

INFERMIERE

oggi

Periodico di idee, informazione e cultura del Collegio IPASVI di Roma

N° 2

EDITORIALE

Un passo ancora per il cambiamento

CONTRIBUTI

Rems: rischio o opportunità
per l'Infermieristica?

FOCUS

Ipasvi e Cecri scrivono
la storia del Nursing

NOTIZIE DAL COLLEGIO

Gli infermieri ai mass media:
non confondete la nostra professione



UNA LAMPADA IN FONDO AL TUNNEL

INFERMIERE

oggi

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXV - N. 2 - APRILE-GIUGNO 2015
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990

Direzione - Redazione - Amministrazione

Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

Direttore responsabile

Ausilia Pulimeno

Segreteria di redazione

Stefano Casciato, Claudia Lorenzetti, Matilde Napolano,
Alessandro Stievano, Carlo Turci

Comitato di redazione

Simonetta Bartolucci, Marinella Carnevale, Girolamo De Andreis,
Maurizio Fiorda, Emanuele Lisanti, Roberta Marchini, Natascia Mazzitelli,
Ilma Molinaro, Mariagrazia Montalbano, Maria Grazia Proietti, Cinzia Puleio,
Francesco Scerbo, Marco Tosini, Maurizio Zega

Stampa

Consorzio AGE - Arti Grafiche Europa
Via Vaccareccia, 57 - 00071 (Roma)
e-mail: info@artigrafichesrl.it
Progetto grafico: EDS Roma
Impaginazione: Consorzio AGE - Arti Grafiche Europa
Foto: Shutterstock

Finito di stampare: settembre 2015

Tiratura: 34.692 copie

Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB Roma

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi.

Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.

Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo.

Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al."; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale. Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo. Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 Un passo ancora per il cambiamento
di Ausilia M.L. Pulimeno

CONTRIBUTI

- 3 L'infermiere *case manager* in Psichiatria
di Ione Moriconi, Giulia Gavini
- 8 Rems: rischio o opportunità per l'Infermieristica?
di Michele Virgolesi
- 13 L'infermiere e il consenso informato
di Massimo Giordani, Mauro Giordani
- 20 I diversi livelli di assistenza nel parto anonimo:
il ruolo del professionista sanitario
di Sonda Badolamenti, Cristina Borghesi

EBP CORNER

Un programma formativo per il personale di assistenza
è capace di ridurre i comportamenti aggressivi dei pazienti
con demenza durante la pratica del bagno?
di Silvia Sferazza, Fiorella Pampoorickal, Stefano Casciato,
Angela Peghetti, Maria Matarese

FOCUS

- 33 Ipasvi e Cecri scrivono la storia del *Nursing*
- 34 Una Giornata dell'Infermiere davvero particolare
- 37 Ritratto di signora: chi era Cristina di Belgiojoso
- 40 Cristina di Belgiojoso nella Roma del 1849. Un'eccezionale prova
di assistenza sanitaria al femminile
- 42 Anche all'Università Cattolica si celebra la Scuola per Infermieri

DICONO DI NOI

- 43 Estate di tagli e di polemiche. Ma si torna ad assumere...

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 46 Decreto sull'organizzazione. Superati i rilievi del Tar
- 47 Rischio demansionamento. La Regione torna sui suoi passi
- 48 Medaglia al merito della Croce Rossa al sottotenente
commissario Mattia Varvaro
- 49 Parte il piano triennale per stabilizzare i precari
- 49 Arriva il Giubileo. Ripartono le assunzioni
- 50 Da novembre attivo il Numero Unico per le Emergenze NUE112
- 51 A novembre, giornata di studio dedicata all'infermiere di famiglia

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 52 A Villa Carpegna l'evento Fine per discutere di Bioetica
- 54 Gli infermieri ai mass media: non confondete la nostra professione
- 55 Obbligo per i professionisti di dotarsi della casella Pec
- 56 Tassa di iscrizione rimborsabile? La Cassazione riapre il caso
- 56 Trionfo del gruppo "Musica in cammino"
al Festival nazionale delle psychiatric band
- 57 Polizza assicurativa. Ecco lo stato dell'arte
- 58 Ipasvi Cup 2015: il Vannini bisca il successo del 2010

LETTO PER VOI

- 60 La formazione degli infermieri e le competenze nella pratica clinica
- 61 Un importante contributo alla formazione metodologica dei
professionisti sanitari
- L'AVVOCATO DICE
- 62 La posizione di garanzia dell'infermiere addetto al triage di pronto
soccorso alla luce della sentenza della Cassazione n. 11601/2015
- 64 LA VIGNETTA DEL MESE



Un passo ancora per il cambiamento

di Ausilia M.L. Pulimeno

Un'estate bollente, non solo per il clima, e una ripresa con tante cose che bollono in pentola. Noi infermieri ci siamo, forti e determinati come mai, finalmente protagonisti sulla scena sanitaria regionale. Un ruolo che in questi anni abbiamo guadagnato sul campo battendoci con tutte le nostre forze per essere inquadrati nella posizione che ci spetta: al centro dell'organizzazione dei servizi sanitari e titolari esclusivi dell'assistenza.

Oggi la Regione ci rispetta, ci consulta, ci ascolta. Perciò è adesso che dobbiamo spingere per andare fino in fondo, per riformare un Servizio Sanitario Regionale vecchio e ingessato che non riesce a dare risposte adeguate ai cittadini. Possiamo farlo con la nostra preparazione, la nostra esperienza, la nostra attitudine alla sperimentazione di nuovi modelli organizzativi che altri rifiutano per paura del cambiamento. Possiamo lasciarci alle spalle le mille battaglie per il riconoscimento del nostro livello professionale e della nostra autonomia e concentrarci sul futuro, un futuro da protagonisti appunto, una prospettiva esaltante per chi ha sempre creduto nella straordinaria potenza della nostra professione.

Qualche significativo risultato lo abbiamo già portato a casa, come sulla vicenda del "See&Treat". E' un modello organizzativo in cui crediamo non perché ci pone in primo piano rispetto ad altre professioni sanitarie, ma perché l'esperienza concreta dimostra che funziona bene. Aumenta la rapidità e l'efficacia degli interventi sulle piccole urgenze, contribuisce notevolmente a decongestionare i Pronto soccorso e riduce i costi. Il tutto semplicemente valorizzando gli infermieri.

Ci siamo impegnati, e lo siamo tuttora, nel contrastare anche in sede legale i tentativi di affossarlo sul nascere a Roma. Ad alcuni sindacati medici, spalleggiati dall'Ordine provinciale, non va giù la valorizzazione delle nostre capacità e i modelli che la sostengono. Ma non importa, combattiamo per difendere nel nome dei cittadini le nostre prerogative professionali. Per questo abbiamo sostenuto e definito con la Asl Rm/C la nasci-

ta di un ambulatorio infermieristico avanzato "See&Treat" nella struttura di Santa Caterina della Rosa di Largo Preneste, in linea con il modello ampiamente sperimentato in diverse Asl toscane e operativo da quasi quarant'anni negli Stati Uniti e in Gran Bretagna.

Una linea sulla quale abbiamo trovato il consenso della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, della Regione Lazio e della stessa Asl che affiancano il Collegio nel giudizio davanti al Tar a difesa di questo importante servizio. Siamo convinti che la forza dei fatti debba prevalere sulle resistenze di carattere corporativo di chi teme il cambiamento e se ne infischia se questo è necessario per salvare il carattere universale e gratuito del nostro unico servizio sanitario. Perciò attendiamo con fiducia il pronunciamento del Tar sul ricorso presentato dall'Ordine dei medici di Roma e accogliamo come un segnale di opportuno ripensamento la decisione di quest'ultimo di non presentarsi all'udienza del 30 luglio scorso, un'assenza che sconfessa la richiesta di sospensione immediata della delibera sul "See&Treat" della Asl Rm/C.

Abbiamo molte altre soluzioni da sperimentare e condividere con quanti davvero intendono remare verso un'assistenza più attenta, puntuale, umanizzata. Modelli innovativi come il "See&Treat" nell'ambito dell'emergenza devono segnare la nostra strada. Nessun salto nel vuoto ma l'applicazione di esperienze ben rodute e corroborate dai risultati, con ospedali organizzati per intensità di cure e complessità assistenziale, case management, nursing home, ma anche nei percorsi preoperatori e nelle strutture residenziali, nell'assistenza domiciliare e negli ambulatori infermieristici.

In questo scenario di difficile ma salvifico cambiamento, abbiamo un altro importante fronte aperto: il tentativo di demansionamento degli infermieri che speriamo di aver scongiurato definitivamente ottenendo una significativa correzione di rotta da parte della Regione Lazio sui requisiti autorizzativi delle strut-

ture che prestano servizi socio-assistenziali. Si è tentato di equiparare le nostre funzioni a quelle di operatore socio sanitario e di educatore professionale, un colpo basso che ci ha visti impegnati anche sul fronte legale in una dura battaglia di rappresentanza istituzionale della professione.

L'abbiamo spuntata battendo i pugni sul tavolo con un pressing corale che ha convinto la Regione Lazio a correre ai ripari modificando l'insensata decisione di utilizzare gli infermieri come fossero Oss nelle case di cura convenzionate. Una vittoria solo parziale poiché nel correggere l'errore la Regione ha escluso del tutto gli infermieri dalla copertura di posti destinati agli Oss. Quel che chiediamo è ben diverso: prevedere espressamente la figura infermieristica con funzioni di coordinamento degli operatori socio sanitari in questione. E su questo punto insistiamo (*servizio a pagina 47*).

Ci stiamo battendo per difendere le nostre conquiste e per dare una speranza di cambiamento alla sanità. Ecco spiegata anche la posizione risoluta del Collegio per i Dipartimenti delle professioni sanitarie e per la Dirigenza infermieristica.

Dopo l'opposizione di un sindacato medico, anche qui strumentale e gattopardesca, e la pronuncia del Tar sulle linee guida degli Atti aziendali che avrebbero dovuto prevedere la nascita dei Dipartimenti in tutte le Asl del Lazio, siamo riusciti a convincere la Regione ad emanare un nuovo decreto che modifica la parte annullata dalla sentenza e rimette in piedi la possibilità di costituire i Dipartimenti (*servizio a pagina 46*).

Certo, una possibilità non è un obbligo e la discrezionalità lasciata alle singole Asl ci preoccupa. La formula adottata per superare l'impasse non è soddisfacente, ma confidiamo che l'evidenza delle cose faccia presto giustizia e induca tutte le Aziende a organizzarsi meglio attraverso i Dipartimenti delle professioni sanitarie e le Direzioni infermieristiche.

Non mancano interessanti segnali in questa direzione, segnali di buon senso e di coraggio. Come il via libera regionale alla Asl Rm/H sul bando di concorso pubblico per la Dirigenza.

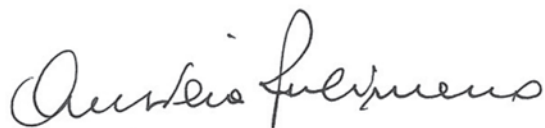
Intanto non ci stanchiamo di premere sulla Regione affinché metta mano sul serio alla gravissima carenza di personale infermieristico. Un'altra estate è passata tra mille difficoltà legate anche al periodo delle ferie e non possiamo immaginare che vada avanti così, con i pochi colleghi in servizio a tirare la carretta sottoposti a turni massacranti e a grandi sacrifici personali per garantire la tenuta dei servizi. Non vogliamo encomi o medaglie ma neanche dover essere a tutti i costi degli eroi.

Dopo tanti anni in cui il blocco del turnover ha sclerotizzato il sistema, la ripresa delle assunzioni è ormai improrogabile. E non bastano le piccole deroghe strappate finora col contagocce per arginare di volta in volta le emergenze.

Il Servizio sanitario regionale deve ripartire dai cittadini e da chi si interfaccia con loro, gli infermieri appunto. Per questo la pressione del Collegio è costante affinché si sbloccino i concorsi e sia dia ossigeno agli organici infermieristici ridotti ben sotto il livello di guardia. Alla Regione chiediamo di liberare le competenze e l'energia di tanti colleghi, giovani e meno giovani, che vogliono esprimere tutta la loro professionalità per il servizio pubblico. Se c'è un buon investimento da fare per il futuro del Servizio sanitario regionale è quello sugli infermieri.

Le rassicurazioni del presidente Zingaretti e l'imminente uscita dal regime di commissariamento della nostra sanità ci fanno sperare che questa sia la volta buona. Siamo però gente concreta e aspettiamo di vedere i risultati, specialmente la ripartenza dei concorsi per dotare tutte le Aziende di un servizio infermieristico adeguato alla domanda di salute che giunge dai cittadini e che nella nostra società è destinata inevitabilmente a crescere.

Quindi restiamo fiduciosi auspicando una rapida ripresa dei tavoli di confronto attivati in questi mesi per definire sempre meglio l'organizzazione dell'assistenza in ambito territoriale, l'implementazione degli ambulatori infermieristici e quella del "See&Treat". Come sempre, noi ci siamo. E adesso che la svolta sembra a portata di mano non ci fermeremo.



L'infermiere *case manager* in Psichiatria

Job description del gestore e facilitatore del caso

di Ione Moriconi, Giulia Gavini

*"Nessun vento è favorevole per chi non sa dove andare,
ma per noi che sappiamo
anche la brezza sarà preziosa"*
(Rainer Maria Rilke)

ABSTRACT

L'aumento dell'incidenza delle malattie croniche, in particolare delle patologie psichiatriche, conduce alla ricerca di nuovi modelli assistenziali allo scopo di migliorare la qualità di vita della persona assistita e della famiglia e di ridurre i costi sanitari in generale. Principale obiettivo dei sistemi sanitari è quello di mantenere in buona salute la popolazione e, il più possibile, tutti quegli utenti che, per specifica patologia, hanno bisogno di molte cure in un periodo di tempo molto lungo, talvolta, costituito da anni. È sempre più noto a tutti che, sono in diminuzione i bisogni di cura, mentre sono in aumento i bisogni assistenziali dovuti all'aumento dell'età e, conseguentemente, delle cronicità patologiche. Diminuiscono i posti letto ospedalieri e aumentano quelli a gestione infermieristica e/o di residenzialità.

Da queste premesse stanno sorgendo sempre più riflessioni su come aumentare le competenze dell'infermiere.

Se ne parla anche nel comma 566 della legge di stabilità 2015 (legge 23 dicembre 2014, n.190, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 29 dicembre), in cui si fa riferimento alla necessità di arrivare ad avere infermieri specialisti che, oltre alla formazione

di base, hanno implementato le loro conoscenze in aree quali: cure primarie e servizi territoriali/distrettuali (l'infermiere di famiglia), area intensiva e dell'emergenza-urgenza, area medica, chirurgica, neonatologica e pediatrica, salute mentale e dipendenze, affidando in questo modo tutto il processo assistenziale del paziente all'infermiere. È in questo panorama che si colloca il *case manager* – letteralmente, coordinatore/gestore del caso -, cioè quel professionista che si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata e del suo nucleo familiare di appartenenza, divenendo, a sua volta, responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso.

Il *case manager*, occupandosi di utenti che sono in carico ai servizi, nel tempo, rimuove gli ostacoli, **pianifica, attua, monitora e valuta tutte le opzioni per soddisfare i bisogni di benessere dell'assistito**, cercando di gestire al meglio la comunicazione, promuovendo la realizzazione degli obiettivi prefissi.

Tutto ci permette di effettuare interventi precisi sulla persona, evitando un'assistenza disgregata che risulta antieconomica e frustrante, sia per il paziente ed i familiari, che per gli operatori coinvolti in questo processo.

L'infermiere *case manager* non

entra nel merito delle terapie e del processo di cura proprio dei medici, ma garantisce un'appropriata utilizzazione delle risorse disponibili, contenendo i costi ed individuando le responsabilità per le cure fornite.

Ciò che viene messo in atto si chiama prevenzione secondaria che permette di evitare tutte quelle ricadute/recidive che comportano disagi e sofferenze enormi al paziente, alla famiglia e alla società, nonché un aumento di costi in termini economici (ricoveri) e non valutabili economicamente come sono i costi sociali (giorni di lavoro persi, costi subiti per i disagi etc...). Proprio a partire da questi risultati, si è ritenuto opportuno elaborare una *job description* dell'infermiere *case manager* in Psichiatria, non ancora presente in letteratura, allo scopo di delineare, nel miglior modo possibile, ruolo, competenze e responsabilità di questo nuovo modello assistenziale, il case management, in grado di ridurre la frammentarietà delle cure e la degenza ospedaliera, fornendo continuità assistenziale, capaci di migliorare la qualità di vita e la soddisfazione dei pazienti.

INTRODUZIONE

I disturbi mentali costituiscono un importante problema di sani-

tà pubblica per vari motivi: essi presentano un'elevata frequenza nella popolazione generale, in tutte le classi d'età, regioni, Paesi, società e senza differenza di ceto sociale.

Sono associati a livelli significativi di menomazione del funzionamento psicosociale (cioè, di difficoltà nelle attività della vita quotidiana, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari, ecc.) e sono all'origine di elevati costi, sia sociali che economici, per le persone colpite e per le famiglie.

In Italia, come in altri Paesi industrializzati, i disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn).

Secondo studi recenti, la prevalenza annuale dei disturbi psichici nella popolazione generale adulta è almeno dell'8%, il che implica che, **ogni anno, in Italia, almeno 4 milioni di persone presentano un problema di salute mentale.**

In questi studi sono stati considerati solo i disturbi più comuni (disturbo depressivo maggiore e disturbi d'ansia), escludendo, ad esempio, i disturbi di personalità. Vari studi, condotti in altri Paesi europei, hanno riscontrato prevalenze annuali anche più alte, che si aggirano intorno al 15-20%.

A fronte di questi elevati tassi di prevalenza, tra le persone coinvolte, sono in poche quelle che ricevono un trattamento specialistico e, fra le motivazioni della mancata richiesta di aiuto, giocano ancora un ruolo non trascurabile lo stigma sociale e la disinformazione.

L'Oms, mettendo in evidenza l'aumento delle malattie mentali, sostiene anche, che il problema non è rappresentato dalla qualità delle cure, quanto dagli

ostacoli che impediscono la disponibilità al trattamento. Essi possono essere riassunti in alcune categorie:

- ostacoli di natura tecnico-professionale: tra questi, il ritardo nel riconoscimento della malattia e il suo trattamento e le scarse conoscenze diagnostiche e terapeutiche del personale medico (Mmg);

- ostacoli di natura organizzativa ed economica: cioè, il divario che esiste tra chi soffre della malattia e chi effettivamente riceve le cure. Questo divario risulta essere più marcato nei Paesi in cui l'assistenza è ancora legata ai manicomi, che, oltre a non avere valenza terapeutica, risultano fortemente antieconomici assorbendo tutte le risorse destinate alla salute mentale;

- ostacoli di natura sociale: rappresentati dallo stigma, dall'esclusione e dalla vergogna.

IL CASE MANAGEMENT NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Il *case management* in ambito psichiatrico nasce negli Stati Uniti circa vent'anni fa, come conseguenza del movimento di deistituzionalizzazione dei malati di mente, limitata alla chiusura dei reparti ed istituti psichiatrici, senza essere accompagnata da interventi idonei ad aiutare la persona a reintegrarsi nella società.

Il *case management* in Psichiatria si propone, dunque, di fornire un supporto più personalizzato per rispondere ai bisogni delle persone che sono in difficoltà all'esterno dell'istituzione.

Le decisioni e le conseguenti azioni poste in essere dall'infermiere *case manager* consistono nell'adattare le conoscenze e i principi generali, acquisiti nel corso del piano di studi, al caso specifico, tenendo conto anche della difficoltà di instaurare una

relazione d'aiuto con la persona malata di mente.

L'infermiere che ha interiorizzato, sul piano culturale, gli elementi di base del *management* infermieristico diventa più autonomo nel trasferirli, al momento operativo, attraverso comportamenti e atteggiamenti idonei al caso trattato.

Egli, attraverso l'attivazione di una rete di interventi formali e informali, rappresenta chi coordina l'insieme delle cure erogate, da professionisti e non, allo scopo di migliorare, mantenere e ristabilire il benessere dell'individuo.

L'infermiere è il professionista onnipresente nella vita delle persone: dalla nascita alla morte, in ambito preventivo, curativo e riabilitativo.

A differenza di altri operatori sanitari e/o sociali sa come essere presente nei diversi momenti fragili delle persone apportando il supporto necessario alla riacquisizione dell'autonomia.

Le diverse teorie del *nursing* dimostrano, scientificamente, ogni passaggio nei diversi ambiti della salute della persona.

La sua formazione è completa da ogni punto di vista.

Alcune peculiarità, nonché difficoltà, distinguono il lavoro del *case manager* infermieristico psichiatrico da quello operante in altri settori:

- non sempre il paziente psichiatrico cerca l'aiuto di un'altra persona;
- esiste un pregiudizio assai radicato in tutti i livelli della società, secondo cui la malattia mentale è illogica, pericolosa e incurabile;
- in questo ambito specifico, la rete delle strutture previste non è completa e la loro distribuzione sul territorio risulta disomogenea.

Il *case management* nei servizi

psichiatriche consente, pertanto, di superare il frazionamento specialistico e pluri-professionale dell'assistenza e di gestire l'evento malattia e l'assistito mediante un progetto unico ed una presa in carico responsabilizzata.

In questo modo, si ottiene una gestione territoriale del paziente valida, aumentando la possibilità di reinserimento sociale e riducendo i costi, come ad esempio, con un minor ricorso all'ospedalizzazione.

Il Piano di Azioni nazionale per la Salute Mentale 2013 colloca la figura del *case manager* come linea di intervento nel trattamento dei casi gravi e complessi che necessitano di una presa in carico multiprofessionale.

L'introduzione e, successivamente, l'implementazione di questo modello all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, come dimostrato dai dati del progetto "L'infermiere *case manager* nel "Dsm" dell'fAsl Roma A", arreca notevoli vantaggi in termini di benessere fisico ed emozionale a tutti gli utenti presi in cura dal

punto di vista assistenziale, e alle loro famiglie.

Non solo: induce anche gli infermieri ad essere maggiormente soddisfatti del proprio operato.

Dall'analisi di questi risultati nasce la necessità di delineare i principali compiti e le mansioni dell'infermiere *case manager* in Psichiatria, attraverso dunque la stesura di una *job description*.

Una *job description* è un moderno strumento per la descrizione e la corretta interpretazione delle principali caratteristiche di una posizione organizzativa.

In essa ritroviamo, in sintesi, il nome della posizione, le mansioni svolte, il posizionamento gerarchico e le relazioni con le altre funzioni organizzative.

Una *job description*, di solito, è sviluppata partendo da una preliminare *job analysis*, volta a comprendere attività, responsabilità e scopo della posizione all'interno dell'organizzazione, insieme alle conoscenze e competenze necessarie per la copertura ideale del ruolo in esame.

Le funzioni di una *job description* sono varie e possono spaziare da una fase preliminare di selezione del personale fino a momenti successivi di valutazione o formazione delle proprie risorse. Trovandosi di fronte ad una situazione complessa, come quella psichiatrica, l'analisi delle competenze specifiche risulta fondamentale per attuare interventi che siano fondati su pratiche cliniche basate sull'evidenza.

MATERIALI E METODI

Per l'elaborazione della *job description* dell'infermiere *case manager* in Psichiatria è stata utilizzata la *job description* dell'infermiere *case manager* geriatrico, in atto presso l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma.

In un secondo momento, mettendo in relazione un'attenta analisi della letteratura esistente relativa alle aree di responsabilità e delle competenze dell'infermiere *case manager* psichiatrico, con le caratteristiche già delineate nel-



Figura Professionale	Infermiere <i>case manager</i> in Salute Mentale
Ruolo Professionale	Infermiere laureato ed iscritto all'ordine professionale. Il campo di attività e responsabilità è regolato dal profilo professionale DM 739/94, dal Codice Deontologico e dall'ordinamento didattico.
Scopo della Figura Professionale	L'infermiere <i>case manager</i> nell'area della Salute mentale è il professionista sanitario responsabile della gestione dei processi infermieristici in questa area. Esamina i bisogni di assistenza della persona affetta da disagio psichico, progetta e coordina l'attuazione dei percorsi assistenziali garantendo la continuità delle cure, l'integrazione multiprofessionale e la tutela dei diritti della persona, favorendo in questo modo il raggiungimento della massima autonomia possibile. Attiva le risorse disponibili sul territorio, già dal momento dell'accoglienza nell'unità operativa al fine di facilitare il rientro a domicilio o il percorso verso le strutture territoriali preposte. Promuove attività integrate tra ospedale e territorio o tra i vari servizi che garantiscano continuità di cura e di assistenza al termine della fase acuta. Fornisce inoltre consulenza specialistica ad altri operatori sanitari.
Aree di responsabilità	L'infermiere <i>case manager</i> nell'Area della Salute mentale gestisce con funzioni di team leader la persona durante l'evento acuto di disagio psichico e governa l'assistenza alla persona in trattamento post acuto, pianificando, effettuando, monitorando e valutando interventi di riabilitazione psichiatrica finalizzati al reinserimento dell'assistito nella famiglia e nell'ambiente di vita. L'assistenza si realizza anche attraverso la progettazione di percorsi educativi e di formazione rivolti alla persona, ai familiari e alla comunità, finalizzati a controllare i fattori di rischio e le complicanze del disagio psichico. La responsabilità dell'infermiere <i>case manager</i> consiste ancora nel partecipare attivamente alla formazione del personale infermieristico e di supporto ai fini dell'inserimento e dello sviluppo di competenze specifiche e nella realizzazione di programmi di ricerca finalizzati allo sviluppo delle buone pratiche in quest'area e alla loro implementazione nel contesto operativo di riferimento.
Mission	L'infermiere <i>case manager</i> in Psichiatria è il professionista che gestisce il disagio psichico e l'assistenza infermieristica alla persona malata, attraverso interventi di riabilitazione psichiatrica garantendo la tutela dei diritti della persona affetta da disturbo psichico.
Competenze	Identificare i pazienti da inserire nel programma di <i>Case management</i> ; valutare i bisogni del paziente, con l'aiuto di strumenti e metodi per il sistema di valutazione multidimensionale; individuare gli obiettivi dell'assistito sia di tipo fisico che funzionale, psicologico, sociale e ambientale; sviluppare, implementare, verificare e modificare il piano di assistenza attraverso l'interdisciplinarietà, la collaborazione con il team, il paziente e i <i>caregiver</i> ; valutare la consapevolezza e la necessità di sostegno del paziente nell'impatto con la malattia e il trattamento; instaurare e mantenere una relazione di aiuto con il paziente/famiglia per supportare la presa di coscienza dello stato di salute; disporre percorsi idonei alla gravità e alla consapevolezza di malattia degli utenti e dei conviventi; trasmettere al paziente elementi utili alla crescita personale (relazione terapeutica) facilitando l'espressione di sensazioni relative alla patologia mediante tecniche di <i>counselling</i> per utenti e <i>caregiver</i> ; valutare i bisogni educativi e favorire durante il periodo di ricovero un programma di educazione/informazione, mediante interventi di sostegno e di orientamento rivolti al paziente e alla famiglia; favorire l'alleanza terapeutica, la <i>compliance</i> farmacologica, e la somministrazione dei trattamenti; garantire la presenza emotiva nelle situazioni che si verificano; scegliere l'approccio adeguato alla tipologia di utente; analizzare e verificare il raggiungimento degli obiettivi di autonomia; valutare i fattori di aggravamento, rischio e protezione e di crisi; realizzare campagne informative rivolte alla riduzione dello stigma, della discriminazione e alla diffusione delle modalità di accesso ai servizi; sostenere le persone assistite e il contesto sociale nel superamento dei pregiudizi sul disagio psichico; valorizzare la dimensione etica nelle situazioni che vive la persona assistita; identificare strategie di sostegno alla persona assistita; compiere attività di mediazione per l'utenza; educare il contesto sociale dell'utente; facilitare l'accesso guidato alle prestazioni socio sanitarie e realizzare, nella prospettiva della continuità assistenziale, il necessario collegamento tra l'ospedale per acuti e le strutture, servizi e risorse presenti sul territorio; valutare le fasi del reinserimento lavorativo e sociale delle persone con disagio psichico in collaborazione con altri profili.

Tabella 1. Job description

la *job description* dell'infermiere *case manager* geriatrico è stato possibile delineare le peculiarità della figura assistenziale del *case manager* infermieristico psichiatrico. (Tabella 1)

CONCLUSIONI

L'argomento in questione risulta molto complesso, per la molteplicità di aspetti fisici, psichici, sociali ed economici da tenere in considerazione.

La stesura della *job description* vuole essere un'argomentazione concreta a sostegno di una direzione da prendere, vale a dire quella dell'implementazio-

ne dell'infermiere *case manager* nei servizi psichiatrici per arrecare maggior benefici in termini di salute fisica e psicologica ai pazienti psichiatrici e alle loro famiglie.

Avendo a disposizione risultati concreti a favore del beneficio che l'infermiere *case manager* reca al paziente psichiatrico e, avendo a disposizione un profilo completo della persona che può svolgere questo ruolo, potrebbe risultare più semplice implementare nelle varie realtà assistenziali questo nuovo modello assistenziale.

Tutto ciò risulterebbe anche in li-

nea con le discussioni odierne proposte dalla legge di stabilità del 2015, nella quale si fa riferimento alla necessità di avere infermieri specialistici nell'ambito della salute mentale che, oltre alla competenze di base, abbiano acquisito competenze specifiche nel loro campo di applicazione, nonché alle normative nazionali riguardanti le linee di intervento per i casi gravi e complessi.

AUTORI:

Irene Moriconi, responsabile Assistenza Infermieristica Dsm;
Giulia Gavini, laureata in Infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

- Agostini S, *L'infermiere case manager in salute mentale*, Bellaria. Congresso Aicm (Associazione Italiana Case Management).
- Biavati C, *Standard per la pratica del Case Management*. Aicm Journal, 1. 2012.
- Brusa D, *Applicazione del modello del case management all'interno di un servizio psichiatrico territoriale*. Agorà, 45: pp. 37-42. 2010.
- Cassis I, *L'infermiere case manager in psichiatria*. L'infermiere; 7:21-25. 2006.
- Chiari P, Santullo A, *L'infermiere case manager dalla teoria alla prassi*. Mc Graw Hill Milano. II Edizione. 2010.
- De Girolamo G, Olidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino V, Reda V, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A, *Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale 2005, 14 (Suppl. al n. 4): 1-100.
- Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'Adamo D, Lo Iacono B, Raval di C, Scarpato MA, Truglia E, Rosi S, *The Sesto Fiorentino Study: point and one year-prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers*. Psychotherapy and Psychosomatics 2004, 73, 226-234.
- Favero E, Moriconi I, *L'intervento dell'infermiere case manager sul paziente psichiatrico*. Infermiere oggi. Periodico di idee, informazione e cultura del Collegio Ispasvi di Roma. 1/2013.
- Gigantesco A, Palumbo G, Mirabella F, Pettinelli M, Morosini P, *Prevalence of psychiatric disorders in an Italian town: low prevalence confirmed with two different interviews*. Psychotherapy and Psychosomatics 2006, 75,170-176.
- Spettoli A, *La figura dell'infermiere case manager (Icm) in ambito psichiatrico territoriale*. Infermiere Collegio,3: pp. 19-20. 2009.
- Wittchen H.U, Jacobi F, *Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies*. European Neuropsychopharmacology 2005;15:357-376.
- Tahan H.A, Huber D.L, *Studio nazionale del Ccmc di case manager di lavoro descrizioni: una comprensione delle attività, relazioni di ruolo, conoscenze, competenze e abilità*. Lippincotts Caso Manag. May-Jun; 11 (3):127-44; quiz 145-6. 2006.
- McKendry M.J, *Lavorare con i risultati: quello che ogni case manager deve sapere!* Lippincotts Caso. Manag Jan-Feb; 9(1):49-50. 2004.
- Huston C.J, *Il ruolo del gestore del caso in un programma di gestione della malattia*. Lippincotts Caso Manag. Nov-Dec; 7(6):221-7. 2002.
- Henning S.E, Cohen E.L, *Il continuum competenza: espandere il case manager's set e le capacità di abilità*. Prof Caso Manag. 2008 May-Jun; 13(3):127-48; quiz 149-50. doi: 10.1097/01.PCAMA.0000319966.30864.bf.

Rems Rischio o opportunità per l'Infermieristica?

di Michele Virgolesi

INTRODUZIONE

Una delle sfide che attende la comunità infermieristica del Lazio (e non solo), è rappresentata dall'attivazione delle cosiddette Rems.

Le Rems (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) sono strutture ricettive a vocazione sanitaria ma che conservano caratteristiche penitenziarie: esse dovranno accogliere, infatti, i pazienti con disturbi psichici autori di reato non dimissibili.

L'attivazione delle Rems è prevista dalla Legge 30 maggio 2014 n.811 cui si è giunti dopo un lungo iter legislativo originato dalla Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, presieduta dall'allora senatore Ignazio Marino. Recependo le direttive della legge n.81/14, la Regione Lazio, con Decreto del Commissario ad Acta alla Sanità n.72 del 19/02/2015, ha individuato le sedi provvisorie e definitive delle Rems. (Tab. 1)

Sedi provvisorie:

Asl Frosinone; Ceccano, ex Spdc dell'ospe-

dale. 20 posti letto (p.l.) per maschi-I modulo.

Asl Frosinone-Pontecorvo Ex Spdc dell'ospedale ora convertito in CdS (Casa della Salute), separato: 11 p.l. per femmine-I modulo.

Asl Roma G-Presidio di Palombara Sabina. 40 p.l. per maschi-II moduli.

Asl Roma G-Ospedale di Subiaco. 20 p.l. per maschi-I modulo.

Sedi definitive:

Asl Frosinone-Ceccano. Nuova costruzione presso Località Borgo S. Lucia: 40 p.l. per maschi-II moduli.

Asl Roma G-Ospedale di Subiaco, per i piani rialzato e primo: 40 p.l. per maschi-II moduli

Asl Rieti-Ristrutturazione edificio indipendente presso complesso destinato ad attività assistenziali: 11 p.l. per femmine-I modulo.

Le tre sedi definitive saranno ubicate in prossimità o comunque nel territorio delle provvisorie così da ottimizzare gli investimenti effettuati per la messa a punto di queste ultime, che, una volta dismesse dalla funzione di Rems provvisoria, saranno destinate a Comunità Terapeutiche a gestione diretta delle Asl.



Tabella 1. Sedi definitive Rems. Adattata da Decreto del Commissario ad Acta alla Sanità n. 72 del 19 febbraio 2015

UBICAZIONE	TITOLO DELL'INTERVENTO	SOGGETTO ATTUATORE	POSTI LETTO N.	SUPERFICIE LORDA COPERTA MQ	COSTI DELL'OPERA (IMORTO LAVORI, ARREDI, SAN. E INF; SOMMA A DISPOSIZIONE	POSTI LETTO
ASL RIETI Largo Matteucci	Ristrutturazione edificio presso Complesso destinato ad attività assistenziali per la realizzazione di 1 Modulo REMS - Donne	ASL RI	11 Donne	1.000	EURO: 2.429.379,02	465
ASL RM G Ospedale "A. Angelucci". c/da Colle della Cisterna Subiaco	Ristrutturazione di tre livelli dell'Ospedale di Subiaco, per la realizzazione di di 2 moduli REMS - Uomini	ASL ROMA G	40 Uomini	2.570	EURO: 7.576.000,00	800
ASL Frosinone Borgo S. Lucia, snc Ceccano (Fr)	Nuova costruzione presso Borgo S. Lucia a Ceccano per la realizzazione di 2 moduli REMS - Uomini	ASL FR	40 Uomini	2.500	EURO: 6.200.000,00	465
TOTALE					EURO: 16.205.379,02	

Contestualmente al Decreto del Commissario ad Acta alla Sanità n.72 del 19/02/2015, che assegna e approva le risorse economiche da destinare alla realizzazione delle Rems, il Decreto del Commissario ad Acta alla sanità n.79 del 25/02/2015 individua il fabbisogno di personale necessario nelle Rems in relazione alle diverse figure professionali. (Tab. 2)

Il Decreto in oggetto prevede, inoltre, che, per garantire una maggiore celerità nello svolgimento delle procedure concorsuali, nonché una maggiore economicità, provvederanno le Aziende Usl Roma G e Usl di Frosinone alla predisposizione dei differenti bandi di concorso, alla pubblicazione e all'espletamento degli stessi. In particolare, l'Azienda Usl Roma

G provvederà alle procedure selettive riguardanti i profili professionali dei Dirigenti Medici e Sanitari e dei Cps Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica; l'Azienda Usl di Frosinone provvederà alle procedure selettive riguardanti i restanti profili professionali dell'Area Comparto, tra cui i Cps Infermieri. Dopo anni di blocco del *turnover* e di precarizzazione dei contratti

Tabella 2. Fabbisogno del personale nelle Rems suddiviso per professioni. Adattata da Decreto del Commissario ad Acta alla sanità n.79 del 25/02/2015

PROFILI PROF.LI	REMS ASL RM/G	REMS ASL FROSINONE	REMS ASL RIETI	TOTALE
Dirigente Medico Psichiatra	5	5	2	12
Dirigente Psicologo	3	3	1	7
C.P.S. Infermieri	24	24	10	58
C.P.S. Tecnici Riab. Psych.	6	6	3	15
Collaboratore Prof. Amm.vo	2	2	1	5
Assistente Sociale	2	2	1	5
O.S.S	12	12	6	30
Totale	54	54	24	132



di lavoro degli infermieri, il piano di assunzione e di reclutamento che deriva dall'attivazione delle Rems rappresenta una buona notizia. Tuttavia, l'euforia di nuove assunzioni non deve ottundere la professione rispetto ai rischi che corre nell'inserimento in strutture così innovative. I rischi derivano soprattutto dall'applicazione della legge 81/2014, che, così come già affermato da numerosi ed illustri esponenti della psichiatria, appare estremamente criticabile e lacunosa rispetto a numerose questioni.

DALLA NORMA: DUBBI E CRITICITÀ

Gli aspetti operativi per l'attuazione della legge 81/2014, l'avvio e la gestione delle Rems sono contenuti in un Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, nonché le Amministrazioni centrali interessate.

Il dispositivo in oggetto tenta di

chiarire, nei vari articoli di cui si compone, alcuni punti nodali quali per esempio le responsabilità in merito ai trasferimenti, traduzioni e piantonamento degli internati, la formazione del personale, la sicurezza e i rapporti con la Magistratura.

Tuttavia, questo dispositivo presenta numerose lacune che alimentano dubbi legittimi.

La questione più spinosa è rappresentata dalla sicurezza: gli internati sono sottoposti a misure di sicurezza giudiziaria. Infatti, la norma sancisce che tutti i diritti della persona internata nelle Rems siano disciplinati dalla normativa penitenziaria, ma la custodia passa dal Dap (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria) alla Sanità (Dipartimento Salute Mentale).

È inoltre sancito che "[...] i servizi di sicurezza e vigilanza perimetrale sono attivati sulla base di specifici accordi con le Prefetture, anche sulla scorta delle

informazioni contenute nel fascicolo dell'internato".

Ne consegue che internamente alle Rems, le misure di sicurezza sono totalmente a carico del personale sanitario.

Altri dubbi, questa volta rispetto all'obbligo di custodia, emergono in maniera preponderante all'art. 2 dove sono chiariti alcuni aspetti rispetto ai trasferimenti, le traduzioni e i piantonamenti degli internati. È sancito che competono all'Amministrazione Sanitaria i trasferimenti in luoghi di cura esterni alla Rems, presso comunità o abitazione, nei casi di fruizione di licenze, semilibertà e libertà vigilata.

Non è però chiarito quali figure professionali cureranno questi spostamenti, quali le responsabilità in caso, per esempio, di fuga o reiterazione del reato da parte del paziente.

Sarebbe utile chiarire se, in questi casi, sia applicabile la cosiddetta "posizione di garanzia", che, così come definito in letteratura, rappresenta per l'operatore psichiatrico: *"l'attribuzione di doveri di protezione e controllo in grado di fondare un'eventuale responsabilità sul piano giuridico per il suicidio o i delitti perpetrati dal paziente"*.

Va ricordato che il personale sanitario ha un dovere di cura e non un obbligo di custodia nei confronti dei pazienti.

Anche in merito alla formazione prevista per gli operatori delle Rems emergono diverse criticità: la norma, all'art.4, prevede che le Regioni, anche attraverso il supporto del Dap, organizzino iniziative di approfondimento e addestramento del personale delle Rems per la gestione giuridico-amministrativa degli internati.

Anche in questo caso, si presuppone che il personale sanitario, per garantire una corretta gestione degli internati, debba



possedere competenze in ambiti che caratteristicamente non gli appartengono. Inoltre le iniziative formative avviate dalle Regioni appaiono estremamente eterogenee soprattutto per quanto riguarda i contenuti dei programmi determinando un quadro formativo fortemente frammentato e diversificato sul territorio nazionale.

DISCUSSIONE

La commistione di competenze tra ambito sanitario e ambito giudiziario, tra cura e custodia, in un contesto completamente nuovo come quello rappresentato dalle Rems, rischia di alterare l'identità professionale dell'infermiere, soprattutto se quest'ultimo non riesce ad esprimere un pensiero forte e coeso rispetto al nuovo mandato professionale affidatogli. Si tratta di delineare un nuovo

profilo facendo riferimento soprattutto alla letteratura internazionale e costruendo nuove conoscenze attraverso la ricerca e pratiche *evidence based*.

Purtroppo, se la comunità infermieristica non riuscirà a fare questo, corre il rischio di assumere una posizione di rinnovata subalternità nei confronti di altre professioni, come quella dello psichiatra.

In effetti, questo rischio è molto concreto e, soprattutto nella nostra regione, alcune avvisaglie sono state percepite durante il percorso di formazione per gli operatori: la quasi totalità dei docenti era rappresentato da medici psichiatri e criminologi.

Ciò è sintomatico anche dell'incapacità da parte della professione infermieristica di esprimere concetti assistenziali nuovi e di governare nuovi fenomeni socio-sanitari.

Tale tendenza è confermata anche dalla nostra reazione rispetto a fenomeni rivoluzionari simili del recente passato, il riferimento è alla chiusura dei manicomi sancita dalla legge 180 del 1978. Nelle prime fasi di chiusura dei manicomi, gli infermieri psichiatrici non si sentivano tutelati nel loro nuovo mandato professionale ed invece di impegnarsi ed esprimere le potenziali capacità assistenziali, grazie anche alla possibilità, garantita dalla legge, di riqualificarsi in infermieri professionali, la maggior parte di essi preferirono nascondersi, per inettitudine e comodità, dietro lo stigma dell'infermiere custode. Infatti questi, nei nuovi contesti di cura post-manicomio preferirono dedicarsi a mansioni e competenze certamente inferiori rispetto alle loro reali potenzialità. In effetti lo spettro di un custodia-



La Rems inaugurata a Pontecorvo dalla Regione Lazio

lismo nuovo, mascherato dalla cosiddetta "posizione di garanzia", potrebbe riemergere dati i dubbi interpretativi della norma, soprattutto per quanto riguarda l'art.2 dell'Accordo prima esaminato.

CONCLUSIONI

Dal 1978 ad oggi, la storia dell'infermiere è profondamente cambiata e bisogna evitare gli stessi errori del passato.

Bisogna "governare" il cambiamento, fornendo un valido contributo nel lavoro d'équipe, modalità di approccio fondamentale nella cura e riabilitazione psichiatrica.

In particolare, bisogna partecipare in maniera attiva alla stesura del "Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato" dei pazienti, rivendicando le competenze peculiari dell'infermiere quali

per esempio l'educazione sanitaria, la gestione dei regimi farmacologici complessi, le abilità relazionali comprese le tecniche di *Descalation*, le capacità diagnostiche in relazione alla genesi di comportamenti violenti anche grazie all'adozione di adeguati strumenti di valutazione.

Viceversa, si corre il rischio che l'Infermieristica riporti negli anni bui dell'epoca Pre-Basaglia, riportando il ruolo dell'infermiere a quello di custode, di esperto segregatore e fidato ausiliario dello psichiatra.

AUTORE:

Michele Virgolesi, laurea magistrale presso l'Università di "Tor Vergata", Roma; dottorando in Scienze Infermieristiche presso l'università degli Studi di Roma "Tor Vergata"; docente a contratto di Nursing Psichiatrico presso il corso di laurea triennale in Infermieristica all'Università di "Tor Vergata", Roma-sede Sora e Ceccano e presso l'Università degli studi di Napoli "Federico II", sede di Pozzuoli.

BIBLIOGRAFIA

- Legge 30 maggio 2014, n.81. *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n.52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*. (GU Serie Generale n.125 del 31-5-2014)
- Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale. *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*. Reperibile presso: http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPGG_doc_XXII-bis_4.pdf [consultato il 21/05/2015]
- Balbi A, Biondi M, *Ombra ed errori di una legge: il parere dei clinici*. Riv Psichiatr 2015; 50(2): 48-49.
- Ferracuti S, Biondi M, *Dove vogliamo andare? Il Dpcm dell'1/4/2008 è una spada a doppio taglio*. Riv Psichiatr 2015; 50(3): 00-00.
- Accordo concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazioni al D.M. 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art.3ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n.211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n.9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n.81. Reperibile presso: www.unificata.it con il codice: 4.10/2015/18 [consultato il 21/05/2015]
- Dodaro G, *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*. Milano: FrancoAngeli; 2011
- Legge 3 giugno 1980, n.243. *Straordinaria riqualificazione professionale degli infermieri generici e degli infermieri psichiatrici*. (GU n.163 del 16-6-1980)

L'infermiere e il consenso informato

di Massimo Giordani, Mauro Giordani

ABSTRACT

Questo studio ha come scopo di fare il punto sul consenso informato in ambito infermieristico, presentando una breve revisione della letteratura internazionale ricavata da dieci anni di pubblicazioni, dal 2003 al 2013.

Fin da subito, lo studio focalizza l'attenzione sul fatto che l'azione principale, nel triplice rapporto **infermiere/paziente/consenso informato**, è incentrata sull'autonomia dell'assistito, ed è perciò rivolta all'informazione e al rispetto delle decisioni del prossimo in accordo con il Codice Deontologico dell'infermiere e in linea con i principi etici universalmente riconosciuti.

Tutte le attività e i comportamenti infermieristici emersi dalla revisione della letteratura posso essere quindi sintetizzati in cinque punti fondamentali:

1. la percezione del paziente;
2. l'autonomia decisionale;
3. la capacità di analisi ed empatia dell'infermiere;
4. la modalità di richiedere il consenso;
5. la modalità di fornire informazione e supporto decisionale.

Parole chiave: autonomia decisionale, consenso informato, infermiere.

INTRODUZIONE

"Il consenso informato in Sanità rappresenta l'espressione della volontà del paziente ad essere sottoposto ad un qualsiasi trattamento diagnostico o terapeutico".

Con questa definizione inizia questo lavoro di ricerca nella letteratura internazionale che ha come fine quello di fare il punto in ambito infermieristico su questo documento sanitario che esprime l'autonomia dell'individuo nell'ambito delle decisioni sanitarie.

L'infermiere svolge una professione in cui il ruolo della relazione con l'assistito assume un'importanza primaria.

Egli, nel prendersi cura della persona, deve anche garantire l'osservanza dei principi etici e il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo, tra cui quello all'informazione ed alla libertà di scelta. Dato che l'infermiere è colui che maggiormente è a contatto dell'assistito, è scaturita la necessità di approfondire come questi ed il paziente vivano e convivano con il consenso informato.

La ricerca, oltre ad analizzare questa tematica dal punto di vista infermieristico, cercherà di capire e mettere in risalto il ruolo dell'infermiere in questo specifico ambito d'interesse.

Lo studio dopo una breve panoramica sul concetto stesso di consenso informato, procederà ad una breve revisione della letteratura internazionale tratta da dieci anni di pubblicazioni (dal 2003 al 2013), con dei risultati schematici che descriveranno le attività e i comportamenti infermieristici che riguardano attualmente l'infermiere nei confronti di questo documento sanitario: ovvero il rapporto infermiere/paziente/consenso informato. In Italia, qualunque trattamento sanitario, necessità del preventivo consenso del paziente.

È, quindi, il suo consenso informato che costituisce il fondamento della liceità dell'attività sanitaria, in assenza del quale l'attività stessa costituisce reato. Il fine della richiesta del consenso informato è dunque quello di promuovere l'autonomia dell'individuo nell'ambito delle decisioni mediche.

Il malato può decidere se vuole essere curato per una malattia e ha il diritto/dovere di conoscere tutte le informazioni disponibili sulla propria salute, chiedendo al medico ciò che non è chiaro.

Inoltre, deve avere la possibilità di scegliere, in modo consapevole, se sottoporsi ad una certa terapia o esame diagnostico.

Il consenso deve essere scritto nei casi in cui l'esame clinico o la terapia medica possa comportare gravi conseguenze per la salute e l'incolumità della persona.

Se il consenso è rifiutato, il medico ha l'obbligo di non eseguire o di interrompere l'esame clinico o la terapia in questione.

Negli altri casi, soprattutto quando è consolidato il rapporto di fiducia tra medico e ammalato, il consenso può essere anche solo verbale ma deve essere espresso direttamente al medico.

In ogni caso, il consenso informato dato dal malato deve essere attuale: deve, cioè, riguardare una situazione presente.

Il consenso può essere revocato in ogni momento dal paziente e gli operatori sanitari devono assicurarsi che rimanga presente per tutta la durata del tratta-

mento: se la cura considerata prevede più fasi diverse e separabili, la persona malata deve dare il suo consenso per ogni singola cura.

Le uniche eccezioni all'obbligo del consenso informato sono:

- le situazioni in cui l'ammalato ha espresso esplicitamente la volontà di non essere informato;
- le condizioni della persona siano talmente gravi e pericolose per la sua vita da richiedere un immediato intervento di necessità e urgenza indispensabile. In questi casi, si parla di consenso presunto;
- i casi in cui si può parlare di consenso implicito, per esempio per quelle cure di routine, o per quei farmaci prescritti per una malattia nota. Si suppone, infatti, che in questo caso sia consolidata l'informazione e il consenso relativo;
- in caso di rischi che riguardano conseguenze atipiche, eccezionali ed imprevedibili di un intervento chirurgico, che possono causare ansie e timori inutili. Se, però, il malato richiede direttamente questo tipo d'informazioni, il medico deve fornirle;
- i Trattamenti Sanitari Obbligatori (Tso).

METODI

Lo studio ha preso in considerazione la letteratura esistente in alcune banche dati internazionali, rispettivamente: Medline (via PubMed), Cinahl, Scopus e Ilsi.

Le parole-chiave utilizzare sono state: *"Informed consent"*, *"Consent forms"*, *"Nursing"* e *"Consenso informato"* (per la banca dati Ilsi), combinate tra loro tramite operatori booleani (*"and"* e *"or"*). Tramite PubMed, si è potuto utilizzare anche dei descrittori di soggetto (MeSH).

Alla ricerca bibliografica, condotta a settembre e ottobre 2013, sono stati imposti dei parametri restrittivi: gli articoli dovevano essere pubblicati dal 2003 al 2013, senza restrizioni di lingua.

Inoltre, dovevano possedere un *abstract* e descrivere quelle attività di consenso informato nel campo della pratica clinica infermieristica, escludendo tutte quelle attività di consensi informati necessari al reclutamento per sperimentazione e *trial* clinici.

RISULTATI

Effettuando la ricerca, sul sito Medline/PubMed sono risultati 1017 articoli, mentre su Cinahl 1100. Applicando il limite temporale di dieci anni, si è scesi,

rispettivamente: Medline 459, Cinahl 641, Scopus 38, mentre per quanto riguarda Ilsi, la ricerca ha portato a 129 articoli.

In seguito, tramite gli ulteriori vincoli dell'*abstract*, *full-text* e con i criteri di inclusione/esclusione applicati sul titolo ed *abstract*, nonché rimossi i duplicati presenti, sono rimasti 22 articoli su cui effettuare la lettura completa e l'estrazione dei dati.

Nella fase di lettura completa, sono stati ritenuti idonei solo 14 articoli. I restanti otto sono stati scartati perché riguardavano, principalmente, il consenso informato del paziente per la ricerca in ambito sanitario o, nel caso, di acconsentire a sottoporsi a trattamenti in fase sperimentale.

È da rilevare che, comunque, l'infermiere, in queste situazioni, ricopre un ruolo importante quale garante presso il paziente: è il responsabile della corretta comprensione dell'iter informativo fornito dai protocolli sanitari, per un consenso da parte del paziente cosciente e responsabile.

Per quanto riguarda invece i 14 articoli ammessi allo studio, ecco una tabella riassuntiva.



TABELLA RIASSUNTIVA DELLA LETTERATURA ANALIZZATA

*trattandosi di articoli di tipo editoriale, non era indicato il campione

AUTORE ANNO	TITOLO	RIVISTA	NAZIONE	TIPO DI STUDIO	CAMPIONE	OBIETTIVO
Schopp A, et al. (2003)	Perceptions of informed consent in the care of elderly people in five European countries.	Nursing Ethics	Germania	Studio Quantitativo	residenti/pazienti anziani (n=573) e infermieri (n=887).	Descrivere e confrontare le percezioni dei pazienti anziani e quelli del loro personale infermieristico nel consenso informato in cinque paesi europei: Finlandia, Spagna, Grecia, Germania e Regno Unito (Scozia).
Scott PA, et al. (2003)	Autonomy, privacy and informed consent 3: elderly care perspective.	British Journal of Nursing	Regno Unito (Scozia)	Studio Quantitativo	residenti/pazienti anziani (n=101) e infermieri (n=160) in Scozia.	Esaminare una serie di questioni etiche e del consenso informato nella cura dei pazienti anziani/residenti nelle residenze di lungo degenza.
Quallich SA. (2004)	The practice of informed consent.	Urologic Nursing	USA	Editoriale	(non indicato)*	Panoramica sul consenso informato e l'importanza dell'infermiere
Johnstone MJ. (2001)	Nursing ethics and informed consent.	Australian Nursing Journal	Canada	Editoriale	(non indicato)*	Che cosa è esattamente il consenso informato? E quali sono le responsabilità morali dell'infermiere in materia di supporto al paziente nel prendere decisioni informate?
Agnew J, Jorgensen D. (2012)	Informed consent: a study of the OR consenting process in New Zealand.	AORN Journal	Nuova Zelanda	Studio Qualitativo	pazienti chirurgici (n=8)	Valutare la cognizione del processo di consenso informato da parte di pazienti chirurgici.
Cole CA. (2012)	Implied consent and nursing practice: ethical or convenient?	Nursing Ethics	Australia	Studio Qualitativo	infermieri (n=8)	Esame dell'utilizzo del consenso implicito, che è utilizzato in sostituzione o in combinazione al consenso informato, nelle pratiche infermieristiche.
Mahjoub R, Rutledge DN. (2011)	Perceptions of informed consent for care practices: hospitalized patients and nurses.	Applied Nursing Research	USA	Studio Quantitativo	pazienti (n=27) e infermieri (n=27)	Esplorare le percezioni degli infermieri e dei pazienti per quanto riguarda la capacità di fornire informazioni per il consenso informato per le procedure di cura durante il ricovero.
D'addio L, Querzoli A. (2009)	Come informare per un valido consenso nel rispetto della persona assistita.	L'infermiere	Italia	Editoriale	(non indicato)*	Analisi dell'inquadramento giuridico per fornire informazioni e del conseguente consenso ai trattamenti sanitari, soprattutto facendo riferimento alle sentenze che più recentemente hanno integrato il dettato normativo.
Borsato P, Tessoro MB. (2009)	Complessità organizzativa ed ostacoli al consenso informato: riflessioni sul ruolo degli infermieri.	L'infermiere	Italia	Editoriale	(non indicato)*	Breve resoconto delle difficoltà e delle ambiguità in cui si sviluppa l'esigenza del consenso informato del paziente alle scelte sanitarie, prendendo in considerazione in modo particolare la posizione degli infermieri.
Beretta S. (2008)	Il consenso informato alle cure infermieristiche.	NEU	Italia	Studio Quantitativo	infermieri (n=74)	Rilevare il punto di vista degli infermieri in merito al tema del consenso informato alle cure infermieristiche.
Castelverde F, Boldini P. (2006)	Competenza, autonomia e responsabilità professionale nelle professioni sanitarie.	Sanità Pubblica e Privata	Italia	Editoriale	(non indicato)*	Discussione sul ruolo delle professioni sanitarie non mediche, alla luce degli ambiti di autonomia concessi dai recenti profili professionali.
Turla S. (2007)	Turla Procedure infermieristiche e consenso informato: indagine conoscitiva sulla percezione degli infermieri di un'azienda ospedaliera.	Nursing Oggi	Italia	Studio Quantitativo	infermieri (n=136)	Verificare l'opinione degli infermieri circa la rilevanza che riveste il consenso informato alle procedure infermieristiche e come viene ottenuto da parte degli infermieri.
Gobbì P. (2006)	Lo studio dei casi nella formazione e nell'aggiornamento dell'infermiere: il problema etico e legale del consenso alle prestazioni infermieristiche.	Nursing Oggi	Italia	Studio Qualitativo	pazienti (n=2)	Analisi di 2 casi per verificare l'utilizzo del consenso informato
Aveyard H. (2005)	Il consenso informato per le procedure infermieristiche.	Giornale italiano di scienze infermieristiche	Italia	Studio Qualitativo	infermieri (n=50 divisi in 6 gruppi; n=30 da 2 ospedali inglesi)	Analizzare in che modo viene ottenuto il consenso prima delle prestazioni infermieristiche e sviluppare delle linee guida per l'applicazione del principio del consenso informato nel setting assistenziali.

I 14 articoli sono distribuiti in un arco temporale che va dal 2003 al 2013.

Sono, rispettivamente, due per gli anni 2003, 2009, 2011 e 2012; mentre uno per gli anni 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 e 2013.

La tipologia degli articoli è costituita da cinque editoriali, quattro studi osservazionali qualitativi e cinque studi osservazionali quantitativi.

Nei nove studi osservazionali, lo strumento più utilizzato è stato quello del questionario e/o abbinato ad interviste semi-strutturate (cinque articoli); due articoli hanno utilizzato il solo questionario ed, infine, l'analisi di casi clinici e i *focus group* abbinati ad interviste.

La popolazione utilizzata dagli studi era principalmente composta da infermieri (per un totale di 1221) e pazienti (principalmente anziani, per un totale di 610).

DISCUSSIONE

Dall'analisi degli articoli, è stato possibile ricavare degli elementi importanti, tra cui la comprensione, da parte del paziente, delle informazioni per il consenso informato e confronti tra l'utilizzo del consenso verbale rispetto quello scritto.

In un articolo in cui viene confrontato il consenso informato in cinque Paesi europei verso i pazienti anziani, i risultati hanno mostrato che

questi hanno riferito di aver fornito il loro consenso in modo verbale più spesso rispetto a quello scritto.

Una possibile spiegazione potrebbe essere la causa delle routine nelle cure a lungo termine delle persone anziane. Quando diversi interventi possono essere ripetuti più volte nella giornata, il consenso verbale sembra bastare in un ambiente in cui spesso non è necessario prendere importanti decisioni mediche (Schopp A. et al. 2003).

Un altro studio, effettuato in Scozia, ha rilevato che solo il 5% dei pazienti anziani ha indicato che erano stati invitati a dare il consenso scritto prima di esami e trattamenti, mentre il 40% aveva dato il loro consenso orale.

Vi era anche una differenza, statisticamente significativa, nelle risposte del personale e dei pazienti: ciò dimostra che, a causa di differenze di percezione, sono necessari dei miglioramenti nella comunicazione per ricevere, anche se verbalmente, un corretto consenso informato, prima di effettuare l'assistenza infermieristica ai pazienti anziani (Scott PA. et al. 2003).

Il tema dell'informazione e della comprensione nel consenso informato è stato un elemento presente in quasi tutti gli articoli inclusi nella revisione.

Uno studio ha preso in esame come, in regime di ricovero ospedaliero o clinico, capiti che il professionista sanitario possa non essere immediatamente

disponibile ad affrontare le domande che un paziente può avere.

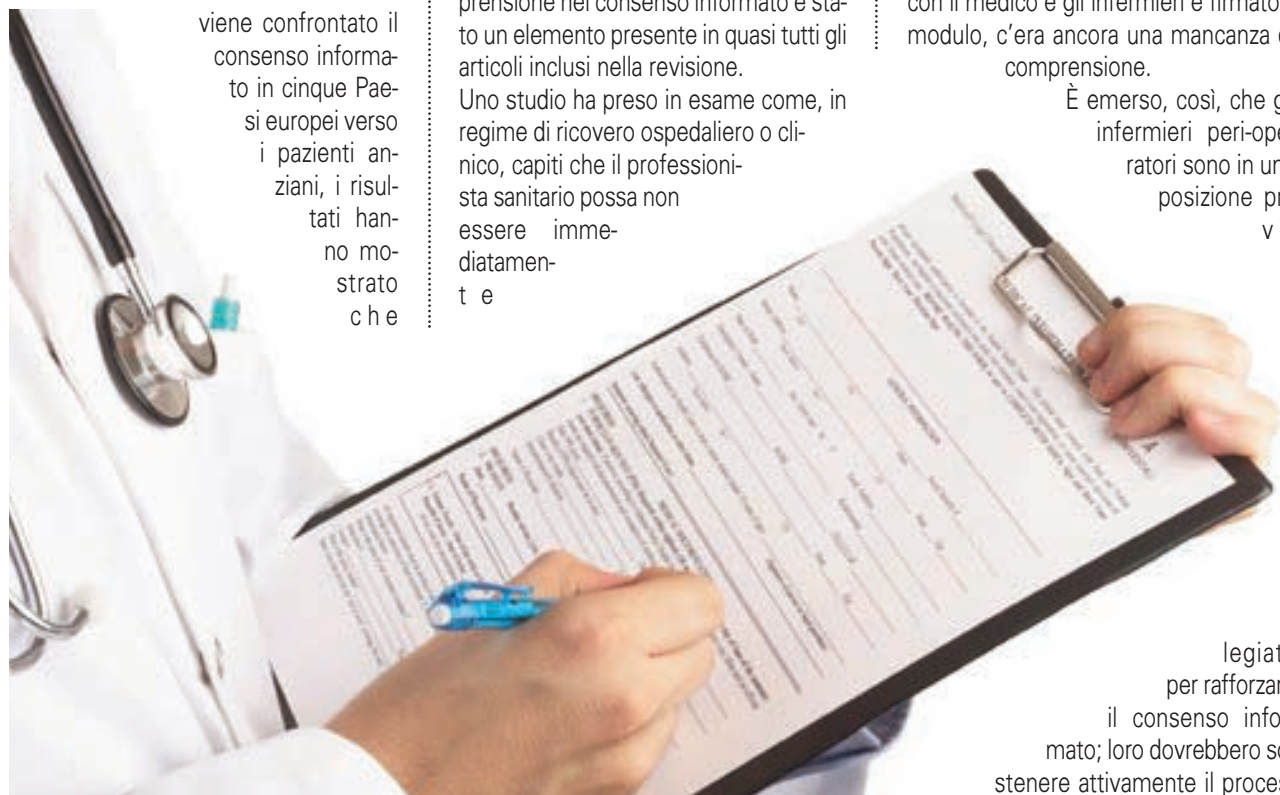
Il ruolo, quindi, dell'infermiere-educatore diventa ancora più vitale in queste circostanze, perché fornisce informazioni aggiuntive al paziente per la sua decisione. Viene messo in evidenza anche il ruolo dell'infermiere come "avvocato" del paziente, visto che dovrebbe sollevare preoccupazioni se il malato ha più domande o la natura delle domande indichino che le informazioni fornite dall'operatore non sono state esaurienti.

La firma del modulo di consenso firmato non indica necessariamente comprensione, e la responsabilità diventa di tutta l'equipe che sta trattando il paziente. È necessario assicurarsi che la persona sia consapevole e confermi le scelte che ha fatto.

Quindi, **la questione del consenso informato è il rispetto per l'individuo, e la sua personale autonomia** (Quallich SA. 2004). Questo tema è stato ripreso anche da un altro studio, che ha preso in esame soprattutto l'ambiente operatorio, ed il fatto che, sebbene la maggior parte dei pazienti avesse capito il processo di consenso chirurgico, dopo il loro incontro con il medico e gli infermieri e firmato il modulo, c'era ancora una mancanza di comprensione.

È emerso, così, che gli infermieri peri-operatori sono in una posizione privilegiata

leggiata per rafforzare il consenso informato; loro dovrebbero sostenere attivamente il proces-





so consenziente ed essere proattivi nel collaborare con gli assistiti e i medici per garantire una decisione informata e cosciente (Agnew J. et al. 2012).

L'autonomia è diventata così il principio prevalente bioetico che influenza i professionisti della salute con i pazienti.

Quando si prendono decisioni di trattamenti sanitari, queste devono essere prese in autonomia; per far ciò, l'assistito deve avere sufficienti informazioni, tramite la consulenza e il sostegno degli operatori sanitari.

In un articolo è stata eseguita un'indagine tramite interviste individuali ad un gruppo d'infermieri: è emerso che, abitualmente, questi utilizzino il consenso implicito nella loro pratica infermieristica. E la comunicazione tra infermiere e paziente è un elemento fondamentale nel consenso informato. **Diventa allora responsabilità dell'infermiere favorire l'autonomia all'assistito**, fornendo un ambiente di sostegno per consentire ai pazienti di compiere le proprie scelte per quanto riguarda il trattamento e le opzioni di assistenza sanitaria (Cole CA. 2012).

Interessanti anche i risultati di un'indagine in cui gli infermieri erano più propensi a dare voti alti alla domanda se fornissero informazioni ai pazienti per il processo decisionale del consenso informato, rispetto i pazienti. Probabilmente questa differenza è dovuta al fatto che i

pazienti hanno risposto sulla base della loro esperienza, mentre gli infermieri in base alle loro attività quotidiane. Va anche detto che fattori come il diverso livello d'istruzione, l'età e/o l'esperienza del ricovero, possano influenzare il livello di disponibilità dei pazienti a comprendere le informazioni ricevute. Gli infermieri devono, quindi, diventare consapevoli delle percezioni dei loro pazienti in materia d'informazione, il processo decisionale e il consenso informato (in particolare, quelli connessi alle pratiche infermieristiche).

Inoltre, hanno bisogno di dedicare maggiore attenzione allo sviluppo delle proprie capacità di analisi, in modo da poter acquisire una più profonda comprensione di assistenza infermieristica nella prospettiva del paziente (Mahijoub R. et al. 2011).

Altro elemento importante emerso dalla revisione è che **la responsabilità infermieristica relativamente all'informazione e al consenso informato verso il paziente ha un ruolo strategico rispetto alla riduzione dell'aggressività**. È, pertanto, da considerarsi anche tra le responsabilità infermieristiche più importanti, anche perché, ad oggi, nel caso di omissione si prospettano scenari giuridicamente rilevanti. Logico, quindi, affermare che, comunicando, si entra in contatto con la persona, indipendentemente dalla sus-

sistenza di un impegno formale e il contatto infermiere-paziente è in genere molto ravvicinato.

Gli infermieri ricercano di sicuro l'adesione della persona alle pratiche assistenziali, ma, in genere, con modalità sui generis (D'Addio L. et al. 2009).

In un articolo, però, è anche emerso un eventuale pericolo: il fatto che, se di fronte alle possibili carenze del comportamento infermieristico in materia di consenso, si pensasse di formalizzarne in qualche modo la procedura, questa formalizzazione potrebbe non centrare il bersaglio, anzi divenire controproducente. Non è improbabile, infatti, che in un contesto non cooperativo, dove l'acquisizione del consenso informato venga fatta da parte medica in maniera sostanzialmente formalistica, l'introduzione di una procedura di acquisizione di consenso da parte degli infermieri possa tradursi in una burocratizzazione della relazione col paziente (Borsato P. et al. 2009). Uno studio all'interno di alcune Unità Operative in Italia, che si proponeva di valutare la necessità del consenso informato alle cure infermieristiche, ha fatto emergere che, nonostante il 13%, ritenga necessario il consenso del paziente solo in caso di interventi chirurgici e procedure invasive, la maggior parte degli infermieri ritiene indispensabile informare il paziente e richiedere il suo

consenso anche alle cure infermieristiche, quindi, anche in caso di pratiche considerate non invasive. Il 65% degli infermieri riconosce la massima importanza al diritto del paziente alla libertà di scelta: dalla ricerca è emerso che più del 56% è convinto dell'utilità che la persona assistita si affidi alle decisioni del personale sanitario (Beretta S. 2008).

Da un altro studio è stato rilevato che il 50% del campione ritenga obbligatorio raccogliere il consenso dal malato prima di procedere con qualsiasi intervento infermieristico, mentre il 43% solo per alcune procedure. L'80% attribuisce un valore elevato, in termini di importanza, al consenso alle procedure infermieristiche. Il 63% degli infermieri ritiene che l'acquisizione del consenso preliminare alle procedure infermieristiche sia obbligatoria; mentre il 43% ritiene che lo scopo del consenso alle procedure infermieristiche sia associato alle norme morali e ai doveri dettati dalla professione, mentre il 36% è associato alla propria tutela per gli aspetti medico-legali (Turla S. 2007). Interessante un articolo in cui si creano delle categorie del comportamento degli infermieri per il consenso informato e l'assistito, suddividendole in:

1. l'informazione al paziente prima di una procedura infermieristica: l'acccondiscendenza alla procedura; il consenso implicito; informare per ottenere un'adesione;
2. il paziente che rifiuta la procedura infermieristica: maggiore uso di informazione; maggiore pressione sul paziente affinché aderisca; fornire assistenza senza il consenso del paziente; il rispetto degli infermieri per il rifiuto del paziente;
3. il paziente che non può esprimere il proprio consenso: il disagio degli infermieri nell'assistere un paziente che non può esprimere il proprio consenso; l'influenza dei parenti.

In questo studio, gli infermieri ritenevano che il consenso informato del paziente fosse auspicabile ma non essenziale (Aveyard H. 2005).

Effettuando la lettura degli articoli, si è

potuto constatare come le tre classificazioni sopraindicate siano presenti in molti di questi, soprattutto il consenso implicito. Ma anche l'informare per ottenere un'adesione, nonché, nel caso di un primo diniego alla prestazione, anche una "paziente insistenza" fino a che il paziente dica di sì alla prestazione.

Va segnalato che il valore di questa revisione è di aver generato una serie di possibili "quesiti di ricerca" ed aree di approfondimento per contribuire allo sviluppo professionale dell'argomento.

Lo studio proposto in questa revisione ci ha permesso di effettuare un'indagine sull'aspetto del consenso informato, focalizzandoci soprattutto sull'aspetto infermieristico, su cui è comunque necessario effettuare ulteriori e utili approfondimenti.

La revisione ha evidenziato risultati interessanti e significativi; tuttavia, è da segnalare che la ricerca ha un limite: il ridotto numero di riferimenti bibliografici presi in esame, viste le difficoltà a reperire gli articoli per svolgere la ricerca.

Alla luce di ciò, i risultati proposti potrebbero essere incompleti, in quanto la letteratura reperita potrebbe essere insufficiente. Quindi, i dati non possono rappresentare l'argomento trattato in modo completo. Tuttavia, i risultati possono essere considerati un'idea del fenomeno abbastanza significativa che dovranno essere confermati con ricerche future più complete.

CONCLUSIONI

Questo studio ci ha permesso di compiere un'analisi del consenso informato in ambito infermieristico, focalizzando, fin da subito, l'azione principale dell'infermiere sull'autonomia dell'assistito. Quindi, rivolta all'informazione e al rispetto delle decisioni del prossimo in accordo con il Codice Deontologico dell'infermiere e in linea con i principi etici universalmente riconosciuti.

Tutte le attività e i comportamenti infermieristici emersi dalla revisione della letteratura che riguardano attualmente la triade infermiere-paziente-consenso informato posso essere sintetizzati in cin-

que punti fondamentali:

- la percezione del paziente;
- l'autonomia decisionale;
- la capacità di analisi ed empatia dell'infermiere;
- la modalità di richiedere il consenso;
- la modalità di fornire informazione e supporto decisionale.

Si è potuto verificare la percezione del paziente alle richieste di consenso informato (verbali e scritte); mettendo in risalto l'importanza dell'autonomia decisionale del paziente che, però, deve e può scaturire solo tramite una giusta ed esaustiva informazione che deve essere, oltre che fornita dal medico e dai professionisti sanitari, anche e soprattutto dall'infermiere, colui che è responsabile dell'assistenza infermieristica e che è la figura sanitaria che maggiormente è più vicina al malato.

È necessario migliorare la capacità di analisi dell'infermiere per una più profonda comprensione delle necessità informative dell'assistito.

Si è rilevata fondamentale la presenza dell'infermiere come educatore ed "avvocato" del paziente. È necessario, quindi, creare e mantenere un ambiente di sostegno che permetta una scelta cosciente e non semplicemente un atto burocratico. Questo permetterà anche una migliore partecipazione e collaborazione della persona verso l'attività infermieristica e aiuterà ad instaurare e saldare il rapporto di fiducia infermiere-assistito.

Gli infermieri cercano indubbiamente l'adesione della persona alle pratiche infermieristiche, ma spesso a modo loro (le cause spesso possono essere la scarsità di tempo o, a volte, l'idea che tutte le attività siano svolte per il bene dell'assistito, mancando così di responsabilizzare e rendere partecipi le persone interessate, che si sentono estromesse).

La maggior parte degli infermieri presi in esame nello studio riconosce la massima importanza al diritto della persona alla libertà di scelta, ma è anche convinta dell'utilità che questa si affidi alle decisioni del personale sanitario.

Nella revisione è anche emersa la tema-

tica del consenso informato che è ancora poco interiorizzata dal personale infermieristico: infatti, sono ancora pochi (in uno studio solo il 50%) quelli che ritengono obbligatorio raccogliere il consenso dal malato prima di procedere a qualsiasi intervento infermieristico. Nella lettura degli articoli si è potuto constatare anche come, nella stragrande maggioranza, si utilizzi il consenso implicito e verbale, ma anche l'informare per ottenere un'adesione, e nel caso di

un primo diniego alla prestazione infermieristica, anche una "paziente insistenza" fino a che l'assistito acconsenta alla prestazione.

È però anche necessario far attenzione a non "burocratizzare" troppo il consenso informato: non bisogna creare troppe formalizzazioni che potrebbero creare una barriera e un gap con la persona, diventando controproducente nel rapporto paziente-infermiere e per la stessa attività infermieristica.

AUTORI:

Massimo Giordani, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche; master di I livello in Infermieristica Clinica nel paziente critico; master di I livello in Management per il coordinamento nell'area infermieristica, ostetrica, riabilitativa e tecnico sanitaria. Corso alta formazione in Economia e Management in Ospedale; Riabilitazione Cardiologica Irccs San Raffaele (Pisana), Roma; Mauro Giordani, infermiere.

BIBLIOGRAFIA

- Agnew J, Jorgensen D, *Informed consent: a study of the Or consenting process in New Zealand*. Aorn Journal. 95(6):763-70. doi: 10.1016/j.aorn.2010.11.039. 2012.
- Aveyard H, *Il consenso informato per le procedure infermieristiche*. Giornale italiano di Scienze infermieristiche. 1(1), 70-79. Articolo tratto da: Nursing Ethics, 2005 12 (3). 2005.
- Beretta S, *Il consenso informato alle cure infermieristiche. Il punto di vista dell'infermiere in un'indagine effettuata presso l'Azienda Usl di Piacenza*. NEU, 33(3), 23-27. 2008.
- Boldini P, Castilverde F, *Competenza, autonomia e responsabilità professionale nelle professioni sanitarie*. Sanità Pubblica e Privata (2), 28-35. 2013.
- Borsato P, Tessadori M.B, *Complessità organizzativa ed ostacoli al consenso informato: riflessioni sul ruolo degli infermieri*. L'Infermiere, 53(2), 51-58. 2009.
- Cole C.A, *Implied consent and nursing practice: ethical or convenient?* Nursing Ethics. 19(4):550-7. doi: 10.1177/0969733011436028. 2012.
- D'Addio L, Vanzetta M, Mochi Sismondi C, *Il Consenso informato in Infermieristica*. I ed. McGraw Hill, Milano. 2010.
- D'Addio L, Querzoli A, *Come informare per un valido consenso nel rispetto della persona assistita*. L'Infermiere, 53(1), 43-46. 2009.
- Gobbi P, *Lo studio dei casi nella formazione e nell'aggiornamento dell'infermiere: il problema etico e legale del consenso alle prestazioni infermieristiche*. Nursing oggi. 11(2), 8-12. 2006.
- Johnstone M.J, *Nursing ethics and informed consent*. Australian Nursing Journal. 19(5):29. 2011.
- Leino-Kilpi H, Välimäki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Schopp A, Scott P.A, Arndt M, Kaljonen A, *Perceptions of autonomy, privacy and informed consent in the care of elderly people in five European countries: general overview*. Nursing Ethics. 10(1):18-27. 2003.
- Mahjoub R, Rutledge D.N, *Perceptions of informed consent for care practices: hospitalized patients and nurses*. Applied Nursing Research. 24(4):276-80. doi: 10.1016/j.apnr.2009.12.001. 2011.
- Quallich S.A, *The practice of informed consent*. Urologic Nursing. 24(6):513-5. 2004.
- Rodriguez D, Aprile A, *Medicina legale per infermieri*. Roma: Carocci Faber. 2004.
- Santosuosso A, *Il consenso informato tra giustificazione del medico e diritto del paziente*. Raffaello Cortina Editore, Milano. 1996.
- Schopp A, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott P.A, Arndt M, Kaljonen A, *Perceptions of informed consent in the care of elderly people in five European countries*. Nursing Ethics. 10(1):48-57. 2003.
- Scott P.A, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Arndt M, *Autonomy, privacy and informed consent 3: elderly care perspective*. British Journal of Nursing. 12(3):158-68. 2003.
- Turla S, *Procedure infermieristiche e consenso informato: indagine conoscitiva sulla percezione degli infermieri di un'azienda ospedaliera*. Nursing oggi, 12(1), 29-32. 2007.
- Vellone E, Piredda M, *La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria*. II ed, McGraw Hill, Milano. 2009.

I diversi livelli di assistenza nel parto anonimo: il ruolo del professionista sanitario

di Sondra Badolamenti, Cristina Borghesi

ABSTRACT

La nascita di un bambino è un evento che incide profondamente nella vita concreta, emotiva e relazionale della donna, ma, purtroppo, esistono situazioni - e condizioni - in cui lei non riesce ad accogliere la maternità in modo sereno e a sviluppare un sentimento cosciente e responsabile.

È questo il caso delle madri, cosiddette, "segrete", ovvero i parti anonimi che si concludono con l'abbandono del neonato o con il suo mancato riconoscimento. I dati dimostrano che questo fenomeno, in Italia, è in crescente aumento e che gli operatori sanitari, sia a livello territoriale che ospedaliero, sono coinvolti in primo piano.

Questo articolo esplora come in tali situazioni sia possibile individuare diversi livelli di azione, in diversi momenti della situazione, con un ruolo specifico per ogni professionista sanitario.

Tutti i professionisti sanitari sono, dunque, coinvolti, a vario titolo, in tutti i livelli di intervento; hanno l'obiettivo di monitorare i comportamenti in termini medici, legali, deontologici e di assistenza sanitaria, nonché promuovere buone pratiche, protocolli di intervento e percorsi di rete.

INTRODUZIONE

La nascita di un bambino porta sempre con sé gioia e speranza, ma esistono anche situazioni in cui la donna, isolata e sola, vive la gravidanza con paura e disagio.

La nascita di un bambino è, infatti, un evento che incide profondamente nella vita concreta, emotiva e relazionale della donna.

Non tutte le donne riescono ad accogliere la propria maternità, per una complesso di motivazioni che portano a tutte quelle condizioni che le impediscono di sviluppare il suo diritto/dovere di maternità.

Nella stragrande maggioranza dei casi, infatti, chi abbandona un neonato lo fa perché a sua volta è una vittima: della violenza, del pregiudizio, dell'ignoranza; della solitudine; delle pressioni sociali, culturali, familiari;

del degrado e dell'indigenza, soprattutto tra le donne immigrate; delle difficoltà psicologiche dovute a depressione pre o post-partum;

della mancanza d'informazione e formazione; della carenza di un'educazione della collettività alla solidarietà continua.

EPIDEMIOLOGIA DEL FENOMENO

L'Italia è il Paese delle madri segrete: sono 400 i parti anonimi e, ogni anno, aumentano del 20%.

Oltre il 70% delle donne è composto da immigrate, il restante 30% da italiane giovanissime, spesso del Sud.. Molte di loro, l'82%, restano incinte per la prima vol-



ta, al Nord come al Sud, ma la maggioranza di parti anonimi (48,7%) avviene nel Centro Nord, dove gli ospedali sono grandi, la legge è un po' più conosciuta, ed è più facile nascondersi tra la folla. Tendenzialmente, si tratta di madri straniere, ma anche di giovani donne italiane con gravi difficoltà economiche. Spesso sono clandestine ed immigrate (anche se si contano italiane giovanissime, talvolta poco più che bambine loro stesse).

Il problema è che il fenomeno è in aumento: queste ragazze partoriscono, ma decidono di non riconoscere il loro bambino e lo lasciano in ospedale, affidato alle cure di medici ed infermieri. Spia di un'emergenza nascosta e drammatica. Infatti, **sono oltre 400 l'anno i piccoli che non vengono riconosciuti alla nascita.**

Il numero di quelli che un tempo si chiamavano "nati indesiderati" cresce: nel 2010, solo a Roma, i casi sono stati 60 (+20% rispetto all'anno prima). Si tratta di bambini destinati a veloci adozioni nazionali, soprattutto se sani e senza difetti, altrimenti la strada si fa più difficile. Spesso, per i minori con handicap l'unico futuro è l'istituto.

In questo caso, le mamme hanno tre mesi di tempo per ripensarci, poi, per loro, quel figlio sarà *missing* – scomparso -, accolto ormai dentro le vite di altri. Nessuno può né deve chiedere loro nulla; la legge è chiara: sono "parti anonimi". Il bambino resta, la madre biologica scompare.

Ma com'è possibile che nell'Italia dei bambini amati e voluti, del dramma delle culle vuote, del boom delle adozioni internazionali ci siano ancora sacche di povertà così assolute da spingere le madri ad abbandonare i propri bebè?

Perché queste donne non vengono aiutate prima?

La verità è che **in Italia c'è una emergenza infanzia sommersa e taciuta**: non è facile entrare in contatto con le donne che fanno questa scelta.

LA REALTÀ ATTUALE

La "moderna" ruota e la legislazione nazionale

Il problema degli esposti, mai del tutto risolto, si è riproposto in modo rilevante

ai nostri giorni, quando si sono verificati numerosi casi di abbandono che, per le condizioni in cui veniva effettuato, procurava spesso la morte dei neonati.

Questo dramma era causato dall'ignoranza delle disposizioni di legge italiane, in particolare, proprio da parte di partorienti extracomunitarie.

La legge italiana, infatti, prevede il diritto alle donne di partorire in anonimato, di essere assistite in ospedale e di non essere perseguite se decidono di non riconoscere il figlio.

I tribunali italiani non possono cercare di identificare il padre naturale, mentre, per il diritto del neonato ad avere una famiglia, ne possono dichiarare lo stato di abbandono e mettere in atto le procedure per la sua adottabilità.

Malgrado le garanzie offerte dalla legge, si verificano numerosi casi di abbandono neonatale causati spesso dallo stato di clandestinità dei genitori che temono di esseri scoperti e rimpatriati, oltre che dalle loro condizioni economiche e sociali che non gli permettono di allevare figli.

Da questa situazione è nata la necessità di ripristinare nuovamente la "ruota degli esposti". Naturalmente, in forme più avanzate dal punto di vista tecnologico e sanitario.

Nel 1995, venne aperta, a Casale Monferrato, la prima "Culla per la Vita", moderna riedizione della "ruota degli esposti", allo scopo di consentire ad una madre di lasciare in un luogo sicuro e in totale anonimato il neonato, evitando così il dramma dei bambini gettati nel cassonetto.

Il 6 dicembre 2006, presso il policlinico Casilino di Roma ha preso a funzionare un presidio denominato "Non abbandonarlo, affidalo a noi" che, come le antiche "ruote", garantendo riservatezza e anonimato, fornisce assistenza e soccorso ai neonati abbandonati da madri che, per ignoranza o per altri motivi, non possono e non vogliono affidarsi alle garanzie offerte dalla legge.

È vero che fino ad oggi non sono state molto utilizzate, ma servono anche a ricordarci che i bambini non si buttano via e che la società è pronta ad accoglierli, se i genitori non si sentono capaci di

mantenerli ed educarli.

Esse, inoltre, sono integrate da un numero verde (800.813000) funzionante h24 e tutto l'anno, denominato SOS Vita a cui si possono rivolgere tutte le mamme in difficoltà per una gravidanza difficile o non desiderata.

Il nostro ordinamento giuridico garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile e la tutela della maternità. Al neonato non riconosciuto vanno assicurati specifici interventi, secondo precisi obblighi normativi, per garantirgli la dovuta protezione, nell'attuazione dei suoi diritti fondamentali.

In materia, la legislazione italiana recita: "*La dichiarazione di nascita è resa da uno dei genitori, da un procuratore speciale, ovvero dal medico o dalla ostetrica o da altra persona che ha assistito al parto, rispettando la volontà della madre di non essere nominata*", Dpr 396/2000, art.30, comma 1.

L'immediata segnalazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minori della situazione di abbandono del neonato non riconosciuto, permette l'apertura di un procedimento di adottabilità e la sollecita individuazione di un'idonea coppia adottante. Nella segnalazione e in ogni successiva comunicazione dell'autorità giudiziaria devono essere omessi elementi identificativi della madre.

La madre che ha gravi e particolari motivi che le impediscono di formalizzare il riconoscimento, può chiedere al Tribunale per i Minori presso cui è aperta la procedura per la dichiarazione di adottabilità del neonato, un periodo di tempo per provvedere al riconoscimento. In questi casi, la sospensione della procedura di adottabilità può essere concessa per un massimo di due mesi in cui la madre deve mantenere, con continuità, il rapporto con il bambino.

Il riconoscimento può essere fatto dal genitore che abbia compiuto 16 anni. Nel caso di madre non ancora sedicenne, impossibilitata quindi al riconoscimento, ma che voglia occuparsi del figlio, la procedura di adottabilità è sospesa anche d'ufficio sino al compimento del sedicesimo anno, purché il



minore, adeguatamente accudito, abbia un rapporto continuativo con la madre. L'assunzione del ruolo di madre è dunque lasciata alla discrezione della donna che può avvalersi della facoltà di non essere nominata nel certificato di attestazione di avvenuta nascita (termine che ha sostituito quello precedente di assistenza al parto a sensi dell'art.30 comma 2 Dpr n.396/2000), con la conseguenza che l'atto di nascita si formerà senza l'indicazione dell'identità della madre.

Questa regola, da una parte, attribuisce alla madre una priorità nella costituzione dello stato di figlio, poiché, riconoscendolo, anzitutto, acquista la potestà sullo stesso (art 317 bis C.c.), compresa l'attribuzione del proprio cognome (art.261 C.c.) e può opporsi al riconoscimento da parte del padre (art.250 C.c.) e, dall'altra, impedisce l'instaurarsi del legame di filiazione nei confronti del nato se la madre non lo vuole.

Tuttavia, in questo modo, il legislatore italiano si è discostato dal sistema instaurato dagli altri paesi europei che, salvo la Francia, si sono conformati al prin-

cipio del riconoscimento automatico della maternità; principio contenuto nella Convenzione di Strasburgo del 15 ottobre 1975, relativo allo status dei figli nati fuori del matrimonio (Convenzione firmata anche dall'Italia l'11 febbraio del 1981, ma mai ratificata).

Più complessa è la questione che riguarda la condizione di figlio di madre coniugata, posto che, anche in questo caso, la donna può utilizzare il diritto all'anonimato (come prevede attualmente espressamente l'art.30, comma del Dpr n.396/2000, Nuovo Ordinamento dello Stato civile).

Nonostante alcune, diverse interpretazioni in dottrina, anche negli uffici dello stato civile è invalso l'orientamento che la donna coniugata possa procedere direttamente al riconoscimento del figlio naturale nell'atto di nascita, affermando che il padre non è il marito.

In tale prospettiva, si ritiene anche che la donna coniugata debba sempre denunciare il nato come proprio figlio naturale (nel caso in cui sappia con certezza che il figlio è stato generato con un terzo

soggetto), poiché ove la stessa dichiari il figlio come legittimo, lasciando, quindi, operare la presunzione di paternità, potrà essere chiamata a rispondere del reato di alterazione di stato (art.567, comma 2 C.p.) che sussiste allorché vi sia: *"la coscienza e la volontà di rendere una dichiarazione contraria alla realtà, tale da attribuire al neonato uno stato civile diverso da quello che gli spetterebbe secondo natura"*.

Si afferma, così, un primato della maternità nell'attribuzione dello status di figlio, perché, affinché operi la presunzione di paternità del marito, è necessario che si formi un atto di nascita che, pur non avendo efficacia costitutiva, rappresenta il titolo dello stato di filiazione legittima e, cioè, il presupposto dello stato di legittimità.

Chi nasce è riconosciuto dalla nostra legge come "persona" cui è attribuita la capacità giuridica, cioè la titolarità di diritti. Anzitutto, come ad ogni essere umano, i diritti inviolabili della persona, il diritto all'identificazione, al nome, alla cittadinanza, alla certezza di uno status di filia-

zione, all'educazione ed alla crescita in famiglia.

Al neonato non riconosciuto devono essere assicurati specifici interventi secondo precisi obblighi normativi, per garantirgli la dovuta protezione, nell'attuazione dei suoi diritti fondamentali.

Dopo il parto si possono verificare due differenti situazioni di abbandono:

1. il neonato è venuto al mondo da una donna che non vuole essere nominata (riconosciuta) o si tratta di uno lasciato presso le "culle" degli ospedali;
2. il neonato è stato riconosciuto dalla madre, ma poi viene "lasciato" in ospedale.

Entrambe le situazioni, dopo gli opportuni adempimenti legislativi, porteranno il minore ad essere adottato secondo l'iter previsto a livello nazionale.

L'adozione è un istituto giuridico che permette di offrire una famiglia a chi ne è privo e di dare un figlio a chi non lo può avere o comunque ne fa domanda presso il Tribunale per i Minori, creando un vincolo di filiazione artificiale anziché biologica.

L'adozione comporta la cessazione dei rapporti affettivi e legali con la famiglia di origine.

Le leggi che regolano l'adozione sono la 140/01, per ciò che concerne l'adozione nazionale e la 476/98 che regola, invece, l'adozione internazionale.

Entrambe mettono al centro dell'attenzione del legislatore l'interesse del minore, piuttosto che quello degli aspiranti genitori.

Si possono allora ipotizzare vari livelli di azioni, in diversi momenti del percorso della donna incinta che comportano diversi tipi di intervento per i professionisti sanitari coinvolti a vario titolo nella gestione della situazione.

Questo consente di pianificare più concretamente il monitoraggio di situazioni a rischio, la prevenzione e l'eventuale intervento.

RISVOLTI PER I PROFESSIONISTI: I LIVELLI DI AZIONE IN SANITÀ

All'interno di tutti i servizi, ospedalieri e non, coinvolti a vari livelli nella tutela co-

sciente e responsabile della maternità è necessario il confronto sulle prassi in atto e un approfondimento delle tematiche connesse a queste situazioni, allo scopo di definire e condividere uno specifico metodo di lavoro, fissando linee operative e strumenti, valide e comuni, considerando, come variabili, l'aumento e la complessità dei casi di non riconoscimento materno anche in relazione al fenomeno dell'immigrazione femminile. Sulla base di queste considerazioni, è necessario un piano di intervento che consideri tutti gli operatori coinvolti nell'evento nascita e che li renda consapevoli di far parte di un complesso processo di intervento che si articola in varie fasi, in cui ciascuno di loro è coinvolto. Si possono, pertanto, individuare vari livelli di azioni, in diversi momenti della situazione con un ruolo specifico dei professionisti sanitari.

METODI E STRUMENTI

Durante il controllo in gravidanza

In occasione delle visite di controllo, la donna deve affrontare la realtà della gravidanza ed è possibile che, già in questa circostanza, esprima la propria incertezza rispetto alla propria genitorialità.

Un ruolo fondamentale lo hanno, in questa fase, i Consultori Familiari, che consentono l'accesso alle visite ginecologiche gratuite, tutti i servizi del territorio a cui la donna può normalmente accedere per i controlli di routine.

È opportuno che queste situazioni siano osservate con attenzione dai professionisti sanitari: alcuni casi presentano caratteristiche precise che possono essere considerate come "*indicatori di difficoltà o di rischio*" della disponibilità materna verso il neonato.

Tra questi si evidenziano le richieste di interruzione oltre il termine, l'accertamento tardivo e la trascuratezza della gravidanza, la minore età della donna senza riferimenti parentali, l'ambivalenza e l'incertezza rispetto al futuro con il bambino.

La presenza di uno o più di questi indicatori può suggerire l'ipotesi di una grave difficoltà e rende opportuno che la donna riceva informazioni sulle possibili-

tà di aiuto e sui propri diritti e prevede che le venga offerto uno spazio riservato in cui esprimersi liberamente, individuato nel servizio sociale ospedaliero.

Tutti gli operatori sanitari, come operatori in prima linea nel rapporto con la gestante e spesso unico punto di riferimento, sono quelli che meglio possono valutare uno stato di disagio e predisporre un piano di aiuto con le segnalazioni ai servizi sociali, diventando un punto di riferimento e collaborando con questi.

In questo modo, nell'ipotesi di un non riconoscimento, la madre può essere sostenuta nel valutare gli elementi della sua decisione. Per compiere la scelta rispetto al bambino nella massima consapevolezza possibile. (Tabella 1)

Note di attenzione alla Tabella riassuntiva I

- Importanza della rilevazione della difficoltà materna durante i controlli in gravidanza, al fine di orientare la donna al servizio sociale e alla risorse di aiuto già prima del ricovero;
- necessità di individuare una figura sanitaria referente;
- opportunità di un raccordo stabile con il servizio sociale interno;
- esigenza di un aggiornamento continuo sul tema per il personale sanitario e sociale

Le informazioni alla donna durante la gravidanza

Il nostro Ordinamento garantisce alla donna il diritto di ricevere un'informazione accurata e completa sulle risorse di aiuto per sé e per il neonato, sulla possibilità di partorire nell'anonimato, sulle norme che regolano il non riconoscimento e sui suoi effetti.

Sulla base di queste conoscenze, la donna può tutelare se stessa e la propria gravidanza, valutando, anche su un piano di realtà, la propria scelta rispetto al bambino.

È però indispensabile che la gestante possa accedere precocemente all'informazione e che possa approfondirla, evitando decisioni affrettate e drammatiche prese nell'immediatezza del parto.

Tavola riassuntiva I. Griglia di valutazione sulla donna in gravidanza

Indicatori di grave difficoltà materna	1) Richiesta di lvg oltre il termine 2) Gravidanza accertata tardivamente in contesto problematico 3) Gravidanza trascurata e/o senza controlli 4) Minorenne in gravidanza non accompagnata dai familiari o in situazione conflittuale con loro 5) Ambivalenza/incertezza espressa dalla madre rispetto al tenere il bambino con sé dopo il parto
Operatore che rileva il problema	Ginecologo degli ambulatori ospedalieri; capo sala ostetrica; infermiere
Figure sanitarie referenti	Ostetrica/Ginecologo/Capo Ostetrica/Infermiera Funzione di: raccolta e filtro delle situazioni e segnalazione al Servizio Sociale; referenza per la donna durante i controlli; collaborazione con il Servizio Sociale
Strumenti operativi	Foglio informativo sul servizio sociale ospedaliero (indirizzo/ telefono/orari ricevimento), disponibile in ambulatorio Opuscolo informativo di madre segreta nei casi di grave difficoltà materna
Ruolo del Servizio Sociale	Attivato su segnalazione di Ginecologo/Capo Ostetrica/ Infermiera con funzioni di: conoscenza e approfondimento della situazione sociale; raccolta dati; informazione Supporto personale alla madre Attivazione di canali comunicativi ed interventi interni ed esterni Sensibilizzazione degli operatori sanitari degli ambulatori e dei reparti
Obiettivi comuni	Permettere la presa in carico della donna prima del parto Garantire alla donna un contesto di informazione, astensione dal giudizio e riservatezza Creare una rete tra gli ambulatori, i reparti coinvolti, il Servizio Sociale ospedaliero e i Servizi esterni favorevoli alla donna

All'interno dell'ospedale, l'esigenza di informazione della donna è presente nei vari momenti della gravidanza, dai controlli ambulatoriali fino alla dimissione, e presuppone una stretta collaborazione tra i reparti coinvolti e i Servizi Sociali. La presenza di un referente sanitario, l'accesso a materiale informativo specifico e la presa in carico da parte dei Servizi Sociali garantiscono alla donna un ambito neutrale e riservato che può aiutarla a compiere una scelta serena e ponderata. Il referente sanitario fornisce le prime indicazioni utili che verranno ampliate dall'assistente sociale in un colloquio privato, ma nei casi in cui la madre intenda allontanarsi dall'ospedale subito dopo il parto, in assenza dell'assistente sociale, il referente sanitario diventa l'unico garante dell'informazione. Per far fronte a queste situazioni è compito dei Servizi Sociali aggiornare costantemente le figure sanitarie, oltre che cu-

rare e diffondere il materiale informativo.

Note di attenzione alla Tabella riassuntiva II

- Necessità di raccordo tra i reparti interessati;
- necessità di predisporre un contesto riservato per i colloqui;
- importanza per tutti gli operatori di mantenere una posizione neutrale, rispettosa delle motivazioni della donna, competente sulle norme giuridiche del riconoscimento / non riconoscimento e garante della riservatezza;
- importanza che gli operatori sociali e sanitari abbiano un costante aggiornamento sulle specifiche norme giuridiche;
- necessità di porre la massima attenzione ad informare in modo completo la donna prima della sua dimissione, quando vuole allontanarsi precocemente dopo il parto.

Il parto

Il travaglio ed il parto rappresentano momenti particolarmente delicati, in cui la difficoltà e l'ambivalenza della madre possono creare malintesi e complicazioni. Alcune situazioni giungono in ospedale precedute da una segnalazione, altre si manifestano solo al momento del parto e richiedono un particolare impegno professionale e organizzativo. Per evitare interventi estemporanei e frammentati che possono confondere la donna, è necessario individuare un'ostetrica di riferimento, ed è inoltre opportuno che tutto il personale sanitario coinvolto condivida le modalità di gestione di queste situazioni. La partoriente che ha dichiarato l'orientamento a non riconoscere può chiedere di vedere il bambino o decidere di non vederlo affatto. Si tratta di una scelta delicata e personale che la donna deve poter esprimere

Tabella riassuntiva II. Griglia di intervento sulla gestante in ospedale

Tipo di informazioni dal referente sanitario e Servizi Sociali	Referente sanitario: - prime indicazioni sui tempi e sui modi del riconoscimento/non riconoscimento e sul diritto alla riservatezza - Informazioni organizzative sulla degenza in ospedale della madre e del neonato - Info alla donna sul servizio sociale interno ed avvio a questo - Info sul servizio Madre segreta
Figure sanitarie referenti	
Servizi Sociali	
Strumenti informativi	

liberamente. Per questo, il momento di allontanare il neonato dalla sala parto deve essere gestito con grande delicatezza. La madre, che lo richiede, può essere informata sul sesso e sullo stato di salute del bambino.

Nelle situazioni in cui la donna intenda allontanarsi dall'ospedale subito dopo il parto è necessario che, prima della dimissione, venga informata sulle norme che regolano il non riconoscimento e

sulle procedure adottive che questo mette in atto.

In questi casi, lo stesso referente raccoglie formalmente la volontà della madre di non riconoscere il neonato.

Note di attenzione alla Tabella riassuntiva III

- Necessità di garantire la riservatezza;
- necessità di individuare con chiarezza l'identità dell'eventuale persona ester-

na di cui la madre desidera la presenza durante il parto;

- importanza di mantenere durante il travaglio un atteggiamento neutrale rispetto al riconoscimento;
- importanza di mantenere una posizione neutra e discreta di rispetto della volontà della madre di vedere o di non vedere il bambino, tenendo conto della fragilità emotiva del momento;
- necessità di fornire una corretta e completa informazione e raccogliere formalmente la volontà di non riconoscere nel caso in cui la madre dopo il parto non prosegua il ricovero.

Il ricovero della madre in reparto

La degenza dopo il parto, che deve essere opportunamente breve, rappresenta un momento significativo, in cui la donna, momentaneamente al riparo dai problemi quotidiani, si può confrontare con le proprie difficoltà.

Gli operatori sanitari possono intervenire fornendo informazioni chiare e indicazioni concrete in modo disponibile e neutrale, e collaborando con i Servizi Sociali. Durante la degenza è opportuno che

Tabella riassuntiva III. Griglia di valutazione sulla donna in travaglio

Primo accesso della donna	Accettazione-Pronto soccorso ginecologico-Reparto ostetricia
Figure sanitarie di riferimento	Ostetrica/ Ginecologo con funzioni di: - assistenza alla nascita; - compilazione del certificato di assistenza al parto; - attivazione dei Servizi Sociali interno. Nei casi in cui la madre rifiuti di proseguire il ricovero in assenza dell'assistente sociale: informazione completa sulle procedure connesse al riconoscimento, e al non riconoscimento ed i suoi effetti; raccolta formale della volontà di non riconoscere
Sala travaglio	Sala appartata o in contesto riservato adottando particolari misure di tutela della riservatezza. Possibilità della donna di farsi assistere da una figura da lei chiaramente indicata
Nascita del bambino	Facoltà della madre di conoscere il sesso del neonato ed il suo stato di salute; possibilità per la madre di vedere il bambino in sala parto, solo su sua richiesta, con il supporto di un operatore qualificato.
Indicatori di rischio	Gravidanza tenuta nascosta; grave ambivalenza e incertezza verso il nascituro; gravidanza trascurata e non controllata; confusione sui propri riferimenti e/o mancanza di documenti; mancanza di figure che accompagnino la donna o grave conflittualità con esse; presenza di figure di accompagnamento con ruoli e legami con la donna poco chiari.

venga mantenuta la massima riservatezza, garantendo alla madre una sistemazione appartata compatibilmente con le possibilità della struttura. Tutti gli operatori sono tenuti al segreto sull'identità della madre e sulla sua posizione rispetto al riconoscimento.

Per evitare l'innesto di percorsi penosi per madre e bambino, l'allattamento al seno è da valutarsi negativamente anche nelle situazioni di incertezza.

La domanda della madre di vedere il bambino durante il ricovero deve essere gestita con grande attenzione, per questo è opportuno che venga individuato un referente nel reparto e che questo collabori con i Servizi Sociali.

L'assistente sociale, in un colloquio, potrà aiutare la madre a valutare il significato della propria richiesta. Se è opportuno, l'incontro con il neonato sarà organizzato assieme ai Servizi Sociali, avendo cura di creare un contesto protetto e riservato.

È importante che, durante il ricovero, vengano raccolte e registrate quelle informazioni sanitarie sulla madre, e possibilmente sul padre, che sono utili per il collocamento del bambino.

Note di attenzione alla Tabella riassuntiva IV

- Opportunità di mantenere al minimo il periodo di degenza, compatibilmente con il suo stato di salute;

- necessità di garantire alla donna un'informazione completa;
- necessità di raccogliere formalmente la volontà sul non riconoscimento;
- necessità di garantire la riservatezza del ricovero;
- opportunità di monitorare l'accesso di figure esterne, se necessario coinvolgendo il servizio sociale ospedaliero;
- necessità di raccogliere dalla madre le informazioni sociali e i dati sanitari, utili per il collocamento del bambino.

Mancato riconoscimento del neonato e segnalazione della situazione di abbandono in ospedale

Quando la donna si allontana lasciando il bambino prima della dimissione, è necessario che abbia un colloquio con un operatore competente: l'assistente sociale del Servizio Sociale ospedaliero o, in assenza, l'ostetrica di riferimento o altra figura professionale qualificata.

Il fine di questo colloquio è rinnovare, con precisione e completezza, l'informazione alla madre, raccogliere la sua volontà di non riconoscere, e farle prendere atto formalmente di quanto le è stato comunicato.

La dichiarazione dell'avvenuta informazione viene archiviata nella direzione sanitaria in maniera riservata.

La dichiarazione di nascita e la segnalazione dello stato di abbandono (che non

deve contenere alcun elemento identificativo della madre) alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minori, consentono l'avvio della procedura di adottabilità; la correttezza delle prassi e la loro tempestività da parte dell'ospedale è utile per tutelare il bebè.

Sempre per tutelare il bambino, le situazioni in cui venga effettuato solo il riconoscimento paterno necessitano di una particolare attenzione: nei casi in cui il riconoscimento sia effettuato da uomo sposato con un'altra donna, la legge prevede che gli ufficiali di stato civile ne trasmettano comunicazione al competente Tribunale per i Minori per opportune indagini circa la veridicità del riconoscimento. (Tabella 5)

Note di attenzione alla Tavola riassuntiva V

- Necessità di raccogliere formalmente la volontà della madre circa il riconoscimento;
- necessità di attestare l'avvenuta informazione sulle norme ed effetti del riconoscimento/non riconoscimento;
- necessità di tempestiva segnalazione dello stato di abbandono alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e per conoscenza alla Presidenza TM;
- necessità di rispettare i tempi della denuncia anagrafica per garantire al bambino il diritto alla formazione dell'atto di nascita;
- necessità di mantenere la massima riservatezza in ogni reparto;
- necessità di prestare particolare attenzione ai riconoscimenti effettuati dal solo padre.

DISCUSSIONE

La nascita di un bambino è un evento che incide profondamente nella vita concreta, emotiva e relazionale della donna. Non tutte le donne riescono ad accogliere la propria maternità, per una complessità di motivazioni che occorre ascoltare, comprendere e riconoscere. Durante la gravidanza, specie in situazioni di difficoltà di varia natura della madre a rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino, è indispensabile seguire la donna in maniera qualificata, per

Tabella riassuntiva IV. Griglia di valutazione della donna in reparto

Reparto	Ginecologia, se possibile in camera singola. Quando non disponibile vengono adottate misure di tutela della riservatezza, con ricovero in uno spazio protetto rispetto al confronto con altre realtà materne
Tempi di degenza	Compatibilmente con lo stato di salute della madre la degenza è più breve possibile.
Figure referenti e funzioni	<u>Sanitarie</u> Ginecologo/ Ostetrica/ Caposala Le funzioni sono di: - assistenza al puerperio; gestione dell'eventuale richiesta di vedere il neonato assieme all'assistente sociale
Allattamento	
Eventuale richiesta di vedere il bambino durante la degenza	

Tavola riassuntiva V. Griglia di valutazione nel *post partum*

Raccolta formale della volontà della donna e dell'avvenuta informazione - Operatore incaricato/tempi	Assistente sociale, dopo il parto, prima della dimissione dall'ospedale; ostetrica o altro operatore sanitario incaricato, in assenza dell'assistente sociale, quando la donna decide di allontanarsi subito dopo il parto.
Strumenti	Scheda con le principali informazioni sugli effetti del non riconoscimento e sulla procedura adottiva, tradotta in 13 lingue; modulo di dichiarazione dell'avvenuta informazione alla madre: sui termini del riconoscimento, sulla procedura adottiva messa in atto dal non riconoscimento e sui suoi effetti. Il modulo è firmato dall'operatore, possibilmente alla presenza di un testimone, ed eventualmente è siglato dalla madre; viene archiviato, in modo riservato, a cura del servizio sociale, in mancanza di questo dalla direzione sanitaria. Il testo del modulo è tradotto in varie lingue e disponibile in visione per la madre.
Segnalazione alla Procura della Repubblica presso Tribunale per i Minori e per conoscenza alla Presidenza del TM	Segnalazione dello stato di abbandono quando: - la madre esprime la volontà di non riconoscere; - si allontana dall'ospedale senza riconoscere lasciandovi il neonato. La segnalazione è trasmessa dalla direzione sanitaria di azienda/di presidio e vengono trasmesse una relazione sanitaria ed una sociale.
Dichiarazione di nascita all'anagrafe Operatore incaricato Tempi	La dichiarazione di nascita consente la redazione dell'atto di nascita ed attua il primo diritto del bambino: avere nome e cittadinanza. L'ostetrica presenta all'anagrafe il certificato di assistenza al parto; la dichiarazione deve essere fatta il prima possibile, non oltre i 10 giorni dalla nascita. In caso di dichiarazione tardiva, il dichiarante deve indicare le ragioni del ritardo.
Riconoscimento del solo padre	Il riconoscimento effettuato solo da un uomo coniugato con un'altra donna, prevede la segnalazione al TM per accertamento (legge 184/83 art. 74)

la tutela sua e del nascituro, in modo da evitare decisioni affrettate e spesso drammatiche, al momento del parto. Si rivela, perciò, fondamentale la relazione della comunicazione: sostenere, accompagnare, informare le donne, affinché le loro scelte siano libere e consapevolmente responsabili. In ospedale, al momento del parto, serve garantire la massima riservatezza, senza giudizi colpevolizzanti ma con interventi adeguati ed efficaci, per assicurare - anche dopo la dimissione - che il parto resti in anonimato. Gli operatori sanitari, sono coinvolti a vari livelli nel territorio. Ciò non toglie che non sempre è possibile intervenire: è il caso delle gravidanze tenute segrete ai familiari e ai Servizi, e il cui frutto viene poi gettato via. Occorre un grande impegno per salvare tante vite appena sbocciate, ma anche per capire i livelli di disperazione che si celano dietro un gesto estremo, terribile e inconsulto quale l'infanticidio: l'emarginazione, la solitudine, la dispe-

razione da cui scaturisce un delitto che segnerà per sempre tante donne. Si deve riflettere su quanto sia necessaria una comprensione profonda delle difficoltà concrete ed emotive che tante donne possono attraversare nel periodo delicatissimo della gravidanza e di tutte quelle condizioni esterne ed interne che impediscono ad una donna di sviluppare il suo diritto/dovere di maternità. Nella stragrande maggioranza dei casi, infatti, chi abbandona un neonato lo fa perché a sua volta è una vittima. **La depressione *post partum***, in particolare, è un fenomeno molto diffuso e riconosciuto dalla medicina, dalla psicologia e dalla legge, perché i grandi sconvolgimenti fisici, ormonali e psichici subiti dalla madre durante la gravidanza portano a valutare la propria situazione in relazione alla maternità in maniera alterata, soprattutto se vissuta in solitudine, o in condizioni di abbandono, emotivo o economico. Questa condizione di grande e profonda fragilità psicologica, emotiva e so-

ciale può portare la madre ad abbandonare il figlio appena nato per strada, davanti agli istituti o nei cassonetti, fino ad arrivare all'uccisione e all'occultamento del corpicino subito dopo il parto, non sentendosi capaci di assumere una responsabilità percepita, in quel momento di particolare debolezza, come insostenibile. Nella maggior parte dei casi, la madre non desidera la morte del figlio, ma vuole, semplicemente, farlo sparire, senza che la famiglia o il vicinato sappiano. Ed è importante anche ricordare che, molto spesso, siamo in presenza di donne che non hanno abortito non per scelta morale o ideologica, ma per motivi pratici: molte donne vogliono mantenere segreta la gravidanza alla famiglia stessa o a chi è più vicino, anche se, per loro, non è facile giustificare l'assenza da casa per alcuni giorni o un viaggio. Per queste ragioni, la gravidanza non voluta prosegue nel segreto fino al momento del parto: il tutto è vissuto in solitudine assoluta, o in un gelido "silenzio morale"

dei familiari, in un'atmosfera di omertà. La donna, spesso considerata come unica responsabile della gravidanza, non può contare sull'aiuto di nessuno, eccetto in alcuni casi quello di "far sparire" il neonato. Infatti, moltissime madri non agiscono da sole nell'abbandono del neonato, ma con la complicità di un parente o di un amico. In questo stato d'animo di angoscia per un parto imminente o avvenuto da poco, il salvare la propria reputazione, o quella della famiglia, appare la cosa più importante, anche più della vita del neonato.

Il rifiuto della maternità può portare ad una difesa dalla realtà, ad una negazione. Ed allora, l'abbandono del neonato rappresenta una scelta più "funzionale" alle necessità psicologiche della donna.

Questa è la ragione per cui la donna spesso rifiuta anche l'idea di affidare il bambino, subito dopo la nascita, ad una struttura pubblica: ciò rappresenterebbe, infatti, una conferma ufficiale dell'esistenza di "qualcosa" che, invece, si vuole eliminare.

Le donne immigrate, spesso clandestine e provenienti da Paesi in cui a volte si vive in regimi di polizia particolarmente autoritari, possono vedere l'ospedale come un luogo non protettivo e pericoloso, per cui non vi si rivolgono per chiedere assistenza concreta.

Ma, anche in questo caso, l'abbandono del neonato non significa voler uccidere il proprio figlio, quanto, in realtà, tagliare

ogni possibile rapporto tra il neonato e la madre.

E forse, in alcuni casi, l'abbandono in strada è un modo estremo e drammatico, anche se sbagliato, di manifestare amore per il proprio figlio.

CONCLUSIONI

Durante la gravidanza, quando queste donne in situazioni di difficoltà riescono ad accedere, in qualche maniera, ai Servizi e la gravidanza non è completamente taciuta a se stessa e agli altri, è indispensabile seguire la donna in maniera qualificata, per la tutela sua e del nascituro, in modo da evitare decisioni affrettate e spesso drammatiche, al momento del parto.

Si rivela perciò fondamentale la relazione della comunicazione: sostenere, accompagnare, informare le donne, affinché le loro scelte siano libere e consapevolmente responsabili.

In ospedale, al momento del parto, serve garantire la massima riservatezza, senza giudizi colpevolizzanti ma con interventi adeguati ed efficaci, per assicurare - anche dopo la dimissione - che il parto resti in anonimato.

L'obiettivo degli operatori sanitari è di intervenire in quest'ambito con la finalità di promuovere i diritti della donna di ricevere sostegno, di venire informata sulle proprie possibilità, tutelata nelle proprie scelte e aiutata comunque.

Per le donne accolte ed ascoltate all'in-

terno di questi diversi livelli di intervento, gli operatori dei servizi, sia nell'area pubblica che in quella del privato sociale, possono fornire risposte importanti. Diversamente, quando la donna non supera la propria riserva perché vive gli ostacoli all'accettazione ed al compimento della sua maternità come insuperabili, può essere aiutata, con rispetto e senza giudizi, ad elaborare e prendere coscienza della propria scelta di non riconoscimento, lasciando il bambino all'interno dell'ospedale con pena, ma senza violenza e tutelando lui e se stessa.

I professionisti sanitari, coinvolti a vario titolo i tutti i livelli di intervento, hanno l'obiettivo di monitorare i comportamenti in termini medici, legali e deontologici, nonché promuovere buone pratiche, protocolli di intervento e percorsi di rete.

I Centri Nascita degli ospedali costituiscono un momento fondamentale della rete ed, integrando referenti dell'area sanitaria e sociale in un quadro chiaro di responsabilità, possono garantire l'offerta necessaria di interventi a sostegno della donna e del neonato.

AUTORI:

Sondra Badolamenti, infermiera, Complesso Integrato Columbus;

Cristina Borghesi, infermiera borsista presso il Servizio Cure Palliative e Terapia del Dolore, Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini.

BIBLIOGRAFIA

Orienti I, *Gli esposti a Senigallia nell'Ottocento*. Proposte e ricerche 1986; 16:35-42.

Decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000 n. 396 *Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile*, a norma dell'art.2 comma 12, della legge 15 maggio 1997 n. 127 (G.U. 30 dicembre 2000, n.303 suppl. ord. n.223/L.)

La tutela giuridica del concepito alla luce dell'art. 2 della Costituzione della Repubblica Italiana. Milano 2 ottobre 2009, FederVita Lombardia, Laboratorio Giuridico.

Legge 4 maggio 1983 n.184 *Diritto del minore ad una famiglia* (G.U. 17 maggio 1983 n. 133 suppl. ord.) (Come modificata dalle leggi 476/1998 e 149/2001).

Mori M, *Aborto e morale. Capire un nuovo diritto*. Einaudi, Torino, 2008.

Legge 22 maggio 1978 n.194 *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza* (G.U. 22 maggio 1978, n.140).

Boswel J, *L'abbandono dei bambini*. Rizzoli, Milano, 1991.

Potter Van R, *Bioethics. The Science of Survival*. Perspectives in Biology and Medicine 1970; 14:120-153.

Sgreccia E, *Bioetica. Manuale per medici e biologi*. Vita e Pensiero, Milano, 1986.

Mori M, *L'etica della qualità della vita e la natura della bioetica*. Rivista di filosofia 2001; 166:153-175.

Fornero G, *Bioetica cattolica e bioetica laica*. Bruno Mondadori, Milano 2005.

Legge 27 maggio 1991, n.176. *Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo fatta a New York il 20 novembre 1989* (G.U. 11 giugno 1991 n. 135 suppl. ord.).

Legge 5 febbraio 1992 n.91 *Nuove norme sulla cittadinanza*. (G.U. 15 febbraio 1992, n. 279).

Un programma formativo per il personale di assistenza è capace di ridurre i comportamenti aggressivi dei pazienti con demenza durante la pratica del bagno?

di Silvia Sferrazza, Fiorella Pamphorickal, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese

Revisione critica dell'articolo: Gozalo P, Prakash S, Qato DM, Sloane P.D, Mor V, "Effect of the bathing without a battle training intervention on bathing-associated physical and verbal outcomes in nursing home residents with dementia: a randomized crossover diffusion study". *J Am Geriatr Soc* 2014, 62:797-804.

BACKGROUND

Le cure personali, compreso il bagno o la doccia e la cura dei capelli, rappresentano delle attività di cura di sé importanti nella vita delle persone perché garantiscono comfort, igiene, prevengono infezioni e migliorano la qualità della vita.

Tali pratiche possono, tuttavia, trasformarsi in momenti stressanti per le persone con deterioramento cognitivo ricoverate presso strutture di lungodegenza che possono reagire con manifestazioni aggressive (urla, minacce, calci, pugni, graffi, lancio di oggetti) e rimanere agitati per ore dopo.

Il momento del bagno si può trasformare, così, in una vera e propria "battaglia" tra personale di assistenza e pazienti. Pertanto, il personale di assistenza delle strutture residenziali che ospitano pazienti con demenza si trova spesso ad affrontare situazioni di tal genere, non sapendo, spesso, come prevenire e gestire i comportamenti aggressivi dei loro pazienti.

Alcune volte, per consentire l'igiene personale si ricorre all'uso di farmaci antipsicotici e al contenimento fisico, aumen-

tando per il rischio di eventi dannosi e ottenendo solo piccoli benefici.

Negli Usa, dieci anni fa, era stato messo a punto un programma educativo denominato "*Bathing without a battle*", per pazienti affetti da Alzheimer e altri disturbi cognitivi, che prevedeva di rendere il personale di assistenza esperto in alcune tecniche assistenziali non coercitive, individualizzate e centrate sui bisogni dei pazienti.

Lo studio, che aveva coinvolto 15 strutture per lungodegenza statunitensi, aveva portato ad una serie di risultati positivi, ma non essendo stato condotto in maniera sistematica non consentiva la generalizzazione dei risultati.

Per questo motivo, è stato intrapreso uno studio clinico randomizzato con disegno *crossover* che aveva l'obiettivo di valutare l'efficacia di tale programma formativo nel ridurre gli stati di agitazione e aggressività nei pazienti affetti da demenza.

VALUTAZIONE CRITICA

Questo studio intende valutare se un programma formativo, denominato "*Bathing without a battle*", rivolto al personale che si occupa dell'assistenza dei

pazienti affetti da demenza in strutture residenziali è in grado di ridurre gli episodi aggressivi fisici e verbali, nonché l'agitazione.

Gli autori hanno fornito una descrizione esaustiva del *background* e degli *outcomes*, ergo la domanda di ricerca è stata chiaramente formulata.

Popolazione

La popolazione studiata è rappresentata da pazienti con diagnosi di demenza o Alzheimer, ricoverati da più di 90 giorni in sei case di cura dello Stato di New York, Usa, che presentavano un deterioramento cognitivo da "moderato" a "severo", indicato dal punteggio uguale o maggiore di 2 alla *Cognitive Performance Scale*.

Sono stati esclusi quelli che presentavano una diagnosi primaria di delirio, nutrizione enterale, pazienti ricoverati in *hospice*, pazienti incoscienti, comatosi, con malattia di Huntington, quelli con una sindrome da immunodeficienza acquisita, con una demenza legata all'abuso di alcool o con diagnosi primaria di disordini psicotici.

Intervento

L'intervento prevedeva la formazione, attraverso un corso di due giorni rivolto



a 3-5 membri dello staff (infermieri senior) di ciascuna struttura che, a loro volta, dovevano provvedere alla formazione del resto del personale di assistenza sull'uso di varie tecniche studiate per rendere sicuro e confortevole, per paziente e personale, la pratica della doccia, del bagno in vasca, del bagno in camera o del lavaggio dei capelli, ricorrendo a tecniche comunicative modulate sul livello di deterioramento cognitivo dei pazienti, sull'osservazione di alcuni comportamenti ed espressioni, sulla cura del comfort ambientale e sul rispetto delle preferenze del paziente.

Comparazione (cure usuali)

Outcomes primari: tasso di aggressività fisica e verbale e agitazione misurata attraverso la scala *Care Recipient Behaviour assessment*, modificata per essere utilizzata durante l'osservazione diretta con registrazione dei dati su palmare.

Il protocollo di osservazione prevedeva l'osservazione, durante il bagno, effettuata ad intervalli di 30 secondi.

Outcomes secondari: durata e modalità del bagno (bagno in vasca, doccia, bagno a letto con spugnette, bagno su comoda o in bagno con spugnette), uso di farmaci antipsicotici. È stato richiesto il consenso ai pazienti o, in alternativa, ai familiari o tutori nel caso di impossibilità per il paziente di esprimere il consenso. Al personale di assistenza delle strutture è stata richiesta la collaborazione per la partecipazione allo studio.» stato utilizzato uno studio clinico randomizzato

con disegno *crossover*.

Il disegno *crossover* prevedeva una prima fase pre-intervento (F1) in cui veniva effettuata l'osservazione dei comportamenti dei pazienti durante il bagno nel gruppo di intervento (G1) e nel gruppo di controllo (G2), mentre veniva formato il gruppo ristretto di personale di assistenza che avrebbe trattato il G1; una seconda fase (F2) in cui veniva effettuata l'osservazione sul gruppo G1 dopo l'effettuazione dell'intervento formativo del gruppo di addestratori sul resto del personale.

In parallelo, iniziava la formazione del personale che assisteva il gruppo di controllo (G2).

La terza fase (F3) prevedeva l'osservazione, su entrambi i gruppi G1 e G2, dei comportamenti dei pazienti durante l'igiene personale, dopo aver formato il personale delle strutture appartenenti al G2. I periodi di osservazione variarono da due a quattro mesi.

Il disegno di studio *crossover* è stato scelto per confrontare gli effetti dell'intervento sugli stessi pazienti e non su un gruppo di controllo indipendente rispetto al gruppo sperimentale.

Gli autori dichiarano che le sei strutture (tre no profit e tre governative) erano state assegnate al primo (G1) e al secondo gruppo (G2) in base ai criteri della randomizzazione.

Gli osservatori erano stati formati ad effettuare le osservazioni, ma non erano a conoscenza di quali fossero i contenuti

del programma, né se i gruppi avevano effettuato l'intervento formativo (rispetto dei criteri di cecità).

L'analisi dei risultati è stata condotta secondo i principi dell'*Intention to treat*.

Lo studio è stato condotto dal 2009 al 2011.

Dei 270 pazienti eleggibili, 240 sono stati osservati nella fase 1.

I due gruppi in studio presentavano alcune caratteristiche demografiche e cliniche differenti: i pazienti residenti in due strutture erano più giovani, principalmente maschi, non coniugati, con minori problemi di incontinenza e difficoltà nelle attività di vita quotidiana.

I pazienti ricoverati nelle altre strutture presentavano un deterioramento cognitivo meno severo misurato attraverso la Cps. Questi aspetti non hanno però inficiato i risultati essendo il disegno dello studio un Rct *crossover* e quindi con lo stesso trattamento applicato ad entrambi i gruppi di pazienti.

Il *follow-up* non è stato completato da tutti i pazienti: dei 270 soggetti arruolabili nello studio, 30 sono deceduti o sono stati trasferiti in un'altra struttura o si sono rifiutati di essere osservati prima ancora che lo studio iniziasse.

Sono stati quindi arruolati e valutati nella fase F1 240 pazienti, che sono scesi a 199 nella fase F2 e a 123 nell'F3, a causa di morte, trasferimento, o rifiuto a continuare lo studio.

La percentuale di abbandono è stata superiore al 50% ed era comparabile nel



G1 e G2.

Lo studio si è protratto per due anni, dal 2009 al 2011, e un alto tasso di abbandoni era prevedibile, anche sulla base della tipologia di patologia presa in considerazione.

Non è stato verificato se, alla fine dello studio, gli interventi relativi all'igiene dei pazienti venivano ancora applicati dal personale.

I risultati, valutati sui pazienti che hanno completato lo studio nella fase F3 (116 residenti), dimostrano una differenza statisticamente significativa nella riduzione dell'aggressività verbale (17,8%, $P = ,008$), dell'aggressività fisica (3,3% $P = ,04$) e dell'aggressività verbale e fisica (18,6%, $P = ,004$).

Emergono cambiamenti anche nei metodi di effettuare il bagno: il ricorso alla doccia diminuisce del 10% e aumenta il bagno a letto con spugne (+17%).

Anche la durata del bagno decresce significativamente (1,5 minuti, $P < ,001$) e in modo evidente nel bagno a letto (14,5 minuti prima dell'intervento vs 10,3 dopo, $P < ,001$), segue il bagno in vasca (13,4 minuti vs 10,5, $P < ,001$) e altri modi di fare il bagno (11,4 vs 8,6 minuti, $P = ,56$). Infine, si osserva una riduzione del 9% nell'uso degli antipsicotici ($P = ,002$).

La popolazione di soggetti studiati comprende diverse etnicità e non è completamente sovrapponibile ai pazienti seguiti nella realtà italiana.

Inoltre, non vengono fornite informazioni riguardo alla quantità di personale presente nelle strutture ed al tipo di modello organizzativo utilizzato.

Nonostante questo, la demenza si manifesta con segni e sintomi comportamentali caratteristici indipendenti dal contesto ed etnicità dei pazienti.

COMMENTI

I risultati ottenuti nello studio di Gozalo et al. non forniscono forti evidenze a causa delle diverse caratteristiche dei pazienti studiati, dell'elevato numero di abbandoni, del disegno di studio che non ha permesso di verificare la messa in pratica degli interventi insegnati a distanza di tempo, alla tecnica di osservazione limitata ad intervalli di 30 secondi e alla difficoltà di classificazione dei comportamenti aggressivi anche utilizzando strumenti standardizzati.

Tuttavia, essi confermano i risultati di altre ricerche e possono essere utili al personale di assistenza in quanto suggeriscono misure centrate sul paziente stu-

diate per prevenire e ridurre i comportamenti violenti o agitati dei pazienti con demenza durante l'effettuazione del bagno (come, ad esempio, individuare quale metodo di lavaggio è più gradito alla persona con demenza, e instaurare un approccio comunicativo diretto).

Ad esempio, la doccia può essere sostituita con il bagno a letto, percepito dal paziente come meno disturbante in quanto non prevede l'esposizione completa del corpo in un ambiente non confortevole dal punto di vista climatico.

Inoltre, sapere come entrare in comunicazione con i pazienti con demenza interpretando le loro manifestazioni emotive e comportamentali aiuta ad aumentare la collaborazione del paziente, riducendo i comportamenti aggressivi ed i tempi di effettuazione del bagno.

AUTORI:

Silvia Sferrazza, infermiera A.O San Giovanni Addolorata; polo Pratica Clinica del Cecri;

Fiorella Pampoorickal, coordinatore infermieristico A.O San Giovanni Addolorata; polo Pratica Clinica del Cecri;

Stefano Casciato, coordinatore infermieristico; direttore polo Pratica Clinica del Cecri;

Angela Peghetti, Governo Clinico e Centro Ebp Sant'Orsola Malpighi; componente polo Pratica Clinica del Cecri; Maria Matarese, professore associato Scienze Infermieristiche presso l'Università Campus Biomedico di Roma; componente Polo Pratica Clinica del Cecri.



A Roma, il Congresso nazionale del Comitato Infermieri Dirigenti

Si svolgeranno a Roma, dal 22 al 24 ottobre 2015, i lavori del XXI Congresso nazionale del Comitato Infermieri Dirigenti, dal titolo: "Dirigere in Sanità quale garanzia per i cittadini ed i professionisti della salute".

Fra i temi principali individuati dalla segreteria scientifica, nello specifico, il 22 ottobre (dalle ore 15) il focus si terrà su: "Tradizione, pregiudizi e interessi: le professioni sanitarie si interrogano sulla dirigenza"; mentre, il giorno seguente, i riflettori saranno puntati sulla leadership gestionale all'interno del Sistema sanitario nazionale. Questo, senza togliere spazio alle riflessioni sul Codice etico e per l'assemblea degli iscritti, con relativo rinnovo delle cariche nazionali e regionali.

La giornata conclusiva, quella del 24 ottobre, prevede, poi, una sessione mattutina dedicata al futuro della dirigenza delle professioni sanitarie.

Tutte le informazioni sono reperibili all'indirizzo:

www.comitatoinfermieridirigenti.it



L'Ait ripete il corso sui: "Percorsi nelle zone di marginalità assistenziale"



Con la collaborazione del Collegio Ipa-svi di Roma ed il patrocinio del Centro di Eccellenza per la Cultura Infermieristica e la Ricerca Infermieristica, il 13 giugno 2015 si è ripetuto il corso dell'Associazione Infermieristica Transculturale "Percorsi nelle zone di marginalità assistenziale".

Tale percorso formativo, accreditato con 6 crediti Ecm, si è proposto come scopo quello di fornire ai professionisti che svolgono la loro opera nei servizi socio-sanitari le opportune conoscenze sui temi della assistenza nelle zone di marginalità assistenziale, della medicina e del nursing transculturale.

L'obiettivo è stato di creare una "rete" di persone competenti che, acquisendo le giuste informazioni, possano analizzare e soddisfare, con competenza e rigore assistenziale, i bisogni di salute, l'accessibilità e la fruibilità dei servizi da parte di persone in stato di disagio.

Questo corso ha permesso anche di acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti sul tema della vulnerabilità e della marginalità (si è parlato, fra l'altro, di infermieri operanti nelle comunità confinate o di programmi di prevenzione per la popolazione straniera a rischio di disagio sociale) per analizzare i bisogni di salute delle persone in difficoltà sociale e per una migliore qualità integrata dell'assistenza.

Focus

**Ipasvi e Cecri scrivono
la storia del *Nursing***



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

*Il Collegio Ipasvi di Roma ed il Cecri hanno presentato
"La storia del Nursing in Italia e nel contesto internazionale"
celebrando la principessa di Belgiojoso
a ridosso della Festa mondiale della professione*

Una Giornata dell'Infermiere davvero particolare

L'11 maggio scorso, in tanti hanno partecipato all'evento voluto dal Collegio Ipasvi di Roma (con il patrocinio della Federazione nazionale) e dal Cecri, Centro di eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, che ha celebrato, in maniera originalissima, la Giornata dell'Infermiere 2015.

L'occasione è stata la presentazione di un volume sulla professione: *"La storia del Nursing in Italia e nel contesto internazionale"*.

Alla sala Congressi del ministero della Salute, alla vigilia delle celebrazioni internazionali dedicate all'Infermiere, il board nazionale ed internazionale ha ripercorso le pagine del volume e quelle fondamentali della Storia dell'Infermieristica.

Perché, come ha sottolineato la presidente del Collegio Ipasvi di Roma, **Ausilia Pulimeno**: "Gli infermieri, grazie alle proprie capacità, all'alto livello di formazione conseguito ed all'impegno costante al fianco dei malati, si stanno imponendo, oggi, su diversi fronti sociali. Senza mai dimenticare le origini della loro professione".

Non a caso, sono proprio queste - le origini - al centro del volume edito dalla FrancoAngeli, curato da Gennaro Rocco e Alessandro Stievano (rispettivamente,

direttore e ricercatore del Cecri), nonché da Costantino Cipolla, professore ordinario di Sociologia all'Università Alma Mater di Bologna.

– *La storia del Nursing in Italia* – è quella di un cospicuo ritardo nei confronti di altri Paesi, teatro della professionalizzazione e dello sviluppo scientifico dell'Infermieristica.

Un esempio? La Gran Bretagna, con la figura imprescindibile di Florence Nightingale che ha riscattato l'Infermieristica rendendola una vera e propria professione secondo i parametri che definiscono questo concetto.

Eppure, come sottolineato durante il convegno, ed emerge dalla lettura del libro, il ritardo nazionale si può analizzare attraverso i fatti per sviluppare un'interpretazione "laica" legata ad essi, ricostruendo l'evoluzione dell'Infermieristica italiana degli ultimi due secoli in una prospettiva comparata a quella degli altri Stati.

Per farlo, i curatori si sono avvalsi della collaborazione di studiosi di discipline

umanistiche e sociali, oltre che di rappresentanti della professione infermieristica italiana e non, dimostrando, con rigore scientifico, che, come per ogni altra questione, anche in quella sanitaria si sono alternate, nel tempo, luci ed ombre. "E' fuor di dubbio – ha detto **Alessandro Stievano** – che l'Infermieristica in Italia

La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale

a cura di Gennaro Rocco,
Costantino Cipolla
e Alessandro Stievano

LABORATORIO SOCIOLOGICO

FRANCOANGELI

Sociologia e Storia





abbia risentito del grave ritardo iniziale e dello sviluppo acritico, dopo, sull'imposizione parziale del modello nightingaliano". "Ma – gli ha fatto eco **Alessandro Fabbri**, ricercatore all'Alma Mater di Bologna –, è pure vero che, poi, ha recuperato, rivendicando ed ottenendo maggiori opportunità per consolidare e perfezionare le proprie competenze, e, al contempo, maggiori diritti e rispetto, specie da parte della classe medica". Con oltre 13 milioni di infermieri sparsi per i quattro angoli del Globo, la professione infermieristica costituisce – fosse anche solo per numero –, una delle più grandi a livello mondiale.

Lavorando ogni giorno al fianco di chi soffre, gli infermieri garantiscono una sempre maggiore qualità delle cure, sia per migliorare la vita di tutti i cittadini che per rispondere ai bisogni complessi di una società dinamica, flessibile e in continuo cambiamento.

Già da tempo, anche la nostra Infermieristica non soffre più di "complessi di inferiorità" e partecipa, con quella di altri Paesi, a due processi importantissimi: la multiculturalità e la rivoluzione digitale che impongono a chi si appresta alla professione la necessità di acquisire una preparazione ed un background culturale più variegati, pronti a rapportarsi a

pazienti con vissuti sociali diversi e all'acquisizione di competenze informatiche specifiche.

L'11 maggio, promuovendo un filone di ricerca ben incanalato nella Storia Infermieristica nel contesto internazionale ed aumentando le interconnessioni dei saperi storici nell'arena globalizzata, celebra la professione dando risalto al passato per illuminare il futuro.

Non è un caso, infatti, che il momento clou della giornata sia stata la scoperta

della targa intitolata alla principessa Cristina Trivulzio di Belgiojoso (la cui immagine ritratta da Francesco Hayez campeggia sulla copertina del testo al centro del dibattito).

La Belgiojoso fu quella che, fra le patriote del Risorgimento, con "*competenza, intraprendenza e lungimiranza*" concepì e diresse un vero e proprio corpo di infermiere volontarie nella Repubblica Romana del 1849. Un antesignana della stessa Nightingale, dunque, ormai riconosciuta da molti storici scevri di friv-

olezze nazionalistiche, e che progettò anche diversi percorsi sul futuro stesso dell'Infermieristica in Italia.

Come la Nightingale, ci troviamo di fronte ad una donna moderna che: "Non ha 'inventato' l'infermiera - ha sottolineato **Laura Sabatino** dell'Università Tor Vergata - ma è riuscita ad esigere rispetto per lei, per il suo ruolo e per l'attività svolta. La Nightingale, puntando su una ferrea disciplina comportamentale e sull'educazione all'immagine sociale delle 'sue' infermiere, impose un nuovo approccio sull'opinione pubblica. Bisognava far dimenticare il pregiudizio di persone inaffidabili, incompetenti, violente e spesso dedite al bere, avvalorando l'idea di persone preparate, pulite, educate che hanno scelto liberamente di occuparsi del prossimo e che apportavano un servizio validissimo alla società".

Diviso in due macro aree ("La storia italiana" e "I rapporti internazionali"), il testo, attraversa 23 capitoli che vanno dalle: Figure e modelli del Risorgimento alle Infermiere nella grande Guerra; dalla Figura dell'infermiere militare all'Evoluzione legislativa della professione, dal 1925 al 2005. Passando dalla Nightingale alla vita professionale in Germania e Francia, e in Finlandia ed Stati Uniti. Patria del presi-





dente onorario del Cecri, la professoressa **Dyanne Affonso**, presente all'incontro: "Un'occasione importante, quella di oggi – ha detto -, tanto per celebrare il nursing, quanto per capire da dove arriviamo e dove stiamo andando. Questo libro è un'occasione per tracciare strade condivise a favore di una disciplina infermieristica internazionale: qui, la descrizione della professione non è trattata solo da un punto di vista scientifico, ma anche di come si sia evoluta negli intenti etici. A Roma, grazie all'azione del Collegio Ispasvi, i giovani saranno pionieri dell'avanguardia, affinché il 'vecchio modello' di infermiere ceda il passo a quello che sa guardare oltre la linea dell'orizzonte". A Roma, dai primi anni del '900 (e fino al 1976), ha operato la scuola convitto "Regina Elena", adiacente all'ospedale Umberto I, una vera e propria "isola felice" che cercò di riprodurre, in Italia, il modello anglosassone, benedetta dalla stessa Nightingale e diplomando circa 3.000 infermiere: "Una scuola da cui, dopo i tre anni di corso, si usciva già caposala – ha commentato **Marco di Muzio** dell'Università La sapienza -. L'operato delle infermiere diplomate in questa scuola durante la grande Guerra fu elogiato da molti e spostò l'attenzione

dell'opinione pubblica sul problema dell'assistenza infermieristica, avendo un ruolo non secondario sul futuro della professione".

– Un libro interessante che ci offre l'opportunità di tornare indietro, alle radici di un'occupazione che è al servizio degli altri", ha commentato **Adele Schirru**, vicepresidente della Federazione nazionale Ispasvi.

"Benchè il periodo sia difficile, è necessario che gli infermieri credano fermamente nel

loro mandato soprattutto sociale, insistendo sugli aspetti umani della professione e facendo gruppo, sentendosi parte di qualcosa di più grande, anche in contesi extra nazionali".

"*La storia del Nursing in Italia e nel contesto internazionale*" è un volume importante anche per la mole: oltre 600 pagine dedicate. Cresciuto, a detta dei curatori, un po' alla volta, grazie ad interessanti documenti storici ritrovati per l'occasione e che, tuttavia, ha il "dovere" di crescere ancora: "Perché noi ci siamo fermati qui - ha rilanciato **Gennaro Rocco** -, ma bisognerà scrivere la 'Storia moderna' del nursing. E dovranno farlo i giovani, perchè l'infermiere del nostro tempo, specie quello accademico, è un professionista dedito alla ricerca che vive in un mondo sempre più vecchio e a rischio pandemico".

Un infermiere che ricerca e che, grazie alle diapositive mostrate, ha reso l'idea di chi erano, come operavano e di quali mezzi avessero a disposizione le prime infermiere volon-

tarie nelle guerre dei primi anni del nuovo secolo in Italia. Gli scatti in bianco e nero della professoressa **Calogera Tavormina** hanno mostrato, oltretutto, quanto, il lavoro assistenziale, all'epoca, fosse anche un modo, per le donne, di emanciparsi, di avere maggiore autonomia, rispetto ai ristretti ambiti familiari, seppure, in molti casi, nobili e benestanti.

Intanto, verranno resi pubblici i risultati del progetto sull'*Infermiere di famiglia* a cura del Cecri, e finanziato dal ministero della Salute: per la prima volta, gli infermieri, dopo aver condotto un'indagine - e un'esperienza - di tal genere, potranno darne riscontro alla comunità scientifica internazionale.

Grazie all'approccio interdisciplinare, il testo a cura di **Costantino Cipolla**, Rocco e Stievano può essere letto da tutti. Non si tratta di un mero manuale, ma di un'opera in cui: "Sono confluite diverse riflessioni – ha spiegato il primo - ed è affascinante scoprire che quanto pensavamo di sapere già sull'Infermieristica sia in realtà solo il presupposto da cui partire per approfondire l'argomento. Non si può progettare il futuro se non si conosce bene il passato. Consapevoli di un impegno notevole, dobbiamo, tuttavia, tentare di legare l'exkursus storico alle scoperte più recenti".



Ritratto di signora Chi era Cristina di Belgiojoso

Cristina Trivulzio di Belgiojoso nacque a Milano, il 28 giugno 1808 e qui morì il 5 luglio 1871. Patriota, giornalista, editrice di giornali rivoluzionari, partecipò attivamente al Risorgimento. Figlia di Gerolamo Trivulzio (discendente di una delle famiglie storiche dell'aristocrazia milanese) e di Vittoria dei marchesi Gherardini, rimase orfana di padre a quattro anni; la madre si risposò un anno dopo con Alessandro Visconti d'Aragona ed ebbe un figlio maschio, Alberto, e tre altre femmine: Virginia "Valentina", Giulia e Teresa.

L'infanzia, il matrimonio infelice, la malattia e la fuga da Milano

Cristina era una bambina malinconica, seria, introversa e timida che trovò in Ernesta Bisi, sua maestra di disegno, una grande amica e confidente. Fu proprio lei ad introdurla, qualche anno più tardi, nel mondo della Carboneria. Di certo, l'infanzia di Cristina non fu felice: dopo aver perduto il padre, subì un altro dolore, perché Visconti, che lo aveva in qualche modo sostituito, fu arrestato nel 1821 con l'accusa di aver partecipato ai moti carbonari. Tenuto in prigione due anni, ne uscì distrutto a livello fisico e soprattutto nervoso. Il momento più importante della giovinezza di Cristina (aveva 16 anni) è il matrimonio con il giovane ed avvenente principe Emilio Barbiano di Belgiojoso. Molti cercarono di dissuaderla, conoscendo le abitudini libertine di lui, ma alla fine il matrimonio si fece, anche se non durò molto e Cristina cominciò a mostrare i segni dell'epilessia che la tormenterà per tutta la vita. Ufficialmente, non divorziarono mai, ma si separarono di fatto nel 1828, rimanendo poi in rapporti più o meno cordiali e tentando

qualche volta un riavvicinamento.

Alla fine degli anni Venti, Cristina si avvicinò alle persone più coinvolte con i movimenti per la liberazione. Gli austriaci, che dominavano la Lombardia dal 1815 e specialmente il capo della polizia, Torresani, iniziarono la loro opera di spionaggio che durò fino all'Unità d'Italia.

Cristina era bella, potente e poteva dare molto fastidio, ma fortunatamente, la sua fama, la sua posizione sociale e la sua scaltrezza la salvarono più volte.

La principessa voleva però lasciare Milano: il coraggio che aveva manifestato nel separarsi le costava i pettegolezzi della società dell'epoca. Si rifugiò nella tenuta materna di Affori con l'intenzione di procurarsi un passaporto per raggiungere Genova, cosa che fece il 3 dicembre. Qui, ricevette un'accoglienza calorosa, venendo invitata in numerosi salotti cittadini, in particolare in quello della marchesa Teresa Doria, fervente patriota. Teresa le presentò Barnaba Borlasca, notaio che sarà di grande aiuto alla principessa quando, due anni più tardi, verrà braccata dalla polizia austriaca. I primi sospetti sull'attività rivoluzionaria della Trivulzio maturarono proprio in questo periodo, per quanto la principessa passasse molte ore in preda all'infermità fisica.

Il 1829 fu spento in viaggi nelle maggiori città italiane: Roma, Napoli e Firenze. Nella prima giunse ad aprile ed entrò subito nell'entourage di Ortensia di Beauharnais, ed è probabilmente in questo frangente che aderì alla Carboneria. Il salotto della madre di Luigi Napoleone (il futuro Napoleone III) costituiva il quartier generale della Carboneria romana. Dopo un breve soggiorno napoletano, si fermò a Firenze, dove strinse amicizia con il fondatore dell'Antologia, Gian Pietro Vieus-

seux, e fu accolta con grande calore.

Firenze viveva, allora, un periodo di spensieratezza e vivacità culturale: territorio e porto franco dove gli esuli potevano trovare ospitalità. Successivamente, Cristina attraversò varie città della Svizzera, da Ginevra a Lugano. Quando, nel marzo 1830, l'ambasciatore austriaco rinnovò il passaporto alla principessa, decise di recarsi in Svizzera con un duplice obiettivo: aiutare gli esuli politici con cui era entrata in contatto a Firenze e sottoporsi alle cure di uno dei medici più stimati del tempo, Jacob d'Espine.

Gli anni parigini, la povertà, la "rinascita" e il salotto culturale

Ai primi di maggio, la Belgiojoso arrivò dunque a Ginevra, ma vi rimase poco tempo. Il dottore le consigliò di passare un periodo in Provenza; poi a luglio era a Berna, ed ottenne un rinnovo del passaporto, malgrado il governo di Vienna la sorvegliasse. Dopo aver tentato di procurarsi un visto per Nizza, fu l'entrata in scena di Barnaba Borlasca a risolvere in maniera positiva e rocambolesca il difficile momento. Più avanti, dopo che Cristina si sarà stabilita a Parigi (fine marzo 1831), i suoi averi verranno messi sotto sequestro dalla polizia austriaca e, per molto tempo, non potrà attingere al suo patrimonio. In Provenza conobbe Augustin Thierry, uno storico divenuto da poco tempo cieco, che le sarà amico fino alla morte. Intanto, Cristina cominciava a dedicarsi più da vicino alla causa italiana, giocando un ruolo di rilievo nella spedizione in Savoia del febbraio 1831. La principessa nutriva molta fiducia nel sostegno dei transalpini alla sua terra d'origine e gli eventi sembravano andare in questo senso, soprattutto grazie agli sforzi prodigati da La Fayette.

Ma poi non se ne fece nulla.

Delusa, Cristina ritornò in Provenza e poi a Parigi: qui, giunse con poco denaro e senza conoscenze. Portava con sé soltanto una lettera di presentazione che Thierry aveva scritto per François Mignet, che era appena stato nominato Direttore degli Archivi del ministero degli Affari Esteri. Il 19 aprile, Torresani fece emanare un decreto con cui la donna veniva minacciata di morte civile qualora non fosse rientrata nel territorio austriaco entro tre mesi. La principessa non si perse d'animo: preferì subire le conseguenze dell'esilio piuttosto che sottostare alle condizioni imposte dallo Stato. Accettò la povertà e gli stenti. Sarebbe stato semplice recuperare i suoi soldi e vivere negli agi nei suoi palazzi a Locate o a Milano: le sarebbe bastato star tranquilla. Con Mignet, assunto a fama di insigne storico, il rapporto fu innanzitutto legato alle sorti dell'Italia: questi mise la donna in contatto con Adolphe Thiers e con il vecchio generale La Fayette a cui chiese anzitutto di intercedere per la liberazione degli italiani. La Fayette apprezzava gli articoli

che Cristina li-
cen-

ziava per i giornali: anche le condizioni finanziarie della principessa migliorarono considerevolmente nel corso dell'estate. Il 1 ottobre, propose al marito, che intendeva stabilirsi a Parigi, di condividere la nuova (e molto meno modesta) abitazione di rue d'Anjou, ancora nei pressi di Place de la Madeleine: il loro rapporto era rimasto buono. Qui organizzò uno di quei salotti dell'aristocrazia dove riuniva esiliati italiani e borghesia europea. Il superamento completo delle difficoltà finanziarie si compì gradatamente tra il 1831 e il 1835, ma Cristina era fisicamente molto provata; le sofferenze derivanti da una salute naturalmente cagionevole si erano acuite con le peripezie dell'ultimo periodo. Senza dimenticare l'astio di una parte degli immigrati italiani presenti in Francia. Una spia austriaca ricordava come la Belgiojoso si prodigò con generosità in favore dei suoi connazionali, precisando però che *"non tutti le furono riconoscenti, forse nessuno."*

Il dissidio con Mazzini, di cui non approvava una politica che considerava avventata e cui rifiutò di sovvenzionare la seconda spedizione in Savoia, fu sicuramente alla base di una parte delle discriminazioni subite da Cristina. Si aggiunga l'invidia di alcune dame italiane che non godevano a Parigi della stessa fama.

Cristina si consolava con il proprio salotto, in cui convenivano le più illustri ed eminenti personalità del tempo. I primi anni parigini sono segnati anche dalla partecipazione di Cristina alle riunioni dei sansimoniani, una dottrina tecnocratica ante litteram che poneva il progresso e la produzione alla base dell'evoluzione sociale, ponendo la donna sullo stesso piano dell'uomo e rivendicando per il sesso femminile pari diritti in società.

Nella società francese degli anni Trenta, Cristina si fece notare soprattutto per il proprio salotto, uno dei più frequentati e importanti dell'epoca, luo-

go di incontro per grandi artisti, affascinati dall'intelligenza e dalla competenza della padrona di casa che era in grado di sostenere qualsiasi conversazione.

L'amore, la nascita della figlia, il ritorno in Italia

Vi fu un'unica storia d'amore nel periodo francese della Belgiojoso: quella con François Mignet. Poco incline alla vita frivola e mondana, lo storico amava vivere appartato dalla scena. Innamorato, suscitò in Cristina lo stesso sentimento con un rispetto e una discrezione che cozzavano contro le convenzioni sociali. L'amore tra Cristina e Mignet, sincero e difeso solo da pochi intimi, durò per tutto il decennio. Il 23 dicembre 1838 nacque Maria, l'unica figlia della principessa. Per un secolo e mezzo i biografi di Cristina spiegarono l'evento come frutto di un occasionale rapporto con il marito, che la donna continuava a frequentare e che quell'anno viveva a Parigi. Ma, a partire dal 1971, si cominciò a sostenere che il vero padre di Maria fosse proprio Mignet.

Era certamente inaccettabile che la figlia di un'aristocratica fosse illegittima: lo scandalo che ne sarebbe derivato superava i limiti della tollerabilità. Cristina, preoccupata per la dignità della neonata, faceva pressioni su Emilio affinché la legittimasse, ma questi non ne voleva sapere, e accettò solo dietro lauto compenso. Di certo, la sua vita subì un'autentica svolta con la nascita della figlia. Negli anni successivi, lasciò i salotti ed i ricevimenti per trascorre alcuni anni in semiisolamento. Nel 1839, andò alcuni mesi in Inghilterra con i suoi fratelli e sorelle e, in questa occasione, si recò a trovare Luigi Napoleone Bonaparte, in esilio, riuscendo a strappargli una promessa: dopo che avrà acquistato potere in Francia, cercherà di operare a favore della causa risorgimentale italiana. Accadrà invece che, una volta conseguiti i suoi scopi, Luigi Napoleone si mostrerà molto tiepido nei confronti della causa italiana.

Dopo una nuova permanenza a Parigi, il 9 luglio, Cristina lasciò, assieme alla pic-



cola Maria, la città che aveva riempito un decennio della propria vita. Sostarono a Bruxelles e nella città termale di Ems, dove passarono un mese in totale tranquillità, finché il 4 settembre la principessa riguadagnò il suolo patrio. Il primo impatto con la terra d'origine non fu positivo: l'atmosfera lombarda, nel 1840, era alquanto dimessa. Trasudava rassegnazione e tristezza, l'eco dei moti carbonari era lontano negli anni e nello spirito. Subito dopo il rimpatrio, andò a vivere nella residenza di famiglia a Locate, immersa nel silenzio campestre, desiderosa di un'esistenza tranquilla e lontana dei clamori di una ribalta che esercitava su di lei un fascino sempre minore. Cristina ebbe così modo di rilevare la drammatica situazione dei contadini e dei loro bambini.

Non esitò perciò a spendersi in favore dei poveri del luogo: malgrado le maldicenze e gli scetticismi generali, creò un asilo, riducendo significativamente il tasso di analfabetismo. Aprì anche una scuola elementare per ragazzi e ragazze, una scuola professionale femminile e una scuola di tecnica agraria maschile, dei laboratori artigianali per pittori, rilegatori, restauratori, lottando per riportare l'ordine sociale. Trasformò il suo palazzo in una sorta di falansterio: una sala della villa divenne uno "scaldatoio" per le madri e i loro piccoli, offrì pasti a basso prezzo, medicine per i malati e doti alle donne prossime all'altare. Capì presto l'importanza di estendere il proprio programma, inviando una circolare agli altri proprietari terrieri della Lombardia, nella speranza che avessero cura in particolare degli orfanelli. Tuttavia, la circolare non riscosse adesioni, e le intenzioni della principessa furono completamente disattese.

L'attività giornalistica, l'avventura umanitaria

Gli sviluppi successivi di questa avventura sociale e umanitaria conferiranno al lavoro della Belgiojoso un'importanza non trascurabile, tanto più che arrivò ad

organizzare associazioni fra lavoratori, anticipando il sindacalismo.

Nell'estate del 1842 ritrovò, per lo spazio di qualche mese e dopo il ristoro dei bagni di Baden Baden, la Francia. Poi, nel 1843 ritornò nuovamente a Locate, accolta con tutti gli onori dalla popolazione del luogo. Per alcuni anni passerà una parte dell'anno in Lombardia e una parte in Francia, occupata a dare sviluppi ulteriori al suo impegno sociale e dedicata alla stesura di importanti saggi.

L'attività giornalistica diventò in effetti preminente dal 1845 fino alle insurrezioni del 1848. Le prime prese di posizione furono moderate. Quando a Parigi venne fondata la Gazzetta italiana, intenzionata a patrocinare un regno nell'Italia centrale affidato a un discendente di Bonaparte, alcune traversie rischiavano di far già chiudere i battenti della testata, ma Cristina si impegnò finanziariamente per salvarla, accettando la richiesta di aiuto del direttore Marino Falconi. Fu lei a prendere il timone del giornale, andando alla ricerca di collaboratori illustri e scrivendo articoli di suo pugno.

L'obiettivo patriottico diventò sempre più preminente nella vita della Belgiojoso: accantonati gli amori, la devozione alla causa risorgimentale, finì col diventare, negli anni a venire, un impegno esclusivo. Tornando a Locate, nell'autunno 1845, decise di recarsi alla fortezza di Ham, in Piccardia, per rendere visita a Luigi Napoleone, imprigionato in seguito al terzo tentativo di rovesciare Luigi Filippo di Orléans.

Continuò anche la sua opera politica cercando di convincere tutti che l'unica soluzione per muoversi verso l'unione italiana era sostenere Carlo Alberto e quindi il prevalere della dinastia dei Savoia. Il suo obiettivo non era una monarchia, ma una repubblica italiana simile a quella francese; tuttavia, se per arrivare alla repubblica bisognava prima unire l'Italia, l'unico mezzo era di appoggiare la monarchia dei Savoia. Nel 1848, trovandosi a Napoli quando scoppiò l'insurrezione delle cinque giornate di Milano, partì subito per il Nord Ita-

lia pagando il viaggio ai circa 200 napoletani che decisero di seguirla, tra gli oltre 10mila patrioti che si erano assiepati sul molo per augurarle buona fortuna.

Per qualche mese, si respirò aria di libertà, ma si svilupparono anche forti discordie interne sulle modalità del proseguimento della lotta antiaustriaca. Pochi mesi dopo, il 6 agosto 1848, gli austriaci entrarono a Milano e lei, come molti altri, fu costretta all'esilio per salvarsi la vita. Passato un anno, Cristina Trivulzio di Belgiojoso si ritrovò a Roma, in prima linea, nel corso della battaglia a difesa della Repubblica Romana, durata dal 9 febbraio al 4 luglio del 1849. Anche qui, il movimento dei patrioti venne represso e per di più proprio con l'aiuto dei francesi sui quali Cristina tanto aveva contato.

Gli ultimi anni, i viaggi e la morte in solitudine

Sfumata anche questa speranza di libertà e sentendosi tradita da Napoleone III, salpò su una nave diretta a Malta. Iniziò così un viaggio che la portò in Grecia per finire in Asia Minore, nella sperduta e desolata valle di Ciaq Maq Oglù, vicino alla odierna Ankara, Turchia.

Qui, sola con la figlia Maria e pochi altri esuli italiani, senza soldi e mantenendosi solo a credito, organizzò un'azienda agricola. Da qui, inviò articoli e racconti delle sue peripezie orientali ed in tal modo riuscì a raccogliere somme che le consentirono di continuare a vivere per quasi cinque anni. Nel 1855, grazie ad un'amnistia, riottenne dalle autorità austriache il permesso di tornare a Locate. Nel 1858 morì il marito Emilio e nel 1860 si sposò la figlia. Nel 1861 si costituì l'Italia unita da lei tanto desiderata, e poté quindi lasciare la politica con una certa serenità.

Da questo momento, visse appartata tra Milano, Locate ed il lago di Como. Morì nel 1871, a 63 anni. Al suo funerale non partecipò nessuno dei politici dell'Italia che lei così generosamente aveva contribuito ad unire.

Cristina di Belgiojoso nella Roma del 1849

Un'eccezionale prova di assistenza sanitaria al femminile

Più di 150 anni fa, nel 1849, Roma fu teatro di una delle più straordinarie esperienze del nostro Risorgimento: in un contesto italiano ed europeo ancora segnato dalle monarchie assolute e da grandi differenze di classe, un'Assemblea Costituente eletta a suffragio universale maschile proclamò la Repubblica ed elaborò l'attuazione di quei principi di libertà e democrazia che un secolo dopo, nel 1848, saranno alla base della nostra Carta Costituzionale.

Fu un momento di grande esaltazione ideale e di grande partecipazione che vide il coinvolgimento di popolani e di aristocratici progressisti, di uomini e di donne, di romani come di liberali provenienti dalle altre parti d'Italia e da altri Paesi europei.

Roma fu allora un'isola di libertà e di progresso dove maturarono esperienze politiche, sociali, umane straordinarie, soprattutto quando la Repubblica fu attaccata dalle potenze conservatrici e assediata dai francesi.

Accanto ai grandi nomi del nostro Risorgimento che erano accorsi per il governo e la difesa militare, da Mazzini a Garibaldi, a Goffredo Mameli, emersero anche numerose figure femminili, non solo donne a fianco di mariti o figli, ma anche donne indipendenti, preparate, capaci di dare il loro contributo intellettuale e organizzativo.

La giornalista americana Margaret Fuller scriveva articoli appassionati al suo giornale newyorkese per esortare gli Stati

Uniti ad intervenire in aiuto della Repubblica Romana, la principessa milanese Cristina Trivulzio di Belgiojoso, da tempo esule e perseguitata dalla polizia austriaca per le sue posizioni liberali, si mise a disposizione di Mazzini, capo del governo repubblicano, per organizzare l'assistenza ai feriti di guerra.

Le due donne si conobbero e collaborarono, e molte altre si unirono a loro. Intelligente e spregiudicata, ma anche piena di umanità e di dedizione, **Cristina di Belgiojoso si mise al lavoro per creare un'assistenza sanitaria efficiente con il supporto delle autorità.**

Alla fine dell'aprile 1849, quando era ormai imminente l'attacco francese, con l'autorizzazione di Mazzini e del ministro degli interni Aurelio Saffi, si diede ad ispezionare ospedali e conventi alla ricerca di locali adeguati al ricovero e alla cura dei feriti di guerra.

Già i suoi primi rapporti sono significativi delle carenze del sistema sanitario e del concetto di assistenza che la guidava. Rilevava scarsità di materassi e di biancheria, locali scomodi, *"vieti sistemi"*, *"difetto di pulizia"* e soprattutto *"carenze gravi del personale"*: *"Al governo la Belgiojoso chiedeva letti e biancheria, chiedeva di fare appello ai cittadini perché contribuissero a fornire lenzuola e filacce, ossia bende. Chiedeva che tutte le 'ambulanze', cioè i presidi di soccorso per i feriti, fossero provvisti di 'strumenti di chirurgia e di neve', il ghiaccio della neve che allora si trasportava*

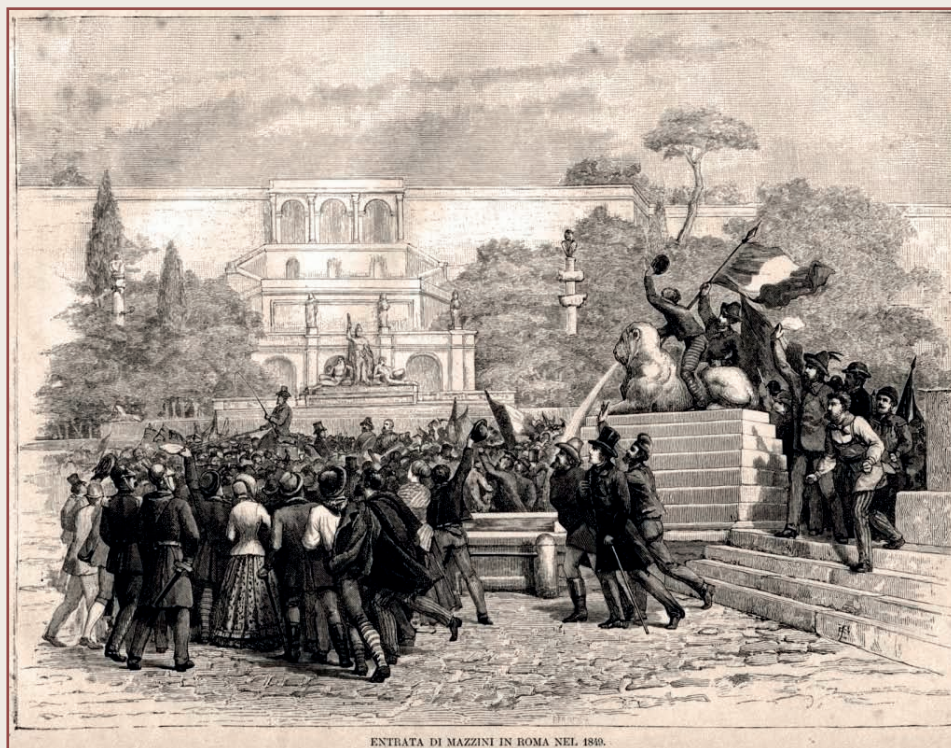
dai monti reatini e si conservava in apposite grotte. Lei stessa, ci testimonia la Fuller: "per procurarsi finanziamenti ha attraversato Roma per fare la questua". Ma soprattutto la Belgiojoso considera prioritario il problema del personale sanitario e propone allo scopo la creazione di una *"Associazione di donne per l'assistenza ai feriti"*, sollecitando e anticipando le stesse decisioni ufficiali del governo che, il 29 aprile, decreta la costituzione di un *"Comitato per l'amministrazione delle ambulanze"* presieduto dal cappellano maggiore padre Gavazzi ma nel quale hanno un ruolo di primo piano le *"cittadine"*, Cristina Trivulzio di Belgiojoso, Giulia Paolucci ed. Enrichetta Pisacane.

Il Comitato istituisce l'Ospizio dei Pellegrini alla Santa Trinità come Ambulanza centrale a altre Ambulanze negli ospedali San Gallicano, Santo Spirito, San Giacomo e San Giovanni in Laterano e inoltre nei conventi di San Pietro in Montorio e di San Martino ai Monti.

Ad ogni Ambulanza veniva preposta una coordinatrice incaricata di organizzare il ricovero e l'assistenza dei feriti e di coordinare l'opera delle *"infermiere volontarie"*.

Negli stessi giorni, infatti, dei manifesti in città invitavano le donne romane a presentarsi alle cittadine del Comitato per offrire la loro opera.

In tante risposero all'appello, ricche e povere, popolane e aristocratiche, alcune di costumi poco specchiati o solo allettate dai pasti gratuiti.



ENTRATA DI MAZZINI IN ROMA NEL 1849.

Ma la Belgiojoso si impegnò in un'accurata selezione che mirava da assicurare ai feriti un'assistenza valida sia dal punto di vista fisico che psicologico: era importante accudire gli uomini seguendo le indicazioni dei medici, ma anche confortarli e distrarli con conversazioni e letture. Le donne considerate poco idonee furono impiegate per servizi che non comportavano il diretto contatto con i feriti.

Veniva richiesto alle infermiere anche un comportamento moralmente ineccepibile e severità di costumi: la Belgiojoso era consapevole che pregiudizi e accuse anche infamanti avrebbero potuto colpire le donne impegnate nella cura dei corpi, cosa che puntualmente accadeva da parte di coloro che vedevano invaso il loro campo.

Nel momento in cui scattò l'allarme dell'inizio dell'attacco francese, le donne accorsero a mettersi a disposizione delle coordinatrici delle Ambulanze e la macchina predisposta da Cristina di Belgiojoso prese a funzionare a pieno ritmo.

Nel corso della guerra, i feriti furono numerosi e gravissimi: in mancanza di antibiotici erano soggetti ad infezioni e can-

crene, spesso a dolorose amputazioni. Con un'accurata testimonianza, Margaret Fuller nominata "regolatrice", ci parla dei giovani nel fiore degli anni che lei vede soffrire e morire.

L'intelligente abnegazione sua e delle altre donne fu esemplare.

Un americano, amico della Fuller, che visitò l'ospedale della Trinità dei Pellegrini, gestito direttamente dalla Belgiojoso, constatò l'organizzazione, la disciplina e l'igiene che vi regnava: "ogni cosa era in assoluto ordine, pavimenti e letti puliti, buona ventilazione, infermieri gentili e non chiassosi". In generale, nei vari ospedali, le altre corsie non reggevano il confronto con quelle curate con efficienza e umanità dalle donne del Comitato.

E la Belgiojoso denunciava, senza mezzi termini, le negligenze o le resistenze del personale e dei dirigenti. Ad esempio, scriveva al Governo: "si lagnano i feriti che la disposizione della sala e la soverchia altezza delle finestre, insieme all'inveterata costumanza di mai aprirle, impedisce il rinnovarsi dell'aria; che il chiasso degli in-

servienti, degli impiegati, dei visitatori etc. toglie loro il riposo; che la biancheria oltre ad essere ruvida e grossolana è sudicia e puzza anche quando viene indietro dal bucato; che i vasi da notte non si puliscono più di una volta al giorno... Dicono quei feriti che, senza l'assistenza delle donne da questo Comitato addette alle Ambulanze, essi non avrebbero potuto reggere ai patimenti di ogni genere cui sono in preda".

Era tutta l'impostazione dell'assistenza sanitaria che, per la Belgiojoso, doveva essere messa in discussione e, nonostante l'urgenza degli impegni quotidiani, lei già pensava ad un progetto di riforma dell'intero sistema e alla creazione di una Scuola per infermiere.

Ma gli eventi della Repubblica Romana precipitarono: ai primi di luglio Roma cadde e fu occupata dai francesi. La Belgiojoso, la Fuller e le altre donne che si erano dedicate ai feriti furono fra le ultime a lasciare il loro posto.

In quei pochi mesi, nella Repubblica Romana, in anticipo rispetto all'inglese Florence Nightingale, "la Signora della lampada", e di Henry Dunant che concepirà la Croce Rossa, la principessa Cristina di Belgiojoso portò criteri e comportamenti fondamentalmente nuovi nel servizio di cura, offerto, fra l'altro, con uguale sollecitudine anche ai feriti del campo nemico, i francesi che venivano raccolti dalle barelle sui luoghi di battaglia.

Giuseppe Micheli, docente di Storia della Medicina presso il CdI in Infermieristica, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, sede Fatebenefratelli;

Gabriella Mariotti ha insegnato materie letterarie. Con Mario Bannoni è autrice de "Vi scrivo da una Roma barricata" dedicato a Margaret Fuller che partecipò alle vicende della Repubblica Romana del 1849.

Anche l'Università Cattolica celebra la Giornata dell'Infermiere

All'Università Cattolica di Roma, annessa al policlinico Gemelli, la speciale Giornata dell'infermiere è stata celebrata prendendo spunto anche dai 50 anni della nascita della Scuola per infermieri "Barelli".

Nella hall del Policlinico, magistralmente attrezzata dalla dirigenza della Scuola, si è svolta la cerimonia per la celebrazione dell'evento con una folta rappresentanza di studenti infermieri ed in-

fermieri che hanno ripercorso i vari passaggi della nascita della professione infermieristica al Gemelli, voluta fortemente da padre Agostino Gemelli e rafforzata dalla benedizione dell'allora Pontefice, Paolo VI.

Oltre alla presenza, al completo, della dirigenza della Scuola (e all'introduzione del professor Pierluigi Granone), vi ha preso parte anche il direttore del Policlinico, dottor Zampedri (che ha spe-

so parole di elogio per i professionisti infermieri nei nuovi ruoli e competenze specialistiche nell'attuale contesto sanitario), nonché il collegio Ipasvi di Roma, rappresentato dalla presidente, Ausilia Pulimeno, e dai consiglieri, Maurizio Zega (direttore Sitra) e Marco Tosini.

La cerimonia è stata trasmessa in diretta, a "circuitto chiuso", nelle stanze di degenza del Gemelli.



Estate di tagli e di polemiche Ma si torna ad assumere...

Ci lasciamo alle spalle un'estate segnata dalle sciagure, l'odissea dei profughi, le stragi in mare, il business dell'accoglienza, la Grecia che sprofonda nei debiti. A Roma dilaga l'inchiesta "mafia capitale" mentre la città si prepara al Giubileo. Per la sanità romana non va meglio, in altalena tra le criticità di sempre, nuove preoccupazioni e speranze di cambiamento. I media fotografano una situazione convulsa.

L'estate si apre una volta di più con lo spettro delle forbici.

Il Sole 24 ORE

Il Sole24Ore (2/6/2015) titola: "Sanità, si riparte da 2,35 miliardi di tagli". Lo scenario tratteggiato è piuttosto sconcertante. Si legge: "Una manovra da 2,35 mld per quest'anno che ancora, e chissà per quanto, è nel limbo". E ancora: "ospedaletti da abbandonare, reparti doppiati e primariati da rottamare; Asl e personale da sfolpire col machete; farmaci nel mirino. E poi quei nuovi ticket sullo sfondo, che dal prossimo anno costeranno di più ai redditi medio-alti, pensionati e portatori di patologie inclusi, con una manovra 2016 che rischia di essere un nuovo pesante salasso".

Eppure l'emergenza quotidiana suggerirebbe investimenti mirati anziché tagli.

IL TEMPO **Il Tempo** (3/6/2015) lancia l'ennesimo caso shock da Tivoli: "Senza medici e infermieri Emodinamica resta chiusa". E spiega: "Compie i suoi primi 2 anni l'Emodinamica "statica" di Tivoli. Chiusa nel maggio 2013 per mancanza di accreditamento della Regione, che pure l'aveva finanziata per 3 milioni di euro, la riapertura era stata annunciata da ultimo «entro settembre» dall'Asl RmG l'estate scorsa. Ma, nonostante le deroghe per le assunzioni, c'è ancora carenza di medici, oltre che di 12 infermieri e 3 tecnici (sono tuttora in corso le procedure concorsuali e di mobilità). Così un altro anno è passato senza la struttura dedicata alla terapia dell'infarto del miocardio, che nel 2013 ha fatto registrare proprio nell'Asl RmG il «rischio grezzo» più alto della provincia per la mortalità a 30 giorni dal ricovero".

Così, fra sprechi e scandali, chi ci rimette sono sempre i cittadini e il personale sanitario.

ItaliaOggi **Italia Oggi** (5/6/2015) titola "Sanità pubblica, welfare ai minimi". Si legge: "Due euro medi annui pro capite per il welfare dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale. A tanto ammonta l'insieme di ben-

efit e servizi forniti ai dipendenti della sanità per migliorare la vita privata e lavorativa. A dirlo l'analisi dell'Aran sul welfare aziendale contenuto nel «Rapporto semestrale sulle retribuzioni dei pubblici dipendenti» riferito a fine 2014, che mette in luce soprattutto le differenze di trattamento dei comparti all'interno della pubblica amministrazione: si passa, infatti, da un valore medio pro capite di 1.761 euro spesi per i dipendenti delle Authority ai soli 2 euro medi l'anno per i dipendenti del Ssn. Il comparto sanitario, fanalino di coda in questa classifica, ne esce come il più maltrattato".

Non solo brutte notizie però. I quotidiani registrano anche qualche segnale di cambiamento. Il Giubileo riaccende la fiducia che la rotta s'inverte.

la Repubblica **La Repubblica** (10/06/2015) titola "Il Policlinico è pronto per il Giubileo e la rete ospedaliera si sta attrezzando". L'articolo spiega: "In occasione del Giubileo del prossimo 8 dicembre la regione Lazio investirà 88 milioni di euro per gli interventi sanitari. «Non solo il policlinico ma tutti gli ospedali romani si stanno attrezzando: siamo impegnati per rendere un servizio all'avanguardia a circa 3 milioni di persone - spiega Domenico Alessio, direttore generale dell'Umberto I - ci saranno nuove sale d'attesa, posti letto a disposizione, un pronto soccorso funzionale e tutto ciò che serve ad un grande ospedale in vista di un evento così importante". Intanto la sanità romana d'eccellenza segna un altro successo e il personale dello Spallanzani batte ancora il temibile virus Ebola.

CORRIERE DELLA SERA **Il Corriere della Sera** (11/06/2015) riferisce: "Guarito da Ebola l'infermiere sardo". Il collega, dimesso dopo 28 giorni, commenta: "«Qui mi hanno fatto sentire un amico da salvare a ogni costo»".

Il Messaggero **Il Messaggero** (11/6/2015) aggiunge: "«Mi hanno guarito, lavorerò con loro»". E scrive: "Ora Stefano tornerà a casa, nella sua Sardegna. «Ho voglia di riabbracciare i miei familiari, ma spero anche di tornare presto a lavorare e di poter dare il mio contributo a questa stupenda squadra che è l'istituto Spallanzani». L'ospedale romano che aveva già combattuto, sconfiggendo Ebola, nel primo paziente colpito dal virus, il dottor Fabrizio Pulvirenti, ha offerto a Stefano, per voce di Alessio D'Amato, re-

sponsabile della cabina di regia per la Sanità della Regione Lazio, una collaborazione”.

Quando in primo piano c'è il lavoro degli operatori anche i media riscoprono la qualità della sanità romana.

Il Messaggero Il **Messaggero** (13/6/2015) segnala un'altra eccellenza: “Bambino Gesù, 200 missioni dal Montenegro fino alla Siria”. Si legge: “Duecento missioni internazionali in 20 Paesi, oltre 30 mila ricoveri, 8 mila interventi chirurgici. La formazione del personale sanitario, l'esportazione di nuovi protocolli clinico-chirurgici, la realizzazione di strutture ad hoc per raggiungere e curare il maggior numero di bambini affetti da gravi patologie. È il bilancio degli ultimi anni dell'attività internazionale del Bambino Gesù, che con medici e infermieri specializzati è presente in 4 continenti per fornire cure pediatriche e assistenza alle popolazioni disagiate e per dotare il personale sanitario locale delle competenze necessarie per proseguire il lavoro in autonomia”.

E dopo un clamoroso furto di rame che manda in tilt gli impianti elettrici, scocca l'ora dell'addio allo storico Forlanini tra conferme e smentite.

IL TEMPO Il **Tempo** (14/06/2015) titola “Il Forlanini sposta alcuni reparti. Ma sarà una chiusura temporanea”. Il servizio spiega: “Il direttore generale dell'azienda San Camillo-Forlanini, Antonio D'Urso, smentisce la notizia della chiusura del nosocomio in via di dismissione entro il 30 giugno. Il reparto di Otorinolaringoiatra, non interessato dall'ordinanza, verrà comunque spostato al San Camillo «orientativamente la settimana prossima». Ma nella struttura rimarranno ambulatori e altri servizi, ad oggi regolarmente attivi, quali Odontoiatria medica, Radiologia, il Centro Trasfusionale, per cui c'è il progetto di trasferimento sempre al vicino San Camillo secondo tempi ancora non stabiliti”.

Chiusure ma anche qualche nastro da tagliare.

Il Messaggero Il **Messaggero** (20/6/2015) riferisce: “Umberto I, apre il reparto di ginecologia oncologica: mille interventi ogni anno”. Si legge: Venti posti letto, camere climatizzate a uno o due letti con bagno privato, dotate di ogni comfort; una sala relax con salotto, tv e tavoli dove le pazienti potranno anche mangiare; una medicheria, una sala medici e due bagni per gli ospiti. Il tutto conforme ai requisiti di sicurezza, grazie ad un sistema di sorveglianza all'avanguardia. Taglio del nastro per il nuovo reparto di ginecologia oncologica del Policlinico Umberto I, inaugurato ieri mattina dal governatore del Lazio, Nicola Zingaretti, insieme al direttore generale del Policlinico, Domenico Alessio e al rettore dell'università La Sapienza, Eugenio Gaudio”.

Ma sul fronte delle liste d'attesa la situazione non migliora.

IL TEMPO Il **Tempo** (21/6/2015) scrive: “Liste d'attesa infinite in tutto il Lazio: undici mesi per una mammografia”. I dati riportati parlano da soli: “364 giorni di fila prevista al Distretto di Pietralata, quello dell'ospedale Per-

tini (ma anche 10 mesi ad Albano, quasi 9 a Tor di Quinto e 8,5 a Tor Bella Monaca)”. E per l'ecodoppler dei tronchi “a Velletri 362 giorni, mentre al distretto RmE sono 349 e per quello degli arti ad Anzio (360 giorni, a fronte dei 350 di Tor di Quinto)”. Il tutto “nonostante il piano annunciato otto mesi fa dalla Regione, finanziato con sette milioni di euro, per effettuare 113.388 esami in più (66mila per Roma e 47.361 per il resto delle province)”.

ItaliaOggi Così i cittadini fuggono dal Ssn. La situazione la fotografa **Italia Oggi** (23/6/2015) che titola “Fuga dalla sanità”. E spiega: “Liste d'attesa lunghe e ticket troppo costosi. Sono le due note dolenti della sanità pubblica che spingono un numero sempre maggiore di italiani a rivolgersi alla sanità privata: sono 12,2 milioni i cittadini che già lo fanno perché considerano ingiusti i ticket e si aspettano liste di attesa troppo lunghe. È quanto emerge dall'ultimo rapporto Censis sul welfare integrativo”.

Sui giornali di un'estate infuocata dall'afa c'è spazio anche per gli infermieri eroi di ogni giorno. Un caso su tutti guadagna le prime pagine.

Il Messaggero Il **Messaggero** (26/6/2015) titola “Autista del 118 con l'infarto riesce a salvare la paziente”. E racconta: “Un autista del 118 è rimasto al volante nonostante l'attacco cardiaco. «Ce la faccio» ha detto all'infermiere che gli sedeva a fianco ed è riuscito a portare in ospedale una novantenne. Si chiama Massimiliano Ceci ed è di Ladispoli l'autista che ha compiuto un gesto eroico sulla Roma-Civitavecchia. Ora è ricoverato in prognosi riservata al Santo Spirito di Roma dove è stato trasportato dopo essere stato animato col defibrillatore. Per i sanitari sarebbe fuori pericolo. Ed è salva anche l'anziana signora di 91 anni ricoverata nell'ospedale di Civitavecchia”.

Il doloroso addio al Forlanini si compie. Il **Messaggero** (29/6/2015) scrive: “Da domani chiude l'ospedale Forlanini”. Si legge: “Una caserma dei carabinieri e poi un commissariato di polizia verranno trasferiti all'interno delle palazzine dell'ospedale Forlanini che in settimana verrà completamente dismesso. Il reparto di chirurgia toracica ha già sospeso l'attività e tra martedì e mercoledì aprirà all'interno dello Spallanzani dove hanno trovato posto anche Terapia intensiva toracica ed Endoscopia toracica. «Il futuro del complesso sarà deciso con i cittadini» aveva commentato il presidente della Regione Nicola Zingaretti”.

Ancora tagli al budget sanitario regionale.

Il Messaggero (3/7/2015) annuncia: “Sanità, stretta sui fondi tagli per altri 235 milioni: «Ridurremo gli sprechi»”. E spiega: “Un taglio alla sanità del Lazio di circa 235 milioni di euro. La prospettiva, non incoraggiante, emerge dall'intesa raggiunta ieri nella Conferenza Stato-Regioni che prevede a livello nazionale una riduzione del fondo sanitario di 2,352 miliardi di euro. Si parla di «tagli sulla produttività» e non di tipo «lineari» facendo presagire una riduzione degli sprechi, politica però già messa in atto da circa tre anni dalla Regione”.

Suscita clamore anche la rivoluzione prevista per le Asl romane.

IL TEMPO Il *Tempo* (3/7/2015) scrive: "Pronto il decreto per accorpare Asl B e C". Nel servizio si legge: "Pronto il decreto commissariale per l'accorpamento delle Asl RmB e RmC. La notizia, annunciata dal responsabile della cabina di regia della sanità laziale Alessio D'Amato, è stata comunicata ai direttori generali delle due aziende e ai sindacati. L'accorpamento non rientra nel Piano di riordino della rete ospedaliera 2014-2015, presentato a novembre 2014, né negli atti aziendali. A differenza della fusione tra Asl RmA e RmE, che avverrà a partire dal primo gennaio 2016, si tratta di un provvedimento nuovo. Nascerà quindi la Asl più estesa di Roma e con più ospedali: ben cinque (Tor Vergata, Pertini, Casilino, Cto e Sant'Eugenio)".

In subbuglio anche gli ospedali della provincia.

Il Messaggero Il *Messaggero* (4/7/2015) titola "Ospedali, la rivoluzione è già partita". E spiega: "A Colleferro e Monterotondo, dal 1 luglio, Ostetricia e ginecologia non possono accogliere più pazienti. Da lunedì prossimo gli unici due punti di natalità di tutta la Asl RmG saranno Tivoli e Palestrina. Come prevedeva il piano di riorganizzazione approvato a novembre dal Consiglio dei ministri, per la rete perinatale entro il 30 giugno è previsto l'accorpamento dell'unità operativa ostetrica-neonatologica di Monterotondo (419 nati) con Tivoli e di Colleferro (407 nati) con Palestrina".

Tocca però alle Asl romane la cura dimagrante più pesante. Il *Messaggero* (11/7/2015) titola "Rivoluzione Asl, ne restano solo tre". Il servizio riferisce: "A Roma ci saranno solo tre Asl. Attualmente sono cinque, ma un decreto già pronto della Regione prevede la fusione tra la B e la C, che andrà a creare una grande azienda sanitaria che servirà tutto il quadrante Est e 1,3 milioni di cittadini. Il processo di unificazione tra la A e la E, che interesserà tutta Roma Nord e il centro storico, è già cominciato, mentre resterà invariata la D, quella del Litorale. In pratica, dal primo gennaio del 2016 avremo solo le Asl Roma 1, Roma 2 e Roma 3, perché è stato anche deciso di abbandonare la classificazione con le lettere. Secondo Alessio D'Amato, direttore della cabina di regia della sanità della Regione, questa riorganizzazione consentirà di ridurre gli sprechi".

Quando c'è da denigrare ingiustamente la nostra professione la stampa si conferma incorreggibile. Il *Messaggero* (12/7/2015) scrive: "Infermiere palpeggia paziente di 80 anni, denunciato". La vicenda riguarda invece un ausiliario dell'ospedale San Gio-

vanni. Nell'articolo addirittura viene inventata una figura inesistente: "infermiere ausiliario". La mistificazione della nostra professione da parte dei media resta sconcertante. La presidente del Collegio Lia Pulimeno reagisce duramente e in una lettera al direttore del quotidiano romano scrive: "Gli infermieri romani sono stupefatti di essere indicati come responsabili di comportamenti infamanti anche quando sono estranei ai fatti. La invito pertanto a rettificare la notizia in questione per rendere giustizia ai suoi lettori e scongiurare un ulteriore pestaggio mediatico nei confronti di professionisti che, per come operano ogni giorno al fianco dei più deboli, certamente non lo meritano". Nonostante tutto, qualche segnale positivo c'è.

CORRIERE DELLA SERA Il *Corriere della Sera* (13/7/2015) titola "Gli ospedali e le Asl tornano ad assumere. Zingaretti: conti a posto". Si legge: "Nei primi sei mesi dell'anno gli uffici regionali della sanità hanno autorizzato il 50% in più di assunzioni a tempo indeterminato di medici e infermieri rispetto a tutto il 2014. Fino ad oggi sono state autorizzate complessivamente 144 assunzioni contro le 92 autorizzate nei 12 mesi dell'anno scorso. Nel dettaglio il S. Camillo ha avuto 11 deroghe rispetto alle 5 del 2014, il Policlinico di Tor Vergata 10 rispetto a 2, l'Ifo 9 rispetto a una deroga del 2014. La Asl Roma F invece ha avuto il via libera all'assunzione di 17 unità di personale tra medici, infermieri e tecnici rispetto alle 3 deroghe concesse lo scorso anno". E' una goccia nel mare dell'emergenza infermieristica. Ma qualcosa si muove anche per i precari della sanità, una lunga e ostinata battaglia del Collegio.

Il Messaggero Il *Messaggero* (17/07/2015) titola "Sanità, piano della Regione: stabilizzati tremila precari". E spiega: "Ieri sera è stato siglato l'accordo tra la Regione e i sindacati che il presidente Nicola Zingaretti ha definito «storico». Cosa prevede? Spiegano in Regione: entro il 2015 partirà un piano triennale per la stabilizzazione dei precari che lavorano nella sanità. A settembre sarà pubblicato un decreto in cui saranno dettagliate le procedure operative. Sarà chiesto al governo di «modificare la percentuale del turn over, a partire dalla seconda metà del 2015, dal 15% al 30% del numero del personale cessato dell'anno precedente, poi successivamente al completamento del riordino previsto dai programmi operativi, di superare il blocco del turn over". Una luce in fondo al tunnel dopo aver toccato il fondo. E dopo troppe delusioni. Sarà davvero la volta buona?



Decreto sull'organizzazione Superati i rilievi del Tar

Fatta chiarezza (e giustizia) rispetto alle nuove disposizioni della Regione Lazio in materia di organizzazione sanitaria.

Il 17 luglio scorso, infatti, il commissario ad acta Nicola Zingaretti, con il nuovo decreto n. 342 ha riformulato il "famoso" punto 5.6 del precedente decreto n. 259, con questa formula: "L'organizzazione aziendale, al fine di sostenere e integrare l'apporto delle professioni sanitarie di cui alla legge n. 251/00, per un appropriato, efficace ed efficiente andamento dei processi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi e rendere sinergico e ottimale l'andamento dei processi assistenziali, prevede nelle sue articolazioni che la linea clinica e la linea assistenziale agiscano in maniera integrata nel rispetto delle relative peculiarità scientifiche, professionali ed organizzative. Le modalità con cui si realizzerà l'integrazione dovranno essere esplicitate nel regolamento dipartimentale. Tale organizzazione potrà avvalersi di un'articolazione che potrà variare dalla struttura semplice o complessa fino alla possibilità di istituire, sulla base della complessità aziendale, il Dipartimento dell'assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Tale dipartimento può essere previsto anche in deroga al rapporto indicato nel successivo punto 5.9.3, tenuto conto che, in ragione della diversa complessità, dimensione e natura, non tutte le Aziende hanno la medesima dotazione organica di professioni sanitarie sia in termini di volume di risorse che di specificità professionale. Ai fini del conferimento dell'incarico di struttura, sia essa semplice che complessa, al personale della dirigenza delle professioni sanitarie si applicano le disposizioni previste dalla Legge n. 251/00 e dai vigenti CCCCNLL della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa".

In maggio, una sentenza del Tar del Lazio bocciò momentaneamente il decreto n. 259 del 6.08.2014: "Approvazione dell'Atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della regione Lazio" proprio nella parte relativa al punto 5.6, relativa all'Assistenza Infermieristica e delle altre professioni sanitarie. Una decisione che determinò immediatamente la mobilitazione della professione infermieristica, con una lettera aperta a firma della presidente del Collegio Ispasvi di Roma, Ausilia Pulimeno.

"Sospendere quel decreto -ha scritto Pulimeno - porterebbe l'assistenza e l'organizzazione sanitaria indietro anni luce rispetto alla cultura attuale e al modello di sanità moderna ed efficienze che si vuole realizzare. Una sentenza sicuramente non in linea con quello che si vuole fare oggi del Ssn, cioè renderlo più innovativo e spendibile rispetto ai servizi che i cittadini si aspettano di ricevere. E questo avviene se tutti gli stakeholder del sistema funzionano insieme, ma ognuno per la loro competenza". Per la presidente del Collegio Ispasvi di Roma i giudici "hanno fatto confusione su questa linea di indirizzo che tende giustamente ad affidare a ogni professionista, ognuno per le sue competenze, percorsi propri, anche di tipo organizzativo. Nessuno vuole rubare niente a nessuno. Semplicemente la gestione dei processi assistenziali è diversa dalla gestione dei percorsi clinici, di cui è competente il medico, ed è quindi corretto che l'organizzazione sia diversa. E' poi ovvio che la parti devono essere collaborative e i percorsi armonizzati, perché altrimenti il sistema non funziona. Ma questo è un aspetto già acquisito, che gli infermieri hanno ben chiaro".

Il decreto, secondo la presidente Ispasvi di Roma, "era assolutamente chiaro su tutti questi aspetti in gioco". "Il governo assistenziale" per Pulimeno deve essere "dell'infermiere e non del medico. E nelle realtà dove questo è già stato realizzato, si stanno raccogliendo importanti risultati".



Rischio demansionamento La Regione torna sui suoi passi

Sul previsto utilizzo degli infermieri per lo svolgimento delle funzioni di Operatore Socio Sanitario e di Educatore Professionale nelle strutture di cura accreditate, la Regione Lazio ha commesso due imperdonabili errori: il primo di aver introdotto il discutibile principio del demansionamento secondo cui gli infermieri possano essere impiegati con funzioni di OSS (Deliberazioni Assessorato Politiche Sociali n. 124, n.125 e n. 126 del 24 marzo 2015); il secondo di aver corretto il tiro in modo maldestro con un rimedio peggiore del male (Deliberazione n. 274 del 9/6/2015). Con quest'ultimo atto, dopo che il Collegio IPASVI di Roma aveva protestato duramente e avviato un apposito ricorso al Tar del Lazio (depositato il 6/6/2015) chiedendo l'annullamento delle prime delibere in quanto lesive della dignità e del ruolo professionale infermieristico, la Regione è corsa ai ripari con un'ulteriore deliberazione che annulla le precedenti ed esclude gli infermieri dalla copertura di posti destinati agli OSS nelle case di cura private convenzionate con il SSR. Dopo una serie di incontri presso l'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Lazio e con la Cabina di Regia del SSR, il Collegio ha proposto e presentato un dettagliato piano di modifiche da apportare alle delibere in-

iziali affinché fosse prevista espressamente la figura infermieristica con funzioni di coordinamento degli OSS in questione. La risposta, contrariamente agli impegni assunti, è stata quella di eliminare completamente gli infermieri dal deliberato. La Regione Lazio sottovaluta la forza degli infermieri glissando sulle richieste della professione e sulle iniziative messe in campo dal Collegio Ipasvi che la rappresenta. Non possiamo accettare che ciò avvenga sulla pelle dei professionisti e su quella dei cittadini destinatari dei servizi. Per questo la Presidente Lia Pulimeno ha chiesto un incontro con il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti per un chiarimento quanto mai necessario e urgente. Incontro che si è regolarmente svolto e che ha convinto la Regione Lazio a correre ai ripari modificando l'insensata decisione di utilizzare gli infermieri come fossero Oss nelle case di cura convenzionate. Una vittoria solo parziale poiché nel correggere l'errore la Regione ha escluso del tutto gli infermieri dalla copertura di posti destinati agli Oss. Quel che chiediamo è ben diverso: prevedere espressamente la figura infermieristica con funzioni di coordinamento degli operatori socio sanitari in questione. Su questo punto il Collegio Ipasvi di Roma prosegue la sua battaglia.



NOTIZIE IN PILLOLE

"Roma dal 2016 passerà da 5 a 3 Asl"

*La città di Roma entro il 31 dicembre 2015 avrà 3 Asl e non più 5. Il decreto commissariale della Regione Lazio firmato dal presidente Nicola Zingaretti prevede, dopo l'accorpamento della Asl Rm/A con la Asl Rm/E, quello della Asl Rm/B con la Asl Rm/C. Il decreto prevede inoltre una nuova denominazione e un nuovo assetto delle Aziende sanitarie capitoline, che saranno dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Secondo la nuova articolazione della governance regionali le Aziende sanitarie locali si chiameranno **Asl Roma 1** (che comprende il territorio delle attuali Rm/A e Rm/E), **Asl Roma 2** (che comprende il territorio delle attuali Rm/B e Rm/C), e **Asl Roma 3** (che comprende il territorio della Asl Rm/D).*

Medaglia al merito della Croce Rossa al sottotenente commissario Mattia Varvaro

In occasione della recente Festa della Repubblica, è stata consegnata la medaglia di bronzo al merito della Croce Rossa Italiana al collega sottotenente commissario Mattia Varvaro, originario di Tivoli, iscritto al Collegio Ipasvi di Roma, per essersi distinto nel corso dell'operazione di soccorso "Frontex", nelle acque del Mar Jonio.

Ecco la motivazione completa dell'assegnazione: "Ufficiale impegnato nell'operazione Frontex J.O. Triton, con l'incarico di infermiere di bordo, in data 18 novembre 2014, durante le operazioni di soccorso nelle acque del Mar Jonio alla motonave togolese St. John's, alla deriva a 60 miglia dalla costa in precarie condizioni di stabilità per via delle sfavorevoli condizioni meteorologiche e dell'impossibilità al moto causata dallo scarso carburante residuo, con a bordo 575 profughi di cui numerosi bambini in pericolo di naufragio, in arco notturno giungeva sulla nave, insieme al medico di bordo, per prestare soccorso ad un minore che, scivolato a causa dei movimenti accentuati della piatta-

forma, era caduto su ponte inferiore e ad imbragarlo, a mezzo barella spinale, e si disponeva per far calare la barella lungo la murata della nave, alta dieci metri, sul mezzo di soccorso. Le eccessive condizioni di rollate e la forte risacca causavano la rottura di una delle quattro cime con le quali era assicurata la barella, ma il S. Ten. Varvaro, intervenendo prontamente con grande abilità, riusciva ad attutire il colpo di frusta evitando la caduta a mare dell'infortunato, anche a rischio della propria incolumità, contribuendo a recuperare velocemente a bordo il malcapitato, per la successiva evacuazione, evidenziando altissimo senso del dovere, elevata professionalità, spirito di sacrificio, coraggio e profondo senso di solidarietà, in linea con i principi fondamentali del Movimento Internazionale di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa".

A Mattia Varvaro vanno i complimenti e le felicitazioni del Consiglio direttivo del Collegio Ipasvi di Roma, dei colleghi infermieri e della Federazione nazionale.



Parte il piano triennale per stabilizzare i precari

Sarà avviato entro il 2015 un piano triennale per la stabilizzazione dei precari della sanità del Lazio. La Regione ha firmato un protocollo con le principali organizzazioni che porterà gradualmente alla stabilizzazione del personale. Il provvedimento è rivolto ai lavoratori con contratto di lavoro a tempo determinato: l'obiettivo è proprio quello di eliminare, nel rispetto dei limiti imposti dal Piano di rientro, la piaga del lavoro precario nelle strutture della sanità del Lazio. A settembre sarà pubblicato il decreto che specificherà ulteriormente le procedure operative.

La proposta della Regione: modificare la percentuale di deroghe al blocco del turn over. Per avviare questa operazione storica, la Regione ha proposto ai Ministeri di passare la percentuale di deroghe al blocco del turnover dal 15% al 30% a partire dalla seconda metà del 2015.

Un'operazione in linea con quanto previsto dai programmi operativi 2013-2015: a partire dal riordino della rete ospedaliera, dell'emergenza e delle reti "tempo dipendenti" e degli Atti aziendali e in generale dal lavoro che è stato condotto in questi due anni dalla Regione per uscire dal deficit della sanità. In questa fase, tra l'altro, le diverse aziende sanitarie sono impegnate

a definire la propria dotazione organica, in conseguenza degli atti aziendali adottati dei mesi scorsi.

Il percorso di stabilizzazione andrà avanti nel corso di tre anni, e proprio per questo i contratti a tempo determinato saranno prorogati fino al 31 dicembre 2018 e non di anno in anno come avveniva in passato, per consentire la progressiva attuazione del provvedimento. Per quanto riguarda le forme di lavoro atipico, nelle prossime settimane, il 29 luglio prossimo, ci sarà incontro proprio per definire come arrivare alla stabilizzazione anche di questi lavoratori. "Siamo ad un passaggio storico - ha detto il presidente della Regione, Nicola Zingaretti, che ha aggiunto: "dopo aver ridefinito un quadro programmatico certo e condiviso per governare la sanità del Lazio anche nei prossimi anni e aver nello stesso tempo risanato i conti, possiamo oggi programmare la fine del precariato per le migliaia di medici, infermieri, tecnici che lavorano anche da dieci e più anni con contratti a tempo determinato nella nostra sanità. Si tratta di migliaia di persone a cui oggi diamo una concreta speranza di stabilizzazione indicando tempi e modi del processo che si avvia con questo protocollo".

Arriva il Giubileo Ripartono le assunzioni

Dalla ristrutturazione degli ospedali romani al potenziamento dell'elisoccorso; dal rinnovo del parco ambulanze all'ampliamento delle deroghe allo sblocco del turn over: vale 88 milioni di euro il pacchetto di interventi sanitari programmati dalla Regione Lazio in occasione del Giubileo straordinario indetto da Papa Francesco, che partirà il prossimo 8 dicembre e si concluderà il 20 novembre 2016. L'adeguamento strutturale e il rinnovo delle attrezzature riguarderà i pronti Soccorso, Dea di I e II Livello, compreso il Gemelli di Roma. Nello specifico sono queste le strutture coinvolte: Policlinico Umberto I, San Giovanni Addolorata, San Camillo Forlanini, Policlinico Tor Vergata, Sandro Pertini, Sant'Eugenio, Grassi di Ostia, Sant'Andrea, San Filippo Neri, Santo Spirito, e il SS. Gonfalone di Monterotondo. Tra le azioni previste nel pacchetto di interventi programmati dalla Regione per far fronte al Giubileo, c'è anche il potenziamento dell'Ares 118, attraverso l'incremento del parco ambulanze e l'assunzione di nuovo personale. Il 4 agosto scorso, il governatore Nicola Zingaretti ha annunciato l'avvio delle prime 200 assunzioni per il 118. "È la prima tranché di un

processo che, a partire dallo scorrimento delle graduatorie nel caso di reperimento di nuove risorse, comincia a rendere concreto il processo delle 800 assunzioni a tempodeterminato che abbiamo prospettato". E' previsto, inoltre, il potenziamento dell'Elisoccorso: passeranno da 6 a 38 i punti di atterraggio anche notturno per la città di Roma, di cui dieci sul Grande raccordo anulare, in collaborazione con l'Anas e i gestori delle aree di servizio. Tra gli altri interventi previsti nel pacchetto c'è, infine, l'attivazione di dieci Punti Medici Avanzati nei luoghi di massima affluenza: ovvero strutture sanitarie mobili che forniscono assistenza immediata in alternativa a pronto soccorso e ospedali. I punti disporranno di mezzi per il trasporto, stazione termica, materiale per l'allestimento del reparto sanitario e logistico, tende di supporto per il personale e gazebo destinati ad attività di supporto e logistiche.



Logo Giubileo 2015

Da novembre attivo il Numero Unico per le Emergenze NUE112

Il Presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti e il Prefetto di Roma, Franco Gabrielli il 31 agosto hanno effettuato un primo sopralluogo nei locali della ex Casa della Bambina Giuliano Dalmata (via Laurentina, civico 631) che ospiteranno la nuova Centrale Unica per le Emergenze di Roma e provincia.

Il nuovo NUE 112 (Numero Unico per le Emergenze) progetto promosso dalla Regione Lazio e finanziato con 3,5 milioni di euro, raccoglierà come indicato delle Direttive europee i quattro numeri per le emergenze: Carabinieri (112), Polizia di Stato (113), Vigili del Fuoco (115), Emergenza Sanitaria (118). Il nuovo NUE 112 consentirà un migliore coordinamento delle Forze dell'Ordine con una maggiore ottimizzazione delle risorse e degli interventi. Lo scorso 7 luglio è stato firmato un protocollo con il Ministro Alfano per l'attuazione nella Regione Lazio (seconda Regione dopo la Lombardia a dotarsi di una centrale unica) del numero unico di emergenza europeo secondo il modello della centrale unica di risposta. Secondo gli standard imposti dall'Europa la chiamata per l'utente deve essere gratuita e si deve essere in grado di dare risposte multilingue (almeno 12 lingue). In questa centrale lavoreranno 80 persone, personale regionale che si sta già provvedendo a selezionare e a formare. In funzione ci sono 15 postazioni che diventano 34 in situazioni di particolari emer-



Un momento del sopralluogo

genze o eventi. Secondo le stime compiute la centrale unica di risposta che servirà Roma e provincia (3,5 milioni di utenti) sarà in grado di gestire nell'arco delle 24 ore un traffico telefonico di circa 15 mila chiamate. L'adozione della nuova Centrale unica per le emergenze porterà un significativo miglioramento nei tempi di intervento (sarà possibile geolocalizzare le chiamate), la riduzione al minimo degli errori (filtrando le chiamate inappropriate) e la semplificazione garantendo la massima accessibilità sia cittadini italiani che stranieri. L'ex Casa della Bambina diventerà un vero e proprio polo per le emergenze, infatti la struttura ospiterà successivamente anche l'Agenzia regione di Protezione civile con gli uffici amministrativi, la Sala operativa e il Centro Funzionale. Il modello adottato nel Lazio sarà lo stesso già attivo in Lombardia, la più popolosa d'Italia, e che ha recentemente ricevuto dall'Associazione numero di emergenza europeo, l'importante riconoscimento del 112 Awards come "Miglior progetto di centrale unica di emergenza europea".



A novembre, giornata di studio dedicata all'infermiere di famiglia



Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

Il 17 novembre 2015, il Collegio Ipasvi di Roma ed il Cecri, Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca Infermieristica, organizzano una giornata di studi dal titolo: "La risposta ai bisogni di salute dei cittadini: il contributo dell'infermiere di famiglia e di comunità". Scopo precipuo dell'evento è di approfondire la tematica dell'evoluzione dei bisogni di salute e la ridefinizione dei paradigmi clinico-organizzativi in un contesto nazionale in cui la miglior continuità assistenziale deve essere frutto di assistenza erogata al cittadino nel suo quotidiano.

In tale contesto, nazionale dinamico, e in costante divenire, si delinea il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nell'ambito delle cure primarie quale risorsa strategica per garantire l'appropriata presa in carico dei cittadini sul territorio e per

una migliore continuità assistenziale.

Per l'occasione, si approfondiranno la tematica dell'evoluzione dei bisogni di salute nel contesto nazionale e in quello specifico di alcune regioni; ci si confronterà con il modello del *family nursing* (l'esperienza inglese); si delineerà il ruolo dell'infermiere nell'ambito delle cure primarie e, in particolar modo, dell'infermiere di famiglia e di comunità alla luce dell'evoluzione delle competenze infermieristiche; si favorirà il confronto e il dibattito sui temi della programmazione delle cure primarie in risposta all'evoluzione dei bisogni dei cittadini.

L'appuntamento è all'auditorium del ministero della Salute di viale Ribotta, 5 e godrà del patrocinio di: ministero della Salute; Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi e AIFeC.

La risposta ai bisogni di salute dei cittadini: il contributo dell'infermiere di famiglia e di comunità

17 novembre 2015

- Ministero della Salute -

Auditorium Biagio d'Alba

Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma -

Con il patrocinio di:

Ministero della Salute

Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

CARD

AIFeC

PROGRAMMA

8,00-8,30	Registrazione partecipanti
8,30-9,00	Saluti istituzionali e introduzione ai lavori <i>La risposta ai bisogni di salute dei cittadini: il contributo dell'infermiere di famiglia e di comunità</i> Moderatori: Ausilia Pulimeno - Stefano Casciato
9,00-9,30	<i>L'evoluzione dei bisogni di salute e la ridefinizione dei paradigmi clinico organizzativi nell'offerta sanitaria</i> (Gennaro Rocco)
9,30-10,30	<i>L'infermiere di famiglia: una ricerca nazionale</i> (Linda Lombi - Silvia Marcadelli)
10,30-11,30	<i>Il modello del family nursing nell'esperienza inglese</i> (Prof.ssa Sally Kendall)
11,30-12,00	<i>Le esperienze di infermieristica di famiglia nelle regioni italiane</i> (MG. Proietti - A. Stievano)

12,00-13,30 TAVOLA ROTONDA: *La programmazione delle cure primarie in risposta all'evoluzione dei bisogni dei cittadini: il contributo dell'infermiere di famiglia e di comunità*

Moderatore: Paolo Romano

Con: Presidente Federazione Nazionale IPASVI

Barbara Mangiacavalli

Presidente IPASVI Roma Ausilia Pulimeno

Presidente Regione Lazio Nicola Zingaretti

Dirigente Ministero della Salute Saverio Proia

Dirigente Ministero della Salute Alessandro Ghirardini

federazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) Gilberto Gentili

Rappresentante Tribunale per i Diritti del malato Tonino Aceti

13,30-14,00 Discussione con i partecipanti

14,00-14,30 Test di valutazione ECM e consegna attestati di partecipazione

Responsabili scientifici: Ausilia Pulimeno - Gennaro Rocco

Segreteria Scientifica: Stefano Casciato, Sally Kendall, Linda Lombi, Natascia Mazzitelli, Mariagrazia Montalbano, Maria Grazia Proietti, Alessandro Stievano, Carlo Turci, Maurizio Zega

Segreteria Organizzativa: Marco Tosini, Simonetta Bartolucci, Girolamo De Andreis, Maurizio Fiorda, Claudia Lorenzetti, Ilma Molinaro, Matilde Napolano, Cinzia Puleio, Francesco Scerbo

Partecipanti: 250

A Villa Carpegna l'evento Fine per discutere di Bioetica

Con il patrocinio della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, del Collegio Ipasvi di Roma, del Cecri, Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica, il 30 aprile scorso, si è svolto il Fine Workshop, voluto dalla Fédération Européenne des Enseignants en Sciences Infirmières, European Federation of Educators in Nursing Science, per: "Sviluppare le competenze degli studenti infermieri nell'etica".

Un tema quanto mai attuale per una professione che è tra le più quotate fra i giovani che si affacciano al mondo universitario e che non può stare che particolarmente a cuore all'Associazione Europea che promuove la qualità ed il professionismo nell'educazione infermieristica (Fine, presieduto da Jane Laure Danan), nonché al Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri).

Organizzare un workshop di questo genere per confrontarsi e dibattere sull'insegnamento nel *Nursing* per armonizzare - e migliorare - i curricula ed i programmi di studi sull'etica a livello europeo, è importante perché, come spiega **Ausilia Pulimeno**, presidente Ipasvi Roma: "E' questo il momento giusto per sviluppare la rete del sapere, per interconnetterci soprattutto a livello europeo. Le scelte e le metodologie del Fine sono condivisibili ed andrebbero, pertanto, condivise. Chi meglio degli infer-

mieri può applicare il pensiero bioetico alla pratica del lavoro quotidiano? In un contesto magmatico, laico e multiculturale come quello attuale, la globalizzazione potrebbe portare, e, in molti casi, porta, alla pluralità dei comportamenti, che non devono, però, mai dimenticare l'inalienabile diritto di tutti ad essere trattati con decoro, a non essere discriminati per alcun motivo. Anche nel caso del fine vita".

Ed è proprio al concetto del tenere sempre in evidenza il diritto alla dignità della persona (malata, o no) che, a Villa Carpegna, si è affrontato il tema della complessità nella salute e, conseguentemente, nel *Nursing* in un sistema-mondo, il nostro, in cui i dilemmi etici sono sempre più frequenti, specie nella pratica infermieristica.

Cosa possono fare, dunque, i professionisti sanitari? "Anzitutto – continua Pulimeno – la formazione infermieristica deve essere instradata, come per altre professioni, verso un approccio totale, a 360 gradi, alla persona. Non è sempre facile sensibilizzare i docenti dei corsi di Infermieristica verso la multidisciplinarietà della materia che insegnano. La Bioetica andrebbe inserita in ogni contesto di studio se si vuol cercare di diventare un professionista, cosiddetto, completo. Ma, credo, che nel caso degli infermieri sia addirittura imprescindibile. L'empatia, la capacità di 'vedere gli altri', di compatire, è una qualità, un *modus mentis* necessario da acquisire per tutti noi".

L'Unesco stesso ha determinato una sorta di prontuario con delle parole-chiave condivise che





afferiscono al concetto di Bioetica (quali: complessità, fiducia, integrazione, multidisciplinarietà) e la stessa, declinata a livello internazionale, si fonda su molti principi condivisi (l'informazione, il diritto alla privacy, le migliori pratiche possibili da attuare), che, però, non predeterminano il comportamento.

Il pensiero bioetico, e, di conseguenza, il comportamento che a questo si ispira, non contempla soluzioni preconfezionate che vanno bene per ogni occasione: va inserito – e scelto – al momento, nell'ambiente in cui bisogna operare, che, inutile dirlo, è sempre diverso.

“Il comportamento bioetico deve formare l'infermiere di domani – le ha fatto eco **Gennaro Rocco**, presidente Cecri – ed il nostro Centro di Eccellenza trova proprio nel contesto europeo la sua collocazione ideale, anche sotto questo aspetto. Nato nel 2010, questo organismo ha voluto coinvolgere quanti hanno interesse nella professione infermieristica ed è un'iniziativa perennemente *in progress*. Sono ben 134 i progetti di ricerca attivati che hanno coinvolto 12mila infermieri. I nostri servizi sono aperti a tutti, con banche-dati gratuite e on line, nonché un portale web dedicato”.

Una scommessa sempre aperta che il presidente onorario Dyanne Affonso, presente all'evento di villa Carpegna, continua a benedire, benché lei stessa all'inizio la considerasse: “una visione futuristica e quasi impossibile”.

Oggi, invece: “Il Cecri è riuscito a divenire un polo italiano importante per analizzare i cambiamenti della società e tradurli in un contesto sempre in movimento. L'etica insegna a tutti ad essere coraggiosi, equi, e gli studenti infermieri devono inserire corsi che facciano capo all'Etica nel loro Piano di studi, perché questa non è una cosa trascurabile in un percorso curriculare completo. Nell'Infermieristica come campo di formazione e nei luoghi di sofferenza in generale è necessario entrare in contatto col dolore degli altri. Oggi, in questa occasione, stiamo cercando di rispondere alle esigenze di una nuova etica per i malati e, ora più che mai, con i rigurgiti di razzismo e violenza di genere che si alzano da ogni Paese, non bisogna dimenticare l'umanità e quelle azioni che non so-

no scritte nei libri, ma che si imparano seguendo un cammino di maturazione scolastica ed umana. Gli infermieri sono chiamati ad avere ancora più coraggio, perché il loro compito consiste nel divenire anche un 'infermiere nel Mediterraneo', un luogo in cui la crisi dell'immigrazione clandestina richiama tutti ai valori della tolleranza e della fraternità”.

Per rispondere adeguatamente ai dilemma etici, si sente la forte esigenza di condividere le pratiche educative e identificare se alcune di loro sono più efficaci di altre.

Gli infermieri formati con competenze e metodologie; identificano i dilemma nella loro pratica quotidiana, analizzano con dovizia di particolari le varie situazioni che si presentano e, poi, decidono l'azione più appropriata.

È proprio per questo motivo che: “Assieme all'Associazione europea degli educatori infermieristici – ha chiosato **Alessandro Stievano** – bisogna contribuire attivamente alle attività della Cattedra Unesco di Bioetica”.



Gli infermieri ai mass media: non confondete la nostra professione

I "professionisti infermieri" chiedono aiuto ai "professionisti giornalisti".

Dopo l'ennesimo caso di disinformazione che riportiamo in questa pagina, il Collegio Ipasvi di Roma ha preso carta e penna per fare chiarezza sulla corretta utilizzazione del termine "infermiere" nella cronaca giornalistica. Parallelamente, la Federazione nazionale Ipasvi ha inviato a tutte le testate giornalistiche di carta stampata, agenzie, televisioni e radio, periodici, testate on line e specializzati, agli Ordini regionali dei giornalisti e alla Federazione nazionale della Stampa, una lettera in cui si chiede collaborazione ai media per evitare il ripetersi di una pratica frequente negli ultimi tempi: il termine "infermiere" è utilizzato a vario titolo per indicare operatori di altre professionalità che compiono atti e, spesso, illeciti o reati di varia natura. In sostanza negli ospedali (ma anche nei servizi sanitari sul territorio), sembrano esistere solo due categorie professionali da citare: medici e infermieri.



COLLEGIO PROVINCIALE
INFERMIERI PROFESSIONALI - ASSISTENTI SANITARI
e VIGILATRICI D'INFANZIA
di ROMA

Roma, 13/07/2015

Egr. Direttore "Il Messaggero"
Vito Germano Virman Cusenza
Via del Tritone, 152 - 00187 - Roma
Fax 06.4720665

E p. c. Capo Redattore Cronaca di Roma
E-mail: cronaca@ilmessaggero.it

Redazione web "Il Messaggero"
E-mail: redazioneweb@ilmessaggero.it

Gentile Direttore, Le segnalo un deprecabile errore che sta suscitando grande imbarazzo e risentimento tra gli infermieri di Roma iscritti a questo Collegio professionale.

Nella cronaca romana dell'edizione dell'11 luglio scorso, il Suo giornale riferisce di ausiliario accusato di aver palpeggiato un'anziana paziente nel reparto di Ortopedia dell'ospedale San Giovanni Addolorata. Lo fa confondendo la figura dell'ausiliario con quella dell'infermiere, tanto da titolare "Infermiere del San Giovanni palpeggia paziente di 80 anni: denunciato". Nel testo, inoltre, il protagonista della vicenda viene definito "un infermiere ausiliario dell'ospedale San Giovanni", inventando così una figura che non esiste.

Le ricordo che da quindici anni ormai gli infermieri sono laureati (in base alla Legge 251/2000 - Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) e che dal 2004 conseguono la laurea specialistica in Infermieristica (5 anni) per poter operare come responsabili esclusivi dell'assistenza sanitaria. Il personale ausiliario, invece, svolge mansioni di supporto all'attività ospedaliera e in nessun caso si occupa dei pazienti. Non distinguere tra le due figure è come scambiare l'insegnante con il bidello: inaccettabile per un organo d'informazione importante come quello da Lei diretto.

Sono quindi a rappresentarle il generale senso di risentimento che anima le numerose proteste ricevute dal Collegio IPASVI di Roma per la pubblicazione dell'articolo in oggetto. Gli infermieri romani sono stupefatti di essere indicati come responsabili di comportamenti infamanti anche quando sono estranei ai fatti.

La invito pertanto a rettificare la notizia in questione per rendere giustizia ai Suoi lettori e scongiurare un ulteriore pestaggio mediatico nei confronti di professionisti che, per come operano ogni giorno al fianco dei più deboli, certamente non lo meritano.

Confido un Suo rapido e risolutivo intervento e Le invio cordiali saluti.

La Presidente
Dott.ssa Ausilia M.L. Pulimeno



Ausilia M.L. Pulimeno

00192 ROMA - VIALE GIULIO CESARE, 78 - TEL. 06 37.51.15.97 - FAX 06 45.43.70.34
Codice Fiscale 80195030582 - www.ipasvi.roma.it - collegio@ipasvi.roma.it
Orario Ufficio: Lunedì - Giovedì ore 8,30 - 12,30 e 14,30 - 17,00 Martedì - Mercoledì - Venerdì ore, 8,30 - 12,30

ROMA VITERBO RIETI LATINA FROSINONE ABRUZZO MARCHE UMBRIA

Roma, infermiere del San Giovanni palpeggia paziente di 80 anni: denunciato

4,3mila
Condividi
14
Tweet
1
8+1

Roma, Massaggio hard durante la terapia. La paziente: «Mi ha violentato»

Ancona choc: si inietta tre farmaci: infermiere suicida in ospedale a Torrette

Un infermiere ausiliario dell'ospedale San Giovanni è accusato di avere

Obbligo per i professionisti di dotarsi della casella Pec

La posta elettronica certificata (Pec) è uno strumento che permette di dare ad un messaggio di posta elettronica lo stesso valore di una raccomandata con avviso di ricevimento.

La legge n.2/2009 ha introdotto, per le imprese e i professionisti, l'obbligo di dotarsi di una casella Pec: nello specifico, il comma 7 dell'art.16 della citata legge – coordinato ed aggiornato secondo le modifiche apportate – stabilisce che: *“I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Gli ordini e i collegi pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata”*.

I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato devono comunicare, quindi, ai rispettivi Ordini o Collegi il proprio indirizzo di Pec.

Le comunicazioni tra PA e professionisti possono avvenire attraverso la Pec senza che il destinatario debba dichiarare la propria disponibilità ad accettarne l'utilizzo. Dal canto loro, gli Ordini e i Collegi devono pubblicare in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di Pec.

Il termine per dotarsi della Pec per tutti i professionisti iscritti in un ordine o collegio, e quindi anche per tutti gli infermieri iscritti al Collegio Ipasvi, è decorso già dal 30 gennaio 2010 e il Collegio Ipasvi di Roma, sin da quella data, offre **gratuitamente a tutti i propri iscritti la casella Pec** (con dominio @PEC.IPA-SVI.ROMA.IT).

Nel 2013, è stato istituito l'Ini-Pec (Indice nazionale degli indirizzi di Posta elettronica certificata) presso il ministero dello Sviluppo Economico allo scopo di offrire un punto unico di accesso istituzionale in cui effettuare le ricerche degli indirizzi di Pec anche di tutti gli altri professionisti italiani. Non a caso, l'indice nazionale si compone di due sezioni: quella dei Professionisti e quella delle Imprese.

La sezione Imprese viene costruita a partire dall'estrazione massiva degli indirizzi di Pec e dei dati contenuti nel Registro delle Imprese, **mentre la sezione dei Professionisti viene co-**



struita a partire dagli indirizzi di Pec detenuti dalle migliaia di Ordini e Collegi professionali che svolgono la propria attività sul territorio italiano, come previsto dal decreto legge del 18 ottobre 2012, convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012 che ha sancito l'obbligo, da parte di tutti i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con Legge dello Stato, di attivare e comunicare la propria Pec agli Ordini o ai Collegi professionali di appartenenza.

In forza di tale decreto ministeriale, a partire dal 2013, ogni Ordine e Collegio operante sul territorio italiano deve comunicare all'Ini-Pec gli indirizzi Pec in proprio possesso.

Conseguentemente, la raccolta di questi indirizzi rientra tra le funzioni istituzionali del Collegio Ipasvi e ciascun iscritto ha l'obbligo di dotarsi di un indirizzo Pec, comunicandone al Collegio l'avvenuta attivazione, mentre, parallelamente, il Collegio Ipasvi vigilerà sul corretto adempimento di tale obbligazione.

Per dar pieno adempimento alla normativa vigente il Collegio Ipasvi di Roma ha deliberato che:

1) a partire dal 1.4.2015, al momento dell'iscrizione al Collegio, l'infermiere dovrà sottoscrivere anche la domanda di attivazione della casella Pec (messa gratuitamente a sua disposizione dal Collegio stesso) firmando il modulo (presente sul sito del Collegio alla sezione “Servizi agli iscritti”) con cui comunica l'adozione della predetta casella quale proprio indirizzo Pec che verrà comunicato alla Federazione nazionale Ipasvi per la successiva comunicazione all'Ini-Pec;

2) entro e non oltre la data del 30 giugno 2015, ciascun iscritto all'albo Ipasvi di Roma, dovrà attivare la casella Pec secondo le modalità indicate sul sito.

Stante la rilevanza pubblicistica della normativa, il Collegio ha stabilito che non potranno essere esaminate domande di iscrizione prive della domanda di attivazione della casella Pec e che verranno adottati provvedimenti disciplinari nei confronti degli iscritti che non provvedano ad attivare e a comunicare al Collegio il proprio indirizzo di Pec entro il 30 giugno 2015.

Tassa di iscrizione rimborsabile? La Cassazione riapre il caso

Anche gli infermieri che lavorano per una struttura pubblica possono sperare nel rimborso della tassa annuale d'iscrizione al Collegio Ipasvi?

A riaprire il caso è una sentenza della Corte di Cassazione (Sezione lavoro n. 7776 del 16/4/2015) che, in contrasto con una precedente pronuncia della Corte dei Conti, ha riconosciuto a un avvocato dipendente dell'Inps il diritto al rimborso da parte dell'istituto, secondo il principio che l'iscrizione all'Albo è funzionale all'esercizio della professione svolta nell'interesse esclusivo dell'ente ed è dunque quest'ultimo a doversene fare carico.

Il principio può estendersi anche agli infermieri dipendenti di strutture sanitarie pubbliche?

Probabilmente, per vedersi riconosciuto il diritto al rimborso, ciascun professionista dipendente dovrebbe intraprendere un'azione giudiziaria nei confronti della sua Azienda e attender-

ne l'esito. In alternativa, la legge dà la possibilità ai cittadini di costituirsi in giudizio attraverso una *classaction*. Insieme alla Federazione Ipasvi, siamo in attesa del parere richiesto al Ministero della Salute (organo vigilante). In ogni caso, per quantificare l'entità del rimborso che si intende richiedere, basta produrre un'autocertificazione che indichi gli importi della tassa d'iscrizione pagata negli ultimi cinque anni (per il Collegio di Roma gli importi sono i seguenti: 2010 €75,00; 2011 €75,00; 2012 €67,50; 2013 €62,50; 2014 €62,50; 2015 €62,50).

Il Collegio non rilascia certificati che attestino le somme versate, ma è a disposizione di tutti gli iscritti per verificare le quote pagate (tel. 06/37511597 collegio@ipasvi.roma.it). In ogni caso, come ribadito dalla Corte di Cassazione, il pagamento della tassa d'iscrizione è obbligatorio e va effettuato dal singolo professionista, in attesa di una sentenza specifica per gli infermieri, che obblighi l'Azienda a pagare per il proprio dipendente.

Trionfo del gruppo "Musica in cammino" al Festival nazionale delle psychiatric band

E' il prototipo di un infermiere sempre più protagonista dell'integrazione sociosanitaria quello che ha sbancato il IX Festival nazionale delle Psychiatric Band, formate da ragazzi con disagi mentali, che si è svolto il 18 luglio scorso a Cellere (VT). Preparazione, esperienza ma soprattutto cuore, gli ingredienti che hanno fatto breccia nella giuria chiamata ad assegnare il premio 2015 tra i dieci gruppi musicali finalisti in rappresentanza di altrettante realtà terapeutiche italiane. La musica rappresenta una fortissima leva per l'integrazione e la partecipazione emotiva di questi ragazzi perché consente di esternare quei sentimenti che

normalmente sono nascosti nel loro animo, soffocati dall'imbarazzo e dalla vergogna di comunicare coi "normali". La musica consente loro di "esistere agli occhi degli altri", di farli essere importanti, protagonisti dello spettacolo che oggi vivono sul palcoscenico, e che domani, speriamo, si replichi nella vita di tutti i giorni. La vittoria della Band "Musica in Cammino", della comunità terapeutico-riabilitativa "Urbana" della Asl Rm/B, premia il progetto lungimirante fortemente voluto dal dottor Mannu e dall'infermiere Marco Soricetti, coordinatore del gruppo musicale, che a un'esperienza ventennale nell'area dell'emergenza ha unito la sua passione musicale per sperimentare con successo le facoltà terapeutiche della musica sui giovani con disagio psichiatrico. Il progetto ha preso il volo grazie al mirabile impegno dell'intero team, della Coordinatrice infermieristica Lambiasi, dell'educatrice Fusillo e di Ciofani, della Responsabile infermieristica del Dsm De Marchis, del Responsabile medico Boccara, del dirigente delle Professioni sanitarie Porcelli, con l'aiuto determinante del dottor Saia e il sostegno del direttore generale della Asl De Salazar. Un orgoglio per tutta la comunità professionale romana che il Collegio saluta con un applauso collettivo, confidando che il management aziendale sostenga gli ulteriori sviluppi del progetto.



Polizza assicurativa Ecco lo stato dell'arte

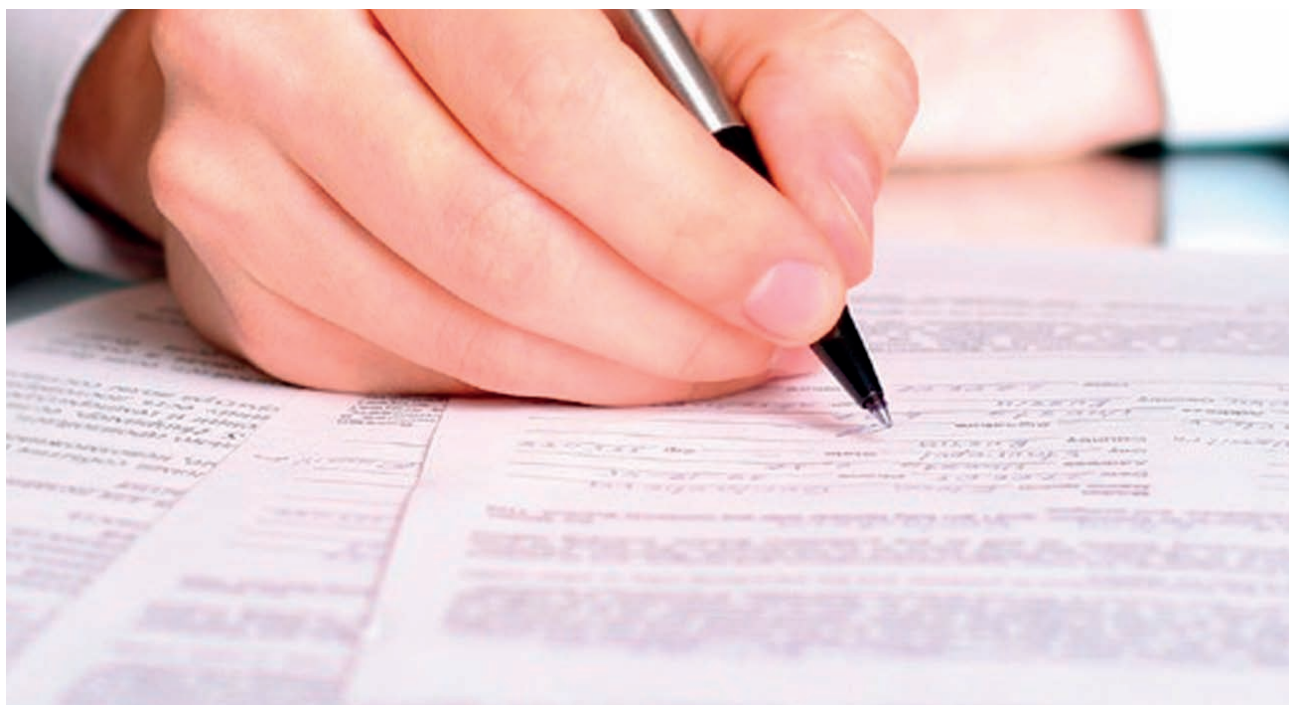
Come è noto, negli ultimi due anni lo scenario normativo in tema di responsabilità professionale e copertura assicurativa delle professioni sanitarie è profondamente mutato e non è ancora chiaramente definito.

L'obbligo assicurativo per i liberi professionisti sanitari non è scattato il 15/8/2014, ma è rimasto sospeso in attesa della definitiva approvazione del Decreto del Presidente della Repubblica sui requisiti minimi delle assicurazioni (come stabilito nel parere del Consiglio di Stato 468/2015 di risposta a un quesito posto dal ministero della Salute, trasmesso alle Federazioni di Ordini e Collegi). Invero il Consiglio di Stato, seguendo le tappe dell'introduzione dell'assicurazione obbligatoria per i liberi professionisti, estesa dalla legge 114/2014 alla libera professione intramoenia, ha deciso che l'obbligo assicurativo per gli "esercenti le professioni sanitarie non possa ritenersi operante fino a quando non sarà avvenuta la pubblicazione ed esaurita la *vacatio legis* del DPR previsto dal capoverso dell'art. 3 del DL 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189, che disciplinerà le procedu-

re e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi. Conseguentemente, sino ad allora, non potrà essere considerata quale illecito disciplinare la mancata stipula di una polizza assicurativa, da parte degli esercenti le professioni sanitarie".

In questo contesto la Federazione Nazionale IPASVI ha comunicato a tutti gli iscritti IPASVI che non appena sarà approvato il DPR contenente i requisiti minimi dell'assicurazione professionale procederà alla selezione (attraverso gara di appalto europea) del broker assicurativo cui affidare la scelta della polizza contenente le condizioni previste dalla legge e il miglior prezzo di mercato da offrire in convenzione a tutti gli iscritti IPASVI.

Tenuto conto dell'attuale contesto normativo ancora in via di definizione e del comunicato della Federazione Nazionale IPASVI, il Collegio di Roma ha valutato opportuno attendere la definizione del processo normativo e del percorso di selezione che sarà avviato dalla Federazione Nazionale non ritenendo utile proporre ai propri iscritti alcuna polizza assicurativa per rischi professionali prima del termine del predetto processo.



Ipasvi Cup 2015: il Vannini bissa il successo del 2010

Battendendo in finale la selezione del Collegio Ipasvi di Roma, la squadra dell'ospedale Vannini torna al successo finale nell'ottava edizione del torneo di calcio a cinque riservato agli infermieri e studenti infermieri di Roma. Come ogni anno, nella squadra allestita da Stefano Liporace e Nello Manzo, ha avuto un ruolo da protagonista Daniele Capri, vincitore della classifica cannonieri. Per il Collegio Ipasvi di contro non sono bastate le prestazioni dei consiglieri Maurizio Fiorda e Francesco Scerbo per permettere alla squadra organizzatrice di vincere il suo primo torneo. Con questa vittoria il Vannini ripete il trionfo nell'edizione 2010 e si porta a due titoli complessivi, insidiando – nell'Albo d'oro – il Cristo Re, detentore di tre trofei. Le due finaliste erano approdate all'atto conclusivo della manifestazione dopo aver battuto, in semifinale, le rappresentative degli ospedali Sandro Pertini e San Giovanni. Proprio le due squadre sconfitte in semifinale

hanno visto premiati i loro giocatori Alessandro Soricetti (Pertini) come miglior giocatore e Andrea Cosentino (San Giovanni) come miglior portiere dell'edizione 2015. Premiata infine con il premio fair-play, e con il conseguente diritto alla partecipazione al campionato nazionale "Nightingale", la squadra del Nursind Roma.

Albo d'oro IPASVI CUP

2008 - Cristo Re
2009 – San Filippo Neri
2010 - Vannini
2011 - Castelli Romani
2012 - Cristo Re
2013 - Nursind Roma
2014 - Cristo Re
2015 - Vannini



Vannini



Collegio Ipasvi Roma



Atletico Casilino



Nursind Roma



Tor Vergata



Sandro Pertini



San Giovanni



Associazione Infermieristica Transculturale

La formazione degli infermieri e le competenze nella pratica clinica

Negli ultimi anni, la formazione degli infermieri è cambiata in modo radicale e il dibattito sulle modalità più efficaci di trasmissione delle competenze nella pratica clinica

Nel volume si enfatizza l'importanza del ragionamento clinico nell'ambito del *nursing*.

Per diventare professionisti nell'assistenza infermieristica non basta acquisire conoscenze a livello scientifico, teorico e tecnologico, ma occorre anche utilizzare le conoscenze nei contesti pratici, collegando gli apprendimenti teorici alle situazioni reali dei pazienti e all'evoluzione clinica delle loro condizioni.

Questo passaggio, tuttavia, non è né automatico né spontaneo e richiede un adeguato "apprendistato", un *know-how* competente, calato nella realtà, che va appreso da altri professionisti in situazioni pratiche reali.

Di qui, l'importanza dei casi paradigmatici presentati nel volume che illustrano il concetto di apprendimento situato con esempi molto vicini all'esperienza di qualsiasi formatore nell'ambito del *nursing* e stimolano gli studenti a sviluppare il senso della salienza, il ragionamento clinico e l'immaginazione clinica necessari per diventare infermieri capaci e responsabili.

Il testo si inserisce nel vivace dibattito sulla formazione infermieristica, offrendo a studenti e professionisti spunti e rifles-



sioni per un radicale rinnovamento: permettendo di integrare le lezioni teoriche tenute in aula con l'apprendimento pratico svolto nel tirocinio, per l'occasione, viene enfatizzata l'importanza della capacità dell'infermiere di attuare il ragionamento clinico nel tempo, seguendo il cambiamento delle condizioni cliniche del paziente e la ricaduta che questo processo ha sulla consapevolezza dell'infermiere nei confronti delle condizioni cliniche dello stesso.

Proprio il ragionamento clinico fa sì che il professionista sanitario sia capace di valutare e titolare i dosaggi dei farmaci o altri interventi terapeutici che si basano sia sulle risposte dell'ammalato alle terapie, sia sulla coscienza del cambiamento delle proprie azioni in relazione al cambiamento delle condizioni del

paziente.

Indubbiamente, il volume presenta un modello di formazione americano ma è adattato e contestualizzato alla realtà italiana, grazie, soprattutto, al lavoro delle due curatrici.

*Patricia Benner, Molly Sutphen, Victoria Leonard, Lisa Day,
a cura di Loredana Sasso e Annamaria Bagnasco*

Formazione infermieristica.

Strategie per una trasformazione radicale

Masson-Edra Edizioni, 2015 pp. 256 (34,00 euro)

Un importante contributo alla formazione metodologica dei professionisti sanitari

Oggi, l'interesse delle Scienze Infermieristiche si è progressivamente orientato verso la ricerca qualitativa, e il volume di Sasso, Bagnasco e Ghirotto rappresenta un importante contributo alla formazione metodologica di quanti, anche in Italia, intendono dedicarsi a questo ambito di studi.

Gli autori approcciano le problematiche reali che "investono" quotidianamente la cura dei pazienti. Ciò ha ispirato la realizzazione di questo testo che, proprio grazie all'approfondimento delle conoscenze metodologiche nel campo della ricerca, potrà produrre un cambiamento migliorativo dei risultati assistenziali. Questo impegno è tanto più apprezzabile in quanto corrisponde all'esigenza

di fondare più solidi presupposti di

credibilità e di rigore della ricerca qualitativa, i cui approdi sono spesso considerati meno *evidence-based* di quelli propri della ricerca quantitativa.

Il volume prende avvio dall'esposizione dei motivi che spingono le Professioni Sanitarie a far propria detta ricerca, che mira a contribuire alla comprensione del significato e del senso delle esperienze di salute e malattia vissute dai protagonisti della cura nei diversi contesti sanitari.

Prosegue, illustrando le implicazioni etiche della ricerca qualitativa, approfondendone le problematiche più rilevanti e descrivendone le possibili strategie per risolverle, evocando così temi di grande rilievo come l'identità del ricercatore.

Affronta, infine, la più specifica trattazione dei diversi metodi della ricerca qualitativa, ponendo l'accento sul potere educativo e formativo della stessa pratica di ricerca.

Il rigore della trattazione trasmette al lettore un'idea di ricerca fondata non già su contrapposizioni o subalternità tra approcci quantitativi e qualitativi, bensì sulla scelta di metodi che si con-



formano alle specifiche domande di ricerca.

Per questa via, si giunge all'indicazione conclusiva dei metodi misti come possibilità di dialogo e confronto tra le diverse prospettive, i diversi metodi e le diverse professionalità.

Questo testo, oltre ad arricchire in modo significativo il panorama della letteratura scientifica infermieristica, costituisce un essenziale strumento di studio per quanti si avviano alla "costruzione" di specifiche competenze di ricerca. In particolare, gli studenti dei Dottorati che rappresentano una straordinaria risorsa per lo sviluppo scientifico delle discipline sanitarie nel nostro Paese e che hanno ben presente il potenziale formativo e auto-formativo della ricerca, così come la dimensione

etica, le questioni attuali legate alla prospettiva dei *mixed method* e l'impegno intellettuale della scrittura e, quindi, della divulgazione scientifica qualitativa.

Questo volume trova senso in relazione al processo di costruzione di pratiche cliniche *evidence-based* attente ai significati, ai vissuti e ai fenomeni della cura dal punto di vista del paziente, e non delle teorie e dei modelli già disponibili in letteratura.

Si tratta di pratiche cliniche informate dalla ricerca empirica qualitativa che divengono fertili terreni di confronto scientifico sui processi di verifica, validazione e rigore del fare scienza e del fare assistenza e cura. Ciò, tenendo ben presente la lezione anglosassone, imparando dagli errori commessi e dalle opportunità create.

Loredana Sasso, Annamaria Bagnasco, Luca Ghirotto

La ricerca qualitativa.

Una risorsa per i professionisti della salute

Edra Edizioni, 2015 pp.180 (19,00 euro)

La posizione di garanzia dell'infermiere addetto al triage di pronto soccorso alla luce della sentenza della Cassazione n. 11601/2015

In questo numero, analizziamo una recente sentenza con cui la Corte di Cassazione, affrontando il tema della responsabilità professionale nell'ambito del triage di pronto soccorso, ha annullato la sentenza di assoluzione dal reato di omicidio colposo pronunciata dalla Corte di Appello di Milano nei confronti di due infermieri.

Questi, in sintesi, i fatti da cui ha tratto origine la vicenda.

Un paziente veniva accettato in un pronto soccorso con algia sternale e gli veniva assegnato il "codice verde" dal personale infermieristico addetto al triage.

Dopo sei ore trascorse in sala d'attesa, il paziente si era accasciato per arresto cardiaco: sottoposto ad angioplastica coronarica, era deceduto a seguito di progressive complicanze.

All'infermiere in servizio nel turno pomeridiano veniva contestato di aver erroneamente assegnato il "codice verde" al paziente nonostante lamentasse un dolore toracico atipico, di aver omesso di monitorare le variazioni del paziente e di non aver segnalato al collega, al passaggio di consegne, la presenza di un paziente con dolore toracico in sala d'attesa.

All'infermiere in servizio nel turno successivo, invece, veniva

addebitato di non aver ripetuto il monitoraggio del paziente in sala d'attesa ogni 30-60 minuti.

In primo grado, i due imputati, ritenuti responsabili del decesso del paziente, venivano condannati: il Tribunale di Milano riconosceva il nesso di causalità tra la condotta (omissiva) posta in essere dagli imputati e l'evento morte verificatosi, ritenendo che, all'arrivo in pronto soccorso, l'infarto miocardico fosse già iniziato e che una diagnosi tempestiva avrebbe permesso di eseguire il medesimo intervento con esito diverso.

Un altro profilo di responsabilità veniva ravvisato nel non avere proceduto, dopo la prima attribuzione del "codice verde", e anche successivamente al passaggio di consegne, al monitoraggio della situazione, pertanto, ad un'adeguata rivalutazione del paziente. La Corte di Appello di Milano, chiamata a pronunciarsi a seguito del ricorso proposto dagli imputati, li assolveva, però, per non avere commesso il fatto.

In particolare, i giudici di secondo grado ritenevano non dimostrata, sulla base della documentazione sanitaria disponibile, l'erronea assegnazione del "codice verde" all'ingresso. Quanto alla omissione del monitoraggio, evidenziavano come dalle



risultanze processuali fosse emerso che il giorno del decesso del paziente si erano verificate numerose urgenze che avevano impedito di procedere alla rivalutazione delle persone presenti. Escludevano, infine, il nesso causale ravvisato dal Tribunale di primo grado, osservando che all'esito dell'esame autoptico era emerso che il processo infartuale era iniziato diverse ore prima dell'evento morte, con la conseguenza che anche il tempestivo intervento avrebbe lasciato comunque sussistere "non trascurabili percentuali di non sopravvivenza".

Avverso tale pronuncia veniva proposto ricorso per Cassazione. Con sentenza n. 11601/2015 la Suprema Corte di Cassazione ha completamente ribaltato, annullandola, la decisione di secondo grado, rinviando alla Corte di Appello di Milano il riesame del caso alla luce dei rilievi in essa contenuti.

E ciò sulla base delle motivazioni che, di seguito, si vanno brevemente ad illustrare.

In primo luogo, la Suprema Corte ha ritenuto carente di motivazione la pronuncia impugnata nella parte in cui aveva ritenuto corretta l'assegnazione del codice di triage e l'apparente mancanza di aggravamento del paziente durante la permanenza al pronto soccorso, limitandosi a fare riferimento alle risultanze del c.d. "bollettone" di Pronto Soccorso (documento, questo, di cui aveva tenuto conto anche il Tribunale di Milano giungendo però ad un opposto convincimento), senza tuttavia evidenziare il ragionamento argomentativo che aveva condotto all'integrale riforma della sentenza di primo grado.

La Cassazione, poi, ha censurato la sentenza della Corte di Appello nella parte in cui aveva affermato l'impossibilità, per gli infermieri, di eseguire la rivalutazione del paziente, in ragione della esigua presenza, quel giorno, di personale in servizio e dell'eccessivo afflusso di pazienti giunti in pronto soccorso. E ciò, nonostante dall'analisi documentale delle cartelle e dei prospetti riepilogativi degli ingressi dei pazienti eseguita nel corso del giudizio di primo grado fosse emerso che un'eventuale situazione di emergenza fosse semmai ravvisabile durante il turno notturno, e non anche durante quello pomeridiano in cui il paziente successivamente deceduto era arrivato al pronto soccorso.

In ogni caso (e veniamo, quindi, al nocciolo della pronuncia), la Cassazione ha escluso che l'infermiere in servizio nel turno pomeridiano potesse essere esonerato da responsabilità per l'omessa attuazione di una condotta doverosa ai fini vita umana, sul presupposto che il riconoscimento di una tale esimente "avrebbe richiesto una compiuta analisi riguardo alla presenza di medici e infermieri in rapporto all'affluenza delle presenze in pronto soccorso, considerando non solo il personale ivi addetto, ma anche le disponibilità delle forze presenti nell'intero ospedale. Ed invero deve ritenersi che spetti al personale del pronto soccorso allertare il personale dei reparti ove si verificano situazioni di emergenza tali da determinare la compromissione grave della salute dei cittadini bisognosi di cure di primo intervento, circostanza che in base alla compiuta valutazione delle risultanze probatorie non risulta emergere nella specie".

Ad avviso della Cassazione, pertanto, anche in caso di eccezio-



nale afflusso di pazienti presso il pronto soccorso, non potrebbe invocarsi alcuna esclusione di responsabilità del personale in servizio laddove, al verificarsi di una situazione di emergenza come quella di specie, non si sia proceduto, a seguito di una "compiuta analisi", ad allertare non solo il personale presente nel pronto soccorso ma anche quello impiegato nell'intero ospedale (cosa che non era avvenuta nel caso in esame).

Infine, la Cassazione ha contestato il ragionamento probabilistico seguito dalla Corte di Appello nell'escludere la sussistenza del nesso di causalità tra la condotta posta in essere dagli imputati e l'evento morte verificatosi. Al riguardo, richiamando i principi espressi dalle Sezioni Unite, si è affermato: "il rapporto di causalità tra omissione ed evento non può ritenersi sussistente sulla base del solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica, sicché esso è configurabile solo se si accerti che, ipotizzandosi come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa ed esclusa l'interferenza di decorsi causali alternativi, l'evento, con elevato grado di credibilità razionale, non avrebbe avuto luogo ovvero avrebbe avuto luogo in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva".

I principi sopra esaminati, con i quali la Cassazione ha notevolmente allargato i confini della posizione di garanzia in capo agli infermieri di provvedere alla salvaguardia della salute dei pazienti, consentono, dunque, di trarre le seguenti conclusioni: risponde del reato di omicidio colposo l'infermiere del pronto soccorso addetto al triage che pone in essere una condotta omissiva riguardo al monitoraggio delle variazioni delle condizioni del paziente, così come previsto dai protocolli di triage; nella fattispecie, non può trovare applicazione l'esimente dell'eccessivo afflusso di utenti rispetto al personale in servizio, di talché ogni qualvolta il personale infermieristico ometta di valutare adeguatamente la disponibilità delle unità presenti anche in altri reparti incorre in una responsabilità penale conseguente alla violazione dell'obbligo di garanzia su di esso incombente.



NORME EDITORIALI

Quali regole seguire per pubblicare un articolo su "Infermiere Oggi"

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli direttivi. Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) introduzione; 3) materiali e metodi; 4) risultati; 5) eventuali discussioni; 6) conclusioni; 7) bibliografia.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet <http://www.icmje.org>).

Il vantaggio dell'uso del Vancouver Style è nel fatto che la lettura di un testo non interrotto dalla citazione risulta più facile e scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola²) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine dell'elaborato. Il Vancouver Style prevede:

- iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome;
- iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citati;
- in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

CITAZIONI DA INTERNET

Per citare un articolo su una rivista on line, è bene riportare: cognome, nome. "Titolo Articolo." Titolo Rivista. Volume: fascicolo (anno). Indirizzo internet completo (con ultima data di accesso).

Per un documento unico disponibile in rete: Titolo Principale del Documento. Eventuale versione. Data pubblicazione/copyright o data ultima revisione. Indirizzo internet completo (data di accesso).

FIGURE E TABELLE

Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità; saranno numerate progressivamente in cifre arabe e saranno accompagnate da brevi ma esaurienti didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento. Diagrammi e illustrazioni dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da permetterne la riproduzione senza modificazioni.

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

et al. per indicare altri autori dopo il sesto nelle bibliografie.

L'acronimo è un genere particolare di abbreviazione. La prima volta che si incontra un acronimo in un testo è sempre necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi - ad es. Associazione Raffredati d'Italia (Ari).

Evidentemente, ciò non vale per sigle oramai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti - ad es. Usa e non U.S.A.

DATE E NUMERI

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1° gennaio (non 1 gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.

I numeri da uno a dieci vanno scritti in lettere (tranne che nelle date!). Per tutti gli altri, l'importante è separare sempre con un punto i gruppi di tre cifre. Per le grosse cifre "tonde", usare "mila", "milioni" e "miliardi" invece di "000", "000.000", "000.000.000".

PAROLE STRANIERE

Le parole straniere vanno sempre indicate in corsivo, soprattutto se non sono ancora entrate nell'uso comune italiano. Se si decide di usare un termine straniero, è bene ricordare che non si declina mai (ad es. i computer e non i computers).

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

Gli autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato al Collegio Ispasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

SANiT

XII Edizione



Il Villaggio del Benessere

e...



Ingresso gratuito

20 - 21 - 22
Novembre 2015

Palazzo dei Congressi
Piazzale Kennedy, 1
Roma, Eur

Con il patrocinio di

della Rappresentanza in Italia



Direzione Scientifica

Segreteria Organizzativa

SANiT

Forum Internazionale della Salute
www.sanit.org

 **SÈADAM**
SERVIZI

Piazza Sallustio 9, Roma
06.4817254
info@seadam.it