva e riabilitativa [scadenza bando 20 agosto 2007 - verificare se prorogato]
Assistenza infermieristica in ortopedia e traumatologia [scadenza bando 1° ottobre 2007]
 - 3) Infermiere di sanità pubblica e di comunità [scadenza bando 20 settembre 2007]
 - 4) Evidence Based Practice e Metodologia della ricerca clinico-assistenziale [scadenza bando 17 settembre 2007]
 - 5) Assistenza infermieristica in area critica [scadenza bando 24 agosto 2007 verificare se prorogato]
 - 6) Assistenza infermieristica in ambito pediatrico [scadenza bando 10 settembre 2007]

Reperimento bandi:

Sito Università degli Studi di Bologna:
<http://www.unibo.it/Portale/offerta+formativa/Master/default.htm>

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

• “Le dichiarazioni anticipate di trattamento”

Dr.ssa Laura D'Addio*

*Professore a contratto di Scienze infermieristiche - Università degli Studi di Firenze

(Tratto da *Giornale Italiano “Scienze infermieristiche” - Rivista di approfondimento scientifico della Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Anno III - numero 5/2007*)

Nella storia dell'umanità ci sono stati documenti importanti che hanno segnato un non ritorno: questo è il caso della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, per esempio, ma anche della

meno conosciuta Convenzione di Oviedo (*Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo le applicazioni della biologia e della medicina*, 1997).

Da quel momento, dopo le esperienze degli Stati Uniti, anche l'Europa avvia la sua discussione sul testamento biologico, o per meglio dire, attualizzando il termine dopo l'evoluzione della letteratura in merito, sulle *direttive anticipate*.

È infatti questo il termine con cui oggi, a livello internazionale, l'evento è comunemente indicato, ma ancora una volta stiamo assistendo a modificazioni in corso d'opera: in Italia, le volontà che una persona può anticipare, in riferimento ai trattamenti sanitari relativi al tempo in cui la vita sia in una fase terminale e sia venuta meno la capacità di adottare decisioni personali, sono state denominate *dichiarazioni anticipate di trattamento*. Il termine è stato introdotto dal Comitato Nazionale di Bioetica nel 2003, variando le *direttive* in *dichiarazioni*: questione puramente terminologica? Adriano Bompiani, già presidente del CNB, ha argomentato che il testo dell'art. 9 della Convenzione di Oviedo è stato erroneamente tradotto con “*direttive*” anziché “*desideri*” (*soubaits précédemment exprimés*), quindi il Comitato ha inteso riportare il termine al suo significato originale, tenuto conto del fatto che ad oggi queste volontà non potranno mai essere vincolanti per il medico. Non in ultimo, il disegno di legge promosso dal senatore Ignazio Marino, riunificando i precedenti presentati in Parlamento opta per il termine *dichiarazioni anticipate di trattamento*.

La storia delle volontà precedentemente espresse dalla persona potrebbe in effetti essere scritta sulla scia di queste variazioni terminologiche, che rappresentano i mille volti di questo evento, per alcuni versi anche in contrapposizione gli uni rispetto agli altri. Se il termine *volontà* può rispecchiare fedelmente il fatto che alla base ci sia una scelta razionale ma anche valoriale del soggetto, l'uso del vocabolo *dichiarazioni* pone in luce il fatto che questa scelta pone inevitabilmente in relazione due individui, non tanto l'uno dominante l'altro (ovvero che dà direttive), ma uno dialogante con l'altro (dichiarazioni), con l'intento di sistemare, predisporre, decidere a un certo tal riguardo.

Ma allo stato attuale nessuno, né paziente né sanitario, si sente in realtà libero di muoversi e scegliere. È di questi anni, infatti, un elemento innovativo: da più parti, soprattutto da quella dei medici e dei giuristi, vi è l'invocazione di una norma che regolamenti il valore di dette volontà. Quello che ripetutamente si ribadisce è che attualmente sarebbe problematico rispettare quanto espresso dalla persona, non solo per la mancata attualità

del suo pronunciamento: il timore che rende molti sanitari esitanti di fronte alla prospettiva è che le preferenze dei pazienti da insignificanti diventino determinanti per le scelte del professionista. Il medico si troverebbe così costretto ad abdicare al ruolo che lo voleva unico responsabile delle decisioni cliniche, per diventare il puro esecutore di ciò che il paziente ha deciso (S. Spinsanti, 2005). Ma stranamente, in una ricerca che ha sondato il parere di medici e infermieri degli Ospedali Riuniti di Bergamo (2003), alla domanda: “*se una patologia le impedisse di esprimere la volontà, che cosa o chi meglio potrebbe garantire il rispetto dei suoi desideri in merito alle cure?*”, solo il 49% dei sanitari si è dichiarato fiducioso che medici e infermieri potrebbero agire nel loro interesse, mentre il 50% si affiderebbe piuttosto a una dichiarazione autografa in cui sono esplicitati i trattamenti che desidera ricevere e quelli che preferisce siano omessi.

Come dicevamo all'inizio, l'autonomia della persona ha fatto irruenza nella storia delle scelte di salute/malattia individuali, come un punto di non ritorno. Rispetto a ciò, è possibile pensare che solo la legge potrà chiudere la vicenda, o forse anche in Italia si sta avviando un'ennesima rivoluzione, nella quale il diritto sta perdendo il suo ruolo conduttore verso i comportamenti collettivi, per allineare il suo passo a quello dei movimenti di pressione? Con quest'ultimo termine si raggruppano una serie di eventi e soggetti che riescono a smuovere e orientare l'opinione pubblica, in genere verso nuove strade finora circoscritte e condivise in un gruppo ristretto di cittadini. L'intento dei movimenti di pressione è quello di diffondere, discutere, promuovere il dibattito su un certo tema, con modalità anche nuove e diverse, per far sì che un certo evento/fenomeno sia presente, consapevole, partecipato dalla popolazione.

Le direttive anticipate sono apparse in Italia più per azione di movimenti di pressione che di altro: ne sono un esempio la Consulta di Bioetica e la Fondazione Veronesi, le quali, con diverse modalità, hanno proposto una riflessione/azione a tutta la nostra società. La prima con la *biocard*, l'altra con il *testamento biologico on line* e una rete di notai pronti a sottoscriverlo.

La Fondazione Italiana per la Leniterapia (FILE) ci ha fatto fare ancora un altro passo in avanti, promuovendo la leniterapia dopo una riflessione allargata tra addetti ai lavori e non sulle superabili cure palliative.

In questo dibattito pubblico, a tratti anche pericolosamente diffuso, che collocazione hanno assunto gli infermieri italiani, e anche il più ampio gruppo delle professioni sanitarie? Infatti oggi appare

sempre meno sostenibile l'ipotesi che le scelte di fine vita siano esclusivamente questione medica.

Tutti gli operatori sanitari non sono solo dei "semplici" cittadini di fronte a questo dibattito aperto nella società: hanno in realtà una doppia veste, un duplice ruolo, ovvero quello di cittadino, comunque, che si somma però a quello di professionista direttamente implicato nella questione.

In particolare gli infermieri italiani, in quanto soggetto competente e interessato, hanno già preso posizione rispetto alle scelte di fine vita. Lo hanno fatto nel Codice deontologico, affermando che: *"l'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità di vita dell'assistito"*. La norma deontologica indica chiaramente l'*advocacy* nei confronti dell'assistito, che deriva dal riconoscimento dell'autonomia del soggetto di determinare le sue scelte di salute/malattia, in linea con gli orientamenti della nostra società (vedi art. 32 Cost.).

Oltre all'autonomia, dal comma citato emerge anche il riconoscimento della capacità dell'assistito di decidere in prima persona, in altre parole il completo rovesciamento del paternalismo. O ancora, come dice il Cardinale Martini in un suo recente pronunciamento, oggi i sanitari devono sviluppare un "supplemento di saggezza", per esempio in relazione alle nuove tecnologie che permettono interventi sempre più efficaci sul corpo umano, anche quando ormai non giovano più alla persona. E quando gli infermieri sottolineano *"secondo il concetto di qualità di vita dell'assistito"* si intende proprio il ricorso a questa particolare saggezza, una maturità da sviluppare con percorsi formativi, con la consapevolezza delle responsabilità che ci siamo assunti diventando professionisti della salute (e non tanto erogatori di prestazioni). Vi è un ruolo importante da svolgere verso la società italiana, che tende a dare risposte secche (sì, no), perentorie (mai potrà...), senza considerare che alcune decisioni si muovono, invece, con flessibilità e soggettività e che qualsiasi sia la decisione dell'assistito noi lo sosterranno e assicureremo presenza e assistenza.

Ma c'è di più. Dal Codice emerge un rinnovato ruolo dell'infermiere, non più ascrivibile a quello di spettatore attento, bensì di co-decisore: la coralità nell'assumere scelte cliniche importanti dovrebbe essere un requisito irrinunciabile, poiché la coralità garantisce che una decisione così importante non sia assunta in solitudine, nell'isolamento di una sola conoscenza e di una sola coscienza. L'équipe di cui molto si parla ha un ruolo fondamentale non per *staccare la spina in gruppo*, anziché da soli, sollevandosi l'uno con l'altro: no, il senso

è quello del decidere argomentato, del valutare assieme, per quanto ciascuno conosce della persona, per il percorso fatto con lei e le sue persone significative, per essere stato, casomai, la persona con cui c'è stato un momento di apertura particolare... e ben sappiamo quante volte accade, nell'assistere persone in fase terminale, di essere i "contenitori" di momenti di bilancio esistenziale, di esternazioni intime.

È il momento in Italia che, assieme alla capacità della persona di decidere per sé, si assuma anche la consapevolezza che il medico non è l'unico ed esclusivo decisore: gli infermieri, con gli altri professionisti che accompagnano la persona, sono pronti ad assumersi le proprie responsabilità in proposito.

• **"La documentazione sanitaria"**

Barbara Mangiacavalli*

**Direttore Sitra - Irccs - San Matteo - Pavia*

(Tratto da Giornale Italiano "Scienze infermieristiche" - Rivista di approfondimento scientifico della Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Anno III - numero 5/2007)

Scheda infermieristica? Cartella infermieristica? Cartella clinica integrata? Documentazione infermieristica? Documentazione assistenziale? Quale di questi termini oggi rappresenta la forma e la sostanza della cartella clinica?

Se mutuiamo, come definizione, quella contenuta nel *Manuale della cartella clinica* della Regione Lombardia (2000), molti aspetti si chiariscono: *"è la raccolta organica e funzionale dei dati attinenti ai singoli casi di ricovero, quali ad esempio:*

- *identificazione della struttura di ricovero;*
- *generalità della persona assistita;*
- *caratteristiche del ricovero;*
- *anamnesi;*
- *esame obiettivo;*
- *referti di trattamenti diagnostici o terapeutici;*
- *diagnosi e terapia;*
- *verbale operatorio;*
- *diario della degenza;*
- *lettera di dimissione e scheda di dimissione ospedaliera;*
- *documentazione dei professionisti sanitari non medici"*.

La funzione fondamentale della cartella clinica, infatti, è quella di raccogliere le informazioni relative alle singole persone ricoverate al fine di assumere decisioni per la soluzione dei relativi problemi di salute.

Trattandosi di atto pubblico di fede privilegiata, permette l'esercizio di diritti nonché la tutela di legittimi interessi della persona assistita, dell'azienda che eroga l'assistenza, degli operatori che agiscono in suo nome.

Il problema della documentazione assistenziale è sempre stato, per gli infermieri italiani, croce e delizia che ha accompagnato gli ultimi decenni di storia professionale: per molto tempo, infatti, la documentazione assistenziale (scheda, consegna, cartella, protocolli) è rimasta qualcosa *a latere* della cartella clinica intesa come cartella medica. Il passaggio a professione sanitaria (Legge n. 42/99) ha gradualmente legittimato una posizione più coerente con la norma, che è quella di considerare la cartella clinica come una raccolta organica dei dati e delle informazioni che riguardano l'assistito.

Ripercorrendo la storia e l'evoluzione della documentazione infermieristica è possibile cogliere come a volte l'evoluzione normativa anticipi l'evoluzione professionale del nostro gruppo:

1. DPR n. 225/74: *"... registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio ..."* (art. 1, punto b); *"... tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente ..."* (art. 1, punto c);
2. DPR n. 384/90: *"... deve attuarsi un modello di assistenza infermieristica che ... miglioramento dell'assistenza al cittadino ..."* (art. 57, lett. d);
3. Nomenclatore tariffario minimo nazionale: voce 003T *"... elaborazione e gestione del consenta ... anche attraverso l'adozione di una cartella di assistenza infermieristica, un progressivo dossier di assistenza"*;
4. DM n. 739/94: *"... l'infermiere: a) partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche..."*;
5. DPR n. 37/97: *"... devono essere predisposte con gli operatori delle linee-guida che indichino il processo assistenziale con il quale devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità..."*;
6. Standard della JCAHO riferiti alla documentazione infermieristica: *"NC1: i clienti ricevono un'assistenza infermieristica basata su una valutazione scritta dei propri bisogni"*; *"NC5: il caposala e gli altri dirigenti infermieristici partecipano ai processi decisionali insieme agli altri"*