



L'Agorà Penitenziaria 2016  
XVII Congresso Nazionale S.I.M.S.PE.- ONLUS  
*Roma, 15-16 settembre 2016*

# L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEL CASO DELL'UTENTE DETENUTO CHE INTRAPRENDE LO SCIOPERO DELLA FAME IN UNA U.O. DI MEDICINA PROTETTA

Coord. Inf. Martina MELESI  
Relatore: Inf. Gianluca MACIS  
MEDICINA 5 PROTETTA – Ospedale San Paolo  
A.S.S.T. Santi Paolo e Carlo – Milano

 Ospedale San Paolo  
Polo Universitario

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Santi Paolo e Carlo

# DEFINIZIONE

## USO COMUNE:

- « SCIOPERO DELLA SETE E/O DELLA FAME »

→ *COMPORTAMENTO VOLONTARIO DI RIFIUTO  
DELL'ALIMENTAZIONE e/o IDRATAZIONE*

→ *FORMA DI PROTESTA NON VIOLENTA*

## SCIENTIFICA:

- « ASTENSIONE VOLONTARIA DAL CIBO E DAI LIQUIDI »

# ASPETTI STORICI

- *IRLANDA, in epoca precristiana ed in tempi recenti, come forma di protesta*
- *INDIA, in passato dharna Mahatma Gandhi contro le regole imposte dagli inglesi e successivamente contro quelle autocratiche della nuova India indipendente*
- *TURCHIA, da sempre adottato dai prigionieri politici*
- *Le "Suffragette" nel xx secolo furono protagoniste nelle prigioni inglesi*
- *ITALIA, Marco Pannella, utilizzato come strumento di lotta politica*
- *Fenomeno frequente nelle carceri di tutto il mondo*

# IL FENOMENO IN AMBITO PENITENZIARIO

FREQUENTE ma INCOMPLETO  
e/o associato a:

- a sciopero della terapia,
- dei trattamenti diagnostico-terapeutici
- delle cure assistenziali

# CHI E' LO SCIOPERANTE?

ASPETTI COMPORTAMENTALI, COMUNICATIVI, RELAZIONALI

Il pz detenuto sostituisce il linguaggio in quelle condizioni e circostanze in cui risulti difficoltoso e/o inutile comunicare verbalmente

per cui

utilizza canali simbolici profondi ed alternativi con finalità di inviare un messaggio e/o di ricevere risposta

# COSA SUCCEDE?

- Forma di esternalizzazione del proprio disagio, tra le meno (-) rischiose nell'immediato e la più (+) economica nel senso dei costi istituzionali che essa comporta:
  - NON è sanzionabile
  - NON prevede denuncia all' A.G.
  - NON prevede provvedimenti disciplinari da parte dell'amministrazione penitenziaria

# COSA COMPORTA?

- L'atto in sé definisce una CONQUISTA in un contesto chiuso, istituzionalizzato e scandito da regole
- Intraprendere questa forma di **"DIGIUNO"**

**NON E'**

**SUICIDIO / AUTOLESIONISMO**

# RISCHI DEL DIGIUNO PROLUNGATO O “STARVATION” (1)

## considerazioni etico-deontologiche e giuridiche

### RISCHI PZ/DETENUTO

- Gravi danni alla salute, in particolare se vi è anche rifiuto ad ogni tipo di intervento sanitario a scopo diagnostico-terapeutico
- Stato comatoso (incoscienza)
- → Stato di necessità art.54 CP (I^)
- TSO – stato di infermità mentale
- Decesso

### RISCHI OPERATORI SANITARI

- Negligenza, imperizia, imprudenza
- Sintomi di “Burn-out”
- Compiere atti illeciti
- Accanimento terapeutico
- Violazione privacy
- Violazione Codice Deontologico
- Inchiesta giudiziaria



# RISCHI DEL DIGIUNO PROLUNGATO O “STARVATION” (2)

## DIBATTUTA QUESTIONE

- Legittimità o meno di un trattamento coercitivo, imposto dall'autorità – sanitari

LIBERTA' PERSONALE DI  
AUTODETERMINAZIONE

Vs

DIRITTO/TUTELA DELLA VITA

# NORMATIVE

- ART. 13 Costituzione afferma l'inviolabilità della persona, come libertà nella quale è postulata la sfera di applicazione di poter disporre del proprio corpo e di autodeterminarsi in relazione alla propria coscienza
- Art. 32 Costituzione: quello che meglio detta le disposizioni a difesa della dignità umana in merito alla garanzia di libertà individuale riguardo all'aspetto "salute"
  - "Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non nei casi previsti dalla legge" precisando altresì che "la legge non può in alcun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

# T.S.O

- Atto medico/giuridico per consentire accertamenti e terapie ad un soggetto affetto da patologia psichiatrica che necessita di cure urgenti (basato su valutazione di condizione di gravità clinica ) e le rifiuta. Il T.S.O. è un'interdizione legale temporanea della capacità di intendere/volere del paziente validata da ASL, Sindaco e Specialista.

## STATO DI NECESSITA'

- Art.54 del Codice Penale: situazione in cui una persona versa in pericolo attuale di un danno grave alla salute e **non sia possibile acquisire un qualunque consenso o dissenso**

- 1^ comma: " non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal **pericolo attuale di un danno grave alla persona.** Pericolo da lui non volontariamente causato, ne altrimenti inevitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo".

# IL CODICE DEONTOLOGICO

## Medico

- art.51: allorquando un recluso rifiuta di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarlo sulle conseguenze che tale decisione può comportare sulle sue condizioni di salute, e se questi è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione.

# IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

- Art.3: «La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo»
- Art. 4: L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona»
- Art. 8: «L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di **attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito»**

# IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

- Art. 20 ; 23 ; 24 : fondano il loro valore sull'importanza assoluta di una comunicazione efficace, basata sull'ascolto e sul coinvolgimento dell'utente e sull'informazione completa, adeguandola alla capacità di comprendere
- Art. 36: L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.
- Art. 38: L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.
- Art. 41: L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe

# COSA FARE NEL CASO DI UN PAZIENTE SCIOPERANTE?

- Il consenso al trattamento sanitario **viene continuamente ricercato** durante tutta la degenza
- INDISPENSABILE il ricorso ad una **approfondita e costante opera di convincimento e di dissuasione del pz**

## OBIETTIVO

dell'équipe assistenziale è

**LA SALVAGUARDIA DELLA SALUTE**



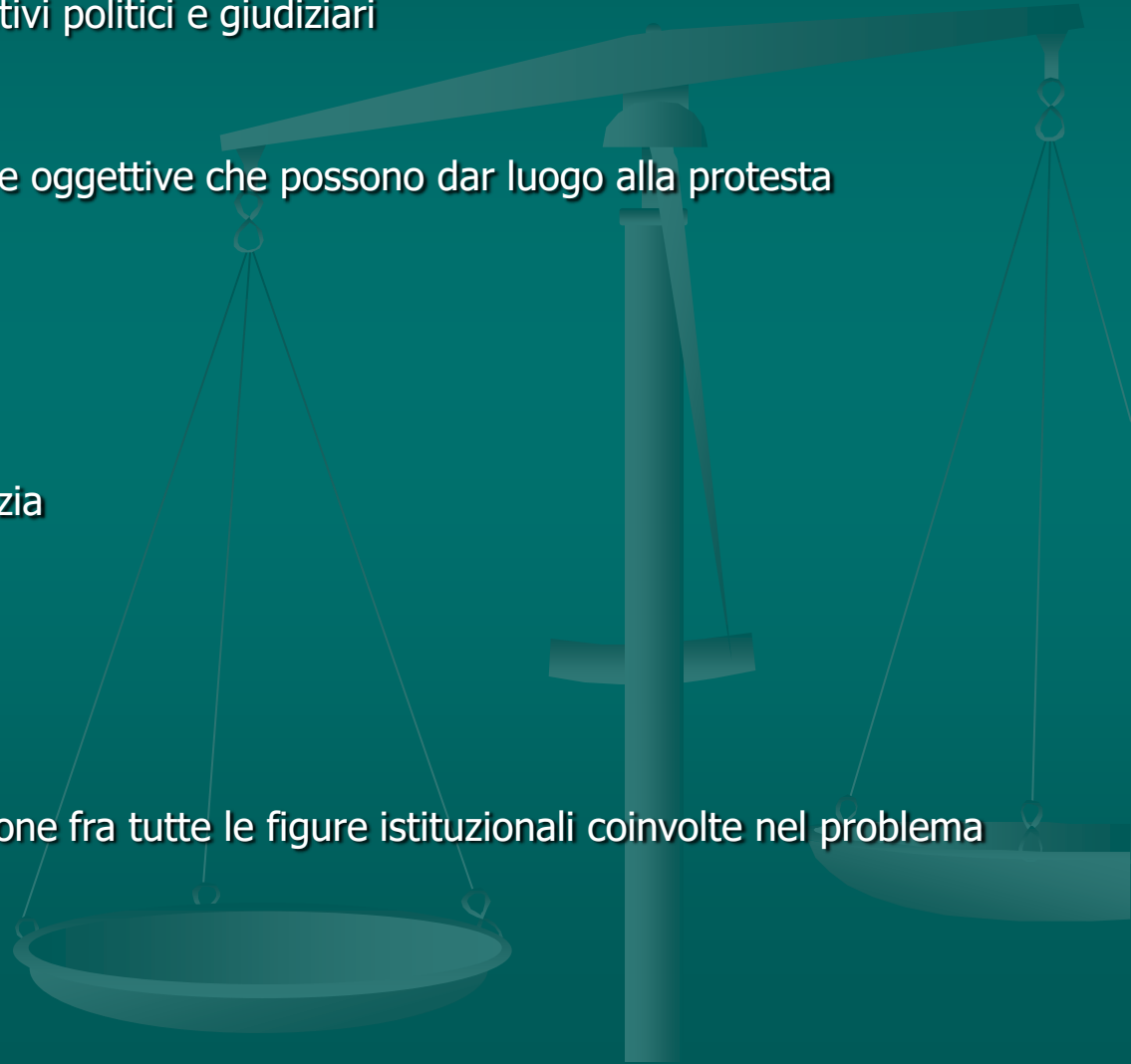
# Dichiarazioni internazionali

- Tokyo Declaration 1975, art. 6 : i medici non devono intraprendere l'alimentazione forzata, poiché sul prigioniero non può essere eseguita alcuna azione coercitiva
- Malta Declaration 1991: Se il paziente persiste nella volontà di digiunare, e a seguito di manovre rianimatorie il medico deve farsi da parte garantendo una morte dignitosa; in caso di difficoltà riferirsi alle linee guida internazionali, associazioni nazionali e comitati etici
- Principio di rispetto della volontà del paziente, **World Health Organization 1998**, e adottato nel medesimo anno anche dal **Consiglio dei Ministri della Comunità Europea**
- Se le condizioni dello scioperante peggiorano significativamente i medici devono fare rapporto all'autorità appropriata che prenderà provvedimenti in accordo con la legislazione nazionale



# La soluzione

- Adozione di provvedimenti preventivi politici e giudiziari
- Eliminare le condizioni soggettive e oggettive che possono dar luogo alla protesta
- Umanizzazione penitenziari
- Sollecitudine del corso della giustizia
- Facilitare il dialogo
- Perseguire la massima collaborazione fra tutte le figure istituzionali coinvolte nel problema



# OBIETTIVO DELLO SCIOPERANTE

- Forma di protesta e/o di richiesta di un qualcosa che si applica attraverso il DIGIUNO per ottenere dei cambiamenti e migliorare la condizione di vita per sé o per la collettività

**→VISIBILITA' E AUTODETERMINAZIONE**

*spesso il digiuno si protrae fino ad ottenere risposte dall'A.G.*

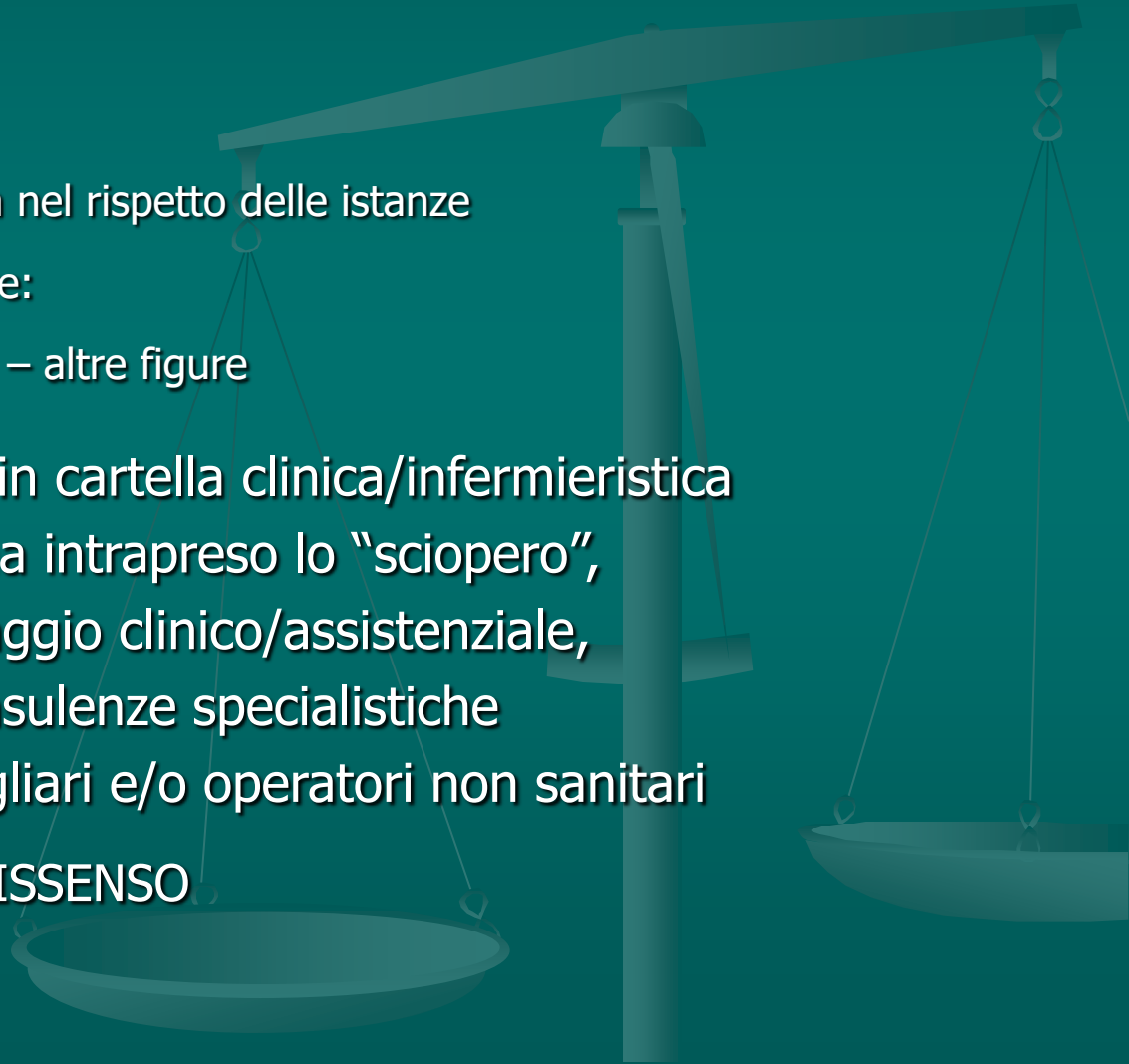
# APPROCCIO CLINICO-ASSISTENZIALE (1)

Gli OPERATORI SANITARI devono:

- agire in modo indipendente,
- instaurare un rapporto di fiducia nel rispetto delle istanze
- mantenere un ruolo di mediatore:
- paziente - autorità competente – altre figure

DOCUMENTARE in cartella clinica/infermieristica  
che il pz ha intrapreso lo “sciopero”,  
il monitoraggio clinico/assistenziale,  
le consulenze specialistiche  
i colloqui familiari e/o operatori non sanitari

Riattualizzare CONSENSO e DISSENSO



# APPROCCIO CLINICO-ASSISTENZIALE (2)

- Spesso lo stesso detenuto richiede assistenza per monitorare le sue condizioni di salute → **VISIBILITA'**
- **RISCHIO:**  
→ ATTEGGIAMENTO RICATTATORIO e/o MANIPOLATORIO da parte del paziente detenuto

*Quelli "seri" sono i prigionieri politici disposti a morire*

# RICOVERO, PERCHE'?

- Utile il ricovero in una STRUTTURA PROTETTA, anche se non sussistono criteri clinici  
→ ambiente neutrale
- Figure che ruotano attorno al pz detenuto:
  - Sanitari: medico, psichiatra, infermieri, Oss
  - Polizia penitenziaria: segnala la situazione, richiede la visita medica, valuta partecipazione all'ora d'aria/simulazioni/baratti/scambi terapie
  - Figure non sanitarie: direttore del carcere, A.G., educatori, assistente sociale, psicologo, mediatore culturale
  - Familiare (previo consenso del pz)

# Segni e sintomi del digiuno

- ✓ Prima settimana: di norma ben tollerata se vi è sufficiente apporto di acqua; sensazione di fame e crampi allo stomaco si attenuano fino a scomparire(3°gg)
- ✓ Dopo 15-20gg: vertigini, atassia, ipotensione ortostatica, impossibilità al mantenimento della stazione eretta, ipotonia muscolare, bradicardia, sensazione di freddo, singhiozzo, confusione mentale, perdita dello stimolo della sete
- ✓ Tra i 35-45 gg: difficoltà alla deglutizione sia di solidi che di liquidi, vomito incoercibile, problemi oculomotori (strabismo, nistagmo, diplopia..)
- ✓ Oltre i 45gg: confusione mentale, sonnolenza, impossibilità di valutare le funzioni intellettive del soggetto (→ non è più possibile stabilire quale sia la sua volontà)

# Monitoraggio clinico

- 1) Stato di coscienza
- 2) Parametri vitali, Elettrocardiogramma
- 3) Esami ematici (emocromo, funz. renale, elettr. plasmatici, proteine ematiche, indici epatici / pancreatici) , EGA
- 1) "Peso corporeo giornaliero"(EBN→settimanale), BMI (kg/m<sup>2</sup>)
- 2) Bilancio idroelettrolitico (segni e sintomi di disidratazione)
- 3) Stato nutritivo (parametri clinici, indagini strumentali)
- 4) Stato di necessità "pericolo imminente di vita"
- 5) Consulenze esterne:
  - psichiatra (capacità di intendere e di volere)
  - nutrizionista (Kcal/die, ripresa idratazione e/o alimentazione)

Il monitoraggio clinico è raccomandato in caso di:

PERDITA PESO  $\geq 10\%$  del peso iniziale

BMI  $\leq 16,5$  kg/m<sup>2</sup> (18,5-22,9)



# Scheda di nutrizione ed idratazione

**Azienda Ospedaliera SAN PAOLO POLO UNIVERSITARIO**  
**5ª DIVISIONE DI MEDICINA INTERNA**  
 Direttore: Dott. Rodolfo Casati  
 Tel. 02.81844884 - Fax 02.89129990  
 rodolfo.casati@ao-sanpaolo.it

**SCHEDA GIORNALIERA DI NUTRIZIONE/IDRATAZIONE**

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ Camera: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

**COLAZIONE**

	SI	NO	PARZ
FETTE BISCOTTATE N.pz. _____			
BISCOTTI N.pz. _____			
MARZELLATA N.pz. _____			
ZUCCHERO N.pz. _____			
INTEGRATORE N.pz. _____			

LATTE Q.ta \_\_\_\_\_  
 CAFELATTE Q.ta \_\_\_\_\_  
 THE Q.ta \_\_\_\_\_  
 CAFFE' Q.ta \_\_\_\_\_

ACQUA: consegnate bottiglie da 500 ml N. \_\_\_\_\_ (bottiglie già a disposiz. N. \_\_\_\_\_)

**PRANZO**

1° PIATTO \_\_\_\_\_ CONSUMO SI NO PARZ  
 2° PIATTO \_\_\_\_\_  
 CONTORNO \_\_\_\_\_  
 FRUTTA \_\_\_\_\_  
 PANE \_\_\_\_\_  
 THE Q.ta \_\_\_\_\_  
 ZUCCHERO N. bustine \_\_\_\_\_  
 LATTE Q.ta \_\_\_\_\_  
 INTEGRATORE N° conf. \_\_\_\_\_

Firma/Sigla operatore \_\_\_\_\_

**MERENDA**

	SI	NO	PARZ
FETTE BISCOTTATE N. pezzi _____			
BISCOTTI N. pezzi _____			
MARZELLATA N. confez. _____			
YOGURT N. confez. _____			
ZUCCHERO N. bustine _____			
SUCCO DI FRUTTA N. confez. _____			
FRUTTA Q.ta _____			
LATTE Q.ta _____			
THE Q.ta _____			
INTEGRATORE N° conf. _____			

**CENA**

1° PIATTO \_\_\_\_\_ CONSUMO SI NO PARZ  
 2° PIATTO \_\_\_\_\_  
 CONTORNO \_\_\_\_\_  
 FRUTTA \_\_\_\_\_  
 PANE \_\_\_\_\_  
 LATTE Q.ta \_\_\_\_\_  
 INTEGRATORE N° conf. \_\_\_\_\_

**BEVANDA SERALE**

	SI	NO	PARZ
CAMOMILLA Q.ta _____			
THE Q.ta _____			
LATTE Q.ta _____			
ZUCCHERO N. bustine _____			

Firma/Sigla operatore \_\_\_\_\_

VARIE \_\_\_\_\_

Ore 22 (chiusura biland): STIMA ACQUA ASSUNTA DURANTE LA GIORNATA=ml. \_\_\_\_\_

Firma/Sigla operatore \_\_\_\_\_

N.B.: le bottiglie di acqua consegnate al pz. devono essere datate e numerate  
 N.B.: m°01 bicchiere corrisponde a circa ml.150, m°01 tazza corrisponde a circa ml.200

**Azienda Ospedaliera SAN PAOLO POLO UNIVERSITARIO**  
**5ª DIVISIONE DI MEDICINA INTERNA**  
 Direttore: Dott. Rodolfo Casati  
 Tel. 02.81844884 - Fax 02.89129990  
 rodolfo.casati@ao-sanpaolo.it

**SCHEDA GIORNALIERA DI NUTRIZIONE/IDRATAZIONE paziente diabetico**

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ Camera: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

**COLAZIONE**

	SI	NO	PARZ
FETTE BISCOTTATE N.pz. _____			
PANE N.pz. _____			
GRISININI N.pz. _____			
INTEGRATORE N.pz. _____			

LATTE Q.ta \_\_\_\_\_  
 CAFELATTE Q.ta \_\_\_\_\_  
 THE Q.ta \_\_\_\_\_  
 CAFFE' Q.ta \_\_\_\_\_

ACQUA: consegnate bottiglie da 500 ml N. \_\_\_\_\_ (bottiglie già a disposiz. N. \_\_\_\_\_)

**PRANZO**

1° PIATTO \_\_\_\_\_ CONSUMO SI NO PARZ  
 2° PIATTO \_\_\_\_\_  
 CONTORNO \_\_\_\_\_  
 FRUTTA \_\_\_\_\_  
 PANE \_\_\_\_\_  
 LATTE Q.ta \_\_\_\_\_  
 THE Q.ta \_\_\_\_\_  
 INTEGRATORE N° conf. \_\_\_\_\_

Firma/Sigla operatore \_\_\_\_\_

**MERENDA**

	SI	NO	PARZ
PANE N.pz. _____			
GRISININI N.pz. _____			
YOGURT BIANCO N. confez. _____			
THE Q.ta _____			
LATTE Q.ta _____			
FRUTTA Q.ta _____			
INTEGRATORE N° conf. _____			

**CENA**

1° PIATTO \_\_\_\_\_ CONSUMO SI NO PARZ  
 2° PIATTO \_\_\_\_\_  
 CONTORNO \_\_\_\_\_  
 FRUTTA \_\_\_\_\_  
 PANE \_\_\_\_\_  
 LATTE Q.ta \_\_\_\_\_  
 INTEGRATORE N° conf. \_\_\_\_\_

**BEVANDA SERALE**

	SI	NO	PARZ
CAMOMILLA Q.ta _____			
THE Q.ta _____			
LATTE Q.ta _____			

Firma/Sigla operatore \_\_\_\_\_

VARIE \_\_\_\_\_

Ore 8: STIMA ACQUA ASSUNTA DURANTE LA GIORNATA=ml. \_\_\_\_\_

Firma/Sigla operatore \_\_\_\_\_

N.B.: le bottiglie di acqua consegnate al pz. devono essere datate e numerate  
 N.B.: m°01 bicchiere corrisponde a circa ml.150, m°01 tazza corrisponde a circa ml.200

Paziente diabetico



# Ripresa dell'alimentazione dopo il digiuno prolungato (1)

- Fase critica e meritevole di attenta valutazione

Rischio → REFEEDING SYNDROME

condizione clinica  
(anche fatale)  
che interviene a seguito di una  
somministrazione inappropriata  
di alte dosi caloriche

## FISIOPATOLOGIA DELLA REFEEDING SYNDROME

- Aumento insulina:
  - → rapido intake cellulare → Shock
- SHOCK da carboidrati e proteine (alterazione metaboliche):
  - Ipo/Iper (k, P, Ca, Mg, e glicemia)
  - Aritmie
  - Alterazione coscienza, convulsioni
  - Ipo/iper-termia
  - Depressione cardiorespiratoria

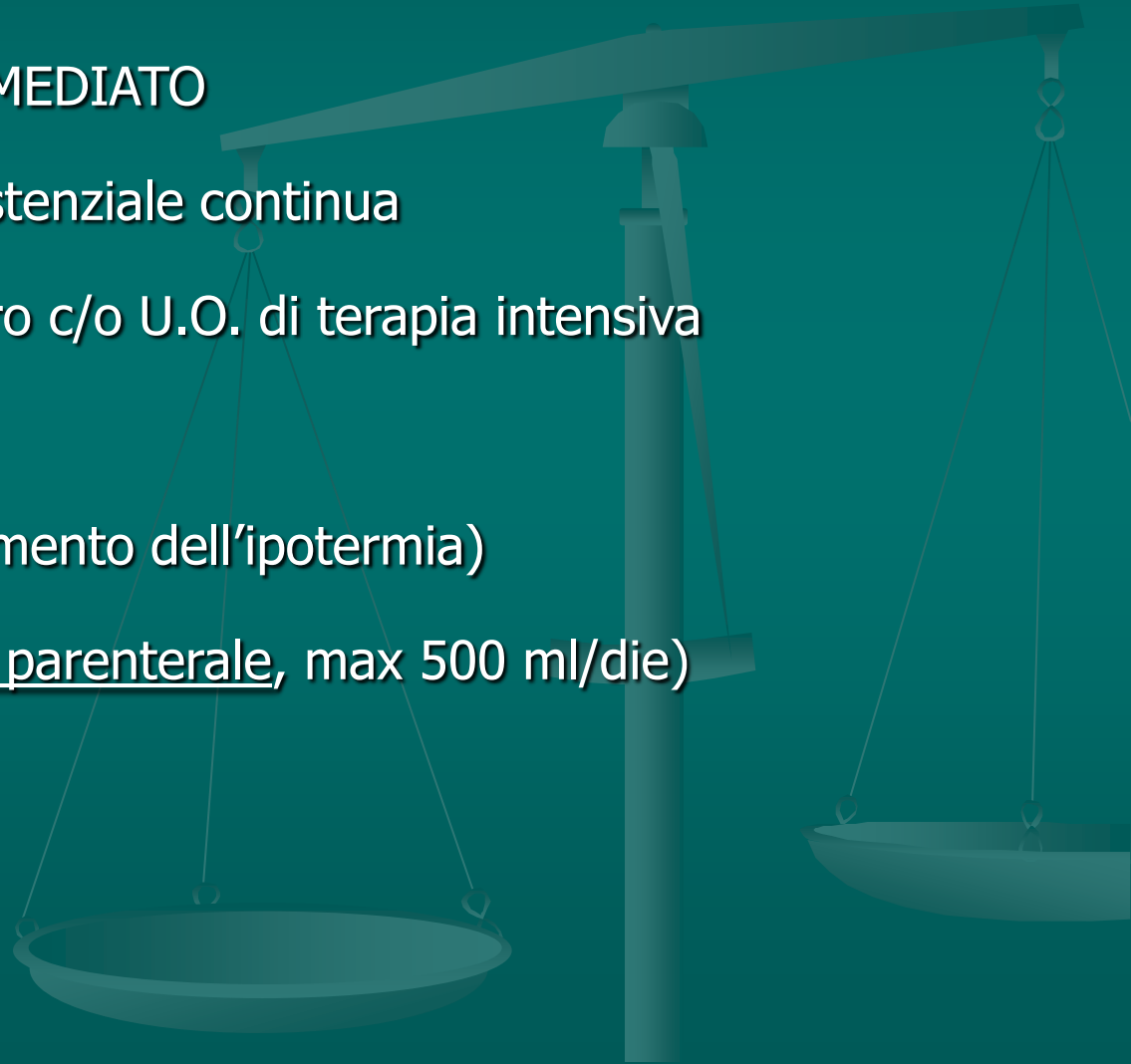
# Ripresa dell'alimentazione dopo il digiuno prolungato (2)

## COME PROCEDERE NELL'IMMEDIATO

- Rivalutazione clinico-assistenziale continua
- Spesso necessario ricovero c/o U.O. di terapia intensiva

## INTERVENTI

- Controllo TC (ev. trattamento dell'ipotermia)
- Ristabilire la volemia (via parenterale, max 500 ml/die)
- Trattamento ev. infezioni
- Documentare in cartella



# Conclusioni

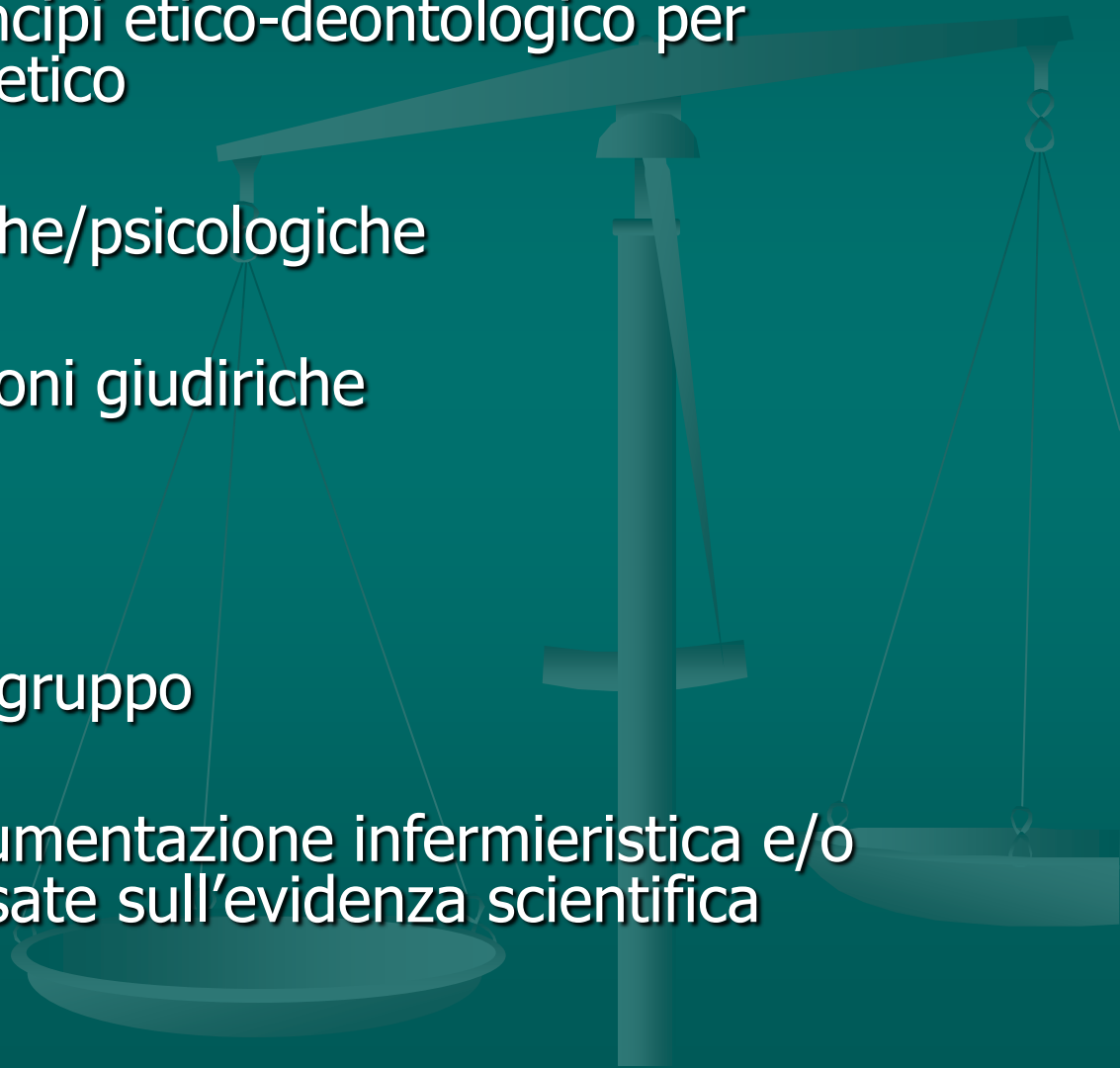
- Il gruppo infermieristico si trova ad affrontare un rifiuto a soddisfare uno dei bisogni fondamentali primari istintuali dell'uomo: LA SETE, LA FAME

## BISOGNO DI ALIMENTAZIONE/IDRATAZIONE

- Il fenomeno espone l'infermiere "responsabile dell'assistenza infermieristica" ad un impegno emotivo e professionale notevole
- L'infermiere fonda il suo sapere proprio sull'individuazione e il soddisfacimento della persona assistita

# Riflessioni...

- Forte adesione ai principi etico-deontologico per affrontare il conflitto etico
- Conoscenze scientifiche/psicologiche
- Conoscenze implicazioni giudiriche
- Forza motivazionale
- Adottare strategie di gruppo
- Creare/utilizzare documentazione infermieristica e/o procedure ad hoc basate sull'evidenza scientifica



# Caso clinico

09 GIU. 2012 12:10 025/664231

UDS

#6309 P.001



Azienda Ospedaliera  
**SAN PAOLO**

PODCLIN VIGEVANO

ASSISTENZA SANITARIA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI  
C.R. MILANO OPERA

Sistema Sanitario



Regione  
Lombardia

**AREA SANITARIA**

**Visita Medica**

n° Sias: COGNOME

NOME:

Sez:

Freq. Card.:

Press. Art.:

Peso:

Visita d'Urgenza ?:

No

Cella:

**Esame Obiettivo:**

Paziente valutato in cella in quanto non riesce ad alzarsi dal letto. PA: 110/70, FC 93 ritmico, Sat O2 95%. Non riesce a parlare dalla debolezza. Si propone prelievo venoso, rifiuta. Si propone idratazione endovena, rifiuta. Le condizioni cliniche appaiono peggiorate rispetto a ieri. Non risponde alle domande, non riesce a parlare, se non a dire che non vuole accettare l'intervento medico. All'anamnesi risulta che durante un accesso in PS il 17/05 non sono riusciti a reperire un accesso venoso.

Si invia in PS per imminente pericolo di vita (sospetta grave disidratazione in paziente in sciopero della fame e della SETE). Traduzione a mezzo 118.

Diagnosi e Prognosi:

Proposte:

Dichiarazioni Rese:

Compatibilità tra le dichiarazioni rese e l'esame Obietti

Terapie in corso

Accertamenti Diagnostici

Data Richiesta

Prestazione

26/05/2012 Si richiede visita psichiatrica (codice 1)

Data visita: 09-giu-12

Ora visita: 12.02

Medico:



# Caso clinico (2)

## CRONOLOGIA

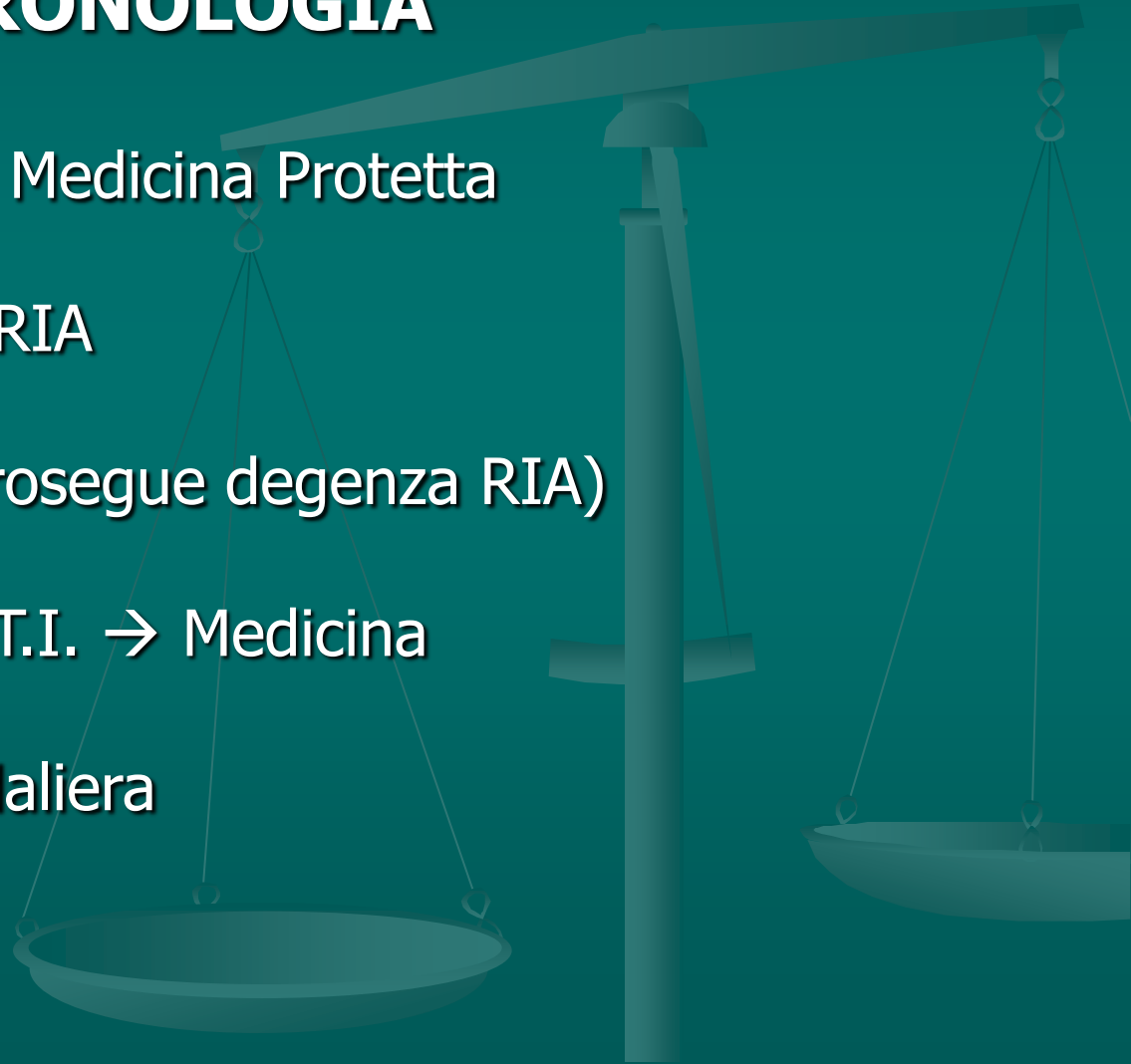
09/06/2012 Ricovero in Medicina Protetta

19/06 Trasferimento in RIA

20/06 Scarcerazione (prosegue degenza RIA)

28/06 Dimissione dalla T.I. → Medicina

07/07 Dimissione ospedaliera



# Caso clinico (3)

- 10 giorni di ricovero c/o Med. Protetta
  - ASTENSIONE VOLONTARIA DA:
    - Acqua, cibo, indagine diagnostiche, trattamenti diagnostico-terapeutici
  - RIVALUTAZIONE CLINICA- ASSISTENZIALE CONTINUA →  
Assenza di dati strumentali
  - Valutazione Psichiatrica
  - Colloqui vari: figure sanitarie e NON
  - Colloquio Magistrato (15/06/2012)

RIFIUTA.., RIFIUTA.., RIFIUTA....

# Caso clinico (4)

**02/03/2012**  
**INIZIO DIGIUNO**  
(c/o CR di Opera):

- PESO : 93 KG
- ALTEZZA: 1,80 mt
- **BMI: 28,7 Kg/m<sup>2</sup>**

**+ 108 gg**

**20/06/2012**  
**2° Giorno in RIA**  
(letto-bilancia)

- PESO: 62 kG
- ALTEZZA: 1,80
- **BMI: 19,1 Kg/m<sup>2</sup>**

**Cut off malnutrizione:**  
**BMI <18,5**

Consulenza rianimatore/nutrizionista:  
→ **IMMINENTE PERICOLO DI VITA**

**- 31 kg**



# Caso clinico (5)

## E LE CURE ASSISTENZIALI?

- BISOGNO DI IGIENE
- MOBILIZZAZIONE
- ELIMINAZIONE URINARIA

**MOMENTO SALVIFICO → DOCCIA (≈30min)**

→ **PREVENUTA L'INSUFF. RENALE ACUTA ( DIURESI: 30-50 ml / die)**

VICINANZA, PRESENZA, CONTATTO, STIMOLI, SILENZIO,  
ASCOLTO, NON GIUDIZIO

...ed ognuno ha apportato il proprio contributo...

# Riflessione

- Esperienza provante emotivamente ma arricchente
  - Ha consentito di rivalutare la documentazione infermieristica alla luce degli aspetti giudiziari
  - Incremento delle conoscenze scientifiche
  - Stimolo al miglioramento
- 