

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DEL PIEMONTE ORIENTALE

“ AMEDEO AVOGADRO ”

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

DIPLOMA UNIVERSITARIO IN INFERMIERE

PRESIDENTE DEL CORSO DI DIPLOMA PROF. BRUNO FREA

TESI DI DIPLOMA

LA RELAZIONE D'AIUTO AL PAZIENTE

LARINGECTOMIZZATO

RELATORE: FRANCESCO PIA

CANDIDATA: SONIA GIORDANO

ANNO ACCADEMICO 2000/2001

“ Dedico questa mia tesi prima di tutto ai miei genitori, che mi hanno permesso di frequentare questa scuola.

Alle mie amiche, Caterina, Sara e Laura, che in questi tre anni mi sono state sempre vicine, mi hanno aiutato nei momenti difficili come gli esami, il tirocinio.

A me stessa, che nonostante le difficoltà incontrate agli inizi e il desiderio di rinuncia dopo soli due mesi, sono riuscita a terminare l’università con maggior fiducia in me stessa e con più convinzione nei confronti della professione”

INTRODUZIONE

Durante il tirocinio clinico svolto nel corso di questi tre anni ho avuto modo di fare pratica anche nel reparto specialistico di Otorinolaringoiatria.

Qui sono venuta a contatto per la prima volta con pazienti sottoposti a laringectomia totale. Nel corso di un mese ho “conosciuto” più a fondo questo particolare tipo di paziente e mi sono resa conto quanto la condizione patologica in cui si trovano risulti veramente difficile. Ma soprattutto ho potuto comprendere quanto sia difficile condurre una vita senza poter più parlare, comunicare con chi ci sta accanto.

È perciò importante assistere il laringectomizzato non solo con le adeguate cure mediche, ma fornendogli un efficace supporto psicologico.

L'assistenza psicologica al paziente laringectomizzato è un argomento di cui si parla poco nonostante la sua rilevanza in ambito sanitario e sociale.

Ecco perchè nasce questa tesi.

Il titolo si riferisce all'approccio psicologico più adeguato con il quale entrare in contatto con pazienti particolari, come lo sono i laringectomizzati. La relazione d'aiuto è un rapporto che si instaura fra due persone nel momento in cui una di loro si trova in difficoltà, non sa come superare questo momento

critico della sua vita. L'helper deve cercare di condurre l'helppee alla crescita, allo sviluppo, alla maturità ed al raggiungimento di un modo di agire più adeguato ed integrato.

Scopo della relazione d'aiuto è produrre un cambiamento: è proprio di questo che necessita il laringectomizzato. L'intervento comporta profonde modificazioni nella vita del paziente, egli diventa ansioso, stressato, aggressivo, ha paura e a volte cade in depressione. Bisogna aiutarlo ad uscire da questo tunnel, bisogna produrre in lui un cambiamento in positivo. Tutto ciò deve avvenire progressivamente.

Il lavoro è suddiviso in tre parti. La prima parte tratta le caratteristiche generali del laringectomizzato e in particolare spiega la patologia che conduce a questo tipo di intervento, cioè il cancro alla laringe.

Nella seconda parte vengono prese in esame le caratteristiche psicologiche del laringectomizzato ed i problemi cui maggiormente va incontro dopo l'operazione.

Infine viene discussa la natura della relazione d'aiuto ed il perché la figura dell'infermiere è indicata per questo compito. La tesi culmina con la proposta di un piano di relazione d'aiuto che si potrebbe attuare dopo la dimissione, durante il follow-up.

Per concludere vorrei fare i miei ringraziamenti a tutte quelle persone che in questi mesi mi aiutato per svolgere la tesi.

Ringrazio il mio relatore, prof. Pia, che ha approvato fin da subito e con entusiasmo il titolo del mio lavoro. Grazie al dott. Aluffi che mi ha aiutato nella stesura della parte clinica fornendomi il materiale necessario.

Ed infine, ma non per questo meno importante, ringrazio l'infermiera Barbara Suardi, il cui aiuto e sostegno sono stati molto preziosi per me.

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag.	3
INDICE.....	pag.	6

PRIMA PARTE

CAPITOLO I°- CARATTERISTICHE GENERALI DEL PAZIENTE

LARINGECTOMIZZATO

1.1	Generalità.....	pag.	12
1.2	Sintomatologia	pag.	15
1.3	Diagnosi.....	pag.	16
1.4	Terapia	pag.	17
1.5	Laringectomia totale.....	pag.	19
1.6	Conseguenze dell'intervento sulla Qualità di Vita	pag.	21
	1.6.1 Definizione di Qualità di Vita.....	pag.	21
	1.6.2 La Qualità di Vita e il laringectomizzato.....	pag.	23
1.7	Imparare a parlare di nuovo.....	pag.	26

CAPITOLO II°- LA PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE LARINGECTOMIZZATO

2.1	Aspetti tecnico pratici.....pag.	29
2.2	La pianificazione dell'assistenza: le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativipag.	31

SECONDA PARTE

CAPITOLO III°- ASPETTI PSICOLOGICI DEL LARINGECTOMIZZATO

3.1	La reazione alla malattia.....pag.	36
3.2	Problemi psicologici del laringectomizzatopag.	40
3.2.1	Disadattamento fisicopag.	41
3.2.2	Disadattamento familiare.....pag.	42
3.2.3	Disadattamento emozionale e sociale.....pag.	44
3.3	La reazione del pazientepag.	45
3.4	“La mia storia, una come tante”pag.	48

CAPITOLO IV°- UNO DEI PROBLEMI CHE MAGGIORMENTE SI RISCONTRANO: LA DEPRESSIONE

4.1	Definizione.....	pag.	52
4.2	La depressione nel laringectomizzato	pag.	53
4.3	Le quattro fasi della Peplau	pag.	54
4.4	Il contributo fenomenologico di Parse	pag.	55
4.5	La relazione infermieristica	pag.	56
4.6	Principali diagnosi infermieristiche nell'esperienza depressiva e relativo piano di assistenza	pag.	58
4.7	Interventi di gruppo	pag.	62
4.8	Interventi rivolti alla famiglia	pag.	62
4.9	Conclusioni	pag.	64

TERZA PARTE

CAPITOLO V°- LA RELAZIONE D'AIUTO

5.1	Cos'è la relazione d'aiuto	pag.	66
5.2	La relazione d'aiuto ed il counseling	pag.	68

5.3	Atteggiamenti indispensabili per la relazione d'aiuto.....pag.	69
5.4	La relazione d'aiuto ed il counseling in ambito sanitario ed infermieristicopag.	74

CAPITOLO VI°- L'INFERMIERE E LA RELAZIONE D'AIUTO DOPO LA DIMISSIONE

6.1	La situazione attuale.....pag.	78
6.2	La necessità di elaborare un percorso di aiuto.....pag.	79
6.3	Proposta d'interventopag.	81
6.3.1	L'equipe multidisciplinare.....pag.	81
6.3.2	Problem setting e Problem solving come strumenti di elaborazione del problemapag.	82
6.3.3	L'alleanza terapeutica.....pag.	83
6.3.4	La progettazione.....pag.	85
6.3.5	La priorità dei problemi.....pag.	86
6.3.6	L'obiettivo del piano di relazione d'aiutopag.	89
6.3.7	Modalità e mezzi per raggiungere l'obiettivo.....pag.	90
6.3.8	Le persone coinvolte.....pag.	90
6.3.9	I tempi.....pag.	91
6.3.10	Valutazionepag.	91

6.3.11	Revisione.....	pag.	92
CONCLUSIONI	pag.	93
BIBLIOGRAFIA	pag.	95
ALLEGATO-	“Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n° 739 ”- Profilo Professionale dell’infermiere.....	pag.	98

PRIMA PARTE

CAPITOLO I°- CARATTERISTICHE GENERALI DEL PAZIENTE LARINGECTOMIZZATO

1.1 GENERALITA'

Il laringectomizzato è quel paziente che è stato sottoposto ad un particolare tipo di intervento chiamato laringectomia totale. Tale intervento, generalmente eseguito a causa del cancro della laringe, consiste nell'asportazione di tutta la laringe fino ai primi anelli tracheali.

L'Italia è fra gli stati europei con il più alto tasso di incidenza del carcinoma della laringe, solo la Francia e la Spagna hanno un'incidenza maggiore. Ogni anno si presentano 6.000 nuovi casi con una mortalità di 2.500. Il rapporto maschi/femmine è circa 12/1 (anche se il tasso di incidenza nel sesso femminile sta lentamente aumentando).

La laringe può essere colpita dal tumore in tre sedi: sopraglottica (regione sopra le corde vocali), glottica (vere corde) e sottoglottica (area sottostante alle vere corde, che confina con la trachea).

Tra le cause predisponenti al cancro della laringe il tabacco rappresenta senz'altro quella principale. Il rischio di sviluppare il cancro è circa 50 volte superiore nei forti fumatori e bevitori rispetto al resto della popolazione ed ha

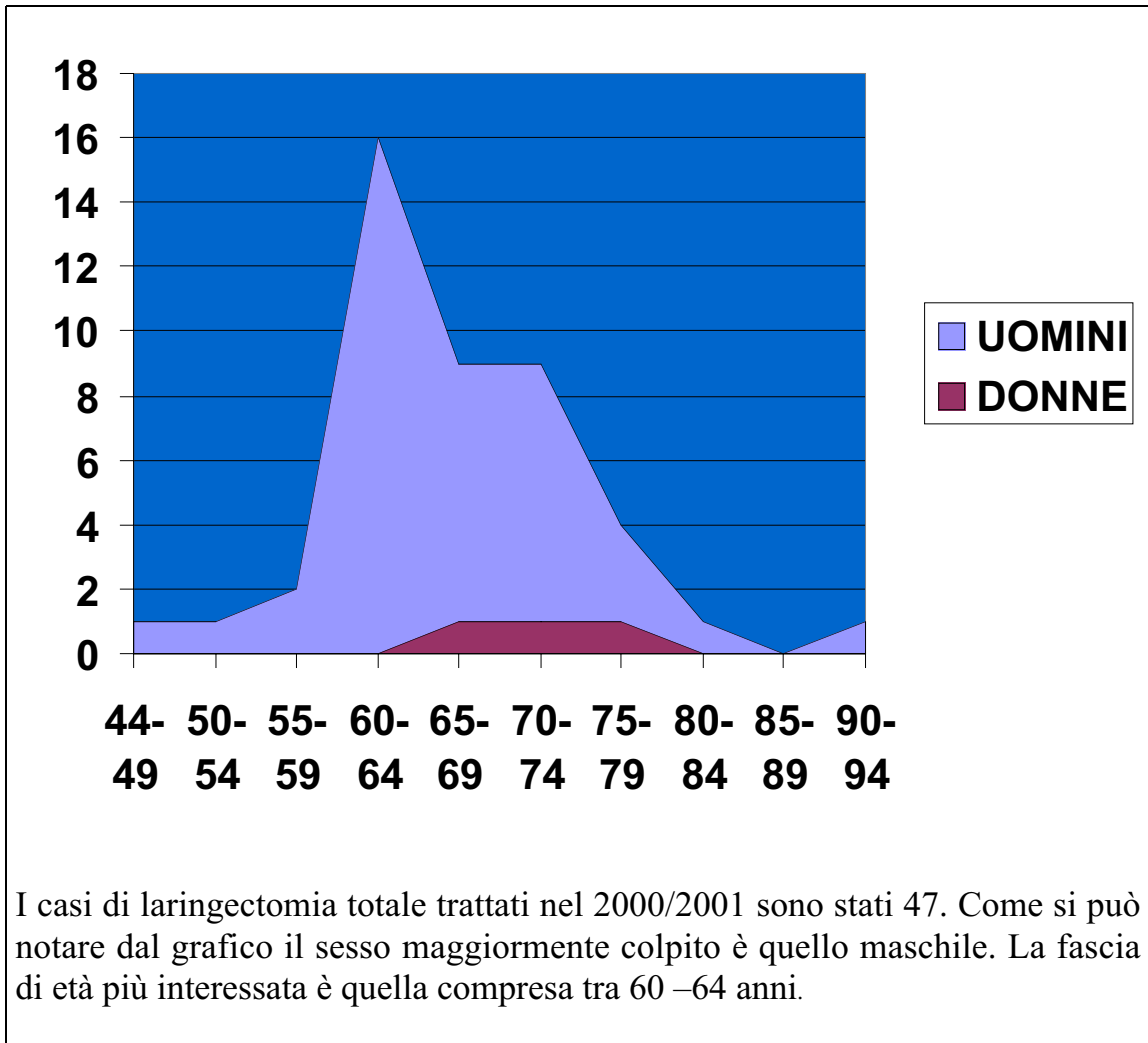
un rapporto quasi lineare con il numero di sigarette fumate ed il periodo di abitudine al fumo. L'alcool è l'altro grande fattore di rischio. Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato anche in questo caso un rapporto quasi lineare tra incidenza del cancro laringeo e la quantità di alcool assunto e la durata del tempo. L'associazione di fumo e alcool (che è purtroppo quasi la regola in questi pazienti) moltiplica la cancerogenicità dei singoli fattori, soprattutto per la sede sopraglottica. L'alcool funzionerebbe infatti come solvente dei cancerogeni presenti nel fumo di sigaretta, favorendo la loro penetrazione nella mucosa. Inoltre i forti bevitori vanno spesso incontro a fenomeni di malnutrizione e ipovitaminosi, con alterazioni dei sistemi enzimatici delle cellule delle vie aereo-digestive superiori.

Altri fattori di rischio sono l'inquinamento atmosferico, l'inalazione di particolari sostanze (nitrati azotati, cromo, nichel, amianto), l'esposizione a radiazioni ionizzanti e, infine, fattori genetici.

Tabella 1- Fattori di rischio per il carcinoma della laringe

Tabacco (Fumo)
Alcool
Inquinamento
Inalazione di particolari sostanze (mostarde azotate, nikel, cromo, amianto)
Radiazioni ionizzanti
Fattori genetici

Tabella 2 – Situazione epidemiologica 2000/2001 del reparto di Otorinolaringoiatria dell’Ospedale “ Maggiore della Carità”, Novara



1.2 SINTOMATOLOGIA

La sintomatologia del carcinoma laringeo può essere precocissima o molto tardiva e consiste essenzialmente nella disfonia e nella disfagia.

Tardivamente può comparire dispnea.

La disfonia, espressione dell'alterazione della funzione fonatoria, è spesso il primo sintomo a comparire e, nelle forme cordali, insorge non appena il cancro comincia a rendersi evidente. Questa è talvolta sottovalutata dal paziente che ha avuto questo sintomo ripetutamente nel passato. Il perdurare nel tempo della disfonia, nonostante le terapie antinfiammatorie ed inalatorie, deve far sospettare l'insorgenza della neoplasia e far mettere in moto provvedimenti diagnostici. Nelle neoplasie sopra e sottoglottiche invece la disfonia compare nelle fasi più avanzate.

La dispnea, al contrario della disfonia, è un sintomo tardivo; essa indica la presenza di un'ostruzione del lume laringeo operata dalla massa tumorale stessa e dell'accumulo di secrezioni, oppure dall'immobilizzazione delle corde vocali. La dispnea può costituire il primo sintomo delle neoplasie a sede ipoglottica, per altro molto rare. È utile ricordare che la dispnea provocata dal carcinoma laringeo in genere è a lungo ben tollerata dal paziente, poiché l'ostruzione delle vie aeree si realizza in modo lento e progressivo. Non di

rado però la situazione può scompensarsi rapidamente, dando origine ad una sintomatologia dispnoica acuta che può rendere necessaria una tracheotomia, talora le prime sedute di un trattamento radiante, per il peggioramento dell'ostruzione laringea determinata dalla fase congestizia iniziale della radioterapia.

La disfagia è tutt'altro che costante nel carcinoma laringeo, ma spesso rappresenta il primo sintomo delle neoplasie che si sviluppano nelle regioni marginali della laringe (sovraglottiche). A seconda dei casi il paziente potrà lamentare sensazione di difficoltà alla deglutizione dei cibi oppure il dolore sarà associato all'atto della deglutizione stessa (odinofagia, spesso associata ad otalgia riflessa).

Tra i sintomi precoci del carcinoma laringeo deve essere inclusa anche la comparsa di linfadenopatie laterocervicali, che possono precedere l'insorgenza dei sintomi più caratteristici sopra descritti.

1.3 DIAGNOSI

La diagnosi precoce di un carcinoma laringeo riveste, ovviamente, un ruolo fondamentale in quanto, oltre a garantire le più alte probabilità di guarigione,

permette di effettuare trattamenti (chirurgici e/o radioterapici) conservativi delle funzioni fondamentali dell'organo.

Secondo molti Autori occorrerebbe sottoporre a visita otorinolaringoiatrica una volta all'anno i pazienti a rischio di età superiore a 40-45 anni a rischio (fumatori e consumatori di bevande alcoliche).

L'approccio diagnostico al paziente affetto da sospetto carcinoma della laringe si articola nelle seguenti fasi:

- a) palpazione delle singole sedi cervicali;
- b) laringoscopia indiretta;
- c) laringoscopia diretta, in anestesia generale e prelievo bioptico;
- d) indagini radiografiche, eventualmente della laringe e sempre del torace.

1.4 TERAPIA

Il trattamento di un carcinoma laringeo si avvale fondamentalmente di due metodi terapeutici: la chirurgia e la radioterapia. La chemioterapia è scarsamente efficace. Questi trattamenti possono essere utilizzati singolarmente (soprattutto i primi due) o in associazione o in sequenza tra di loro.

La chirurgia rimane lo strumento terapeutico fondamentale. Essa non è

sempre, per fortuna, rappresentata dalla laringectomia totale, intervento che ottiene molti successi ma che è altamente invalidante. Interventi parziali o subtotali sono andati progressivamente imponendosi per i casi meno estesi. La laringectomia subtotale ricostruttiva, infine, è un intervento che consente di asportare quasi tutta la laringe, ricostruendo la via respiratoria ed ottenendo una funzione fonatoria discreta, senza la persistenza del tracheostoma. Non va dimenticato che un trattamento chirurgico per un carcinoma della laringe deve comportare il trattamento, per lo più contemporaneo, delle aree linfatiche del collo, che sono spesso sede di metastasi linfonodali: si tratta del cosiddetto svuotamento linfonodale, terapeutico o precauzionale.

La radioterapia, se utilizzata con giuste indicazioni ed eseguita con dosi corrette, ottiene percentuali di successo paragonabili a quelle della chirurgia nei tumori iniziali delle corde vocali. Si può schematicamente dire che nei tumori meno estesi la radioterapia ottiene gli stessi risultati della chirurgia. Ad essa, purtroppo, si deve anche ricorrere nei casi più avanzati e giudicati non più operabili: in questo caso, ovviamente, le percentuali di guarigione calano drasticamente. Spesso viene effettuata una radioterapia post-operatoria per “sterilizzare” le sedi chirurgiche.

La chemioterapia viene raramente utilizzata da sola, se non nei casi diffusamente metastatici. Soprattutto l’associazione chemio-radioterapica, in

vari modi e forme, può essere impiegata in casi selezionati per evitare la chirurgia più invalidante e per garantire la preservazione dell'organo. Alcuni risultati sono già stati pubblicati e sembrano incoraggianti.

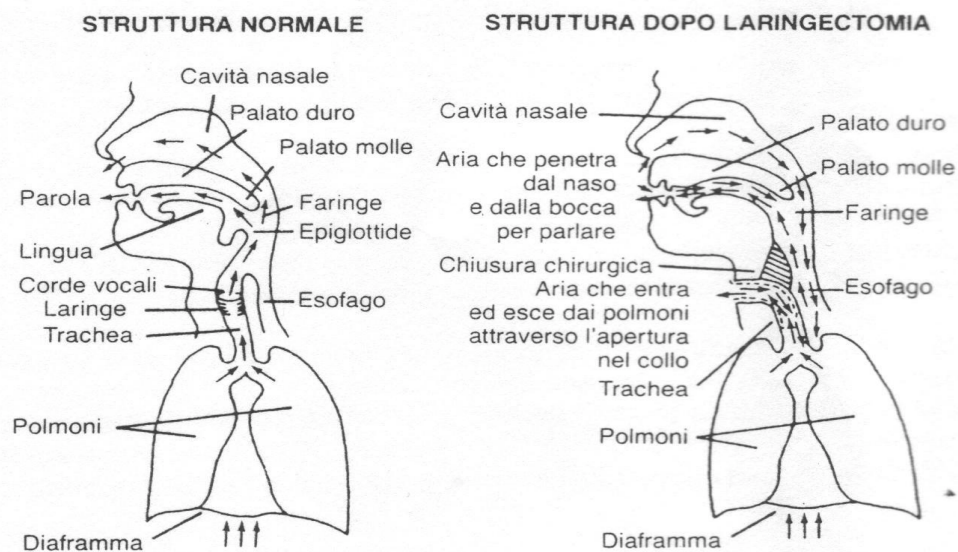
1.5 LARINGECTOMIA TOTALE

L'intervento di laringectomia totale comporta il completo sacrificio dell'organo e la creazione di un tracheostoma a permanenza. Trova indicazione: 1) in tutti quei casi in cui la localizzazione e l'estensione del tumore, oppure le condizioni generali del paziente, controindicano fin dall'inizio l'effettuazione di una chirurgia parziale (o conservativa) oppure della radioterapia; 2) in caso di persistenza o recidiva del tumore laringeo a seguito di trattamento radioterapico effettuato "a dosi curative"; successive a chirurgia conservativa o ricostruttiva della laringe.

La laringectomia totale, che viene eseguita di solito in associazione a svuotamento linfonodale funzionale o demolitivo, o bilaterale, comporta, una volta asportata la laringe, la necessità di ricostruire la continuità faringo-esofagea e di provvedere all'abboccamento, a pieno canale, del moncone tracheale (= tracheostomia). Dopo circa un mese dall'intervento la cannula

tracheale può essere definitivamente tolta, permettendo il calibro del tracheostoma una buona pervietà dell'imbocco delle sottostanti vie aeree.

Il laringectomizzato, sia o no portatore di cannula, è pertanto un paziente che può respirare solamente attraverso il tracheostoma, che è un'apertura priva di funzione sfinterica. Ma non per questo deve essere considerato un infermo, perché lo stoma può essere completamente dissimulato alla vista altrui e la voce esofagea permette un'integrazione sociale e familiare.



Modificazioni anatomo-funzionali dopo laringectomia totale

1.6 CONSEGUENZE DELL'INTERVENTO SULLA QUALITA' DI VITA.

1.6.1 DEFINIZIONE DI QUALITA' DI VITA

Il concetto di qualità di vita (QDV) è strettamente legato al patrimonio culturale, alle esperienze vissute ed all'ambiente socio-sanitario di ogni singolo.

L'effettivo ruolo della salute nella definizione di QDV può essere interpretato sotto una luce filosofico-umanistica dove giocano un ruolo fondamentale le aspirazioni ed i valori personali e la salute è uno solo dei fattori in gioco, oppure sotto una luce focalizzata sugli aspetti medici e sanitari in cui gli aspetti individuali, culturali e sociali sono considerati fattori che filtrano e confondono la valutazione dell'individuo.

L'OMS sposa in pieno il primo approccio e definisce la QDV “come la percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni. Riguarda quindi un concetto ad ampio spettro, che è modificabile in maniera complessa dalla percezione della propria salute fisica e psicologico-emotiva, dal livello di

indipendenza, dalle relazioni sociali e dall'interazione con il proprio specifico ambientale”¹

La QDV non può quindi essere messa in relazione semplicemente al termine di stato di salute, stile di vita, soddisfazione della vita, stato mentale o benessere. È in altri termini un concetto complesso, astratto e multidimensionale che ingloba la percezione individuale delle quattro fondamentali dimensioni:

- a) il benessere fisico riferito a ciò che è percepito e osservato nelle funzioni o nelle difficoltà fisiche, la percezione della propria salute/malattia, forza e astenia. Il benessere fisico rappresenta una combinazione tra sintomi e di malattia, effetti collaterali del trattamento e stato fisico generale;
- b) il benessere funzionale riferito alla personale abilità ad espletare attività connesse ai bisogni personali, ambizioni e ruolo sociale;
- c) lo stato psicologico che riflette sia influenze positive (benessere), sia negative (disagio). La presenza o assenza della soddisfazione nella vita, dell'essere di aiuto, la propria immagine corporea e le sue modificazioni, emozioni, ansia, controllo interno, ricreazione, divertimento, cultura e crescita personale;

¹ World Health Organization, WHOQOL., Study Protocol, Geneva, WHO (MNH/PSH/93.9), 1993

d) il benessere sociale che include la percezione del supporto sociale, la presenza di attività di svago, funzionamento familiare, fino all'intimità ed alla sessualità.

1.6.2 LA QUALITA' DI VITA E IL LARINGECTOMIZZATO

I laringectomizzati sono pazienti a cui è stato diagnosticato un cancro alla laringe. L'importanza attribuita alle misure di QDV in pazienti affetti da neoplasia laringea è da attribuirsi al particolare carattere di questa malattia per la quale gli effetti collaterali del trattamento hanno indubbiamente grande impatto su molte funzioni della vita quotidiana dei pazienti.

Da un punto di vista generale è indiscutibile che la QDV sia una variabile importante per questi pazienti. La sequela della malattia e dei relativi trattamenti riguardano, infatti, sia aspetti fisico-funzionali (per esempio, i problemi legati alla voce) sia psicologici (per esempio, lo stress, la preoccupazione). Questi aspetti si riflettono negativamente sulla possibilità/capacità del paziente di avere rapporti sociali lavorativi ed in generale sull'attività della vita quotidiana. La vita in famiglia e con gli amici è profondamente influenzata dalla malattia ed è momento fondamentale della

QDV di questi pazienti Altrettanto importante è inserire nel concetto di QDV la capacità di progettualità del futuro, di speranza nel domani.

Effetti positivi sulla QDV sono risultati in generale l'informazione e le differenti attività di supporto.

L'informazione che viene data ad una persona ammalata di cancro non è un aspetto marginale alle cure. I pazienti, infatti, hanno bisogno di istruzioni che devono risultare chiare, per adattarsi alle conseguenze degli interventi chirurgici, agli effetti collaterali della chemioterapia e della radioterapia ed ai controlli periodici.

In particolare, quando si deve comunicare la diagnosi di cancro della laringe ad un paziente, tenendo conto del grave impatto legato alla procedura che determina l'abolizione delle funzioni laringee, si deve rilevare:

- il carattere di permanenza del tracheostoma. Dopo un certo periodo di tempo potrà essere abolita la cannula tracheale, con netta riduzione dei fastidi che può comportare e con la possibilità di meglio nascondere il tracheostoma mediante foulard, magliette accollate, ecc.;
- le modificazioni relative alle abitudini alimentari. L'alimentazione orale potrà essere riacquistata pienamente in un arco di tempo breve (mediamente 10 giorni), come pure un buon livello di cinestesi fisica generale;

- le modificazioni della modalità comunicativa. Dal momento che la comunicazione non verbale rappresenta un cardine della potenzialità espressiva dell'individuo, questa, sin nell'immediato post-operatorio, dovrà essere utilizzata per mantenere pervi i canali comunicativi con i parenti e medici;
- la necessità dell'intervento chirurgico. L'intervento demolitivo, pur nella sua complessità anatomico-fisiologica, rappresenta il cardine terapeutico in oncologia laringea avanzata;
- le buone possibilità nel campo della rieducazione fonatoria dopo laringectomia totale (rieducazione erigmofonica e applicazione di protesi fonatorie). Ciò dovrà rappresentare per il paziente un importante aiuto psicologico per ridurre al minimo la sua sensazione di handicap;
- le difficoltà cui andrà incontro dopo una così radicale mutazione del suo schema corporeo (mai minimizzare bensì apparire sicuri come curanti circa le possibilità, tramite interventi riabilitativi e protesici).

L'altro effetto positivo sulla QDV riguarda le varie attività di supporto: queste vengono espletate principalmente dai professionisti sanitari, quindi medici, infermieri, logopedisti, psicologici.

La loro presenza è importantissima, specialmente nella fase post-operatoria, quando incominciano i veri problemi del laringectomizzato, fisici ma soprattutto psicologici.

Perciò la QDV del laringectomizzato sarà fortemente influenzata dalla presenza e dalla capacità di queste figure professionali nel fornire il supporto e gli strumenti necessari per affrontare una nuova vita.

1.7 IMPARARE A PARLARE DI NUOVO

La conseguenza immediata e più evidente della laringectomia totale è rappresentata dalla perdita della voce. Questa menomazione condiziona notevolmente il modo d'essere e di vivere del soggetto, specialmente nella sua vita di relazione. Per fortuna è possibile “restituire” la voce al laringectomizzato insegnandogli la cosiddetta voce esofagea, oppure attraverso una protesi fonatoria o il laringofono.

Il laringofono è un apparecchio elettrico a pile che produce un rumore vibrante; se il paziente lo appoggia con una certa pressione sul collo il suono da esso prodotto è proiettato nella bocca e può essere articolato analogamente a come si articola il suono laringeo. La voce così ottenuta è però artificiale, metallica e, pertanto, poco gradevole.

Molto più accettabile è, invece, la voce esofagea (erigmofonia) che, malgrado l'impegno maggiore richiesto dal paziente, conviene sempre consigliare e insegnare. Essa consiste nell'elaborazione di una eruttazione o meglio di un rigurgito d'aria da parte dell'esofago, della cui bocca (=sfintere superiore) le pareti mucose costituiranno una pseudoglottide, passando attraverso la quale l'aria rigurgitata verrà sonorizzata. La difficoltà dell'apprendimento non sta tanto nell'emissione dell'aria, nella sua sonorizzazione e nella sua articolazione, quanto nella capacità di introdurre in esofago la quantità d'aria necessaria al rifornimento. Le tecniche per permettere l'esecuzione di tale introduzione di aria sono diverse: esiste il metodo della deglutizione, quello dell'inspirazione e quello dell'iniezione: ognuno di essi presenta vantaggi e svantaggi rispetto agli altri, l'importante è non formalizzarsi su di un solo metodo, ma adottare quello che riesce meglio ad ogni singolo paziente.

La voce esofagea viene appresa dal laringectomizzato frequentando le speciali scuole di rieducazione fonetica per laringectomizzati, presenti in molti ospedali.

Ci vogliono pazienza e allenamento per imparare la voce esofagea che non tutti acquistano con successo. La velocità di apprendimento, il suono più o meno naturale della voce e la comprensibilità delle parole dipendono in parte dal tipo di intervento chirurgico eseguito. Altri fattori importanti sono la volontà del paziente di imparare e l'aiuto disponibile. Fondamentali saranno la pazienza e il sostegno di familiari ed amici.

CAPITOLO II°- LA PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE LARINGECTOMIZZATO

La pratica infermieristica ricopre in oncologia medica un ruolo fondamentale. L'analisi e l'identificazione del problema del paziente, la programmazione degli interventi e la valutazione dei risultati costituiscono un riferimento importante della pratica infermieristica quotidiana. L'infermiere, infatti, deve analizzare sistematicamente i problemi del paziente e dei familiari,

identificare i bisogni in continuo divenire, dare corso con tempestività agli interventi ritenuti opportuni e valutare l'esito nel tempo.

Per quanto concerne l'assistenza al paziente laringectomizzato possiamo distinguere due fasi: preoperatoria e postoperatoria.

Fase preoperatoria: la preparazione all'intervento deve prevedere l'informazione riguardo alla diagnosi, alla prognosi e alle conseguenti alterazioni anatomico-funzionali conseguenti all'operazione.

Fondamentale in questa fase è fornire al paziente un'adeguata assistenza psicologica in modo che egli possa capire la necessità dell'intervento ai fini della sopravvivenza. Inoltre il paziente va rassicurato sulla possibilità di riacquisire la voce attraverso un adeguato esercizio fonetico; a tale scopo è opportuno, in attesa dell'intervento, un incontro con il maestro rieducatore e con il logopedista.

2.1 ASPETTI TECNICO PRATICI

Dal punto di vista tecnico, la preparazione all'intervento prevede:

1. correzione di un eventuale deperimento organico per via enterale;
2. correzione di eventuali alterazioni ematochimiche;

3. gruppo sanguigno per eventuale trasfusione;
4. tricotomia dalla punta della mastoide ai capezzoli;
5. dieta leggera la sera precedente l'intervento.

È indispensabile, infine, verificare eventuali trattamenti farmacologici in atto (es. per iperglicemia, ipertensione e cardiopatie) allo scopo di sostituire l'abituale terapia orale con terapia parenterale.

Fase postoperatoria: la stanza va corredata di apparecchio per l'aspirazione dei secreti tracheo-bronchiali e fisiologica per i lavaggi, vaso graduato, scovolini per la pulizia della cannula, sondini sterili di aspirazione.

Nell'immediato post-intervento l'assistenza infermieristica deve essere assidua. Oltre alla rilevazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura, diuresi,...) è fondamentale controllare che:

- la cannula tracheale sia pervia
- il drenaggio sia in aspirazione
- il sondino naso-gastrico sia collegato all'apposita sacca per la raccolta dei residui gastrici

Il paziente deve mantenere una posizione semiseduta, perciò bisogna utilizzare 3-4 cuscini; questo per evitare un'eccessiva trazione dei punti di sutura.

Si procede inoltre all'idratazione del paziente per via parenterale, ad una copertura antibiotica e ad una efficace terapia mucolitica.

L'alimentazione per bocca inizia con una dieta semi-solida per proseguire gradatamente verso una dieta normale.

2.2 LA PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA: LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE ED I PROBLEMI COLLABORATIVI

Una diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte di una persona, famiglia o comunità a problemi di salute/processi vitali, reali o potenziali. La diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l'infermiere è responsabile (NANDA, 1990).

I problemi collaborativi, invece, sono certe complicanze che gli infermieri controllano per individuarne la comparsa o una modificazione. Gli infermieri gestiscono i problemi collaborativi con interventi di prescrizione medica e infermieristica volti a ridurre al minimo le complicanze di determinati eventi (Carpenito, 1997).

L'infermiere prende decisioni indipendenti sia per i problemi collaborativi che per le diagnosi infermieristiche. La differenza è che nelle diagnosi infermieristiche che prescrive il trattamento definitivo per raggiungere il

risultato desiderato, mentre nei problemi collaborativi la prescrizione per i trattamenti definitivi deriva sia dall'infermieristica che dalla medicina.

L'infermiere deve quindi valutare la risposta della persona allo stato di malattia o all'alterazione di un bisogno o modello funzionale di salute.

Nella pratica clinica dell'assistenza infermieristica in ambito otorinolaringoiatra sono state individuate diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi che si verificano con maggior frequenza. Di seguito sono elencate le principali.

PERIODO PREOPERATORIO

Diagnosi Infermieristiche

- ✓ Ansia, correlata a mancanza di conoscenze sull'intervento chirurgico imminente e della condizione sullo stile di vita

PERIODO POSTOPERATORIO

Diagnosi Infermieristiche

- ✓ Rischio elevato di liberazione inefficace delle vie aeree, correlato ad un aumento delle secrezioni secondario a tracheotomia, ostruzione della cannula interna o dislocazione del tubo tracheostomico.
- ✓ Rischio elevato di infezione, correlato ad accumulo di secrezioni ed esclusione delle difese delle vie aeree superiori.
- ✓ Compromissione della comunicazione verbale, correlata a incapacità di articolare le parole secondaria a tracheotomia.
- ✓ Rischio elevato di alterazione del modello di sessualità, correlato a cambiamento di aspetto e paura di essere rifiutato.
- ✓ Rischio elevato di nutrizione alterata (inferiore al fabbisogno) , correlato a digiuno postoperatorio, disfagia, odinofagia, anoressia e aspirazione.

Problemi Collaborativi

- ✓ Ipossia
- ✓ Emorragia
- ✓ Edema tracheale
- ✓ Dolore acuto

Risulta così evidente quanto la relazione d'aiuto inizi nei primissimi momenti della pianificazione e come si intrecci agli aspetti più tecnico-pratici della gestione della risposta alla patologia da parte del paziente.

Ma una buona relazione d'aiuto si basa soprattutto sulla corretta analisi degli aspetti psicologici e relazionali che caratterizzano la singola persona.

SECONDA PARTE

CAPITOLO III°- ASPETTI PSICOLOGICI DEL LARINGECTOMIZZATO

3.1 LA REAZIONE ALLA MALATTIA

“...paure che si riscontrano prima dell’intervento chirurgico e subito dopo la laringectomia totale; l’animo e la psiche scossi per la voce che non c’è più e la privazione totale di ogni rapporto verbale. Il trauma di trovarsi solo e la paura di non riemergere, di non farcela; poi, la faticosa riabilitazione ed i primi tentativi di reinserirsi nella famiglia e sul lavoro, nella società civile.”

Queste sono le parole espresse dal Prof. Alberto Staffieri, direttore, Istituto di Clinica ORL, Università degli Studi di Padova, e riportate in un articolo del giornale “CORRIERE DEI LARINGECTOMIZZATI”. È una breve frase che riassume benissimo il significato di ciò che accade ad una persona colpita da cancro della laringe e che deve sottoporsi ad un intervento di laringectomia totale.

Imparare a convivere con i cambiamenti prodotti dal carcinoma laringeo è una sfida molto difficile. Innanzitutto il primo problema che si presenta è sicuramente la reazione alla malattia. La reazione supera diverse fasi a seconda del momento in cui il paziente si trova ad affrontare la malattia: una

fase iniziale dove si comunica la diagnosi e si stabilisce l'intervento, una seconda fase ospedaliera e la fase post-chirurgica ovvero la riabilitazione.

Nella fase iniziale, quando il paziente viene a sapere che è affetto da tumore alla laringe e che deve essere sottoposto ad un intervento di laringectomia totale, vive uno stato di profonda angoscia poiché, secondo gli psicologi, la consapevolezza di una malattia così grave lo pone davanti a due possibili soluzioni: la guarigione da un lato, la morte dall'altra. La reazione alla diagnosi può essere aggressiva verso i familiari e sanitari, oppure il paziente si chiude in se stesso, correndo spesso il rischio di rimanere psicologicamente e socialmente "isolato" con il timore e l'ansia inespressa circa il futuro.

Il familiare, da parte sua, spinto a non dire niente al paziente sulla sua condizione, rimane il più delle volte confuso e angosciato, perché, in una situazione così difficile, si sente impotente, incapace di aiutare, un "cospiratore del silenzio".

Quindi bisogna stabilire una migliore comunicazione aiutando il paziente ad esprimere il suo dolore e a creare una comunicazione interna libera ed aperta, affinché si possa affrontare l'intervento nelle migliori condizioni possibili.

La consapevolezza di una possibile depressione nel paziente porta i familiari a reagire negando le paure del congiunto/a. L'ignoranza incrementa la paura e la paura provoca una negazione dell'importanza della riabilitazione e della

logica dei piccoli passi sin delle prime fasi. È in questa fase, come anche nelle altre, che l'infermiere assume un ruolo fondamentale: egli può collaborare in modo insostituibile perché a lui i pazienti si rivolgono con maggior fiducia sperando di poter ricevere una verità schietta e serena. Al paziente deve essere data l'opportunità di esprimere i suoi pensieri e le sue sensazioni; devono quindi essere affrontati eventuali concetti errati che può avere relativamente alla sua condizione. Quindi la preparazione psicologica del paziente è altrettanto importante di quella fisica.

La fase ospedaliera è caratterizzata dall'attesa dell'intervento chirurgico, che costituisce una continua e notevole fonte di stress. L'ansia, la paura, l'agitazione, oppure la confusione, persino l'inibizione e la disperazione sono le diverse intensità di reazione all'intervento.

È compito del chirurgo spiegare al paziente le modalità dell'intervento: ricevere informazioni e risposte concrete rappresenta una prima tappa di notevole importanza ai fini dell'accettazione dell'intervento chirurgico demolitivo.

È essenziale preparare i familiari ed il paziente ad affrontare ed accettare la sofferenza somatica e psichica che caratterizza i primi giorni successivi all'intervento. La solitudine, la presenza del sondino naso-gastrico, le difficoltà respiratorie e le secrezioni richiedono che il paziente sia

incoraggiato a superare quella fase come l'ultima di una situazione di passività. Mentre la malattia è stata ormai affrontata è necessario puntare sul suo ruolo attivo: come il desiderio di tornare autonomo nella vita quotidiana. Pertanto occorre fare il punto della situazione analizzando: il problema sociale e lavorativo, le reazioni psicologiche ed affettive, le risorse ambientali (la famiglia).

Si passa così all'ultima fase che riguarda la dimissione dall'ospedale ed il rientro a casa. È un momento di confronto/scontro con la realtà, una nuova realtà, poiché il neo-operato è pienamente cosciente del problema: lo stato d'ansia legato alla malattia, le alterazioni funzionali ed estetiche conseguenti all'intervento, il timore del "rigetto sociale" sono ingigantiti dall'impossibilità di comunicare verbalmente le proprie preoccupazioni. Il neo-operato vive una pericolosa sensazione di isolamento e incomprensione. La conseguenza più temuta di questo stato d'animo è rappresentato dalla depressione psichica con rifiuto della vita e di ogni tentativo di prolungarla.

È in questa fase particolare che si rileva essenziale la presenza dell'operatore poiché dovrà dare una metodologia, ossia gli strumenti e le abilità necessarie al neo-operato e alla sua famiglia per superare questa particolare situazione. Si richiede alla famiglia di incoraggiarlo, di prestargli attenzione senza eccessivo mammismo o militarismo. Occorre mantenere un interesse costante

nei suoi confronti, basta fare capire che la sola vicinanza fisica oppure un semplice cenno degli occhi sono già un'interazione valida per riacquistare la propria autostima.

La famiglia deve sempre più incentivare e spronare il neo-operato a recarsi alla scuola di rieducazione vocale poiché è l'unica via per reinserirsi socialmente.

3.2 PROBLEMI PSICOLOGICI DEL LARINGECTOMIZZATO

L'intervento di laringectomia può essere considerato un evento estremamente stressante, sia per l'angoscia generata dalla consapevolezza di essere affetti da una neoplasia, sia per la natura demolitiva dell'intervento stesso.

I problemi psicologici più significativi e peculiari del laringectomizzato, tuttavia, insorgono in risposta alla diretta conseguenza dell'asportazione delle corde vocali, cioè la perdita della voce. Il soggetto, oltre ad essere privato di un insostituibile mezzo di comunicazione, avverte il timore di perdere la propria identità personale.

L'impossibilità di parlare crea inevitabili disagi ed incomprensioni e conseguentemente frustrazioni.

La svalutazione delle proprie capacità si identifica con la sminuita immagine che il laringectomizzato ha di sé, tanto maggiore nei soggetti in cui l'autostima era già ridotta prima dell'intervento. L'insicurezza è una conseguenza inevitabile: egli non può prevedere come sarà accolto dagli altri. Amici e conoscenti, avranno atteggiamenti variabili tra rifiuto ed accettazione, simpatia ed antipatia.

L'equilibrio emotivo del paziente risulta, quindi, alterato dalle nuove condizioni psicofisiche create dall'intervento; ne consegue un disadattamento fisico, familiare, emozionale, professionale, sociale.

3.2.1 DISADATTAMENTO FISICO

La laringectomia procura la “ mutilazione ” di una parte visibile del corpo, producendo risonanze psicologiche frequentemente a carico dell'Io corporeo. Il paziente avverte un senso di alterazione della propria integrità fisica e ciò dà luogo alla sensazione di essere radicalmente diverso dai propri simili.

Questa difficoltà a convivere con il proprio corpo, che non è più come prima perché ha subito una menomazione anatomico-funzionale, risulta praticamente frequente in una cultura come la nostra, che ha modelli estetici, di bellezza e perfezione del corpo, molto rigidi.

3.2.2 DISADATTAMENTO FAMILIARE

L'adattamento emotivo dell'individuo risulta fortemente influenzato dal comportamento dei familiari significativi, e sarà tanto maggiore quanto migliori erano le relazioni familiari prima dell'intervento. Nei familiari si creano, talvolta, reazioni conflittuali quali paura-rifiuto, accompagnate dalla convinzione che un corretto comportamento verso il congiunto richieda una "serena ed ottimistica facciata". Molto spesso tentano di evitare fisicamente il laringectomizzato e qualsiasi discussione sulla malattia. Questi atteggiamenti contrastanti ed ambivalenti portano il soggetto a sentirsi rifiutato da coloro che ama, e spesso a reagire chiudendosi in se stesso rifiutando ogni forma di dipendenza o aiuto considerato oltraggioso.

L'atteggiamento familiare e sociale di risposta sarà iperprotettivo e certamente non faciliterà l'adattamento.

Il soggetto si sente infatti protetto, ma non amato per quello che è. Oppure può verificarsi la situazione opposta, cioè una regressione nell'ambito familiare, che può portare il paziente ad un ritiro dalla vita attiva sino alla ricerca di rifugio nella totale dipendenza dalle persone care.

Il laringectomizzato può ricercare l'aiuto della moglie, che assume il ruolo di "figura materna", anche nell'esecuzione delle più elementari funzioni quotidiane

È comunque abbastanza difficile dire quali siano le reazioni familiari di fronte ad un congiunto laringectomizzato: generalmente sono in funzione dei seguenti parametri:

- stabilità delle relazioni prima della malattia;
- caratteristiche cliniche della malattia (gravità grado di invalidazione, intensità ed impegno del trattamento terapeutico);
- capacità di adattamento del paziente alla malattia.

Un elemento che può, sicuramente, contribuire alla disarmonia tra i coniugi è la nascita di uno specifico problema nel partner sano. Spesso i compiti di quest'ultimo si moltiplicano in relazione alla modificazione dei ruoli imposta dalla patologia e ciò genera tensione, nervosismo ed affaticamento.

Deficit di comunicazione conducono ad una scarsa riformulazione dei ruoli, con minor coesione familiare e clima più teso.

3.2.3 DISADATTAMENTO EMOZIONALE E SOCIALE

La comunicazione è fondamentale per l'uomo perché rende possibile il rapporto con gli altri e permette che ogni essere vivente, da elemento individuale, diventi elemento sociale.

Il mezzo elettivo della comunicazione umana è il linguaggio verbale, che oltre a permettere una più facile comunicazione dei pensieri, dà la possibilità di trasmettere e scaricare le emozioni.

Il linguaggio, inoltre, è considerato uno dei mezzi di regolazione del comportamento umano, e rappresenta un insostituibile aiuto per individui emotivi ed insicuri nella vita relazionale. Parlare aiuta a scaricare l'aggressività e a realizzare qualsiasi rapporto affettivo.

La perdita della laringe comporta non solo la perdita dell'attività fonatoria, ma anche dell'attività vocale emozionale: non è più possibile manifestare i propri sentimenti, piangere e ridere sono privati della consueta sonorità.

Anche la vita sessuale ne risulta gravemente condizionata ed il laringectomizzato si sente frustrato.

3.3 LA REAZIONE DEL PAZIENTE

Il laringectomizzato, come abbiamo visto, vive una condizione fisica e psicologica molto problematica e di difficile gestione. Diverse sono le sue reazioni psicologiche a tale condizione. Può accadere che si rifugi nella propria menomazione esasperandone i sintomi, ed ostentandoli alla disperata ricerca di attirare su di sé l'attenzione degli altri.

Ci troviamo di fronte ad un soggetto che rifiuta di raccogliere le proprie forze e volontà per adattarsi alla nuova situazione e per imparare il nuovo linguaggio. Egli ha un atteggiamento impaziente, muove le labbra frettolosamente, impedendo all'interlocutore di comprenderlo; dà segni di insofferenza; pretende di essere compreso per intuizione e quasi non vuole avere un linguaggio intelligibile. Ci sono pazienti che reagiscono in modo aggressivo e violento perchè non sono in grado di esprimere le proprie emozioni attraverso la voce.

È difficile stabilire un rapporto con questi soggetti: la via migliore è quella della tolleranza e dell' accettazione, cercando anche di cogliere le energie potenziali mascherate dall'atteggiamento ostile. Molto frequentemente il laringectomizzato dimostra una relativa indifferenza verso la malattia e verso gli altri che lo circondano.

Non sembra avere interessi, non pensa al futuro, vive alla giornata isolato in se stesso, rifiutando di comunicare tranne che per alcuni aspetti marginali della vita quotidiana.

Nonostante tutti questi “attributi negativi” , se così li possiamo definire, è errato considerare il laringectomizzato come “un poverino”: egli è un uomo che deve affrontare l’impresa della vita, con la consapevolezza di una breve “morte sociale”, una corsa che riprende dopo essere uscito di pista.

I laringectomizzati possono essere reintegrati completamente nella loro vita e nel lavoro. Ma queste persone devono essere aiutate a superare questa prova di morte sociale, quale la perdita temporanea della parola, ed incoraggiati ad acquisire la voce esofagea. L’ambiente di lavoro deve essere preparato, se necessario.

Ma il laringectomizzato può ritornare a condurre una vita nel modo in cui lo faceva prima dell’intervento però con una certa gradualità.

Di seguito riporterò “ *le dieci regole del laringectomizzato*” che sono riportate in un manuale, “*AUSILIO PER LA RIABILITAZIONE DEL LARINGECTOMIZZATO*”:

- ✓ *aver pazienza*
- ✓ *aver volontà*
- ✓ *essere perseverante e testardo*

- ✓ *cercare l'autocontrollo e l'autodominio*
- ✓ *cercare la tranquillità ed essere sereno*
- ✓ *essere aperto*
- ✓ *essere disponibile*
- ✓ *avere cura di sé*
- ✓ *essere rigoroso*
- ✓ *essere "sportivo"*

Come abbiamo visto diversi sono i meccanismi di risposta alla malattia e a tutto ciò che ne consegue: sono meccanismi sì fisiologici ma che si esprimono diversamente in base alla personalità di ogni singola persona.

È importante che chi attua una relazione d'aiuto sappia riconoscere queste differenze poiché diverse saranno le "tecniche" di aiuto applicate al singolo paziente. Parliamo quindi di relazione d'aiuto personalizzata, che si pone obiettivi in funzione delle caratteristiche psicologiche del paziente.

3.4 “ LA MIA STORIA, UNA COME TANTE”

È opportuno inserire in questa parte della tesi un articolo che ho letto sul giornale “Il Corriere del Laringectomizzato” e che è tratto da “Il dialogo non interrotto”, scritto da Luigi Lampredi, giornalista, che fu colpito da cancro della laringe e di conseguenza sottoposto a laringectomia totale.

L'intervento alla laringe , che lo mutilò penosamente con la perdita della voce, bloccò la sua intensa attività per sette anni. Scriveva ancora, ma in maniera occasionale, quando la malattia glielo permetteva. Non perse il suo umorismo sorridente e neppure l'interesse per la vita, per il mondo che lo circondava, per la lettura intensa di libri e giornali e per la musica.

Questo articolo racchiude in sé un profondo significato : racconta molto bene come si può sentire un laringectomizzato sia dal punto di vista fisico, sia psicologico. Ci rende prima di tutto più sensibili e consapevoli dei problemi cui vanno incontro queste persone e poi, attivi nel cercare di aiutarli ad affrontare questa nuova e difficile vita.

“...L'operazione, mi dicono gli specialisti, è relativamente facile e, sia detto non solo a titolo di consolazione, il tumore nel novanta per cento dei casi non si riproduce... In Italia – mi è stato detto – non c'è chirurgo otorinolaringoiatra che non sappia operare più o meno bene, questo tumore

maligno. In compenso manchiamo quasi totalmente di altre prestazioni che rimangono essenziali e di importanza determinante se si vuole che il laringectomizzato ritorni ad essere un uomo nelle sue piene facoltà fisiche e psichiche.

E dopo l'asportazione di questo attacco insidioso alla laringe, di questo tumore «facile» che ne è dell'operato? La parola scompare. Ed è chiaro che non passando più l'aria per il naso e la bocca bisogna ricorrere ad altri accorgimenti: un buco permanente nella gola, nella fossetta all'inizio del collo, per usare un termine comprensibile a tutti, introduce l'aria necessaria alla respirazione compiendo quelle funzioni che prima venivano praticate attraverso il naso. Ovvio che la bronchite e le affezioni polmonari diventano per l'assoluta maggioranza, una malattia cronica e sempre in agguato. Gli odori, anche attraverso speciali accorgimenti, rappresentano un ricordo e sono talvolta vagamente percepiti: ...Tutto ciò nei primi tempi provoca, nelle persone psicologicamente più sensibili o fragili, la certezza di un segno, di uno stigma incurabile che trasforma la personalità e l'adattamento a vivere un'altra vita, provocando un'alterazione del sistema nervoso.

Per chi invece considera l'esistenza un bene che si accetta globalmente con le sue prove e le sue angosce il problema non acquista, forse, toni così drammatici.

...Ma la voce? Che cosa accade alla voce? Questa è l'autentica tragedia ...Il laringectomizzato sente intorno a sé un mondo in cui neanche le voci scomposte sembrano armoniose: la sua bocca si apre nella ricerca disperata di un suono e nessun silenzio può eguagliare quello di una bocca aperta che non sa esprimere neppure un vagito da neonato, neppure l'affanno della respirazione. È il nulla, un nulla che il cervello percepisce e trasmette a tutto il corpo.

...Per giorni e giorni (non mi vergogno a confessare che arrivai con molte lezioni ad emettere un suono inarticolato solo dopo tre mesi) gli esercizi significarono per me un tormento. La compassione e l'amorevolezza dei miei compagni di sventura erano la mia forza. Mia moglie mi seguiva con quello sguardo che ricordava i vent'anni del mio amore: dopo tanto tempo mai collaudo fu più efficace. Ma la voce, questa voce, non veniva. E un giorno, io stesso non so spiegarmelo, venne fuori un primo suono. Ahimè, per qualche tempo non si ripeté. Il silenzio tornò ad imprigionarmi e poi, lentamente, sillabai e oggi, tranne alcune parole, posso dire di aver raggiunto un vocabolario discreto.

Ho raccontato la mia storia perché è la storia di tanti. Intanto le idee più fosche mi tormentavano il cervello, ma quelle tre, quattro, cinque ore che dedicavo agli esercizi diminuivano la tensione nervosa, spesso pericolosa e

insidiosa. Quando ci si sente così isolati, se non fosse per quella eccezione di cui ho voluto parlare, la morte sarebbe consolatrice e liberatrice”.

CAPITOLO IV°- UNO DEI PROBLEMI CHE MAGGIORMENTE SI RISCONTRA: LA DEPRESSIONE

4.1 DEFINIZIONE

In psicologia la depressione viene definita come un complesso quadro morboso costituito da un abbassamento del tono vitale dell'individuo, nelle sue componenti somatiche e neuropsichiche.

Le reazioni che si osservano più frequentemente sul piano somatico e neurovegetativo sono: faticabilità muscolare, ipotensione arteriosa, cefalea, oppressione precordiale, anoressia e dimagrimento, stipsi, insonnia di tipo particolare (risveglio precoce). Mentre sul piano psichico ed affettivo: inibizione del corso del pensiero, penosi sentimenti di insufficienza, di incapacità e di colpa che possono configurare in veri e propri deliroidi, diminuzione del tono affettivo, tristezza.

4.2 LA DEPRESSIONE NEL LARINGECTOMIZZATO

Come abbiamo visto precedentemente, le reazioni alla malattia da parte del laringectomizzato sono diverse. In generale possiamo dire che il suo comportamento è orientato o verso il polo positivo o verso quello negativo.

Nel secondo caso ci troviamo in una situazione piuttosto grave e di difficile gestione. Quando il laringectomizzato dimostra indifferenza nei confronti della malattia e di chi lo circonda, questo atteggiamento, non raramente, sconfinava nella depressione reattiva, che però rivela sempre una personalità di base tendente alla nevrosi.

Talvolta la perdita della voce è vissuta in maniera primitiva e tormentosa a livello inconscio, per cui si alterano le capacità del soggetto di organizzare valide misure autodifensive. In questo caso il paziente punisce e domina gli altri rendendosi dipendente da essi.

L'infermiere deve spesso affrontare questo tipo di problematiche e inserirle nei piani assistenziali concordati con l'equipe ed il paziente.

L'aspetto metodologico e filosofico secondo cui affrontare la depressione in infermieristica sono stati maggiormente analizzati da Peplau.

4.3 LE QUATTRO FASI DELLA PEPLAU

La depressione, come gli altri disturbi psichici, comporta una grave ripercussione nei rapporti interpersonali (Barelli et al, 1996). La relazione infermieristica deve quindi essere orientata a trovare adeguate modalità di intraprendere rapporti interpersonali.

La teoria di Peplau (1994) aiuta a capire l'importanza delle relazioni interpersonali sia come strumento terapeutico diretto, sia nell'identificazione delle strategie assistenziali, descrivendo la relazione infermieristica come un processo interattivo che si sviluppa in quattro fasi integrate fra loro: orientamento, identificazione, utilizzazione, risoluzione. Riconoscere la fase che sta attraversando la relazione infermiere/assistito è fondamentale per il raggiungimento dell'obiettivo della relazione stessa. Ciascuna fase è infatti caratterizzata da un diverso grado di conoscenza reciproca e di "sintonizzazione" infermiere/assistito verso un comune obiettivo di salute. Nelle prime due fasi l'obiettivo che l'infermiere può perseguire è il farsi accettare dal paziente come persona che può aiutarlo, conquistando la sua fiducia. Non deve però avere la convinzione di poter risolvere subito il problema depressivo. Solo una volta costruito un rapporto di fiducia si entra

nella fase della utilizzazione, cioè nel momento nel quale è possibile finalizzare la relazione a scopo terapeutico, indirizzandola cioè al superamento della sensazione di perdita vissuta dall'assistito e al suo riadattamento alla nuova realtà, al suo ritorno alla vita.

Per Peplau l'intervento infermieristico deve porsi l'obiettivo di facilitare il processo di riconoscimento della causa di depressione, attraverso la ricerca di sé e di modelli comportamentali positivi di reazione alla tensione.

4.4 IL CONTRIBUTO FENOMENOLOGICO DI PARSE

Assistere una persona con problema depressivo significa aiutarla ad attraversare un mare oscuro di disperazione alla ricerca di un nuovo modo di essere al mondo.

La comprensione di questo aspetto dell'assistenza può essere facilitato dalla teoria di Parse (1981, 1992). I suoi principi fondanti descrivono la persona come unica responsabile della propria esistenza e della sua continua evoluzione, nonché unica in grado di attribuire significato ad essa. Con questo l'autrice intende affermare che solo la persona è in possesso della chiave per modificare la direzione verso cui la propria esistenza sta evolvendo.

L'infermiere, di conseguenza, può aiutare la persona solo facilitando quel processo, che Parse definisce di "illuminazione", di esplicitazione del significato che la persona stessa attribuisce alla esperienza di vita che sta attraversando. Una volta compreso questo l'infermiere deve rendere facile per la persona l'individuare in quale direzione orientare l'evoluzione della propria esistenza; deve cioè aiutare a rendere esplicito verso quale modo di essere al mondo la persona sente di dover tendere per migliorare il proprio stato di salute. Questo processo viene definito dall'autrice come "mobilitazione della trascendenza" (Barelli e Sansoni, 1996).

La teoria di Parse aiuta l'infermiere a comprendere come sia importante non imporre alla persona assistita un percorso predefinito verso un modello di salute standardizzato, quanto piuttosto sia indispensabile aiutarla a trovare un proprio modo di attraversare il "mare oscuro", maturando un proprio modo di essere sana nel "nuovo mondo", superando la "perdita" subita.

4.5 LA RELAZIONE INFERMIERISTICA

Quanto esposto permette di comprendere come possa essere difficile, e spesso frustrante, instaurare una relazione d'aiuto con una persona che sta

attraversando un'esperienza depressiva, una persona che soffre profondamente, rinchiusa in un mondo dal quale non riesce a comunicare, che la isola dagli altri, dai quali non si sente né compresa né accettata.

Spesso – sebbene con intensità differenti – chi attraversa l'esperienza depressiva, entra in una spirale negativa caratterizzata dalla resistenza ad ogni tentativo di aiuto. E così chi porge aiuto può essere indotto a reazioni di rifiuto ed insofferenza, fino a giungere al punto di colpevolizzare la persona sofferente per la condizione in cui si trova.

Un'altra frequente reazione di chi porge aiuto è la sovrastimolazione della persona depressa, attraverso continue incitazioni, per lo più superficiali o provocatorie, che tuttavia rinforzano il senso di colpa e inadeguatezza che la persona prova, creando così un circolo vizioso.

L'infermiere deve fondare la relazione terapeutica sull'accettazione della persona sofferente nella sua immobilità e nella sua impossibilità di progettare un futuro, consapevole che questa situazione è dovuta alla condizione psicopatologica, e che la persona di questo si colpevolizza. Pur apparendo chiusa e refrattaria alle sollecitazioni relazionali, la persona depressa è molto recettiva ad ogni manifestazione di attenzione, per questo è necessario garantire al suo fianco una presenza sincera e disponibile (Drigo et al. 1993).

L'infermiere deve anche aver cura di tutelare la persona da interazioni che

rinforzino il senso di colpa e deve offrirgli la possibilità di vivere l'esperienza depressiva, permettendo la regressione e avendo cura di tutelarne la sicurezza. Nei casi più gravi una strategia utile può essere l'allontanamento temporaneo da situazioni (quali ad esempio il lavoro o la famiglia) che richiedono l'assunzione di un ruolo sociale e relazionale eccessivamente impegnativo per le risorse di cui attualmente dispone.

Nell'avvicinare la persona depressa è dunque necessario mostrare disponibilità all'ascolto, apertura, cercando di evitare l'intrusività. L'osservazione del comportamento e dei contenuti dei discorsi della persona sofferente sono per l'infermiere utile materiale per la valutazione dei progressi.

4.6 PRINCIPALI DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NELL'ESPERIENZA DEPRESSIVA E RELATIVO PIANO DI ASSISTENZA

I principali problemi infermieristici che emergono nel corso di un'esperienza depressiva sono l'autostima cronicamente bassa, l'inefficace adattamento, la ridotta interazione o l'isolamento sociale, l'ansia, l'impotenza e la disperazione. Un corretto approccio assistenziale deve essere orientato al loro

superamento: gli obiettivi principali dell'intervento assistenziale saranno definiti in relazione alla severità della manifestazione. Sarà necessario anzitutto garantire la soddisfazione dei bisogni di base. Nelle situazioni più gravi, infatti, la persona è talmente immobilizzata nel vuoto dell'esperienza depressiva che non riesce nemmeno a prendersi cura di sé. Diventerà quindi importante cercare di recuperare il senso di autostima e le capacità di adattamento, attraverso esperienze ed interazioni positive, fino al completamento del percorso di evoluzione verso la nuova vita ed il nuovo modo di essere al mondo.

A questo proposito Chernomas (1997) afferma che potrebbe esser utile, nello stabilire una relazione terapeutica, utilizzare concetti che definiscono l'esperienza a partire dalla prospettiva della persona assistita. Questo facilita l'accettazione dell'infermiere da parte della persona e la sensazione di essere compresa, migliorando e rafforzando l'alleanza terapeutica su un obiettivo condiviso. L'autore continua affermando che il processo di guarigione potrebbe essere diretto al recupero o alla modificazione delle caratteristiche del sé così come desiderate dalla persona assistita. L'infermiere dovrebbe facilitare l'individuazione del sé desiderato avvalendosi delle strategie della comunicazione attiva (concordando così in parte con i concetti di Parse).

Si è ricordato come la depressione influisca sulle capacità della persona di svolgere le attività di vita quotidiana: l'accrescimento dell'autostima e lo sviluppo delle capacità di coping, possono essere favoriti supportando la persona nello svolgere, con successo, queste attività (Dyer et al, 1994). Inizialmente l'infermiere dovrà adottare un atteggiamento di sostituzione che lentamente si trasformerà in supporto e quindi in stimolo nei confronti del paziente in un progressivo cammino verso il recupero dell'autonomia e della responsabilità di sé, sottolineando con cura e con rinforzi positivi i successi della persona. In questa attività è necessario porre attenzione alle reali possibilità della persona. Proporre attività o impegni anche molto semplici, ma eccessivamente pesanti per le condizioni della persona (o il far leva su capacità di un tempo ormai perse) può trasformarsi in un fallimento confermando la percezione distorta di sé, rinforzando il senso di inadeguatezza, provocando un aggravamento della sofferenza. Al contrario il corretto riconoscimento e l'accettazione delle possibilità della persona facilitano il raggiungimento di piccoli successi che rinforzano la fiducia nell'infermiere e tutelano il paziente dallo sperimentare frustrazioni, in quel momento per lui intollerabili. La progressiva restituzione di responsabilità circa la cura di sé accresce la considerazione e il senso di controllo della situazione della persona (Drigo et al, 1993; Dyer et al, 1994). L'infermiere,

soprattutto nelle fasi iniziali dell'intervento assistenziale, dovrebbe assicurare alla persona ampia disponibilità di tempo, non legato a particolari attività assistenziali, nel quale poter parlare, favorendo così l'esplorazione interiore. Stimolare la persona ad esprimere i propri sentimenti con le persone in cui ha fiducia, aiuta a superare il momento più acuto (Dyer et al, 1994). In un secondo momento è utile aiutare la persona ad identificare le origini dei propri sentimenti: in questo modo viene messa in condizione di comprendere meglio la situazione e si facilita l'individuazione delle strategie più efficaci per farvi fronte. Esprimere preoccupazione per l'aspetto fisico e per la salute della persona dimostra alla stessa di essere degna di cure e di attenzione. Successivamente è necessario aiutarla ad identificare i propri punti di forza, favorendo così il miglioramento dell'autostima e la costruzione di una percezione realistica del sé. È possibile attenuare la percezione del senso di minaccia incoraggiando l'espressione delle emozioni negative come la rabbia e prevenire il senso di inadeguatezza (e un ulteriore abbassamento dell'autostima) incoraggiando l'identificazione di aspettative non realistiche (Dyer et al, 1994). Anche l'utilizzo di tecniche cognitive e comportamentali (la sostituzione di pensieri irrazionali, il respiro controllato, le tecniche di rilassamento) si è dimostrato efficace nel migliorare le strategie di *coping* della persona (Dyer et al, 1994; Beck, 1978; Peden, 1996). L'infermiere

dovrebbe aiutare la persona ad apprendere queste tecniche, incoraggiandola al loro utilizzo e discutendone assieme l'efficacia per individuare la tecnica più adatta.

4.7 INTERVENTI DI GRUPPO

Un importante ausilio all'intervento individuale sono gli interventi con gruppi di persone. Risultano efficaci sia i gruppi che prevedono interventi di tipo "supportivo", che i gruppi con un approccio strutturato di tipo "psicoeducativo" (Bottomley, 1997; Huges, 1993; Peden, 1996). La partecipazione ai gruppi permette di esprimere e confrontare con gli altri i pensieri, le emozioni ed i comportamenti, aiutando la persona ad acquisire maggior responsabilità di sé (Dyer et al, 1994).

4.8 INTERVENTI RIVOLTI ALLA FAMIGLIA

Gli interventi rivolti alla famiglia sono di tipo essenzialmente informativo-educativi (circa l'evoluzione del problema depressivo) e di supporto, finalizzati al coinvolgimento nel progetto di cura. La persona che attraversa

l'esperienza depressiva deve ricostruirsi un ruolo all'interno della famiglia, con importanti ripercussioni sul funzionamento del nucleo familiare che, a sua volta, è costretto a ristrutturare, magari solo temporaneamente, i ruoli al suo interno.

La relazione con i familiari deve facilitare il riequilibrio dei ruoli all'interno del nucleo, considerando sia i bisogni sia i sentimenti provati dai familiari nei confronti della persona depressa. La famiglia deve essere considerata un'importante risorsa, da coinvolgere nel processo di recupero della salute. Per questo è determinante aiutarne i membri a trovare il giusto canale per esprimere le ansie e le preoccupazioni, evitando di incorrere in colpevolizzazioni di una o dell'altra parte.

Sarà altrettanto importante far condividere a tutto il nucleo familiare le reali potenzialità e i bisogni della persona assistita per prevenire aspettative non realistiche, frustrazioni o eccessive stimolazioni, ponendosi in un ruolo di mediatore fra le diverse istanze dei membri, ma evitando al contempo di schierarsi con l'una o l'altra parte.

4.9 CONCLUSIONI

Intraprendere una relazione d'aiuto con una persona che sta attraversando un'esperienza depressiva implica la capacità di far maturare alla stessa un processo di evoluzione (da un modo di essere al mondo verso un modo nuovo) superando la sofferenza causata dalla perdita dell'immagine di sé, del proprio progetto di vita come lo conosceva fino a prima. L'infermiere per poterlo fare deve comprendere il significato di questa sofferenza, orientando il suo intervento al recupero delle capacità di adattamento alla realtà e all'incremento dell'autostima, avvalendosi delle teorie dell'assistenza e delle teorie psicoeducative e cognitivo-comportamentali.

TERZA PARTE

CAPITOLO V°- LA RELAZIONE D'AIUTO

5.1 COS'È LA RELAZIONE D'AIUTO

Quando si è esposti ad una sofferenza tale da non poter essere “digerita” dalla mente o quando un individuo non è in grado di affrontare una particolare esperienza, ecco che si ha bisogno di un aiuto esterno, in grado di contenere l'angoscia e provvedere così al processo di elaborazione. Diverse sono le definizioni relative al concetto di relazione d'aiuto, ma tutte racchiudono in sé il medesimo significato.

Per “relazione d'aiuto” si intende un rapporto asimmetrico, non paritario cioè, tra un soggetto, che per maturità, salute, conoscenza, capacità, ecc, è in condizioni di offrire e gestire un aiuto a mettere questa sua “competenza” al servizio di un altro invece portatore di bisogni per immaturità, deficit, indigenza, malattia, ignoranza, e così via.

Carl Rogers definisce la relazione d'aiuto come una “situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o ambedue le parti, una valorizzazione

maggior delle risorse personali del soggetto ed una maggior possibilità di espressione”.²

Ancora, Robert Carkhuff descrive tale relazione come un processo che comporta una crescita (per dirla genericamente) di una persona o di entrambe le persone coinvolte per mezzo delle loro relazionarsi (e delle risorse che da ciò ne possono scaturire).

Nella relazione d'aiuto, quindi, almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità e il raggiungimento di un modo di agire più adeguato ed integrato.

È importante che chi aiuta, ossia l'helper, lo faccia inserito in un'ottica di crescita e non unicamente di risoluzione di un problema.

Infatti, il fine ultimo della relazione d'aiuto è quello di produrre un cambiamento.

Si tratta in ogni caso di una relazione che non necessariamente riguarda ambiti professionali, ma anche di altra natura, come quelli familiari e amicali: si attua non solo negli ospedali o in strutture specializzate, ma anche a casa, a scuola, nella vita di tutti i giorni.

² C. Rogers, *“La terapia centrata sul cliente”*, Edizioni G. Martinelli, Firenze, 1989

5.2 LA RELAZIONE D'AIUTO ED IL COUNSELING

Il termine counseling non ha una corrispondente nella lingua italiana, se non nella nozione non proprio precisa di “consulenza”. Anche nella gran parte dei dizionari inglesi il concetto è ancora illustrato come “dare consigli o assistenza specialistica”, proprio ciò che il counseling non è.

Il counseling è una strategia di aiuto più profonda. Esso si sviluppa “sulla originaria intuizione rogersiana secondo la quale se una persona si trova in difficoltà il miglior modo di venirle in aiuto non è quello di dirgli cosa fare, quanto piuttosto quello di aiutarlo a comprendere la situazione e a gestire il problema prendendo da solo e pienamente la responsabilità delle scelte eventuali”³

Si tratta quindi di un processo orientato a far prendere coscienza a chi riceve aiuto della propria situazione in modo da poterla gestire fino a giungere alla risoluzione stessa. Le soluzioni devono venire per quanto possibile dalla persona e innestarsi sui suoi schemi di riferimento.

³ Folgheraiter, F., *La relazione d'aiuto nel Counseling e nel Lavoro sociale*, prefazione a Succhielli, R., *Apprendere il Counseling*, Trento, Ed. Centro Erickson, 1987

In questo caso l'aiuto consiste nel rendere possibile una riattivazione o riorganizzazione delle risorse originarie, anche senza nulla aggiungere dall'esterno. Il risultato finale è misurabile attraverso “ il grado in cui si riesce a rendere una persona capace di azioni razionali e positive, a renderla più soddisfatta, più in pace con se stessa, più capace di condurre una vita serena e socialmente integrata” (Cavallone, 1997)

Come tale, il counseling si connota sempre come aiuto psicologico.

5.3 ATTEGGIAMENTI INDISPENSABILI PER LA RELAZIONE D'AIUTO

Gli atteggiamenti indispensabili per la relazione d'aiuto possono essere considerati come disposizioni personali dell'operatore di aiuto. Essi sono:

- *ascolto e osservazione*: la capacità di ascoltare è molto importante perché permette di stabilire dei rapporti costruttivi. Attraverso l'ascolto si comunica all'helpsee che anziché esprimere giudizi su ciò che egli dice o su ciò che egli è, l'helper cerca di capirlo ed impegna le sue energie in questa direzione. Un atteggiamento reale di ascolto implica attenzione e interesse, tolleranza, comprensione e accettazione dell'altro, presupposti indispensabili affinché si

possa stabilire un rapporto di fiducia, aperto, all'interno del quale è più facile per il paziente esprimersi e portare informazioni su di sé.

Altrettanto importante è la capacità di osservazione, ovvero, il non limitarsi a dedicare attenzione alle parole del paziente, soffermandosi invece anche su tutti quegli elementi non verbali, come gesti, postura, mimica, che spesso conferiscono significato emotivo e intenzionale alle comunicazioni. L'obiettivo di questi due atteggiamenti è quello di comunicare al paziente la comprensione e l'accettazione e non dare la sensazione di volerlo giudicare;

- *interesse e rispetto*: se non vi è un autentico e sincero interesse per l'altro la mente non può essere veramente recettiva e disponibile. Inoltre la relazione d'aiuto si fonda sulla fiducia e sul rispetto. L'helper riconosce nell'altro una persona investita di una dignità e di un valore infinito; la percepisce pertanto come persona capace, avente diritto di prendere le proprie decisioni e di condurre la vita come meglio le pare. Rispettare vuole dire evitare l'insincerità;

- *accettazione incondizionata o considerazione positiva incondizionata*: la persona è accettata, indipendentemente da ciò che pensa, fa o dice, solo per quello che è e per la sua motivazione di cambiare. "Il terapeuta deve comunicare al suo cliente il profondo e sincero interesse per lui come persona con potenzialità umane, un interesse non contaminato da un giudizio sulle

idee, sui sentimenti o sul comportamento del paziente”⁴ L’atteggiamento di accettazione incondizionata si riflette nella capacità dell’helper di sospendere ogni giudizio critico e morale;

- *comprensione empatica*: la comprensione empatica riguarda la capacità dell’helper di cogliere accuratamente la situazione personale di colui che gli sta di fronte: da ciò che dice e da ciò che è. Per Rogers, empatia significa “capacità di mettersi al posto dell’altro, di vedere il mondo come lo vede costui”⁵ Questa comprensione dell’altro “nei suoi significati più intimi e personali come se fossero propri, senza d’altronde dimenticare che in realtà non lo sono”⁶ non deve essere né troppo condizionata da emotività o determinata da effettiva condivisione e affinità, né troppo intellettualizzata o frutto di interpretazioni cliniche.

L’empatia si situa a livello più profondo di comprensione e supera il problema in sé, raggiunge l’assistito nel suo modo di vivere la difficoltà, nel momento che egli ne capisce la ragione. In una parola l’operatore deve essere in grado di “sentire” i sentimenti del paziente, la confusione o l’insicurezza, la paura o la gioia, come se fossero suoi, senza mai confondere le proprie confusioni, le proprie insicurezze, le proprie paure e gioie con quelle dell’helpee.

⁴ Rogers, C., *La terapia centrata sul cliente*, op. cit., pag. 1696

⁵ Rogers, C. & Kinget, M.G., *Psicoterapia e relazioni umane*, op. cit., pag. 92

⁶ Rogers, C., *La terapia centrata sul cliente*, op. cit., pag. 1697

Bisogna superare le evidenze superficiali del comportamento dell'assistito, vale a dire ciò che egli esprime in modo esplicito e cercare di cogliere, anche se in modo imperfetto, i suoi sentimenti profondi e reali;

- *genuinità*: nel processo di aiuto, la genuinità dell'operatore si evidenzia nell'essere sempre se stesso, sempre in collegamento con i propri sentimenti e con ciò che nel rapporto si sta svolgendo dentro di lui, senza sentire la necessità di negarlo o di distorcerlo. "...L'operatore genuino non nega la propria personalità, ma la esprime"⁷ La genuinità implica la congruenza fra i livelli psicologici (fra ciò che si sente, ciò che si pensa, ciò che si fa e ciò che si è). In concreto, questa disposizione porta l'operatore a non innalzarsi sul piedistallo dato dal "ruolo" di esperto o di terapeuta né a proteggersi dietro il ruolo, mettendo avanti la tecnicità professionale per evitare un autentico coinvolgimento personale, necessario all'aiuto, ma non sempre facile da sostenere. Senza genuinità l'helper è reso da se stesso inefficace prima ancora di iniziare ad operare.

In conclusione, la relazione d'aiuto e l'interazione terapeutica presuppongono il prendersi cura dell'altro indipendentemente dalla possibilità di risoluzione positiva del problema.

⁷ Rogers, C., La terapia centrata sul cliente, in S. Arieti (a cura di), *Manuale di psichiatria*, Vol. 3, Torino, Boringhieri, 1970, pag. 1695.

Si tratta, come si può ben vedere di un atteggiamento mentale molto diverso dal progetto che riguarda il curare e il guarire.

Per saper far questo, per arrivare a possedere quelle conoscenze e quelle capacità che professionalizzano la funzione genitoriale, non bastano acquisizioni culturali e intellettuali, ma occorrono competenze relazionali, cioè mentali.

La capacità di ascoltare ed osservare in modo empatico e ricettivo caratterizza l'operatore in grado di cogliere e di "sentire" ciò che il paziente comunica e ciò di cui necessita. Quando una persona recettiva riesce a contenere il dolore mentale ha luogo un processo dinamico nel quale si è in grado di elaborare le emozioni e le proiezioni dell'altro; è questo che promuove un autentico cambiamento, l'unico realmente utile. È un cambiamento dovuto non tanto alla risoluzione del problema, quanto all'acquisizione della capacità di affrontarlo; un cambiamento che dipende dall'introyezione delle funzioni contenitive e dall'identificazione con queste capacità

5.4 LA RELAZIONE D'AIUTO ED IL COUNSELING IN AMBITO SANITARIO E INFERMIERISTICO

Viste le caratteristiche peculiari della relazione d'aiuto (e del counseling) è possibile affermare che all'interno del mondo sanitario essa può essere applicata, anzi è necessaria e fondamentale utile. Questo perché, in generale, l'obiettivo principale è quello di fornire il supporto necessario a fronteggiare la vasta gamma di aspetti psicosociali connessi alla malattia. Non è necessariamente un obiettivo specialistico, cioè di esclusiva pertinenza degli operatori di area psicologica: la relazione d'aiuto può essere attuata, a partire da problemi di ordine fisico, da operatori sanitari.

In particolare, l'infermiere è forse la figura professionale che più si adatta all'applicazione di una relazione d'aiuto. “ È un ruolo a mio avviso ancor più difficile perché meno circoscritto e tematizzato, ma che affiora dalla quotidianità e dalla continuità del rapporto con il malato” (Maria Assunta Vicini,1998).

Per capire bene come mai l'infermiere è adatto a compiere attività di counseling nell'ambito del suo lavoro bisogna considerare le seguenti domande: *cosa significa essere infermiere? Di che cosa si occupa l'infermieristica? Qual è il campo di attività dell'infermiere?*

1) Letteralmente infermiere, in italiano significa “persona che assiste gli infermi”. Nei paesi anglosassoni troviamo “nurse”, che sta a significare più genericamente “persona che accudisce” e nei paesi francofoni “aid soignant” che vuol dire “aiutante alle cure”.

La definizione italiana sembra indicare che l’oggetto di interesse dell’attività infermieristica è l’infermo. Nelle definizioni straniere, viene invece maggiormente delimitata la funzione, il “cosa fa l’infermiere”, senza porre confini netti rispetto ai destinatari ultimi di questa attività (infermi o anche utenti sani?).

2) L’infermieristica è comunemente ritenuta quella disciplina che si occupa di studiare e mettere in atto strumenti utili a garantire l’assistenza, l’aiuto, l’educazione alla persona sana o malata con problemi di salute. Più precisamente, l’infermieristica risponde ai bisogni/processi alterati, non patologici, che emergono come conseguenza o meno di una patologia (diagnosi infermieristiche), oltre che ad alcuni effetti diretti della patologia (problemi collaborativi).

3) Per quanto riguarda il campo di attività, l’aiuto esercitato dall’infermiere si esprime su più livelli, essendo i bisogni/processi di possibile natura fisica, psichica o sociale, e per questa ragione, l’intervento dell’infermiere non può essere specialistico, ma deve essere generalista.

E qui si può far riferimento al Decreto 14 settembre 1994, n° 739 – Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, dove all'articolo 1, punto 2, enuncia: “L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria” (vedi allegato). Quindi si può dire che l'attività dell'infermiere non è a senso unico, non è limitata a “curare la malattia” perché una patologia non colpisce solo a livello fisico ma anche a livello psicologico.

Nel contesto della professione infermieristica, la relazione d'aiuto costituisce dunque una risorsa basilare, una “conditio sine qua non” dell'efficacia dell'azione infermieristica; questa inscindibilità fra obiettivi dell'azione professionale e tipo di relazione interpersonale con i destinatari di essa è ciò che distingue la professione infermieristica dalle altre. D'altronde, l'infermiere, tra i professionisti della salute, è l'operatore che sviluppa con il paziente il rapporto più articolato e completo. La sua è una relazione d'aiuto che si muove e si avvale del contatto fisico, che incrocia il paziente nei momenti più intimi e riservati, quali l'igiene, il bisogno fisico, il dolore, il morire.

L'infermiere sperimenta fino in fondo che cosa significa entrare in relazione con l'altro, in un rapporto molto stretto, quasi come quello che la madre mette in atto nel crescere, nel prendersi cura del proprio figlio. Ma in ciò vi è il rischio di assecondare la richiesta (spesso implicita) di dipendenza del paziente. Al contrario l'aiuto deve sempre favorire il perseguimento dell'autonomia sia fisica sia psichica del soggetto cui si rivolgono le cure.

Nell'ambito dell'assistenza infermieristica la relazione d'aiuto si può descrivere pertanto come un rapporto di scambio verbale e non verbale che permette la nascita di un clima di fiducia, di rispetto reciproci, necessario all'assistito per soddisfare i suoi bisogni fondamentali, per rapportarsi meglio alla sua realtà, alle sue emozioni, ai suoi conflitti, ai suoi valori, ai suoi limiti, alle sue aspettative, ma necessario anche all'infermiere per essere autentico nei suoi atteggiamenti e gratificato nel suo operare.

La condizione essenziale per realizzare una relazione d'aiuto è comunque la volontà concreta dell'infermiere di aiutare l'assistito che gli si affida, assumendo l'atteggiamento di considerazione positiva. Questa disposizione interiore rappresenta la risultante della personale griglia dei valori, dei principi e delle conoscenze su cui si fonda la sua attività, ossia, in altri termini, della sua concezione filosofica dell'uomo, della malattia e della sofferenza.

CAPITOLO VI°- L'INFERMIERE E LA RELAZIONE D'AIUTO DOPO LA DIMISSIONE

6.1 LA SITUAZIONE ATTUALE

Nel corso dei miei studi ho avuto modo di praticare attività di tirocinio nel reparto di Otorinolaringoiatria, presso l'Ospedale Maggiore della Carità di Novara.

L'impatto non è stato facile, specialmente quando ho dovuto affrontare persone sottoposte all'intervento di laringectomia totale. Non era quella la prima volta che assistevo un paziente con la cannula tracheale: ma in questa occasione l'esperienza è stata differente. Il paziente, infatti, è obbligato a stare in posizione semiseduta per via della ferita chirurgica molto estesa (che oltretutto è una posizione molto scomoda per dormire!!) e si nutre attraverso il sondino naso-gastrico. Quello che più mi ha colpito è la rabbia che il paziente dimostra non essendo in grado di parlare.

Il laringectomizzato vuole parlare, cerca in tutti i modi di farsi capire e quando si accorge che chi gli sta di fronte non riesce a comprenderlo dapprima diventa aggressivo, poi si "ammutolisce".

Da qui ho capito quanto importante sia la figura dell'infermiere in questo reparto e quanto sia fondamentale instaurare una relazione d'aiuto che possa aiutare il paziente ad affrontare la malattia e le relative conseguenze dell'intervento demolitivo.

In base all'esperienza fatta posso dire che il paziente non è abbandonato a se stesso. Ma alcune volte non è possibile percepire la volontà di aiutare il paziente, da parte dei sanitari, a superare un momento così difficile. Sicuramente vengono fornite sia da infermieri sia da medici le informazioni sufficienti riguardo all'operazione e il post-intervento, ma tutto questo riguarda solo la sfera fisica. Probabilmente l'attenzione degli operatori dovrebbe centrarsi maggiormente sui problemi di ordine psicologico e relazionale.

6.2 LA NECESSITA' DI ELABORARE UN PERCORSO D'AIUTO

Come abbiamo visto, attuare una relazione d'aiuto non è assolutamente facile. Prima di tutto è necessario che l'infermiere acquisisca le conoscenze in questo campo, perché nulla si può improvvisare. Per questo dovrebbero essere attuati

dei corsi di formazione, della durata di alcuni mesi, rivolti al personale impiegato nel reparto di Otorinolaringoiatria (ORL).

Qui, intendo proporre un piano di relazione d'aiuto rivolto al paziente laringectomizzato nella fase che segue la dimissione.

Dopo l'intervento il paziente viene sottoposto a regolari visite di controllo, il cosiddetto follow-up.

Di seguito viene mostrato il protocollo applicato nel follow-up nel reparto di ORL dell'ospedale Maggiore di Novara.

***PROTOCOLLO CONTROLLI PAZIENTI ONCOLOGICI
(Ospedale di Novara)***

I anno	ogni 2 mesi
II anno	ogni 3 mesi
III anno	ogni 4 mesi
IV anno	ogni 6 mesi
V anno	ogni anno
- Rx torace, ecografia epatica ogni anno	
- eventuale decannulamento al I controllo	

6.3 PROPOSTA D'INTERVENTO

L'attenzione verso il malato è rivolta soprattutto al benessere fisico: nessuno si chiede come si senta il paziente, dal punto di vista psicologico.

La mia proposta è riferita a questo aspetto dell'assistenza al paziente laringectomizzato. Presso l'ambulatorio di ORL, accanto al medico coopera un infermiere. Il mio pensiero è che tale professionista non debba limitarsi ad assistere il medico durante la visita (preparare il lettino, passare gli strumenti, scrivere sulla cartella, ...) ma deve valutare la risposta psicologica globale del paziente ed eventualmente contrattare un piano che permetta la modificazione e risoluzione dei comportamenti svantaggiosi.

La relazione d'aiuto si colloca in questo ambito e costituisce uno strumento dinamico e versatile attraverso cui supportare la persona e la famiglia nelle fasi critiche della malattia, del recupero o della morte della persona stessa.

6.3.1 L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

La professione infermieristica non è una professione individualistica: infatti l'infermiere lavora all'interno di un team composto dagli infermieri stessi, medici, fisioterapisti, logopedisti, ecc. Il successo dell'assistenza dipende

dall'efficace collaborazione di tutti i membri del team della salute. E qui mi ricollego al fatto che la relazione d'aiuto non può essere attuata da una sola persona. Essa non è materia specialistica di una singola professione ma deve essere attuata da un'equipe multidisciplinare, in quanto i problemi da affrontare in maniera sinergica sono di diversa natura e competenza.

6.3.2 IL PROBLEM SETTING E IL PROBLEM SOLVING QUALI STRUMENTI DI ELABORAZIONE DEL PROBLEMA

Nel caso specifico del laringectomizzato le principali figure componenti il team sono: infermieri, medico chirurgo, psicologo, logopedista, dietista. Tutti questi operatori con sincerità, cordialità ed interesse per il paziente e con un buon rapporto empatico fra loro sono in grado di offrire un servizio migliore all'utente.

La richiesta di aiuto nasce nel momento in cui si riconosce in una persona uno stato di disagio, cioè uno stato di privazione, di sofferenza, c'è un bisogno da soddisfare. Ma non sempre tale disagio viene manifestato apertamente; talvolta è intuibile solo attraverso determinati comportamenti della persona.

Per poter affrontare una situazione di disagio è necessario “trasformare” questo disagio in un problema. Si introduce così il concetto di **problem setting**, ovvero quel processo teorico e pratico che serve a trasformare un disagio in un problema, in una questione ben definita. Esso precede il **problem solving**, che trasforma il problema ben definito in un progetto.

Rendersi conto che una certa situazione altro non è che un problema significa in qualche modo già uscirne, crearsi una prospettiva da cui le cose possono essere viste meglio.

Per fare problem setting, prima di tutto va definita la situazione con le condizioni che provocano disagio, e vanno cercate le vie d’uscita, le direzioni in cui muoversi. Vanno quindi definiti i termini del problema, in modo da poterlo enunciare, da poterlo descrivere e raccontare. Infine il problema va illustrato a tutti coloro che devono dividerne la soluzione.

6.3.3 L’ALLEANZA TERAPEUTICA

Una volta definito il problem setting, si passa alla fase della contrattazione terapeutica. Ciò vuol dire che nel momento in cui si deve decidere che tipo di “terapia strategica” attuare bisogna coinvolgere in prima persona il paziente. Tutte le decisioni riguardanti il progetto di aiuto dovranno essere concordate

insieme al paziente, il quale diventa non più compliant ma collaborante, attore della propria salute. Si tratta del cosiddetto modello dell'**alleanza terapeutica**, che studia i problemi del paziente considerato come persona capace di partecipare al processo decisionale in modo responsabile. Questa alleanza è una sorta di patto che curato e curante stabiliscono, anche tacitamente, nel momento in cui si crea tra loro una relazione. L'operatore stabilisce un'alleanza con il paziente, manifestando attenzione alla sua persona (centralità del paziente), al suo ambiente familiare e sociale, fattori che incidono in maniera significativa sul suo stato di benessere o malessere.

È ovvio che tale rapporto debba fondarsi sulla fiducia ed il rispetto reciproci.

La fase seguente è la progettazione che si compone dei seguenti momenti:

- priorità dei problemi del paziente
- definizione dell'obiettivo che vuole raggiungere il paziente
- modalità e mezzi per raggiungere l'obiettivo
- le persone coinvolte
- tempi
- valutazione
- revisione

6.3.4 LA PROGETTAZIONE

Al momento della dimissione, dopo aver dato tutte le informazioni necessarie per la gestione della cannula e inerenti al programma di visite di controllo, si propone al paziente l'attuazione di un progetto, o meglio di un piano di relazione d'aiuto, da cominciare una volta tornato a casa.

Soprattutto è importante fargli capire che questa "cura" viene decisa insieme, cioè in base ai bisogni, ai problemi ,alle esigenze del paziente si predilige un particolare tipo di intervento piuttosto che un altro.

Una volta che il paziente è d'accordo si stabilisce una prima data per incontrarsi (paziente, equipe e i componenti della famiglia che il paziente vuole che partecipino al progetto).

Durante questo primo incontro si presentano i componenti del team: ogni singolo operatore, cioè lo psicologo, l'infermiere, il logopedista, il dietista, spiega che ruolo occupa nella squadra, in cosa consiste il suo lavoro.

In seguito si espone al paziente l'obiettivo del piano, che è quello di produrre in lui un cambiamento che lo renda autonomo nella gestione di questa nuova vita.

A questo punto bisogna dare del tempo al paziente per decidere. Nel momento in cui egli dà la sua approvazione si stabilisce un ulteriore incontro per la stesura del piano.

6.3.5 LA PRIORITA' DEI PROBLEMI

Per poter elaborare un piano di relazione d'aiuto è necessario prima di tutto individuare quali sono i maggiori disagi che si verificano nel paziente dopo la dimissione, a seguito dell'intervento di laringectomia totale. Come ho già spiegato precedentemente, per affrontare un disagio bisogna trasformarlo in un problema, applicando il problem setting.

I problemi che maggiormente si presentano nel laringectomizzato sono: ansia e paura, alterazione dell'integrità corporea, dolore (fisico e interiore), alterazione della comunicazione, depressione.

La priorità si decide sempre in base alle esigenze del paziente, cioè sarà lui a farci capire se un determinato problema risulta per lui più difficile da sopportare e che è preferibile risolverlo nel minor tempo possibile. Importante è quindi ascoltare il paziente, non solo quando ci parla, ma soprattutto quando comunica il suo interiore attraverso lo sguardo e i gesti del corpo.

Di seguito sono elencate le varie proposte di intervento per ogni singolo problema sopra detto.

Ansia e paura:

- aiutare il paziente a riconoscere la propria ansia, attraverso il dialogo;
- incoraggiare l'espressione dei sentimenti (es. rabbia verso se stesso o gli altri);
- insegnare strategie atte ad interrompere l'ansia in situazioni che non è possibile evitare: per esempio, controllare il respiro, cambiare prospettiva, immaginando di osservare la situazione da lontano, tecniche di rilassamento (respirazione lenta e ritmica, rilassamento progressivo di tutti i muscoli, training autogeno, rallentamento del corso del pensiero, immagini guidate);
- confrontarsi con chi ha gli stessi identici problemi (quindi con altre persone laringectomizzate);

Alterazione dell'integrità corporea:

- incoraggiare il paziente ad esprimere i sentimenti che prova in merito all'intervento chirurgico e la percezione che ha del suo impatto sullo stile di vita. Rassicurarlo sul fatto che le sue reazioni sono normali e appropriate;

- incoraggiare il paziente a guardarsi allo specchio, nel punto in cui c'è lo stoma;
- fornire informazioni sulle misure che possono contribuire a migliorare l'aspetto: indossare indumenti con il collo alto (per esempio maglie a dolce vita), indossare la sciarpa, indossare accessori che distolgano l'attenzione del collo (per esempio un cappello) o coprire la ferita con un foulard;

Dolore fisico e interiore:

- per il dolore fisico si invita il paziente ad assumere gli analgesici prescritti dal medico in maniera ragionata e proporzionata;
- per il dolore interiore si insegnano al paziente tecniche di rilassamento;
- si può far riferimento anche all'attività svolta da un gruppo di psicologi di Milano, i quali lavorano sul rapporto dolore fisico e psichico, la relazione esistente fra essi e quanto si influenzino reciprocamente;

Alterazione della comunicazione:

- si invita il paziente a seguire le lezioni presso la scuola di rieducazione dei laringectomizzati;
- si possono programmare delle sedute specifiche con il logopedista, che, oltre al recupero della voce, si occuperà della riabilitazione della deglutizione;

Depressione: vista la specificità e complessità del problema si richiede l'aiuto di un operatore che abbia le conoscenze adeguate per poter offrire al paziente gli strumenti adatti ad affrontarlo

6.3.6 L'OBIETTIVO DEL PIANO DI RELAZIONE D'AIUTO

L'obiettivo del piano è ovviamente quello che vuole raggiungere il paziente, supportato dall'equipe.

Consiste, come già accennato precedentemente, in un cambiamento che gli permetta di essere protagonista e autonomo nella gestione della propria salute.

Il laringectomizzato ha bisogno di riacquistare prima di tutto fiducia in se stesso e poi negli altri. Solo così sarà in grado di ricominciare a vivere. Forse, anzi sicuramente, non sarà come prima dell'operazione, ma grazie all'aiuto della famiglia e del team di riabilitazione troverà la forza e la volontà di vivere nel miglior modo possibile.

6.3.7 MODALITA' E MEZZI PER RAGGIUNGERE L'OBIETTIVO

Le modalità attraverso le quali verrà attuato il piano riguardano essenzialmente una serie di incontri tra il paziente e il team, oppure tra il paziente ed un solo operatore, oppure tra il paziente e la famiglia o tutti insieme. Questi incontri si possono effettuare in un ambulatorio dell'ospedale, in uno studio o semplicemente a casa del paziente.

Per quanto riguarda i mezzi la scelta non è facile. Comunque proporrei: semplici colloqui con il paziente, sedute di discussione collettiva o tra il paziente e un helper, visione di filmati significativi, revisione di letture, tecniche di rilassamento, tecniche di respirazione. Aggiungerei anche che se il paziente lo desidera le sedute potrebbero svolgersi all'aria aperta o in qualsiasi luogo che lui consideri rilevante o importante in quel momento.

6.3.8 LE PERSONE COINVOLTE

Sarà il paziente a decidere con chi, oltre all'equipe, elaborare il piano di relazione d'aiuto e attuarlo.

Perciò le persone coinvolte potranno essere i componenti della famiglia, ma non necessariamente. Il paziente potrebbe scegliere anche di farsi aiutare da

un amico a cui è molto legato, o addirittura potrà non volere nessuno di sua conoscenza perché magari prova vergogna della sua condizione psicologica o semplicemente perché non se la sente di coinvolgere nei suoi problemi le persone cui vuole bene.

6.3.9 I TEMPI

Quando si decide di elaborare un piano di relazione d'aiuto si stabilisce l'inizio ma è impossibile fissare una data di fine progetto. Questo perché il paziente ha i suoi tempi nel recepire l'aiuto che gli viene dato, cioè ci potrebbe volere più tempo di quanto previsto per raggiungere l'obiettivo oppure può essere il paziente stesso a prolungare gli incontri. Comunque la mia proposta è quella che gli incontri avvengano almeno una volta alla settimana.

6.3.10 VALUTAZIONE

È un momento delicato quello della valutazione. Essa non deve essere eseguita solamente al termine della riabilitazione. La valutazione fa fatta continuamente, *on progress*, perché ci aiuta a capire se l'aiuto è efficace

oppure no per il paziente; è utile anche a capire se durante il percorso si compiono degli errori.

Nel caso di una relazione d'aiuto non si possono valutare i risultati con scale o punteggi. Sicuramente se parte della comunicazione ha esito positivo lo si può comprendere osservando se il paziente ha compreso e sa eseguire quelle tecniche, quali rilassamento, il respiro, visualizzazione d'immagini, ecc.. Bisogna però andare oltre l'aspetto pratico. Se il paziente ha avuto beneficio da ciò lo dimostra nel modo in cui affronta la vita di tutti i giorni, con le difficoltà e i problemi che sussistono, diventando autonomo e protagonista nella gestione della propria salute.

6.3.11 REVISIONE

La revisione viene fatta quando una volta giunti alla termine ci si rende conto che in realtà non si è raggiunto l'obiettivo prefissato.

In questo caso è consigliabile rivedere tutto l'elaborato dall'inizio per individuare eventuali errori. Si provvederà quindi a mettere in atto, sempre in accordo con il paziente, nuove strategie più efficienti.

CONCLUSIONI

Sicuramente ci sarebbe ancora tanto da dire sull'argomento di questa mia tesi. Purtroppo però poche sono le fonti a cui attingere per poter fare un lavoro più completo.

Dico questo perché in realtà, come già accennato nell'introduzione, si parla poco del supporto psicologico alla persona laringectomizzata e di conseguenza scarsi risultano essere i dati relativi ad esso. Tanto che io stessa ho avuto difficoltà nel raccogliere il materiale.

Anche di relazione d'aiuto si parla poco, o meglio numerosi sono i convegni che trattano tale argomento, ma rimane tutto a livello concettuale. Con ciò voglio dire che nulla si evidenzia sul piano pratico per quanto riguarda "l'applicazione" della relazione d'aiuto.

Rileggendo i capitoli di questo lavoro posso dire che non è assolutamente facile mettere in atto un piano così come proposto, ma è sicuramente fattibile. L'importante è fare "assorbire" i diversi concetti sui quali si basa, in modo progressivo, cosicché gli operatori sanitari possano man mano abituarsi ed integrare le nuove metodiche nel loro lavoro quotidiano.

In particolare il mio pensiero è rivolto a tutte quelle persone, familiari, medici, infermieri ed altre figure professionali, che ruotano intorno alla persona laringectomizzata, che lo assistono già prima dell'intervento, quando viene a conoscenza del tumore. È importante non abbandonarlo, bisogna fargli capire che non è solo, che può contare sul loro aiuto nell'affrontare questo viaggio lungo e doloroso. Egli non potrà tornare a vivere come prima, ma potrà rendersi capace di gestire la propria vita autonomamente grazie alle strategie e tecniche che gli verranno insegnate durante il percorso di riabilitazione "fisica" e "psicologica", ma soprattutto grazie alla presenza costante "dei suoi aiutanti".

BIBLIOGRAFIA

- ALAJMO Ettore, *Otorinolaringoiatria*, Piccin, 1986
- MOLINARI Roberto, “ Il carcinoma della laringe”,in III° corso di aggiornamento in Oncologia
- *Il cancro della laringe*, testo originale del settembre 1998- tradotto e validato nel dicembre 2000, in La Biblioteca on-line, Informazione scientifica per il paziente oncologico, <http://www.sostumori.org>
- SARTORIS Alberto, *La qualità di vita in oncologia cervico-cefalica*, XLV Raduno, Torino, 8 dicembre 1999
- CARPENITO Lynda Juall, *Piani di Assistenza Infermieristica e Documentazione, Diagnosi Infermieristiche e Problemi Collaborativi*, Casa Editrice Ambrosiana, 2000
- PALLESTRINI E., DATO M.T., *Otorinolaringoiatria e stomatologia per Infermieri Professionali*, Edizioni Sorbona Milano, 1991
- LAMPREDI Luigi, “La mia storia, una storia come tante”, *Corriere dei Laringectomizzati*, Organo trimestrale dell’A.I.L., Anno 29- n° 4, Trimestre ottobre/dicembre 2000
- BERGNA Anita, MICCOLI Antonio, *Ausilio per la riabilitazione del laringectomizzato*, Lega Tumori, Bari, 1993

- Dott. DUCA Massimo, *Dopo la laringectomia. Manuale ad uso delle persone sottoposte ad intervento di laringectomia totale*, Associazione Italiana Laringectomizzati
- *Grande Enciclopedia Medica, Curcio 2*, Armando Curcio Editore S.p.a. Roma
- BARELLI Paola, “L’esperienza depressiva: teorie di approccio”, tratto da *L’infermiere* n° 5, 1999
- CANNELLA B., CAVAGLIA’ P., TARTAGLIA F., *L’infermiere e il suo paziente*, Edizioni Il Segnalibro, Torino 1994
- ROGERS Carl, *La terapia centrata sul cliente*, Edizioni G. Martinelli, Firenze 1989
- VICINI Maria Assunta, “Il Counseling, strumento di lavoro dell’infermiere?”, tratto da *Nursing Oggi* n° 1, 1998, pp 66-69
- DE PIERI Claudio, “L’attività infermieristica e la creatività nella relazione d’aiuto”, in TORRE E., *La creatività nella relazione d’aiuto*, 1999
- Prof. D’ADDIO L., *Intensività assistenziale, Responsabilità infermieristica-Evidenza scientifica*, in Atti dei congressi nazionali, Napoli 1998, Sessione Speciale – relazione 4, <http://www.aniarti.it>

- CARPENITO Lynda Juall, *Manuale tascabile delle Diagnosi Infermieristiche*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1999
- Mons. PICCHIERI Giovan Battista, “ Medico – paziente, relazione fondamentale”, www.donuva.it/ECO/Maggio 2001/Picchieri.htm
- SANTUCCI Umberto, *Problem setting: come definire i problemi per poterli risolvere* , in <http://web.tiscalinet.it/problem setting>

ALLEGATO

Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 739
Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6

Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere

Il ministro della Sanita'

- **Visto** l'articolo 6, comma 3, del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502, recante: «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», nel testo modificato dal Dlgs 7 dicembre 1993, n. 517;
- **Ritenuto** che, in ottemperanza alle precitate disposizioni, spetta al ministro della Sanità di individuare con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili, relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione;
- **Ritenuto** di individuare con singoli provvedimenti le figure professionali;
- **Ritenuto** di individuare la figura dell'infermiere;
- **Ritenuto** di prevedere e disciplinare la formazione complementare;
- **Visto** il parere del Consiglio superiore di sanità, espresso nella seduta del 22 aprile 1994;
- **Ritenuto** che, in considerazione della priorità attribuita dal piano sanitario nazionale alla tutela della salute degli anziani, sia opportuno prevedere espressamente la figura dell'infermiere geriatrico addetto all'area geriatrica anziché quella dell'infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere, la cui casistica assume minor rilievo;
- **Udito** il parere del Consiglio di Stato espresso nell'adunanza generale del 4 luglio 1994;

- **Vista** la nota, in data 13 settembre 1994, con cui lo schema di regolamento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, al presidente del Consiglio dei ministri;

Adotta il seguente regolamento:

Articolo 1

1 - È individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

2 - L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

3 - L'infermiere:

- a) partecipa all'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;
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

4 - L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

5 - La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche

avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
- b) pediatria: infermiere pediatrico;
- c) salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatrico;
- d) geriatria: infermiere geriatrico;
- e) area critica: infermiere di area critica.

6 - In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del ministero della Sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.

7 - Il percorso formativo viene definito con decreto del ministero della Sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

Articolo 2

1 - Il diploma universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo Albo professionale.

Articolo 3

1 - Con decreto del ministro della Sanità di concerto con il ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'articolo 2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.