

# *m* infermiere oggi



Anno XV - N. 2 - Aprile-Giugno 2005 - 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

periodico di idee, informazione e cultura del Collegio Ipasvi di Roma

Organo Ufficiale di Stampa  
del Collegio IPASVI di Roma

**Direzione - Redazione - Amministrazione**  
Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA  
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

**DIRETTORE RESPONSABILE**  
**Gennaro Rocco**

**SEGRETERIA DI REDAZIONE**  
**Nicola Barbato, Stefano Casciato, Mario Esposito,**  
**Matilde Napolano, Carlo Turci**

**COMITATO DI REDAZIONE**  
Bertilla Cipolloni, Rodolfo Cotichini, Maurizio Fiorda,  
Maria Vittoria Pepe, Francesca Premoselli,  
Maria Grazia Proietti, Ausilia M.L. Pulimeno,  
Emanuela Tiozzo, Marco Tosini.

Rivista trimestrale gennaio/marzo 2005  
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  
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 90  
del 09/02/1990

**FOTO: MARIO ESPOSITO**

STAMPA: GEMMAGRAF EDITORE  
00193 Roma - Lungotevere Prati, 16  
Tel. 06 687.98.67 - Fax 06 687.52.70  
e-mail: info@gemmagraf.191.it



ASSOCIATO  
ALL'UNIONE  
STAMPA  
PERIODICA  
ITALIANA

Finito di stampare: Giugno 2005

Tiratura: 25.000 copie

"*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.

### 1 EDITORIALE

di **Gennaro Rocco**

### 3 SETTE RISPOSTE SETTE

Duecento infermieri dirigenti hanno incontrato l'assessore alla Sanità della Regione Lazio Augusto Battaglia. Gli impegni per arginare l'emergenza infermieristica e sbloccare le assunzioni. Le cifre della crisi

### 11 Intervista al Ministro della Salute Francesco Storace

"INFERMIERI. ECCO I MIEI IMPEGNI"

### 13 Intervista al Senatore Cesare

Cursi, Sottosegretario al Ministero della Salute  
"CARI INFERMIERI, ABBIATE FIDUCIA"

### 17 2005 Viaggio di Studio in Brasile 27 Maggio-5 Giugno

di **Laura Sabatino, Alessandro Stievano, Gaetano Romigi**

### 32 L'infermiere in terapia intensiva neonatale: un ponte tra due

diversi mondi-i genitori e il neonato pretermine  
di **A. Andruccioli, I. Dall'Oglio**

### 41 Indennizzo 210/92

Un diritto dell'operatore sanitario  
di **Massimiliano Conforti**

### 42 Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI)

di **Issa El-Hamad, Maria Chiara Pezzoli**

### 55 Il difficile cammino

di un'associazione: A.N.O.T.E.  
di **J. Patricia Burga**

### 57 L'angolo dei media

### 59 Recensione libro

di **Stefano Casciato**

### 60 Infermieri in rete

di **Fabrizio Tallarita**

## Spesa farmaceutica: è anche affare nostro

di Gennaro Rocco

Che in Italia la spesa sanitaria sia in costante aumento è un dato di fatto. Come pure è inconfutabile che, all'interno di questa, la spesa farmaceutica pesi non poco. L'imperativo è tagliare i costi; il risultato è grandi polemiche e spesa alle stelle. Eppure è un punto essenziale, condizione base per assicurare una copertura sanitaria adeguata ai cittadini. E' evidente che la necessità di ridurre la spesa complessiva non può essere riversata sul capitolo dei servizi e degli ospedali, se non per colpire forme di abuso e sperpero che pure esistono e che, in quanto tali, vanno contrastate.

La sanità pubblica è cosa di tutti, un bene prezioso per i singoli e per la comunità. Provate allora a chiedere ai cittadini, informandoli sugli effetti, se concordano con i tagli alle spese ospedaliere, se condividono la riduzione dei fondi da destinare ai servizi ambulatoriali e territoriali, se approvano il ridimensionamento degli esami clinici e diagnostici. Vi risponderanno di no: alla salute non si rinuncia. E allora discutere su come comprimere la spesa farmaceutica non appare un'idea così balzana. Vero è che i tentativi di contenere le prescrizioni, come l'aver posto un limite alle confezioni farmaceutiche prescrivibili dal medico, non ha dato finora risultati apprezzabili. Non per questo, però, si può desistere dal perseguire l'obiettivo. Il dibattito divampato in questi mesi sulla possibilità di prescrivere non già le confezioni ma la

singola dose del farmaco non sembra peregrino o fine a se stesso. D'altra parte, così accade già in molti dei Paesi a sanità avanzata. Una strategia che, se pure non risolutiva del problema, può certamente contribuire alla causa della riduzione della spesa farmaceutica. E neppure l'introduzione dei ticket è valso ad evitare l'escalation dei costi. Semmai ha solo spostato una parte del peso economico dalle casse dello Stato alle tasche dei cittadini. Un peso che non può essere assolutamente ignorato.

L'allungamento della vita media e il concomitante incremento delle patologie croniche e degenerative pone nuovi interrogativi sotto l'aspetto economico e colpisce soprattutto la fascia di popolazione più debole: gli anziani. Sono sempre di più le persone che non possono permettersi di curarsi al meglio, dovendo lesinare perfino sulla spesa in farmacia. E' questo un dato sociale non trascurabile e potenzialmente esplosivo, nei confronti del quale è indispensabile, anche per le sue implicazioni etiche e morali, individuare una soluzione, una via d'uscita.

Il recente decreto del Ministero della salute che introduce la possibilità per le farmacie di praticare sconti sulla vendita dei prodotti da banco, continua a suscitare polemiche non sempre comprensibili. Avvertiamo poi una serie di resistenze all'idea di ampliare la rete distributiva dei farmaci oltre quella tradizionale delle farmacie, così come avviene già da molti anni

in Europa e in Nord America. Ma in Italia, al solito, la logica del profitto travalica quella del buon senso, a scapito di chi i farmaci, e non certo per vezzo, è costretto ad usarli. E ad acquistarli.

Per affrontare un problema cruciale e complesso come questo, non è lecito rifugiarsi in soluzioni miracolose che in realtà non esistono. Nessuna misura, da sola, è in grado di farlo. Dunque l'approccio deve necessariamente essere diverso, multilaterale. Ben venga allora lo sconto sui farmaci da banco, ben venga anche una più ampia rete distributiva capace di generare quella concorrenza che oggi manca e che finisce per alimentare strategie commerciali di "cartello" fra le grandi multinazionali del farmaco. Misure come queste e altre ancora possono concorrere al raggiungimento dell'obiettivo.

Soprattutto, però, occorre premere sull'acceleratore dell'educazione, della sensibilizzazione e dell'informazione. E non solo nei confronti dei cittadini. L'anello centrale della catena commerciale legata al farmaco resta quello dei medici che lo prescrivono, a volte non in modo scrupoloso. Risulta utile, allora, arginare il fenomeno delle prescrizioni improprie, im-

pedendo alle industrie farmaceutiche di promuovere i loro prodotti attraverso metodi immorali quanto diffusi. Come quello dei viaggi premio o dei congressi "all inclusive" a chi prescrive in via preferenziale farmaci di una certa marca. E' ora di finirla! Non è accettabile che il fardello generato da questo ignobile sistema ricada sulle spalle dei cittadini più bisognosi e indifesi: i malati.

Per quanto ci riguarda, auspichiamo il pugno duro dello Stato contro questa deprecabile pratica. Di più. Siamo disposti a metterci in gioco anche su questo fronte. Gli infermieri non sono soltanto i somministratori del farmaco, ma in questo campo hanno competenze e capacità per esercitare il ruolo di educatori e di informatori. Siamo pronti a dare il nostro contributo nella formazione e nell'educazione sanitaria dei cittadini, un settore questo che ci compete e per il quale siamo noi stessi formati, in linea con la nuova figura professionale dell'infermiere di famiglia, di comunità, scolastico e dei luoghi di lavoro.

Come sempre, non ci tiriamo indietro. Tanto più quando in gioco c'è il benessere dei cittadini, specie dei più fragili.

## in pillole

### **LA RABBIA FA MALE AL CUORE**

Il cuore degli uomini soffre per gli accessi di collera e l'indole perennemente imbronciata. Uno studio pubblicato sulla rivista *Circulation* dimostra infatti che i maschi vanno incontro con probabilità superiore del 30% ad aritmie e fibrillazione atriale quando hanno un carattere facile all'irritabilità e all'aggressività e

un 20% di probabilità in più rispetto ai calmi di morire per problemi cardiaci. Secondo quanto riferito da Elaine Eaker, della Eaker Epidemiology Enterprises di Chili, nel Wisconsin (Usa), esprimere le proprie emozioni può non sempre assumere una valenza positiva, soprattutto quando queste emozioni sconfinano nella rabbia. Lo studio in questione ha preso in considerazione i dati sanitari di 1.769 uomini e 1.913 donne con un'età media di 48 anni.

---

# Sette risposte Sette

Duecento infermieri dirigenti hanno incontrato l'assessore alla Sanità della Regione Lazio Augusto Battaglia. Gli impegni per arginare l'emergenza infermieristica e sbloccare le assunzioni. Le cifre della crisi

---

**U**n'emergenza che non accenna ad attenuarsi e che anzi si va aggravando di anno in anno. La carenza di infermieri nelle strutture sanitarie pubbliche e private del Lazio ha raggiunto ormai la soglia critica. Il rischio che interi reparti ospedalieri debbano essere chiusi e che diversi servizi sanitari non possano più garantire i livelli minimi di assistenza è quanto mai reale, aggravato ulteriormente dal periodo feriale estivo. Né conforta la tendenza in atto, con un numero di infermieri neo-laureati che non riesce a coprire neanche la metà di quelli che vanno in pensione o che ottengono il trasferimento in altre regioni. Un'emergenza che, finora, è stato possibile arginare solo attraverso l'assunzione di infermieri extracomunitari, non senza problemi legati soprattutto alla lingua e alla comunicazione. E' il preoccupante quadro emerso lo scorso 18 luglio nell'incontro che l'assessore regionale alla Sanità del Lazio Augusto Battaglia ha avuto a Roma con 200 infermieri dirigenti provenienti dall'intera regione. I

quali hanno ribadito le loro richieste, articolandole in sette punti precisi, per poter affrontare l'emergenza e rilanciare l'assistenza sanitaria nella regione. E non solo per quanto riguarda la carenza di personale.

Il presidente del Collegio Ipasvi di Roma Gennaro Rocco, a nome del Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio, ha svolto un'articolata relazione snocciolando le cifre, indicando i problemi più urgenti e suggerendo le relative soluzioni. <Nelle strutture sanitarie pubbliche e private della regione, nel campo dell'assistenza domiciliare e in quello dei servizi territoriali - ha spiegato il presi-



L'assessore alla Sanità del Lazio On.le Augusto Battaglia e il Presidente del Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio Gennaro Rocco



632 (242 da Tor Vergata, 220 da La Sapienza, 152 dalla Cattolica, 18 dal Campus Biomedico), meno della metà del necessario per sostituire il personale che ha cessato il servizio. Finora - ha aggiunto il presidente del Collegio Ipasvi di Roma - si è riusciti ad evitare la chiusura di reparti e servizi solo ricorrendo agli infermieri extracomunitari». Nei primi sei mesi del 2005, gli infermieri extracomunitari iscritti ai cinque Collegi provinciali Ipasvi del

dente Rocco - operano circa 30 mila infermieri; un numero nettamente insufficiente a garantire la qualità dei servizi erogati se non attraverso un sacrificio abnorme della categoria, sottoposta a turni ripetuti e consecutivi, carichi di lavoro eccessivi e stressanti, oltre a una lunga serie di mansioni improprie. Di fatto, nelle piante organiche delle Aziende sanitarie e ospedaliere del Lazio mancano circa 4 mila infermieri, per un rapporto di 5,5 infermieri per mille abitanti contro il 7,7 della media europea».

Rocco ha descritto inoltre una tendenza in rapido peggioramento: «Il turnover infermieristico nella regione, tra pensionamenti e trasferimenti, si attesta attorno alle 1.500 unità all'anno. Di questa quota che la sanità regionale perde annualmente, solo una piccola parte riesce ad essere rimpiazzata. Nel corso del 2004, infatti, i nuovi infermieri laureati dalle quattro università della capitale sono stati appena

Lazio risultano essere circa 3.500. «Ricorrere a questi ultimi - ha precisato Rocco - comporta però una serie di problemi, spesso legati alla lingua, con oggettive difficoltà di comprensione e comunicazione tra i colleghi».

Gli infermieri dirigenti hanno chiesto e ottenuto dall'assessore Battaglia l'impegno prioritario della Regione per lo sblocco progressivo delle assunzioni e dei concorsi per infermieri. Non solo. Il titolare della Sanità laziale ha condiviso le





preoccupazioni della categoria per la persistente crisi delle vocazioni infermieristiche tra i giovani, assicurando l'apporto del suo assessorato per rilanciare l'immagine della professione, il suo

appeal e per venire in aiuto delle scuole sedi di formazione infermieristica, alle prese con una profonda crisi di carattere economico e finanziario. <La crisi in cui versano le scuole di formazione infermieristica, il principale bacino di utenza delle sedi universitarie alle quali forniscono il 90% degli studenti e strutture nevralgiche dell'intero sistema formativo infermieristico - ha rimarcato Rocco - è decisamente preoccupante. Già molte delle 30 scuole del Lazio convenzionate con le università hanno comunicato ufficialmente di essere prossime alla chiusura per mancanza di fondi, come nel caso di quelle operanti nelle Asl Rm/A e Rm/C e nelle Aziende ospedaliere San Filippo e San Camillo. Ancor più grave appare la situazione di molte sedi di formazione classificate o private, come Fbf, Bambino Gesù, Smom,





possesto di una specifica laurea specialistica o del titolo Dai>. Dal canto suo, l'assessore Battaglia ha assicurato un suo rapido intervento sui direttori generali delle Asl e delle Aziende ospedaliere per l'immediata attivazione dei Dipartimenti dell'assistenza.

Battaglia ha inoltre affermato di condividere le preoccupazione degli

infermieri circa il corretto utilizzo delle figure sanitarie di supporto all'attività infermieristica, come quella dell'Oss. <E' fondamentale fissare ogni anno il reale fabbisogno degli Oss - ha

Santa Lucia, Cattolica, Suore della Misericordia, Figlie di San Camillo. Chiediamo dunque che la Regione Lazio torni a finanziare queste sedi formative, come avveniva regolarmente prima della trasformazione in corsi universitari, erogando una retta di almeno 3 mila euro all'anno per studente. E' poi necessaria la revisione del protocollo d'intesa tra Regione e università, fermo ormai dal 1997>.

Gli infermieri dirigenti del Lazio hanno inoltre sollecitato il decollo della Dirigenza infermieristica e dei Dipartimenti dell'assistenza. <I ritardi nell'attuazione di una seria politica di revisione organizzativa - ha motivato Rocco - ha determinato situazioni disastrose in alcune strutture, sia in termini economici che di efficienza e di soddisfazione del personale e degli utenti. Chiediamo alla Regione di attivare in ogni Asl e Azienda ospedaliera del Lazio due specifici dipartimenti: quello dell'Assistenza per le professioni infermieristiche ed ostetriche e quello delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, guidati da dirigenti con un'anzianità di servizio di almeno 5 anni e in





sottolineato il presidente Rocco - attribuire loro mansioni svolte oggi impropriamente dagli infermieri, evitare assolutamente di considerare questa come una figura sostitutiva dell'infermiere, formare tali figure professionali esclusivamente nelle sedi di formazione infermieristica e sotto il diretto controllo degli infermieri, dai quali gli Oss dovranno poi essere coordinati e guidati>. Articolata la richiesta degli infermieri laziali anche

per quanto riguarda il capitolo dell'Ecm che ha bisogno di nuove regole e nuove condizioni operative. <Attualmente i corsi Ecm sono troppo pochi e i Piani formativi aziendali, laddove esistono, non soddisfano il bisogno formativo di tutto il personale - ha spiegato Rocco - Gli infermieri sono spesso costretti a frequentare corsi esterni, facendosi carico di tutte le spese e fuori dall'orario di servizio, con scelte che, di conseguenza, avvengono più in base alla comodità e al tempo disponibile che non alle effettive esigenze formative>. Tra le soluzioni, gli infermieri indicano l'attivazione di corsi aziendali, l'assegnazione di specifiche risorse finanziarie al programma Ecm, il ricorso a strumenti più moderni come la formazione a distanza, l'e-learning e l'autoformazione. E insistono sulla necessità di attivare gli ambulatori infermieristici, sull'esempio di alcune esperienze avviate in diverse

Asl della regione con ottimi risultati, e sullo sviluppo della figura dell'infermiere di famiglia per la gestione ottimale dei pazienti affetti da patologie croniche, sempre più numerosi con l'aumento della popolazione anziana. <Lo sviluppo della territorializzazione dell'assistenza e della continuità assistenziale è tra le priorità del mio mandato - ha replicato l'assessore - Vi chiedo perciò la massima collaborazione e il necessario supporto affinché questi intenti possano divenire presto realtà nella nostra regione>.

Infine, gli infermieri dirigenti del Lazio hanno ottenuto dall'assessore Battaglia

l'impegno per l'istituzione di un Osservatorio regionale sulle professioni sanitarie per la verifica costante della situazione riferita al personale e dell'applicazione di norme e disposizioni. <Mi pare un'ottima idea per verificare l'impatto e i risultati delle diverse iniziative che andremo ad assumere, compresa la difficile ma necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera - ha commentato Battaglia - Il compito che ci siamo prefissati non è certamente facile né possiamo confidare in una soluzione rapida di tutti i problemi. Con il vostro aiuto, però, il Lazio può farcela. Aiutatemi, aiutiamoci reciprocamente>.

## **IL TESTO DEL DOCUMENTO CONSEGNATO ALL'ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE LAZIO**

*Egregio Assessore,*

*a nome dei 30 mila infermieri che operano nel Lazio La ringraziamo per questo incontro. Siamo consapevoli che la Sua lunga militanza nel mondo dell'assistenza sociale La rende particolarmente vicino alla professione infermieristica, alla sua mission, al ruolo che questa esercita nella società al fianco dei cittadini. E' dunque questa un'occasione importante per augurarLe di poter portare nella gestione della sanità laziale i frutti della Sua esperienza e per rappresentarLe speranze e croci della categoria, confidando in un rapporto di collaborazione serrato e proficuo.*

*L'impegno da Lei assunto al vertice della sanità regionale è certamente gravoso. Lo è tanto più oggi che le questioni sollevate dagli infermieri sono ormai divenute emergenze. A Lei chiediamo dunque un impegno forte e convinto sulle questioni ancora aperte. Da tempo, attraverso un confronto continuo e l'incessante lavoro di relazione dei Collegi provinciali IPASVI, gli infermieri del Lazio hanno individuato una griglia di priorità riferite alle scelte di politica sanitaria regionale e all'organizzazione dei servizi. Lo hanno fatto dalla loro ottica, quella di protagonisti principali dell'assistenza, che pone al centro le necessità assistenziali del cittadino. Sono molte tuttavia le richieste rimaste inascoltate e gli impegni non mantenuti.*

### **ASSISTENZA E TERRITORIO**

Oggi l'assistenza sanitaria è orientata sempre più a fornire prestazioni fuori dalle strutture sanitarie tradizionali e a concentrarsi sul territorio. Occorre investire sulla continuità assistenziale, fornendo servizi adeguati alle varie fasi della cura, dalla diagnosi alla fase post-terapeutica, con un piano di assistenza senza soluzione di continuità. Su questo fronte, gli infermieri appaiono pronti a mettersi in gioco.

Chiedono però di non essere lasciati soli. Chiedono di sviluppare la territorializzazione dell'assistenza con servizi resi al cittadino dove questo vive e opera, incrementare le strutture specialistiche per l'assistenza, far decollare l'assistenza domiciliare, aumentare le attività di promozione della salute, impiegare le competenze infermieristiche fuori dall'ambito ospedaliero o ambulatoriale (nei luoghi lavoro, nelle scuole, nei centri sportivi, nelle unità produttive), utilizzare gli infermieri nei processi di educazione alimentare, nella diagnosi precoce, nella prevenzione generale, nelle attività di educazione alla salute. Gli infermieri rappresentano una risorsa insostituibile di una sanità moderna ed efficace. Hanno fatto passi da gigante sul piano della formazione, della competenza e dell'autonomia. Sono però piuttosto sfiduciati. Troppo spesso assistono all'evidente difficoltà di tradurre le nuove scelte legislative nel concreto. Ciò finisce per svilire le aspirazioni di crescita professionale che stanno faticosamente rincorrendo e per generare un senso di scoramento generale che non favorisce l'erogazione di prestazioni all'altezza delle attese.

### **EMERGENZA INFERMIERISTICA**

Sulle altre situazioni critiche svetta la drammatica carenza di personale infermieristico, da cui deriva un onere eccessivo per gli infermieri in servizio costretti a sopportare prestazioni professionali improprie, turni massacranti e consecutivi, frutto spesso di "precettazioni" indispensabili a garantire il livello minimo di assistenza. E' la conseguenza del perdurante blocco del turn-over che negli anni ha condotto a paurosi vuoti negli organici delle Aziende. La stessa Regione Lazio calcola in circa 4.000 i posti vacanti nelle piante organiche delle sue Asl. Un problema, questo, che non risparmia l'ospedalità privata, sempre più spinta ad avvalersi di infermieri extracomunitari per poter assicurare il servizio. Affrontarlo significa rinforzare subito gli organici, utilizzare in via prioritaria le prestazioni aggiuntive degli infermieri, estendere il ricorso alla libera professione intramoenia, attivare contratti a termine senza attendere le lungaggini dei concorsi.

### **SEDI DI FORMAZIONE INFERMIERISTICA**

Il saldo annuale del turn over infermieristico nelle strutture sanitarie del Lazio resta pesantemente negativo, con circa 1.500 infermieri in quiescenza o trasferiti per poco più di 600 studenti che conseguono il titolo che li abilita alla professione. Il che aggrava la già scarsa dotazione organica della sanità pubblica. Per invertire la tendenza occorre puntare con decisione sulla formazione dei giovani, investendo risorse economiche ed energie in tale direzione. La promozione della figura infermieristica deve essere più incisiva, con iniziative e campagne d'informazione che avvicinino i ragazzi alla professione. Va regolata con urgenza la questione dei fondi alle sedi convenzionate con l'università, sia pubbliche che private, per la formazione degli infermieri; molte di queste infatti non ricevono finanziamenti da oltre 6 sei anni e rischiano di dover sospendere l'attività. Si rende anzi necessario un adeguamento della quota regionale per ridurre i costi che gravano sugli studenti. Lo strumento delle borse di studio può incentivare l'iscrizione ai corsi di laurea in Infermieristica.

### **SERVIZI INFERMIERISTICI E DIPARTIMENTI DELL'ASSISTENZA**

Altra nota dolente per gli infermieri è quella dell'autonomia professionale. All'esordio formale dei Servizi Infermieristici non è seguita un'attuazione concreta significativa e alcuni buoni esempi realizzati a Roma stentano a realizzarsi altrove. E anche l'attivazione dei Dipartimenti dell'assistenza è rimasta al palo. C'è bisogno di modelli organizzativi diversi dagli attuali, spesso inadeguati. Abbiamo contezza di quanto il cittadino chiede al Sistema Sanitario Regionale e di quanto, per contro,

non riusciamo a garantire. I tempi, gli orari, i ruoli ai quali il cittadino deve sottostare non si rivelano all'altezza. E troppo spesso gli infermieri si imbattono in una mentalità e una cultura organizzativa tutt'altro che funzionale alla qualità della prestazione assistenziale da erogare. Le chiediamo pertanto di voler dar corso agli impegni assunti in campagna elettorale per un impulso decisivo all'attivazione dei Servizi Infermieristici e dei Dipartimenti dell'Assistenza in tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione.

### **PROGRAMMA ECM**

Poche professioni sanitarie hanno dimostrato di saper cogliere la sfida dell'ECM quanto quella infermieristica, che svolge un ruolo di primo piano in seno alla Commissione Regionale per l'ECM. Ma l'impegno che la categoria profonde nel campo dell'aggiornamento ricade per intero sulle spalle e sulle tasche degli infermieri, costretti a sopportare gravi disagi logistici, economici e di orario per frequentare i corsi. Da tempo sollecitiamo l'attivazione degli eventi ECM nelle singole Aziende, a cura e a spese di queste, utilizzando personale docente interno per contenere i costi e tagliare l'offerta formativa sulle specifiche esigenze aziendali. E' importante inoltre sostenere quei professionisti che intendono frequentare corsi di specializzazione e master, dare impulso alla formazione complementare finanziando corsi specialistici per rispondere all'esigenza formativa post-diploma e di progressione della carriera.

### **IL RUOLO DEGLI OSS**

All'infermiere è attribuito il ruolo di esperto della globalità assistenziale, referente diretto della persona nel suo complesso, del processo di cura, della presa in carico del malato, delle diverse fasi curative e assistenziali. L'infermiere deve rendersi capace di rispondere a tutti i bisogni della persona malata: dall'aspetto informativo, a quello relazionale, fino ai rapporti con la famiglia dell'assistito. Il percorso formativo attuale consente agli infermieri di operare adeguatamente in tale direzione sulla base di conoscenze e competenze specifiche. In questo contesto, l'utilizzo distorto delle figure professionali di supporto all'attività infermieristica, come nel caso degli OSS, può rivelarsi assai pericoloso. Il miglioramento dell'assistenza non può infatti realizzarsi in base a criteri quantitativi piuttosto che qualitativi. Gli Operatori Socio Sanitari possono certamente coadiuvare gli infermieri, supportarli nella loro azione, ma non certo sostituirli. E' dunque sciagurato pensare di poter arginare l'emergenza infermieristica ricorrendo a tali figure professionali.

### **L'OSSERVATORIO REGIONALE SULLE PROFESSIONI SANITARIE**

L'istituzione di un osservatorio regionale sulle professioni sanitarie può rivelarsi particolarmente utile per monitorare costantemente l'applicazione e l'efficacia dei provvedimenti adottati in materia, rilevando dagli stessi operatori gli eventuali correttivi migliorativi e per misurare l'effettivo fabbisogno di personale sia nelle strutture pubbliche sia in quelle private e procedere con una programmazione corretta.

*Gli infermieri del Lazio Le sottopongono questi problemi  
con animo fiducioso per una loro pronta soluzione.  
Offrono a tal scopo la loro fattiva collaborazione e tutto il loro impegno.  
A Lei, egregio Assessore, chiedono di non essere delusi.*

---

## Intervista al Ministro della Salute Francesco Storace “Infermieri, ecco i miei impegni”

---

**T**re questioni cruciali per gli infermieri: la carenza degli organici, l'utilizzo delle figure di supporto, l'adeguamento dei compensi. Sono i temi su cui “Infermiere Oggi” ha sollecitato il neo ministro della Salute, che anticipa i suoi progetti e assume impegni precisi.

**Ministro Storace, nonostante l'adeguamento normativo e i provvedimenti-tampone degli ultimi anni, la carenza di infermieri nelle strutture sanitarie pubbliche e private resta a livelli di emergenza. Gli impegni che si sono succeduti per la copertura degli organici non hanno avuto effetti concreti e gli infermieri sono costretti a misurarsi con turni ripetuti e carichi di lavoro massacranti che pregiudicano la qualità e la tempestività dell'assistenza infermieristica. La situazione resta allarmante e anzi tende ad aggravarsi. Come è possibile arginare l'emergenza e invertire la tendenza? Quanto tempo occorrerà e che impegni può assumere in proposito?**

<Non sempre è possibile conciliare la quantità con la qualità, ma è questo un obiettivo al quale dobbiamo continuamente tendere. Certamente, la necessità di garantire ai cittadini prestazioni sanitarie di alto livello induce a non modificare l'attuale percorso di studio universitario per le professioni infermieristiche che finalmente ha consentito, proprio at-



traverso una formazione specifica, di elevare la professione dell'ex infermiere professionale al livello di professione intellettuale. Anche il riconoscimento di titoli conseguiti all'estero, in Paesi comunitari ed extracomunitari, punta ad assicurare sempre la qualità delle prestazioni sanitarie. Infatti, è consentito l'ingresso nel nostro

Paese solo a personale in possesso di un'adeguata formazione.

La formazione incide sulla qualità, dunque. Ecco perché, già negli anni scorsi, il Ministero della Salute ha chiesto al Ministero dell'Istruzione di aumentare l'offerta formativa delle varie Università. Purtroppo, gli effetti di ciò si produrranno solo fra tre anni e comunque, mi risulta che le richieste siano state accolte solo parzialmente.

Va detto, però, che più recentemente il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, al fine di colmare la carenza che ogni anno si verifica tra la domanda e l'offerta di formazione di diverse figure professionali dell'area socio-sanitaria, tra le quali il personale infermieristico, ha preso in esame la possibilità di ricorrere alla formazione universitaria a distanza per gli insegnamenti teorici e alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale per il tirocinio pratico>.

**Gli infermieri sono preoccupati per la tendenza che va manifestandosi sull'utilizzo distorto delle figure sa-**

**nitare di supporto all'assistenza. E' il caso degli OSS, a cui molte Aziende Sanitarie e Ospedaliere tendono a ricorrere in luogo del personale infermieristico, pure assai carente. Ne consegue una pericolosa perdita in professionalità e qualità dell'assistenza, con rischi crescenti a carico dei cittadini e degli stessi infermieri. Ha motivi per rassicurare gli uni e gli altri?**

<La tutela della salute è un diritto sancito dalla Costituzione e, dunque, per lo Stato è un dovere assolverlo. Alla luce di ciò, va sottolineato che il delicato settore dell'assistenza e della cura del malato è aperto a tutti gli operatori sanitari che intendono contribuire all'assolvimento di questo dovere. Ciò significa, però, che ciascuno deve operare nell'ambito della propria professionalità e delle proprie competenze senza, ovviamente, invadere i ruoli e le funzioni di altre figure operanti in sanità. Gli ambiti di attività di ogni operatore sono definiti dalle leggi e dai regolamenti, occorre solo farli rispettare. In questo senso, il ruolo della Federazione e dei Collegi professionali è fondamentale>.

**La professione infermieristica ha acquisito lo stato giuridico pieno di professione intellettuale, titolare dell'assistenza sanitaria al malato, specialistica, dotata di autonomia, con una**

**formazione di livello universitario, attiva anche nella ricerca, nella prevenzione e nell'educazione sanitaria. Ma al passo da gigante compiuto dalla categoria nell'ultimo decennio non ha corrisposto un riconoscimento economico adeguato. Così anche l'appello che la professione esercita sui giovani ne risente, ostacolando il ricambio generazionale e disegnando uno scenario a tinte fosche per i prossimi anni. Che ne pensa?**

<Una volta avviate le trattative per il prossimo rinnovo contrattuale, mi farò carico di verificare con il ministro dell'Economia e con l'Aran la possibilità di trovare soluzioni utili ad un adeguato e legittimo riconoscimento economico della professione infermieristica>.

**Quale messaggio si sente di inviare agli infermieri all'inizio di questo suo nuovo importante incarico?**

<Malgrado le difficoltà in cui versa oggi la categoria, invito tutti gli infermieri ad avere fiducia nelle istituzioni che, attraverso una produttiva collaborazione con gli organismi rappresentativi, cercheranno soluzioni condivise per dare risposta alle problematiche più urgenti. A tal fine, saranno gradite proposte e contributi che, vi assicuro, saranno esaminati con la massima disponibilità e attenzione sia da parte mia sia dalle strutture ministeriali competenti>.

## in pillole

### LE RUGHE DEL DNA

Il fumo e i grassi non provocano solo tumori e malattie cardiache, ma hanno fra gli altri effetti nocivi anche quello di invecchiare il Dna di chi coltiva per lungo tempo tali abitudini. Lo sostiene una ricerca condotta su un campione di oltre mille donne da Tim Spector, del St Thomas' Hospital di Londra, pubblicata sulla rivista The Lancet. A fare le spese del consumo di sigarette e cibi grassi sono i telomeri, cioè le sequenze poste alle estremità delle molecole di Dna con la funzione di pro-

teggerle dal logoramento.

Con il passare del tempo, i telomeri si usurano a loro volta, e nel caso di obesi o fumatori, questo processo avviene molto più rapidamente: il campione studiato di donne obese mostra infatti un invecchiamento biologico maggiore di nove anni rispetto al normale e quello delle fumatrici incallite (un pacchetto al giorno per 40 anni) di sette anni. Secondo gli autori della ricerca, tale effetto sui telomeri contribuisce a spiegare perché queste condizioni aumentino notoriamente il rischio di malattie legate all'età, come quelle cardiache.

---

## Intervista al Senatore Cesare Corsi, Sottosegretario al Ministero della Salute

# “Cari infermieri, abbiate fiducia”

---

**I**l progetto di trasformare i Collegi professionali in Ordini e le sue conseguenze sulla categoria infermieristica; il nuovo percorso di carriera degli infermieri; il tema della docenza e delle cattedre universitarie specifiche. Su questi argomenti abbiamo chiesto il parere del Sottosegretario al Ministero della Salute Cesare Corsi.



**Senatore Corsi, è all'esame delle Camere una proposta di legge per la trasformazione dei Collegi professionali in Ordini. A che punto è il suo iter? Qual è la sua idea in proposito e quali prospettive sono prevedibili per gli infermieri?**

<La Proposta di legge (A.S. 3236) per l'istituzione degli Ordini professionali per le professioni sanitarie è all'esame della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, in sede referente. Attualmente è in discussione congiuntamente ad altri tre disegni di Legge (A.S. 1645, A.S. 1928 e A.S. 2159) i cui testi sono stati unificati in un solo schema e sono stati nominati relatori del provvedimento unico i senatori Di Girolamo (DS) e Salini (FI). Nella seduta pomeridiana del 21 giugno 2005 sono stati illustrati gli emendamenti ed è stato rinviato il successivo esame dell'articolato unificato. La trasformazione dei Collegi professionali, attualmente previsti dalle norme vigenti in Ordini è indice inequivocabile della volontà di equiparare in

ogni senso le professioni sanitarie ex comma 3 art. 6 del D.L.gs. n. 502/92 a quelle storicamente già consolidate come i medici, i farmacisti, gli odontoiatri, ecc. Dunque, anche per gli infermieri si prospetta una rinnovata affermazione di pari dignità professionale con tutti gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale, per poter

adempiere al meglio ad una sanità attuata in equipe multidisciplinare, ormai superata dalla concezione del lavoro diviso per compiti>.

**La seconda parte della Proposta di legge per la trasformazione dei Collegi in Ordini prevede un nuovo percorso di carriera per la figura infermieristica contemplando, oltre ai ruoli dirigenziali nell'organizzazione e nel management (caposala e dirigenti), anche una carriera di tipo clinico, per la quale è previsto il possesso obbligatorio di un titolo di studio aggiuntivo (il master). Qual è il suo pensiero in proposito?**

<In Italia la professione di infermiere ha acquisito dal 1992 ad oggi uno stato giuridico all'avanguardia in Europa, sia come professione intellettuale sia come titolare dell'assistenza sanitaria al malato, con una formazione di base di livello universitario che consente una evoluzione anche con una classe di laurea specialistica. Ciò offre la possibilità agli infermieri di essere attivi nella ricerca,

nella prevenzione e nell'educazione sanitaria. Analogamente, si ritiene che lo sviluppo della figura infermieristica debba proseguire con il giusto riconoscimento di una attività elevata anche in campo clinico, in una ottica consolidata di integrazione con gli altri professionisti sanitari. Ma questa ulteriore evoluzione non può prescindere dal conseguimento di una specifica formazione accademica che consenta all'infermiere di arricchire il proprio bagaglio di conoscenze e di professionalità>.

**Ritiene di poter aiutare gli infermieri nella costruzione di un percorso accademico che valorizzi il loro ruolo anche nel campo della docenza, istituendo ad esempio delle cattedre universitarie specifiche? E in che modo?**

<Quanto già detto in materia di formazione universitaria per gli infermieri potrebbe essere completato sia istituendo degli insegnamenti specifici impartiti direttamente da personale infermieristico

collocato a pieno titolo nella docenza universitaria, sia riconoscendo agli infermieri la presidenza dei relativi corsi di laurea. Alcune esperienze sono state già attivate, ma il numero dei corsi di laurea di base per infermieri è tale che sarebbe auspicabile una più larga diffusione delle responsabilità accademiche primarie per i professionisti più qualificati>.

**Quale messaggio si sente di inviare agli infermieri all'inizio di questo suo nuovo importante incarico?**

<Malgrado le difficoltà in cui versa oggi la categoria, invito tutti gli infermieri ad avere comunque fiducia nelle istituzioni le quali, attraverso una proficua collaborazione con i loro organismi rappresentativi, ricercheranno soluzioni concordate per dare risposta alle più urgenti problematiche. Sotto questo profilo torneranno gradite proposte e contributi che verranno esaminati con la massima disponibilità da parte mia e delle strutture ministeriali competenti>.

in pillole

## **POLMONE, IL CANCRO IN ROSA**

Dagli ultimi dati epidemiologici pubblicati dalle autorità sanitarie degli Stati Uniti emergono confortanti risultati sul versante della guerra ai tumori polmonari. Infatti, negli americani di sesso maschile l'incidenza del cancro al polmone è scesa da 72.5 casi per

centomila (1984) a 47 casi per centomila (1999). Sono invece in controtendenza i dati relativi alla popolazione femminile. Infatti, mentre nel 1992 sono stati registrati 30.2 casi per centomila, l'incidenza relativa al 1999 è pari a 32.3 per centomila.

Al momento, i ricercatori non sono in grado di chiarire le ragioni del fenomeno, come sottolinea lo studio pubblicato dal periodico Chest nello scorso mese di marzo.

**L'inserto**

**2005**

**Viaggio  
di Studio  
in Brasile**

**27 Maggio**

**5 Giugno**



---

# Aspetti organizzativi, clinici, formativi e di ricerca nella cultura infermieristica brasiliana

---

di Laura Sabatino, Alessandro Stievano, Gaetano Romigi

## LA CONTRADDIZIONE BRASILIANA

Io non so perchè  
L'essere più puro come il bimbo  
Ancora una volta venga maltrattato  
Da una realtà brasiliana così cruda e  
contraddittoria  
Io non so perchè le giovani donne  
Perdano la loro verginità  
Con tanta semplicità e violenza allo  
stesso tempo

**Tiziana Reggio**

**È** da molti anni ormai che il Collegio Ispasvi Roma per implementare lo scambio di conoscenze e competenze infermieristiche con altri paesi, organizza "viaggi studio" nei quali il gruppo infermieristico italiano, costituito da circa 35 persone, effettua esperienze di scambio proficue sia sul piano intellettuale che sul piano dei costumi e delle abitudini. Quest'anno abbiamo scelto il Brasile, non solo per l'indiscutibile bellezza di un paese che i brasiliani definiscono, a ragione per la sua grandezza (circa 30 volte l'Italia), un continente, ma soprattutto per l'incredibile ricchezza professionale di cui il Brasile è portatore. Il nostro viaggio è cominciato in quel di Rio de Janeiro ... incantevole località adagiata sull'Oceano Atlantico dove, sebbene sia inverno, il sole splende sereno e sovrano, i 30c° sono la norma, insomma, è per noi piena estate non-

ostante l'umidità. Il 30/05/05 dopo avere attraversato il *sambodromo*, aver visto molte *favelas* o *comunidad*, come le chiamano i nativi, che come piccoli presepi si arrampicano su tutti i *morros* della città, e dopo essere passati accanto al *jardin* zoologico, andiamo a visitare l'Ospedale Universitario Pedro Ernesto di Rio (HUPE) che si trova nel quartiere Villa Isabel nella direzione di Jacarè. Arriviamo nell'aula magna dell'ospedale dove ad accoglierci c'è il direttore della scuola infermieri Sergio Correa Marquis con altri dirigenti infermieri. Dopo il saluto di rito e l'introduzione ai lavori, e dopo averci informato che è da poco passata la "settimana infermieristica" che in Brasile è un evento regolato da norme ben precise, caratterizzato da varie commemorazioni svolte all'interno della **facultade de enfermagem** (facoltà di infermieristica), a tutti i partecipanti è stata consegnata una documentazione bilingue sui lavori presentati e una simpatica tessera di infermieri onorari dell'HUPE.

La parola è passata subito alla Prof. Dr Helena Maria S. Leal che ci ha parlato del Sistema Sanitario Brasiliano (SUS), della sua legislazione e della sua organizzazione. Il sistema Unico di Salute brasiliano ha molti aspetti analoghi a quello italiano, il servizio è gratuito per tutti i cittadini e notevole importanza è data agli aspetti di prevenzione delle malattie endemiche tipiche del paese.



Conferenza nell'ospedale universitario Pedro Ernesto dell'Università di Rio de Janeiro.

Essendo il Brasile un paese immenso ci sono alcune diversità di offerta di servizi tra il nord più povero ed il sud est (regione di Rio, S. Paolo, Rio Grande do Sul) più ricco. Anche se il Brasile ha un enorme percentuale di giovani rispetto a paesi come l'Italia, anche qui si comincia a notare un certo invecchiamento della popolazione anche se bisogna ricordare che la media di vita degli uomini è circa 67 anni e leggermente più alta è quella delle donne. La mortalità infantile, d'altro canto è molto elevata con punte del 37% nel nord est (regioni di Bahia, Pernambuco, Piarà, Maranhao, etc.) e del 17% nel sud-est, con una media del 25,6% nell'intero territorio. Stante queste cifre di mortalità infantile e visitando le strutture sanitarie pubbliche, capiamo come circa il

40% degli abitanti del Brasile (i più abbienti) preferiscano pagare un piano di assistenza privata, il cui costo varia sulla base dei servizi offerti, soprattutto nelle grandi città, dove gli ospedali pubblici hanno difficoltà a funzionare bene anche per l'ampio bacino d'utenza, a fronte di scarse risorse umane e materiali investite in questo settore.

Tuttavia, non c'è una separazione totale tra sistema pubblico e privato, infatti, alcuni servizi (emo-

dialisi, etc.) sono forniti esclusivamente da ospedali pubblici. Dal punto di vista legislativo il Brasile ha tre sistemi di regolazione:

*Un sistema federale che si occupa di centri d'eccellenza dove si eseguono trapianti ed interventi medico-infermieristici ad elevata tecnologia,*



Un momento dell'incontro nell'Hospital Universitario Pedro Ernesto dell'università di Rio de Janeiro

*Un sistema statale (dei singoli stati di cui è costituito il Brasile) che si occupa di ospedali di media complessità, Un sistema comunale, il livello più vicino ai cittadini che si occupa di programmi di salute per la famiglia tramite équipes integrate tra medici, infermieri, agenti di comunità, etc..*

Dopo aver enfatizzato la necessità di gestire meglio le dinamiche politiche che esistono anche nel sistema sanitario brasiliano, la Prof. Dr Helena Maria S. Leal ha lasciato la parola al direttore della scuola infermieristica Prof. Sergio C. Marques, il quale ci ha parlato della struttura organizzativa dell'ospedale Pedro Ernesto che è il nosocomio collegato dell'Università statale di Rio de Janeiro.

Il Padre Ernesto è un nosocomio di 541 posti letto ed è un ospedale che offre molti servizi specialistici tra cui : chirurgia vascolare, cardiocirurgia, neurochirurgia, ginecologia, oftalmologia, ortopedia, urologia, otorinolaringoiatria, pediatria, malattie infettive etc.. Il prof Marquis che è anche il direttore infermieristico dell'HUPE, ci illustra l'organigramma dell'ospedale con particolare attenzione all'articolazione del dipartimento di infermieristica che è in staff al Manager dell'ospedale. Le unità totali infermieristiche dell'ospedale ammontano a circa 1100 unità tra infermieri con *graduação* (laureati) circa 220, *tecnicos de enfermagem* (figure infermieristiche tecniche) circa 500 e *auxiliares de enfermagem* (ausiliari di infermeria) circa 400. Vedremo in seguito il livello di formazione di queste 3 figure infermieristiche e il ruolo ricoperto all'interno dell'assistenza nonché la possibilità di proseguire la formazione con corsi di specializzazione, corsi di *mestrado* e dottorati di ricerca. Il Prof. Sergio C. Marques conclude la sua relazione ricordando l'opera della direttrice della facoltà di infermieristica, l'infermiera Thiresinha Hobrega da Silva, dell'Università di Rio de Janeiro, che è anche direttrice di tutto il centro biomedico dell'università di Rio, composto dalla facoltà di Medicina, di Odontoiatria, di

Biologia, dalla facoltà di Infermieristica, etc). La nostra meraviglia a questo punto cresce sentendo un'infermiera direttrice di una facoltà di infermieristica che è anche direttrice congiunta di tutte le facoltà biomediche (in Italia tale fatto ci sembra un'utopia: attualmente, infatti, non esiste alcuna facoltà di nursing, pertanto, non ab-



Traduzione appassionata da parte di un interprete italiana trasferitasi da molti anni in Brasile.

biamo neanche infermieri che rivestono il ruolo di presidenti al corso di laurea in infermieristica!!).

La parola è poi passata all'infermiera laureata, Abilene Gouveia, coordinatrice dell'unità operativa di ostetricia e ginecologia, che ha presentato il Progetto "Hospital Amigo da Criança" (l'ospedale amico dei bambini ); un progetto elaborato già dal 1991 per favorire l'allattamento al seno attraverso 10 passi sequenziali di una metodologia consolidata a livello internazionale. 319 ospedali brasiliani prendono parte a questa iniziativa. L'ultimo intervento della proficua mattinata è stato effettuato dalla infermiera Graciete S.

Marques, coordinatrice dell'unità operativa di chirurgia generale, che ci ha parlato del ruolo e delle competenze



Mapa geografica del Brasile.

dell'infermiere tecnico all'interno del reparto di chirurgia, dell'elevata percentuale di chirurgia proctologica svolta dal dipartimento per il quale lavora enfatizzando, soprattutto, la metodologia scientifica con la quale gli infermieri dell'unità operativa erogano assistenza, utilizzando il processo di nursing così come descritto chiaramente da una importante infermiera brasiliana degli anni 80 del '90 Wanda de Aguiar Horta. Dopo la serie di relazioni prestabilite ed il dibattito sui concetti presentati, siamo stati accompagnati all'interno dell'ospedale universitario per visitare le varie unità operative che abbiamo poi confrontato con quelle degli ospedali privati successivamente visitati e che, purtroppo, non offrono lo stesso livello

di comfort e accoglienza.

Dopo un volo notturno da Rio de Janeiro a S. Paulo arriviamo a notte, stanchi ed abbastanza affamati nella città paulista ma con il pensiero sollecitato dal fatto che l'indomani avremmo visto una delle più efficienti strutture sanitarie del Sud America l'Instituto de Ensino e Pesquisa "Albert Einstein" dell'Università Israelita di Salute. Nel percorso in pulmann scopriamo l'immensità della città paulista con i suoi 20 milioni di abitanti i suoi innumerevoli grattacieli e le immancabili *favelas*.

L'ospedale fondato il 20/09/1955 con 450 letti e 5000 collaboratori medici, infermieri, tecnici etc., è una delle massime istituzioni ospedaliere dell'America Latina ed è una struttura inserita in un meraviglioso quartiere residenziale.

L'ospedale è il primo temporalmente accreditato dalla Jcaho al di fuori degli Stati Uniti. Oltre all'ospedale la fondazione Albert Einstein ha un istituto di ricerca ed insegnamento e l'istituto israelita di responsabilità sociale.

Dopo la calorosa accoglienza della direttrice infermieristica dell'ospedale Drssa. Anna Margherita Bork, respon-



Visita nelle unità operative dell'Hospital Universitario Pedro Ernesto di Rio de Janeiro.



Foto di gruppo nell'atrio dell'ospedale Albert Einstein di S. Paulo.

sabile dell'assistenza all'Hospital A. Einstein, siamo stati informati sul suo ruolo gestionale nel dipartimento infermieristico del nosocomio; nel suo lavoro è coadiuvata da 20 dirigenti infermieri, 390 infermieri laureati e 988 tra infermieri tecnici ed ausiliari, questo personale infermieristico collabora all'assistenza di circa 30.000 pazienti ricoverati all'anno, all'esecuzione di circa 26.000 interventi chirurgici e 326.395 esami diagnostici sempre per anno. La parola è passata, quindi, all'infermiera Dr.ssa Cristina Mizoi del *Treinamento em Saùde* che ci ha parlato più approfonditamente della struttura delle varie unità operative insite nel nosocomio tra cui: endocrinologia, cardiocirurgia, urologia, chirurgia plastica (che è una specialità chirurgica

molto praticata in Brasile), otorinolaringoiatria, etc., dell'organigramma del dipartimento infermieristico e soprattutto degli indici di qualità assistenziale utilizzati nel nursing. Tra di essi abbiamo potuto distinguere tra indicatori prettamente amministrativi e organizzativi (il tasso di assenteismo, il rapporto tra personale di assistenza e singolo malato nelle diverse unità operative, l'indice di turn-over assistenziale), ed indicatori clinici che sono stati

ripresi dagli indicatori di qualità consigliati dall'ANA, come l'indice di flebite dopo pratica intravenosa (rispettando specifici standard dell'intravenous nursing society), l'indice di caduta dei pazienti, l'indice di contenzione per pazienti con disorientamento spazio-temporale, l'indice per misurare l'insor-



Un momento della conferenza all'ospedale Albert Einstein di S. Paulo.

genza di ulcere da pressione nei pazienti a rischio, etc..

La parola è poi passata alla Dra. Elisa Reis del *Departamento de Prática Assistencial* che ci ha Presentato il Centro Studi per lo sviluppo e la Ricerca dell'Istituto sottolineando il fatto che la ricerca condotta ad alti livelli si focalizza sulla sperimentazione farmacologia all'interno del nosocomio e delle 3 unità collegate all'Albert Einstein, che sono l'unità diagnostica situata nel barrio di Jardins sempre a S. Paulo, l'unità avanzata di Alphaville e la struttura per la riabilitazione Villa Mariana. Inoltre, ha sottolineato che il suo dipartimento ha nella sua mission *l'ensino*, cioè, si deve interessare della formazione continua di tutto il personale sanitario e organizza corsi di formazione continua in vari campi di interesse sanitario tramite anche la modalità dell'e-learning che è in via di sviluppo.

Dopo la visita ad alcune unità operative della struttura dove abbiamo notato un'eccellente qualità strutturale e clinico assistenziale paragonabile ai più avanzati ospedali nord americani, abbiamo ripreso il bus per un breve tratto di strada ed abbiamo visitato la facoltà di infermieristica dell'Albert Einstein,



Protocollo per la prevenzione delle cadute all'interno di una unità operativa di geriatria.

una facoltà privata, con un'elevatissima qualità didattica e di docenza. La direttrice della facoltà di infermieristica ci ha illustrato le caratteristiche del corso di laurea in infermieristica offerto dalla scuola di salute Albert Einstein che offre tra l'altro corsi di master.

Il corso che ha una durata di 4 anni offre la possibilità a 50 studenti ogni anno di iscriversi ed è composto da una parte teorica e da una parte pratica, il tirocinio di circa 1300 ore. In totale il corso è di circa 3700 ore con un costo di circa 997 real al mese, costo abbastanza elevato anche per la classe brasiliana media (circa 300 euro al mese), le borse di studio coprono circa



Aula di esercitazione nella facoltà di infermieristica dell'ospedale Albert Einstein.

il 20% delle spese di ogni studente meritevole.

Nel corso di laurea insegnano infermieri (15) e medici (10) ed esiste la valutazione dei docenti. Ogni 10 studenti c'è un tutor d'aula che segue da vicino il tirocinio degli studenti. Nella scuola ci sono aule attrezzate di tirocinio aule con computer collegati alla rete, ed una corposa biblioteca infermieristica con numerose riviste e libri d'infermieristica in portoghese ed in inglese.

La direttrice ci spiega che esiste anche il funzionamento della scuola per infermieri tecnici, biennale, non si svolge a livello universitario ma negli ultimi anni della scuola secondaria superiore brasiliana e che non è offerta dal centro didattico dell'Albert Einstein. Tra i circa 140 studenti presenti nella struttura la quasi totalità (95%) è di sesso femminile connotando, quindi, una certa prevalenza del sesso femminile ad intraprendere la professione infermieristica anche se la percentuale dei maschi negli ultimi anni sta aumentando considerevolmente.

Il giorno seguente, dopo un breve tragitto in pulmann, siamo arrivati alla *Escola de Enfermagem* dell'Università di S. Paolo dove abbiamo visitato la facoltà di Infermieristica dell'Università federale brasiliana. Questa università, esistente da circa 60 anni, è pubblica, finanziata dal governo dello Stato di San Paolo. Nei locali sede della scuola è avvenuto l'incontro con una delegazione rappresentata dalla dott.ssa Annamaria Chiesa del Dipartimento di salute collettiva, nonché docente della facoltà di infermieristica.

Ci è stata illustrata la formazione di base: accedono al corso di laurea quegli studenti che, concluso l'iter della for-



Aula multimediale della Facoltà di infermieristica dell'ospedale Albert Einstein.

mazione scolastica media superiore (11 anni di scolarità rispetto ai 13 in Italia), superano il cosiddetto "vestibular", cioè la prova d'ingresso, la quale pare essere assai selettiva. Ci viene riferito, infatti, che, a fronte di 80 posti disponibili di primo anno, vi sono ben 2000-3000 aspiranti!!! Questo è dovuto al



Biblioteca della Facoltà di infermieristica dell'ospedale Albert Einstein.

costo minore che gli studenti devono sostenere nelle università pubbliche rispetto a quelle private. Spesso coloro che non riescono a superare la prova d'ingresso tentano di accedere in altre sedi universitarie, per lo più private. La sede di San Paolo naturalmente non è l'unica, ma nello stesso Stato ne

esistono altre 20. Nella sede dell'università di San Paolo sono presenti complessivamente 320 studenti del corso di base e di questi la pressoché totale maggioranza sono donne (gli uomini aspiranti infermieri sono appena il 3-4%!).

Il corso dura 4 anni, circa 4170 ore a tempo pieno. Questo dato è importante, se paragonato a quanto avviene in Italia dove la formazione universitaria di base dura 3 anni ed il monte ore complessivo risulta essere superiore (suddiviso tra teoria, pratica clinica e studio individuale), quindi, più concentrato, denso di discipline, contenuti ed attività tecnico pratiche.

Inoltre, in Italia sembra esservi maggior attenzione al tirocinio clinico, ma scarsissima o nulla attenzione alla ricerca infermieristica rispetto al Brasile.

Esiste anche in Brasile, come in Italia, fin dal 1986 una legge che determina l'autonomia delle Università; in base a tale normativa alcune sedi possono far durare il corso un anno di meno, cioè 3 anziché 4, ma in seguito ad un accordo nazionale il corso non può durare assolutamente meno di 3 anni.

Nella sede della *Escola de Enfermagem* dell'università di San Paolo il tiro-



Facoltà di Infermieristica dell'Università pubblica federale di San Paolo.



Gruppo di studio durante la conferenza all'Università Federale di San Paolo.



Biblioteca dell'Università Federale di San Paolo.

cinio inizia a partire dal secondo anno e viene effettuato prevalentemente nelle strutture ospedaliere o nei centri di riabilitazione. La medicina generale, del territorio o di famiglia, pur se di estrema importanza per un paese con le caratteristiche demografiche, socio-sanitarie ed economiche del Brasile rimane una "cenerentola", a parte sporadiche iniziative, di cui parleremo successivamente, e le attività, fin dalla formazione stessa, rimangono "ospedale-centriche". Come in Italia, ogni anno di corso consta di due semestri e molte sono le discipline mediche previste, per citarne alcune: "genetica", "amministrazione", "salute mentale", "odontoiatria"

ecc... Il primo è un anno introduttivo alle scienze infermieristiche, mentre, giunti al secondo, gli studenti scelgono obbligatoriamente una delle seguenti quattro aree: salute dell'adulto, salute della donna, salute del bambino e salute collettiva. Tali aree, offerte due volte nell'arco di un anno accademico, durano un semestre intero che può essere opzionalmente effettuato nell'arco del 2° o 3° anno. Al 4° ed ultimo anno, lo studente effettua una ricerca monografica seguito da un relatore (la nostra tesi di laurea) ed effettua uno stage di 6 mesi pre-laurea presso strutture, anche esterne, di eccellenza. L'offerta formativa dell'Università Federale di San Paolo non si esaurisce con i corsi di base per infermieri, ma vengono effettuati anche dei Master della durata di 2 anni (ad esempio in Cardiologia o in terapia intensiva) oppure viene offerto il corso di Dottorato in infermieristica (PhD) così come nella sede dell'Università di San Paolo di Ribeiro Preto.

Quest'ultimo esiste da circa 30 anni nell'Università Federale, dura 4 anni e può dare accesso alla carriera universitaria. Come in Italia così anche in Brasile, la frequenza alla formazione post-base



La professoressa Annamaria Chiesa con il gruppo direttivo Ipasvi-Roma.

(Corsi di specializzazione, Master o Dottorato) è pensata per permettere la contemporanea condizione di studenti e lavoratori. La popolazione universitaria iscritta ai vari anni dei corsi di formazione post-base della sede di San Paolo, è pari a circa 600 studenti-lavoratori che assieme ai 320 dei corsi di base forma una popolazione generale dell'area infermieristica di più di 900 iscritti.

Infine l'offerta formativa dell'Università di San Paolo oltre che all'area infermieristica si estende ad altre categorie di aspiranti professionisti della cosiddetta area bio-medica (facoltà di Medicina, Odontologia).

Una volta che gli studenti hanno terminato il ciclo di studi di base, per poter esercitare la professione di infermiere, debbono iscriversi obbligatoriamente

mente al "*Consiglio federale degli infermieri*".

Al Consiglio sono iscritti, pur se in elenchi distinti e separati, coloro che, con una formazione non universitaria, della durata di due anni, inserita a conclusione della scuola secondaria superiore, vogliono esercitare la professione di "*Infermieri tecnici*" ed anche gli "*Infermieri ausiliari*" che svolgono un percorso di formazione di durata inferiore ed hanno una preparazione di base minore. Questi ultimi rappresentano in proporzione una grossa parte degli attuali infermieri brasiliani e garantiscono per lo più attività di assistenza diretta al cittadino, sempre però sotto il coordinamento e la supervisione dagli infermieri "*laureati*". In virtù di tale scelta, gli infermieri "*laureati*", pur essendo una minoranza rispetto agli



I blocchi dell'Ospedale Sao Joaquim a San Paolo.



Tutto il gruppo nella sala conferenze dell'Ospedale Sao Joaquim a San Paolo.



Saluti di benvenuto nella sala conferenze dell'Ospedale Sao Joaquim a San Paolo.

infermieri totali, rappresentano una parte forte ed autonoma.

Ritornando per un attimo alla medicina territoriale, abbiamo accennato come tutte le attività ruotino attorno alle strutture ospedaliere e l'offerta di base si limiti alle emergenze, alla cura delle malattie sociali, alle indagini diagnostiche di routine. Ciò significa che, anche nella formazione, non sono previste esperienze di tirocinio esterne, se non volontarie, sul territorio accanto alla famiglia. I motivi individuati, si configurano nell'assenza di accordi istituzionali, nella carenza di personale che possa "guidare" tali esperienze (tutor), ma, probabilmente sono anche da attribuire alle politiche socio-sanitarie di un paese che, spinto da forti contraddizioni, tende a lasciare la medicina e l'assistenza delle comunità in mano a iniziative sporadiche, estemporanee, volontarie, mostrando di destinare poche risorse ed investimenti ad un settore sociale e sanitario contraddistinto da gravi emergenze (educazione sessuale, scolastica, alimentare, igiene ecc.).

La professoressa Annamaria Chiesa, che oltre ad essere docente del corso di laurea per infermieri, lavora per il Di-

partimento di salute collettiva, afferma che, in verità, il nuovo Presidente del Brasile (Lula) aveva avviato un anno fa un programma ministeriale di "Salute della famiglia" rivolto alle persone che risiedevano nelle numerose *favelas* della città e dell'intero Paese. Questo programma prevedeva la costituzione di *équipes* formate da 1 medico, 1 infermiere, 2 infermieri ausiliari e 1 psicologo che, assieme a persone consapevoli e consenzienti

delle *favelas* stesse, effettuavano visite domiciliari, attività di cura, prevenzione e riabilitazione, interventi educativi e sociali ecc...All'inizio, nella città di San Paolo, vi erano solo 6 *equipes* che dovevano lavorare per 40 ore settimanali e servire un migliaio di famiglie, cioè 6000 persone circa!

L'obiettivo programmatico a lungo termine del Ministero era quello di garantire la costituzione di ben 20.000 *equipes* nella sola città di San Paolo e addirittura 50.000 in tutto il Paese. Questo obiettivo, purtroppo, non è stato ancora raggiunto. Le poche *équipes* esistenti, considerata l'enorme mole di lavoro per rispondere ai bisogni di base della popolazione e alle priorità di intervento che tale popolazione richiede, non hanno potuto concentrarsi sul perseguimento degli obiettivi specifici ed originari del programma. Questa situazione ha determinato il momentaneo fallimento del programma stesso e il ritiro degli investimenti ministeriali.

Dopo un breve tragitto siamo arrivati nell'ospedale *portoghese di beneficenza Sao Joaquim* a San Paolo, della *reale benemerita associazione portoghese de beneficenza*.

In una vasta ed affollata San Paolo, trafficata e a dir poco frenetica, il gruppo ha visitato una enorme struttura ospedaliera che è l'Ospedale *Sao Joaquim*. Questa struttura, che esiste sin dal 1859, è in parte pubblica ed in parte privata. Si tratta del più grande Ospedale generale del Sud America con i suoi 1734 posti letto totali.

E' una struttura a blocchi in continua evoluzione, tanto è vero che accanto ai 5 blocchi già esistenti, tutti reciprocamente collegati, ne è attualmente in costruzione uno nuovo che aumenterà i posti letto a 1822. Gli edifici si estendono in un'area di grosse dimensioni (135.000 mq<sup>2</sup>). Per renderci conto della vastità di questo nosocomio bastano pochi numeri: ben 65 sale chirurgiche, 11 terapie intensive con un totale di 229 posti letto dedicati, 9 diverse aree ospedaliere, 144.000 prestazioni di radiologia (di cui 24.000 Risonanze Magnetiche, 26.000 TAC, 31000 Angiografie digitali) 394.000 tra chemio e radioterapie, 18000

prestazioni di emodialisi, 4000 parti l'anno con una mortalità neonatale dello 0,47% (da notare però che il 30% sono cesarei!), 200 trapianti l'anno (10 cardiaci, 22 cornea, 85 fegato, 14 pancreas, 67 rene, 2 polmoni, 1 fegato-rene), 3 unità operative UTIC con 120 posti letto totali.

Infine, il fiore all'occhiello è rappresentato dalla cardiocirurgia che da sola effettua il 30% circa dell'intera attività chirurgica con le 18.000 prestazioni di emodinamica, in particolare coronarografie, interventi di apposizione di stent vascolari e angioplastiche (circa 90 al giorno in 7 diverse sale operatorie), 30/35 interventi cardio-chirurgici/die in 17 sale operatorie con 13

equipe dedicate e sistema "fast track" di risveglio post-operatorio veloce (12 gg medi di degenza post-operatoria). I risultati finali, riferiti al 2004, sono di 50.525 ricoveri con un indice di occupazione dei posti letto del 75%, 26.686 interventi, 6,4 gg. di degenza media, percentuale di mortalità del 3,2%, tasso di infezioni ospedaliere compreso tra il 5 e il 10% (più alto in ambito chirurgico). Dopo questa carrellata di dati che ha mostrato di quale portata possa essere l'attività di questo ospedale, veniamo



L'Ospedale Portoghese di beneficenza a Bahia.

agli infermieri in cifre: nelle 9 aree ospedaliere sono distribuiti 1400 tra infermieri "tecnici ed ausiliari", più circa 300 infermieri "laureati". Al personale infermieristico si affiancano, 20 biologi, 50 fisioterapisti, 64 tecnici di radiologia, più di 300 amministrativi, quasi 400 addetti alle pulizie ed infine circa 250 "office-boys" vale a dire personale camminatore addetto alle consegne. Gli infermieri entrano a far parte attivamente della *Commissione etica*, della *Commissione attrezzature* e della *Commissione formazione continua* (quest'ultima divisa in sottogruppi a seconda delle diverse specialità quali cardiologia, oncologia, gestione cateteri vascolari, lesioni da decubito, ferite chi-

rurgiche, neonatologia ecc.)

Inoltre, gli infermieri fanno parte delle Commissioni *infezioni ospedaliere, nutrizione artificiale, emoterapia e ricerca*.

Al vertice dell'Ospedale c'è un Presidente (carica non remunerata). Esistono 2 Alte Direzioni: amministrativa e tecnico-clinica. Gli Infermieri hanno un loro Dipartimento dell'Assistenza con a capo un' infermiera responsabile che coordina l'attività anche dei tecnici. Esistono poi 4 aree identificate come area fisioterapisti, area della "supervisione", area del "coordinamento generale" e quella dell'annessa scuola per infermieri (ausiliari) esistente dagli anni 60, con a capo un Direttore, trasformatasi intorno al 1974 con l'introduzione dei

sitato l'imperdibile centro storico della città il Pelourinho (patrimonio mondiale protetto dall'Unesco) con le sue inconfondibili chiese del 1500-1600 e i suoi edifici coloniali di tradizione portoghese, abbiamo visitato l'ospedale di beneficenza, *Real Sociedad Portuguesa de Beneficenza*,

Tale istituzione con ben 150 anni di vita, è anche proprietaria di 3 unità mobili di soccorso nella periferia della città, un grande centro medico, una casa accoglienza per malati di AIDS e un Centro di Formazione e Congressi che gestisce direttamente.

Per ciò che concerne l'ospedale si tratta di una grande struttura, definita di alta complessità, in parte pubblica e in parte privata, che può accogliere fino

ad un massimo di un migliaio di pazienti. La visita è iniziata con un incontro nella splendida sala congressi alla presenza del Sovrintendente sanitario e della Coordinatrice degli infermieri, Isilda Carreiro.

E' stata illustrata in generale la mission, la struttura, le diverse attività di cura, assistenza e ricerca, le caratteristiche e l'organizzazione del personale, in particolare di quello infermieristico.

Per ciò che concerne alcune statistiche

dell'ospedale: potenzialmente vi sono circa 1100 posti letto e di questi ben 800 sono di chirurgia. Si effettuano mediamente 2500 ricoveri al mese e di questi 1500 necessitano appunto di interventi chirurgici. Vi sono poi 274 posti letto di clinica medica e 30 posti letto deputati alle urgenze emergenze. Infine ogni anno sono eseguiti circa 40 trapianti (fegato, rene, midollo osseo e cornea) In totale per far funzionare l'organizzazione sono necessari circa



Tutto il gruppo in visita dinanzi l'entrata dell'Ospedale Portoghese a Bahia.

corsi per Infermieri (tecnici) della durata di 2 anni.

L'ultima parte del nostro viaggio si è svolta nella splendida Salvador de Bahia, al centro di una città baciata dall'Oceano e dal clima tipicamente tropicale, abitata da 2 milioni di persone che per l'80% sono d'origine africana, capitale dell'omonimo stato, grande quanto la Francia, circondata da belle spiagge e immersa in una natura tropicale lussureggiante. Dopo aver vi-

2200 collaboratori con varie qualifiche e funzioni, di questi 765 sono infermieri, tutti sotto la responsabilità di un unico Dirigente infermieristico.

L'intera struttura comprende 8 reparti di degenza ordinaria, 4 unità di terapia intensiva (coronaria, vascolare, post-operatoria e trapianti), un servizio di emodinamica e radiologia interventistica, un servizio di uro-litotripsia, un servizio di emodialisi, una unità di trapianto di midollo osseo con 4 posti letto, 2 blocchi operatori centralizzati e una day surgery. Le diverse unità operative e i servizi sono raggruppate per aree o dipartimenti e in ognuna di esse è presente un coordinatore infermieristico.

Dei 765 infermieri, circa 550 sono "tecnici e ausiliari", mentre solo 135 sono infermieri "laureati". Accanto a questi ci sono 43 infermieri specializzati, 9 Responsabili di aree e Dipartimenti, 8 Infermieri "leader" secondo la metodologia statunitense del primary nurse, 1 Infermiere supervisore che lavora accanto al dirigente infermieristico.

Secondo un modello assistenziale di riferimento interno vengono privilegiati i seguenti punti:

Il calcolo puntuale del fabbisogno di personale infermieristico.

La sistematizzazione delle modalità di erogazione dell'assistenza.

La presenza costante di infermieri di riferimento nella struttura.

La costituzione di Gruppi di studio e/o Commissioni

Interessante è il riferimento ad una normativa brasiliana (Legge 7498 del 1986) che classifica i pazienti per realtà socio-economica e complessità assistenziale e sulla base di questa classifica-

zione, analogamente a quanto accadeva con il Decreto Donat Cattin negli anni 80 in Italia, si calcola il fabbisogno minimo di infermieri stabilendo, a seconda della tipologia di reparto (medica, chirurgica, intensiva, semi-in-



La platea ascolta attentamente la conferenza.

tensiva), un certo numero di ore di assistenza pro-paziente che va da un minimo di 3 a un massimo di 15.

Nei pazienti ad elevata complessità tecnico-assistenziale il rapporto numerico infermieri/paziente varia da 3:1 a 2:1.

Per ciò che concerne la turnistica questa è tradizionalmente costituita da:

3 turni: mattina/pomeriggio/notte e 2 riposi (da notare che i turni di mattina e pomeriggio sono più corti e quelli di notte più lunghi rispetto a ciò che avviene nelle nostre realtà)

Riguardo la sistematizzazione e la standardizzazione delle modalità di fornire assistenza, nonché degli strumenti organizzativi ed operativi a disposizione degli infermieri è allo studio una riforma, portata avanti dal Consiglio Federale degli infermieri brasiliani, con cui si auspica il massimo utilizzo delle diagnosi infermieristiche (NANDA) e del piano di dimissione del paziente da allegare alla documentazione, con l'in-

troduzione di sistemi informatici ed elettronici altamente sofisticati. Tali obiettivi sono portati avanti all'interno dell'Ospedale da specifici gruppi e dagli infermieri "leader" che rappresentano il riferimento assistenziale più importante.

Inoltre, sono sorti gruppi di lavoro sullo studio dei cateteri vascolari, delle ferite chirurgiche, dell'assistenza ai trapianti, dell'uso dell'informatica, dei rapporti relazionali con i familiari.

Infine sono presenti infermieri nelle Commissioni 1) *Etica*; 2) *Trapianti organi e tessuti*; 3) *Pareri tecnici*.

Il gruppo, dopo questa dettagliata descrizione, ha incontrato, successivamente, le Responsabili infermieristiche dei Dipartimenti

- Gestione risorse umane,
- Sicurezza e medicina del lavoro,
- Prevenzione e controllo delle infezioni,
- Rifiuti ospedalieri.

Le esperte ci hanno riferito dei loro obiettivi, dei loro progetti e delle loro modalità di lavoro.

In particolare l'équipe che si occupa della gestione delle risorse umane è diretta da una psicologa e vede al suo interno 2 infermieri. Questa area si occupa prevalentemente di ricerca e selezione del personale; analisi dei bisogni formativi, programmazione della formazione e aggiornamento continuo di tutto il personale; progetti di miglioramento della qualità.

Organizzazione di eventi scientifico-



Il gruppo degli infermieri responsabili all'Ospedale Portoghese a Bahia con il consiglio direttivo del Collegio Ipasvi di Roma.



Visita alle sale operatorie dell'Ospedale Portoghese a Bahia.

culturali, come ad esempio il festival di arte e cultura dell'ospedale giunto nel 2005 alla sua terza edizione.

L'area che si occupa della sicurezza e della medicina del lavoro è resa obbligatoria in Brasile da una legge (simile alla nostra 626 del 1994) che ne impone l'esistenza in tutte le aziende con più di

80 dipendenti e in tutti gli ospedali sia pubblici che privati. L'équipe è costituita da 2 medici del lavoro, 3 infermieri e 4 tecnici che rappresentano il *trait d'union* tra il lavoro di reparto e la sicurezza. Tra le principali attività troviamo: i programmi riguardanti la medicina preventiva, i controlli al momento dell'assunzione e periodici per tutti i dipendenti, lo studio dell'esposizione alle radiazioni, le vaccinazioni, i trasferimenti interni per motivi di salute, i rischi di particolari categorie come gli addetti allo smaltimento dei rifiuti, Infine, nell'ambito dell'attività di prevenzione e controllo delle infezioni, l'infermiera responsabile, Anna Cristina Canavaro, ci ha illustrato le modalità con cui sono effettuate indagini e mappature epidemiologiche per individuare situazioni particolari da tenere sotto controllo. Inoltre ci ha illuminato sulle attività sia educative che di vigilanza effettuate al fine di prevenire situazioni rischiose per pazienti ed operatori. Alla fine della conferenza tutto il gruppo ha visitato alcune unità operative all'interno del nosocomio tra cui le sale operatorie di chirurgia generale e la terapia intensiva.

## LO SPECCHIO BRASILIANO

Colori vivaci  
Danze a ritmi scatenati  
Corpi nudi  
Musiche travolgenti  
Sorrisi sui volti  
Sento una gioia sconfinata ma...  
Povertà  
Miseria  
Prostituzione  
Droga



Visita all'unità di Terapia Intensiva dell'Ospedale Portoghese a Bahia.

Abbandono dei bimbi  
Sento un forte dolore  
Nel mio cuore

**Tiziana Reggio**

### AUTORI

*Laura Sabatino  
Alessandro Stievano  
Gaetano Romigi*

## L'infermiere in terapia intensiva neonatale: un ponte tra due diversi mondi-i genitori e il neonato pretermine

di A. Andruccioli\*, I. Dall'Oglio\*\*

### INTRODUZIONE

“Fino agli anni '80 si credeva che l'utero materno fosse una specie di cassaforte per il feto...”<sup>1</sup>, che lo isolasse dagli stimoli esterni per non turbare la serenità necessaria per un'adeguata crescita fisica e psicologica. Oggi ormai sappiamo che il feto, gode di un precoce sviluppo del sistema sensoriale: per primo si affina la sensorialità chimica (gusto e olfatto); poi quella tattile, in seguito la vestibolare, l'udito e infine la vista. Già dall'ottava settimana dal concepimento sono presenti nella zona periorale del feto, dei recettori per il tatto che si espanderanno nei successivi mesi per tutta la superficie. Bernard ci parla dell'*aptonomia*, la scienza del tatto secondo la quale si può massaggiare il feto attraverso la parete uterina. Frans Veldman nella sua scuola aiuta i genitori a percepire il figlio, soprattutto dal 4°-6° mese di gravidanza: posizionando la mano in un determinato modo sull'addome della donna distesa si trasmettono degli impulsi al bambino che risponde alle più leggere pressioni o stimolazioni muovendosi più o meno rapidamente. Questa conoscenza affettiva risponde agli stimoli provenienti dall'esterno, ma soprattutto alla corporalità materna. Si favorisce così l'attaccamento della triade che non è a senso unico, ma si muove dal bimbo ai genitori e dai genitori al bambino.<sup>2</sup>

Con la nascita pretermine si eviden-

ziano due ordini di problemi: il primo è legato alla reazione dei genitori che non sono ancora preparati al ruolo come tali e ancor meno al parto anticipato; il secondo è legato alla separazione precoce tra madre e neonato<sup>3</sup>. Si modifica pertanto il feeling genitori/figlio che si stabilisce durante i nove mesi di gravidanza e che si dovrebbe rafforzare al momento del parto.

Gli studi di Lebovici, Stern e molti altri ricercatori<sup>4</sup>, hanno dimostrato quanto il neonato sia capace, già dalla nascita, di entrare in relazione e di reagire in modo empatico alle relazioni con l'altro.

Barriere sia fisiche sia psicologiche limitano o addirittura impediscono un adeguato rapporto tra i genitori ed il proprio figlio. Il neonato, infatti, deve essere allontanato dalla madre subito dopo il parto e in quel particolare momento di reciproca sensibilità e necessità affettiva, poiché bisognoso di numerose cure per la sopravvivenza; il distacco viene vissuto traumaticamente non solo dal neonatino, ma anche dalla madre che a volte può arrivare a rifiutare il figlio.

Proprio per l'insieme di privazioni a cui sono sottoposti pretermine e genitori nasce l'esigenza di rafforzare una "Care" infermieristica: un ambiente che soddisfi le cure, le premure e le sollecitudini di cui necessitano il neonato e i genitori. E' importante considerare la famiglia nel suo complesso e riuscire a creare una condizione più confortevole e più sicura per il

piccolo, più serena e più confidenziale per i genitori che si ripercuoterà, con benefici effetti, anche successivamente nella socializzazione del nucleo.

## L'INFERMIERE E I GENITORI

Il primo sentimento che pervade la donna dopo una nascita pretermine è il senso di colpa. La madre si sente fallita e ferita nell'amor proprio per "non essere stata capace" di portare a termine una gravidanza.

Alcune mamme arrivano al momento del parto dopo un lungo periodo di allattamento forzato a causa delle minacce d'aborto e dopo numerose dosi di vasopressina, farmaco che "protegge" sì l'utero, ma che mette a dura prova i sistemi cardiaco e nervoso materni. E' perciò di fondamentale importanza che vengano supportate dai mariti e dai propri genitori, ma questo a volte sembra quasi impossibile ottenerlo.<sup>5</sup>

Il padre potrebbe inconsciamente rifiutare la situazione, oppure non voler accettare la realtà così drammatica e dissimile da come l'aveva immaginata. In genere i papà sembrano sempre più distanti psicologicamente, vedendoli dal di fuori sembra quasi che non supportino le mamme e che si distacchino completamente da quello che li sta travolgendo.

Gli esiti incerti e la complessità delle cure non aiutano certo i genitori ad accettare la realtà dei fatti. L'aspetto del pretermine inoltre comporta ripercussioni per ciò che riguarda la situazione emotiva dei genitori, incidendo spesso sfavorevolmente sullo sviluppo del neonato<sup>6</sup>. Il pretermine, scoordinato nei movimenti, atonico, sonnolente, con scarsa attenzione, non sembra partecipare a ciò che lo circonda. La fuga dello sguardo, l'esagerata risposta emotiva ad alcuni stimoli, la comparsa di contrazioni muscolari apparentemente immotivate, la povertà di pianto spontaneo, stimolano preoccupazione e perplessità per la sua salute e per il suo futuro rapporto con gli altri.

I genitori hanno complesse reazioni, rifiutano il contatto: temono che il loro

avvicinamento possa danneggiare il neonato. Si manifesta il rifiuto per il neonato: alcune donne evitano lo sguardo del figlio perché chiuso in un'incubatrice e perché considerato "malato" più che semplicemente "bisogno di cure". Tutti creano, nel loro immaginario, un figlio sano e bello; la nascita di un pretermine infrange queste aspettative provocando le più svariate reazioni sia comportamentali sia psicologiche<sup>7</sup>.

E' chiaro come in un reparto di Terapia Intensiva Neonatale, forse più che in altri reparti, la responsabilità infermieristica non può limitarsi solo alla cura dell'assistito, nonostante sia evidentemente centrale, ma deve essere ampliata anche verso le persone che lo circondano.

L'infermiere (l) attraverso la relazione d'aiuto e l'organizzazione dell'assistenza estesa anche ai genitori può insegnare loro ad accettare l'ospedalizzazione del figlio, a rendersi utili per il suo benessere e a non sentirsi deprivati del loro ruolo.

Mantenere un buon rapporto con i genitori è utile, non solo al neonato e a chi lo ama, ma anche a tutto il personale del reparto che continua così a svolgere il proprio lavoro in un clima sereno e accessibile alle relazioni reciproche.

Il primo step, dopo il ricovero del pretermine, è in favore dei genitori e si ottiene con una buona **accoglienza**<sup>8</sup> nel reparto, fondamentale per il futuro rapporto che si dovrà creare tra genitori e l'équipe sanitaria.

Solitamente, la prima persona a vedere il neonato è il padre il quale, a seconda delle impressioni ricevute nei primi momenti trascorsi nel reparto di terapia intensiva, influenzerà le informazioni da riferire alla madre: se adeguatamente preparato, potrà serenamente incontrare suo figlio e riportare tale esperienza positivamente. Il genitore ricorderà per molto tempo il clima con cui è stato accolto in reparto e, se si sentirà sostenuto e compreso, sarà in grado di trasmettere alla mamma un'impressione di speranza e complicità<sup>9</sup>.

Klaus e Kennell suggeriscono, a tale proposito, di essere sinceri, ma ragione-

volmente ottimisti e di concentrare l'attenzione sugli aspetti positivi tralasciando quelli negativi<sup>10</sup>.

In secondo luogo è importante riuscire a fotografare il piccolo, e se le condizioni lo permettono farlo prima di manovre che modificherebbero l'immagine del neonato, di modo che la madre possa rendersi conto, se non può visitare suo figlio, di realizzare che la creatura che ha messo al mondo è viva e potrebbe riuscire a sopravvivere. *La prima foto del-*

formazioni dei medici e, occupandosi maggiormente dell'assistenza al neonato, trovandosi sempre intorno alla sua incubatrice, spesso può diventare il tramite di due sistemi: il rapporto genitori/medici e il rapporto genitori/neonato. È necessario instaurare una mirata relazione d'aiuto che faciliti i genitori a superare questi momenti particolarmente difficili.

È utile perciò spiegare loro, in modo essenziale, il perché della presenza delle



*l'album.* Nei casi in cui le condizioni del piccolino siano veramente critiche si propone al padre di evitare il racconto di particolari, se ritenuti compromettenti per il recupero fisico e psichico della mamma: spesso, gli individui più apprensivi, non potendo vedere il figlio, ipotizzano scenari ed eventi ancora più catastrofici.

Dopo un primo colloquio con i medici, i genitori spesso si rivolgono all'infermiere per capire meglio le condizioni del loro piccolo e per essere rasserenati. L'infermiere, con un linguaggio semplice, può facilitare la comprensione delle in-

complete apparecchiature presenti intorno al prematuro, dell'importanza delle frequenti manovre terapeutiche, e di cosa possono fare loro per il piccolo.

In terzo luogo, dopo l'accoglienza e dopo la prima foto, si fornisce il **libretto di accoglienza** dove vengono illustrati gli aspetti strutturali e funzionali del servizio, le apparecchiature, le manovre assistenziali i tipi e le modalità di alimentazione, come raccogliere il latte, gli orari dei pasti e così via<sup>11</sup>.

È frequente che durante i primi giorni di degenza, i genitori ripetano le stesse domande, ciò può risultare noioso

per il personale, ma rappresenta il percorso fisiologico per un genitore, spesso preoccupato, deluso e disorientato, costretto in un contesto a lui prima completamente sconosciuto.

Gradualmente il genitore verrà inserito nel piano assistenziale responsabilizzandolo delle procedure più semplici, come il cambio del pannolino, l'alimentazione, la rilevazione della temperatura corporea. Il tutto proporzionato ai bisogni assistenziali del piccolo, ed alla disponibilità e capacità dei genitori.

L'infermiere deve riuscire a renderli partecipi di ciò che accade in questi reparti così "fuori dalla norma", instaurare con essi un rapporto di fiducia, tale da metterli in condizione di assistere ad alcune manovre (per es. un prelievo ematico), così da poter "coccolare" e "contenere" il loro bambino. Alcuni studi hanno infatti dimostrato come la "saturazione sensoriale" permetta al bambino di sentire meno il dolore. Il proporre infatti al cervello infantile stimoli piacevoli ed alternativi, come il succhiare qualcosa di dolce (o attaccarlo al seno, se possibile), essere carezzati, ascoltare voci calde e vicine, riduce la forza con cui giunge ai recettori lo stimolo doloroso.

La comunicazione costante tra il personale sanitario e i genitori, permette a questi di avere una conoscenza realistica delle condizioni del bambino. Più i genitori acquistano consapevolezza e autonomia e più potranno accudire in forma completa il loro piccolo, sviluppando una complicità che tornerà loro utile anche dopo la dimissione.

## **METODICHE PER AVVICINARE I GENITORI AL NEONATO**

Da più di 10 anni nei reparti di neonatologia si sta cercando di pianificare l'assistenza non solo al neonato, ma anche a chi lo circonda. Così facendo si è allargato notevolmente l'orario di ingresso per i genitori e si cerca sempre di più di coinvolgere mamma e papà nel piano di assistenza dei loro figli.

Molto importante è spiegare al genitore la "giornata tipo" del suo piccolo.

Questo ovviamente è possibile in tutti i casi, anche se in quelli più gravi il grado di partecipazione è più emotivo che pratico. Come si passa dalla fase acuta a quella di stabilizzazione si spiega che bisogna assecondare i ritmi del bimbo: ciò significa non svegliarlo necessariamente quando dorme solo perché è arrivata la mamma, cambiargli il pannolino solo se necessario e non solo per vedere se ha evacuato; parlargli a voce bassa così da rendere il tono melodioso, (il sistema uditivo si sviluppa precocemente e poi gli si può parlare da molto vicino); stimolare la suzione il più possibile non appena il piccolo mostra la sua disponibilità. Insomma, viste le procedure più invasive svolte dagli infermieri, è necessario far capire ai genitori che il loro bambino necessita di essere stimolato nei 5 sensi, ma in modo gradevole.

I genitori vengono subito messi di fronte a delle metodologie e misure che aiutano i piccoli a sentirsi più a loro agio.

## **LA MUSICOTERAPIA**

Le TIN sono caratterizzate da un clima sonoro molto rumoroso composto dal continuo suono degli ingranaggi dell'incubatrice non certo confortante, dagli squillanti allarmi delle apparecchiature, dalla ripetizione dei bips ad alto volume etc. etc..

Il neonato prematuro, pur essendo protetto dall'incubatrice, percepisce tutti questi rumori. Inoltre l'armatura in plexiglas agisce come cassa di risonanza ogni qualvolta si poggia qualcosa sopra. Il prematuro, esserino così fragile, dovrebbe essere risparmiato da queste continue stimolazioni negative.

A questo proposito bisogna sensibilizzare i genitori nella riduzione dei rumori. È fondamentale aprire gli oblò in modo delicato e parlare al piccolo, ma il tono della voce deve essere necessariamente basso e dolce; la mamma può canticchiare filastrocche o intonare canzoncine, ma sempre a voce bassa. Di conseguenza anche tra loro i genitori parleranno a voce bassa e melodiosa, così da creare un clima a cui si abitueranno tutti.

Romana Negri<sup>12</sup> ha constatato che immettendo nell'incubatrice la registrazione del battito cardiaco materno, così come veniva percepito dal feto in utero, i neonati diventavano meno irritabili. Così facendo si rompe la fastidiosità e la monotonia del rumore prodotto dalle apparecchiature meccaniche e si fa avvertire, ancora di più, la vicinanza dei genitori, tranquillizzando il piccolo. È dunque augurabile, appena possibile, educare il neonato verso suoni per lui stimolanti.

Nel 1989, per esempio, nel servizio di neonatologia dell'ospedale Rober Debrè di Parigi<sup>13</sup>, ai neonati che necessitavano di un lungo ricovero venivano fatte ascoltare cassette registrate in famiglia. La voce cantata poteva essere un mezzo di comunicazione supplementare tra genitori e neonato. La reazione dei neonati, anche se prematuri, era sorprendente: appena azionata la cassetta il piccolo diveniva attento e si calmava. Venne così introdotta la musicoterapia come trattamento assistenziale. I genitori venivano sollecitati a registrare canzoni, favole, racconti della giornata trascorsa, ai loro figli ricoverati; durante i periodi di assenza dei genitori dal reparto venivano fatte ascoltare le cassette ai neonati. I piccoli, fisicamente soli, venivano accompagnati sempre dalle voci a loro più care: quelle dei genitori. Infine, durante il cambio del pannolino, durante l'alimentazione e quando si eseguivano le pulizie igieniche complete (il bagnetto per quelli che potevano), l'infermiere cantava delle filastrocche per tranquillizzare il piccolo.

È importante considerare sempre il prematuro non solo come bisognoso di cure, ma come individuo capace di interagire con l'esterno.

Ogni progetto si può adattare all'ambiente in cui si lavora. Quello che conta è la partecipazione di tutta l'équipe assistenziale e la convinzione che questa è la strada giusta. Applicare l'ecologia sonora risulterà molto utile ai fini del metodo proposto.

Mentre da un lato la musica funge da stimolazione per il neonato, dall'altro potrebbe essere considerata di decoro per tutto il reparto e per il personale che

lo vive, affinché stimoli rilassamento e tranquillità. "La musica non deve essere un gadget, ma deve iscriversi in una riflessione di fondo: la presa in carico del neonato che esige di attaccarsi ugualmente alle condizioni di accoglienza"<sup>14</sup>.

## IL METODO MARSUPIO

Promuovere un contatto intimo tra genitore e figlio per influenzare positivamente il loro legame affettivo e migliorare l'esistenza del neonato offrendogli un ambiente più naturale sono i due scopi del *metodo canguro* (Kangaroo Mother Care-KMC). Tale esperienza fu introdotta già dal 1979 per necessità ambientali e strutturali da due pediatri dell'istituto Materno Infantile di Bogotà come esperienza extraospedaliere.<sup>15</sup> L'alta natalità e la scarsa presenza di attrezzature tecnologiche costrinse i due medici ad affidare precocemente i neonati privi di gravi patologie, anche se di peso basso, alle cure della mamma che teneva il proprio piccolo sempre tra i seni. Questo metodo è praticato dal 1985 nel reparto neonatale dell'Accademic Hospital di Amsterdam<sup>16</sup>.

Il neonato viene poggiato sul petto del genitore e coperto con un lenzuolino dove rimane caldo, sicuro e protetto avendo la naturale sensazione dell'odorato e potendo disporre della voce e della manipolazione di chi lo ama.

Il KMC è ormai inserito anche in gran parte dei centri di terapia intensiva neonatale per favorire il contatto pelle a pelle genitore/neonato.

Una fase importante per l'attuazione del KMC è quella informativa preparatoria nella quale si spiega ai genitori lo scopo e la modalità del metodo (per esempio quale posizione dovranno assumere per quanto tempo è consigliata e così via).

In genere l'infermiere posiziona il neonato tra i seni nudi della madre, seduta in una poltroncina, coprendolo con una copertina di cotone, o chiudendo la camicetta appena indossata.

Il piccolo continua ad essere monitorato e, nei casi in cui sia presente un

supporto respiratorio quale la NCPAP (Nasal Continue Positive Pressure Airway) o l'ossigeno terapia in culla, l'apparecchio viene posto fuori dall'incubatrice o il tubo dell'ossigeno umidificato sulla spalla della mamma in modo che si permetta al neonato di mantenere una buona Saturazione di Ossigeno anche fuori dalla sua "casa".

Prima e durante la seduta si controlla lo stato del neonato rilevando i parametri vitali: la durata della KMC è in genere di minimo due ore al giorno, da interrompere se il neonato presenta un peggioramento delle condizioni.

Recenti studi hanno dimostrato netti miglioramenti dei pazienti durante la KMC, si eleva l'ossigenazione del sangue, si stabilizzano i ritmi di sonno-veglia, l'apparato digestivo aumenta la sua funzionalità.<sup>17 18 19</sup>

L'infermiere partecipa attivamente durante le sedute incoraggiando il genitore, tranquillizzandolo e spiegandogli di volta in volta i progressi e le maggiori risposte agli stimoli che il neonato dimostra di aver raggiunto.

In poco tempo anche i genitori si renderanno conto dei miglioramenti comportamentali dei loro piccoli durante e dopo il metodo marsupio e saranno sempre più diligenti e più costanti nelle sedute.

## L'ALIMENTAZIONE AL SENO

L'alimentazione del pretermine costituisce un argomento molto delicato, sia per l'imaturità dell'apparato gastro-intestinale, sia per le condizioni patologiche generali, sia per l'imaturità neurovegetativa del neonato.

Il latte materno presenta diversi vantaggi rispetto ai latti artificiali: è più facile da digerire ed è meglio tollerato dal sistema intestinale; contiene enzimi che rendono la digestione più efficace; fornisce gli anticorpi contro le infezioni alle quali potrebbe andare incontro il prematuro a causa dell'imaturità del suo sistema immunitario<sup>20</sup>, stimola lo sviluppo del neonato.

Soprattutto nei neonati di peso molto

basso, la nutrizione si effettua inizialmente per enterale continua (NGC) durante le 24 ore, tramite un sondino nasogastrico o oro-gastrico. Sin dal primo periodo di ricovero, in relazione alle condizioni del neonato, si offrono comunque stimolazioni gustative cercando di sollecitare la suzione del piccolo.

La madre viene motivata a portare il proprio latte per far sì che l'alimentazione, anche se per via artificiale, sia effettuata con il latte materno. Le mamme possono sperimentare diversi ostacoli, sia psicologici che pratici, per riuscire a "produrre" un corretto volume di latte<sup>21</sup>. Uno studio ha dimostrato che per le mamme, offrire il latte ai loro bimbi, è l'unico collegamento che sentono con loro, poiché tutte le attività necessarie sono eseguite dallo staff del reparto<sup>22</sup>.

Inizialmente bisogna insegnare alla madre a raccogliere regolarmente (almeno 8 volte/die) il latte, utilizzando i mastosuttori elettrici automatici, possibilmente predisposti per la raccolta simultanea. La mamma deve sempre massaggiare e stimolare il seno e l'areola prima e durante la raccolta, e può spremere manualmente le ultime gocce di latte. In questo modo è possibile iniziare e mantenere una buona offerta materna fino a che il bambino non sarà in grado di attaccarsi direttamente al seno<sup>23</sup>.

Molte madri affermano che il prelevare il latte con il quale verrà nutrito il figlio contribuisce a farle sentire utili ed indispensabili. E' utile, ambiente permettendo, poter disporre, accanto l'incubatrice, di un piccolo spazio dove la mamma può effettuare la raccolta mentre vede il suo bambino<sup>24</sup>, o dare comunque la possibilità di farlo all'interno dell'ospedale. Se, in corrispondenza di un aggravamento delle condizioni del neonato, l'offerta materna tende a ridursi, bisogna informare la madre che si tratta di un fenomeno piuttosto normale e frequente in questi casi, suggerendole di proseguire con le raccolte, eventualmente incrementandone la frequenza. Può anche esser utile farla parlare con madri che hanno avuto esperienze analoghe<sup>25</sup>.

L'alimentazione al seno, in questi neonati, richiede un processo di apprendimento lento e paziente sia per la madre che per il bambino, ma non impossibile e, soprattutto, appagante per entrambi<sup>26</sup>. E' necessario spiegare alla madre che inizialmente il neonato potrebbe non essere in grado di completare i pasti al seno, ma non bisogna né forzarlo, né desistere dall'allattarlo, in quanto può essere alimentato con una sonda di nutrizione supplementare, o con garage, a seconda della situazione clinica.

La privacy, la quiete, il sentirsi a suo agio su di una comoda poltrona, sostenuta da cuscini e l'aiuto costante di un infermiere esperto in allattamento, sono tutti elementi importanti per facilitare il processo di apprendimento a due. Esistono per il neonato due tipi di suzione, nutritiva e non nutritiva, sia nello stato di veglia, sia durante l'alimentazione, sia mentre dorme<sup>27</sup>. Anche nella fase non nutritiva si offre il seno al neonato per far sì che prenda confidenza con la sua mamma e con il futuro mezzo del suo sostentamento. Non c'è una precisa età gestazionale nella quale i neonati siano

pronti a poppare, dipende dalla loro personale maturazione, dalla stabilità clinica e dagli stimoli che gli sono stati offerti. Le poppate al seno sono un percorso che va sperimentato individualmente.

Un recente studio elettromiografico ha dimostrato che con l'allattamento al seno il ritmo della suzione è più regolare, più efficace e permette una migliore maturazione cognitiva al piccolo che ne beneficia rispetto all'alimentazione al biberon<sup>28</sup>.

Attraverso l'alimentazione al seno viene maggiormente favorito l'attacco precoce madre/neonato; questo costituisce il principale meccanismo per lo sviluppo del neonato, che diviene in grado di porsi in relazione con l'ambiente e di manifestare le competenze comunicative fondamentali per la sua vita sociale.

Il neonato non è l'unico beneficiario dell'alimentazione al seno; l'attacco al seno stimola ulteriormente il sistema ormonale materno e può facilitare nella mamma il processo riparatore dei sensi di colpa della nascita pretermine. La madre riacquista, attraverso l'allattamento del figlio, quel ruolo di genitrice



del quale si sentiva privata al momento del ricovero.

## CONCLUSIONI

Abbiamo fornito dei dati per far comprendere cos'è un Reparto di Terapia Intensiva Neonatale e come si presenta la vita al suo interno; ma rimane molto difficile coordinare tutto l'insieme e gestirne le difficoltà sociali e psicologiche.

Alcune volte non si possono soddisfare le aspettative dei genitori, altre, invece, è l'Infermiere a rimanere deluso del comportamento poco comprensivo ed insistente di alcuni parenti.

Sulla porta d'ingresso di ogni TIN dovrebbe essere posto questo slogan: *"Il protagonista è il NEONATO, lo scopo che si deve raggiungere è il suo Benessere, anche il Pretermine ha una SUA PERSONALITÀ"*. Tutti devono fare il possibile per facilitare la crescita a queste creature, già sfortunate alla nascita. Il reparto deve essere organizzato in modo tale da disturbare il meno possibile il fragile equilibrio del piccolo essere.

Riuscire ad attuare un piano di *assistenza personalizzata e aprire il reparto ai genitori* per tempi più lunghi, soprattutto in orari serali, è il primo grande passo per ottimizzare il piano di cure. In particolare, con l'assistenza personalizzata, il neonato verrà assistito da un numero limitato di infermieri, sentendosi così maggiormente rassicurato, iniziando a sviluppare abitudini, osservare regole, imparando a manifestare le sue esigenze. Queste potranno essere osservate e riconosciute più facilmente dagli infermieri, se lo assistono in modo più costante.

Di conseguenza anche la coppia di genitori si sentirà più a suo agio se potrà rivolgere i propri dubbi e/o problemi sempre alle stesse persone, potendo entrare con questi più in confidenza e condividere le responsabilità di accudimento.

Alcune volte gli Infermieri inventano degli aggettivi per ogni neonato, ispirati dagli atteggiamenti o dalle abitudini degli stessi. Raccontarlo ai genitori fa

loro piacere perché capiscono veramente che i loro "scriccioli" o le loro "scimmiette" o i loro "ragnetti" o le loro "sirenette", sono accuditi e seguiti e che gli "zii" (gli infermieri) sono interessati al loro benessere.

Possiamo, quindi, concludere dicendo che ogni pretermine ha una diversa realtà, sua e di chi lo circonda, ed ogni infermiere deve essere in grado di accettare, capire, insegnare, agevolare e consolare l'unità neonato-genitori. Gli esempi citati sono solo alcuni degli elementi su cui costruire la *Care Infermieristica*: ogni Infermiere, dal canto suo, deve fare il possibile affinché il ricovero sia il meno traumatico possibile per tutti coloro che lo vivono.

---

## NOTE

- 1 C. Bellini "L'Alba dei sensi: lo sviluppo della neurosensorietà fetale". ATTI DEL CONVEGNO "Confronto tra ostetrici e neonatologi sul divenire dell'essere umano" Bergamo 25 Marzo 2003.
- 2 This Bernard "Fetologia...Aptomia. Un articolo su Frans Veldman, Su ciò che ha fatto e su ciò che ha fondato: l'Aptomia" tratto da L'ALBA DEI SENSI Etienne Herbinet e Marie Claire Busnel. Cantagalli Editore 277-286 2001 Siena.
- 3 F. Lombardi e M. Giovanna Argese, "Problemmatiche psicologiche delle madri di bambini in incubatrice". NEUROPSICHIATRIA INFANTILE, fasc.246-247: 51-66.1982.
- 4 L'équipe soignante du service de reanimation pediatrique. SOIS PEDIATRIE PUERICULTURE. N° 36-FEVRIER 1995.
- 5 Anna Sartorio "L'arca di Nina" Tea Editore 2003 Milano.
- 6 A. Dell'Antonio, R. Paludetto IL BAMBINO PRETERMINE: 73-86. Armando Editore 1987 Roma.
- 7 C. Rinchi, S. Levato "una nascita che crea sconcerto: aspetti relazionali e comunicativi tra operatore UTIN -neonato e genitore" ATTI REGIONALI SCENARIO 221-24.12002.
- 8 "L'accoglienza" IL NEONATO PATOLOGICO, LA SUA FAMIGLIA, GLI OPERATORI SANITARI Atti del convegno Monza 1994.
- 9 F. Ferrari, MP Bosi "La Care del prematuro: i genitori e il personale" Neonatologica vo9, n 2, 63-82, 1995.
- 10 M.H. Klaus, J. H Kennell.: "MATERNAL INFANT BONDING" The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1976.
- 11 Y. Aujard, "Le service de neonatologie".

- SOINS GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE PUERICULTURE PEDIATRIE. N°159-160.1995.
- 12 R. Negri, "La terapia del suono". IL NEONATO IN TERAPIA INTENSIVA. Cap. 3. Cortina Editore, Milano 1994.
  - 13 F. Guengard, "Accueil, soins et musique". Rivista SOINS GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE PUERICULTURE PEDIATRIE. N°159/160-Août-Septembre 1994.
  - 14 P. Bouteloup, "Des musiciens en neonatologie". Rivista SOINS GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE PUERICULTURE PEDIATRIE. N°159/160-Août-Septembre 1994.
  - 15 V. Wahlberg; Dr Med Science, R N M, Dept of Pediatrics, KS Karolinska Institute, Stockholm, Sweden. Alternative Care premature infant. The Kangaroo method. Advantages, Risks and ethical questions" NEONATOLOGICA 4, 363-3676 1987.
  - 16 R. de Leeuw, THE KANGAROO METHOD IN CARE OF PRETERM INFANTS Accademin Hospital of the University of Amsterdam. 1985.
  - 17 A.Cattaneo, R Davanzo, B Worku et all. "Kangaroo mother care (KMC) for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different setting" ACTA PEDIATRICA 87:976-85.1998.
  - 18 J.G.Ruiz, N. Charpak, Z.Figueroa, "Predictional need for supplementing breastfeeding in preterm infants under Kangaroo Mother Care". ACTA PEDIATRICA Vol 91, N10 : 1130-1134. 2002.
  - 19 C-J Tornhage, E. Stuge, T.Lindberg, F. Serenius "First week Kangaroo care in sick very preterm infants" ACTA PEDIATRICA Vol. 88, N 12: 1402-1404. 1999.
  - 20 DA Calhoun "Enteral administration of hematopoietic growth factors in the neonatal intensive care unit" ACTA PEDIATRICA suppl. 438: 43-53. 2002.
  - 21 C. Lau "Effects of stress on lactation" PEDIATRIC CLIN OF THE NORTH AMERICA 48:221 2001.
  - 22 N. Malhotra, L. Vishwambaran., Sundaram K, et al: "A controlled trial of alternative methods of oral feeding in neonates." Early Hum Dev 54: 29-38 1990.
  - 23 I.Dall'Oglio, G.Salvatori, E.Fiorelli, M. Lobonia, M. Pagano, F. Santoro, M. F. Coletti e M Orzalesi " La promozione dell'allattamento materno in terapia intensiva neonatale: vantaggi, difficoltà e strategie organizzative" NURSING OGGI 2000 n°4:59-64.
  - 24 P. Paula. Meier, DNSc, RN. "Brestfeeding in the special care nursery" THE MANAGEMENT OF BREASTFEEDING-, PART II. 2001 Pediatric Clinics of North America : 425-442
  - 25 N. Mohrbacher, J. Stock, "La leche league international". THE BREASTFEEDING ANSWER BOOK. 2000
  - 26 K. Hedberg Nyqvist and U Edwald "Infant maternal factor in the development of breastfeeding behaviour and breastfeeding outcome in preterm infant" ACTA PEDIATRICA 88: 1194-203. 1999.
  - 27 M. D'Alessio, PSICOLOGIA NEONATALE. Cap. 5. 2-5. 6. NIS Editore , Urbino 1993.
  - 28 K. Hendburg Nyqvist, C. Farnstrand, K Edebol Eeg-Olofsson, U. Ewald "Early oral behaviour in preterm infants during breastfeeding: an electromyographic study" ACTA PEDIATRICA Vol.90, N 6:658-663.

## AUTORI

*A. Andruccioli*  
*U.O. TIN Azienda Ospedaliera*  
*S. Gerardo-Monza.*

*I. Dall'Oglio*  
*Dipartimento di Neonatologia Medica*  
*e Chirurgica, Ospedale Pediatrico*  
*Bambino Gesù-Roma;*  
*Corso di Laurea per Infermiere, Università*  
*degli Studi di Roma "La Sapienza".*

## Indennizzo 210/92 Un diritto dell'operatore sanitario

di *Massimiliano Conforti*

**L**a legge 25 febbraio 1992, n. 210, prevede un indennizzo economico a vita di importo variabile da un minimo a un massimo, ma comunque non inferiore a circa mille euro al bimestre, per gli operatori sanitari che, in occasione e durante il servizio, abbiano riportato danni permanenti alla integrità psicofisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV.

La Corte costituzionale, con sentenza 20 novembre 2002, n. 476, ha esteso il diritto all'indennizzo stesso anche agli operatori sanitari che, in occasione del servizio e durante il medesimo, abbiano riportato danni permanenti alla integrità psico-fisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatiti.

Quindi per avere diritto all'indennizzo nel caso di epatiti, occorre che l'operatore sanitario sia affetto da un'epatite virale cronica (o che sia stato colpito da un'epatite virale fulminante), alle condizioni prima descritte.

Il diritto all'indennizzo è indipendente dalle condizioni di reddito ed è autonomo rispetto alla eventuale causa di servizio.

Noi dell'Associazione EpaC Onlus ci

stiamo adoperando in tal senso, perché tra i nostri sostenitori ci sono molti che appartengono a questa categoria e che riscontrano una lacuna informativa su tale diritto e quindi per noi, che riteniamo l'unica terapia per il silenzio sia l'informazione, abbiamo ritenuto importante mettere a conoscenza tale cosa.

Da anni facciamo informazione sull'epatite C, e ci teniamo affinché i diritti di tutti i malati siano rispettati e messi alla luce del sole, la 210/92 è stata pubblicizzata pochissimo, infatti molta gente si è vista rifiutare questo diritto perché era fuori termine.

Per me che in veste di Delegato EpaC e paziente sono a contatto con molti infermieri, era un dovere scrivere qualcosa in merito.

Per maggiori informazioni potete visitare il nostro sito : [www.epac.it](http://www.epac.it) o contattare il numero di telefono della sede EpaC al seguente numero di tel. 039.6612460.

### AUTORI

*Massimiliano Conforti*  
*Delegato EpaC Onlus*

---

## Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI)

---

di Issa El-Hamad, Maria Chiara Pezzoli

### PRESENTAZIONE

**I**l fenomeno migratorio rappresenta una delle sfide più complesse per i paesi di approdo degli immigrati e la questione dell'immigrazione è oggi ai primi posti dell'agenda nazionale ed internazionale. Nel panorama nazionale, la Provincia di Brescia rappresenta attualmente un'area ad alta pressione migratoria. Si stima infatti che circa 135.000 immigrati siano attualmente presenti sul territorio provinciale, con una prevalenza sulla popolazione generale di quasi il 14%, di gran lunga superiore alla media nazionale.

Tra le numerose problematiche legate ai movimenti migratori, quelle di natura socio-sanitaria assumono una valenza prioritaria. Prima della globalizzazione economica, il mondo ha conosciuto la globalizzazione sanitaria: le nazioni del mondo hanno dovuto rapportarsi *in primis* con un fenomeno non nuovo ma sicuramente diverso rispetto al passato, quale il trasferimento internazionale dei rischi e la potenziale diffusione delle malattie trasmissibili e i diversi sistemi sanitari hanno dovuto far fronte a fenomeni "non domestici" ed in parte fuori dal loro controllo.

Per poter affrontare e vincere le sfide della mondializzazione della salute, è necessario approntare una organizzazione della società e delle strutture sanitarie che sia pensata globalmente e abbia un'efficacia capillare. Si rende quindi ne-

cessario effettuare innanzitutto studi epidemiologici delle diverse realtà territoriali e successivamente intraprendere attività di promozione della salute e/o di prevenzione delle malattie, al fine di accertare i bisogni reali ed operare di conseguenza: individuare il problema sanitario che maggiormente danneggia i membri della comunità, analizzare le possibili soluzioni e quindi articolare la natura e l'intensità delle misure di correzione/prevenzione. È anche essenziale, oltre a conoscere la situazione presente, osservare l'andamento dei fenomeni nel tempo e nello spazio per poter affrontare immediatamente i problemi ed anticipare quelli emergenti.

In questo contesto e per fare fronte alle nuove esigenze in ambito socio-sanitario, è stato recentemente istituito dall'ASL di Brescia, con delibera n. 779 del 12 novembre 2003, il *Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI)*, con l'obiettivo di garantire una risposta adeguata alle problematiche sanitarie connesse ai cambiamenti avvenuti negli ultimi anni in riferimento all'universo migratorio, al fenomeno dei viaggi internazionali e della mobilità umana in genere. Il CSI rappresenta una struttura moderna, più elastica e attenta, sia alle novità legislative introdotte nel nostro Paese in tema di assistenza sanitaria agli stranieri, sia alle necessità di ottimizzare le risorse in ambito sanitario e favorire un largo accesso ed un utilizzo più corretto e razionale delle strutture sanitarie.

Il CSI si configura come una Unità Operativa del Servizio Assistenza Specialistica e Percorsi Sanitari Territoriali del Dipartimento Cure Primarie dell'ASL di Brescia; ha valenza sovra-distrettuale essendo le sue funzioni rivolte indistintamente a fasce di popolazione straniera presenti su tutto l'ambito di competenza; talune funzioni assumono carattere interdipartimentale con: il Dipartimento di Prevenzione, per tematiche di salute pubblica (vaccinazioni, profilassi dei viaggiatori, medicina scolastica, ecc), il Dipartimento ASSI, per aspetti di carattere socio sanitario riferibili all'utenza migratoria, il Servizio Educazione alla Salute e Comunicazione e il Servizio Formazione.

Le specifiche funzioni della Unità Operativa comportano accordi di collaborazione con organismi esterni: Università e

grazioni, Medicina dei viaggi e del turismo e dalle tematiche connesse alle Infezioni e Malattie a Trasmissione Sessuale.

### Obiettivi programmatici del Centro di Salute Internazionale

1. Implementazione delle pratiche di erogazione di assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, nelle modalità previste dalla normativa vigente concernenti quanto è di competenza dell'ASL di Brescia.

2. Offerta di assistenza socio-sanitaria di 1° livello agli stranieri irregolari e clandestini mediante:

- accoglienza ed informazione all'utilizzo ed accesso alle strutture sanitarie
- orientamento socio-sanitario volto a favorire l'iscrizione al SSN e la fruizione dei servizi esistenti a livello del territorio



Strutture Sanitarie; Enti Locali; Organizzazioni non Governative e Onlus impegnate nelle problematiche sociali e di assistenza sanitaria agli immigrati, operanti a livello locale, nazionale e internazionale.

Le aree di competenza del Centro sono rappresentate dalla Medicina delle Mi-

- prevenzione pubblica ed educazione sanitaria in tema di tutela della salute individuale e collettiva, con particolare riferimento alle patologie di larga diffusione e a quelle potenzialmente trasmissibili

- verifica del calendario vaccinale ed indicazioni di carattere preventivo ed



igienico-sanitario

- diagnosi e cura delle patologie urgenti ed essenziali secondo la normativa vigente

3. Collaborazione con i Medici di Medicina Generale, PLS e le strutture socio-sanitarie territoriali alla gestione del paziente straniero "difficile"

4. Sorveglianza, monitoraggio e prevenzione delle malattie infettive, con particolare attenzione alle malattie infettive diffuse ed a quelle eventualmente da importazione

5. Effettuazione di Indagini epidemiologiche e studi osservazionali sulla presenza e distribuzione all'interno della popolazione target di patologie considerate a rischio per i soggetti immigrati e valutazione e cura del disagio psico-sociale

6. Analisi dei dati clinico-epidemiologici allo scopo di studiare la dinamica del profilo socio-sanitario della popolazione immigrata a Brescia e la sua evoluzione nel tempo

7. Elaborazione ed attuazione di protocolli di ricerca mirati a specifiche patologie come la tubercolosi, le malattie a trasmissione sessuale (MTS) con particolare attenzione all'infezione da HIV, la malaria e le parassitosi intestinali

8. Redazione e pubblicazione di lavori scientifici su riviste nazionali ed internazionali e partecipazione ad incontri e convegni in tema di migrazione e salute.

9. Gestione pratica ed applicazione di

linee guida in campo di. MTS, profilassi internazionale e di Medicina dei viaggi e del turismo in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di Brescia

10. Implementazione di specifici progetti di formazione, aggiornamento ed insegnamento dei principi della medicina delle migrazioni e delle basi fondamentali dell'approccio transculturale al paziente straniero attraverso: a) corsi di formazione per operatori sanitari; b) corsi di forma-

zione per mediatori culturali; c) convegni in tema di salute e migrazione; d) pacchetto didattico su migrazione e salute per le scuole; e) collaborazione con Università per moduli di insegnamento nelle facoltà mediche ed infermieristiche; f) specifica formazione per il personale operante nel centro che include la partecipazione attiva a corsi e convegni nazionali ed internazionali e stage all'estero presso istituti internazionali con nota esperienza nei temi di interesse del centro, nonché la partecipazione ad esperienze lavorative nei paesi in via sviluppo all'interno di programmi di cooperazione internazionale

11. Partecipazione e gestione di progetti ed interventi socio-sanitari nei paesi in via di sviluppo nell'ambito di programmi di cooperazione internazionale, anche in collaborazione con altri enti, istituzioni ed organizzazioni non governative.

### **Organizzazione e funzionamento del CSI**

Il Centro di Salute Internazionale è situato in una zona centrale della Città, a poca distanza dal più grande nosocomio cittadino "Azienda Spedali Civili di Brescia". Esso è composto da una sala di attesa pazienti munita di un regolatore numerico per l'accesso alle successive viste, uno spazio-sportello per mediazione-orientamento socio-sanitario, un punto accettazione amministrativa e registrazione elettronica dei dati generali,

## ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEL CSI



uno spazio ambulatoriale, una sala colloquio ed intervista psicologica ed una farmacia interna per la somministrazione di terapia intra-ambulatoriale. Gli spazi medici sono distinti in un ambulatorio di medicina generale ed un altro ambulatorio dedicato ad alcuni ambiti specialistici di secondo livello. Questi ultimi comprendono gli ambulatori per le malattie sessualmente trasmesse, la tubercolosi e la profilassi dei viaggiatori internazionali. L'accesso alla struttura è libero, senza prenotazione ed è consentito a tutti gli immigrati non iscritti al Sistema Sanitario Nazionale, con orari di apertura nella fascia pomeridiana di tutti i giorni feriali dalle 14.00 alle 17.00. Le prestazioni sanitarie di primo livello sono erogate direttamente a livello ambulatoriale, mentre alcune specialistiche prevedono l'invio presso altre strutture mediante l'utilizzo di una apposita moduliistica. L'organico ottimale del centro comprende: tre medici, due infermieri, un amministrativo, due mediatori culturali, una psicologa, un esperto in normativa sanitaria sull'immigrazione e un'assi-

stente socio-sanitaria. Nelle normali attività del Centro si riconoscono schematicamente diversi momenti e percorsi prestabiliti:

- 1 - Ingresso in sala di attesa, ritiro ad opera dei pazienti di un numero progressivo e somministrazione facoltativa di un breve questionario conoscitivo;
- 2 - Prima fase di mediazione linguistico-culturale con verifica della posizione sanitaria del soggetto e rilascio di una tessera numerata ad esclusivo uso interno per i successivi accessi al Centro;
- 3 - Momento di accettazione infermieristico-amministrativa e compilazione della parte della scheda nosologica informatizzata, in collaborazione con i mediatori culturali;
- 4 - Visita medica nell'ambulatorio di medicina generale di primo livello e compilazione della seconda parte della scheda nosologica, in collaborazione con il personale infermieristico e, su richiesta in presenza del mediatore;
- 5 - Completamento della visita nell'ambulatorio di secondo livello del Centro per casi selezionati e meritevoli di ulte-

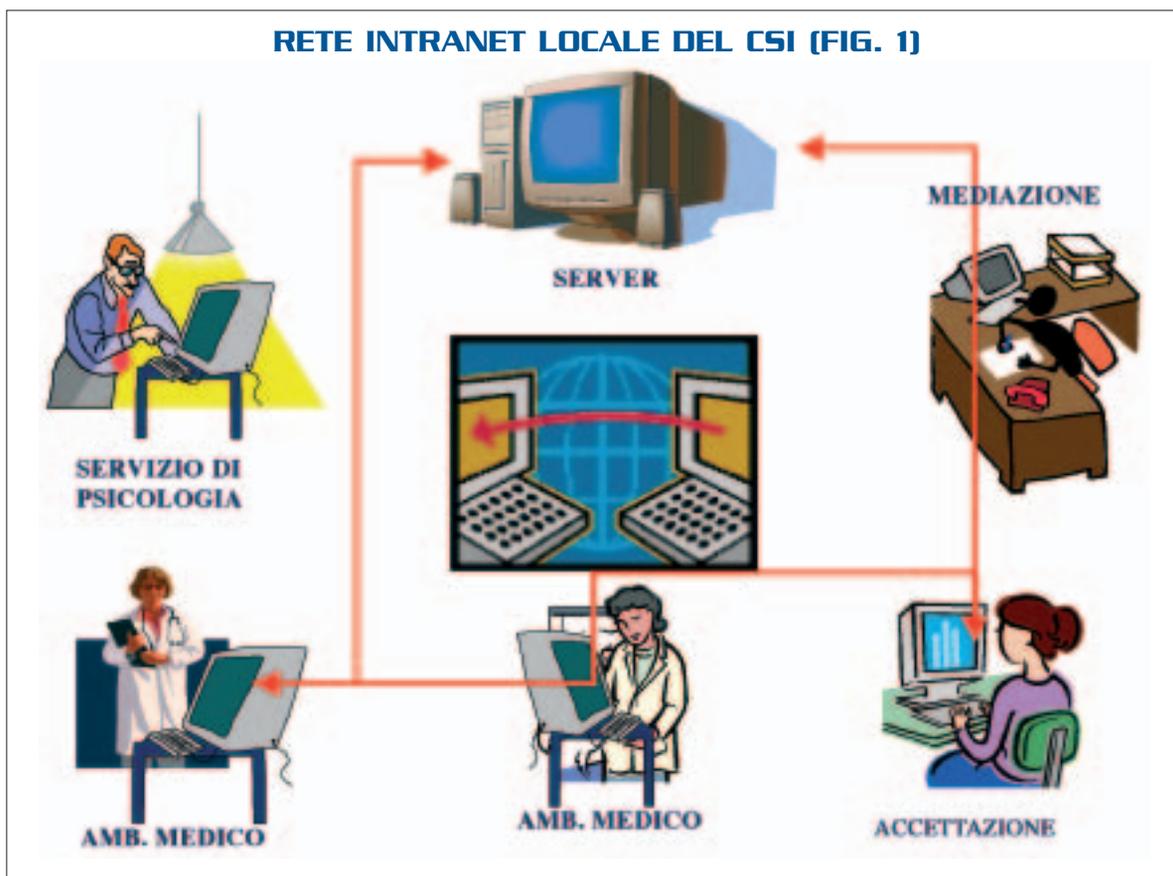
riori approfondimenti;  
 6 - Eventuale colloquio psicologico e partecipazione volontaria ad un'indagine limitata nel tempo sul disagio psico-sociale;  
 7 - Invio ad altre strutture sanitarie ed ospedaliere di secondo livello per patologie specialistiche;  
 8 - Seconda fase di mediazione interculturale più mirata all'orientamento socio-sanitario.  
 Infine, le modalità di assistenza ai pazienti del centro sono regolate da appositi protocolli operativi interni elaborati sulla base di linee guida nazionali ed internazionali sulle materie di competenza.

### L'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO LOCALE E MEDICINA ESSENZIALE DI PRIMO LIVELLO

Negli ultimi due anni e grazie alla realizzazione di specifici progetti finanziati

dalla Regione Lombardia in collaborazione con il Comune di Brescia, è stato possibile attivare nella struttura un *Osservatorio Epidemiologico Locale sul fenomeno migratorio*, con la creazione di una banca dati informatizzata in riferimento alle caratteristiche socio-demografiche e sanitarie della popolazione afferente all'ambulatorio. Allo scopo, è stato realizzato uno specifico programma di archiviazione (mediante un sistema informatico di MySQL), con un'interfaccia web che permette di condividere l'applicazione in una rete intranet locale gestita da un webserver Apache. La rete intranet locale è composta da un server centrale, che rappresenta il punto di riferimento per gli altri computer client, situati nei diversi punti di attività (Fig. 1).

Le peculiarità di questo specifico programma di archiviazione consistono:  
 Possibilità di condivisione in rete (rete intranet locale, rete ASL)  
 Completa flessibilità del sistema  
 Aggiornamenti facili e rapidi



L'interfaccia web è composta da due sezioni:

1) la prima sezione è dedicata alla raccolta dei dati anagrafici ed epidemiologici dei pazienti. Questa sezione è stata

condo la classificazione delle malattie e dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostico-terapeutiche-versione italiana della ICD-9-CM (International classification of Dis-

## SCHEDA NOSOLOGICA INFORMATIZZATA (FIG. 2)

The screenshot displays a web-based medical record form. At the top, it identifies the institution as 'A.S.L. BRESCIA'. The patient's name is 'M. ARONCO' and their birth date is '08/21/1963'. The form is divided into several sections: 'ANAMNESI' (Anamnesis) with fields for residence, telephone, and marital status; 'STORIA PATOLOGICA' (Pathological History) with fields for hospitalization, surgery, and other medical events; 'DIAGNOSI IN AMBULATORIO' (Outpatient Diagnoses) with a table showing dates, categories, and descriptions; and 'ELENCO ESAMI / RICOVERI' (List of Examinations / Hospitalizations) with a table showing dates and types of exams or hospitalizations. The interface is user-friendly with clear labels and input fields.

realizzata con l'utilizzo di campi variabili, in grado di registrare i continui cambiamenti concernenti lo stato giuridico e sanitario, la situazione lavorativa, il domicilio e le condizioni abitative della popolazione in esame (Fig. 2)

2) la seconda sezione è specifica per la raccolta dei dati clinici e dei percorsi diagnostici, con un campo indipendente per la codifica delle diagnosi effettuate. Essa è composta da una o più pagine di diario clinico per la scrittura libera della visita medica, collegate a diversi fogli, specifici per l'inserimento di esami emato-chimici, sierologici, microbiologici e strumentali e per la registrazione di visite specialistiche, ricoveri e valutazioni urgenti in pronto soccorso. Inoltre, sono stati previsti campi separati per la registrazione dei dati di eventuali protocolli di studio in ambito di tubercolosi, malattie a trasmissione sessuale e disagio psico-sociale. La codifica delle diagnosi avviene se-

condo la classificazione delle malattie e dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostico-terapeutiche-versione italiana della ICD-9-CM (International classification of Dis-

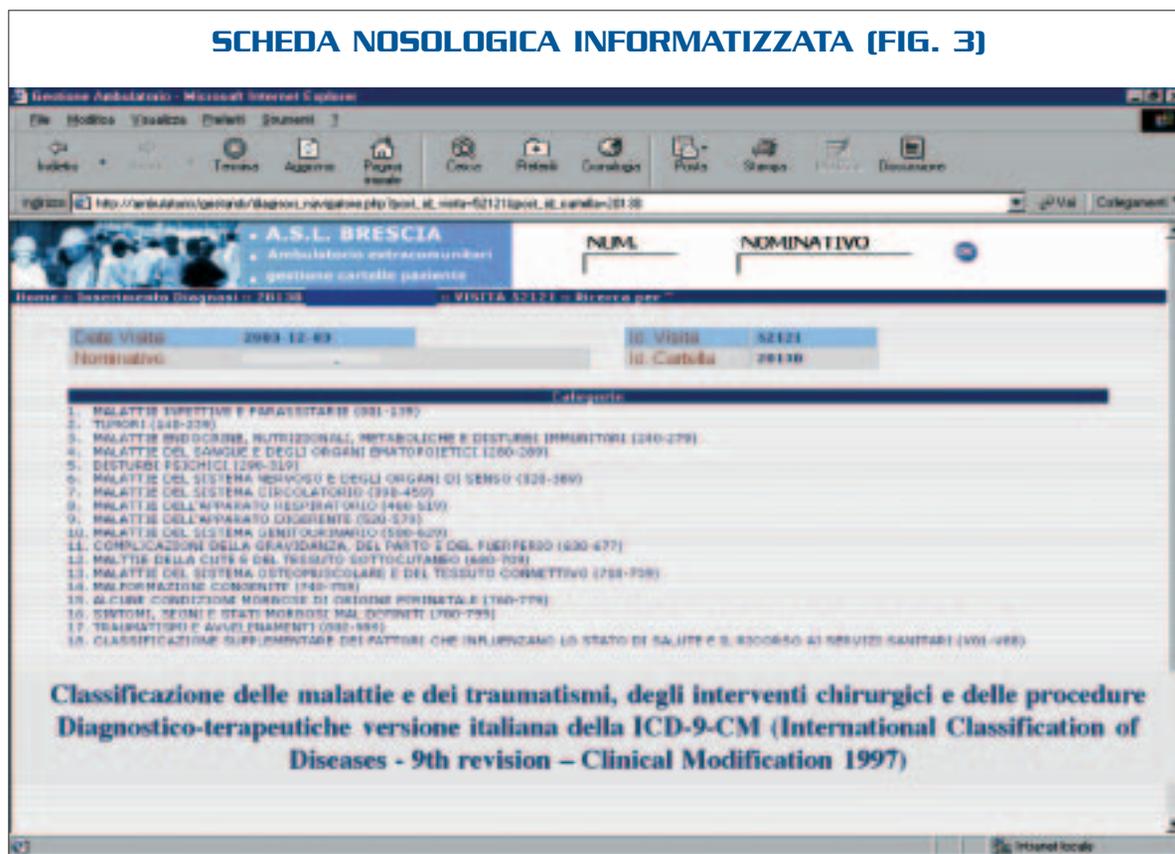
ease- 9 th revision- Clinical Modification-1997) come mostrato in figura 3. La scheda di raccolta dati è stata inizialmente validata con una breve sperimentazione presso lo stesso centro e, dopo un breve corso di formazione rivolto a tutti gli operatori interni, è stata adottata definitivamente.

L'attivazione dell'osservatorio ha comportato la realizzazione di due fasi: la prima, retrospettiva, della durata di un anno, ha previsto l'inserimento nel programma di archiviazione dei dati registrati nelle cartelle cliniche cartacee relative ai pazienti afferiti all'ambulatorio a partire dalla sua attivazione nel 1990.

La seconda, prospettica, ha previsto la registrazione sistematica nell'archivio elettronico, a partire dal 2 gennaio 2003, di tutti i pazienti afferenti al CSI.

Tutti i dati registrati nel database sono periodicamente analizzati in riferimento

## SCHEDA NOSOLOGICA INFORMATIZZATA (FIG. 3)



a diversi parametri, quali generalità, data e luogo di nascita, sesso, stato civile, residenza o domicilio, grado di istruzione, religione, epoca d'immigrazione in Italia, condizione giuridica, precedente iscrizione al SSN, numero di visite nell'ambulatorio con relative motivazioni, diagnosi effettuate. Vengono di seguito riportati sinteticamente i principali risultati dell'analisi della casistica complessiva del CSI.

### **Caratteristiche generali della popolazione di pazienti immigrati del CSI**

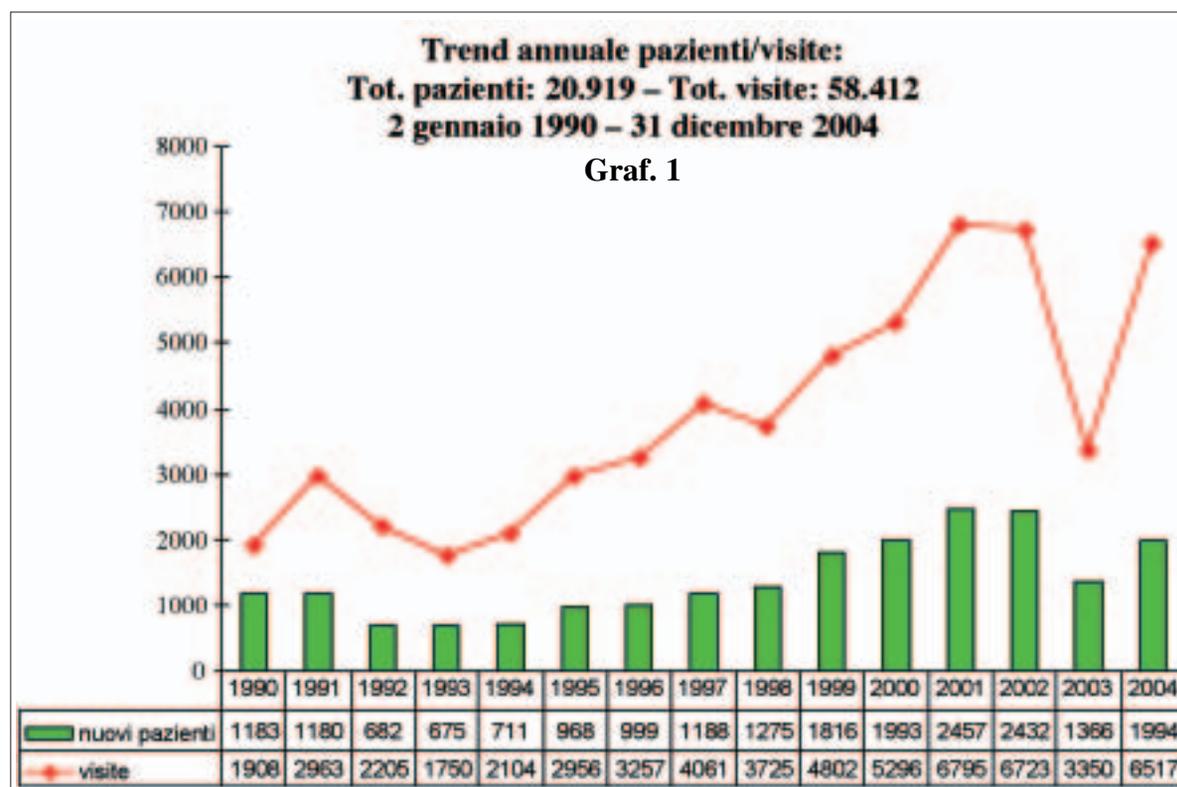
Dall'analisi dei dati archiviati sono stati ricavati le caratteristiche generali e l'inquadramento demografico della popolazione immigrata osservata al CSI. Dal 02 gennaio 1990 al 31 dicembre 2004 sono stati visitati in ambulatorio 20.919 pazienti stranieri per i quali sono state effettuate 58.412 visite. L'andamento annuale delle presenze mostra un trend in aumento sia per quanto riguarda il numero dei pazienti sia per quanto concerne il numero delle visite mediche totali (Graf. 1). La stratificazione dei pa-

zienti per sesso ed età nella casistica cumulativa, ha evidenziato una prevalenza del sesso maschile (66%) e della classe di età compresa tra 25 e 44 anni (51%) (Tab. 1). Tuttavia, l'andamento annuale dei pazienti stratificati per sesso (Graf. 2), mostra un aumento maggiore del sesso femminile rispetto a quello maschile. Infatti, mentre il rapporto maschi/femmine nel 1990 era di 9/1, nel 2004 è stato pari a 1,1/1. Sebbene la classe di età 25-44 anni sia la più rappresentata, tutte le classi di età mostrano una crescita nel tempo, in particolare quelle comprese tra 0-14 anni e soprattutto 15-24 anni. Considerando la casistica globale, la totalità dei pazienti risulta provenire da 139 paesi diversi; il 56% dei pazienti proviene dall'Africa, il 24% dall'Europa, il 17% dall'Asia ed il 3% dal centro-sud America (Tab. 1); in particolare, i primi 10 paesi di provenienza sono stati, nell'ordine: Senegal (18%), Marocco (9%), Pakistan (8%), Nigeria (7%), Ucraina (6%), Egitto (5%), Albania (5%), Ghana (4%), Romania (4%), Tunisia (4%). Tuttavia, l'analisi dei dati mostra come, nel

tempo, ci sia stato un aumento considerevole dei soggetti provenienti dall'Europa e dall'Asia e, in misura minore, dal centro-sud America (grafico 3), tanto che nell'anno 2004, al primo posto tra i paesi di provenienza figurava la Moldavia. Il livello di scolarizzazione è stato di tipo medio-alto: l'86% dei soggetti ha frequentato più di 5 anni di scuola e ben il 40% è in possesso di un diploma o di una laurea. La suddivisione dei pazienti per credo religioso mostra, nella casistica globale, che il 54% dei pazienti è di religione islamica ed il 40% di religione cristiana (Tab. 1); nel 2004 tale rapporto si è invertito, essendo il 54% dei pazienti cristiani ed il 28% mussulmani. In totale, il 97% dei pazienti è risultato non iscritto al Sistema Sanitario Nazionale ed il 77% non in possesso di regolare permesso di soggiorno. La maggior parte dei pazienti (65%) che si sono recati nell'Ambulatorio

### Caratteristiche sanitarie della popolazione dei pazienti immigrati del CSI

Per quanto riguarda l'analisi del profilo clinico e delle patologie prevalenti, nella tabella 2 sono incluse le diagnosi cliniche registrate nel periodo 1990-2004 secondo i 17 capitoli ICD 9-CM della International Classification of Disease - 9th Revision-Clinical Modification-1997. Il numero totale di pazienti osservati è risultato pari a 20.919, su cui sono state effettuate 34.847 diagnosi complessive (12.648 diagnosi in pazienti di sesso femminile e 22.199 in pazienti di sesso maschile). La maggiore prevalenza di sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (15,4% del totale) è da ricondurre alla natura prevalentemente ambulatoriale delle procedure diagnostiche-cliniche, che ovviamente non consentono di stabilire una precisa eziologia in



nel periodo 1990-2004 era domiciliato nella Città di Brescia, mentre il 31% dei soggetti proveniva da altri luoghi della Provincia di Brescia; solo nel 4% dei casi gli immigrati erano domiciliati fuori Provincia (Tab. 1)

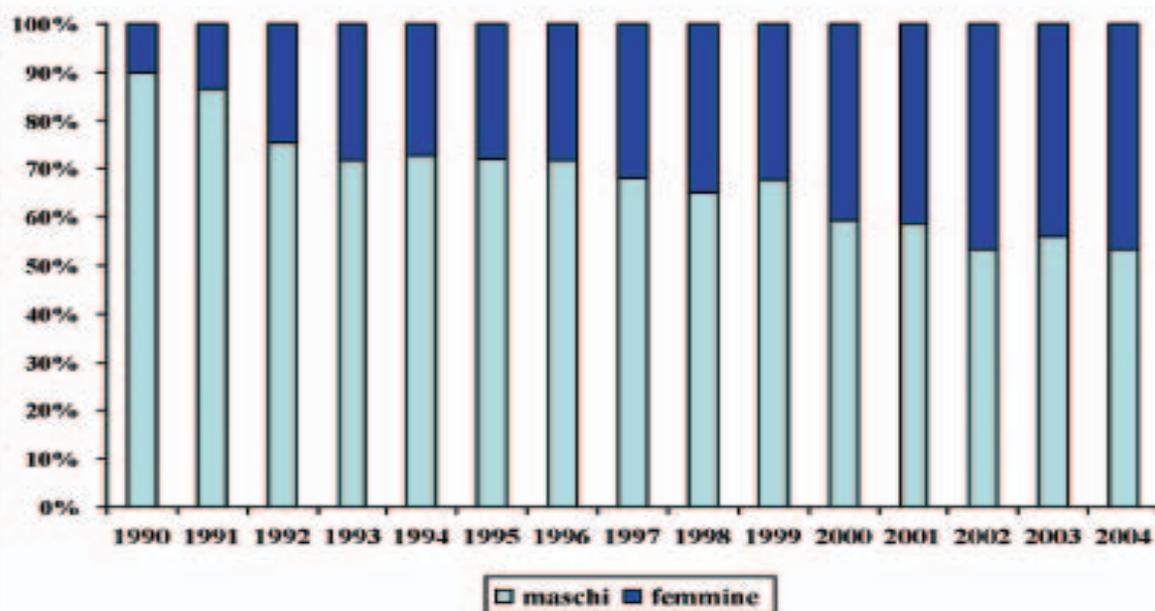
un'ampia percentuale di casi. In analogia con quanto è riportato in letteratura, le forme patologiche maggiormente presenti nei pazienti immigrati nella casistica ambulatoriale sono quelle a carico dell'apparato respiratorio, dell'apparato

### Caratteristiche generali della popolazione (Tab. 1)

Parametro	N° soggetti	Ripartizione %
Sesso	20.919	Maschi = 65,7% , Femmine = 34,3%
Classi di età (anni)	20.919	0-14=6%, 15-24=38%, 25-44=51%, 45-64=4%, 65-74=0%, >74=1%
Macroaree di provenienza	20.919	Africa=56%, Europa=24%, Asia=17%, Centro/Sud America=3%, Nord America=0%, Apolidi=0%
Livello di scolarizzazione (anni di studio)	10.336	0=7%, 1-5=7%, 6-8=46%, 9-12=14%, 13-18=19%, Laurea=7%
Religione	14.540	Islamica=54%, Cristiana=40%, Altro=3%, Nessuna=3%
Iscrizione Sistema Sanitario Regionale	20.919	Non iscritti=97%, Iscritti =3%
Posizione giuridica e permesso di soggiorno (pds)	20.919	non pds=77%, pds valido=17%, in attesa di pds=6%
Domicilio	20.919	Città di Brescia=65%, Provincia di Brescia=31%, Altra sede=4%

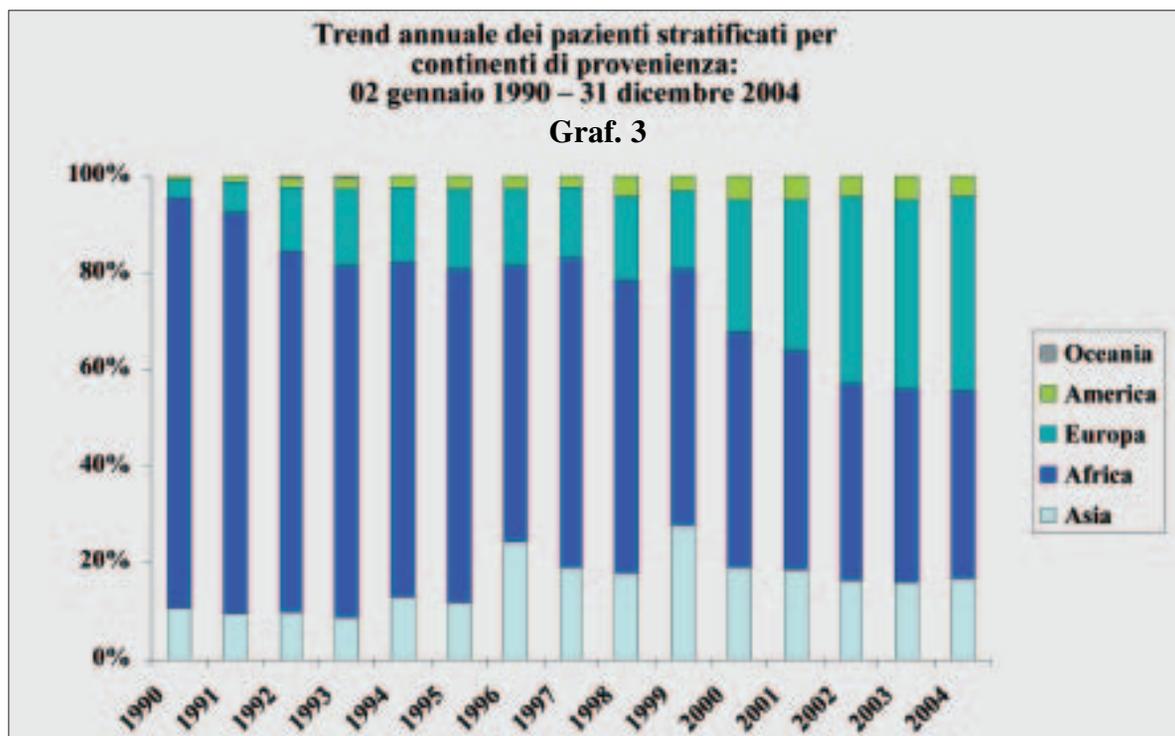
### Trend annuale pazienti: stratificazione per sesso 2 gennaio 1990 – 31 dicembre 2004

Graf. 2



digerente, del sistema osteoarticolare, genito-urinario e cutaneo. Sono generalmente forme di tipo artritico-reumatico e simil-influenzali in senso lato, patologie cutanee associate alle condizioni di sovraffollamento e promiscuità abitativa, malattie del sistema genitourinario come le cistiti e le uretriti aspecifiche e lesioni traumatiche, essenzialmente ascrivibili ad infortuni sul lavoro,

incidenti stradali e, talvolta, ad episodi di violenza. Al contrario, meno rappresentate (1,1%) sono i disturbi di carattere psicopatologico, condizionati dal processo migratorio come evento stressogeno e dai successivi percorsi di transculturazione. Si tratta di patologie di tipo neuropsichiatrico e di alcune forme di malattie gastroenteriche (colon irritabile, gastriti, ulcere peptiche), inqua-



drabili in un contesto di disagio non solo fisico ed alimentare ma anche psicologico. Le patologie infettive e parassitarie verranno illustrate più dettagliatamente in seguito (Tab. 3) e nella nostra esperienza costituiscono il 6,8% del totale delle diagnosi. Si può inoltre osservare la pressoché totale assenza di patologie cronico-degenerative e neoplastiche in rapporto verosimilmente alla giovane età dei pazienti immigrati osservati nella nostra struttura.

La tabella 3 riporta le malattie infettive maggiormente dettagliate in sotto classi eziologicamente determinate. Delle 2.384 diagnosi totali effettuate nel periodo 1990-2004, si osservano con maggiore frequenza le forme cutanee da micosi e da ectoparassitosi come la scabbia (25,4%), le malattie infettive virali in genere (15,5%), e la tubercolosi polmonare ed extrapolmonare attiva, che raggiunge il 13% delle patologie infettive totali. Questo dato conferma che la tubercolosi rappresenta una patologia a rischio per gli immigrati in Italia da paesi ad alta endemia tubercolare, anche se deve essere ancora sottolineato il ruolo degli interventi di sorveglianza e di ricerca attiva di malattia tubercolare nei

confronti degli immigrati afferenti al nostro ambulatorio. Infine, da segnalare la prevalenza dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV), che nella presente casistica raggiunge il 5% delle diagnosi di natura infettiva ed è maggiormente riscontrato nel sesso femminile.

### **ATTIVITÀ DI MEDIAZIONE INTERCULTURALE ED ORIENTAMENTO SOCIO-SANITARIO**

Negli ultimi tre anni il CSI ha potuto includere nel proprio organico in modo continuativo la figura professionale del mediatore linguistico-culturale. L'attività di mediazione è effettuata in stretta collaborazione con gli altri operatori sanitari, sia al momento del primo contatto degli utenti con la struttura in una sala distinta dal punto di accettazione pazienti, sia su richiesta durante la visita medica. Essa riguarda tutti gli aspetti della mediazione interculturale ed è maggiormente indirizzata verso la conoscenza dei contenuti della normativa nazionale in tema di assistenza agli immigrati. Al termine della consultazione sanitaria, i mediatori

(Tab. 2)

<b>PROFILO CLINICO PER CAPITOLI ICD 9-CM</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOT</b>	<b>F%</b>	<b>M%</b>	<b>TOT%</b>
sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1699	3659	5358	13,4	16,5	15,4
malattie dell'apparato respiratorio	879	2885	3764	6,9	13	10,8
malattie dell'apparato digerente	1178	2509	3687	9,3	11,3	10,6
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	925	2703	3628	7,3	12,2	10,4
traumatismi e avvelenamenti	622	2796	3418	4,9	12,6	9,8
classificazione supplementare	2171	931	3102	17,2	4,2	8,9
malattie del sistema genitourinario	1810	680	2490	14,3	3,1	7,1
malattie infettive e parassitarie	564	1820	2384	4,5	8,2	6,8
malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	550	1792	2342	4,3	8,1	6,7
malattie del SNC e degli organi di senso	491	1140	1631	3,9	5,1	4,7
malattie del sistema circolatorio	346	551	897	2,7	2,5	2,6
complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	764	0	764	6	0	2,2
disturbi psichici	148	248	396	1,2	1,1	1,1
malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	181	181	362	1,4	0,8	1
malattie del sangue e degli organi ematopoietici	147	140	287	1,2	0,6	0,8
Tumori	140	77	217	1,1	0,3	0,6
malformazioni congenite	31	85	116	0,2	0,4	0,3
alcune condizioni morbose di origine perinatale	2	2	4	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>12648</b>	<b>22199</b>	<b>34847</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

svolgono prevalentemente una azione di orientamento socio-sanitario volto a favorire il razionale e corretto utilizzo delle strutture di primo e secondo livello.

### **ATTIVITÀ DIDATTICA E DI FORMAZIONE - AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE**

Tra le altre attività del CSI è prevista la produzione di materiale illustrativo e di-

dattico da utilizzare in corsi di formazione in ambito scolastico a diversi livelli in tema di medicina transculturale. È stato approntato ed utilizzato uno specifico pacchetto didattico con un set di diapositive e materiale stampato sui temi più importanti della medicina delle migrazioni, con particolare riferimento ai principi fondamentali della educazione alla salute, alla prevenzione in ambito sanitario e alle patologie infettive diffusibili. Inoltre, gli operatori del Centro partecipano attivamente ogni anno alla

(Tab. 3)

<b>MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE</b>	<b>Tot.</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Tot. %</b>	<b>M %</b>	<b>F %</b>
Micosi e scabbia	605	438	167	25,4	24,1	29,6
altre malattie infettive e parassitarie	370	308	62	15,5	16,9	11
altre malattie da virus e clamidia	354	269	85	14,9	14,8	15,1
tubercolosi	309	274	35	13	15,1	6,2
malattie virali con esantema	172	115	57	7,2	6,3	10,1
infezioni da virus della immunodeficienza (hiv)	119	71	48	5	3,9	8,5
altre malattie batteriche	102	68	35	4,3	3,7	6,2
postumi di malattie infettive e parassitarie	95	86	9	4	4,7	1,6
malattie infettive intestinali	81	65	16	3,4	3,6	2,8
Elmintiasi	79	53	26	3,3	2,9	4,6
sifilide ed altre malattie veneree	70	51	19	2,9	2,8	3,4
rickettsiosi ed altre malattie trasmesse da artropodi	24	20	4	1	1,1	0,7
malattie batteriche trasmesse da animali	2	1	1	0,1	0,1	0,2
poliomielite e altre malattie virali del SNC non trasmesse da artropodi	1	1	0	0	0	0
malattie virali da artropodi	0	0	0	0	0	0
altre malattie da spirochete	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>2384</b>	<b>1820</b>	<b>564</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

realizzazione di un corso universitario opzionale di salute internazionale e medicina dei viaggi e delle migrazione per gli studenti della Facoltà di Medicina dell'Università di Brescia. Sono stati inoltre realizzati, negli anni 2003-2004, due corsi di formazione per mediatori culturali, operatori socio-sanitari territoriali ed ospedalieri e personale amministrativo sul tema di " salute degli immigrati e mediazione interculturale in ambito socio-sanitario". Infine, il piano aziendale di formazione ed aggiornamento del personale sanitario prevede, entro la fine del 2005, la realizzazione di altri due corsi di formazione ECM sugli aspetti socio-sanitari-legislativi in tema di assistenza sanitaria agli immigrati rivolti a Medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale.

## SERVIZIO DI PSICOLOGIA

La complessità del percorso migratorio, lo stress da transculturazione, la lontananza dagli affetti, la mancanza di reti sociali di riferimento, l'irregolarità giuridica e le difficili condizioni di vita possono costituire, nel soggetto immigrato, una vulnerabilità psicologica e sociale con eventuale rischio di evoluzione in disagio psichico e/o emarginazione sociale.

Un servizio che si collochi in un'ottica transculturale richiede attenzione alla multidisciplinarietà. Su tali premesse, unite alle necessità cliniche e di ricerca emerse dall'esperienza del Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia, si fonda la presenza di un servizio di Psi-

cologia all'interno dello stesso.

### **Attività clinica**

All'interno del CSI vengono effettuati interventi psicologici di:

- prevenzione e sensibilizzazione alla tutela della salute
- consulenza
- individuazione del disagio psichico ed eventuale invio ad altre strutture (Consultori, SERT, ecc.)
- sostegno
- psicoterapia (individuale – di gruppo)

La presenza all'interno del servizio di due psicologhe consente di poter offrire attività di sostegno e di supporto psicoterapeutico, sia per pazienti con invio interno (spontaneo o su indicazione dei medici) sia per pazienti inviati dalle strutture partner del progetto (su richiesta spontanea o su indicazione da parte di altri operatori). Tali azioni vengono monitorate omogeneamente inserendo i dati dei pazienti accolti, in cartelle cliniche strutturate, così da poter fornire per ciascuna situazione, oltre alla caratteristiche anamnestiche anche le informazioni specifiche della richiesta di consulenza psicologica, dei bisogni, delle possibili tipologie di intervento proposto o effettuato (sia internamente al servizio che in rete con le altre strutture) e del buon esito riscontrato.

Oltre al setting individuale si prevedono attività di gruppo:

tematiche su argomenti di interesse relativi alla tutela della salute  
auto-aiuto  
sostegno psicologico

### **Attività di ricerca**

La necessità di conoscere in maniera approfondita e strutturata le condizioni psicosociali dell'immigrato clandestino afferente al servizio e gli eventuali fattori di rischio per la salute psicofisica ha motivato un'indagine specifica presso il Centro di Salute Internazionale (CSI) nel periodo compreso tra gennaio e novembre 2004, in cui sono stati arruolati 540 soggetti.

I dati ottenuti da tale indagine hanno gettato le basi per approfondimenti futuri in termini di indagini mirate e spe-

cifiche su alcuni target considerati maggiormente a rischio o su alcune problematiche particolari.

Per l'anno 2005 si sono attivati due percorsi di ricerca: uno relativo al fallimento del progetto migratorio, rivolto a coloro che da anni in Italia ancora versano in condizioni di clandestinità e spesso vivono in situazioni di emarginazione ed isolamento sociale, l'altro relativo alla conoscenza delle determinanti legate alle numerose richieste di interruzione volontaria della gravidanza ad opera di donne straniere.

### **AUTORI**

*Dr. El-Hamad Issa*

*Dott.ssa Pezzoli Maria Chiara*

*Ambulatorio immigrati-ASL di Brescia*

*Dipartimento di Malattie Infettive -*

*Spedali Civili di Brescia*

---

## Il difficile cammino di un'associazione: A.N.O.T.E.

---

*di J. Patricia Burga*

**E**ssere Presidente di una Associazione di Infermieri è non solo un piacere ma professionalmente trovo l'affidamento di tale carica un vero "onore" anche se comporta una grande responsabilità. L'ANOTE è una associazione nata nel 1988 con lo scopo di riunire gli infermieri che operano nei centri italiani di endoscopia digestiva, broncologica, urologica, ortopedica, ginecologica, otoiatria e sempre più numerosi gli infermieri della gastroenterologia. L'Associazione è nata per volontà di alcuni infermieri che fortemente hanno sentito e ricercato il giusto riconoscimento della loro professionalità ma non solo, per anni hanno lottato e dibattuto sulla necessità di vedere attuata una formazione adeguata allo sviluppo sempre crescente dell'endoscopia. L'infermiere di endoscopia è un professionista della salute che opera in un contesto complesso dove si eseguono procedure tecniche invasive diagnostiche-terapeutiche. La complessa attività svolta richiede una figura specializzata che sappia spaziare dal ruolo tecnico a quello assistenziale, organizzativo, dalla formazione alla ricerca. Certamente il ruolo tecnico è rilevante, ma non è l'unico aspetto nell'attività di collaborazione con il medico: sempre più importanza sta assumendo il ruolo di interlocutore del paziente, di figura capace di comunicare con la persona ed interagire con i suoi bisogni di attenzione e assistenza. Per tutti questi aspetti è necessario che l'infermiere di endoscopia sia in possesso di tutte le conoscenze necessarie sia per

una fattiva collaborazione con il personale medico che per una competente gestione del rapporto con l'utenza. L'Associazione già dagli anni 90', attraverso i suoi rappresentanti, ha più volte manifestato la necessità di rendere attuativo un percorso formativo complementare per l'area di endoscopica in linea con quanto, a quel tempo, veniva sostenuto in tema di formazione complementare dalla Federazione Nazionale IPASVI e da tante altre Associazioni Infermieristiche. Oggi nello straordinario panorama formativo professionale, c'è la speranza che il progetto di una formazione specialistica per gli infermieri, peraltro già avviata in parte con i Master di I livello, non sia più solo un sogno ma una concreta realtà. L'Associazione ha lavorato e lavorerà ancora per un programma che veda concretizzarsi la figura di un Infermiere di Endoscopia cultore della disciplina infermieristica ed in particolare del suo specifico professionale supportando la sua attività da rigosità metodologica e scientifica. L'ANOTE già da anni collabora al fianco delle più importanti Associazioni mediche e infermieristiche sia in campo nazionale che internazionale. Con le Associazioni infermieristiche internazionali da tempo lavora al Profilo Professionale Europeo dell'Infermiere di Endoscopia (European Job Profile), recentemente pubblicato, e attualmente ci trova coinvolti nella elaborazione di un curriculum formativo con valenza per tutti gli stati europei. La nostra è quindi una associazione che si interroga sul futuro dell'infermiere

di endoscopia nello scenario Nazionale e nel più ampio scenario europeo.

A questo punto mi è doveroso un ringraziamento a tutti i direttivi e le persone che fino ad oggi si sono prodigati nella crescita dell'Associazione che in questi anni ci ha permesso di raggiungere obiettivi di eccellenza con la promulgazione delle Linee Guida nella Disinfezione e Sterilizzazione, nella Sedazione in Endoscopia, nell'Assistenza al paziente portatore di PEG. Un augurio di buon lavoro va al rinnovato Direttivo oggi più che mai rappresentativo del territorio nazionale: Maria Rosaria Bonetti (Caserta), Fabio Corno (Legnano), Anna Di Gemma (Roma), Roberta Mattiola (Torino), Cinzia Simeoli (Napoli), Daniela

Tonoli (Novara), P. Burga (Padova). Per questo triennio ci siamo dati una parola d'ordine *crescere*: crescere come professionisti autonomi, responsabili e consapevoli del ruolo svolto e da svolgere e come associazione sia in campo nazionale che internazionale. La crescita auspicata non dovrà essere solo numerica ma soprattutto professionale in quanto solo con il profondo e consapevole sentito professionale saremo in grado di raggiungere gli obiettivi prefissati e il tanto atteso riconoscimento.

#### **AUTORI**

*J. Patricia Burga  
Presidente ANOTE*



Collegio Provinciale Ipasvi Grosseto

## **Concorso Nazionale per la ricerca infermieristica 5° Edizione anno 2006**

**PREMIO  
"INFERMIERA GEMMA CASTORINA"  
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI GROSSETO**

**PREMIO SPECIALE  
"INFERMIERA GEMMA CASTORINA"  
PROVINCIA DI GROSSETO**

Il Collegio Provinciale IPASVI di Grosseto indice, per ricordare l'Infermiera Gemma Castorina, un Concorso Nazionale di ricerca infermieristica.

La ricerca infermieristica rappresenta un punto imprescindibile per migliorare la disciplina infermieristica ed è fondamentale per applicare interventi assistenziali di documentata efficacia.

**L'argomento di ricerca di questa 5° edizione del  
Concorso Nazionale è**

**"SISTEMI DI CALCOLO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE  
PER IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA  
PERSONALIZZATA (MODELLO PROFESSIONALE)".**



sione. Negli ospedali italiani lavorano 320 mila infermieri, ma ne mancano almeno 40 mila. Il testo, per affrontare la mancanza di paramedici, prevede oltre al reintegro dei 'nonni' anche la firma di contratti di lavoro a tempo determinato di un anno o il pagamento, con tariffe libero-professionali, delle prestazioni extra-orario di chi è in ruolo".

L'articolo riporta infine la valutazione della Federazione nazionale dei Collegi Ipvsi sullo scarso successo degli strumenti introdotti da ultimo per arginare la drammatica carenza di personale infermieristico: "In realtà sono pochi quelli che decidono di rientrare. Il lavoro è pesante, i turni faticosi e, dopo i 60 anni, ciò diventa molto stressante".

Nella stessa pagina, il quotidiano romano riferisce delle cifre relative agli occupati nella sanità in Italia. "Dove il turn over è pressoché fermo è tra gli infermieri - scrive "Il Messaggero" - Ogni anno, in Italia, sono 12 mila quelli che vanno in pensione. E i giovani,

circa 3.500-5.000, che escono dalle università con il diploma in tasca non sono sufficienti a coprire i posti vacanti".

Due soli appunti ad un servizio peraltro meritorio, che rilancia la preoccupazione della professione infermieristica per un trend che non lascia presagire la tanto attesa svolta: il vecchio vizio dei media italiani di continuare a definire gli infermieri come "paramedici", ignorando così la completa autonomia e l'elevato livello di formazione che la categoria ha raggiunto ormai da diversi anni, rendendosi protagonista unica e assoluta dell'assistenza alla persona malata. Non "paramedici", quindi, ma professionisti a tutto tondo, con compiti e responsabilità diverse e distinte da quelle dei medici. E poi l'affermazione secondo cui "i giovani escono dalle università con il diploma in tasca", anche questa figlia di una vecchia idea degli infermieri, ampiamente superata dai tempi e dai fatti. I nuovi infermieri, infatti, escono sì dall'università, ma lo fanno con una laurea in tasca, non con un diploma.

## in pillole

### **FARMACI, CRESCERE LA SPESA**

Sette persone su dieci hanno ricevuto nel corso dell'anno almeno una prescrizione. E' quanto risulta dal 5° rapporto curato dall'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali in Italia (OsMed). La spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, ha raggiunto nel 2004 i 19.185 milioni di euro, con un aumento del 5,5% rispetto al 2003; diversa la tendenza registrata nelle

strutture pubbliche e in quelle private: +9% la prima e -2,6% la seconda. Il SSN copre oltre il 70% della spesa farmaceutica complessiva. Nel 2004 le dosi di farmaco prescritte a carico del Servizio Sanitario Nazionale registrano un aumento del 35% rispetto al 2000. La spesa a carico del SSN rappresenta il 14,6% della spesa sanitaria complessiva con una consistente variabilità tra le diverse regioni. La prescrizione di farmaci è infatti maggiore nel Centro-Sud rispetto al Nord. Il rapporto è stato pubblicato sul sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

---

RECENSIONE

# Etica e responsabilità

**Giuseppe Zanutto - Milano: McGraw-Hill; 2005**

---

**I**profondi cambiamenti legislativi, che hanno interessato la professione infermieristica negli ultimi dieci anni, hanno notevolmente ampliato gli ambiti di responsabilità degli infermieri. Responsabilità che quotidianamente si ripercuote su quanti sono chiamati ad operare e a "scegliere" per il bene del malato.

L'aumento delle responsabilità coincide con l'aumento delle conoscenze, delle capacità, degli atteggiamenti e quindi delle competenze, alle quali non è possibile non accostare l'aspetto umano legato all'erogazione delle prestazioni.

La Federazione Nazionale dei Collegi IPA-SVI, con l'emanazione del nuovo Codice Deontologico, ha provveduto ad adeguare e ad integrare gli aspetti tecnici e relazionali della prestazione che il professionista infermiere è tenuto ad offrire al cittadino malato.

Anche le Università stanno facendo la loro parte, migliorando il livello qualitativo dell'etica e della deontologia ed aumentando le ore di lezione.

In quest'ottica diventa motivante e rilevante il testo di Giuseppe Zanutto. Il volume vuole esser anzitutto uno strumento didattico, informativo ed orientativo per gli studenti del corso di laurea in infermieristica e per quanti sono già impegnati nel mondo del lavoro,

L'autore si è preoccupato di chiarire quella che ritiene essere la criteriologia etica di fondo per l'esercizio coscienzioso e corretto della professione.

Pur non essendo stati trattati alcuni argomenti, specialmente quelli ad impostazione prevalentemente sociale, l'autore centra la sua attenzione sulla persona umana che, nel mistero della sua libertà e responsabilità, rappresenta una grandezza che trascende lo sforzo di auto-comprensione e rimane il fine, e non il mezzo, dell'agire etico. Agire etico, che a mio parere, è composto dal triangolo dimensione scientifica, dimensione antropologica, dimensione giuridico-deontologica.

Buona lettura, quindi, a quanti nell'esercizio professionale, vorranno instaurare un rapporto con il malato che non sia soltanto una pesante ripetitività di gesti tecnici, ma anche uno scambio ed un orientamento culturale, morale e sociale reciproco.

*Stefano Casciato*





Spesso accade che, affannati da un problema che richiede una risoluzione rapida, ci affidiamo all'Internet per cercare le possibili soluzioni; abbiamo visto nei precedenti numeri di "Infermiere Oggi" come fare ricerche utilizzando i motori di ricerca, oppure accedendo a banche dati biomediche.

Altrettanto spesso, però, ci troviamo di fronte ad una palese sconfitta: internet non sempre è in grado di darci la giusta risposta, soprattutto in tempi brevi.

Un possibile approccio, trascurato e tralasciato nella maggioranza dei casi, è quello di sfruttare i "gruppi di discussione virtuali", come ad esempio i **Forum di discussione infermieristici**.

Oltre ad offrire spunti interessanti in termini di condivisione di informazioni ed esperienze con colleghi di tutta Italia, ed a volte anche europei, rappresenta esso stesso *una base di dati con archivio storico*. Ovvero, non dobbiamo necessariamente inoltrare la nostra richiesta di aiuto al problema, ma possiamo vedere se qualcun altro ha precedentemente inoltrato una richiesta analoga, e se ha avuto risposte e/o consigli da qualche collega.

Utilizzeremo quindi la funzione **cerca**, presente oramai in quasi tutti i Forum di moderna concezione, con alcuni piccoli accorgimenti: se vogliamo effettuare ricerche complesse intersecando parole chiavi, la sintassi corretta da seguire è quella di utilizzare gli *operatori booleani* (AND - OR - NOT - visti precedentemente)

Ci accorgeremo ben presto che la soluzione, a volte, è a portata di mano in

quanto è stata già affrontata precedentemente.

I Forum di discussione infermieristici più frequentati:

#### **NURSESAREA**

<http://www.nursesarea.it/bacheca.htm>

#### **INFERMIERI ONLINE (AIOL)**

[http://www.infermierionline.net/forum\\_pr emessa.htm](http://www.infermierionline.net/forum_pr emessa.htm)

#### **INFERMIERE DELLA TUSCIA (privo di funzione di ricerca)**

<http://www.infermieredellatuscia.it/cgi-bin/index.cgi>

Ricordiamoci, infine, che la partecipazione ai Forum ed alle chat è soggetta ai termini d'uso di ogni singolo sito web ospitante; alcuni permettono l'accesso in modalità anonima, altri previa registrazione obbligatoria ma gratuita.

Per tutti, però, è indispensabile attenersi alle "buone regole" della rete internet, e di buona coesistenza (netiquette), consultabili qui:

<http://www.faqintosh.com/netiquette.html>

La versione *short*, ma meno esauriente, la troviamo qui:

<http://www.nic.it/NA/netiquette.txt>

**A cura di Fabrizio Tallarita**  
**Webmaster del Collegio IPASVI di Roma**  
[webmaster@ipasvi.roma.it](mailto:webmaster@ipasvi.roma.it)

# IL COLLEGIO IN TV

Per informarti in tempo reale  
su tutto quanto fa... infermiere

Televideo

Regionale RAI

La pagina assegnata

al Collegio Ipasvi di Roma é...

439

## OPERATORI SANITARI, SUGLI ERRORI È MEGLIO NON TACERE

**Farmacia News 11/04/2005**

**NUM 4 APRILE 2005**

Come si comporta l'operatore sanitario quando si accorge dell'errore di un collega? Nove su dieci tacciono, preferendo evitare il confronto. Questo dato emerge da un'inchiesta condotta negli Stati Uniti dal gruppo di consulenza VitalSmarts, che mette in evidenza l'estensione del problema. I comportamenti errati e le imperizie sanitarie non sono da valutare con leggerezza: un'indagine condotta nel 1999 dall'Institute of Medicine, un'istituzione non di parte, ha riscontrato che ogni anno ben 98.000 americani muoiono a causa di prescrizioni o dosaggi errati di farmaci, errori chirurgici o infezioni causate da negligenza nelle pratiche igieniche. Secondo Joseph Grenny, presidente della VitalSmarts, il 50% del personale infermieristico afferma di avere colleghi che mostrano di non essere competenti; in particolare questo è riferito dall'88% dei medici e dal 48% degli infermieri. La VitalSmarts ha contattato per la sua indagine 1700 tra infermieri, medici, direttori sanitari e altri esperti. I motivi della reticenza a discutere di questo problema sono vari: il timore di contrapporsi a un collega, di invadere il suo campo, ma anche motivi più banali come la mancanza di tempo. Non è detto poi che sia la posizione subalterna a rendere gli operatori meno inclini a confrontarsi: infatti i medici trovano difficile fare osservazioni agli infermieri sul loro operato, anche quando ritengono che stiano operando in modo non adeguato. Questo stato di cose può portare a evitare un confronto che richiede energie e impegno, ma è di vitale importanza per il benessere e la salute di chi riceve le loro cure.

E' stata stipulata una convenzione tra il Collegio I.P.A.S.V.I. di Roma e la Formazioneforum S.r.l., Ente di Formazione accreditato dalla Regione Lazio e certificato Qualità BVQI, con anni di esperienza nel settore del recupero scolastico, per dare l'opportunità a tutti gli iscritti al Collegio e ai loro familiari di conseguire:

- il Diploma di Stato anche in un anno, *a soli 45,00 euro al mese*, studiando a casa attraverso un percorso individuale personalizzato, seguito e monitorato costantemente da insegnanti esperti nella preparazione agli esami, di persone adulte che lavorano ed hanno poco tempo.
- Corsi di Lingua Inglese, livello principiante, intermedio, avanzato, realizzati tramite la nostra Scuola "Accademia Americana", funzionante con presa d'atto del Ministero della Pubblica Istruzione.
- Corsi ECDL, la patente europea del computer.

Per informazioni dettagliate:  
Tel. 06.5135056 - 06.51885047  
[www.formazioneforum.it](http://www.formazioneforum.it)



## MODULO DI ADESIONE

**ALLA COPERTURA ASSICURATIVA DI RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE  
DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE, ASSISTENTE SANITARIO, VIGILATRICE D'INFANZIA  
RELATIVO ALLA POLIZZA CONVENZIONE STIPULATA TRA LA FEDERAZIONE NAZIONALE DEI  
COLLEGI IPASVI E LA REALE MUTUA ASSICURAZIONI**

COGNOME E NOME:		CODICE FISCALE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
INDIRIZZO	C.A.P.	LOCALITA'	PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFONO	FAX	CASELLA DI POSTA ELETTRONICA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COLLEGIO IPASVI DI	N.ISCRIZIONE		<input type="text"/>

DECORRENZA: dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui verrà raggiunto il numero minimo di iscritti pari a 5000 nominativi come da stabilito dalla Convenzione stipulata tra Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e Reale Mutua Assicurazioni  
SCADENZA : un anno dalla data di decorrenza

**CONTRASSEGNARE IL TIPO DI COPERTURA SCELTA:**

**Polizza n. 192/03/357/10000/03027  
MASSIMALE EURO 1.000.000  
PREMIO € 26**

**Polizza n. 192/03/357/20000/03027  
MASSIMALE EURO 2.000.000  
PREMIO € 30**

Con la firma di questo modulo il Sottoscritto chiede di essere inserito nell'elenco dei nominativi assicurati dalla polizza stipulata tra la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e Reale Mutua Assicurazioni. La garanzia decorrerà dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui verrà raggiunto il numero minimo di adesioni pari a 5000 nominativi. La scadenza della copertura sarà un anno dalla data di decorrenza.

Allega copia del versamento effettuato sul C/C postale n. **50803964** intestato alla Federazione Nazionale Collegi IPASVI, senza il quale non potrà essere inserito tra i nominativi assicurati.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e letto il testo di polizza ed il testo della Convenzione che, con la sottostante sottoscrizione, accetta integralmente.

FIRMA \_\_\_\_\_

- Il sottoscritto, con riferimento a quanto previsto dall'art. 1341 C.C., dichiara di approvare specificatamente i seguenti punti della polizza convenzione prescelta riportati sui Modd.:
- 5164 RCG: punto 1.4 (Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione); punto 1.5 (Recesso dal contratto); punto 2.1 (Obblighi in caso di sinistro);
- 5165 RCG punto 2.4 (Efficacia della garanzia nel tempo); punto 2.5 (Effetti sulle polizze sostituite); punto 2.6 (Massimale e limiti di risarcimento); punto 2.8 (Recesso dal contratto); punto 2.9 (Obblighi in caso di sinistro); punto 2.12 (Premi e inserimento in garanzia)

FIRMA \_\_\_\_\_

Preso atto dell'informativa allegata alle Polizza sopra indicate, ed ai sensi degli art. 11, 20, 22 e 28 della Legge 31.12.1996, n. 675, acconsento: al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che mi riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società Assicuratrice; alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicati nella predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti obbligatori per legge o aventi le finalità ivi indicate; al trasferimento degli stessi dati all'estero

FIRMA \_\_\_\_\_

POLIZZA ASSICURATIVA

C/C N° 50803964 - Intestato: Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Via A. Depretis, 70 - 00184 Roma  
Causale di pagamento: Assicurazione

Da consegnare al Collegio IPASVI di Roma:

- 1) Modulo con dati anagrafici, indicare con una X la polizza scelta e 3 firme; 2) Fotocopia bollettino pagato



# IPASVI

## SCHEDA DI ISCRIZIONE E DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA XIV CONGRESSO IPASVI ROMA 20 - 22 ottobre 2005

La presente scheda è valida per la registrazione di un partecipante. Per ulteriori schede di registrazione, si prega di consultare il sito web [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it), o di contattare il nostro ufficio di registrazione e prenotazione alberghiera al 0632812.308

**Si prega di compilare in stampatello ed inviare alla Segreteria Organizzativa:  
EGA - V.le Tiziano, 19 - 00196 Roma  
tel. 0632812308 - fax 063240143 / 063222006 - e-mail [ipasvi2005@ega.it](mailto:ipasvi2005@ega.it)**

### PARTECIPANTE

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Codice Fiscale | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Iscritto al Collegio IPASVI di \_\_\_\_\_

Indirizzo per la corrispondenza \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

infermiere

assistente sanitario

infermiere coordinatore

infermiere pediatrico

infermiere docente / tutor

infermiere dirigente

altro \_\_\_\_\_

### A) QUOTE DI ISCRIZIONE (20% IVA inclusa)

Dopo il 3 ottobre 2005, sarà possibile iscriversi esclusivamente presso la sede congressuale, se vi saranno posti disponibili

entro il 31 luglio 2005

€ 90,00

dopo il 31 luglio 2005

€ 100,00

### B) PRENOTAZIONI ALBERGHIERE

Si prega di voler indicare 3 scelte di albergo. Tutte le prenotazioni alberghiere dovranno pervenire unitamente ad un deposito che corrisponde ad una notte di soggiorno.

#### Albergo

1ª scelta \_\_\_\_\_

Arrivo | \_\_\_\_ | / | \_\_\_\_ | / 05 Partenza | \_\_\_\_ | / | \_\_\_\_ | / 05

2ª scelta \_\_\_\_\_

N° | \_\_\_\_ | Singola(e) N° | \_\_\_\_ | Doppia(e) Uso Singolo N° | \_\_\_\_ | Doppia(e)

3ª scelta \_\_\_\_\_

### CANCELLAZIONI

#### Prenotazioni Alberghiere

entro il 2 settembre 2005

tra il 2 settembre e il 1 ottobre 2005

dopo il 2 ottobre 2005 o in caso di no-show

penale: nessuna

penale: 1 notte di soggiorno

penale: totale delle notti prenotate

#### Quota di iscrizione

Non è rimborsabile

**Ripetete per favore il vostro nome**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**IMPORTO TOTALE**

A) Quota di iscrizione	€   _____
B) Prenotazione alberghiera	€   _____
<b>Totale</b>	<b>€   _____  </b>

**PAGAMENTO**
 con **carta di credito**     Visa     MasterCard     CartaSi     Diners Club

Carta di credito N° | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Data di scadenza | \_ | \_ | \_ | / | \_ | \_ |

Titolare carta \_\_\_\_\_ Firma titolare carta \_\_\_\_\_

 con **assegno** bancario o circolare in Euro intestato a *Studio Ega Srl*
 **bonifico bancario** intestato a *Studio Ega Srl*, c/c 2104, Banca Sanpaolo IMI, Filiale 36, ABI 01025, CAB 03236, CIN C, del quale **allego copia**
**DATI FISCALI PER LA FATTURAZIONE**

Intestazione della fattura \_\_\_\_\_

Domicilio fiscale \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Ho letto ed accetto le condizioni di prenotazione/cancellazione indicate in questa scheda di iscrizione

**Informativa D. L. gs. 30 giugno 2003, N. 196** (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, desideriamo informarVi che i Vostri dati personali, da Voi conferiti alla nostra Società in occasione di rapporti intercorsi e direttamente comunicatici in occasione di eventi da Noi organizzati, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della normale attività societaria, anche tramite la consultazione di fonti o documenti pubblici o pubblici registri, saranno trattati nel rispetto delle norme vigenti e nelle forme e nei limiti previsti dalla legge. I Vostri dati sono assoggettati a trattamenti da parte della nostra società, per le seguenti finalità: adempimenti connessi a norme civilistiche, fiscali, contabili, gestione amministrativa del rapporto, eccetera; adempimento degli obblighi contrattuali; adempimenti connessi al rapporto in essere, alla comunicazione di nuove iniziative verso di Voi e comunque afferenti ai rapporti precedentemente instauratisi. Il conferimento di dati per l'effettuazione dei predetti servizi ha natura obbligatoria, essendo connesso all'esecuzione dei rapporti contrattuali instaurati ed agli adempimenti di legge derivanti da tali rapporti. I trattamenti sono effettuati secondo le prescrizioni stabilite dal citato Decreto Legislativo sia manualmente sia con l'ausilio di supporti informatici e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dall'articolo 11 del D.Lgs. 196/2003, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso Decreto con il termine di "trattamento". Tali operazioni di trattamento dei dati personali avverranno rispettando scrupolosamente i principi di riservatezza e di sicurezza richiesti dal D.L. sopra richiamato ed ispirandosi ai principi di correttezza e liceità di trattamento che la nostra società ha fatto propri. I Vostri dati personali possono essere da noi comunicati a: nostre società controllate e collegate solo per comunicazioni aventi per oggetto materie affini a quelle oggetto del ns. rapporto; soggetti che svolgono attività strumentali all'esecuzione delle operazioni o dei servizi contemplati nei nostri rapporti contrattuali, ovvero soggetti incaricati dello svolgimento di attività connesse o di supporto a quelle svolte dalla nostra società nei Vostri confronti; enti e organismi pubblici che hanno per legge, regolamento o direttiva comunitaria, diritto o obbligo di conoscerli.

L'art. 7 del T.U. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare del trattamento la conferma dell'esistenza o meno di dati che lo riguardano e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; può inoltre opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che lo riguardano chiedendo la loro distruzione. Vi informiamo che titolare del Trattamento dei Dati, ai fini del suddetto Decreto, è la scrivente Società. Il responsabile del trattamento è la Vice-Presidente dello Studio Ega. In ogni momento Voi potrete esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del citato D.Lgs. 196/2003, ivi compreso quello di conoscere l'elenco dei responsabili e degli incaricati al trattamento, indirizzando comunicazione a: Studio Ega Srl, Viale Tiziano 19, 00196 Roma

**Consento al trattamento dei dati personali indicati nell'informativa**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**XIV**  
**Congresso**  
**Nazionale**

# L'INFERMIERISTICA ITALIANA **IN EUROPA**

INCONTRO E CONFRONTO DI OBIETTIVI E VALORI



**IPASVI**

Federazione Nazionale  
dei Collegi Infermieri

[www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

**Roma**  
**20•21•22**  
**ottobre 2005**