

INFERMIERE

oggi

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

N°3



EDITORIALE

Occorre un salto
di qualità

FOCUS

Il bilancio
del triennio
2005-2008

LA RICERCA

L'approccio
infermieristico
all'ipertrofia
prostatica

ISTITUZIONI

Lettera aperta
a Piero Marrazzo

INFERMIERE *oggi*

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
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
Anno XVIII - N. 3 - LUGLIO-SETTEMBRE 2008

FOTO: MARIO ESPOSITO

STAMPA: GEMMAGRAF EDITORE
00171 Roma - Via Tor de' Schiavi, 227
Tel. 06 24416888 - Fax 06 24408006
e-mail: info@gemmagraf.it

Finito di stampare: ottobre 2008

Tiratura: 28.000 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.

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 **Occorre un salto di qualità**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 **Fattori determinanti la motivazione professionale, l'efficienza e la qualità assistenziale in un team di infermieri**
di Marco Franceschini
- 8 **Competenze infermieristiche per l'assistenza alle donne vittime di violenza**
di Massimo M. Greco
- 12 **L'approccio infermieristico al paziente affetto da ipertrofia prostatica benigna**
di Mauro Morroto
- 18 **Infermieri e mutilazioni genitali femminili**
di Alessandra Barocci, Teresa Compagnone, Lorian Lattanzi
- 21 **I giovani e la professione infermieristica: indagine su un gruppo di studenti delle medie superiori**
di Mirella Giontella, Lamberto Briziarelli, Rosaria Alvaro
- 28 **L'autostima nella persona portatrice di stomia intestinale**
di Paola Pierantognetti, Francesco Pallone, Rosaria Alvaro

FOCUS

BILANCIO DEL TRIENNIO 2006-2008

- 36 **Al servizio di tutti, per crescere insieme!**
- 39 **Impegni per il futuro**
- 42 **La novità**
- 43 **Gli infermieri e le sfide del tempo tra etica, integrazione e ricerca**
- 47 **Essere professionisti fra la vita e la morte**

LETTI PER VOI

- 50 **Manager, allarme rosso**
- 57 **Corcorso nazionale "Gemma Castorina"**

SCRITTO PER VOI

- 51 **Lettera aperta al presidente Marrasso**

L'ANGOLO DEI MEDIA

- 53 **Le serie TV dedicate ai camici bianchi confondono le idee ed istigano all'ipocondria**

DICONO DI NOI

- 55 **Torna il solito vizio scoop a tutti i costi**

L'AVVOCATO DICE

- 59 **Un caso di omissione di atti d'ufficio**

INFERMIERI IN RETE

- 61 **Lo "starter kit" del ricercatore (parte seconda)**

ASSOCIAZIONI

- 62 **Nuovi referenti regionali per l'Anote**

FEDERAZIONE DEI COLLEGI IPASVI

- 63 **Appuntamento a Firenze con il Congresso Nazionale**

NORME EDITORIALI

- 65 **Quali regole seguire per pubblicare un articolo su "Infermiere Oggi"**



Occorre un salto di qualità

di Gennaro Rocco

Il momento è di quelli cruciali. Lo sa bene chi, come gli infermieri, vive la sanità da protagonista, in prima linea, ogni giorno. Siamo tutti consapevoli delle grandi difficoltà in cui versa il sistema sanitario a Roma e nel Lazio. Qui serve un salto di qualità, un passo deciso verso il nuovo, verso un altro modo di concepire e offrire assistenza. Solo così potremo salvare il buono che c'è e trasformare in positivo ciò che invece non va, tagliando sprechi, disservizi, malcostume. Gli infermieri lo sostengono da tempo, spesso inascoltati. Ed è un gran peccato. Chi più di noi ha titolo per rivendicare un cambio di rotta? Chi meglio di noi può assicurare competenza ed esperienza per programmarne il nuovo tragitto?

Abbiamo previsto e denunciato tante criticità, reiterato l'allarme a più riprese, purtroppo inutilmente. Non ci consola oggi il fatto di aver avuto ragione, di poter affermare "l'avevamo detto". Dopo le delusioni di quest'ultimo periodo, restiamo più che mai vigili affinché i fondi liberati dal Governo vengano utilizzati bene per affrontare davvero i problemi della sanità laziale. Quel che invociamo è un nuovo corso, nuove opportunità per gli operatori, servizi pronti e di buona qualità per i cittadini. E stavolta vogliamo pesare nelle scelte che contano. Valorizzando la nostra competenza specifica e l'esperienza si può davvero riorganizzare a fondo il sistema, renderlo più efficace e anche meno oneroso.

Le cose da fare sono molte e urgenti. A monte di tutto, però, dobbiamo difenderci da certi attacchi che puntano, con sempre maggior evidenza, a relegarci all'angolo, quanto meno in ruoli non propri, di secondo piano. È il vecchio gioco al ribasso sulla figura dell'infermiere che ci ha tenuto per decenni relegati ad un rango subalterno, oggi sconfitto a suon di conquiste legislative, formazione di alto livello, competenze da specialisti, professionalità. Qualcuno ha paura degli infermieri e di ciò che sono diventati. Da qui i rinnovati tentativi di confonderci con altre figure professionali, di sminuire la nostra formazione saturando il panorama delle qualifiche di nuovi titoli che non si formano in università. Un'idea di assoluta retroguardia che mette

a repentaglio le nostre grandi conquiste, strappate con i denti a suon di lotte e sacrifici. Non passerà, non lo permetteremo.

Anche perché i traguardi che abbiamo tagliato sulla carta devono ancora tradursi in un adeguato riscontro sociale, contrattuale, retributivo. Con la legge 43/06 abbiamo ottenuto un riconoscimento importante sulla formazione specialistica, frutto di una lunga e tenace battaglia condotta in prima linea dal Collegio. Sul piano pratico, però, la norma non si è ancora completamente tradotta in realtà. Anche la legge delega al Governo per la trasformazione dei Collegi in Ordini professionali non si è realizzata. I fronti aperti sono molti. Dobbiamo batterci su ognuno di questi con il piglio di sempre e con nuova forza.

Cominciamo a non mollare ciò che abbiamo conquistato.

Ad esempio i Servizi Infermieristici e i Dipartimenti dell'Assistenza. Al prezzo di grandi sforzi, il processo è finalmente partito; nel Lazio quasi tutti gli Atti Aziendali prevedono l'istituzione di Servizi Infermieristici autonomi e/o Dipartimenti con un ruolo attivo anche nelle scelte strategiche delle Aziende. Molte di queste, rispondendo anche alle nostre pressioni, li hanno già attivati. Ma non basta. Servizi e Dipartimenti devono essere la regola ovunque e vanno messi nelle condizioni di operare con il coinvolgimento massiccio e attivo di tutti gli infermieri e degli altri professionisti sanitari; d'altronde essi possono riempirsi di contenuti concreti solo se i dirigenti sanno coinvolgere e vengono supportati da colleghi che si sentono valorizzati e riconosciuti.

Anche sul fronte dell'Ecm abbiamo avuto ragione. Finalmente nel 2009 il sistema dovrebbe entrare a regime.

Investire su ricerca, innovazione scientifica, organizzativa, gestionale saranno attività riconosciute dal Programma Ecm. Gran parte della formazione dovrà svolgersi sui luoghi di lavoro, senza costi aggiuntivi per i professionisti, con programmi articolati, mirati sulle attività specifiche di ciascuna Azienda. Agli infermieri è riservato un ruolo di primo piano nella stesura dei Piani formativi aziendali. E poi la novità del Dossier formativo individuale, lo strumento con cui ciascun infermiere potrà

curarsi su misura il proprio abito professionale. Un'altra bella conquista su cui vigilare, monitorando attentamente la sua reale applicazione.

L'abbiamo spuntata anche sui corsi per Oss. Il lavoro ai fianchi delle pastoie politico-burocratiche ha pagato e i corsi sono stati sbloccati. Rappresentano un'importante opportunità per realizzare ciò che reclamiamo da troppo tempo: essere sgravati da una quantità di mansioni improprie che distolgono l'infermiere dal suo vero ambito professionale. Al termine del primo ciclo di corsi avremo molti più Oss, potranno darci una mano e renderci più liberi di agire per le nostre competenze. E' un significativo passo avanti a patto che non vi sia un utilizzo distorto di questa figura. Gli Oss non possono in alcun modo sostituire gli infermieri; devono semmai affiancarli e surrogarli nei compiti che, impropriamente e con sacrifici non più sopportabili, gli infermieri assicurano oggi per scongiurare la chiusura di reparti e servizi. Chi li forma conosce bene la differenza tra Oss e infermiere. In questa chiave, registriamo come una grande vittoria del Collegio la scelta compiuta nel Lazio di formare gli Oss in strutture ove siano attivi i corsi di laurea in Infermieristica e sotto la direzione degli Infermieri. Siamo all'inizio di un percorso potenzialmente virtuoso. Va sostenuto e controllato da vicino.

Restano aperti e minacciosi diversi fronti critici. La carenza di personale innanzi tutto. Inutile ripetersi nel descrivere una situazione ormai fuori controllo, drammatica nei suoi effetti sui cittadini e sugli operatori spremuti oltre il limite della sopportazione. L'emergenza infermieristica è ormai un caso nazionale. Nel Lazio mancano almeno quattromila infermieri. I fondi statali legati al piano di rientro del deficit regionale vanno usati prioritariamente per turare questa enorme falla. Perciò chiediamo di rinforzare subito gli organici, utilizzare in via prioritaria le prestazioni aggiuntive, attivare i contratti a termine in attesa dei concorsi, estendere il ricorso alla libera professione.

L'emergenza riguarda anche il ricambio generazionale che oggi non c'è. Siamo al collasso del sistema, su questa via il turn over non potrà più essere garantito. Il problema è grave: sono ancora pochi i giovani si avvicinano alla professione e ancor meno sono i posti disponibili nelle università. Occorre invertire la rotta: più posti nei corsi per una professione più "attraente". Con il necessario sviluppo della sanità territoriale servirà un numero sempre crescente di infermieri. Si deve puntare su un'assistenza di qualità, garantita da professionisti capaci di dare risposte complesse e di fare ricerca. Per questo il Collegio

sollecita più omogeneità nell'organizzazione dei corsi e un miglior bilanciamento fra teoria e tirocinio.

La sanità in cui ci riconosciamo è proiettata sull'assistenza e il territorio. Dobbiamo lavorare perché l'assistenza domiciliare decolli, insistere sull'infermiere di famiglia, sugli ambulatori infermieristici, sulle attività che ci competono nella prevenzione e nell'educazione sanitaria. Assistiamo ai dolorosi tagli di risorse, posti letto, ospedali, tagli che rischiano di rivelarsi inutili. Occorre piuttosto rivedere i modelli organizzativi. E' qui la chiave di volta per razionalizzare le risorse umane ed economiche, migliorando i servizi all'utenza. Gli ospedali vanno riprogrammati superando l'ormai vecchio ed inefficace modello basato sulla dipartimentalizzazione clinica.

L'ospedale strutturato per complessità di cura e di assistenza è un modello già in voga in diversi Paesi e anche in diverse regioni italiane a sanità avanzata. Si fonda sulle caratteristiche, sulle condizioni e sui bisogni assistenziali del singolo paziente. In questo modello organizzativo la prospettiva tradizionale viene completamente ribaltata: è l'ospedale che ruota attorno alle necessità assistenziali del cittadino secondo il principio che ciascuno di essi necessita di un trattamento specifico. Le esperienze realizzate finora dimostrano che questo tipo di approccio produce anche una notevole diminuzione dei costi. Altrettanto determinante è la continuità assistenziale fra ospedale e territorio, che può ottenersi solo con infermieri molto ben formati. In questa chiave, il riconoscimento dei Master clinici come titoli per accedere al ruolo di professionisti specialisti sancito con la legge 43/06 (novità assoluta in Europa) segna per noi un grande risultato, non ancora tradotto però sul piano contrattuale e dell'uso reale.

Guardare al nuovo modello organizzativo significa guardare agli interessi dei cittadini. E' evidente che la sua implementazione porterà comunque anche una reale valorizzazione della figura infermieristica. A nessuno sfugge che l'infermiere in base al profilo professionale è l'unico professionista a cui è chiesta una presa in carico globale dell'assistenza alla persona. E per questo gli spetta loro un ruolo più pregnante nell'intero percorso curativo ed assistenziale. E' questa la chiave di volta per affrontare la crisi del sistema.

Gli infermieri sono pronti a raccogliere la sfida anche sul fronte delle responsabilità, ma pongono una ferrea condizione: vogliono più autonomia, più rispetto contrattuale, più dignità professionale.



Fattori determinanti la motivazione professionale, l'efficienza e la qualità assistenziale in un team di infermieri

di Marco Franceschini

GRUPPO DI LAVORO E ATTIVITÀ D'EQUIPE: ASPETTI ANTROPOLOGICI DELLE DINAMICHE DI GRUPPO

Storicamente, l'uomo ha usato sempre il mutuo aiuto dei gruppi per aumentare la propria possibilità di sopravvivenza. Le caratteristiche dei gruppi variavano a seconda del momento storico, politico-culturale e sociale, ma è storicamente provato che le società condotte con metodi di tipo coercitivo, rispetto a quelle fondate sulla consapevolezza collettiva, sono stati di breve durata.

Successi sociali duraturi sono stati possibili solo se supportati da un "sentire" collettivo, in cui i singoli sono parte attiva ed interessata del processo e dell'esito. All'interno dei gruppi sociali, le differenziazioni economiche possono scatenare dei fenomeni di disarmonia tanto più gravi, quanto più ingiuste appaiono le differenze.

Qualsiasi impresa che fa capo all'azione di più persone necessita di modelli organizzativi di conduzione del gruppo. L'aspetto che contraddistingue l'azione dei gruppi è la negoziazione.

Interessante è capire attraverso quali meccanismi di comunicazione, decisione e controllo, i gruppi realizzino un'azione collettiva coordinata e quali modelli rendano più efficaci tali processi.

Il meccanismo centrale è basato sul confronto, cioè l'integrazione di informazioni e competenze parziali e differenti. Le persone, in questo caso, accettano di rivedere le proprie conoscenze, i propri giudizi e le proprie percezioni, persuadendosi delle posizioni altrui e persuadendo il resto del gruppo, nella consapevolezza

che nessuno in quanto singolo ha tutte le informazioni e competenze necessarie per risolvere il problema da solo.

Non a caso, ambiti di attività come quello scientifico-sanitario richiedono un aggiornamento continuo e potrebbero avvantaggiarsene più di altri.

Ricerche sperimentali sulle decisioni di gruppo in psicologia cognitiva confermano l'ipotesi dell'importantissimo ruolo del gruppo nel ridurre le distorsioni cognitive tipiche della razionalità individuale (Carroll e Payne, 1976).

Un ulteriore aspetto positivo è che le azioni di gruppo rappresentano un formidabile sostegno motivazionale circa l'impegno individuale nelle azioni da compiere. Affinché il gruppo possa raggiungere il miglior grado di competenza e efficacia possibile si dovranno: garantire il livello di comunicazione orizzontale e verticale, un ambito, quindi, in cui, conservando l'essenziale prerogativa di accesso alle fonti informative, tutti possano comunicare con tutti; dare rilevanza nei processi decisionali alla caratteristica omogenea del gruppo, risolvendo possibili conflitti di interesse tra i diversi componenti (in caso contrario, gli interessi individuali condizionerebbero il confronto, preservando gli interessi dei gruppi più forti); dar vita ad un singolo o un mini-gruppo in grado di sintetizzare e mediare le varie posizioni, con il compito di facilitare le attività di tutti.

SALUTE E MALATTIA: COMPLESSITÀ E RISPOSTA SOCIALE

È innegabile che i fattori che determinano la salute e la malattia sono tanto numerosi

quanto quelli rappresentati dall'intero scibile umano. E non vi è ambito sociale, infatti, che non favorisca, o comprometta, la salute dei singoli e della collettività.

L'organizzazione dei servizi sanitari risponde, attualmente, quasi esclusivamente nell'"aspetto riparativo" dei danni sulla salute, trattando marginalmente quelli preventivi: oltre 12 milioni di ricoveri l'anno e oltre 22 milioni di malati cronici danno il segno della difficoltà a risolvere in modo definitivo le cause che determinano le condizioni di reiterarsi delle patologie.

È evidente il limite di una cultura medicistica; ponendo sotto accusa il sistema parcellizzato ed iper-specialistico delle attività sanitarie, come se, di fronte alla difficoltà di analizzare cause e rintracciare soluzioni efficaci, gli operatori, oggi ostacolati da un sistema gerarchizzato e burocratizzato, si rifugino in atteggiamenti "professionali" e nell'assoluzione di compiti e mansioni, mentre, la natura e la complessità dei problemi richiederebbero un agire per funzioni ed obiettivi. Un ulteriore problema è quello di non ritenere prioritarie la prevenzione, la diagnosi e le cure precoci e la riabilitazione, concentrando la maggior parte delle risorse economiche, tecniche e professionali nelle diagnosi complesse e nelle cure intensive: quasi il 60% delle risorse sono, oggi, investite nelle strutture ospedaliere, mentre solo il 2% è specificatamente speso nella prevenzione.

METODOLOGIA, STRUMENTI D'INDAGINE E QUADRO CONCETTUALE

Per la ricerca, mi sono servito di due questionari (uno per gli infermieri, l'al-

tro per i pazienti) e di servizi territoriali del nord (Milano) e centro (Terni, Rieti, Roma), con realtà sanitarie di riconosciuta esperienza clinico-assistenziale, e altre meno.

Il questionario è stato formulato in modo da focalizzare l'attenzione su alcuni indicatori determinanti le motivazioni professionali degli infermieri.

La prima parte raccoglie gli elementi anagrafici; la seconda gli indicatori di struttura (il servizio-reparto, l'adozione di strumenti innovativi, la cartella infermieristica) ed indicatori di processo; la terza parte sonda la percezione soggettiva degli infermieri in relazione alla propria condizione professionale e la percezione sociale degli stessi.

Sono stati distribuiti 219 questionari ad altrettanti infermieri, di cui un questionario presso sette strutture ospedaliere e tre nei Servizi territoriali.

Il questionario dei pazienti (a cui hanno risposto 143 persone ricoverate nei sette ospedali oggetto di indagine), sonda la loro percezione del rapporto con gli stessi infermieri oggetto di indagine.

Il questionario è stato concepito a risposte chiuse (dove possibile, il questionario è stato somministrato in assenza delle caposala e di altre figure gerarchiche); il questionario dei pazienti in precario stato di salute è stato compilato con l'ausilio dei parenti.

I dati sono stati elaborati incrociando gli indicatori, così da ottenere ogni singolo fattore incidente.

Il dato anagrafico prevalente mostra un corpo infermiere per 2/3 formato da persone mature, con età compresa tra i 31 ed i 50 anni (grafico 1); mentre i giovani rappresentano appena il 7% del campione ed è tra questi la stragrande maggioranza di laureati.

Il grafico 2 mostra che un infermiere su quattro ha iniziato da meno di cinque anni l'attività professionale; circa la metà

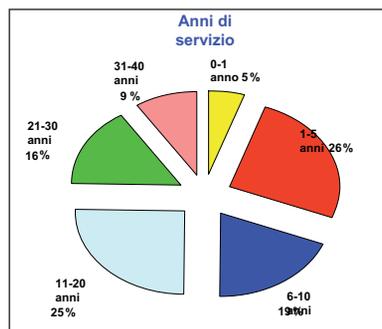
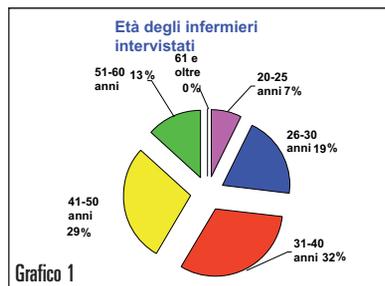


Grafico 2

degli infermieri ha un'anzianità professionale tra i sei ed i 20 anni.

Il dato conferma la storica prevalenza dell'elemento femminile nella professione infermieristica, sovrapponibile con il dato nazionale (grafico 3).

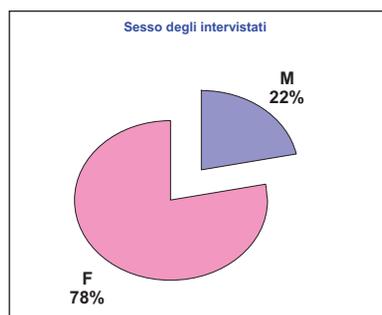


Grafico 3

La metà del campione intervistato ha un'esperienza recente nel servizio di assegnazione. Solo un infermiere su tre ha oltre 10 anni di servizio nello stesso reparto (grafico 4), mentre precedenti esperienze in altri servizi vengono confermate da ben il 69% degli intervistati.



Grafico 4

Questo dato manifesta alcuni problemi, legati, quindi, ad una certa difficoltà ad ambientarsi ed "affezionarsi" al proprio servizio, a sedimentare quelle esperienze professionali di lungo periodo che garantiscono una maggiore qualità del servizio.

CARTELLA INFERMIERISTICA E PROTOCOLLI DI RICERCA

L'uso della cartella infermieristica denota una chiara volontà di qualificare l'attività assistenziale, garantendo l'uniformità professionale, maggiore sicurezza in pratica medica e più autonomia professionale.

I dati (grafico 5) ci confermano che lo strumento viene adottato da circa il 50% del campione, ma prevalentemente in quelle strutture specializzate e d'avanguardia (Istituto Tumori, Hospice Caracciolo e Terni).

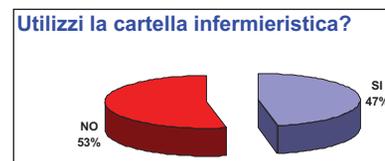


Grafico 5

Tenuto conto che l'indagine si svolge su due Istituti di ricerca a carattere scientifico (Irccs-Istituto tumori di Milano e Spallanzani di Roma), si sottolinea il fatto che oltre i 2/3 degli infermieri non utilizza nessun protocollo di ricerca infermieristica (grafico 6), parimenti, solo in 1/3 dei casi sono state attivate ricerche per migliorare la qualità di vita dei pazienti e per la sicurezza in pratica medica (grafico 7).



Grafico 6



Grafico 7

CONDIVIDERE LE RESPONSABILITÀ PER CONDIVIDERE IL PROGETTO

I dati emersi a tale proposito, sono estremamente controversi, giacché, se, per un verso manifestano un chiaro bisogno di usare lo strumento del confronto profes-

sionale ai fini del miglioramento della qualità assistenziale, dall'altra, denunciano l'episodicità delle riunioni d'equipe. Innanzitutto c'è da considerare la domanda principale: "chi prende le decisioni?" (grafico 8).

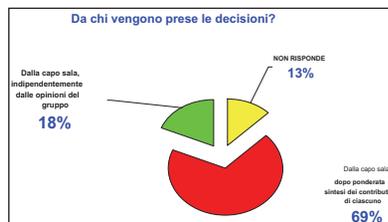


Grafico 8

Quindi, vanno analizzati i dati relativi alla possibilità di effettuare riunioni periodiche (una al mese da interpretare come saltuarie) e legate soprattutto all'organizzazione (grafico 9 e 10). In maggioranza, gli infermieri descrivono tali riunioni

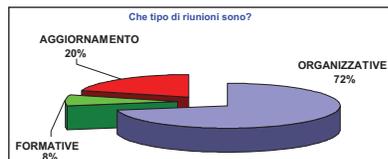


Grafico 9

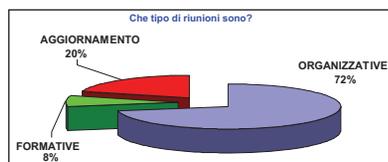


Grafico 10

come momenti di condivisione dei problemi; risulta però, che i 2/3 degli infermieri non si sentono coinvolti (grafico 11).

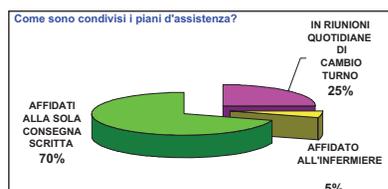


Grafico 11

Questo dato conferma ancora una volta che la pianificazione assistenziale resta, ancora oggi, una chimera nella stragrande maggioranza dei casi (circa il 70%),

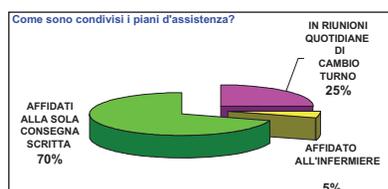


Grafico 12

mentre le informazioni sui pazienti vengono tramandate, tra un turno e l'altro, sul semplice registro delle consegne (grafico 12).

UN PROFESSIONISTA IN PIENA "CRISI ADOLESCENZIALE"

L'insieme delle risposte date dagli infermieri introducono un elemento di forte riflessione: da un lato, infatti, l'aggiornamento normativo consegna a questo professionista una responsabilità sociale di grande rilievo, una piena autonomia e la possibilità di interagire positivamente con la complessità della realtà sociale; dall'altro, però, emerge un'arretratezza culturale profonda, repressa da un sistema sanitario che delega alla fase diagnostico-terapeutica, quindi alla classe medica, un potere pressoché assoluto e difficilmente contrastabile.

Dai questionari emerge, pertanto, un grave stato d'insoddisfazione professionale, manifestato praticamente da un infermiere su due, mentre appena il 30% si ritiene pienamente soddisfatto della propria professione (grafico 13).



Grafico 13

In due quesiti specifici, per altro, il 50% circa degli infermieri (grafico 14) confer-

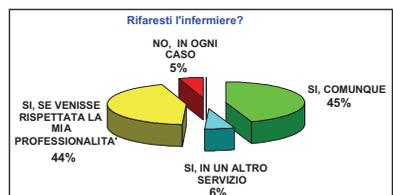


Grafico 14

ma che, se potesse tornare indietro, non intraprenderebbe la professione di infermiere, adducendo quale motivo principale la mancanza di rispetto per la sua professionalità.

Le risposte ad una serie di quesiti successivi individuano meglio le cause di tale malcontento, addebitandole all'estrema gerarchizzazione dei ruoli, alla mancanza di organizzazione e alla carenza di

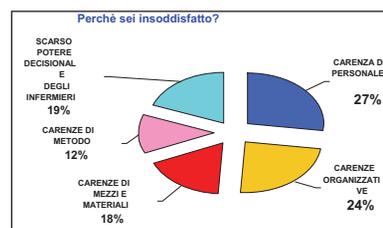


Grafico 15

personale (grafico 15). Significativo, a questo proposito, è il giudizio di valore del ruolo ascritto alle figure gerarchiche del primario, capo sala e del dirigente dei servizi infermieristici, per i quali, tre infermieri su quattro si astiene da qualsiasi, plausibile definizione o riconoscimento (non so/altro), o li descrive come semplici "capi". Il giudizio di disvalore rispetto ai ruoli gerarchici viene confermato allorché 60% degli infermieri intervistati affermano che in assenza dei propri responsabili il servizio resterebbe sostanzialmente invariato o addirittura migliorerebbe (grafico 16).

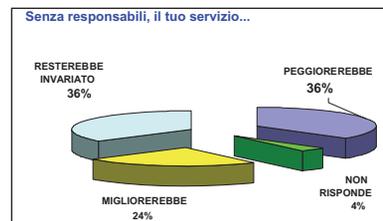


Grafico 16

Curiosa ed emblematica è la definizione data alla figura che rappresenta la nostra professione: l'infermiere non riesce a staccarsi dalla vecchia immagine ottocentesca legata alla dipendenza dal medico. Non a caso, molti, fra gli intervistati, non si sentono pronti ad assumere un ruolo professionale totale (grafico 17).



Grafico 17

SIN TROPPO... PAZIENTI

Non è cosa facile ottenere un giudizio sereno da persone in una condizione di estrema fragilità, quando gli si chiede di esprimersi sull'operatore da cui dipende quotidianamente la sua vita.

La ricerca ha proposto ad un campione di circa 150 malati (o parenti collaboranti)

di esprimere, prima un giudizio sommario sulla qualità assistenziale, dopo di specificare meglio alcuni aspetti che a mio avviso avrebbero fatto risaltare la reale capacità/possibilità di rendere l'assistenza più umana ed efficace. Intanto, va detto che circa il 60% dei pazienti intervistati ha ricoveri brevi, che non superano la settimana, mentre permanenze più lunghe, descritte nel campione, sono giustificate dal fatto che molti malati provengono da strutture di lungo degenza (hospice) o istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

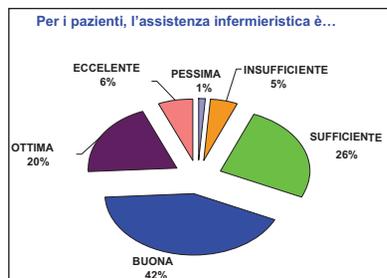


Grafico 18

Dal questionario (grafico 18) emerge una sostanziale soddisfazione dell'assistenza ricevuta: due pazienti su tre la ritengono buona o ottima; mentre solo una netta minoranza si lamenta di un'assistenza pessima o insufficiente. Analoga risposta si vince dal quesito circa la disponibilità degli infermieri verso i malati (grafico 19).

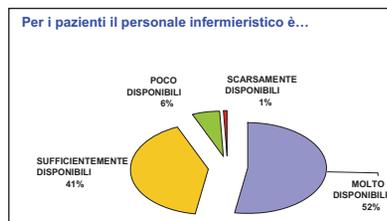


Grafico 19

Il dato più significativo ed allarmante (grafico 20) deriva, però, dal quesito relativo al tempo di risposta da parte degli infermieri, ritenuto, dalla maggior parte degli intervistati, troppo poco sollecita e dalla scarsa disponibilità verso i malati a for-

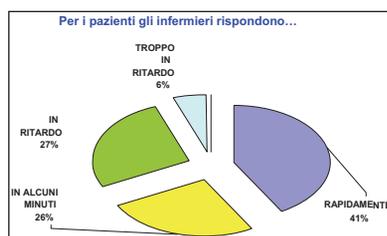


Grafico 20

nire loro le necessarie spiegazioni sui trattamenti terapeutico assistenziali: ben tre casi su quattro.

In ultimo, è curiosa l'identica confusione circa la percezione che hanno i malati del ruolo professionale degli infermieri: due pazienti su tre gli attribuiscono esclusivamente mansioni ausiliarie (paramedico, portantino, ausiliario e persino insergente), mentre solo uno su tre percepisce correttamente il ruolo professionale dell'infermiere, definendolo quale dottore o infermiere (grafico 21).

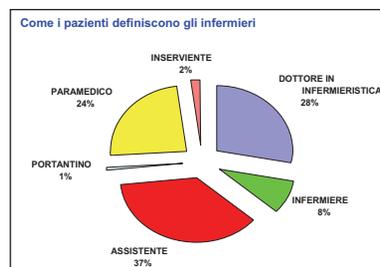


Grafico 21

GLI INFERMIERI INSODDISFATTI VANNO... ANALIZZATI

L'altissima percentuale di infermieri insoddisfatti che emerge dalla ricerca merita un approfondimento, giacché rappresenta un elevato indice di criticità sul sistema dei servizi dedicati alla tutela della salute collettiva. Non a torto, infatti, si ritiene che per affrontare i delicati e complessi problemi relativi alla salute, siano necessarie delle forti motivazioni sociali e psicologiche, uno spirito positivo per vincere – insieme - una vera e propria "guerra civile".

Dal dato sull'età degli infermieri insoddisfatti non si rilevano sostanziali differenze da quello generale; come sovrapponibile è quello relativo agli anni di anzianità di servizio (grafico 22).

Il primo dato di rilievo che caratterizza la categoria degli infermieri insoddisfatti riguarda la possibilità di partecipare a momenti collettivi di discussione sull'orga-

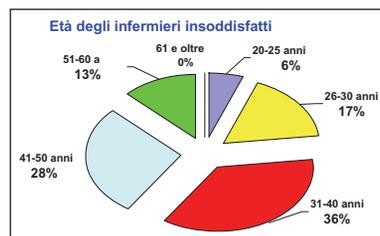


Grafico 22

nizzazione del lavoro: il 56% di loro, infatti, dichiara di non prendere mai parte ad alcuna riunione. Ma anche tra chi partecipa alle riunioni, tre su quattro si dichiarano poco o nulla coinvolti.

Al contempo, ritengono che i momenti di condivisione professionali siano efficaci ai fini del risultato (41%) o parzialmente efficaci (37%).

Alla domanda se rifarebbero la stessa professione, quasi nella totalità, gli infermieri rispondono antepoendo al rinnovo di questa scelta il rispetto della propria professionalità o l'impiego in un servizio diverso, mentre solo uno su dieci rifiuta di intraprendere di nuovo la professione infermieristica (grafico 23).

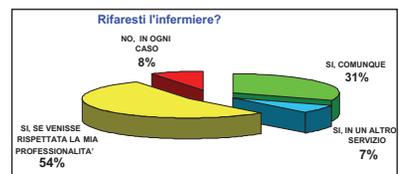


Grafico 23

CONCLUSIONI

Pur con gli inevitabili limiti legati alla relativa validità scientifica del campione, l'indagine conferma alcuni gravi handicap della professione infermieristica:

- il mancato riconoscimento del ruolo sociale dell'infermiere;
- una cultura infermieristica ancora troppo appiattita su quella medica (diagnostico-terapeutica) che perpetua, nei fatti, lo storico ruolo ausiliario della categoria degli infermieri;
- le innovazioni normative in materie di professioni sanitarie, malgrado decretino l'autonomia professionale degli infermieri, nella cultura prevalente gli infermieri restano relegati al ruolo ausiliario del medico e quasi esclusivamente a servizi diagnosi e di cura;
- la prospettiva di aggiornamento della vecchia cultura infermieristica, legata alla nuova generazione di infermieri laureati, rischia di essere del tutto vanificata se i modelli organizzativi e funzioni sociali non vengono orientati sui ben più complessi bisogni di salute della popolazione.

Intanto, però, per cominciare, si dovrebbero sperimentare modelli organizzativi, incentrati sui momenti di condivisione e

confronto professionale di tipo orizzontale: le riunioni, ad esempio, lamentate dagli infermieri del campione analizzato, dovrebbero divenire lo strumento quotidiano di ricerca, analisi, programmazione, attuazione e verifica. Un luogo "ideale" dove, anziché subire il controllo "dei ca-

pi, dovrebbero ricevere il necessario supporto dai leader.

AUTORE:

Marco Franceschini, università degli studi di Roma "La Sapienza", corso di laurea in Infermieristica, polo di Rieti.

L'articolo prende spunto dalla tesi di laurea dell'autore, che ha avuto come relatore il professore Antonio Ferraro.



IN PILLOLE

Fibrosi cistica, nuove speranze

*Buone speranze dai test della fase due di un nuovo farmaco contro la fibrosi cistica, la malattia genetica che colpisce organi diversi (polmoni, pancreas, fegato, intestino) e colpisce in Italia circa 3.500 persone. I risultati finora ottenuti dalla sperimentazione del PTC124 sono incoraggianti e il farmaco ha superato brillantemente la seconda fase, come riporta la rivista scientifica *The Lancet*: "Il PTC124 è stato somministrato in dosi diverse a 24 pazienti con gravi infezioni ai polmoni e dopo 14 giorni di terapia, tutti sono migliorati in modo significativo".*

BIBLIOGRAFIA

- Bernardi, Il Burn-Out. Im; 1992
- Cafiero, Benessere in ambito lavorativo. Im;1986
- Calamandrei ,Orlandi, L'assistenza infermieristica. Ajn; 2000
- Ciancio, Storia dell'assistenza infermieristica. Mh; 2001
- Grandoni, L'Organizzazione delle attività economiche. Il Mulino; 1992
- Heidegger, Sein und Zeit. 1927
- Muru, L'identità professionale in un gruppo di operatori professionali. Tesi di laurea; 1985

Competenze infermieristiche per l'assistenza alle donne vittime di violenza

di Massimo M. Greco

Non è facile trattare questo genere di argomento: i racconti di vita sul tema evocano uno scenario di società che facciamo fatica a pensare ci riguardi. Eppure, come operatori siamo chiamati a dare una risposta, per affrontare l'ennesimo campo di sofferenza, di vissuti scabrosi, di disperazione: un'altra dimensione dell'esperienza umana, di allontanamento da uno stato di benessere e da una condizione dignitosa riguardo alla qualità della vita. Alcuni colleghi infermieri maschi potrebbero pensare che la questione violenza contro le donne sia "di competenza" delle sole colleghe. Mi domando se questo atteggiamento di delega non abbia profonde e taciute connessioni con la questione più ampia del genere, quella costruzione culturale che fa corrispondere a determinate caratteristiche biologiche altrettanto determinanti paradigmi di valori, identità, capacità, comportamenti e, appunto, saperi.

Ma non è solo questo. C'è una domanda a cui questa delega non permette di rispondere: come uomo mi devo interrogare non solo sulle donne vittime di abusi, ma anche sul comportamento degli uomini che li hanno perpetrati. Sarebbe comodo a questo punto limitarsi ad affermare una distanza da questi personaggi, rappresentandoli come figure devianti e marginali, e dirsi: "io non lo farei mai!". Al contrario, la diffusione epidemiologica italiana del fenomeno in ogni strato sociale e in ogni cultura (Istat, 2007) dovrebbe interpellare tutti per mettere in discussione ciò che nei paradigmi di "mascolinità" e di "femminilità" (entro cui, nostro malgrado, siamo stati educati), possa dare sostegno, anche inconsape-

vole e indiretto, a questi comportamenti. Scopo di questo articolo è sensibilizzare la categoria infermieristica ed ostetrica a definire e condividere uno spazio autonomo di riflessione e di ricerca professionale sul tema, proponendo delle linee di sviluppo sostenibili e specifiche, piuttosto che affrontare le questioni tecnico-professionali riguardanti gli aspetti clinici, diagnostici ed assistenziali, peraltro ampiamente disponibili in linee-guida sviluppate nell'ambito medico-ginecologico e che, comunque, necessitano di essere adattate ai diversi contesti organizzativi.

LA DIMENSIONE DEL FENOMENO E L'IMPATTO SUL SISTEMA SANITARIO

È utile partire da una rappresentazione visiva, una mappa concettuale della tassonomia del fenomeno della violenza in generale, per orientarsi sia nella ricerca, sia nella definizione di interventi sanitari di risposta.

L'Oms ce ne fornisce un utile esempio (Fig.1), mettendo in guardia sulla disomo-

geneità generale delle definizioni utilizzate dai lavori di ricerca e sulla necessità di un chiarimento anche all'interno delle professioni coinvolte (Oms, 2002).

Secondo la ricerca pubblicata nel 2007 dall'Istat, una donna su tre, fra i 16 e 70 anni, ha subito, nel corso della propria vita, almeno una violenza, fisica o sessuale (Istat, 2007).

Nel corso del 2006, conferma il "Rapporto sulla criminalità" del Ministero dell'Interno, riguardo alla stessa classe di popolazione: sono 1 milione e 150.000 le donne che hanno subito violenza, pari al 5,4% delle donne dai 16 ai 70 anni. In particolare, il 2,7% delle donne ha subito violenza fisica, il 3,5% violenza sessuale e lo 0,3% stupri o tentati stupri.

Le violenze, comprese quelle sessuali, non avvengono solo in relazione a sconosciuti, ma si realizzano soprattutto nell'ambito della relazione di coppia e della famiglia, dove spesso sono recidive e, soprattutto nel caso di violenze sessuali prima dei 16 anni, sono perpetrate in prevalenza da parenti stretti (il patrigno, il pa-

Figura 1 – Classificazione dei tipi di violenza secondo l'OMS (OMS, 2002)

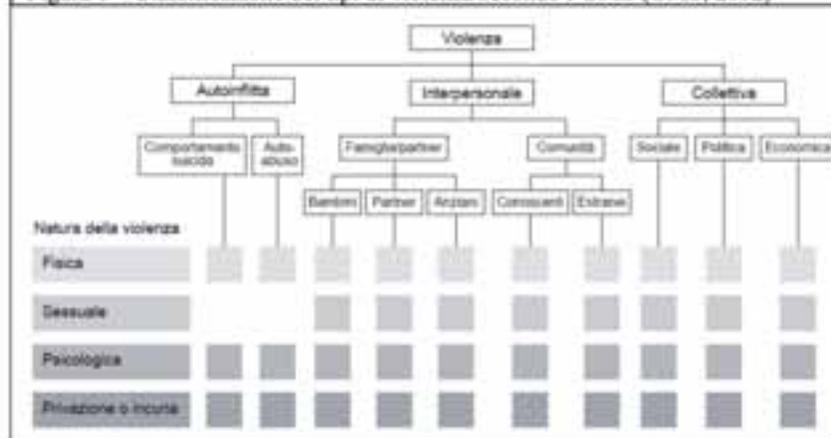


Tabella 1 - Delitti commessi con vittime di sesso femminile registrati dalle Questure provinciali del Lazio: Anno 2006 – Primo trimestre 2007

Periodo di riferimento Tipologia delitto	Questura di Roma e Provincia		Questura di Frosinone e Provincia		Questura di Latina e Provincia	
	2006	1°trim.2007	2006	1°trim.2007	2006	1°trim.2007
Lesioni Dolose	720	117	15	4	184	78
Percosse	143	38	6	1	55	17
Violenze sessuali	183	35	5	-	15	13
Sequestri di persona per motivi sessuali	26	3	-	-	1	1

Nostra elaborazione da Consulta delle Province Lazio 2008.

N.B. non sono stati riportati i dati per le province di Viterbo e Rieti perché non omogenei nella classificazione delle tipologie di delitto. Inoltre, i dati ISTAT sono stati rilevati in un'indagine a campione con interviste telefoniche e hanno quindi una valenza statistica. I dati delle Questure del Lazio rappresentano invece la rilevazione effettiva tramite il conteggio dei delitti.

dre, il fratello, il nonno, lo zio).

Riguardo le conseguenze cliniche delle violenze, è da sottolineare come è all'interno dei rapporti stretti e parentali che l'efferatezza delle violenze è maggiore e le ferite più gravi (Dipartimento Pubblica Sicurezza, 2007).

Il Lazio è al primo posto della drammatica classifica nazionale, con il 38% (rispetto alla media nazionale del 32%), di donne che nel corso della vita hanno subito violenza fisica o sessuale.

Il dettaglio dei crimini compiuti nel Lazio nei confronti delle donne, secondo i dati delle Questure provinciali (Consulta delle Province, 2008), confermano il quadro molto preoccupante (Tab. 1).

Senza trascurare le conseguenze a breve e a lungo termine sul piano della salute psichica, la violenza sessuale e quella fisica determinano spesso risultanze gravi anche sul piano fisico, con lesioni e traumi a carico di diversi apparati, e sul piano infettivologico le lesioni correlate che hanno necessitato cure mediche (il 24,1%) sono state curate in primo luogo in ospedale, presso il Pronto Soccorso (51,7%) o presso un reparto ospedaliero diverso (23,6%).

DA DOVE PARTIRE PER UNA RISPOSTA INFERMIERISTICA

Le strutture sanitarie possono essere considerate luoghi cruciali non solo nei Pronto Soccorso/Dea, ma anche in altri reparti dove la vittima può soggiornare per problemi correlati a traumatismo, lesioni e condizioni correlate (ad es. ortopedia, ginecologia, servizi per le tossicodipenze), oppure per ragioni cliniche non correlabili direttamente allo stato di vittimizzazione.

Qualora la donna stessa non palesi la sua condizione di bisogno, bisognerà esercitare molta cautela e mettere in atto alte competenze comunicative interpersonali per entrare in contatto con il bisogno

taciuto della vittima.

La corretta gestione del fenomeno consista non solo nel garantire diritti, dignità ed un'appropriatezza assistenza, ma anche nel costituire uno snodo di intercet-



tazione finalizzato ad instradare le vittime verso percorsi di uscita dal disagio. Le strutture sanitarie possono offrire, in questo ambito, una qualità di servizi ampiamente migliorabile nella loro dimensione organizzativa, multidisciplinare, interculturale, procedurale e di condivisione di buone prassi. Questo perché le nostre strutture sanitarie non possono essere: *"luoghi in cui le donne sono curate in modo tale che spesso vengono messi i punti di sutura senza nemmeno parlare alla donna per un momento"*. (Adami et al., 2002, pag.113).

Per pianificare un'azione efficace ed appropriata è necessario, però, definire quale tipo di violenza si vuole considerare, al fine di progettare, all'interno di una struttura sanitaria, un percorso graduale di acquisizione di competenze (individuali, di equipe e organizzative) mirate alle peculiarità specifiche delle varie espressioni della violenza, che si articolano e presentano dei bisogni in maniera molto diversificata.

La nostra proposta¹ per un miglioramento in questo ambito prevede a tal scopo prima il ripensamento organizzativo e professionale diretto al fenomeno più evidente ed esplicito (l'abuso sessuale); poi, alla pianificazione della presa in carico dei fenomeni più nascosti e taciuti, come la violenza fisica ed i maltrattamenti. Si parte dal presupposto infatti che, diversamente che per la violenza sessuale, la gestione del bisogno assistenziale in seguito a violenze fisiche e maltrattamenti comporta ulteriori capacità di percepire il disagio, gestire la comunicazione interpersonale (che è caratterizzata per lo più dalla reticenza della vittima), nonché integrare e sincronizzare una serie di strutture presenti in ospedale e sul territorio. Anche le competenze professionali individuali sono chiamate in causa in misura notevole sia dalla violenza sessuale che dalla violenza fisica. Oltre alle questioni assistenziali determinate dalle patologie acute correlate ad entrambi le tipologie, è necessario mobilitare la capacità da parte degli operatori e delle operatrici di vedere il problema, e quindi di attivarsi in maniera appropriata. Ad ostacolare il giusto atteggiamento concorrono gli stereotipi culturali, come alcune ricerche hanno dimostrato (Tarantelli in Crowell et al., 1999).



Come puntualizza l'Oms, l'operatore sanitario, invece: *"deve essere consapevole della differenza fra mito e fatto. E' necessario esaminare e sfatare le credenze e le attitudini personali circa la violenza personale. E' essenziale che gli operatori sanitari capiscano il bisogno di imparzialità"*. (Who, 2003).

Si profila, quindi, l'opportunità di prendere parola pubblica e professionale come professioni infermieristiche ed ostetriche, per dare il nostro precipuo contributo in un ambito così delicato e socialmente importante.

Il campo di intervento presenta anche delle interessanti sfide professionali, soprattutto nell'ottica delle competenze: - la possibilità di utilizzare e revisionare gli strumenti di screening e di diagnosi

infermieristici e i piani di assistenza sulla tematica della gestione della vittima, ma anche (nel caso della violenza domestica) nell'ambito della gestione della famiglia disfunzionale;

- la problematica della gestione della comunicazione e della relazione con la donna vittima di violenza;
- la necessità di integrare servizi ospedalieri e territorio, servizi sanitari e sociali; strutture del Ssr e quelle degli enti locali;
- la necessità di coordinamento fra diverse discipline e professionalità sanitarie e sociali e di realizzare interventi con un approccio integrato e di rete;
- la problematica forense e medico-legale;

– la possibilità di individuare spazi per un ruolo importante e qualificante della professione infermieristica ed ostetrica, soprattutto nella gestione autonoma rispetto ad altre figure professionali (ginecologia; psicologia) della formazione per l'acquisizione ed il supporto delle competenze necessarie.

Anche qualora non si partisse "da zero", bisognerà comunque attuare un bilancio ed un aggiornamento delle competenze degli operatori e un *audit* del servizio di Pronto Soccorso/Dea volto a individuare lo scostamento fra i requisiti necessari e lo standard esistente, ed operare gli opportuni cambiamenti.

Il tema è stato in questo articolo necessariamente affrontato con i dispositivi cul-

turali e metodologici della professionalità e della scientificità.

Sicuramente, per prestare attenzione e verificare la fattibilità delle proposte e la consistenza delle questioni, bisognerà esercitare un certo distacco, ma la tensione fra distacco ed empatia, forse, fa parte del talento e della nemesi di un infermiere e di un'infermiera: stare vicino alle ferite senza scappare.

Bisognerà tornare poi ad emozionarsi e ad immedesimarsi, per accorrere accanto a chi ha bisogno, per impegnarsi nel realizzare, nel nostro piccolo, un qualche miglioramento.

AUTORE:

Massimo M. Greco, coordinatore gestionale

servizio prevenzione e protezione presso l'Azienda ospedaliera Universitaria policlinico di Tor Vergata

Il policlinico di Tor Vergata ha avviato una serie di iniziative progettuali, sia specificatamente infermieristiche sia interprofessionali e multidisciplinari, al fine di perseguire il miglioramento continuo dell'assistenza fornita alle donne vittime di violenza.

Sulla tematica trattata in questo articolo, il gruppo infermieristico "Contro la violenza alle donne" del Policlinico Tor Vergata di Roma ha organizzato per il 20 novembre 2008 il corso "Rispondere al silenzio - Competenze infermieristiche nell'assistenza alle donne vittime di violenza".

Info: 06.20903923

IN PILLOLE

La giornata internazionale contro la violenza delle donne

La "Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne" è stata istituita nel 1999 con risoluzione dell'Assemblea delle Nazioni Unite e ricorre il 25 novembre di ogni anno, in ricordo della morte delle sorelle Mirabal assassinate dal dittatore della Repubblica dominicana Trujillo. Dal 2005 la Giornata, istituita allo scopo di promuovere azioni ed interventi volti alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica e delle istituzioni, ha determinato una sempre maggiore attenzione anche in Italia, dove da alcuni anni vengono avviate, in varie città d'Italia, iniziative e manifestazioni sul tema.

BIBLIOGRAFIA

Adami C, Basaglia A, Tola V (a cura di), Progetto Urban-Dentro la violenza: cultura, pregiudizi, stereotipi. Rapporto nazionale "Rete antiviolenza Urban". Milano: Franco Angeli Edizioni; 2002.

Associazione Ostetrici e Ginecologi ospedalieri Italiani-Aogoi, Linee guida per l'assistenza alle donne vittime di violenza sessuale; 2006. Consulta delle Province della Regione Lazio, Il fenomeno della violenza sulle donne: un approfondimento sulla situazione nel Lazio. Roma: assessorato agli Affari Sociali della Regione Lazio editore; 2008.

Crowell N. A, Burgess A. W (a cura di), Capire la violenza sulle donne. Roma: Edizioni Scientifiche Ma.Gi; 1999.

Dipartimento di Pubblica Sicurezza (a cura di), Rapporto sulla criminalità in Italia-2006. Roma: Ministero degli Interni; 2007.

Istat, La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia nel 2006. Roma; 2007.

Oms, Violenza e salute nel mondo-Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In: Quaderni di sanità pubblica. Cis Editor; 2002.

Svs-Soccorso Violenza Sessuale (a cura di), Linee guida-assistenza, medico-legale, psico-sociale, nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini. Provincia di Milano; 2006.

Who, Guidelines for medical-legal care of victims of sexual violence, 2003.

L'approccio infermieristico al paziente affetto da ipertrofia prostatica benigna

di Mauro Morroto

ETIOPATOLOGIA SINTOMATOLOGIA

Il primo importante avanzamento nella comprensione delle malattie a carico della prostata è stata la chiara definizione della struttura anatomica e della funzione di questa ghiandola.

La moderna concezione di tale struttura considera la prostata suddivisa in due aree principali: la zona centrale e la zona periferica, separate da una zona di **transizione**, consistente in tessuto ghiandolare istologicamente della medesima natura di quello della zona periferica. In apparenza, le due strutture sono funzionalmente indipendenti e, nell'ambito di varie condizioni patologiche che si distinguono per numerose variabili, possono avere un'importanza relativa diversa: ad esempio, il carcinoma prostatico si localizza solitamente nella zona periferica più esterna della ghiandola, mentre la ipertrofia prostatica benigna (Ipb) è individuabile nel tessuto ghiandolare periuretrale a livello della zona centrale. Nonostante le sue piccole dimensioni e la limitata varietà di condizioni patologiche che possono alterarne il normale funzionamento, la prostata è uno degli organi che, nell'uomo, possono più facilmente essere interessati da processi morbosi. Questa ghiandola, dalle dimensioni all'incirca di una noce, presenta un rischio di sviluppo di tumore in un soggetto su dieci, mentre la Ipb può essere ritrovata nell'88% dei rilievi autoptici eseguiti su uomini di età pari o superiore ad 80 anni; la sintomatologia correlata alla malat-

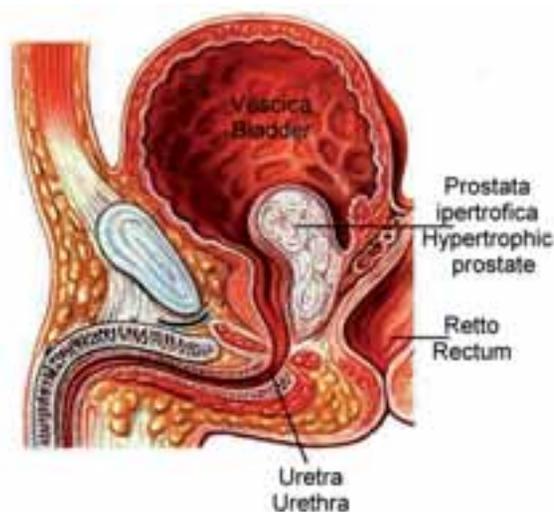
tia viene riferita da quasi la metà dei soggetti di sesso maschile e, in genere, di età superiore ai 50.

È importante, inoltre, considerare che non tutte le Ipb sono sintomatiche e che esiste una serie di manifestazioni, che possiamo definire "fastidi", in grado comunque di interferire con l'attività quotidiana dei pazienti. **Purtroppo, la diagnosi di Ipb è sempre quasi tardiva.**

Il 74% dei pazienti non va subito dal medico perché aspetta che i sintomi scompaiano, il 23% li ritiene "normali" (dovuti all'età) ed il 15% li giudica non importanti.

In realtà, l'ipertrofia prostatica conduce, nel 30% dei casi, alla ritenzione urinaria acuta, senza contare il peggioramento della qualità di vita: dall'impossibilità a compiere viaggi più lunghi di 2 ore (21%), alle ripercussioni sulla vita sessuale e di coppia. Oggi, per il notevole miglioramento delle condizioni generali dell'anziano, si comprende come la richiesta di trattamento per la sintomatologia provocata dalla ipertrofia prostatica sia diventata sempre più rilevante e come questo aumento sia destinato a diventare esponenziale in futuro. Molte sono le ipotesi fornite per spiegare tale patologia: la più accreditata met-

te in evidenza il declino androgenico che si verifica con l'età avanzata, favorendo uno squilibrio ormonale che favorisce la crescita di noduli iperplastici, che si sviluppano verso la periferia della ghiandola, determinando un aumento di volume dell'organo. Tale affezione, quindi, ha l'effetto di ostruire il flusso urinario con tutti quei fastidi che questo comporta per chi ne soffre: riduzione della potenza del flusso, aumento della frequenza minzionale, intermittenza della minzione e sensazione d'incompleto svuotamento della vescica.



Il lobo medio prostatico ipertrofico determina una ostruzione al deflusso dell'urina

A hypertrophic middle prostate lobe causes an obstruction in the urine flow

Il trattamento classico per questa malattia è stato, per molto tempo, solo chirurgico e, tuttora, urologi di fama sostengono che, vista l'impossibilità di evitarla, tanto vale non rimandarla.

Sull'ostruzione del flusso urinario non influisce solo l'ingrossamento della ghiandola, ma anche l'aumento della tensione della muscolatura liscia, che costituisce ben il 40% del tessuto prostatico.

Ora, mentre sull'ingrossamento della prostata agiscono bene le terapie ormonali, per la tensione della muscolatura liscia è stato provato che funzionano bene gli alfa bloccanti, il cui effetto è riscontrabile entro un mese dall'inizio della cura (anche due settimane) contro i sei mesi richiesti dagli ormoni.

DIAGNOSTICA

Quando l'utente affetto da lpb giunge nella nostra struttura, la sua sintomatologia può essere ampia, variando dalla disuria alla pollachiuria diurna e notturna fino alla ritenzione d'urina (acuta o cronica, completa o no). **Uno dei primi esami a cui verrà sottoposto sarà l'esplorazione rettale effettuata dal medico del nostro staff.** L'esplorazione rettale (Er) è fondamentale nella diagnosi di qualsiasi patologia prostatica: tale esame può evidenziare l'aumentato volume della ghiandola anche se indolente, mobile ed a limiti netti.

Tale procedura è il più semplice e pratico metodo che l'urologo abbia a disposizione per valutare la prostata dei pazienti: è bene, quindi, ribadire che l'esame obiettivo del paziente rimane una parte inalienabile e doverosa dell'attività del medico; com'è importante notare quale che sia la metodica più efficace che negli studi dove l'ecografia transrettale viene utilizzata in sinergia con l'esplorazione rettale, con il Psa o con entrambe, essa si comporti come un significativo fattore di amplificazione diagnostica anche in merito alla diagnosi precoce. Tenuto conto, quindi, dell'età media dei soggetti che effettuano le visite, consiglieremo uno screening clinico iniziale tramite esami ematici generici e specifici, per una visione globale del problema. Tra gli esami sierici di routine troveranno posto l'azotemia (o urea), che è un indice della funzionalità renale, quindi la creatinemia il cui alto tasso indica un insuf-



ficienza renale, l'uricemia (acidi urici nel sangue) e la Ves. Importanti risultano le analisi delle urine e l'urinocoltura per identificare, classificare e quantificare la presenza di batteri responsabili di processi infettivi a carico dell'apparato urinario. Esame sierico fondamentale per tutte le patologie inerenti la ghiandola prostatica, si rivela il Psa o antigene specifico prostatico, che rappresenta, attualmente, uno dei marker tumorali più utilizzati e affidabile in campo oncologico. La sua specificità tessutale quasi assoluta e la sua alta sensibilità tumorale hanno permesso che venisse diffusamente utilizzato nella pratica clinica sia per la diagnosi precoce che per il follow up dei pazienti oncologici. Il Psa è una glicoproteina prodotta prevalentemente dalle cellule epiteliali che costituiscono gli acini ed i dotti della ghiandola prostatica; la sua funzione primaria è quella di fluidificare lo sperma nel momento dell'eiaculazione. I suoi livelli sierici possono essere facilmente ottenibili utilizzando un metodo radioimmunologico di dosaggio ed essi rispecchiano fedelmente l'attività della nostra ghiandola prostatica. In particolare, al momento attuale il valore di Psa maggiormente utilizzato, in grado di fornire il miglior compromesso fra specificità e sensibilità del marker, è rappresentato da un valore di 4 ng/ml. Valori di Psa compresi fra 4-10 ng/ml vengono considerati una zona grigia, dove il sospetto di tumore prostatico è presente, ma l'influenza di una consistente iper-

trofia della prostata può comunque giustificare tale innalzamento del Psa. La determinazione del Psa sierico è un test estremamente semplice da eseguire, ripetibile e confrontabile. Se non è stato ancora approvato uno screening generale su tutta la popolazione maschile, viene comunque raccomandato di eseguire un dosaggio del Psa in tutti i pazienti che giungono all'osservazione del medico per disturbi minzionali.

Altro esame sierico a nostra disposizione, ma meno preciso del Psa, è la Fosfatasi acida prostatica o Pap, prodotto dalle cellule neoplastiche della prostata. Per quanto riguarda la clinica, la Pap è elevata in relazione all'estensione della patologia. Dopo i test sierici inizieremo ad eseguire una serie di indagini diagnostiche per immagini onde visualizzare l'entità dell'ingrossamento prostatico e la natura più o meno neoplastica.

Tra le indagini più efficaci e specifiche per i soggetti affetti da lpb abbiamo l'ecografia transrettale (Etr): essa ci consente una valutazione più approfondita della prostata ed è, sotto quest'aspetto, la tecnica di immagine più comune, più diretta e meno dispendiosa; generalmente è anche ben tollerata, offre buona risoluzione parenchimale eccellente e sebbene sia anch'essa come l'esplorazione rettale (Er), rimane una metodica condizionata dalla soggettività dell'operatore. In combinazione con tale esame potremo eseguire anche una biopsia del tessuto ghiandolare, prelevando un frammento di

questo per escludere così l'eventualità (al momento) di un adenocarcinoma, e quindi in presenza di tessuto neoplastico. Può essere eseguita per via transrettale oppure transperineale guidata in un semplice ambulatorio, servizio urologico dedicato o nel servizio di radiologia dell'ospedale qualora il soggetto sia ricoverato.

Il personale infermieristico informerà l'utente su tutti i passaggi che effettuerà per l'esecuzione del test, le posizioni da assumere e l'eventuale preparazione intestinale, da iniziare almeno 48 ore prima.

Tale preparazione consta di una dieta leggera e priva di scorie per tenere l'intestino il più libero possibile e l'esecuzione di un ulteriore clisterino evacuativo la mattina dell'esame (possibile anche la prescrizione di una eventuale profilassi antibiotica).

Atro test diagnostico per immagini di immediata prescrizione è l'urografia, che ci permette di studiare, anzitutto, la funzione e la morfologia dell'apparato urinario. Per tale esame viene introdotto per via endovenosa un mezzo di contrasto iodato e, quindi, verranno effettuati dei radiogrammi ad intervalli. L'urografia è, inoltre, estremamente utile per determinare la presenza ed il grado di ostruzione urinaria che può essere appunto determinata dall'ingrossamento della ghiandola che diminuisce il lume uretrale.

Dello stesso genere è l'uretrocistografia che dimostra le eventuali alterazioni morfologiche della parete vescica e il grado di ostruzione dell'uretra prostatica. Anche in questo caso, l'infermiere illustrerà al soggetto l'iter diagnostico e consiglierà un appropriato schema dietetico per il giorno prima (semiliquida e blandi lassativi la sera). Il nostro staff specialistico a volte può usufruire (ancor prima della diagnostica ad immagini) di apparecchiature endoscopiche (cistoscopia) capaci di visualizzare in tempo reale e, talvolta senza preparazione specifica da parte dell'utente, alcuni tratti dell'apparato urinario (uretra, vescica, prostata, ecc.) e senza provocare eccessivi traumi, se non il fastidio dell'introduzione di un dispositivo simile al catetere. Questo strumento è costituito da tre parti: la camicia, il mandrino e la parte ottica. La parte ottica viene impiegata per la vi-

sione o panoramica del distretto (es. mapping vescicale), oppure essere collegata ad altri dispositivi ed utilizzata anche come estrattore o resettore per piccoli interventi chirurgici. L'uretrocistoscopia ad esempio, può essere eseguita anche in fase pre-operatoria, consentendo la visualizzazione dell'uretra e lo sviluppo dei lobi prostatici endovesicali ed endouretrali per evidenziare così il classico aspetto della vescica da sforzo.

Negli ultimi anni, si sono sviluppate nei vari centri specialistici urologici nuove indagini diagnostiche e terapeutiche che sfruttano dispositivi elettrici od elettromiografici in abbinamento a computer dedicati.

Le indagini urodinamiche studiano la funzionalità delle vie urinarie, utilizzando parametri fisici obiettivi quali la pressione ed il flusso. Anche questi esami di facile esecuzione e (nella maggior parte dei casi) per nulla invasivi, rilevano le dilatazioni con ostruzione da quelle prive di ostruzione, fino a riguardarne la sede, il grado e l'estensione. Per questo, l'esplorazione rettale deve essere integrata con la misurazione del flusso urinario (uroflussimetria) per evidenziare obiettivamente i segni di una alterazione della minzione. Tra gli altri esami urodinamici risulta importante, nel nostro caso, il profilo pressorio uretrale (Upp), che può rivelare e quantificare una compressione esercitata dal muscolo detrusore sull'uretra stessa. In conclusione, con la fase diagnostica invieremo il paziente nel servizio di Cardiologia per un eventuale Ecg con relativo videat cardiologico, per escludere ogni complicanza cardiocircolatoria, qualora lo staff medico optasse per l'approccio chirurgico.

Quindi, per proseguire con l'approccio chirurgico eseguiremo un Rx torace e scheletro (opzionale), esame insostituibile nella preparazione pre-operatoria.

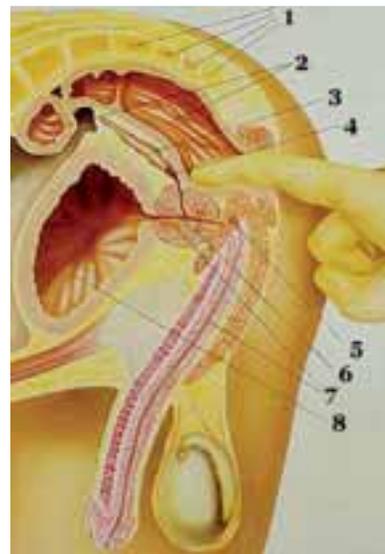
Le informazioni morfologiche che fornisce, sia sull'apparato respiratorio che sull'apparato cardiovascolare sono imprescindibili per l'anestesia. Dopo aver raccolto tutti gli esiti degli esami fin qui eseguiti per determinare l'entità dell'ostruzione e quindi del volume ingrandito della prostata, e dopo aver scongiurato al momento la natura maligna dell'ispessimento, il medico del nostro staff dovrà

valutare (insieme all'utente) le varie opzioni terapeutiche. Mentre qualche decina di anni fa le alternative all'ipertrofia prostatica erano pressoché chirurgiche, oggi si sono affacciate nei centri specializzati nuove metodiche e nuove possibilità farmaceutiche che possono ridurre (pure se non definitivamente) l'ispessimento ghiandolare.

La terapia farmacologica viene instaurata nelle fasi iniziali della malattia o in preparazione dell'intervento chirurgico: non ha finalità radicali, cioè risolutive, anche se può essere in grado di migliorare la sintomatologia urinaria.

Oggi in commercio ci sono farmaci che riducono drasticamente il volume prostatico ed altri che agiscono sulla componente funzionale dell'lpb. Sulla scorta di queste considerazioni, si intuisce come la strategia terapeutica dell'ipertrofia prostatica vada orientata verso soluzioni alternative, che consentano una riduzione della spesa ed, al tempo stesso, rimedi terapeutici efficaci e duraturi.

L'infermiere in urologia (e tutto lo staff specialistico) sta vivendo, in questi anni, esperienze diversificate, riguardanti il proliferare di opzioni terapeutiche alternative che vanno dalle metodiche disostruttive endoscopiche all'efficacia di nuovi farmaci fino ai trattamenti con microonde. L'eccessivo numero di resezioni transuretrali della prostata (Turp, Trans urethral resection of prostate) ha indotto alcune aziende sanitarie a prendere provvedimenti per ridurre il carico economico che questi interventi comportano. Tali aspetti finanziari, unitamente all'invasività, sia





pure minima, ha indotto a valutare criticamente la Turp, rivolgendo l'attenzione verso alternative meno invasive e meno costose: metodiche di disostruzione con laser (a contatto, ad holmio, Laser-Turp); di dilatazione con palloncino, a microonde (Prostatron); stent endoprotesici; alcoolizzazione (Prostaject) e termoterapia, anche se nessuna di queste modalità ha raggiunto finora gli standard delle Turp. Anche nell'ambito di tutte queste valide alternative, persiste, in campo urologico, una rilevante mancanza di casistica e di comprovate percentuali di risoluzione della patologia. Pertanto, la resezione transuretrale permane, ancor oggi, nelle nostre strutture sanitarie il metodo disostruttivo più efficace.

TERAPIA CHIRURGICA ENDOSCOPICA

La Turp è l'intervento più usato nel trattamento chirurgico endoscopico dell'lpb e serve a rimuovere adenomi di piccolo volume senza patologie vescicali associate. Si basa sullo svuotamento della parte centrale della ghiandola prostatica occupata dai noduli di lpb, mediante uno stru-

mento, il resettoscopio, introdotto attraverso il canale uretrale e con cui si resecano i noduli ipertrofici in piccoli frammenti successivi che ricadono in cavità vescicale e vengono aspirati ed inviati all'esame istologico a fine intervento.

In alcuni casi, viene inserito durante l'intervento un tubo di drenaggio percutaneo della vescica, per eseguire il trattamento con basse pressioni endovesicali. Le indicazioni sono per lpb sintomatica e neoplasia prostatica ostruente lo svuotamento vescicale non suscettibile di trattamento radicale che non ha risposto al trattamento ormonale. L'operazione dura 40-60 minuti e si effettua in anestesia spinale; se ben condotto, il trauma operatorio è minimo ed il paziente può lasciare l'ospedale dopo 48-72 ore.

L'intervento a "cielo aperto" è, o era, riservato ai casi di lpb molto voluminosa, che fanno ritenere non economico, in termini di tempo operatorio ed efficacia del risultato, il ricorso alla Turp. Generalmente, è raccomandata la profilassi antibiotica ed antitrombotica. Il miglioramento della sintomatologia è ottenuto nel 75-96% dei pazienti. All'analisi

dei risultati la Turp ottiene, unitamente alla chirurgia a "cielo aperto", i migliori risultati obiettivi, come l'aumento della forza del getto urinario, la riduzione del residuo post-minzionale e riduzione dell'ostruzione rispetto alle terapie alternative.

Inoltre, va aggiunta una bassissima casistica di emotrasfusioni post-operatorie e rari casi di lvu (infezioni delle vie urinarie). Gli svantaggi rilevati danno un'alta percentuale di eiaculazione retrograda (con problemi di fertilità) per coloro che utilizzano tale tipo di intervento, oltre alla presenza nei pazienti di lievi disturbi urinari alla rimozione del catetere, che possono persistere anche per tre mesi. Alla dimissione, è suggerito un periodo di vita morigerata (ridotto stress fisico, scarsa attività sessuale e/o sportiva, regime alimentare moderato, terapia antisettica urinaria, ecc), e, in più, il paziente operato si dovrà astenere dalle normali attività lavorative per un periodo variabile tra una e tre settimane, in base alle condizioni associate ed all'estensione della resezione. Sconsigliati lunghi tragitti in macchina e l'uso di cicli e motocicli. In caso di ematuria o di ritenzione urinaria

sarà opportuno contattare l'urologo o lo staff specialistico, mentre se persistono casi di irritazione vescicale od insorgenza di febbre ci si dovrà rivolgere al proprio medico curante.

TERAPIA CHIRURGICA TRADIZIONALE

La chirurgia a "cielo aperto" è stata ampiamente sostituita dall'intervento per via endoscopica, mentre viene utilizzata, in genere, per le ipertrofie prostatiche con volumi superiori e con calcolosi e diverticolosi vescicale secondari. Praticata in anestesia generale o spinale, può essere associata a vasectomia bilaterale profilattica. L'adenomectomia prostatica può essere praticata seguendo due diversi approcci chirurgici:

- per via sovrapubica transvescicale
- per via retropubica.

La prima si attua mediante un'incisione della cute sulla linea mediana ombelico-pubica e, quindi, si divaricano i muscoli retti per effettuare un varco in vescica. Si pratica un'incisione circolare del collo vescicale e si enuclea l'adenoma, effettuando un'accurata emostasi dei vasi principali. Dopo, ciò si può applicare un catetere con palloncino emostatico nella loggia prostatica e quindi si passa alla sutura della vescica, lasciando un eventuale drenaggio nel Retzius, e dei piani muscolari e della cute.

La seconda consente l'asportazione dell'adenoma senza aprire la vescica, previa cistoscopia pre-operatoria, mirata ad escludere ulteriori patologie vescicali. L'approccio alla prostata segue l'iter della tecnica sovrapubica, si differenzia per la metodica dell'enucleazione dell'adenoma, che, in questo caso, interessa la capsula prostatica, che viene incisa. Per questa tecnica, il chirurgo dovrà eseguire in modo più accurato l'emostasi dei vasi ed applicare un catetere *ad hoc* (bequille o bouton-coupé) per consentire un adeguato drenaggio delle urine. Infine, si eseguono tutte le suture del caso, a cominciare dalla capsula prostatica ed il posizionamento del drenaggio.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Per entrambe le modalità chirurgiche adottate dal team sanitario sul nostro soggetto valgono le stesse procedure e linee guida infermieristiche del caso.

La preparazione all'intervento di lpb, tramite approccio chirurgico endoscopico o tradizionale, rimane pressappoco la stessa. Dopo che lo staff specialistico (composto dal personale medico e da quello infermieristico) ha eseguito tutto l'iter diagnostico sul paziente, verranno espletate le procedure amministrative che competono l'intervento stesso: si richiederanno le autorizzazioni del caso con le rispettive firme (consenso informato) e tutta l'informativa al soggetto riguardante eventuali emotrasfusioni e terapia post-operatoria.

Nella nostra struttura è praticata l'autotrasfusione ed è, comunque, utilizzata in pochi casi, soprattutto qualora si opti per l'approccio chirurgico tradizionale. Il soggetto verrà altresì istruito sulla dieta da seguire almeno il giorno prima dell'intervento (semiliquida) ed assoluta dopo le 24 ore nel giorno dell'intervento.

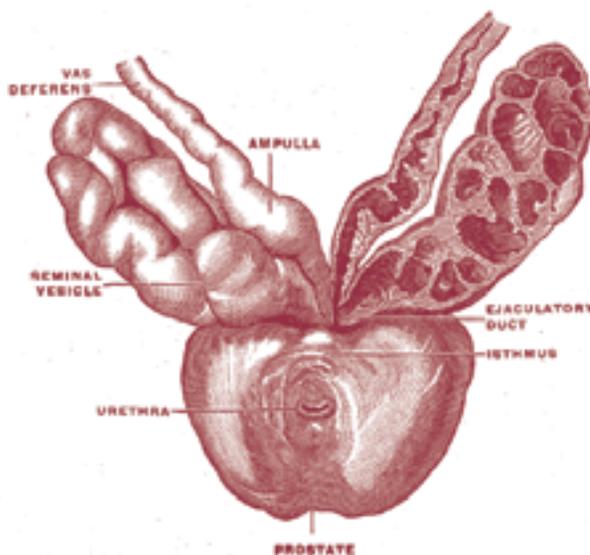
Il personale infermieristico farà assumere al paziente dei blandi lassativi nel pomeriggio o solfato di magnesio per una più accurata pulizia intestinale e solo se questi avrà intolleranza ai purganti potrà eseguire eventuali microclismi il giorno prima. Sempre la sera prima dell'intervento, l'infermiere avrà cura di eseguire la tricotomia della regione su cui il chirurgo dovrà intervenire, tenendo conto anche dell'area della medicazione post-operatoria. Se l'approccio chirurgico avrà carattere endoscopico, l'area da tricotomizzare si ridurrà alla zona pubica ed alla prima porzione della coscia (per la trazione del catetere), mentre se il chirurgo opterà per l'intervento tradizionale, l'area si estenderà almeno fino alla zona sottodiaframmatica.

Alla fine, il soggetto verrà invitato ad eseguire una doccia completa e se questi non risulti autosufficiente sarà l'infermiere stesso ad effettuare un bagno a letto (o delle spugnature). Quindi, a qualche ora dall'intervento, l'infermiere provvederà a somministrare l'eventuale terapia prescritta dal-

l'anestesista o dal medico, che può variare dalla profilassi antibiotica, a quella coagulante oppure antitrombotica.

Poco prima di salire sulla lettiga che lo porterà in camera operatoria, l'infermiere si accerterà che questi abbia tolto qualsiasi indumento personale per indossare l'apposita biancheria (camice aperto sul dorso). Inoltre il paziente (previo controllo infermieristico) dovrà togliere qualsiasi oggetto che indossa ed eventuali protesi, compresi smalti e rossetti, per una più efficiente visione del grado di ossigenazione del soggetto. Al suo ritorno nel reparto di degenza, gli infermieri posizioneranno il paziente nella sua unità letto, premunendosi di sistemare le componenti accessorie dell'operazione, ovvero l'eventuale drenaggio/i applicato dal chirurgo nell'intervento a "cielo aperto" dell'lpb; il catetere uretrale a tre vie con la relativa sacca di raccolta, a circuito chiuso, per l'irrigazione continua del lavaggio vescicale (valido sia per l'approccio endoscopico che per quello tradizionale); la fleboclisi di reintegrazione e l'eventuale dispositivo antalgico (a lento rilascio), collegati ad un accesso venoso periferico oppure ad un Cvc.

Tutti questi dispositivi verranno controllati dal personale infermieristico, che ne verificherà la pervietà, annotando su apposita scheda (o semplicemente sulla cartella) la quantità dei liquidi in entrata ed uscita (controllo diuresi), fin dal momento della sistemazione in reparto. In effetti, tutta l'attenzione dell'infermie-



re si rivolgerà soprattutto (almeno nelle prime 24 ore) al bilancio giornaliero del liquido irrigante e del suo aspetto, ovvero se questo risulti più o meno ematico, e ciò può essere dovuto alla velocità del liquido irrigante (es. soluzione fisiologica), con cui noi infermieri regoliamo il flusso del dispositivo (previa indicazione medica). Le prime complicanze, quindi, dovute ad intervento di lpb (valide in entrambe gli approcci), sono il sanguinamento post-operatorio della loggia prostatica (visibile nella sacca di raccolta) e la formazione di coaguli o frustoli, che vanno ad ostruire i fori del catetere o, addirittura, depositarsi sul suo intero lume. Ovviamente, il paziente accuserà immediatamente la dinamica di queste complicanze, tramite forti spasmi vescicali, dovuti al riempimento della soluzione irrigante senza il conseguente svuotamento della vescica. A tale scopo, l'infermiere si adopererà istantaneamente per rimuovere l'ostacolo con un lavaggio vescicale (non prima di aver interrotto il flusso della soluzione), effettuato con siringa urologica da 60 cc. riempita con fisiologica e raccordata in uno degli accessi del catetere uretrale (quello di entrata del lavaggio), eseguendo il tutto nel modo più sterile possibile. Subito dopo aver ripristinato il decorso del lavaggio praticheremo al paziente un blando antispastico che ridurrà ulteriormente la forte tensione muscolare accumulata durante le contrazioni dolorose del soggetto. Nei casi più gravi, si può arrivare anche alla completa sostituzione del catetere uretrale con un altro di diverso calibro, oppure si interviene sulla trazione del catetere (intervento a "cielo aperto"), riposizionando i cerotti o gonfiando ulteriormente il palloncino interno di ancoraggio del catetere (di qualche cc.) per una maggiore emostasi dei vasi. Oltre a tutti questi controlli, l'infermiere professionale avrà anche cura di rilevare i parametri vitali del nostro soggetto (Pa, Fc, Tc, ecc.), di somministrare la terapia prescrittagli, di prelevare gli esami ematochimici di routine e di controllo, di controllare la medicazione della ferita (nel caso di intervento tradizionale) e dei punti di inserzione dei drenaggi e di praticare eventuale terapia antalgica. Il giorno dopo l'intervento, il paziente può ricominciare una dieta leggera, semiliquida, senza pane e frutta, mentre quello

operato tradizionalmente può posticipare di un giorno la dieta semiliquida. La seconda giornata, se non ci sono controindicazioni, può, invece, iniziare una lenta mobilizzazione ed, in alcuni casi, (dopo 48 ore) può essere rimosso il lavaggio vescicale (soprattutto, se non ci sono state perdite ematiche rilevanti). L'eventuale drenaggio sovrappubico può essere rimosso il terzo giorno, così anche per il catetere (approccio endoscopico), che verrà posticipato di due giorni per l'approccio tradizionale.

Anche dopo la rimozione del catetere, l'infermiere controllerà le urine, eseguendo su esse anche eventuali analisi, per la presenza di ematuria e verificando che il paziente non accusi dolori o bruciori troppo prolungati nella minzione. Le complicanze tardive, invece, consistono essenzialmente in incontinenza, disturbi sessuali e reinterventi: la percentuale di disturbi sessuali è più o meno uguale nel caso di interventi eseguiti per via endoscopica o a "cielo aperto". La necessità di un nuovo intervento può essere dovuta sia ad una reale ricrescita del tessuto prostatico sia a piccoli residui di tessuto. *Diversi studi hanno dimostrato come la necessità di un reintervento sia più frequente dopo Turp che dopo l'intervento a "cielo aperto".*

Alla dimissione, il personale infermieristico avrà cura di informare in tutti i modi, oltre al paziente, quanti se ne occupano su ogni eventualità e su una più efficace guarigione.

Quindi, la comparsa di eventuali bruciori o episodi di ematuria risolvibili con l'assunzione di parecchi liquidi. Gli verrà consigliato di non eseguire sforzi eccessivi (specie, riguardanti l'addome) e di non usare troppo l'automobile, mentre per i rapporti sessuali bisogna aspettare un periodo più lungo.

Inoltre, il medico dello staff prescriverà gli accertamenti ematochimici di controllo e visite ambulatoriali ad intervalli cadenzati, dando tutti i riferimenti telefonici per qualsiasi emergenza.

Il personale infermieristico del reparto rimane comunque a disposizione dell'utente, che in qualsiasi momento della giornata, può rivolgersi per un consiglio, un parere oppure per prendere nota di eventuali mutamenti nelle date o negli orari delle visite post intervento.

CONCLUSIONI

Per comprendere l'impatto, anche economico, che l'lpb avrà nei prossimi anni, è sufficiente considerare come questo intervento chirurgico sia il secondo per frequenza eseguito su uomini con più di 65 anni. In conclusione, i problemi che costituivano la maggior causa di preoccupazione e, di conseguenza, l'obiettivo del trattamento della lpb, come ad esempio, la salvaguardia dell'alta via escretrice e la risoluzione della ritenzione urinaria, possono attualmente considerarsi superati.

L'attenzione, oggi, è rivolta alle manifestazioni fastidiose della lpb, che vanno giudicate incompatibili con gli attuali standard di vita attesi in età avanzata e con l'aumento dell'età media della popolazione.

AUTORE:

Mauro Morroto, infermiere presso la Asl Rm/c - ospedale Sant'Eugenio, Roma

IN PILLOLE

Prelievo di sangue, "pugno" sotto inchiesta

*Secondo uno studio inglese pubblicato sugli *Annals of Clinical Biochemistry* la tradizionale pratica del "pugno" per il prelievo di sangue può alterare l'esito di alcuni esami, in particolare quello della concentrazione ematica di potassio. La ricerca inglese ha esaminato oltre 200mila analisi del sangue eseguite tra il 2002 e il 2005. Nei pazienti a cui si chiedeva di stringere e rilasciare il pugno per facilitare il prelievo si è registrata una media più elevata dei valori del potassio rispetto al gruppo di controllo. In una dichiarazione alla BBC, il presidente dei flebotomisti inglesi, Jackie Hough, ha ricordato come: "il modo migliore consiste non nel far stringere forte il pugno al paziente, ma nel farlo chiudere gentilmente mentre si infila l'ago e nel farlo rilasciare prima di aspirare il sangue" e che "il laccio emostatico non dovrebbe rimanere stretto al braccio per più di 60 secondi".*

Infermieri e mutilazioni genitali femminili

di Alessandra Barocci, Teresa Compagnone, Lorian Lattanzi

INTRODUZIONE

Il lavoro che andiamo a descrivere in questo articolo vuole essere un tentativo di migliorare il servizio sanitario offerto alle donne sottoposte a mutilazione genitale femminile (Mgf), attraverso la formazione di coloro che andranno ad operare nel settore sanitario e che, nel loro percorso lavorativo, potranno venire a contatto con le tematiche relative a tale istanza.

Lo scopo del progetto educativo è aumentare le conoscenze, al fine di fornire informazioni utili, che contribuiscano alla prevenzione di tali barbarie nelle generazioni future e che aiutino a prendersi cura di chi le ha subite.

L'infermiere, per contribuire al raggiungimento di questo importante obiettivo, dovrà tentare sempre di più di allargare le sue prospettive ad una visione più dinamica della società e del mondo in cui vive, mostrandosi pronto a rispondere agli stimoli socio-culturali di un ambiente di lavoro destinato a cambiare in senso multietnico.

Capire le esigenze degli immigrati e stabilire un buon rapporto con le altre culture saranno aspetti sempre più importanti del suo lavoro: all'infermiere, quindi, è richiesta, oggi, una formazione che lo renda capace di fornire un'assistenza multiculturale.

Le teorie dell'infermieristica transculturale devono tradursi in programmi didattici elaborati da un corpo competente in materia, che possano adeguatamente formare gli infermieri, rendendoli in grado di offrire un'assistenza adatta alle diverse identità culturali.

Non vanno, certo, sottaciuti gli sforzi internazionali per sradicare la mutilazione

genitale femminile che hanno una lunga storia, ma è solo in questo secolo, grazie anche alla crescente pressione delle organizzazioni femminili africane, che si sono raggiunti risultati concreti.

Nel mondo esistono parecchie organizzazioni che cercano di prevenire e sradicare tali barbarie e numerosi governi hanno ritenuto indispensabile la necessità di prendere provvedimenti nei confronti di pratiche che rappresentano un serio rischio per la salute fisica e mentale delle donne e, soprattutto, delle bambine. Nessuno stato africano appoggia, ufficialmente, l'infibulazione o l'escissione, ma molti la tollerano: nessun governo vuole - o riesce - a contrastare una tradizione tanto radicata quanto nefasta.

Questo problema che sembra lontano, sviluppa i suoi drammi anche in Italia, dove alcuni medici si prestano ad effettuare escissione ed infibulazione: anche nel nostro Paese vivono circa 38mila

donne infibulate o escisse e 20mila bambine a rischio, in quanto appartenenti a comunità in cui vengono praticate tali mutilazioni.

Probabilmente, l'infibulazione è praticata dai gruppi di immigrati in maniera clandestina, oppure portando le bambine nel loro paese di origine.

Con la legge numero 7 del 9 gennaio 2006, il Parlamento Italiano ha provveduto a tutelare la donna dalle pratiche di mutilazione genitale femminile; al Codice penale è stato aggiunto l'articolo 583/bis che punisce con la reclusione da 4 a 12 anni chi, senza esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili.

MATERIALI E METODI

Il progetto educativo, rivolto agli studenti iscritti al corso di laurea in Infermieristica di Tor Vergata, frequentanti il terzo anno accademico nella sede di Ostia (Roma), azienda Usl-Roma D, è stato realizzato il



2 ottobre 2007 ed è durato tre ore. Il gruppo è costituito da studenti di entrambi i sessi (pur con prevalenza femminile) la cui fascia di età è compresa tra i 20 ed i 35 anni.

Il metodo educativo scelto per la presentazione del progetto è una lezione, con cui si è cercato di racchiudere gli aspetti più rilevanti e significativi delle Mgf, allo scopo di stimolare riflessioni tali da fungere da base di partenza per aprire la mente ad un tipo di assistenza multietnica, ponendo i presupposti per instaurare la giusta relazione con la donna vittima.

Le finalità educative perseguite sono state:

- aumentare le conoscenze rispetto alle Mgf;
- acquisire consapevolezza del problema;
- acquisire consapevolezza del ruolo dell’infermieristica;
- promuovere un cambiamento sociale.

Mentre gli obiettivi specifici formulati sono:

- conoscere il background ed il contesto delle mutilazioni genitali femminili;
- conoscere l’impegno mondiale ed italiano nella lotta alle Mgf;
- conoscere le complicità immediate e a lungo termine, nonché le ripercussioni psico-sociali legate a tali pratiche mutilatorie;
- conoscere le linee-guida offerte agli operatori sanitari per il giusto approccio al trattamento clinico;
- conoscere gli ambiti relazionali in cui l’infermiere può offrire il proprio supporto educativo per promuovere l’abbandono di tali barbarie.

Sono stati utilizzati quali strumenti didattici: una presentazione di PowerPoint, due filmati, documentazione cartacea ed un questionario.

La lezione si è articolata nel seguente modo: presentazione agli studenti con relativa indicazione riguardo al lavoro che si sta svolgendo; somministrazione di un pre-test per valutare le conoscenze di base possedute in merito a tale istanza; proiezione di un breve filmato di presentazione; esposizione della lezione articolata e suddivisa in tre fasi (parte prima: il background ed il contesto delle Mgf, parte seconda: l’impegno mondiale ed italiano nella lotta alle Mgf, e relative nor-



mative vigenti in tale materia, parte terza: la tutela della salute e gli ambiti relazionali in cui l’infermiere può vestire il ruolo di educatore per promuovere l’abbandono di tali pratiche); domande e sviluppo di una riflessione partecipata; proiezione di un breve filmato di conclusione; somministrazione di un test finale a valutazione del raggiungimento degli obiettivi specifici prefissati; rilascio agli studenti di una copia del materiale informativo predisposto; conclusioni.

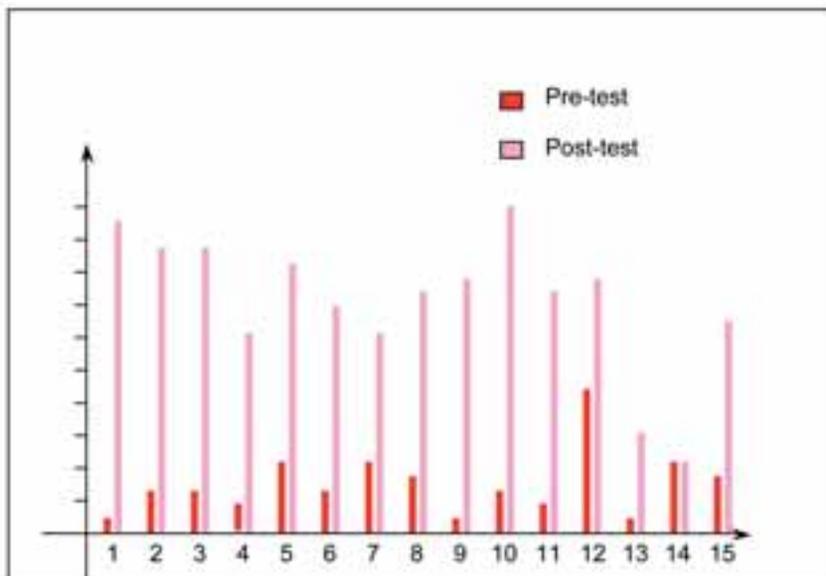
RISULTATI

Per verificare l’efficacia del nostro intervento educativo ed il raggiungimento degli obiettivi specifici prefissati, si è scelto come metodica la comparazione di due

questionari, somministrati, rispettivamente, prima e dopo l’intervento.

I risultati dei test proposti antecedentemente l’intervento educativo dimostrano che gli utenti possiedono una scarsissima conoscenza rispetto al tema Mgf e, l’attenzione mostrata nel corso della lezione, ha svelato un grande interesse nel voler approfondire l’argomento. La comparazione con il questionario finale ha verificato la buona riuscita dell’intervento, con uno standard atteso pari al 60% raggiunto da tutti gli studenti.

Il grafico rappresenta l’evidente aumento delle conoscenze riguardo alle Mgf rispetto alle scarse nozioni socio-sanitarie possedute in precedenza.



CONCLUSIONI

Attraverso l'elaborazione di questo lavoro siamo entrati in un mondo a noi sconosciuto, fatto di sofferenza e di martirio, di libertà negate, sentimenti soffocati e desideri nascosti.

Luoghi in cui l'essere donna è, al contempo, colpa e causa d'indicibili sofferenze. Queste donne devono essere aiutate; fornendo loro i mezzi necessari per riappropriarsi dei propri diritti e delle proprie esistenze.

Ecco perché, nel corso di tutto il lavoro svolto, molta attenzione è stata posta sull'importanza dell'educazione. È attraverso l'educazione che la donna può acquisire consapevolezza delle proprie capacità, prendere coscienza del proprio essere e di ciò che è realmente.

Noi infermieri, come operatori sanitari nonché educatori alla salute, giochiamo un ruolo importantissimo nell'educazione sanitaria e possiamo fornire grande supporto per contribuire alla prevenzione di tali barbarie.

AUTORI:

Alessandra Barocci, studentessa corso di laurea in Infermieristica, università degli studi di Roma "Tor Vergata" - sede di Ostia

Teresa Compagnone, professore a contratto Med 45 corso di laurea in Infermieristica, università di Roma "Tor Vergata"

Loriana Lattanti, docente corso di laurea in Infermieristica, università di Roma "Tor Vergata" - sede di Ostia

È solo un dolore femminile

*Maledetto da Dio il faraone
che non ascoltò la preghiera di Mosè
e fu abbandonato dalla buona parola
della Torah.*

Inferno fu la sua ricompensa!

Annegamento il suo destino!

*Macello, lo stile della loro circoncisione
sanguine, vene grondanti di sangue!*

Taglio, cucitura e strazio della carne!

*Questo ignobile atto mai citato dal Profeta
mai riconosciuto dalla Hadith!*

Non esiste nella Hureera!

Nessun musulmano l'ha mai predicato!

*Il Corano non l'ha mai prescritto
(la circoncisione faraonica).*

*E se posso parlare della mia notte di nozze
aspettavo carezze, dolci
baci, abbracci e amore.*

No, mai!

Mi aspettava pena, dolore e tristezza.

*Gemente nel mio letto nuziale
mi contorcevo*

*come un animale ferito, in preda al
dolore femminile.*

*All'alba ecco il ridicolo. Mia madre
annuncia:*

si, è vergine.

Quando la paura mi attanaglia.

Quando la rabbia paralizza il mio corpo.

*Quando l'odio diventa il mio compagno
ricevo consigli di donne, perché è solo
il dolore di donne,*

*e il dolore non finisce, mi è stato detto,
finisce come tutte le cose femminili!*

*Continua il viaggio o continua la lotta,
come dicono gli storici moderni!*

*Così come si assesta il legame
matrimoniale*

*mi arrendo e la tristezza si acquieta.
Il mio ventre diventa come un pallone
uno sprazzo di felicità mostra
una speranza, un nuovo bambino,
una nuova vita!*

*Ah, la nuova vita mette in pericolo
la mia vita,*

*La nascita di un bambino è morte e
distruzione per me!*

*Si tratti di quelli che mia nonna
chiamava i tre*

*dolori femminili se ben ricordo le parole
di mia nonna*

*il giorno della circoncisione, la notte nuziale
e la nascita di un bambino sono i tre
dolori femminili.*

*Come scoppia la nascita: e io piango
e chiedo aiuto per la carne*

*battuta: non compatirti, mi dicono, spingi!
È solo un dolore femminile!*

*Quando lo sposo decide di rompere
il buon legame*

*Divorzia e mi abbandona
resto sola con le mie ferite.*

Ed ora un appello!

Un appello per l'amore perduto.

Un appello per i sogni infranti.

Un appello per il diritto di vivere insieme.

E tutti coloro che amano la pace, proteggano,

sostengano,

diano una mano

*alle bambine innocenti, che non fanno male,
obbedienti ai loro genitori, agli anziani
e che conoscono soltanto sorrisi.*

*Iniziatele al mondo dell'amore
non al mondo del dolore femminile.*

(Dahabo Cilmi Muse)

BIBLIOGRAFIA

Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna. *Le mutilazioni genitali femminili (Mgf) nella popolazione immigrata. Raccomandazioni per i professionisti.* Bologna: Regione Emilia Romagna; 2003.

Ewles L, Simnet I, *Educazione alla salute una metodologia operativa*, versione italiana a cura di Di Giulio P, Ferrari F, Luss D, Spiani L. Milano: Sorbona editore; 1989.

Leoni G, *Società multietnica e multiculturalismi: l'infermiere e il nursing transculturale.* Tempo di nursing 2004, dicembre; 41: 9.

Marriner-Tomey A, *Teorie del nursing di livello intermedio.* In: Marriner-Tomey A, I teorici del nursing e le loro teorie. Milano: McGraw-Hill; 1996.

I giovani e la professione infermieristica: indagine su un gruppo di studenti delle medie superiori

di Mirella Giontella, Lamberto Briziarelli, Rosaria Alvaro

ABSTRACT

Con questa indagine si è voluto capire quale fosse la visione, il comportamento e il grado di attrazione della professione infermieristica tra i giovani.

Lo studio è stato effettuato in tre istituti superiori di Perugia. Lo strumento utilizzato, un questionario a risposte chiuse, somministrato a 319 giovani che hanno detto "sì" alla professione infermieristica solo per il 10,03 (32%) del collettivo indagato.

Le motivazioni della non attrazione della professione le ritroviamo nei turni di lavoro scomodi, nella poca possibilità di carriera, nello stipendio basso e in tutta una serie di risposte che fanno comprendere quanto poco i giovani conoscano la professione e quanto, l'università preposta alla formazione di base e gli organi nostri rappresentanti (in questo caso a livello regionale), si dovrebbero impegnare affinché l'infermieristica venga giustamente descritta e valorizzata.

INTRODUZIONE

La scelta di questo soggetto per l'indagine nasce, fondamentalmente, dalla mia esperienza professionale che, in qualità di coordinatrice del corso di laurea in Infermieristica e docente allo stesso, mi dà la possibilità di entrare in contatto con giovani che hanno scelto questa professione e con i motivi di questa scelta.

Le notizie di questi ultimi decenni, riguardanti la carenza di infermieri che ha caratterizzato i sistemi sanitari di

tutto il mondo (compresa l'Italia) e una recente rassegna stampa sulla formazione universitaria degli infermieri, realizzata dall'osservatorio della Federazione Nazionale dei Collegi Iplasvi, da cui emerge il crescente apprezzamento verso la professione, sono state le motivazioni che mi hanno spinto a compiere tale indagine.

OGGETTI E STRUMENTI DELL'INDAGINE

La presente ha come oggetto la figura dell'infermiere che ha visto, negli ultimi anni, ridefinire la sua professione, grazie a una serie di riforme legislative che ne hanno normato l'assunzione di responsabilità, attribuito competenze ed autonomia.

Con questa indagine ho cercato di capire come la professione infermieristica venga percepita da un gruppo di giovani studenti diplomandi di istituti superiori di Perugia: in particolare, ho voluto indagare la conoscenza, gli atteggiamenti e l'opinione esistente della professione e verificare la disponibilità alla frequenza del corso di laurea in Infermieristica nei potenziali utenti.

L'indagine è stata realizzata attraverso la somministrazione di un questionario con domande uguali per tutti a risposte ad alternativa prefissata.

Nella redazione dello stesso si è voluto utilizzare un linguaggio semplice, e domande non troppo complesse e specifiche, al fine di non fuorviare il collettivo soggetto d'indagine. Si è garantito l'anonimato per l'intervistato, metten-

dolo così nella condizione di assoluta libertà nel rispondere e di non avere la sensazione di essere giudicato; facilitando la modalità dell'intervista.

La struttura del questionario è di tre parti:

- una prima, allo scopo di portare a conoscenza dell'informatore l'obiettivo del lavoro, per invitarlo a dare una risposta spontanea.
- una seconda, dove sono raccolte informazioni circa l'età, il sesso la nazionalità e la professione dei genitori;
- una terza, rappresentata dal questionario vero e proprio, composto da dieci domande volte a sondare quali fossero le conoscenze da parte degli intervistati sulla professione infermieristica, l'appeal nei confronti della stessa e capire la possibilità per loro di scegliere questa professione come attività futura.

MODALITÀ DI CONDUZIONE DELL'INDAGINE

L'indagine è stata eseguita nel mese di maggio 2005.

Previo accordo ed alla presenza dei Dirigenti Scolastici (che hanno dimostrato la totale disponibilità all'indagine) ho provveduto a somministrare personalmente i questionari agli studenti.

Dopo essermi brevemente presentata, e aver illustrato sommariamente lo scopo e l'utilizzo delle informazioni che andavo a raccogliere, ho distribuito il questionario e ritirato dopo circa 20 minuti.

I tre istituti di Perugia in cui ho condot-

to l'indagine sono stati: l'istituto tecnico-commerciale "Vittorio Emanuele II"; l'istituto tecnico-commerciale "Aldo Capitini" ed il liceo scientifico "Galilei". La scelta di queste scuole è stata effettuata sulla base dei dati degli ultimi cinque anni accademici forniti dal centro di elaborazione dati dell'università di Perugia, riguardanti gli immatricolati al corso di laurea in Infermieristica, classificati secondo il titolo di studio posseduto.

In totale, 319 questionari, pari al numero degli studenti presenti in aula al momento della somministrazione, corrispondente all'81,38% del numero totale degli studenti iscritti al quinto anno dei tre istituti presi in considerazione.

I 319 questionari consegnati sono stati tutti restituiti e successivamente, durante l'analisi dei dati, alcuni di essi sono risultati solo parzialmente compilati.

Riguardo al sesso degli intervistati si rileva come carattere prevalente quello femminile: dei 319 informatori il 52,66% (168) sono donne, contro il 47,34% (151) di uomini.

Riguardo alla distribuzione per età, essa risulta compresa tra un minimo di 17 (4 maschi e 2 femmine) e un massimo di 21 (5 maschi e 2 femmine); 172 studenti con 18 anni (83 maschi e 89 femmine); 115 con 19 anni (49 maschi e 66 femmine) e 19 con 20 anni (10 maschi e 9 femmine). L'età media degli intervistati è di 18,53 anni.

Riguardo la professione dei genitori, nel raggruppamento delle diverse attività/professioni dichiarate, si è fatto riferimento allo schema utilizzato nelle indagini Istat, che prevede una codifica di cinque diverse classi: "impiegato, insegnante, dirigente"; "operaio, lavoratore dipendente"; "imprenditore, libero professionista"; "artigiano, agricoltore, commerciante"; "casalinga, non occupato, pensionato".

I RISULTATI

L'elaborazione e l'analisi statistica dei dati è stata effettuata utilizzando specifici software.

Vengono discusse, di seguito, domanda per domanda, le risposte degli studenti.

1) Nella scelta della professione futura, quali di queste caratteristiche ritieni



indispensabili in ordine di priorità?

Nell'effettuare l'analisi dei risultati di questa prima domanda, si è posta l'attenzione su ogni singola opzione di risposta, in ordine alla priorità data dagli studenti.

La prima, la sicurezza, si rileva che 117 intervistati su 319 (il 36,68%), collocano al primo posto questa caratteristica; 60 (18,81%) al secondo; 69 (21,63%) al terzo; 45 (14,11%) al quarto.

Non hanno fornito alcuna indicazione su questa modalità, 28 intervistati (l'8,78% del collettivo).

In relazione a questa modalità di risposta occorre osservare che sono prevalentemente le donne a mettere al primo posto questa caratteristica: 74 studentesse (il 45,96% del totale e il 23,51% del totale) contro 43 maschi (il 33,08% del loro totale e al 13,48% del collettivo).

La collocano al secondo posto, 26 studentesse (16,15% del totale e l'8,15% del collettivo) in opposizione a 34 maschi (il 26,15% del totale e il 10,66% del collettivo).

Sono 36 femmine (il 22,36% del totale e l'11,29% del totale degli alunni intervistati) a fronte di 33 maschi (il 25,38% del totale, 10,34% del collettivo) a posizionare la sicurezza al terzo posto.

Sono, infine, 25 femmine (il 15,53% del totale pari al 7,84% del totale studenti indagati) contro 20 maschi (il 15,38% del totale e il 6,27% del collettivo) a metterla al quarto posto.

Riguardo alla seconda modalità di risposta, la retribuzione, 92 degli intervistati (28,84%) la mettono al primo posto nella scelta di una professione futura; 105 (32,92%) al secondo posto; 69 (21,63%) al terzo; 28 (8,78%) al quarto. Non hanno scelto questa opzione 25 studenti (pari a 7,84% del collettivo indagato).

La stessa modalità di risposta, analizzata in riferimento alla suddivisione del collettivo tra maschi e femmine, evidenzia come questa caratteristica sia prioritaria per gli studenti maschi, 54 (il 39,13% del loro totale ed il 16,93% del collettivo) contro 38 ragazze (il 24,36% del e l'11,91% del totale). Occorre osservare che per 105 studenti (65 femmine, pari al 41,67% del totale, e 40 maschi, pari al 28,99% totali; rispettivamente il 20,38% ed il 12,54% del totale collettivo) questa caratteristica sia al secondo livello di priorità.

Per 41 femmine (il 26,28% del totale, pari al 12,85% del collettivo) e 28 maschi (il 20,29% del totale, pari al 8,78% del collettivo) questa caratteristica è al terzo posto.

Infine, per 12 femmine (il 7,69% del totale femminile, pari al 3,76% del collettivo) e 16 maschi (l'11,159% del totale maschile, pari al 5,02% del collettivo), la retribuzione è all'ultimo posto.

In riferimento alla terza modalità di risposta, la carriera, si rileva che 53 intervistati su 319 (il 16,61%) mettono



al primo posto questa caratteristica; 67 (21 %) al secondo; 82 (25,71 %) al terzo e 86 (26,96 %) al quarto.

Non hanno fornito alcuna indicazione 31 intervistati (pari al 9,72% del collettivo analizzato).

Occorre osservare che, in riferimento a questa risposta, il primo livello di priorità è stato scelto da 27 studentesse e 26 studenti (pari, rispettivamente, al 17,31%, 8,46% del totale e 19,70%, ovvero, l'8,15% del collettivo) dei loro rispettivi totali.

Riguardo alle frequenze assolute maggiori, ritroviamo, tra le femmine, 58 che posizionano la carriera al quarto livello di scelta (37,18%); mentre, tra i maschi, 45 (34,09%) che la mettono al terzo livello.

In riferimento alla quarta ed ultima modalità di risposta, l'utilità sociale, si rileva che solo 32 intervistati su 319 (il 10,03%) mettono al primo posto questa caratteristica; 45 (14,11 %) al secondo; 66 (20,69 %) al terzo e 145 (45,3%) al quarto.

Non hanno fornito alcuna indicazione 31 intervistati (pari al 9,72% del collettivo analizzato).

Questa stessa modalità di risposta, analizzata in riferimento alla suddivisione del collettivo tra maschi e femmine, evidenzia come questa caratteristica sia prioritaria solo su 18 studenti maschi (il

13,74% del totale ed il 5,64% del collettivo) e 14 studentesse (l'8,92% del totale e 4,39% del collettivo). Va osservato che, per 74 femmine (il 47,13% del totale) e 71 maschi (il 54,20% del totale, rispettivamente pari al 23,20% e 22,26% del collettivo), questa caratteristica sia al quarto livello di priorità.

Quanto osservato in riferimento a questa ultima modalità di risposta fa sicuramente riflettere se si pensa che una delle caratteristiche principali della professione infermieristica è proprio quella dell'utilità sociale.

2) Quale titolo è richiesto, secondo te, per l'ammissione al corso per infermiere?

L'analisi dei risultati ha evidenziato che ben 282 degli intervistati (l'88,68%) sono a conoscenza che il titolo richiesto per accedere al corso di laurea in Infermieristica è quello della licenza media superiore; il 7,55% (24 intervistati) indica, erroneamente, il titolo di licenza media inferiore; così come il 3,77% (12 intervistati) è dell'opinione che non sia richiesto alcun titolo per l'ammissione al corso. Solo un soggetto non ha fornito alcuna risposta.

3) Quali di queste funzioni ritieni essere di competenza dell'infermiere?

Nel predisporre questa domanda, per facilitare la comprensione agli studenti, sono state elencate una serie di azioni,

alcune delle quali spettano all'infermiere e altre no.

Dai questionari si nota come: 172 studenti (il 54,09%), abbiano la piena consapevolezza su quali siano le competenze tra quelle indicate facenti capo alla professione dell'infermiere; 128 (il 40,25%) pensano, erroneamente, che sia di competenza dell'infermiere fare le pulizie; così 18 (il 5,66%) credono che spetti all'infermiere l'esecuzione di controlli per fare diagnosi di una patologia e prescrivere terapie. Soltanto un soggetto non ha fornito alcuna risposta.

4) Quale pensi sia lo stipendio mensile medio di un infermiere?

Dei 319 totali, 179 (il 56,11%) hanno indicato correttamente come opzione di scelta la seconda (€ 1.100-1.300); 114 (il 35,74%) sono, invece, dell'opinione che lo stipendio medio di un infermiere sia compreso tra 800 e 1.000 euro; mentre per 26 di loro (8,15%) la scelta è ricaduta sulla terza opzione (€ 1.400 / 1.600).

5) Il livello più elevato della carriera infermieristica è...:

Per questa domanda 173 studenti interpellati su 319 (il 54,23%) hanno indicato come livello più elevato della carriera infermieristica quello di Caposala; 79 (il 24,76%), hanno giustamente indicato l'opzione che prevede la dirigenza infermieristica; per 39 (il 12,23%) l'infermiere può diventare aiuto medico e per 16 (il 5,02%) non esiste alcuna possibilità di carriera.

Non hanno fornito alcuna informazione 12 studenti (pari al 3,76% del collettivo indagato).

6) Quali sono, secondo te, i punti critici della professione dell'infermiere?

E' stato domandato agli studenti quali fossero, secondo loro, i punti critici della professione infermieristica, dando anche la possibilità di scegliere più di un'opzione tra quelle indicate.

Dall'analisi dei risultati, si evidenzia per entrambi i sessi che: "i turni di lavoro scomodi" sono il punto critico per eccellenza della professione infermieristica (124 femmine, il 38,27% del totale delle scelte; e 111 maschi, il 36,04% del totale) lo affermano.

"Avere a che fare con malattie e sofferenze delle persone" è il secondo punto critico, in ordine di scelta, evidenziato

dagli intervistati: per 122 femmine (il 37,65%) e 96 maschi (il 31,17%) indicano questa opzione. Di seguito, troviamo: "stipendio basso", indicata da 20 femmine (il 6,17%) e 41 maschi (il 13,31%); "scarsa autonomia professionale", optata da 33 femmine (il 10,19%) e 32 maschi (il 10,39%); "lavoro di scarso prestigio", scelto da 9 femmine (il 2,7%) e 17 maschi (il 5,52%); "scarsa possibilità di occupazione", evidenziata da 14 femmine (il 4,32%) ed otto maschi (il 2,60%). Solo due femmine (lo 0,62%) e 3 maschi (lo 0,97%) individuano come punto critico della professione infermieristica il "lavoro socialmente poco utile". Indubbiamente, la quasi totalità degli studenti riconosce l'utilità sociale della professione in questione. Nonostante ciò, la stessa risulta all'ultimo posto nelle preferenze tra le caratteristiche ritenute indispensabili per la scelta di una professione.

7) Quali sono, secondo te, i contesti nei quali operano gli infermieri?

Nella domanda sono stati inseriti come possibilità di opzione, gli ambiti prevalenti in cui l'infermiere si trova ad esercitare la sua professione.

Anche in questo caso è stata data la possibilità di poter compiere più di una scelta.

Dai risultati ottenuti, "l'ospedale" è l'opzione maggiormente indicata. Infatti, delle 834 scelte effettuate, ben 312 riguardano questa (il 37,41%); di seguito, troviamo: le Rsa per anziani, indicate per 182 volte (il 21,82%); il distretto sociosanitario e l'assistenza domiciliare, segnato per 165 volte (il 19,78%); la salute pubblica: ufficio di igiene e medicina del lavoro, scelta per 94 volte (l'11,27%), la psichiatria e le tossicodipendenze, optata 61 volte (il 7,31%) ed, infine, l'università e la libera professione, entrambe scelte dieci volte (l'1,20%).

Occorre osservare come, nonostante alla consegna del questionario io abbia chiarito ulteriormente che, riguardo all'opzione università, si facesse riferimento all'insegnamento, solo dieci scelte individuano in questa un ambito in cui l'infermiere possa lavorare, così come per quello che riguarda la libera professione, riconosciuta come possibilità per l'infermiere dalla legge 42/99.

8) A tuo avviso, gli infermieri in Italia...:

È stato domandato se il numero degli infermieri in Italia fosse adeguato a quelle che sono le esigenze di mercato, considerando che negli ultimi anni i media abbiano più volte sottolineato la carenza di infermieri che domina lo scenario dell'intero sistema sanitario.

L'analisi dei risultati evidenzia che, per una larga maggioranza 148 studenti (il 46,39%) gli infermieri sono in numero sufficiente; di contro 136 di loro (il 42,63%) hanno sottolineato la carenza di questa figura e per 29 il (9,09%) sono addirittura troppi.

9) Quali di questi titoli viene acquisito al termine del corso per infermiere?

Si è cercato di capire quanto fossero informati riguardo al titolo di studio oggi acquisito dai futuri Infermieri e necessario per poter esercitare la professione. Il Decreto ministeriale n. 509 del 3/99, individua come nuovo percorso formativo dell'infermiere la laurea di primo livello.

Degli studenti intervistati 188 (il 58,93%) sono a conoscenza della tipologia di titolo oggi rilasciato al termine del corso per la professione infermieristica; per 101 (il 31,66%) esiste ancora il diploma, e per 25 (il 7,84%) il titolo rilasciato sia la laurea di secondo livello che rappresenta sì una possibilità riconosciuta all'infermiere a livello formativo, ma che non risulta necessaria per esercitare la professione.

Non hanno fornito alcuna risposta a questa domanda cinque studenti (l'1,57% del collettivo).

10) Sceglieresti come professione futura quella dell'infermiere?

È stato, infine, chiesto agli studenti se la professione dell'infermiere potesse rientrare tra le loro possibili scelte future.

Dalle risposte analizzate si evidenzia: 190 intervistati (il 59,56%) affermano che non la sceglierebbero come loro professione futura; 83 (il 26,02%) non hanno un'idea chiara in merito, soltanto 32 (il 10,03%) sono interessati e farebbero cadere la scelta su questa professione.

Non hanno fornito alcuna risposta 14 studenti (il 4,39% del collettivo).

La stessa domanda analizzata in riferimento alla suddivisione del collettivo

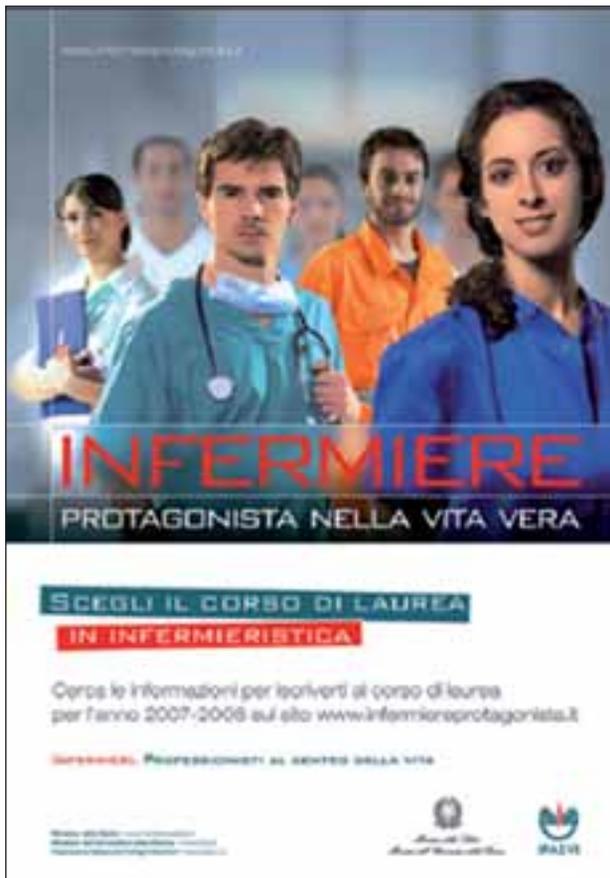
tra maschi e femmine, evidenzia che hanno scelto la modalità di risposta "sì": 21 studentesse (il 12,43% del totale e al 6,58% del collettivo) contro 11 studenti (il 7,33% del totale e al 3,45% del collettivo).

Occorre osservare che: per 180 studenti (99 femmine, pari al 58,58% del totale, e 91 maschi, pari al 60,67% del totale, rispettivamente pari: al 31,03% e 28,53% del collettivo), la risposta a questa domanda sia stata "no"; mentre, per 83 studenti (41 femmine, pari al 24,26% del totale e 42 maschi, pari al 28% del totale, rispettivamente pari al 12,85% e 13,17% del collettivo), la scelta sia ricaduta sull'opzione di risposta "non so".

Non hanno fornito alcuna indicazione 8 studentesse (il 4,73%) e sei studenti (il 4% del totale e rispettivamente pari al 2,51% e 1,88% del collettivo).

Analizzando i risultati di questa domanda in relazione alla suddivisione del collettivo tra maschi e femmine e prendendo, altresì, in considerazione la professione dei genitori, per quanto concerne i maschi si rileva che degli 11 studenti che hanno scelto il "sì", quattro (il 15,38% del totale della rispettiva classe delle professioni) hanno i genitori che svolgono una professione classificata nella categoria: "operaio, lavoratore dipendente"; cinque (il 7,25%) fanno parte della classe: "impiegato, insegnante, dirigente" ed uno (il 4,76%) appartiene a quella di "imprenditore, libero professionista", 1, pari al 5,26% al raggruppamento "artigiano, agricoltore, commerciante". Nessuno a quella relativa a: "casalinga, non occupato, pensionato".

Dei 91 studenti maschi che hanno scelto l'opzione "no", 12 (il 46,15%) hanno i genitori che svolgono una professione nella categoria: "operaio, lavoratore dipendente"; 47 (il 68,12%) fanno parte della classe: "impiegato, insegnante, dirigente"; 14 (il 66,67%) appartengono a quella di: "imprenditore, libero professionista"; dieci (il 52,63%) al raggruppamento: "artigiano, agricoltore, commerciante", ed otto (l'88,89%) a quella relativa a: "casalinga, non occupato pensionato". Infine, dei 42 studenti maschi che hanno scelto l'opzione "non so", dieci (il 38,46%) hanno i genitori che svolgo-



no una professione nella categoria: "operaio, lavoratore dipendente"; 17 (il 24,64%) fanno parte della classe: "impiegato, insegnante, dirigente"; sei (il 28,57%) appartengono a quella di: "imprenditore, libero professionista"; otto (il 42,11%) al raggruppamento: "artigiano, agricoltore, commerciante", ed uno (l'11,11%), a quella relativa a: "casalinga, non occupato pensionato".

CONCLUSIONI

Dall'indagine si possono trarre alcune risposte rispetto alla carenza di infermieri riscontrata da alcuni anni. Tale carenza domina lo scenario dell'intero sistema sanitario e, in particolar modo, quegli ambiti dove dovrebbe esser garantita l'integrazione tra il sociale e il sanitario: ospedali, case protette, hospice per malati terminali, assistenza domiciliare integrata e altro ancora. Le motivazioni di questa carenza di figure professionali sono diverse e - a mio avviso - legate agli effetti delle riforme che hanno avuto per oggetto il percorso formativo e la professione in genere, sia

nel contesto politico che socio-culturale.

I cinque anni di scuole medie superiori e i tre di corso di laurea in infermieristica, con la possibilità di un biennio per la specializzazione, inducono molti giovani a tentare direttamente gli studi in medicina che, come tipologia di carriera, come status sociale e possibile remunerazione, attrae molto di più quella dell'infermiere. Nonostante che gli infermieri abbiano il vantaggio di entrare in carriera subito dopo aver conseguito il titolo di studio triennale (si

stima in media, 3,3 mesi) e che l'attesa per ottenere un posto di lavoro stabile non superi i sei mesi, a fronte di una carriera medica che non inizia, in media, prima dei 31 anni.

L'elemento saliente è rappresentato dal fatto che quella dell'infermiere non viene ancora percepita come una figura di un nuovo professionista della sanità così come descritta dalla riforma.

Permane l'immagine del vecchio tipo di infermiere a cui era attribuita una valenza scarsamente allettante: maggior appeal sembra avere la professione del fisioterapista o quella di odontoiatra o di dietista, figure professionali per le quali il numero delle candidature supera sempre il numero dei posti messi a bando.

Dall'indagine emerge che, del collettivo preso in esame, soltanto il 10,03% (32 su 319) degli studenti ha dichiarato di voler scegliere quale professione quella dell'infermieristica, e di questi 21 sono femmine e 11 maschi. Prevalde ancora l'idea di un professionista in "gonnella". Questo risultato è in controtendenza con quanto accade in Umbria, da qualche

anno, dove il numero delle candidature alla laurea in Infermieristica, contrariamente a quanto accade in altre regioni, è, anche se di poco, superiore all'offerta dei posti messi a bando dall'università. L'indagine su questo campione evidenzia elementi negativi della professione infermieristica, e anche contraddittori rispetto al numero di domande che afferiscono all'università di Perugia, quali: bassa retribuzione, turni scomodi e, soprattutto, un basso fascino nei confronti della professione, ma forse il mercato del lavoro è tale che spinge i giovani italiani, proveniente da famiglie disagiate, a "ripiegare" su questa professione orientandone le scelte.

Infatti gli studenti laureati in Umbria hanno un rapido inserimento nel mondo del lavoro: si stima un'attesa inferiore ai due mesi dalla laurea e, ancorché alcuni ritengano che lo stipendio sia di € 800, molti di essi fanno parte della schiera di coloro che si iscrivono spinti dalle necessità o dalle proprie famiglie. Persiste ancora l'idea che l'infermiere non abbia possibilità di carriera, confermata anche dall'indagine compiuta, da cui si deduce che per il 56,23% degli studenti intervistati, il massimo livello raggiungibile nella professione sia quello del "Caposala" e solo 23,76% di loro indica la dirigenza infermieristica come possibilità, così come introdotto dalla legge 251/00.

Anche per ciò che riguarda il titolo richiesto per poter essere ammessi al corso di laurea in infermieristica, nonostante la maggior parte degli intervistati, 88,68% del collettivo, sia a conoscenza che il titolo richiesto è quello della licenza media superiore, per il 7,55% il titolo è quello della licenza media inferiore e per il 3,77% non è necessario alcun titolo.

Per ciò che riguarda gli ambiti in cui l'infermiere lavora, la maggior parte delle scelte (312) sono ricadute sull'ospedale, seguito dalle Rsa per anziani (182), dal distretto sociosanitario e l'assistenza domiciliare (165). Agli ultimi due posti, con sole dieci scelte, troviamo, rispettivamente, la libera professione e l'università, in cui oggi è possibile trovare questa figura come docente.

Scegliere una professione significa decidere del proprio futuro e, in questa

fase, entrano in gioco molteplici componenti che la condizionano notevolmente. La sicurezza, evidenziata dal collettivo indagato, è la caratteristica prioritaria nella scelta di una professione; il 36,68% degli studenti, di cui le femmine quasi il doppio dei maschi, la pone al primo posto, e per ben il 55,49% rientra tra i primi due livelli di priorità, seguita dalla retribuzione, scelta come caratteristica prioritaria dal 28,84% del collettivo con la prevalenza dei maschi.

La carriera è un'altra caratteristica per la scelta di una professione futura, la stessa è segnalata come prioritaria dal 16,61% degli studenti, distribuito equamente tra uomini e donne.

L'utilità sociale, infine, è posta al primo posto nella scelta della professione dal solo 10,03% del collettivo, con una leggera prevalenza dei maschi e soltanto il 24,14% la pone tra i primi due livelli di priorità, finendo come ultima caratteristica per il 45,45% degli studenti che la vedono come la meno importante.

Quanto osservato fa sicuramente riflettere, se si pensa che uno degli elementi distintivi della professione infermieristica è proprio quello dell'utilità sociale. Soltanto due studentesse e tre studenti, indicano quale punto critico per la professione la scarsa utilità sociale, pur dovendosi pensare che quella dell'infermiere dovrebbe essere un'attività contraddistinta proprio dall'attenzione verso la creazione di "relazioni significative" con le persone a cui è diretto l'intervento. Manca, quindi, negli intervistati, l'interesse e il senso di sé nelle persone di cui ci si occupa, di legare la situazione particolare in cui si sta operando con un contesto più ampio che non sia "normalizzare" l'altro dentro situazioni predefinite.

Gli studenti intervistati segnalano come uno dei principali punti critici della professione, posizionandolo al secondo posto con ben 122 scelte, l'aver a che fare "con malattie e sofferenze delle persone". Chi opera a contatto con persone malate e bisognose di cure deve mettere in conto un grado di coinvolgimento che, seppur variabile in relazione alle caratteristiche personali, permea di contesti professionali e che si presenta, spesso, sotto la forma di vicinanza emotiva con l'utente, vicinanza che ha da

sempre una doppia valenza di slancio verso l'altro e di necessità di porre dei confini al proprio essere accanto.

Gli studenti, probabilmente, sono influenzati da elementi quali: la stanchezza di ripetere sempre le stesse azioni, le continue richieste, le chiamate dei pazienti, spesso inutili ma necessarie per essere rassicurati, le difficoltà di comunicare con i familiari o di far apprezzare il lavoro svolto sia all'interno che all'esterno del reparto, il non riuscire a liberarsi del proprio lavoro una volta tornati a casa. Tutte cause che possono contribuire a demotivare un operatore e, contemporaneamente, non lo portano a prendere coscienza di ciò che significa, oggi, essere infermiere, capace di promuovere tale immagine all'esterno, alla società.

Senza considerare, poi, gli ambiti di assistenza con un turn over particolarmente alto. Lavori che non si possono fare per un periodo molto lungo (certamente, non per tutta la vita) e, a seguito dei quali, sono frequenti le richieste di trasferimento ad altro servizio.

Gli orari di lavoro sono un'altra componente che incide sempre più nella scelta di una professione futura, orari e turni che consentano di svolgere con continuità e soddisfazione attività extra-lavorative, festività libere, e hobby in genere. Sono proprio i giovani studenti a confermarlo, mettendo al primo posto dei punti critici della professione dell'infermiere i turni scomodi, segnalati da ben 124 studentesse e 111 studenti.

Anche la motivazione economica è importante nell'attenzione degli studenti. Evidentemente, lo stipendio incide non poco sulla professione e, per ciò che riguarda la professione dell'infermiere, nonostante la riforma abbia comportato un innalzamento nel livello della professionalizzazione, gli studenti sanno che lo stipendio base rimane ancora ad un livello modesto e le integrazioni per turni, reperibilità, sostituzioni e altro si accompagnano spesso a disagi ritenuti sproporzionati.

Viene evidenziata, dall'indagine, la piena consapevolezza, da parte dei giovani, di quello che può essere lo stipendio medio di un infermiere: il 56,11% del collettivo indica l'opzione che prevede uno stipendio di 1.100-1.300 euro (va

notato che, per il 35,74 %, lo stesso sia compreso nella classe 800-1.000 euro, dando rilievo all'idea, ancora diffusa nella società, di una professione sottopagata).

Rispetto alla diversa origine socio-economica, sia pure con le riserve del caso rispetto alla numerosità dei singoli gruppi, emergono alcune interessanti differenze. Negli studenti appartenenti alle categorie meno agiate, prevalgono valori legati agli aspetti economici della professione, con minore attenzione ad aspetti ideali, come l'utilità sociale.

E' probabile che l'alta domanda di studenti nella nostra regione possa essere anche attribuita all'appartenenza di essi a categorie sociali medio-basse, tra le quali preme un lavoro subito e un guadagno immediato. Una regola che credo sia valida è quella che per poter scegliere è necessario essere informati sugli elementi che caratterizzano una professione: in particolare, i ruoli, i compiti, le relazioni significative, gli ambiti di lavoro, i requisiti e le competenze necessarie.

A mio avviso, è compito dell'università, incontrare i giovani in procinto di scegliere la propria professione, organizzando giornate di orientamento all'interno degli istituti superiori; mentre, i rappresentanti di categoria e quanti, in genere, si interessano della professione, si dovrebbero impegnare nel marketing, affinché la stessa venga giustamente descritta e valorizzata.

La carenza di infermieri non è certo un fenomeno congiunturale, ma sociale, culturale e strutturale, non è periodico o transitorio, ma rischia di essere l'inizio di un processo molto più lungo, perché chiama in causa una pluralità di cause e riferimenti che in vario modo si vanno a concatenare: lo status professionale legato a come viene percepita all'esterno, a livello culturale o, comunque, nella vita quotidiana, la figura dell'infermiere, gli orari di lavoro, la retribuzione, i nuovi stili di vita dei giovani, le aspirazioni personali e altro ancora.

Sono, dunque, necessari interventi correttivi strutturali, culturali e motivazionali forti, che chiamino in causa le intenzionalità dei mondi vitali stessi. Spostare infermieri da altri Stati europei o da quelle aree dove vi è un temporaneo,

relativo esubero, può si risolvere un'emergenza di oggi, ma nel momento in cui la crisi di questa professione si manifesterà anche in tali aree, il problema e lo stato di emergenza si ripresenterà. Sono necessarie strategie che affrontino il problema nella sua complessità, con risposte pertinenti dalle istituzioni politiche con la consapevolezza dell'importanza del ruolo degli infermieri nell'assistenza primaria, e in particolare nella funzione di garanzia della continuità assistenziale che sembra in definitiva destinata a rendere ancora più evidente la carenza diffusa di infermieri. Ciò, in particolare, in un Paese come il

nostro, ove cronicità e disabilità rappresentano le principali sfide del futuro. Purtroppo, sembra che, in Italia, la programmazione dei fabbisogni di risorse umane, necessaria per poter affrontare efficacemente ed efficientemente il futuro, riceva ancora un'attenzione del tutto insufficiente nei dibattiti di politica sanitaria, con il rischio che non ci sarà poi materialmente il tempo per arruolare e formare adeguatamente le risorse umane utili.

Il messaggio da far arrivare ai giovani è quello di spiegare con chiarezza che la laurea in Infermieristica non è quella di una professione "ausiliaria", né "para-

medica", ma è autonoma e fondamentale per l'assistenza continua al malato, così come quella dei medici lo è per la diagnosi e la clinica.

AUTORI:

Mirella Giontella, coordinatore didattico e docente corso di laurea in Infermieristica, università di Perugia
Lamberto Briziarelli, professore ordinario Med/42, università di Perugia
Rosaria Alvaro, professore associato Scienze Infermieristiche, università di Tor Vergata, Roma

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974 n. 225. Modifiche a R.D. 2 maggio 1940, n. 1310 sulle mansioni degli infermieri professionali e degli infermieri generici

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, testo aggiornato, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, comprensivo delle modifiche a esso apportate dal Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517

Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 739, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere

Legge 26 febbraio 1999, n. 42, Disposizione in materia di professioni sanitarie

Legge 10 agosto 2000, n. 251, Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica

Legge 15 novembre 1973, n. 795, Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione dell'infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967

Legge 19 novembre 1990, n. 341, Riforma degli ordinamenti didattici universitari

Decreto Ministeriale 3 novembre 1999, n. 509, Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei

Legge 10 agosto 2000, n. 251, Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica

BIBLIOGRAFIA

AA.VV, Guida all'esercizio della professione d'infermiere. Torino: Edizioni medico-scientifiche, III ed.; 2002

Consiglio internazionale dell'infermiere, Rapporto sulla situazione infermieristica a livello internazionale; "Lotta contro la carenza mondiale di infermieri ed altri professionisti sanitari" in Professione Infermiere, 2/2005

Del Bufalo P, "Caccia agli infermieri", da Il Sole 24 Ore, 8 luglio 2004, pagg. 37-40

Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, Rapporto sulla formazione universitaria degli Infermieri 2004

Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, Codice Deontologico, testo approvato dal Comitato Centrale. Roma; 27 febbraio 1999

Francia L., Spandonaro F, "Carenza di infermieri: la realtà italiana a confronto con il resto del mondo", da: Scienze Infermieristiche 2005; pag. 97-100

Giontella M, Colosimo E, "L'infermiere oggi: consapevolezza del proprio ruolo", da: Professioni Infermieristiche, 4/2004

Lusignani M, Mangiacavalli B, Casati M, Infermieristica generale e organizzazione della professione. Milano: Ed. Masson; 2000

Manzoni E, Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica. Milano: Ed. Masson; 1997

Mastrillo A, Lauree Triennali delle Professioni Sanitarie, dati sull'accesso ai corsi e modalità di iscrizione; 2000-2004

Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, Rapporto 2004

L'autostima nella persona portatrice di stomia intestinale

di Paola Pierantognetti, Francesco Pallone, Rosaria Alvaro

INTRODUZIONE

La persona che viene sottoposta ad intervento di chirurgia enterostomale va inevitabilmente incontro a distress emozionale causato da un' improvvisa e significativa alterazione nella funzione di eliminazione intestinale e nella propria immagine corporea. Gelbar e Groisman sostengono che l'emozione più importante nel postoperatorio è caratterizzata dalla sensazione di impotenza (*helplessness*) che può intensificarsi nell' adattamento all' alterata apparenza fisica e funzionale (eliminazione e sessuale) e alla paura di affrontare le attività sociali. Per alcune persone questo sentimento può essere talmente intenso da portare a depressione e a perdita di interesse per la vita. L' attrattività del corpo costituisce un valore importante nelle società occidentali e gli interventi di derivazione digestiva esterna comportano nella quasi totalità dei casi, attitudini negative nei confronti della propria immagine (Salter 1992). Le alterazioni prodotte sullo stato di salute, sullo stato emotivo e sull'apparenza possono portare a sentimenti di vergogna e a una diminuzione del valore personale con abbassamento dei livelli di autostima. Sebbene l'autostima costituisca il diretto portato delle situazioni precedentemente descritte, non ha ricevuto in letteratura le stesse attenzioni. L'alterazione dell'autostima costituisce una diagnosi infermieristica e come tale dovrebbe rappresentare un *focus* indipendente di ricerca. **Lo scopo del lavoro consiste nel rilevare i livelli di autostima determinati dalle conseguenze della chirurgia enterostomale, le loro ricadute sull'**

efficacia personale nel far fronte all'evento quale determinante dei livelli di adattamento.

RILEVANZA DEL PROBLEMA

Il *Cancer Research* (2003) indica il cancro del colon-retto come la terza forma neoplastica più comune nel sesso maschile e la seconda in quello femminile. Secondo la stessa fonte ogni anno si verificano più di 18.000 nuovi casi negli uomini e più di 16.000 nelle donne. In Italia si osservano ogni anno in media 40 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Il cancro colo-rettale e le malattie infiammatorie intestinali cronico degenerative rappresentano le cause più comuni di resezioni più o meno estese dell' intestino che portano al confezionamento di una colostomia o ileostomia.

L' autostima

Esistono in letteratura numerose definizioni di autostima. Secondo C. Cooley (1902) il sentimento del valore di sé è una costruzione sociale, modellata sulle interazioni con il proprio *entourage* fin dall'infanzia. Ha coniato il termine *the looking glass self* per esprimere il concetto che gli altri rappresentano lo specchio attraverso il quale noi impariamo a conoscerci. Allport e Rogers sostennero il sé o *proprium* come una struttura dinamica formata sulla continuità dell'esperienza vissuta "qui ed ora" (*phenomenological self*). Rogers considera la persona umana un organismo che racchiude la totalità dell'esperienza (Nyatanga 1989) ed in linea con i motivazionisti (Maslow 1958) considera il comportamento umano finalizzato all' autorealizzazione. Perché la persona sviluppi una positiva autoconsiderazio-

ne è necessaria la congruenza tra il concetto di sé, il mondo esperienziale dell'individuo e l' accettazione incondizionata degli altri. Gross (1987) considera il self concept in termini generali che si riferiscono a tre maggiori componenti: la *self image*, la *self esteem*, l' *ideal self* (sé ideale). L' autostima rappresenta la componente valutativa del concetto di sé ed è direttamente correlata al sé ideale, un'immagine costruita sul tipo di persona che si vorrebbe essere. Più il sé ideale è vicino al concetto di sé maggiore, è l'autostima. L'autostima secondo Rosenberg (1985) costituisce una valutazione globale del valore che una persona attribuisce a se stessa, espressa secondo Coopersmith (1967) dalle attitudini mostrate verso sé stessi. Battle (1982) afferma che l'auto-percezione si sviluppa gradualmente e si differenzia con la maturazione e le interazioni con altri significativi, tende a rimanere stabile e a resistere ai cambiamenti. Le situazioni che cambiano la percezione di sé e della propria immagine possono essere considerate come una minaccia per l'autostima.

Il *coping* in questa situazione può essere considerato come un importante fattore di mantenimento e di autoregolazione. Le persone con una bassa autostima sono più vulnerabili alla minaccia e meno efficaci nelle risposte di adattamento rispetto a quelle con un'alta autostima (Baumgardner and Arkin, 1987; Schlenker, 1987; Spencer, Josephs and Steele, 1993; Steele, 1988). Nei processi di adattamento alla malattia le rappresentazioni della persona sono legate molto strettamente a quest'ultima in quanto coinvolgono il

rapporto tra l'io reale e l'ideale dell'io. Quest'ultimo è disconfermante rispetto alle possibilità oggettive di cui l'io reale dispone per mantenere la propria autostima. È importante il livello di autostima posseduto dal paziente per la ricostruzione dell'identità personale che integri il danno derivato dalla malattia in una nuova immagine di Sè. La valutazione della situazione vissuta è fortemente dipendente dalla costruzione personale del significato di una determinata malattia, delle sue origini, e dei suoi possibili *outcomes*, così come dalle probabilità che si realizzino determinate aspettative comportamentali (Rotter 1954). Il supporto sociale svolge l'importante ruolo di ammortizzatore dello stress ed è quindi parte integrante del processo di coping.

Background

La formazione di uno stoma comporta un impatto negativo sulla qualità di vita e sugli stili di vita secondo diverse modalità. Nugent et al. (1999) evidenziano come la presenza di una stomia implica spesso il cambiamento dell'attività lavorativa, delle abitudini alimentari e del vestiario, problemi sessuali di cui il maggiore è l'impotenza. Uno studio fenomenologico condotto in Svezia (Persson & Hellstrom 2002) sull'esperienza di persone da 6 a 12 settimane dopo l'intervento ha evidenziato un impatto negativo con sentimenti di alienazione dal corpo, minor rispetto e sicurezza in se stessi, sentimenti di disgusto e di shock particolarmente in relazione alla visione dello stoma. Nordstrom and Nyman (1991) in uno studio condotto in pazienti urostomizzati hanno rilevato come il 65% dei partecipanti presentasse complicazioni e lesioni cutanee nell'area peristomale, che influenzavano negativamente la qualità della vita, inducevano la disabilità, l'assenza dal lavoro e la restrizione dalle attività sociali. Lo stesso studio rilevava che le donne considerano i fattori correlati all'immagine del corpo come le conseguenze più negative. Salter (1992) identifica sentimenti di shock, odio, disgusto, repulsione, imbarazzo, devastazione non accettazione dello stoma; sentimenti di maggiore normalità ed un'immagine più positiva del corpo in persone

portatrici di stomie continenti. Molti studi rilevano come a 12 settimane dall'intervento non tutti i pazienti abbiano ripreso l'attività sessuale, avvertono un'attrattività sessuale diminuita e problemi di impotenza.

Studi più recenti indicano come l'informazione e la scelta della procedura effettuata nel fase preoperatoria influenzino positivamente l'attitudine verso se stessi ed il costruito del proprio corpo. Woodcock (1997) rileva come in una persona affetta da cancro le alterazioni dell'immagine del corpo siano correlate alla diagnosi, alla chirurgia, e ai diversi trattamenti ricevuti (chemioterapia e la radioterapia). Gli studi di Jenks et al. (1997) dimostrano come l'immagine del corpo migliori con l'aumentare del tempo dall'intervento e i sentimenti di impotenza e mancanza di speranza tipici della fase perioperatoria di un intervento di cancro permangono nel tempo ma con minore intensità. Molti studi concludono affermando l'importanza dello studio dell'adattamento psicosociale in seguito a chirurgia stomale. (Nordstrom & Nyman 91, Bekker et al. 97, Piwonka & Merino (1999). Bekker et al. 1997 in uno studio di follow up di pazienti che avevano subito un intervento di resezione intestinale con o senza confezionamento di stomia comparando il processo di adattamento mediante questionario (The Psychological Adjustment to Illness Scale - Pais) autocompilato a una settimana, quattro mesi, un anno e quattro anni

dall'intervento ha rilevato gli stessi risultati. Piwonka and Merlino (1999) hanno studiato le modalità di adattamento di 60 persone cilene portatrici di stomia permanente identificando i principali fattori che possono predire l'adattamento psicosociale: le self care dello stoma; l'immagine del corpo, il supporto sociale ed il tempo dalla intervento.

MATERIALI E METODI

Avere un ileo o colostomia può rappresentare un evento orrendo, che cambia la realtà esistenziale, comporta l'adozione di un nuovo stile di vita e l'assimilazione di una nuova prospettiva di sé stessi. Le reazioni emotive così come il coping con la situazione possono essere molto diversificati ed in relazione alla diversità del vissuto individuale e ai tratti della personalità.

Scopo della ricerca è quello di valutare le implicazioni dell'autostima nel processo di adattamento ai cambiamenti prodotti dalla chirurgia enterostomale.

L'ipotesi formulata consiste nel fatto che l'autostima, fortemente svalutata dall'intervento chirurgico e dalle sue conseguenze incide fortemente sulle capacità del paziente di far fronte all'evento e rappresenta una determinante attiva dei livelli personali di adattamento.

Lo studio condotto in diverse sezioni (day hospital, ambulatori) di chirurgia generale di diversi ospedali della capitale è iniziato dal mese di settembre 2004 ed è tuttora in corso.





Il disegno di ricerca seguito è di tipo descrittivo longitudinale.

Il totale del campione è di 67 persone, selezionate secondo un criterio opportunistico, portatrici di ileo o colostomia permanenti, da 3 mesi a più di un anno, in seguito a tumori del colon-retto o a malattie infiammatorie croniche dell'intestino. Per la selezione sono state prese in considerazione la disponibilità a compilare i *test* e la capacità di rispondere alle domande. I pazienti hanno aderito spontaneamente allo studio in seguito ad una accurata descrizione delle finalità del lavoro e delle modalità di partecipazione.

Per la rilevazione dei dati sono stati utilizzati diversi strumenti:

Questionario dei livelli di adattamento in diverse aree (opportunamente costruito):

- area degli atteggiamenti verso il proprio stato di salute; area professionale; area dei rapporti familiari ed estesi; area delle relazioni sessuali; area delle vite e delle relazioni sociali; area del distress psicologico;
- State trait Anxiety inventory (y1 e y2);
- Test per la depressione secondo Zung;
- Adjective check list (Aci).

RISULTATI

Tutti i dati sono stati inseriti nel computer in una griglia Excel appositamente costruita ed automatizzati con un software Spss. Il modello utilizzato per verificare le correlazioni tra i parametri è quello della regressione lineare. Dei 67 questionari distribuiti solo 47 (pari al 70%) sono stati restituiti opportunamente compilati e quindi validi ai fini della valutazione. Il campione esaminato risulta avere un'età media di 62 anni con un *range* di 32 - 85 anni. Il 55% del campione è rappresentato da uomini ed il 45 % da donne di cui il 76,5 % portatori di colostomia e il 23,5% di ileostomia. Data l'alta incidenza dell'età avanzata la quasi totalità del campione risulta coniugata, pensionata e con un livello di scolarità compreso tra la licenza elementare e la licenza media inferiore. Risultati più significativi evidenziati dal *Questionario dell'adattamento*:

- **atteggiamenti verso il proprio stato di salute:** è ritenuto scrupoloso nella condizione antecedente alla malattia e all'intervento dal 72% inconstante e trascurato dal restante 28%;

- **professione:** il vissuto personale si ripercuote sull'attività lavorativa in termini di motivazione e di interesse, che sono mantenuti nel 74% del campione e

di efficienza nelle attività mantenuta nel 45% ;

- **rapporti familiari:** l'accettazione e il coinvolgimento da parte dei familiari è molto presente (98%), solamente il 2% degli intervistati evidenzia comportamenti di fuga e rifiuto. La condizione di stomizzato comporta impedimenti sostanziali nei doveri e compiti familiari nel 41%; i rapporti con le persone significative sono dichiarati sostanzialmente buoni dall'88/% e assolutamente problematici dal 12%; le loro reazioni sono fondamentali e influenti sulla considerazione personale per il 26 % del campione, il resto le considera importanti ma di relativa influenza .

- **relazioni sessuali:** l'interesse per le relazioni sessuali è mantenuto nel 40% , una perdita lieve o moderata nel 39% ed una perdita totale nel 21% degli intervistati. Le relazioni intime rappresentano una fonte continua di ansia e di difficoltà insuperabili per il 25%, superabili con difficoltà nel 20% superabili nel restante 55%.

- **relazioni sociali:** il 6% ed il 32% dichiarano rispettivamente la perdita totale o significativa del proprio coinvolgimento in attività sociali. Si rileva una generale tendenza a mantenere la riservatezza sulla situazione, conosciuta da familiari, pochi intimi o persone a cui non poteva non essere comunicata. La situazione attuale comporta difficoltà insuperabili nelle relazioni interpersonali nel 21 % del campione;

- **distress psicologico:** per il 70% la stomia incide sul proprio **aspetto fisico** in maniera disturbante ma accettabile, per il restante 30% è di notevole disturbo (sconvolgente) fino all' inaccettabilità. I **sentimenti** provati nei confronti del cambiamento fisico sono di rassegnazione e frustrazione (43 %), di rifiuto (8%) e di infelicità nel 6%. La **condizione personale** viene indicata di non normalità dal 19% , di diversità in senso peggiorativo da prima dal 34%, con profonde limitazioni dal 11% di ragionevole normalità dal 36%. Forti **limiti ai propri obiettivi** esistenziali sono espressi dal 30% del campione. Il livello di abilità dichiarato nella gestione della stomia è di assoluta inadeguatezza e incapacità di controllo per il 13% .

Significativo appare anche il coinvolgimento nel mantenimento di una soddisfacente qualità della vita che è affidata allo staff sanitario (47 %), al tempo e al destino (30 %). La condizione personale determina un senso generale di inadeguatezza per il 30%.

Il valore medio dello Zung risultato relativamente basso, è di 39,98 con una deviazione standard (Ds) di 10,20 (*range* 23-56). I risultati indicano che solo il 21% presenta un evidente stato depressivo ma di grado lieve o moderato, il 44,6 % mostra tratti disforici o di lieve depressione.

I livelli di ansia risultano più marcati di quelli della depressione. L'ansia di Stato (Y1) ha un valore medio di 44,6 una Ds di 13,84 (*range* di 20-69). La maggioranza dei soggetti in esame presenta un'ansia di stato da lieve a moderatamente alta, il 23,4% e il 36,1%, ed un'ansia di grado elevato l'8,5%. Simili risultati vengono rilevati per l'ansia di tratto con un 34% ed un 30% del campione che presenta un definito stato ansioso "abituale" rispettivamente tra i livelli lievi e moderatamente alti. Un 32% non presenta alcuna forma di ansia e un 4,2% una forma di ansia grave. Il suo valore medio è di 46,06 con una Ds di 14,98 (*range* di 20-75).

Risultati dell' Aci. L'analisi approfondita dei valori dell'Iss evidenzia che il 21% dei soggetti presenta una scarsa autostima con valori che vanno da 20 a 38 (limite minimo della Ds). Il 29% presenta un'autostima mediamente bassa con valori che vanno da 38 a 50 (punteggio medio ottenuto). Il 34%, la maggioranza del campione mostra un'autostima medio alta con valori compresi tra il 50 e il 64% (limite massimo della Ds). Infine un 14% dei soggetti presenta un'autostima francamente alta.

Per le capacità di adattamento (Pad) il valore medio ottenuto è di 50,85 una Ds di 10,92 (*range* 20-71). Analogamente all'Iss la suddivisione dei punteggi in quattro classi ha rivelato che il 10,6% presenta una scarsa capacità di adattamento. La maggioranza il 38,3% e il 36% presenta una capacità di adattamento intorno alla media, rispettivamente medio alte e medio basse. Un ultimo 15% dimostra un Pad francamente elevato.

In riferimento **alla self confidence** il campione presenta una media di 49,32. Il 21% mostra una *self confidence* bassa, il 38% mostra valori mediamente bassi, il 28% mostra valori medio alti ed infine il 12,7% possiede una elevata *self confidence*.

I risultati della regressione lineare verificano sempre le correlazioni ipotizzate, ed i valori in tutti i casi sono risultati significativi per un livello di confidenza del 95% e 99%. Esiste una correlazione tra i sentimenti di autoefficacia (lep) e l'apprendimento delle abilità di stoma care, così come tra l'autostima ed ognuna delle tre variabili y_1 , y_2 , zung), dati già riconosciuti in letteratura: ansia e depressione sono tratti affettivi strettamente correlati ad un basso tasso di autostima. La regressione lineare tra le due variabili *self confidence* e capacità di adattamento sono risultate le più significative sui valori dell'autostima. È stato quindi ovvio riscontrare statisticamente una correlazione diretta tra i soggetti con scarsa fiducia in se stessi e una scarsa capacità di adattamento e quelli con una ridotta autostima.

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Il lavoro si proponeva di individuare il coinvolgimento dell'autostima nel vissuto della persona portatrice di una stomia intestinale per individuare il ruolo svolto dall'assistenza infermieristica. La ricerca bibliografica ha permesso di identificare il coinvolgimento dell'autostima in tre momenti fondamentali: come conseguenza dell'immediato postoperatorio, nell'adattamento a breve termine, nell'adattamento a lungo termine.

L'indagine statistica ha confermato le ipotesi emerse in letteratura verificando in generale la stretta correlazione tra i bassi sentimenti di autostima e i coping maladattivi fornendo nel particolare le caratteristiche associabili alle diverse strategie prese in considerazione. Il primo dato emerso significativamente dall'analisi in regressione è che l'immediata reazione all'evento e il grado di alterazione dell'autostima rispetto ad esso dipende fondamentalmente dalla personalità del soggetto (Scf e Pad), sono quindi più a rischio di alterazione quei soggetti la cui autoconsiderazione è più vulnerabile rispetto ad altri.

L'autoconsiderazione è minacciata da fattori correlati all'età, al sesso, al tipo di stomia. Le donne vivono l'evento più realisticamente, questo comporta maggiori rischi sul piano psico-affettivo, gli uomini prediligono modalità di *coping* difensivo e di diniego. Rispetto al tipo di stomia l'autostima può essere già compromessa dai vissuti correlati alla patologia di base, il cancro, il cui impatto è di per se molto devastante. In questi soggetti vi è perciò una più alta probabilità di riscontrare un *coping* depressivo nell'immediato post-operatorio. I dati statistici confermano l'ipotesi che l'autostima influenza le modalità di *coping* nell'adattamento a breve-lungo termine. Le strategie più o meno efficaci dipendono dai tratti della personalità e dal suo grado di alterazione e possono essere aggravati o migliorati dalla percezione della propria autoefficacia. In relazione ai dati rilevati in letteratura, l'analisi statistica consente di affermare che l'alterazione dell'autostima non rappresenta il vissuto tipico del periodo perioperatorio ma la chiave d'interpretazione personale dell'evento subito e di attribuzione di un diverso significato alla perdita, il termine di convalida delle proprie capacità e delle risorse personali nell'affrontare l'evento, il rinforzo della propria autoefficacia nel perseguire *coping* adattivi. L'autostima è quindi un aspetto dal quale non può prescindere un'adeguata pianificazione dell'assistenza infermieristica alla persona stomizzata volta a risolvere tutte le problematiche sia pratiche che affettive del paziente.

CONCLUSIONI

L'esperienza vissuta è un termine che si riferisce al significato personale di un evento come viene descritto dalla persona che lo ha sperimentato. Spesso però l'approccio infermieristico si ferma al significato oggettivo che un evento, più o meno devastante può rappresentare per qualsiasi individuo. Questo studio dimostra che gli aspetti biologici psicologici e socioculturali alla base di ogni singolo individuo interagiscono fra loro per determinare l'unico e personale significato di un evento subito ed in funzione del quale ognuno risponde e affronta l'evento stesso in maniera

altrettanto personale ed unica. L'intervento di derivazione digestiva esterna costituisce oggettivamente un problema per chiunque lo subisca, comporta modalità di reazione e di adattamento che sono fortemente correlate alle caratteristiche sociali e culturali (età, sesso, status sociale) e alla personalità del singolo. L'atto assistenziale infermieristico richiede più delle sole abilità tecniche, facilmente apprendibili in ogni manuale, l'acquisizione di capacità umane, educative e decisionali che,

solo la ricerca può aiutare a definire e sviluppare.

Questo lavoro dimostra come la valutazione e il trattamento di una diagnosi prettamente infermieristica, l'alterazione dell'autostima, rappresenti una chiave per l'interpretazione e la comprensione della risposta umana alla condizione di stomizzato e come, gli interventi di riabilitazione in tale contesto, assumano un significato terapeutico che va ben al di là del semplice apprendimento delle tecniche di stoma care.

AUTORI:

Paola Pierantognetti, coordinatore del corso di laurea in Infermieristica – Università di Roma "La Sapienza" Il Facoltà di Medicina e Chirurgia Sede S. Andrea
Francesco Pallone, professore ordinario di Gastroenterologia - Università degli Studi di Roma Tor Vergata
Rosaria Alvaro, professore associato Scienze Infermieristiche - Università degli Studi di Roma Tor Vergata

BIBLIOGRAFIA

- Greenberg J., Soloman S., Pyszczynski T., et al. (1992) Why do people need self esteem ? Converging evidence that self esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology* 63. 913-922.
- Stuart GW., Lاراia MT., Principles and practice of Psychiatric Nursing, /th ed. St.Louis, Mo. : Mosby Inc ; 2001.
- Mc Mullin JA, Cairney J. self Esteem and intersection of age , class and gender. *J. Aging Stud.* 2004; 18: 75-90.
- Christine Webb PA, Caring, Curing, Coping: Towards an integral Model. *Journal of Advanced Nursing* 1996, 23, 960-968.
- Janine G. Walker, Henry J. Jackson and Geoffrey O. Littlejohn, Models of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis • *Clinical Psychology Review*, Volume 24, Issue 4, August 2004, Pages 461-488
- Koch, Tina, Jenkin, Peter & Kralik, Debbie (2004) Chronic illness self-management: locating the 'self'. *Journal of Advanced Nursing* 48 (5), 484-4922004.
- Robinson, David S. & McKenna, Hugh P. (1998) Loss: an analysis of a concept of particular interest to nursing. *Journal of Advanced Nursing* 27 (4), 779-784
- Elise L. Lev Ed D, RN, CS, Diane Paul RN, MS, Steven V. Owen Ph D Age, Self-Efficacy, and Change in Patients' Adjustment to Cancer *Cancer Practice* Volume 7, Issue 4, Page 170-176, Jul 1999
- Ruth M.K. Keil MSc RGN DN RM. (2004) Coping and stress: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing* 45:6, 659-665
- McCloskey, Joanne Comi; Bulechek, Gloria M.; Donahue, William Nursing interventions core to specialty practice. *Nursing Outlook* Volume: 46, Issue: 2, March - April, 1998, pp. 67-76
- Carlsson, Eva; Berglund, Barbro; Nordgren, Svante Living with an ostomy and short bowel syndrome: Practical aspects and impact on daily life. *Journal of WOCN* Volume: 28, Issue: 2, March, 2001, pp. 96-105
- Mowdy, Stephanie The role of the WOC nurse in an ostomy support group. *Journal of WOCN* Volume: 25, Issue: 1, January, 1998, pp. 51-54
- Santos, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; Sawaia, Bader Burihan The pouch acting as a mediator between "Being a Person With an Ostomy" and "Being a Professional": Analysis of a pedagogical strategy *Journal of WOCN* Volume: 28, Issue: 4, July, 2001, pp. 206-214
- Pieper, Barbara; Mikols Carol; Grant, Toni Renee Dawson Comparing adjustment to an ostomy for three groups. *Journal of WOCN* Volume: 23, Issue: 4, July, 1996, pp. 197-204
- Geva, T.; Yaffe, A. Never say never to self-care. Stoma patients and family education. *European Journal of Cancer Part A*. Volume: 33, Supplement 8, September, 1997.
- Colwel RN, Goldberg M; Carmel J. The state of the standard diversion. *Journal of WOCN* Volume: 28, Issue: 1, January, 2001, pp. 6-17
- Lovejoy Laurie; Bussey, Cynthia; Sherer Anita. The path to a clinical pathway: Collaborative care for the patient with an ostomy *Journal of WOCN* Volume: 24, Issue: 4, July, 1997, pp. 200-218
- Neswick Rayda S, Myra E. Levine: A theoretic basis for ET nursing. *Journal of WOCN* Volume: 24, Issue: 1, January, 1997, pp. 6-9
- Altabe, M., & Thompson, J. K. (1996). Body image: A cognitive self-schema construct? *Cognitive Therapy and Research*, 20, 171-193.
- Berscheid, E., Walster, E., & Bohrnstedt, G. (1973). Body image. The happy American body: A survey report. *Psychology Today*, 7, 119-131.
- Bowden, P. K, Touyz, S. W., Rodriguez, P. J., Hensley, R., & Beumont, P. J. V. (1989). Distorting patient or distorting instrument? Body shape disturbance in patients with anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 155, 196-201.
- Brodie, D. A., Slade, P. D., & Riley, V. J. (1991). Sex differences in body-image perceptions. *Perceptual and Motor Skills*, 72, 73-74.
- Brodie, D. A., Slade, P. D., & Rose, H. (1989). Reliability measures in distorting body image. *Perceptual and Motor Skills*, 69, 723-732.
- Brown, T. A., Cash, T. F., & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144.

- Cash, T. F. (1994). Body image attitudes: Evaluation, investment and affect. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 1168-1170.
- T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance and change*. New York: Guilford Press.
- Cash, T. E., & Henry, P. E. (1995). Women's body images: The results of a national survey in the U.S.A. *Sex Roles*, 33, 19-28.
- Cash, T. E., Winstead, B. A., & Janda, J. H. (1986). Body image survey report: The great American shape-up. *Psychology Today*, 24, 30-37.
- Davis, C., & Cowles, M. (1991). Body image and exercise: A study of relationships and comparisons between physically active men and women. *Sex Roles*, 25, 33-44.
- Gleaves, D. H., Williamson, D. A., Eberenz, K. P., Sebastian, S. B., & Barker, S. E. (1995). Clarifying body-image disturbance: Analysis of a multidimensional model using structural modeling. *Journal of Personality Assessment*, 64, 478-493.
- Gleghorn, A. A., Penner, L. A., Powers, P. S., & Schulman, R. (1987). The psychometric properties of several measures of body image. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9, 203-218.
- Keeton, W. P., Cash, T. F., & Brown, T. A. (1990). Body image of body images?: Comparative multidimensional assessment among college students. *Journal of Personality Assessment*, 54, 213-230.
- McCaulay, M., Mintz, L., & Glenn, A. A. (1988). Body image, self-esteem, and depression-proneness: Closing the gender gap. *Sex Roles*, 18, 381-391.
- McCrea, C. W., Summerfield, A. B., & Rosen, B. (1982). Body image: A selective review of existing measurement techniques. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 225-233.
- Monteath, S. A., & McCabe, M. P. (1997). The influence of societal factors on female body image. *The Journal of Social Psychology*, 137, 708-727.
- Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*, 3, 32-37.
- Ruff, G. A., & Barrios, B. A. (1986). Realistic assessment of body image. *Behavioral Assessment*, 8, 237-251.
- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behavior Research and Therapy*, 32, 497-502.
- Tiggemann, M. (1994). Gender differences in the interrelationships between weight dissatisfaction, restraint, and self esteem. *Sex Roles*, 30, 319-330.
- Traub, A. C., & Orbach, J. (1964). Psychological studies of body image: I. The adjustable body distorting mirror. *Archives of General Psychiatry*, 11, 53-56.
- Bannister, D., & Mair, J. M. M. (1968). *The evaluation of personal constructs*. London: Academic Press.
- Fiske, S. T. (1993). Social cognition and social perception. *Annual Review of Psychology*, 44, 155-194.
- Kelley, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs: A theory of personality* (Vol. 1). New York: Norton.
- Gammon, O W Mulholland, "Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes," *International Journal of Nursing Studies* 24 (December 1996) 589-604.
- V C Bmmfield, C C Kee, J K Johnson, "Preoperative patient teaching in ambulatory surgery settings," *AORN Journal* 64 (December 1996) 941-952.
- M T Hartfield, C L Cason, G J Cason, *Effects of information about a threatening procedure on patients' expectations and emotional distress*. *Nursing Research* 31 (July/August 1982) 202-206;
- Derogatis, L. R., Abeloff, M. D., & Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA*, 242, 1504-1508.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.
- Ell, K. O., Mantell, J. E., Hamovitch, M. B., & Nishimoto, R. H. (1989). Social support, sense of control, and coping among patients with breast, lung, or colorectal cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7, 63-89.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mantell, J., & Hamovitch, M. B. (1992). Coping with cancer: A comparison of older and younger patients. *Journal of Gerontological Social Work*, 19, 3-27.
- Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21, 43-49.
- Keyes, K., Bisno, B., Richardson, J., & Marston, A. (1987). Age differences in coping, behavioral dysfunction and depression following colostomy surgery. *The Gerontologist*, 27, 182-184.
- Krohne, H. W. (1996). Individual differences in coping. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 381-409). New York: John Wiley & Sons.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1987). Uncertainty: A mediator between support and adjustment. *Western Journal of Nursing Research*, 9, 43-57.
- Mishel, M. H., Hostetter, T., King, B., & Graham, V. (1984). Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with gynecological cancer. *Cancer Nursing*, 7, 291-299.
- Mishel, M. H., Padilla, D., Grant, M., & Sorenson, D. S. (1991). Uncertainty in illness theory: A replication of the mediating effects of mastery and coping. *Nursing Research*, 40, 236-240.
- Mishel, M. H., & Sorenson, D. S. (1991). Uncertainty in gynecological cancer: A test for the mediating functions of mastery and coping. *Nursing Research*, 40, 167-171.
- Mishel, M. H., & Sorenson, D. S. (1993). Revision of the Ways of Coping Checklist for a clinical population. *Western Journal of Nursing Research*, 15, 59-76.
- Watson, M., Greer, S., Pruyne, J., & Van Den Borne, B. (1990). Locus of control and adjustment to cancer. *Psychological Reports*, 66, 39-48.

Il progetto formativo per l'infermiere laureato specialista/magistrale

Questo testo è il primo di una collana, che vedrà l'approfondimento di temi innovativi e trasversali all'esercizio della professione infermieristica (formazione, esercizio professionale, deontologia ed etica, organizzazione ecc.).

Esso rappresenta il logico compimento di un'iniziativa della Federazione Nazionale

Collegi Ipasvi, avviata con due analoghe produzioni (Linee guida per un progetto di formazione infermieristica complementare nelle aree previste dal D.M. 739/94, Roma, 1998, vol. 1 e Linee guida per un progetto di formazione infermieristica di base dell'infermiere, Roma, 1999, vol. 2), che saranno parte integrante della collana stessa, una volta aggiornate e rivisitate.

Pur nella consapevolezza che tutti i livelli formativi hanno un'importanza fondamentale nell'assetto complessivo della formazione infermieristica, si è deciso di iniziare la riflessione sulla laurea specialistica in quanto la figura del laureato specialista, e il proprio collocamento nel mondo del lavoro, rappresenta un punto di svolta per la riorganizzazione del servizio sanitario.

Non a caso questo testo si propone una lettura analitica delle competenze del laureato specialista e sulla base di queste – in linea con i decreti istitutivi – ne propone un percorso di acquisizione, attraverso un'articolazione didattica e metodologica che tiene conto delle più moderne teorie dell'apprendimento.

Il volume si presenta diviso in quattro parti: nella prima, ci si sofferma sul contesto istituzionale e sul quadro di riferimento del progetto formativo dell'Ipasvi (laurea triennale, master e laurea specialistica); nella seconda, si affrontano i concetti di

competenza e di specializzazione; nella terza e nella quarta parte, infine, gli autori passano a delineare una concreta attuazione di quanto espresso in precedenza, con esempi, casi di studio e proposte concrete.

Molto ricca la bibliografia di riferimento, così come i rimandi alla normativa vigente. La prefazione è firma del presidente della Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, Annalisa Silvestro.

Gli autori sono Loredana Gamberoni, Antonella Lotti, Giuseppe Marmo, Gennaro Rocco, Paolo Rotondi, Loredana Sasso e Willem Tousijn.

L'opera, come accennato, inaugura la collaborazione che la Federazione Ipasvi ha recentemente instaurato con McGraw-Hill, editore internazionale a carattere tecnico-scientifico, che da anni dedica ampio spazio, interesse e risorse allo sviluppo di progetti destinati alla professione infermieristica, seguendone l'intero percorso formativo, dai corsi universitari ai master di perfezionamento.

Il Comitato scientifico della collana è composto dai membri del Comitato centrale della Federazione nazionale Ipasvi: Annalisa Silvestro, Gennaro Rocco, Barbara

Mangiavalli, Franco Vallicella, Marcello Bozzi, Danilo Massai e Loredana Sasso.

L'infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo

L. Gamberoni, A. Lotti, G. Marmo, G. Rocco, P. Rotondi, L. Sasso, W. Tousijn

Casa editrice: Mc Graw Hill

Prezzo: 22 euro, 150 pagine

ISBN: 9788838636639



Focus

**Bilancio del triennio
2006-2008**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

BILANCIO DEL TRIENNIO 2006 - 2008

Al servizio di tutti, per crescere insieme!

I dati delle iniziative intraprese dal Collegio Ipasvi di Roma per la formazione continua, la tutela della professionalità, la ricerca infermieristica

La vita del Collegio, in questi ultimi tre anni, ha registrato un picco di partecipazione da parte degli iscritti. Tra corsi di formazione, accessi in biblioteca o comunque agli altri servizi offerti dagli uffici di viale Giulio Cesare in Roma, circa 8.000 infermieri hanno interagito tra loro e con le nostre strutture. In pratica, un iscritto su tre, dal 2006 al 2008, ha sperimentato "di persona" cosa significa far parte della famiglia dell'Ipasvi!

Senza contare la crescita esponenziale dei contatti al sito internet del Collegio, vero punto di riferimento per infermieri ed aspiranti tali, romani e di tutta la provincia.

Il focus di questo numero è dedicato al resoconto delle principali attività intraprese in questo triennio, con dovizia di dati, tabelle e immagini. Per far rivivere - a chi è stato presente e a chi lo sarà in futuro - le belle esperienze fatte insieme.

Iniziative di formazione e aggiornamento professionale

Nel triennio 2006-2008 sono stati realizzati 72 eventi formativi, per circa 636 ore totali di formazione, ai quali hanno partecipato 6.727 infermieri, assistenti sanitari e infermieri pediatrici. Sono stati complessivamente erogati 49.599 crediti Ecm. La tabella mostra l'incremento progressivo, di anno in anno, degli eventi e delle ore di formazione, al quale, nel 2007, non corrisponde anche un aumento dei partecipanti e dei crediti Ecm erogati. Il motivo è che proprio dal 2007 è stata privilegiata la scelta di realizzare giornate itineranti in moltissime strutture sanitarie di Roma e provincia (16 edizioni),



seppure per un numero esiguo di partecipanti (18-58). Tale scelta è stata reiterata nel 2008 (25 edizioni fino al 31 agosto), ove anche il numero dei partecipanti e dei crediti Ecm è aumentato, perché è più che raddoppiato il numero dei corsi, se si considera che il prospetto include le iniziative organizzate fino a tutto il mese di agosto (ma altre sono programmate per il periodo settembre-dicembre 2008).

A partire da quest'anno, poi, il Collegio ha organizzato ben cinque edizioni del corso di Inglese scientifico - livello base. Partito a gennaio, ha riscosso talmente tanto successo di partecipazione da

vedere replicata l'iniziativa fino a luglio, con due nuove edizioni partite dopo la pausa estiva.

Le finalità dell'evento sono state: l'apprendimento delle strutture linguistiche necessarie per lo scambio di informazioni in ambito sanitario; la promozione e l'incremento delle capacità di lettura e della comprensione di brevi testi contenuti in riviste e/o in internet; il miglioramento delle capacità relazionali e comunicative in tema di: comprensione di semplici messaggi orali al fine di migliorare la relazione con utenti stranieri.

CORSI DI FORMAZIONE	numero eventi	totale ore formazione	numero partecipanti	totale crediti
2006	11	110	2.206	18.405
2007	23	207	1.049	7.465
2008 (*)	38	319	3.472	23.729
TOTALE	72	636	6.727	49.599
(*) fino al 31 agosto 2008				

Le attività degli uffici

L'attività degli uffici è in costante incremento e riesce a offrire un numero sempre più elevato di servizi. Sul piano qualitativo il Collegio Ipasvi di Roma rappresenta un punto di riferimento importante per molti altri Collegi italiani ed europei e la certificazione ISO 9001 testimonia la grande rilevanza attribuita alla qualità dei servizi agli iscritti. In questa chiave, il Collegio si avvale di una sperimentata rete di consulenze specifiche (legale, amministrativa contabile, informatica, ufficio stampa, biblioteconomia) che assicura risposte pronte alle diverse necessità operative.

Il servizio di consulenza legale è coinvolto soprattutto sui temi della sicurezza, e nei campi della responsabilità e dell'autonomia professionale.

CONSULENZA LEGALE	2006	2007	2008 (*)
appuntamenti	203	238	110
consulenze telefoniche	504	300	220
interventi	212	241	113
(*) fino al 31.8.2008			

Biblioteca: tra libri, riviste e database informatici

Dal 2006, la consultazione dei testi della biblioteca del Collegio è stata resa possibile per due pomeriggi a settimana, il lunedì e il giovedì. Un'iniziativa apprezzata dall'utenza, dal momento che si registra un significativo e costante aumento delle presenze. **L'incremento triennale dal 2005 è pari al 71,40%.**

ANNO	N. UTENTI
2005	773
2006	1046
2007	1257
2008*	864
*numero utenti al 31.8.2008	

La consultazione assistita del Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) si è invece svolta come consueto il martedì mattina (per appuntamento), ma si è promossa in generale la consultazione autonoma dell'utente nei



normali orari di apertura della biblioteca. L'incremento notevole delle consultazioni (assistita e autonoma) è il risultato quindi della politica di diffusione della

Commissione Biblioteca - Centro di documentazione che ha cercato di bilanciare il consueto ostacolo della lingua straniera con la disponibilità per gli utenti, dal 2008, della versione "Cinahl with full text" (580 testate disponibili in full text), e dal

2007 di numerose edizioni del corso di formazione "Introduzione alle banche dati infermieristiche". L'incremento triennale dal 2005 al 2008 è del 139,31 %.

L'accesso ad internet, non monitorato e registrato fino al 2005, è normalmente utilizzato a completamento delle ricerche svolte in biblioteca. Solo un numero ridotto di utenti lo usa per motivi personali. Per motivi legali e statistici, dal 2006 si richiede una registrazione anagrafica con annotazione degli estremi del documento. Negli accessi si registra un decremento nel 2007 che si converte nuovamente in incremento nel 2008. **In ogni caso, l'incremento nel triennio, a partire dal 2006, è pari al 17,26 %.**

Il progetto Ilisi (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche) diventa operativo nel giugno 2006, con le attività diversificate della Commissione Biblioteca necessarie alla costituzione della banca dati:

ANNO	N. UTENTI CINAHL
2005	91
2006	101
2007	122
2008*	142
*numero utenti al 31.8.2008	

- individuazione del software **wikindx**, aggiornato nel tempo, testato e tradotto in lingua italiana per supportare la collezione di dati e la ricerca online;
- redazione del Thesaurus italiano di Scienze Infermieristiche (**ThiSi**) soggetto a revisioni periodiche;
- formazione di personale volontario, per sviluppare la capacità di indicizzare articoli infermieristici;
- creazione di strumenti guida per l'uso del software/ del ThiSi, redazione di norme editoriali per l'uniformità dei testi;

ANNO	N. UTENTI INTERNET
2006	106
2007	99
2008*	81
*numero utenti al 31.8.2008	

- organizzazione dell'indicizzazione residenziale (sperimentale fino all'inserimento di un numero congruo di risorse) per il gruppo di indicizzatori formati (assegnazione riviste, gestione abbonamenti dedicati, comunicazioni, risposte a quesiti);
- revisione continua del database per

verificare omogeneità di utilizzo degli strumenti di indicizzazione e uniformità dei testi.

L'indicizzazione residenziale, iniziata nel maggio 2007 e svolta con entusiasmo e costanza dai colleghi volontari formati, ha dato, in un anno, significativa consistenza alla **banca dati IIsi tanto da poterla rendere pubblica e disponibile dal 1 giugno 2008 sul sito del Collegio.**

Attualmente sono indicizzate 26 riviste, infermieristiche e di area sanitaria.

Per misurare il gradimento e l'utilizzo della banca dati IIsi, da quando disponibile, si registra che un alto numero di utenti accede in biblioteca con una bibliografia IIsi. Sul sito del Collegio, dal 1 giugno al 31 agosto 2008, si contano accessi alla banca dati per **2.087 utenti unici** con ben **2.368** pagine visualizzate.

Quanto al **patrimonio bibliografico**, nel corso del triennio, sono state apportate modifiche agli abbonamenti dei periodici, al fine di ottimizzare il medesimo investimento economico su una maggiore diversificazione di aree di nursing. Si ricorda che la sottoscrizione della banca dati Cinahl nella versione "Full Text" aggiunge **580 testate digitali** al patrimonio di periodici disponibile.

L'incremento triennale del cartaceo dal 2005 al 2008 è del % 3,08, considerando l'intero patrimonio dei periodici, comprensivo dei digitali, è pari al 356,70%.

Quanto alle monografie, i nuovi libri catalogati, nel solo primo semestre del 2008, sono stati 1.089, per un incremento triennale del 14%.

Il sito internet

Il sito ufficiale del Collegio - on line da quasi dieci anni all'indirizzo **www.ipasvi.roma.it** - in questo ultimo triennio è diventato un vero e proprio punto di riferimento per infermieri e studenti. Solo nel periodo compreso tra il 1 gennaio e il 31 agosto 2008, sono state 585.427 le pagine visualizzate (fonte: Google



Analytics), con un'alta percentuale (48,7%) di visitatori nuovi.

Il sito viene aggiornato frequentemente e consente di tenersi informati su master, corsi Ecm, concorsi, dottorati, eventi, nonché consultare la rivista "Infermiere Oggi" in formato pdf e scaricare i testi della "Collana Arcobaleno".

E' possibile inoltre registrarsi gratuitamente, ricevendo una login e una password che consentono l'autenticazione dell'utente e l'accesso a servizi esclusivi, sempre più numerosi.

Le pagine più visitate in assoluto, attualmente, sono quelle relative ai concorsi, sia per infermieri che per dirigenti; seguono la pagina che segnala i "Master" e la formazione Ecm, insieme alla pagina della rivista e a quella dedicata alla biblioteca. Molto cliccato anche il calendario interattivo, che consente di visualizzare, giorno per giorno, eventi *Ecm in progress*.

Interessante, inoltre, la mappa degli Stati dai quali si collega l'utenza del sito. Chiaramente, l'Italia la fa da padrona, ma al secondo posto troviamo la Romania, segno evidente delle nuove frontiere della professione infermieristica e dell'interesse verso i contenuti messi on line dal Collegio di Roma anche da parte di cittadini stranieri. Negli ultimi due mesi di statistica abbiamo avuto modo di constatare come invece l'impennata è stata costituita dalla presenza in rete del nuovo progetto scientifico online denominato "IIsi", ma ci riserviamo di vederne l'andamento annuale con il passare del tempo. Come

del resto riscuotono molto successo i video delle conferenze che, sommando gli accessi, dimostrano un interesse sempre crescente di contenuti interattivi.

Il sito è curato dal punto di vista editoriale dal Consiglio Direttivo del Collegio, con il supporto del webmaster Fabrizio Tallarita.

La forza della partecipazione

Nell'arco del triennio numerosissimi colleghi (in totale ben **560**), oltre ai membri del Consiglio direttivo e dei revisori dei conti, si sono offerti ed hanno partecipato alle attività del Collegio:

- **124** alla realizzazione di eventi formativi, come docenti o nel comitato scientifico, di cui 31, italiani e stranieri, per la conferenza internazionale, oltre a 24 nella sessione poster e 38 nei tre eventi di Sanit 2008;
- **45** con la commissione Relazione con gli iscritti, attraverso la Rete Persone Motivate (Rpm) e **90** come referenti del Collegio presso le Aziende sanitarie, pubbliche e private della provincia di Roma;
- **21** con la commissione Biblioteca, per il progetto IIsi, nel gruppo di lavoro e nel gruppo degli indicizzatori;
- **12** con la commissione Qualità, per il progetto "Certificazione dei professionisti";
- **5** nel gruppo Infermieristica transculturale;
- **78** per la ricerca "near misses";
- **11** infermieri e **6** studenti al concorso per lavori di ricerca infermieristica;
- **88** colleghi (33 nel 2006, 36 nel 2007, 19 nel 2008 – primi due numeri) hanno pubblicato articoli sulla rivista "Infermiere Oggi";
- circa **80**, tra iscritti e studenti, coinvolti nella Ipasvi Cup 2008.

ANNO	TOTALE PERIODICI	ABBONAMENTI PERIODICI STRANIERI	ABB. PERIODICI ITALIANI	PERIODICI IN OMAGGIO
2005	164	70	24	70 circa
2008	169	73	26	70 circa

IMPEGNI PER IL FUTURO

Continuare a investire nella ricerca infermieristica

La ricerca infermieristica rappresenta un campo nel quale il Collegio Ipasvi di Roma intende continuare ad investire in modo prioritario, per l'importanza che riveste nello sviluppo della disciplina, che immediatamente si traduce in vantaggi estremamente significativi sui cittadini, che ottengono un'assistenza migliore, e sugli infermieri, in termini di riconoscimento sociale e di motivazione professionale.

Per quanto attiene ai temi da privilegiare nell'indagine scientifica, la "gioinezza" della disciplina fa sì che siano anco-

ra molto ampie le lacune da colmare e le conoscenze da consolidare, tuttavia i risultati ottenuti con lo studio sui near misses e il riscontro dei colleghi a livello nazionale e internazionale suggeriscono di continuare ad investire nei temi riguardanti la "sicurezza del paziente" che, oltre ad essere un aspetto "critico" dell'assistenza infermieristica e della sanità in generale, ben rappresenta l'alianza terapeutica che l'infermiere intende stabilire con il malato. A questo proposito il complesso processo di somministrazione della terapia farmacologica, dalla conservazione alla preparazione, dalla farmacovigilanza alla registrazione, rappresenta una responsabilità dell'infermiere alla quale sono ascritti numerosi errori, che si traducono in danni più o meno gravi per i pazienti.

Il fiorire, anche in Italia, di numerosi studi su tale filone di indagine richiede tuttavia un approccio sistematico e un coordinamento autorevole, per questo la strategia vincente potrebbe confermarsi nel coinvolgimento di esperti italiani e internazionali sotto la guida del Collegio Ipasvi di Roma. E' pur vero che l'investimento non può esaurirsi nel commissionare ai ricercatori la realizzazione di una serie coordinata di studi, è necessario che il progetto di ricerca rappresenti un'occasione di coinvolgimento di colleghi che, non ancora espertissimi, vogliono mettersi alla prova e cimentarsi nelle attività di rilevazione ed elaborazione dei dati. Un'occasione di crescita e un'opportunità per contribuire ad accrescere la conoscenza infermieristica e la sicurezza del malato.

EVENTI FORMATIVI IPASVI TRIENNIO 2006-2008

DATA	EVENO	LUOGO	PARTECIPANTI	CREDITI	TOTALE CREDITI
10-feb-06	INFERMIERE: IL VALORE DELLA PROFESSIONE	FIERA DI ROMA	1.669	8	13.352
11-feb-06	INFERMIERE: IL VALORE DELLA PROFESSIONE	FIERA DI ROMA			
18-20 mag 06	LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA: CRITICITA' ED ORIENTAMENTI IN AMBITO CLINICO E PREVIDENZIALE	ROMA - CENTRO SALESIANUM "BEATO M. RUA"	180	13	2.340
13-giu-06	LA RESPONSABILITA' ORDINISTICA DEI COLLEGI IPASVI: RUOLO DEI REFERENTI DELL'ORDINE INF. DI ROMA	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	26	8	208
06-lug-06	LA RESPONSABILITA' ORDINISTICA DEI COLLEGI IPASVI: RUOLO DEI REFERENTI DELL'ORDINE INF. DI ROMA	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	28	8	224
13-14 set 2006	LA VALUTAZIONE DEL VALUTAZIONE DEL PERSONALE NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE:STRUMENTI E METHOD.		38	9	342
21-set-06	LA RESPONSABILITA' ORDINISTICA DEI COLLEGI IPASVI: RUOLO DEI REFERENTI DELL'ORDINE INF. DI ROMA	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	24	8	192
19-ott-06	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E USO DEGLI AUSILI ERGONOMETRICI	ROMA - ISTITUTO S. MARIA	38	7	266
13-nov-06	EDUCARE L'INDIVIDUO, LA FAMIGLIA E LA COMUNITA': ASSISTENZA INFERMIERISTICA E PATOL. CRONICHE DEG.	ROMA - IDI	55	6	330
23-24 nov 06	LE INFEZIONI IN AREA CRITICA, UNA SFIDA PER L'INFERM.	ROMA - IDI	82	8	656
29-nov-06	LE FIGURE DI SUPPORTO ALL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA GESTIRE IL CAMBIAMENTO OPERATIVO	ROMA - AULA FOLCHI	51	5	255
30nov-2dic-06	L'INDICIZZAZIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	15	16	240
					18.405

	SANIT 2007	NUOVA FIERA DI ROMA	250	4	1.000
24-25 mag 07	SVILUPPO E GESTIONE DEI PROCESSI CLINICO- PREVIDENZIALI IN AMBITO INFERMIERISTICO	ROMA - IDI	109	12	1.308
16-giu-07	LA SFIDA DEL CAMBIAMENTO: L'INFERMIERE IN PSICHIATRIA RUOLI E COMPETENZE	VALMONTONE	48	4	192
21-giu-07	STRUMENTI OPERATIVI DEL NURSING: CAMBIAMENTO E FLUSSI FORMATIVI	ROMA - CRISTO RE	38	7	266
21-set-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - IDI	43	7	301
24-set-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - POL. TOR VERGATA	36	7	252
08-ott-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - ROMA D	28	7	196
09-ott-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	OSTIA - POLO DIDATTICO	27	7	189
12-ott-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - SAN FILIPPO NERI	48	7	336
13-ott-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - N. REGINA MARGHERITA	45	7	315
30-ott-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - S. CAMILLO- FORLANINI	30	7	210
14-nov-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - SANTO SPIRITO	35	7	245
20-nov-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	32	7	224
22-nov-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - S.G. BATTISTA	27	7	189
22-24 nov 07	PER-CORSI IN CORSIA COMUNICAZIONE E LEADERSHIP DISTRIBUITA	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	27	18	486
26-nov-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - S. CAMILLO- FORLANINI	58	7	406
28-nov-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - POL. A. GEMELLI	22	7	154
29-nov-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - SAN FILIPPO NERI	18	7	126
11-dic-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - POL. A. GEMELLI	26	7	182
12-dic-07	INTRODUZIONE ALLE BANCHE DATI INFERMIERISTICHE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	24	6	144
13-dic-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - POL. A. GEMELLI	36	7	252
13-15 dic 2007	PER-CORSI IN CORSIA COMUNICAZIONE E LEADERSHIP DISTRIBUITA	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	18	18	324
28-dic-07	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	24	7	168
					7.465
27-feb-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - NOMETANO HOSPITAL	38	7	266
01-mar-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	MONTEROTONDO	31	7	217
07-mar-08	INTRODUZIONE ALLE BANCHE DATI INFERMIERISTICHE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	16	7	112
08-mar-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - NOMETANO HOSPITAL	38	7	266
13-15 mar 2008	PER-CORSI IN CORSIA COMUNICAZIONE E LEADERSHIP DISTRIBUITA	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	16	18	288
18-mar-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	32	7	224
26-mar-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - POL. A. GEMELLI	29	7	203
27-mar-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	OSTIA - POLO DIDATTICO	24	7	168
29-mar-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - CENTRO CL. POLIZIA	36	7	252
01-apr-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - VILLA S. PIETRO	30	7	210
03-apr-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - ROMA D	25	7	175
05-apr-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	21	7	147
11-apr-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - NOMETANO HOSPITAL	30	7	210
17-18 apr 2008	L'IMPEGNO DELL'INFERMIERE PER LA SICUREZZA DEL MALATO: UN'ALLEANZA TERAPEUTICA	ROMA - JOLLY HOTEL MIDAS	292	11	3212
21-apr-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - S. ANDREA	40	7	280
22-apr-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO: STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - SEDE INAIL	26	7	182

24-apr-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO STRUMENTI E METODOLOGIE	FRASCATI - S. SEBASTIANO M.	55	7	385
29-apr-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - SEDE INAIL	30	7	210
30-apr-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO STRUMENTI E METODOLOGIE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	23	7	161
07-mag-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - CTO	24	7	168
7-8 mag 2008	PER-CORSI IN CORSIA COMUNICAZIONE E LEADERSHIP DISTRIBUITA	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	14	18	252
09-mag-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO STRUMENTI E METODOLOGIE	FRASCATI - S. SEBASTIANO M.	51	7	357
10-mag-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO STRUMENTI E METODOLOGIE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	21	7	147
16-mag-08	INTRODUZIONE ALLE BANCHE DATI INFERMIERISTICHE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	13	8	104
24-mag-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO STRUMENTI E METODOLOGIE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	20	7	140
29-mag-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - IFO	25	7	175
04-giu-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - EUROPEAN HOSPITAL	21	7	147
06-giu-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO STRUMENTI E METODOLOGIE	ROMA - EUROPEAN HOSPITAL	25	7	175
07-giu-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO STRUMENTI E METODOLOGIE	BRACCIANO - LICEO "L. VIAN"	32	7	224
18-giu-08	INTRODUZIONE ALLE BANCHE DATI INFERMIERISTICHE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	17	8	136
19-21 giu 2008	PER-CORSI IN CORSIA COMUNICAZIONE E LEADERSHIP DISTRIBUITA	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	7	18	136
25-giu-08	RESPONSABILITA' INFERMIERISTICA TRA ETICA E BIOETICA	ROMA - PALAZZO CONGRESSI	789	6	4.734
26-giu-08	INTEGRAZIONE E NURSING transculturale	ROMA - PALAZZO CONGRESSI	709	5	3.545
27-giu-08	ASSISTENZA INFERMIERISTICA E ASSOCIAZIONISMO PROFESSIONALE UN ESEMPIO DI INTEGRAZIONE PER LA RICERCA	ROMA - PALAZZO CONGRESSI	781	7	5.467
09-lug-08	INTRODUZIONE ALLE BANCHE DATI INFERMIERISTICHE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	17	8	136
2-ago-08	LA GESTIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO STRUMENTI E METODOLOGIE	SEDE COLLEGIO IPASVI ROMA	24	7	168
					23.379



LA NOVITA'

Arriva il badge elettronico Sostituirà il vecchio tesserino

Cambiano i tempi, cambia anche il tesserino di riconoscimento degli iscritti al Collegio Ipasvi di Roma. In particolare, un badge elettronico (modello bancomat, per intenderci) sostituirà progressivamente il classico documento cartaceo. Chi si è iscritto di recente ha già sperimentato questo nuovo servizio. **Ai prossimi iscritti, addirittura, il badge**

sarà direttamente recapitato presso il proprio indirizzo, senza doverlo ritirare in sede: infatti arriverà insieme alla lettera con la quale il Collegio comunicherà loro l'avvenuta iscrizione.

Ma cosa deve fare, invece, chi ha il vecchio tesserino cartaceo e vuole sostituirlo con quello elettronico?

Basta recarsi presso gli uffici del Collegio in viale Giulio Cesare a Roma con due fototessere. Gli uffici sono aperti dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.30. Due volte la settimana, il lunedì e il giovedì, sono aperti anche di pomeriggio, dalle 14.30 alle 17.

Il nuovo badge elettronico di riconoscimento è stato introdotto per omologare, nel prossimo futuro, tutti i tesserini degli infermieri italiani ed europei. Grazie al microchip che contiene al suo interno, renderà possibili alcune operazioni oggi registrabili solo a mano, come l'assegnazione di crediti Ecm su tutto il territorio nazionale, l'autenticazione per accedere a servizi on-line e così via.

In ogni caso, il vecchio tesserino cartaceo conserva pienamente la sua validità e non c'è alcuna scadenza per "convertirlo" con il nuovo badge elettronico!



E presto arriveranno anche le certificazioni on line

Tante le novità al Collegio Ipasvi per il prossimo anno: una delle prime? La certificazione on line. In pratica, verranno varate una serie di modifiche al sito ufficiale, con la creazione di pulsanti *ad hoc* per registrarsi se si è già iscritti o per accedere ai servizi on-line, o ancora per richiedere certificati.

Al portale ufficiale, verrà affiancato un, cosiddetto, **portale di servizio**, che

avrà una *home page* mascherata e raggiungibile solo via Ftp.

Le funzioni principali del portale di servizio saranno: registrazione dati utenti (ovvero, nome, cognome, codice fiscale, albo di appartenenza e numero di posizione nell'albo), e registrazione di indirizzo e-mail e password. Per accedere ai servizi on line, all'utente verrà chiesto il codice fiscale, la password e le ultime tre cifre del Pin precedentemente assegnato. Se tutto è in regola, sarà possibile, attraverso il pulsante "richiesta cer-

tificato", ricevere a domicilio tramite posta prioritaria il certificato richiesto, **in modo del tutto gratuito.**

Il Collegio Ipasvi non esclude, inoltre, che, rispetto all'architettura del sito così impostata si potrebbero aggiungere una serie di implementazioni interattive, come: possibilità di autocertificazioni on-line per gli iscritti; possibilità di inoltrare richiesta di pareri agli esperti (avvocati, commercialisti, etc.), nonché di richiedere l'iscrizione al Collegio.

IL COLLEGIO IPASVI DI ROMA PROTAGONISTA AL SANIT 2008

Gli infermieri e le sfide del tempo tra etica, integrazione e ricerca

Per tre giorni, gli infermieri di Roma e Provincia alla ribalta della quinta edizione della mostra-convegno dei servizi sanitari. Un evento di grande richiamo, con la partecipazione di centinaia di colleghi provenienti da tutta Italia e dall'estero per studiare, approfondire e dibattere i temi di più stretta attualità professionale.

Non un evento formativo come altri, utile ad aggiornare le conoscenze degli operatori su temi specifici. Quello che si svolse al Palazzo dei Congressi dell'Eur, a Roma, ha fornito un valore aggiunto che va oltre l'aspetto tecnico della formazione, segnando un momento importante di confronto e di scambio tra gli infermieri in ambito nazionale e mondiale e fra questi e i loro "interfaccia": i cittadini i loro familiari, le altre professioni sanitarie, gli stessi colleghi.

Le Giornate Infermieristiche che dal 25 al 27 giugno hanno animato la quinta edizione del Sanit la mostra-convegno nazionale dei servizi sanitari, hanno richiamato a Roma centinaia di colleghi da tutta Italia e dall'estero, tutti concentrati ad approfondire e dibattere temi di grande attualità professionale. E con il merito particolare di aver prodotto uno sforzo supplementare nella formulazione condivisa di linee guida alle quali fare riferimento nelle materie al centro di un confronto aperto, a più voci, libero e ben documentato, con ampio spazio dedicato alla ricerca infermieristica e all'etica professionale. È stata un'occasione molto utile per ap-

profondire gli aspetti scientifici e organizzativi della professione su scala nazionale e internazionale, per delineare linee guida comuni nei campi più complessi e critici del nostro agire quotidiano. Sono stati presentati lavori di alto livello in vari campi della ricerca, della pratica clinica, dell'innovazione assistenziale e dell'educazione sanitaria. La comparazione tra modelli assistenziali diversi, e diversamen-

te gestiti, ha consentito di tracciare un quadro più preciso del rapporto attuale fra la realtà romana, quella nazionale e le situazioni correnti nei Paesi europei a sanità più avanzata. In quest'ultima chiave, gli infermieri italiani hanno potuto misurarsi con i colleghi esteri e avere contezza della loro straordinaria crescita, ribadendo di voler esercitare un ruolo di primo piano sullo scenario professionale europeo.





Tre giorni fitti di approfondimenti, discussioni e dibattiti, con i partecipanti che hanno riproposto con forza il ruolo guida della ricerca infermieristica e che hanno richiamato, in modo forse insperato, l'attenzione dei media.

Per una volta fuori dal consueto clichè mediatico che accende i riflettori sugli infer-

mieri solo per parlare di malasanità, gli organi di informazione hanno seguito l'evento dell'Eur in modo completo e corretto. La vasta copertura dell'evento da parte di giornali, radio, tv e agenzie di stampa ha mostrato al grande pubblico l'immagine di una professione in costante crescita, proiettata verso il futuro, capace di interrogarsi e

migliorarsi.

Anche per questo motivo, il Collegio Ipasvi di Roma, che ha organizzato le Giornate Infermieristiche del Sanit con l'apporto e il sacrificio personale di tanti preziosissimi colleghi, incassa ben volentieri il successo di quest'ultima edizione, consapevole che le Giornate Infermieristiche 2008 segnano un punto qualitativo di tutto riguardo per contenuti e partecipazione.

I lavori si sono articolati in otto sessioni tematiche, con contributi forniti da personalità di primo piano del mondo sanitario, politico, accademico e professionale. La sicurezza del paziente e il rapporto con la morte, la difficile condizione di chi si muove quotidianamente tra etica, bioetica e responsabilità sono i temi che hanno animato la prima giornata.

La tavola rotonda, alla prima delle tre giornate, alla quale hanno preso parte esponenti politici, docenti universitari, esperti di bioetica e formazione professionale, ha fornito spunti di grande interesse per l'attività infermieristica, mettendo a fuoco gli aspetti più sensibili e le scelte più difficili.



li che gli infermieri sono chiamati ad affrontare nella loro attività quotidiana.

Vasta la gamma delle domande poste sul tappeto: qual è il confine tra la cura e l'accanimento terapeutico? Difendere il diritto inviolabile alla vita o rispettare il diritto a morire? C'è un'etica dell'assistenza oltre la morte? Quale spazio c'è per la mediazione quando l'operatore non condivide la scelta etica del cittadino? Che cosa va regolamentato per legge e che cosa lasciare alla determinazione dei Codici deontologici professionali? E ancora: che ruolo svolgono i Comitati etici di Ospedali e Aziende sanitarie e che contributo danno? Qual è l'esperienza maturata in questo campo negli altri Paesi?

Si è andati al "nocciolo" di ogni professione sanitaria, al suo ruolo sociale, insinuandosi nel rapporto diretto e quotidiano con la persona che ha perso il bene più prezioso: la salute.

Vi hanno preso parte la senatrice **Fiorenza Bassoli** (componente della XII Commissione del Senato), **Gilberto Corbellini** (docente di Storia della Medicina presso l'Università

La Sapienza di Roma), **Laura D'Addio** (dirigente del Centro Formazione Professionale dell'azienda ospedaliera universitaria Careggi di Firenze), **Sandro Spinsanti** (bioeticista, direttore dell'Istituto "Giano" di Roma) e **Gennaro Rocco** (presidente del Collegio Ipasvi Di Roma e vicepresidente della Federazione nazionale Ipasvi). La seconda giornata di lavori è stata dedicata interamente al tema dell'integrazione professionale e del nursing transculturale, un'altra questione di stretta attualità e di grande complessità. Un focus dal taglio originale che ha scandagliato gli aspetti critici della complessità sociale moderna, la circolazione dei professionisti sanitari dentro e fuori l'Unione europea, la salute e la malattia in contesti culturali diversi, l'assistenza agli immigrati.

Studiosi, esperti della materia, rappresentanti istituzionali, del mondo infermieristico e operatori dell'assistenza si sono confrontati a lungo e in modo serrato. Particolarmente prezioso è risultato il contributo fornito da numerose testimonianze di colleghi in ambito europeo e mondiale.

Ad animare il forum sul tema: "Il villaggio globale senza confini: forza e criticità dell'integrazione in campo sanitario e assistenziale - Gli infermieri raccolgono la sfida", sono stati **Salvatore Geraci** (Caritas Roma – presidente della Società italiana di medicina delle migrazioni), Gennaro Rocco (presidente del Collegio Ipasvi di Roma) e **Alessandro Stievano** (Dottorato di ricerca in Infermieristica – Università Roma Tor Vergata).

L'ampio confronto di idee ed esperienze ha reso possibile tracciare un ventaglio di risposte alle questioni più urgenti: la definizione dell'esatta consistenza del fenomeno dell'immigrazione; i conseguenti problemi nell'erogazione dei servizi sanitari; il numero e la collocazione geografica degli infermieri stranieri che esercitano in Italia, a Roma e nel Lazio; le garanzie di competenza e professionalità dei colleghi stranieri; i modelli da adottare per favorire lo scambio e l'integrazione transculturale nelle professioni sanitarie.

Nel corso della mattinata è stata inoltre





presentata l'Associazione Infermieristica Transculturale Italiana.

Di rilevante interesse professionale anche l'ultima giornata di studio, incentrata sull'attività specialistica e la ricerca. Sotto la lente, in particolare, l'assistenza al paziente in area critica, in sala operatoria e la buona pratica in tema di infezioni ospedaliere.

La mattinata è stata dedicata alle relazioni scientifiche sull'infermieristica clinica in area critica tenute da: **Silvia Scelsi, Andrea Maccari, Gaetano Romigi e Rossella Marchetti**. Ampio spazio poi al tema della sicurezza del paziente in sala operatoria, con i contributi di: **Patrizio Angelucci, Giuseppina Di Giammarco, Paola Mariani, Caterina Cicala e Vincenzo Mencio**. Nel pomeriggio il *focus* sulla ricerca: protagonista assoluta la buona pratica sulle infezioni ospedaliere, con le relazioni di: **Margherita Vizio, Lorena Martini, Concetta Frantone e Grazia Tura**.

L'evento si è chiuso con una sessione dedicata al mondo dell'associazionismo pro-

fessionale e al suo crescente ruolo nello sviluppo e nella diffusione di nuovi modelli organizzativi orientati alla qualità dell'assistenza. Vi hanno preso parte: Rossella Marchetti (Aniarti Lazio – Coordinatore infermieristico Terapia intensiva post-operatoria del Policlinico A. Gemelli di Roma), Silvia Scelsi (Aniarti Lazio – coordinatore regionale Ares 118), Patrizio Angelucci (presidente Aico Lazio – coordinatore infermieristico Blocco operatorio di Cardiocirurgia del policlinico Umberto I di Roma), Giuseppina Di Giammarco (Aico Lazio - coordinatore infermieristico Direzione sanitaria del policlinico "Umberto I" di Roma), Margherita Vizio (presidente nazionale Anipio – infermiere dirigente della Asl/2 Savonese), Lorena Martini (vicepresidente nazionale Anipio – Responsabile Formazione aziendale dell'Ircss Spallanzani). L'unanime gradimento espresso dai partecipanti, che a distanza ormai di qualche mese, continua a manifestarsi nei contatti con i colleghi di tutta Italia e di altri Paesi, ripaga pienamente il Collegio

del grande sforzo organizzativo sostenuto per l'allestimento delle giornate di studio dell'Eur. Allo stesso modo, registrandone il successo ed esprimendo il suo apprezzamento, la direzione del Sanit ha chiesto al Collegio Ipasvi di Roma di programmare per l'edizione del prossimo anno un'intera settimana di eventi formativi.

E' un impegno molto grande che però il Collegio potrà affrontare con la forza dei tanti colleghi che si sono adoperati generosamente per la riuscita ottimale della manifestazione di quest'anno e ai quali va il ringraziamento più grato del Collegio. Una forza corale, di squadra, che gli infermieri sanno trovare quando è in gioco la professionalità.

Si può forse trarre una morale dall'esperienza delle Giornate Infermieristiche 2008: ogni volta che gli infermieri si propongono da protagonisti sulla scena sanitaria hanno di che essere soddisfatti. E di cosa andare fieri.

LA TAVOLA ROTONDA SULLE NUOVE SFIDE DELLA BIOETICA

Essere professionisti fra la vita e la morte

Tutelare la vita e rispettare la morte. Un connubio che, a volte, diventa dilemma, e che coinvolge i professionisti dell'assistenza sanitaria in prima persona. Perciò risulta essenziale focalizzare le linee di comportamento e fissare i paletti su scelte spesso drammatiche e coinvolgenti.

E' stato questo il tema al centro del dibattito che ha chiuso la prima mattinata di lavori delle Giornate Infermieristiche del Sanit 2008. Vi hanno preso parte esponenti di primo piano del mondo politico, accademico, della bioetica e delle professioni sanitarie, che hanno tracciato, sebbene con sfumature e sensibilità diverse, un quadro di riferimento per l'intera famiglia professionale sanitaria e per l'infermieristica in particolare.

Alla tavola rotonda su "La responsabilità infermieristica tra etica e bioetica – Rivendicare il diritto a morire o difendere il valore inviolabile della vita?" hanno partecipato Fiorenza Bassoli (componente della XII Commissione del Senato), Gilberto Corbellini (docente di Storia della Medicina presso l'università "La Sapienza" di Roma), Laura D'Addio (dirigente del Centro Formazione Professionale dell'Azienda ospedaliera universitaria "Careggi" di Firenze), Sandro Spinsanti (bioeticista e direttore dell'Istituto "Giano" di Roma) e Gennaro Rocco (presidente del Collegio Ipasvi di Roma e vicepresidente della Federazione nazionale Ipasvi).

Proponiamo di seguito una sintesi dei diversi interventi.

Il professor Spinsanti ha messo subito in

evidenza la cosiddetta "questione di fine vita", cioè su chi debba decidere e come procedere in casi in cui si propone l'interrogativo del sostenimento artificiale in vita oltre i confini terapeutici. Da qui la domanda centrale su cosa sia l'accanimento terapeutico e quali siano gli aspetti pragmatici e semantici della questione. L'analisi di Spinsanti ha mosso dalle considerazioni che più ricorrono in questi casi: qual è il confine tra cura e accanimento terapeutico? C'è una definizione univoca di eutanasia? Ha citato il caso Welby e l'orientamento assunto in proposito dal Consiglio Superiore di Sanità. E poi il caso del bimbo di Bari nato senza reni e la sospensio-

ne della patria potestà ai genitori che si opponevano al trapianto.

L'intervento del professor Spinsanti ha sviluppato quindi i temi dell'accanimento terapeutico, dell'eutanasia e dell'accompagnamento alla morte: "E' il passaggio storico dall'etica medica alla bioetica - ha affermato -. La decisione del medico deve tener conto delle scelte del malato. La decisione condivisa presuppone un'informazione completa al paziente. Non esiste un modello unico che vale per tutti. Esiste piuttosto un modello di comportamento etico tagliato su misura per ogni paziente, in linea con la sua sensibilità e la sua volontà. Ecco il concetto di 'morte sartoria-



le: a ciascuno la sua morte, tagliata su misura, secondo i valori di riferimento di ciascuno". L'intervento ha poi sviluppato gli indirizzi della bioetica moderna su come agevolare la "morte sartoriale", sul ruolo che l'infermiere ha in questo delicato campo, sull'ascolto del paziente come pratica essenziale nell'accompagnamento alla morte. Quanto ai risvolti economici del cambio di approccio al problema, il professor Spinsanti ha chiosato: "Quanto costa la transizione dal modello della scelta medicocentrica al modello della decisione consensuale? Io dico che l'operazione ha i suoi costi in termini di tempo ed economici. Ascoltare il paziente e informarlo sulle possibili scelte certamente costa tempo. Ma è un prezzo essenziale. E poi costa la riorganizzazione dei processi assistenziali che ciò comporta. Anche questo prezzo è però necessario pagarlo".

Un'ultima riflessione Spinsanti l'ha dedicata al comportamento che l'operatore deve assumere quando non è d'accordo con le scelte del paziente: "C'è un articolo del Codice deontologico degli infermieri, il numero 8 del nuovo Codice, che stabilisce che in caso di conflitto di questo tipo l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo e, nel caso in cui la soluzione non possa esserci, si avvale dell'obiezione di coscienza. Anche se io parlerei più propriamente di obiezione etica". Quindi ha chiarito la differenza: "L'obiezione di coscienza è definita e regolata per legge, quella etica no e attiene esclusivamente all'autonomia dell'operatore e ai suoi valori".

Il professor Corbellino ha aperto il suo intervento sottolineando come "chiunque si trovi nella difficile condizione di fine vita ha diritto pieno ad avere un punto di vista diverso". E ancora che "la domanda più sbagliata da porsi è: chi ha ragione e chi torto?". Corbellino ha rimarcato come lo Stato debba "farsi garante della legittimità di questa scelta. Il termine eutanasia sta oggi scomparendo dal linguaggio medico. Si parla più propriamente di decisione di fine vita, che riguarda una serie di ambiti, dal trattamento clinico al dolore, alla relazione medico-paziente.



L'autodeterminazione è anche utile per la gestione di questi temi in una società sempre più multietnica, composta da sensibilità e valori differenti e molto variegati". Quindi ha denunciato "il ritardo dell'Italia sulla regolamentazione delle scelte come nel caso del testamento di fine vita".

Pur nella consapevolezza che "la legge non sia la panacea di tutti i mali", la denuncia del professor Corbellino è risuonata chiara e forte: "Ciò che succede in Italia nel campo della medicina di fine vita deve preoccupare e rende necessaria una codifica legislativa del diritto a morire. In Italia circa il 50% delle morti implicano una decisione di fine vita. E questa viene presa molto spesso senza un confronto diretto con l'orientamento e la volontà dei pazienti e dei loro familiari".

Infine un passaggio sugli aspetti economici e organizzativi della cosiddetta "morte sartoriale" e un'indicazione in caso di conflitto fra la scelta del paziente e quella dell'operatore: "La bioetica nasce attorno al concetto di consenso informato, di autonomia, di autodeterminazione del cittadino. Ma anche l'operatore ha il pieno diritto a non praticare trattamenti o terapie che non accetta o condivide".

La dottoressa D'Addio ha esordito ponendo in evidenza come la bioetica sia "un aspetto tutto sommato nuovo della disciplina dell'assistenza" e soprattutto che è inquadrabile come "un concetto in peren-

ne divenire". "La deontologia infermieristica, definita dal Codice deontologico del 1999 – ha poi sottolineato D'Addio – sta compiendo passaggi molto interessanti in questi ultimi anni. Da qui la necessità di aggiornare il Codice deontologico e la sua nuova stesura che la Federazione Ipasvi sta preparando per il 2009".

Intrattenendosi sui contenuti del nuovo Codice deontologico, la dottoressa D'Addio ha spiegato come questo "sarà il Codice di riferimento per 360 mila professionisti italiani. Da qui l'importanza di un contributo collettivo di tutti gli infermieri alla riscrittura del Codice. Bene ha fatto quindi la Federazione Ipasvi a chiedere il contributo di tutti gli infermieri per la messa a punto del nuovo documento". Quindi un pressante invito "a non fare come per il caso Welby, in cui la voce degli infermieri è rimasta abbastanza silente".

Poi riflettori puntati sulla didattica e sulla ricerca: "Su questa materia la ricerca che si fa in Italia è ancora piuttosto limitata. Ma quando questa si fa, si trova che, a seconda dei riferimenti valoriali di ogni professionista, ci si imbatte in scelte diverse. Per questo nel nostro corso di laurea in Infermieristica proponiamo un corso di etica e bioetica sin dal primo anno. E ciò perché ogni singolo professionista deve appropriarsi di un vero e proprio metodo professionale per affrontare il nodo della gestione di questo tipo di scelte".

Un ultimo passaggio è stato dedicato al rapporto più intimo con il paziente, capace di stabilire una relazione umana che va oltre il ruolo professionale dell'infermiere: "Il dialogo è la chiave di volta, insieme all'ascolto – ha ripetuto D'Addio - Ma questo ha un costo, specie in termini di tempo da dedicare al paziente, ai suoi dubbi, alle sue esigenze non solo cliniche ma anche psicologiche. Un costo che in ogni caso abbiamo il dovere di accettare di pagare".

Alla senatrice Bassoli è toccato fare il punto sul quadro legislativo di riferimento, ancora incerto ed esposto a notevoli difformità di interpretazione. "Posso affermare che nella scorsa legislatura la politica ha fatto un buon lavoro su questi temi - ha detto -. Poi però, con la fine anticipata della legislatura, non si è giunti a licenziare un testo di legge sui temi sensibili del testamento biologico e del consenso informato. Si tratta di temi che non possono essere affrontati a maggioranza, ma che necessitano di una condivisione generale. Comunque, ad esempio sulle cure palliative, qualche importante passo in avanti è stato compiuto. Oggi più di ieri serve una legge sul trattamento sanitario di chi si accinge a morire. Occorre stabilire quali pratiche ammettere e quali no, dalla nutrizione all'idratazione fino alla ventilazione". La Bassoli ha poi rimarcato come oggi "il malato continui ad essere in balia delle scelte dei medici. Ma occorre anche coinvolgere di più i medici di base, i più vicini ai pazienti, anche se la cura viene effet-

tuata in ambito ospedaliero. A mio avviso la legge non deve entrare nel merito dei casi in cui intervenire; questa scelta deve essere demandata a figure esperte della materia: medici, infermieri e fiduciari dei pazienti".

Quindi un altro aspetto importante: "Serve il giusto equilibrio fra gli ambiti biologico ed esistenziale. E al malato deve essere consentito di scegliere se essere assistito in ospedale o a casa sua. Perciò ritengo che una legge organica sulla fine vita sia oggi assolutamente necessaria". Quanto al possibile conflitto di posizioni fra paziente e operatore, la senatrice ha affermato: "In caso di mancata coincidenza tra il volere del paziente e l'orientamento dell'operatore non si può che ricorrere al dialogo che è e resta lo strumento migliore per superare eventualmente approcci diversi. Mi batterò perché anche i Comitati etici siano la sede per il dialogo tra pazienti e operatori nei casi in cui non vi sia la necessaria condivisione".

L'intervento del dottor Rocco ha riportato il dibattito sui temi concreti legati alla pratica della deontologia: "L'impegno degli infermieri italiani su questo fronte è complicato dalla dotazione strutturale e di organico assai spesso carente – ha subito precisato il presidente del Collegio Ipasvi di Roma -. Anche questo aspetto incide sull'etica professionale e sui comportamenti conseguenti. Alla politica chiediamo soprattutto questo tipo di impegno: creare le condizioni per rendere compatibili certi comportamenti con la realtà ope-

rativa quotidiana".

Rocco ha quindi acceso i riflettori sulla formazione specifica degli operatori sanitari, e degli infermieri in particolare, rispetto a temi così sensibili e complessi. "Il problema esiste anche in altri Paesi europei, anche se ogni Paese ha un suo approccio concettuale alla questione. In Italia occorre investire molto di più sulla formazione del personale in questo campo. Come pure sull'aggiornamento continuo. I Comitati etici, che prevedono al loro interno anche la figura infermieristica, costituiscono un'opportunità importante in questa direzione". Una novità da salutare con grande favore e con fiducia, così il dottor Rocco ha accolto il metodo stabilito dalla Federazione Ipasvi per l'aggiornamento del Codice deontologico: "La scelta di revisionare il Codice e di farlo con il contributo aperto a tutti gli infermieri italiani è una novità davvero importante. Perciò vi invito a riempire il questionario che chiede il contributo di tutti per la stesura definitiva del nuovo Codice deontologico".

Infine, la rappresentazione della cruda realtà quotidiana e un severo richiamo alle specifiche responsabilità politiche e gestionali: "Sui grandi temi, arriva sempre il momento di passare dalle buone intenzioni ai fatti concreti. E spesso alle nostre istanze non seguono comportamenti conseguenti da parte di altri settori della vita civile del Paese. La questione del tempo che occorre per gestire l'ultima fase della vita di un paziente è un fattore essenziale. In Italia abbiamo un rapporto infermieri-abitanti fra i più bassi del mondo occidentale. La questione tempo è reale. Il tempo che oggi un infermiere italiano può dedicare a questo aspetto è davvero limitatissimo perché oberato da mille altri impegni impellenti che ricadono su di lui per la drammatica carenza di organico. Alla politica chiediamo proprio questo: ci metta nelle condizioni di poter operare al meglio delle nostre possibilità. Servono più infermieri, subito. L'alternativa è un paradosso, tutto italiano, davvero inaccettabile: l'unico Paese al mondo che conta più medici che infermieri".



SUPERLAVORO PER GLI INFERMIERI? L'AZIENDA RISCHIA GROSSO

Manager, allarme rosso!

Dalla cronaca risuona un segnale d'allarme per chi gestisce Asl e Aziende ospedaliere a proposito di superlavoro per gli infermieri. Un campanello che suona forte e che dovrebbe far riflettere anche i manager delle Aziende del Lazio. Anche perché qualche loro collega è già stato chiamato a risponderne personalmente "in solido".

Fa notizia il caso di Genova, dove l'Ispektorato del lavoro rileva carichi e tempi di lavoro eccessivi per gli infermieri di alcuni reparti e commina una maxi multa al direttore generale del San Martino. Titola **Il Secolo XIX** (10/09/2008): "Superlavoro, multati Culmv e San Martino - Interviene la Direzione Generale del Lavoro - Orari sforati in sala operatoria".

Nell'articolo di Matteo Indice si legge: "Gli infermieri del San

Martino hanno lavorato troppo, soprattutto i ferristi di sala operatoria, e scatta una supermulta da 250mila euro per l'ex direttore generale Gaetano Cosenza". E ancora: "Gli accertamenti sul San Martino includono un intervallo di poco inferiore all'anno, compreso fra la metà del 2006 e il 2007. Un'inchiesta incardinata sul rispetto della legge 66/2003, norma che disciplina dettagliatamente gli orari partendo dal presupposto che l'eccesso d'impegno rischia di minare la lucidità e l'efficienza di persone chiamate a un compito delicatissimo. Lo screening era focalizzato sul rispetto dei 'tetti' fissati nelle prestazioni continuative delle categorie più esposte, i ferristi appunto, e sulla necessità di fare intercorrere almeno undici ore fra un turno e l'altro e di garantirne 24 di riposo alla settimana. Le violazioni

hanno interessato una cinquantina di dipendenti, fra i più qualificati del principale presidio ligure infermieri abituati ad assistere cardiocirurghi e neurocirurghi nel corso d'interventi spesso memorabili quanto rischiosi. Ed ecco perché le molte ore trascorse in apnea per salvare pazienti in condizioni disperate, i tour de force, la costante reperibilità sono risultati in parte fuorilegge e l'entità della multa ne è la prova". Sulla stessa vicenda, **La Repubblica** (11/09/2008) titola: "Gli infermieri lavorano troppo: 250mila euro di multa all'ospedale". Si legge nell'articolo: "Ore e ore di superlavoro, tensione, stress. Gli infermieri impegnati nelle sale operatorie del più grande ospedale di Genova, il San Martino, lavorano troppo e l'ispektorato del lavoro infligge al nosocomio una multa di 250mila euro". Se ne occupano con risalto e accenti variegati i principali organi d'informazione nazionali. Un caso analogo si era già verificato all'ospedale Molinette di Torino nella primavera scorsa, quando al direttore generale è stata notificata una multa da 110mila euro. Le verifiche sui turni del personale infermieristico avevano infatti confermato che la deroga agli standard di lavoro era pressoché costante, in particolar modo nei reparti di Cardiorianimazione e al Centro trapianti di fegato, considerati a maggior rischio.

Attenzione, dunque, cari manager sanitari: anche a Roma e nel Lazio il "pentolone" degli infermieri è sul punto di esplodere.



Lettera aperta al presidente Marrazzo



Il Governatore del Lazio Piero Marrazzo

Egr. Presidente
Giunta Regionale del Lazio
On. Piero Marrazzo

Roma, 21 ottobre 2008

Egregio Presidente,
è con grande attenzione che nella mia veste di Presidente del Collegio Ipasvi di Roma sto seguendo giorno dopo giorno l'iter dei provvedimenti relativi al Piano di rientro dal deficit, che Lei sta portando avanti per riorganizzare la sanità laziale e romana. Considero questo impegno un mio preciso dovere istituzionale, in quanto rappresento oltre 26.000 infermieri che operano a Roma e che da questi provvedimenti sono direttamente coinvolti.

Le è certamente noto che nell'attuale fase economico-finanziaria, oggettivamente difficile, gli infermieri romani continuano a garantire alla cittadinanza prestazioni e servizi, sobbarcandosi anche di attività improprie, turni massacranti e consecutivi, frutto spesso di "precettazioni" indispensabili a garantire il livello minimo di assistenza. Ma oggi avvertono diffusa-

mente la preoccupazione che condizioni di lavoro già così critiche possano aggravarsi ancora.

La nostra professione è consapevole che la strada del risanamento dei conti e del rilancio dei servizi sia inevitabilmente legata ad un importante sforzo riorganizzativo e desiderano percorrerla con spirito di reale collaborazione, a condizione, però, che i sacrifici richiesti siano distribuiti equamente tra tutte le figure professionali e ai vari livelli di responsabilità del sistema.

Troppo spesso, infatti, il peso di politiche aziendali di contenimento dei costi si è riversato soprattutto sul personale infermieristico, con il rischio di pregiudicare l'efficienza dei servizi stessi e l'efficacia delle prestazioni rese agli utenti. Il perdurante blocco dei concorsi e delle assunzioni, l'impossibilità di arginare i vuoti di organico generati dal semplice turn-over e i carichi di lavoro sempre più onerosi per lo scarso personale in servizio hanno ormai conferito alla carenza di infermieri i caratteri di una vera e propria emergenza.

La questione è "storica", tanto è vero che la Regione ha sottoscritto a suo tempo un protocollo d'intesa con il Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio relativo alla tempestiva applicazione delle disposizioni urgenti in materia sanitaria, tra cui il ricorso alle prestazioni aggiuntive, riproposte ormai ogni anno dal Governo. Ad oggi, però, egregio Presidente, quell'impegno è rimasto lettera morta e non ha avuto alcun seguito concreto. Di conseguenza la situazione si è deteriorata con il rischio imminente di dover procedere alla chiusura di numerosi reparti e servizi.

Il Lazio sconta la mancanza di circa quattromila infermieri nelle piante organiche delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, segnando un rapporto di 5,5 operatori per mille abitanti contro la media europea del 7,7 per mille. Il dato è peraltro in rapido peggioramento con un turn-over (tra pensionamenti e trasferimenti) di 1.500 unità all'anno, che non viene adeguatamente compensato dall'ingresso sul mercato del lavoro di nuovi laureati.

Ne consegue uno scenario che in prospettiva, se non corretto, comporterà la drastica riduzione dell'offerta di servizi sanitari, in netta contrapposizione con la crescente domanda di salute derivante dall'invecchiamento della popolazione e dalle accresciute aspettative di prestazioni qualitativamente elevate da parte dei nostri concittadini.

Nel quadro dei provvedimenti applicativi del Piano di riconversione e di razionalizzazione del nostro sistema sanitario, il Collegio Ipasvi di Roma Le chiede pertanto di attribuire la

dovuta attenzione alla professione infermieristica e di dar seguito con la massima sollecitudine agli impegni assunti dalla Regione in tema di: sblocco progressivo delle assunzioni e dei concorsi per infermieri; attivazione immediata dei Dipartimenti dell'assistenza in tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere del territorio; interventi a favore dei percorsi di formazione universitaria degli infermieri; supporto alla promozione della professione infermieristica fra i giovani per garantire il necessario ricambio generazionale.

A tal fine, sarei lieto di poterLa incontrare al più presto per

rappresentarLe in dettaglio quanto sommariamente espresso e concertare un'azione sinergica fra la Regione e gli Organi di rappresentanza professionale degli infermieri di Roma e del Lazio.

Certo del Suo interesse, resto in attesa di un cortese cenno di riscontro e, con l'occasione, Le invio i più cordiali saluti.

Il Presidente
Dr. Gennaro Rocco

DALLA REGIONE

Morlacco nuovo sub-commissario alla Sanità

È **Mario Morlacco** il sub-commissario alla Sanità della Regione Lazio designato dal governo. Sarà lui ad affiancare, d'ora in poi, la struttura commissariale nell'attività di attuazione del piano di rientro dal deficit sanitario regionale. Morlacco è già stato direttore generale dell'agenzia sanitaria della Regione Puglia.

La nomina è stata formalizzata dal Consiglio dei ministri del 17 ottobre scorso.

La figura del sub-commissario rappresenta una forma di *tutorship* da che un lato rischia di indebolire l'autonomia decisionale del commissario/presidente **Piero Marrazzo**, ma dall'altro costituisce un evidente segnale di approvazione, da parte del governo, del piano messo a punto dalla Regione Lazio per rientrare dai debiti accumulati, anche attraverso misure drastiche. Inizia, insomma, una fase di vero e proprio "accompagnamento", durante la quale le scelte andranno valutate e condivise, senza ulteriori strappi.

Per il Governo, le misure da assumere sono chiare:

- aumento del ticket sulla diagnostica (se la prestazione viene fornita entro 15 giorni), per produrre un gettito di almeno 30 milioni annui;
- tariffe più alte per l'intramoenia, con l'obiettivo di recuperare altri 20 milioni annui;
- blocco del turnover e del salario accessorio ai dipendenti della sanità pubblica per il 2009;
- fissazione dei tetti di spesa e delle tariffe per cliniche, ambulatori, laboratori e altri centri privati accreditati.

Altro segnale distensivo, l'annuncio del ministro del Welfare, **Maurizio Sacconi**, che entro la fine dell'anno saranno erogati alla Regione Lazio almeno due dei cinque miliardi di euro richiesti, fondi alla Pisana a prescindere dal piano di rientro. Da questo punto di vista, il tavolo di verifica il 15 novembre è chiamato a vagliare lo stato di emergenza finanziaria per dare il via allo sblocco dei primi trasferimenti. Novecento milioni sono le anticipazioni sulla fiscalità e sono già in arrivo, lo sblocco di altri quattro miliardi sarà oggetto dell'esito del tavolo di verifica. Un modo indiretto, comunque, per esprimere una sorta di "ok" tecnico e politico ai provvedimenti adottati da Marrazzo, che tanto stanno facendo discutere. In favore dello sblocco di questi fondi si era espresso, nei giorni scorsi, sia il Consiglio comunale di Roma (il Comune capitolino attende a sua volta trasferimenti dalla Regione), sia la Consulta delle imprese del Lazio.

Le serie TV dedicate ai camici bianchi confondono le idee ed istigano all'ipocondria

In principio fu "E.R. Medici in prima linea", il fortunato medical-drama con un (allora) sconosciuto George Clooney, nei panni del pediatra dottor Ross, che da lì ha raccolto fama e gloria, fino ad assurgere, oggi, all'Olimpo delle star di Hollywood.

Anche quest'anno, la serie, alla sua 13esima stagione tv, sarà tra gli appuntamenti in prima serata di Raidue, ma non più da sola. A tenerle compagnia – ed a farle concorrenza - ce ne saranno numerose ed agguerrite, in onda sia sulla tv di Stato che sulle reti commerciali.

Tra queste si annoverano anche produzioni d'importazione, ma sono soprattutto quelle nostrane che, con alterne fortune (per alcune, lo share è già caduto come una mannaia), pretenderanno di mostrarci il "lato oscuro" del mondo della sanità.

In primis, "Terapia d'urgenza", con Sergio Muniz e Milena Miconi (già in onda su Raidue, con poca partecipazione di pubblico); quindi, la seconda serie di "Medicina Generale" su Raiuno; "Crimini Bianchi", cavallo di battaglia dell'autunno di Canale 5; "Chirurgia d'urgenza" per Canale 5 e l'ormai mitico "Doctor House", che da Italia 1 è stato spostato su Mediaset Joy, un canale sul digitale terrestre.

Senza contare "Medici Miei", la sit-com su Italia 1, con il comico Giobbe Covatta, in cui le infermiere, specie se belle, sono il chiodo fisso di medici e primario, e non certo per le loro doti professionali.

Con tutto questo fioccare di serial ospedalieri, c'era da

aspettarsi che sociologi e scienziati si interrogassero sulle possibili ricadute sulla psiche del cittadino-paziente. Uno studio inglese, infatti, in corso da tre anni nella cittadina di Bath, ha dimostrato che guardare telefilm a tema medico, alimenta, nei telespettatori, la paura di ammalarsi, rendendo addirittura il soggetto ipocondriaco. I ricercatori hanno intervistato quasi 1.300 adolescenti (fra i 12 ed 18 anni), chiedendo quanto avessero paura di ammalarsi in futuro e scoprendo che quelli fra loro più appassionati di serial medici in tv hanno il 10% in più di timore rispetto ai loro coetanei di contrarre malattie.

Ma queste fiction hanno anche provocato una decisa presa di posizione da parte dei "veri" rappresentanti di medici e infermieri. Soprattutto a proposito di "Crimini bianchi", le cui storie sono tutte incentrate su casi di malasanità.

Luigi Frati, preside della facoltà di Medicina all'università La Sapienza di Roma, per esempio, proprio non ci sta a ridurre il camice bianco alla stregua di un serial killer: "Ormai, tutto si fa in nome dell'audience. Se la cosa accade sulle reti commerciali, ancora possiamo evitare commenti, ma se lo fanno anche le reti pubbliche, no. Non accetto che anche loro si adeguino a questa falsa visione della sanità che disegna medici eroi o criminali. A nessuno è venuto in mente di fare una fiction su quanto è successo, a Roma, in metropolitana, un anno fa? Peccato, eppure lì, 70 persone, gravemente ferite vennero ricoverate al San Giovanni e al Policlinico. Un'emergenza che ha mobilitato



tutto il personale dei due ospedali della capitale con ottimi risultati. Non dobbiamo dimenticare che, a volte, abbiamo solo 30 secondi per decidere come salvare il paziente, e non sempre ci si riesce”.

A fargli eco, il presidente dei Collegi nazionali Ipasvi, **Annalisa Silvestro**, irritata per il ruolo più o meno marginale affidato agli infermieri: “La verità è che i ‘nostri’ entrano in scena solo se hanno una love story con il bel chirurgo di turno, o per recitare frasi banali e, qualche volta, in dialetto e con la sigaretta in mano”.

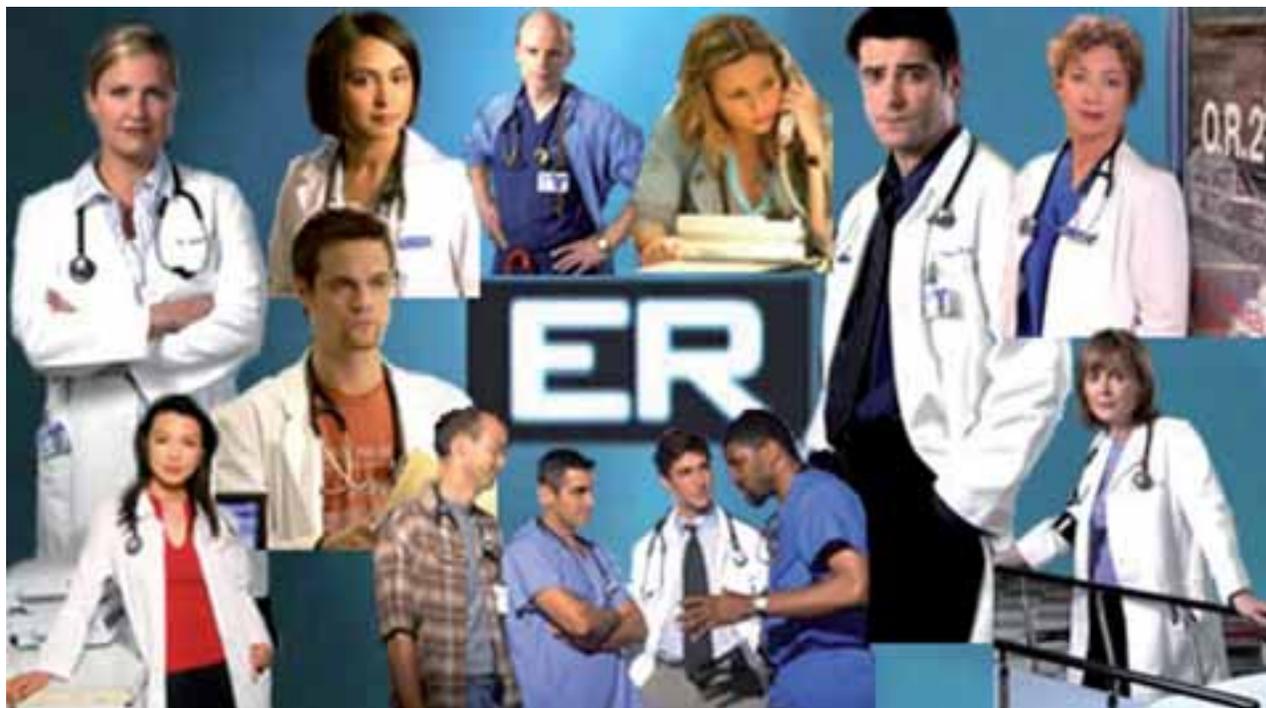
“E’ l’idea stessa di cura e di assistenza che viene distorta nel nome della spettacolarità - aggiunge il presidente del Collegio Ipasvi di Roma, **Gennaro Rocco** -. Tutto è concentrato sulle scene d’urgenza e gli eventi salvavita, mentre la realtà è ben diversa e impegna gli infermieri soprattutto nella continuità assistenziale. E poi, come da clichè, medici protagonisti e infermieri in secondo piano, spesso con atteggiamenti ancillari. Non è certo questa l’immagine che rende giustizia a professionisti che si formano per almeno tre anni all’università”.

IN PILLOLE

“Meglio l’uovo oggi”, lo dice il cervello

Il detto: “meglio un uovo oggi che una gallina domani” potrebbe avere un fondamento scientifico. Il meccanismo mentale dominante secondo cui è più conveniente incassare un “premio” piccolo subito piuttosto che aspettarne uno più grande dopo, avverrebbe per una serie di reazioni cerebrali. La chiave di queste reazioni si troverebbe in una particolare area del cervello che codifica le informazioni associate alla grandezza e all’attesa di un premio nel momento della scelta, al cospetto di una decisione da prendere. I ricercatori americani della Yale University School of Medicine hanno misurato nelle cavie la reazione della corteccia prefrontale dorsolaterale, direttamente implicata nel processo decisionale, mentre gli animali venivano sottoposti ad alcuni test di rilevazione neuroelettrica. Lo studio ha evidenziato come i neuroni coinvolti nella decisione abbiano un comportamento anomalo e si attivino maggiormente quando il premio è più grande o disponibile più rapidamente.

Secondo i ricercatori americani le evidenze emerse dallo studio indicano che di fronte all’ipotesi di una lunga attesa il valore della ricompensa diminuisce e che se un premio è a portata di mano appare al cervello più apprezzabile.



Torna il solito vizietto Scoop a tutti i costi

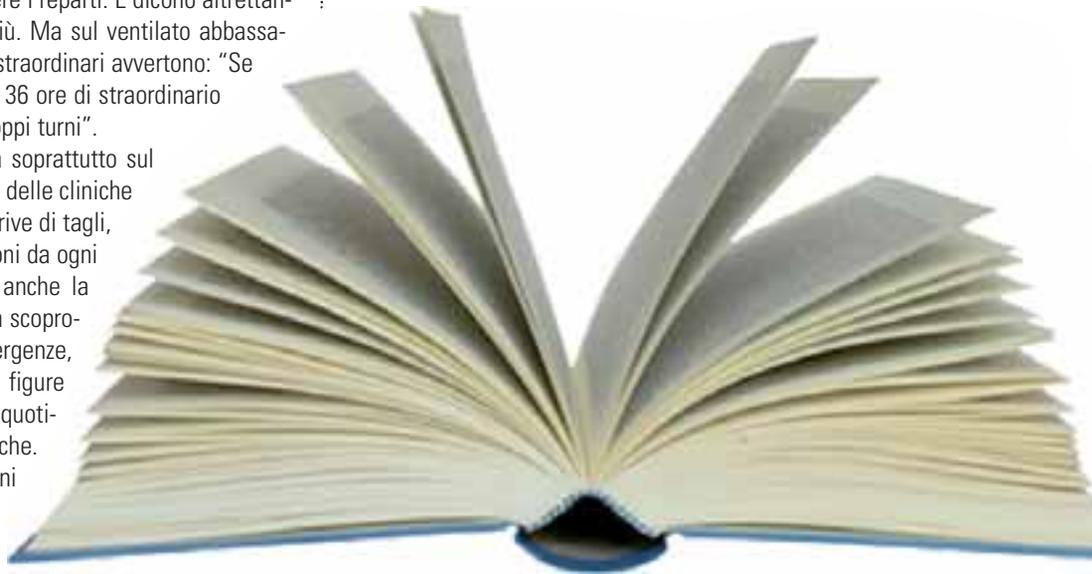
L'ormai consueto *refrain* estivo degli ospedali che scoppiano di pazienti e si svuotano di infermieri accompagna la fine dell'estate e l'avvio di un autunno che si mostra subito bollente sul fronte sanitario. Specialmente nel Lazio, alle prese con un deficit spaventoso e con un'altrettanto drammatica carenza di personale. **L'Unità** (11/09/2008) pubblica un reportage dai Pronto soccorso di due grandi ospedali romani. Il titolo è "Tetto agli straordinari? Chiude subito l'ospedale". Nell'inchiesta di Gioia Salvatori parlano soprattutto gli infermieri e dicono chiaramente come stanno le cose. Raccontano delle traversie quotidiane, dei turni massacranti, degli straordinari "obbligatori" per non chiudere i reparti. E dicono altrettanto chiaramente di non farcela più. Ma sul ventilato abbassamento a 36 ore del tetto per gli straordinari avvertono: "Se lo mettono l'ospedale chiude. Io 36 ore di straordinario le ho fatte in quattro giorni di doppi turni".

Poi l'eco mediatica si concentra soprattutto sul piano di riordino degli ospedali e delle cliniche private del Lazio. Si parla e si scrive di tagli, conversioni, proteste, dichiarazioni da ogni dove e di ogni segno. Forte è anche la voce degli infermieri che i media scoprono (una volta di più nelle emergenze, salvo poi dimenticarsene) come figure centrali delle attività concrete e quotidiane negli ospedali e nelle cliniche.

Il piano della Regione e le reazioni tengono banco per settimane sui giornali, alla radio, alla tv, sul web. Guadagna la ribalta delle cronache nazionali il destino di tre ospedali romani: lo storico San Giacomo, il Forlanini e il Nuovo Regina Margherita. Titoli a valanga anche nelle altre province laziali per l'annuncio taglio di posti letto nel pubblico e nel privato. Trova spazio anche la protesta che si leva fra gli operatori sanitari, su cui si accende l'attenzione dei media nazionali e locali.

Non mancano su giornali e tv i soliti allarmismi, tanto per fare audience. Media scatenati quindi con la "crociata antifannulloni" fra i dipendenti pubblici. Gli infermieri finiscono così nel calderone generale. Come per l'inchiesta pubblicata da **Libero** (06/09/2008) sulle assenze del personale di quattro ospedali milanesi: Fatebenefratelli, Niguarda, Policlinico e San Carlo. Titola il quotidiano milanese: "Lotta ai fannulloni - Tutti guariti negli ospedali. Le assenze calano del 40%". Scrive subito Eliana Giusto: "I fannulloni della sanità si sono fatti furbi. Da

quando Brunetta gli ha dichiarato guerra, con i giorni di malattia ci vanno piano. Dati alla mano, le assenze di medici, infermieri e amministrativi, dal mese di luglio a oggi, sono diminuite di poco meno del quaranta per cento rispetto allo stesso periodo dell'anno scorso". Rieccoci: tutti sotto attacco, senza distinzioni. Come sempre si spara nel mucchio. Salvo poi scoprire che, a ben guardare, i dati dicono altro e distinguono nettamente nei comportamenti delle varie figure professionali coinvolte. Lo riferisce la stessa inchiesta in relazione al Policlinico milanese: "Una riduzione del 37%. Che però, comunicato dall'ospedale, ha riguardato per lo



più il personale amministrativo, meno invece i medici e gli infermieri tra i quali l'incidenza dei 'fannulloni' è sempre stata molto più bassa". E' il solito vizietto del... tutti dentro purché sia scoop. Già visto, fin troppo.

Ci piace invece quando, almeno ogni tanto, il sacrificio giornaliero ci viene riconosciuto dai media come tale. Il caso dei quattro trapianti eseguiti in 18 ore e in piena "emergenza ferie" dall'equipe di Trapiantologia epatica dell'ospedale Cisanello di Pisa ha avuto una notevole eco sui media. **La Nazione** (06/09/2008) riferisce di una: "maratona notturna in sala operatoria, con chirurghi, anestesisti-rianimatori ed infermieri a darsi il cambio per compiere un'impresa dei quattro trapianti consecutivi, per non rendere vano il gesto dei donatori e restituire la vita ai quattro ricoverati.

«Ringrazio tutti gli operatori - ha concluso il direttore generale Vairo Contini - ma riservo una menzione speciale per gli infermieri, che hanno garantito un giorno intero di sala operatoria pur con personale ancora in ferie».

Ci piace anche che la stampa si occupi del livello professionale raggiunto dagli infermieri italiani, fino a divenire merce preziosa sul mercato professionale europeo. Il caso della missione in Italia di tre ospedali inglesi a caccia di infermieri super qualificati ha fatto notizia. Ha prodotto titoli come "Shopping all'inglese in corsia" (**Il Domani** - 20/07/2008) e "Infermieri reclutati, destinazione Inghilterra" (**Il Resto del Carlino** - 22/7/2008). Il primo servizio riporta una significativa dichiarazione del capo missione britannica: "In Italia abbiamo trovato una fonte altamente qualificata di infermieri. Quasi tutti si adattano bene al nostro Paese e i loro profili professionali negli ospedali inglesi sono molto apprezzati".

A volte è bene che i media, troppo spesso ingiusti con gli infermieri, si occupino di noi "in cronaca". Certe vicende, per quanto spiacevoli, sono utili a ribadire la professionalità degli infermieri e il diritto dei cittadini ad essere assistiti da professionisti formati, accreditati e abilitati per fare bene il loro lavoro. E' accaduto a Latina, come riferisce **Il Messaggero** (28/07/2008): "Infermieri senza titolo, denunciati". Si legge nell'articolo: "Continuavano a svolgere la professione nonostante fossero stati cancellati dal relativo albo. Quindici dipendenti della Asl sono stati denunciati dai carabinieri del Nas per esercizio abusivo della professione. Gli infermieri non avevano pagato le relative quote al collegio Ipasvi e di conseguenza erano stati radiati. Senza l'iscrizione non è possibile svolgere l'attività e adesso anche la Asl verificherà la posizione degli

infermieri che, privati del titolo, hanno continuato a lavorare negli ospedali del territorio".

Quanto al difficile rapporto con la tv e con l'immaginario collettivo che profonde dai piccoli schermi, ci ha pensato il popolare settimanale **Sorrisi e Canzoni** (n. 36). Ampio spazio al punto di vista degli infermieri nello speciale dal titolo "Medici della tv giù la mascherina - La contestazione di chirurghi e infermieri". Scrive Patrizia Guariento "I veri camici bianchi mettono sotto accusa le serie ospedaliere: «La realtà che viviamo è totalmente diversa».

Infine, un bell'esempio di sanità territoriale registrato dalla stampa a Ostia. Scrive Enzo Bianciardi su **Il Tempo** (05/09/2008): Nuovi presidi sanitari nelle scuole del XIII Municipio. Per sorvegliare sulla salute dei ragazzi, da quest'anno, come il vecchio grembiule, tornano a funzionare nei maggiori plessi scolastici le infermerie. Si tratta di cinque i nuovi presidi scolastici con un infermiere professionale in una sala medica attrezzata dalla Asl, collegata via internet alla rete dei medici di famiglia e con tutte le attrezzature per un primo soccorso". "La presenza di un infermiere professionista nei plessi frequentati da bambini delle elementari e ragazzi delle medie - spiega il direttore del secondo Distretto sanitario della Asl Roma/D - garantisce anche una buona prevenzione sanitaria tra i ragazzi, sia a livello individuale e sia a livello scolastico". Comincia forse a passare l'idea che territorializzare l'assistenza migliora il servizio e costa meno perché abbatte l'ospedalizzazione e il ricorso ai Pronto soccorso. Significa investire su educazione sanitaria, prevenzione e primo intervento, riducendo la spesa finale.

Concorso nazionale “Gemma Castorina”

Il collegio provinciale Ipasvi di Grosseto, per ricordare l’infermiera Gemma Castorina, indice un concorso di ricerca infermieristica che rappresenta un punto chiave per sviluppare la disciplina infermieristica ed è fondamentale per applicare interventi assistenziali di documentata efficacia.

Per questa edizione, oltre al premio del collegio Ipasvi, ne verranno assegnati anche altri tre speciali:

- premio speciale dell’amministrazione provinciale di Grosseto;
- premio speciale dell’azienda Usl 9 di Grosseto (riservato agli infermieri dipendenti della stessa);
- premio speciale del Centro interdipartimentale di soddisfazione dell’utenza e qualità percepita nei servizi sanitari dell’università degli studi di Siena.

In questa ottava edizione del concorso, i premi principali saranno quattro, ognuno con un suo argomento di ricerca:

- premio “infermiera Gemma Castorina” Collegio provinciale Ipasvi Grosseto (2.000 euro), per il quale i candidati devono produrre un elaborato inerente: “Progetti condivisi ed integrati di percorsi assistenziali per le persone affette da patologie croniche in ospedale e territorio: progetti sperimentali o già a sistema”;
- premio speciale “infermiera Gemma Castorina” provincia di Grosseto (1.500 euro) per il quale i candidati devono produrre un elaborato inerente: “La comunicazione difficile nella relazione di aiuto: percorsi di assistenza, strumenti, modalità”;
- premio speciale “infermiera Gemma Castorina” azienda Usl 9 di Grosseto, riservato agli infermieri dipendenti dell’Usl 9 di Grosseto (primo, secondo e terzo premio di 1.500, 1.000 e 500 euro);
- premio speciale “infermiera Gemma Castorina” Centro interdipartimentale di soddisfazione dell’utenza e qualità percepita nei servizi sanitari università di Siena (1.000 euro), per il quale i candidati devono produrre un elaborato inerente: “Sistemi di valutazione delle competenze e performance clinico/assistenziali del personale Infermieristico e delle performance del personale di supporto”.

nel territorio nazionale e gli studenti iscritti al terzo anno di corso di laurea in Infermieristica. L’elaborato può essere redatto da un singolo partecipante o da un gruppo di infermieri e/o studenti infermieri. I requisiti vanno posseduti alla data di scadenza del bando di concorso. Gli studenti devono allegare al lavoro un certificato di iscrizione al terzo anno di corso di laurea in Infermieristica.

Considerato che l’intento del concorso nazionale è valorizzare la ricerca e i risultati reali di beneficio per le persone con bisogni di salute, i vincitori si devono impegnare, dichiarandolo alla presentazione dell’elaborato, ad attuare i progetti di ricerca presentati, a presentarne i risultati conseguiti applicando pro-



I lavori presentati devono essere originali ed inediti. Possono partecipare al concorso: gli iscritti negli albi dei collegi provinciali Ipasvi che operano

getti di educazione e di prevenzione, procedure, percorsi di cura, a un anno dalla data di assegnazione del premio.

La domanda di partecipazione al concorso, redatta in carta semplice, dovrà essere indirizzata al presidente del Collegio Ipasvi di Grosseto (via Repubblica Domenicana 80, 58100 Grosseto) e dovrà essere presentata, o pervenire, entro le ore 12 del 14 febbraio 2009.

L'elaborato e la relativa domanda si considerano prodotti in tempo utile anche se spediti a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. Alla domanda, sottoscritta dal o dai concorrenti, comprensiva dell'impegno a presentare il report di attività a un anno dal premio, dovranno essere allegate tre copie cartacee del lavoro con il quale si intende concorrere e una copia elettronica su cd; la scheda raccolta dati anagrafici che dovrà contenere il cognome, nome, il luogo e la data di nascita, la residenza; l'Albo nel quale è iscritto o la sede universitaria frequentata; il domicilio e il recapito telefonico presso il quale ricevere ogni necessaria comunicazione relativa al concorso.

La graduatoria dei lavori idonei sarà formulata dalla commissione con l'attribuzione dei rispettivi premi. Il primo lavoro classificato di ciascun premio verrà pubblicato sulla rivista "Nursing oggi".

La premiazione avverrà in concomitanza con la Giornata internazionale dell'Infermiere che si terrà a Grosseto nel maggio 2009.

Per maggiori informazioni, segreteria del **Collegio Ipasvi di Grosseto (martedì e giovedì) dalle 9 alle 11. Tel. 0564.22975; e-mail: segreteria@ipasvigrosseto.it**

ZOOM

Chi era Gemma Castorina

La notte del 9 ottobre del 2001 l'elicottero 'Pegaso 2' dell'elisoccorso 118 della Regione Toscana si schiantava sulla collina di Poggio Ballone, nei pressi di Grosseto, mentre trasportava un ferito.

Morirono cinque persone: il medico e l'infermiera, i due piloti e il paziente che stavano trasportando.

L'eliambulanza era stata chiamata per trasportare un ragazzo, Paolo Maffellucci - rimasto gravemente ferito in un incidente stradale - da Grosseto a Pisa, dove doveva essere ricoverato nella clinica neurochirurgica. Insieme con il giovane c'erano un medico, un'infermiera e due piloti. L'impatto del mezzo con una collina li uccise tutti. I piloti Giovanni Minetti e Paolo Brancaleon; il medico del 118, Niccolò Campo, mentre l'infermiera - per l'appunto - Gemma Castorina.

AVVISO

I colleghi che hanno conseguito la laurea specialistica sono invitati a depositarne copia presso il Collegio per l'aggiornamento del fascicolo personale.

Un caso di omissione di atti d'ufficio

In questo articolo esaminiamo una sentenza interessante per la professione infermieristica che riguarda intimamente il rapporto professionale tra infermieri e medici. Si tratta in particolare del caso in cui gli infermieri richiedono l'intervento dei medici in un caso in cui, in un reparto ad alto rischio (terapia intensiva cardiologica), occorreva riparamentare i dosaggi dei farmaci (dopamina). I medici non intervengono, nonostante sia stata segnalata dal personale infermieristico la gravità e l'urgenza della situazione.

Gli imputati, medici anestesisti presso una struttura ospedaliera di Torino, risultano condannati, con giudizio abbreviato, alla pena di mesi quattro di reclusione per il delitto di rifiuto di atti d'ufficio.

La Corte di cassazione stabilisce il principio secondo cui la scelta del dosaggio delle dopamina non è un atto che rientra nella discrezionalità dell'infermiere bensì, è un atto medico tout court.

Secondo il principio di diritto affermato dalla Corte: "In tema di rifiuto di atti d'ufficio: *il medico che effettua il turno di guardia notturna presso una struttura specializzata ad alto rischio, non può invocare la discrezionalità tecnica per giustificare comportamenti omissivi, quando si è in presenza di una specifica doverosità d'intervento. Nella fattispecie la Corte ha ritenuto che: "la preventiva segnalazione di gravità ed urgenza del caso fornita dall'infermiere di turno, la ovvia considerazione, al di là di ogni direttiva interna, che i dosaggi medici di un farmaco come la dopamina non possono essere demandati alla discrezionalità dell'infermiere, sono tutti elementi che connotano il carattere di doverosità dell'intervento del medico, qualificando penalmente il suo rifiuto". (Cass. pen., sez. VI, 19 settembre 2003, n. 39108).*

* * * * *

Le difese dei medici

Queste che seguono sono le difese del medico riportate nei tratti principali, così come sintetizzate dalla Corte di cassazione.

Il medico sostiene l'insussistenza degli elementi costitutivi del reato, poiché la norma richiede che il rifiuto, il ritardo o l'omissione si siano verificati senza alcuna valida ragione di legittimazione mentre, nel caso in oggetto, egli aveva valutato l'insussistenza dei caratteri di gravità ed urgenza ed aveva quindi deciso di non intervenire. D'altro canto, la decisione di intervenire, anche in un reparto ad alto rischio, (quale è quello di tera-

pia intensiva e rianimazione cardiocirurgica), appartiene alla sfera di discrezionalità tecnica del medico che, in quanto tale, è insindacabile. In altre parole parole di chi scrive questo articolo e non della cassazione si tratta dell'agire in "scienza e coscienza.

Infine, lamenta che i giudici non abbiano sufficientemente valutato che tale scelta attendistica del medico non abbia portato alcuna conseguenza negativa al paziente.

* * * * *

Le motivazioni dei giudici

Vediamo come la Corte di cassazione reputa infondate le difese del medico.

Il giudice del merito aveva già precisato – nella precedente sentenza sottoposta alla valutazione della Corte di cassazione - che l'unico comportamento colpevole attribuito al medico sta nell'episodio della dopamina il cui dosaggio doveva essere rivisto secondo quanto avevano segnalato gli infermieri.

Secondo la cassazione, la scelta di non intervenire (in scienza e coscienza, quale scelta discrezionale del medico, come affermano nelle difese) secondo l'urgenza rappresentata dal personale infermieristico non può essere giustificata dalla discrezionalità del medico. Infatti, afferma la Corte, la discrezionalità tecnica del sanitario (agire in scienza e coscienza) non può costituire principio salvifico dei comportamenti omissivi, quando si è in presenza di una specifica doverosità di intervenire (la giurisprudenza di legittimità ha sempre affermato, contrariamente all'assunto difensivo, la sindacabilità di tale discrezionalità cass. 14.7.98, V.; 27.5.99, T.; 21.6.99, T.).

Questo "passaggio" della motivazione è particolarmente significativo perché può essere traslato anche alla professione infermieristica. E' opportuno, quindi, ribadire che l'agire in scienza e coscienza non significa agire in base al mero arbitrio, alla pura discrezionalità ma significa comunque agire secondo le "buone regole" della professione.

Questa parte della motivazione appare particolarmente significativa anche per un altro motivo. Essa, infatti, conferisce significato e dignità alla professionalità degli infermieri, applicando, in modo paradigmatico, il principio del profilo professionale secondo cui l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche.

E, quindi, in primo luogo questa sentenza mette un punto fermo tra prescrizione (da un lato) e applicazione della prescrizione (dall'altro lato) e quindi afferma che (ri)dosare la dopamina equivale a nuova prescrizione che, pertanto, è un atto medico.

In secondo luogo, la sentenza valorizza l'opera dell'infermiere di assistenza al malato e cioè, se l'infermiere effettua una valutazione di "gravità" e di "urgenza" questa valutazione non può essere disattesa dal medico che, come vediamo, è responsabile del mancato intervento.

Per riprendere il pensiero della Corte di cassazione, il turno di guardia notturna presso una struttura specializzata ad alto rischio, **la previa segnalazione di gravità ed urgenza fornita dall'infermiere di turno**, la considerazione, al di là di ogni direttiva interna, **che i dosaggi medici non possano essere demandati alla discrezionalità dell'infermiere**, sono tutti elementi che connotano il carattere di doverosità dell'intervento e qualificano il rifiuto.

In ordine all'elemento oggettivo, quindi, alla "condotta", abbiamo visto che il medico afferma che, poiché non si è verificato il danno al paziente, allora non è punibile.

La Corte di cassazione replica anche su questo aspetto, secondo noi degno di nota, evidenziando che innanzitutto non può assumere alcun rilievo il fatto che la scelta attendistica del medico non abbia causato conseguenze dannose, atteso che l'urgenza e l'indifferibilità dell'intervento sono parametri rapportati esclusivamente alla situazione di pericolo, così dando importanza alle scelte infermieristiche.

In secondo luogo, facendo specifico riferimento alla questione del rifiuto, la Corte richiama sue precedenti decisioni secondo cui il rifiuto implica un atteggiamento di diniego a fronte di una qualche sollecitazione esterna, ma, ove questa sollecitazione non vi sia o non sia prevista, essa può anche essere rappresentata dall'evidente sopravvenienza in sé dei presupposti oggettivi che richiedono l'intervento. Dato il valore polisenso del termine rifiuto, è corretto svincolare la condotta da sollecitazioni esterne, facendola in sostanza coincidere con l'omissione, sem-

pre a condizione, ovviamente, che l'atto sia caratterizzato dall'urgenza e che il ritardo possa provocare un notevole danno potenziale (cfr. cass., sez. VI, 20.2.1998, B.; cass. sez. VI, 9.12.2002, p.m. e M.).

* * * * *

Quest'ultimo profilo è piuttosto importante.

Sostiene il medico che se non c'è lesione (che è uno specifico reato penale) o altra conseguenza dannosa (ad esempio, la morte) allora non c'è reato, in quanto il rifiuto di prestare assistenza non ha avuto conseguenze sul paziente.

I giudici, però, inquadrano la fattispecie sotto altro angolo visuale, e cioè ritengono che il solo fatto di aver rifiutato l'assistenza sia un reato e, in particolare, il reato di omissione d'atti d'ufficio previsto dall'art. 328 cod. pen.

Tale norma prevede che: *"Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni"*.

Anche per questo, la sentenza è importante, perché essa riguarda non solo il medico pubblico ufficiale, ma anche la nostra professione, ossia gli infermieri in quanto incaricati di pubblico servizio.

Chiudo con un monito: nei rapporti con i medici e con i colleghi infermieri che fanno una valutazione di gravità e di urgenza (quindi, valutano uno stato di pericolo per un paziente) il solo fatto di rifiutare l'assistenza configura, come abbiamo visto, un reato penale.

Avv. Alessandro Cuggiani

Lo "starter kit" del ricercatore (parte seconda)

Proseguiamo il discorso iniziato nel numero 4 del 2007. In quell'occasione, abbiamo dato qualche orientamento sull'uso dei motori di ricerca, e nello specifico **Google**. Approfondiamo stavolta alcuni piccoli "trucchi" per cercare meglio ciò che ci interessa, se conosciamo a priori qualche informazione.

Ad esempio, in Google, abbiamo la possibilità di cercare esattamente una parola o un insieme di parole solamente in un sito determinato. Questo ci aiuta in quei siti web che non sono forniti di "motore di ricerca interno" e contengono molto materiale. La sintassi da seguire è la seguente:

infermieri site:www.ipasvi.roma.it

dove al posto di *infermieri* sostituiamo il termine che a noi interessa cercare, ed al posto di *www.ipasvi.roma.it* sostituiamo il sito contenente l'eventuale termine da ricercare.

Proviamo ancora con:

emergenza site:www.infermieri.com

piuttosto che

laurea site:www.ipasvi.it

Senza dubbio noteremo che, per ogni risultato ottenuto, avremo una descrizione della parte del sito cercato, con sottolineata in **grassetto** (o bold) la parola cercata nel contesto originale inserito.

Altra peculiarità: se il file trovato sarà differente da una pagina web semplice, Google individuerà il tipo di formato del file in cui è contenuta la parola trovata. Se ad esempio è una dia-

positiva di Microsoft® Powerpoint®, vedremo l'estensione prima del link relativo, ed in basso la descrizione. Ecco in basso un esempio:

[PPT] Nursing Practice

Formato file: Microsoft Powerpoint 97 - **Versione HTML**

... 2 percorsi formativi universitari richiesti: **Laurea** breve —2 anni – 60% + Infermieri negli USA. ... superamento degli esami. * **Laurea** di Base - BSN. Sbocchi: ...

www.ipasvi.it/SpecialeXIIICongresso/relazioni/slides/Affonso_italiano.pps

Stessa cosa ovviamente se si tratta di file creati in Adobe® Acrobat®. In questo caso, troveremo l'estensione (PDF) e la descrizione in basso.

[PDF] Leggi 19 novembre 1990, n. 341

Formato file: PDF/Adobe Acrobat

... 1. Le università rilasciano i seguenti titoli: a) diploma universitario (DU); b) diploma di **laurea** (DL); c) diploma di specializzazione (DS); d) dottorato di ...

www.ipasvi.it/leggi/pdf/009191190n341.pdf

a cura di Fabrizio Tallarita

Webmaster del Collegio Ipasvi di Roma

webmaster@ipasvi.roma.it



Nuovi referenti regionali per l'Anote

Il 5 marzo 2008, presso la sala riunioni del collegio Ipasvi di Roma, si è riunita l'assemblea dei soci Anote del Lazio e si sono svolte le elezioni per la carica di referente regionale e componenti della segreteria.

L'Anote è un'associazione che ha come componenti infermieri che si occupano di endoscopia (nelle sue diverse forme e di quella digestiva in modo particolare) e di gastroenterologia. Lo scopo dell'associazione a livello regionale è quello occuparsi della formazione in materia, in modo da uniformare la crescita professionale collaborando con i colleghi professionali della regione e le società scientifiche.

Per questo invitiamo tutti i colleghi interessati, che lavorano in gastroenterologia ed endoscopia, a mettersi in contatto con la nuova referente regionale, Laura Gabrielli (Azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma), attraverso l'e-mail: lgabrielli62@libero.it

Nella foto: il referente uscente, ora al direttivo nazionale, G. Fiorito, con la nuova referente regionale L. Gabrielli e tre dei componenti della segreteria: G. Irti, M. Epifani e A. Lucarini.



Appuntamento a Firenze con il Congresso Nazionale

Dal 26 al 28 febbraio 2009 si terrà a Firenze, alla Fortezza da Basso, il XV Congresso della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, con un tema particolarmente significativo: Infermieri: valori, innovazione e progettualità per l'assistenza alla persona. Tutte le informazioni in tempo reale sul programma e le modalità di iscrizione sono pubblicati sul sito www.ipasvi.it. Di seguito, riportiamo il programma provvisorio elaborato al momento di andare in stampa.

GIOVEDÌ 26 FEBBRAIO

10.00 Registrazione dei partecipanti

14.30 Apertura del Congresso e Saluti delle Autorità

RELAZIONE INTRODUTTIVA – Infermieri: valori, innovazione e progettualità per l'assistenza alla persona – Annalisa Silvestro
PRIMA SESSIONE – Gli infermieri per l'equità e la sostenibilità del sistema salute.

Tavola rotonda - Il Comitato centrale Ipasvi si confronta con i rappresentanti del Governo, delle Regioni, delle Aziende, dell'economia e delle organizzazioni dei cittadini.

18.00 Chiusura dei lavori.

VENERDÌ 27 FEBBRAIO

SECONDA SESSIONE – Innovazione ed esperienze di buona pratica infermieristica.

9.00 Relazioni – Presentazione di una selezione dei contributi proposti alla Federazione da infermieri che operano nella clinica, nella formazione e nell'organizzazione.

13.00 Pausa pranzo.

14.30 Ripresa delle relazioni.

TERZA SESSIONE – Il nuovo Codice deontologico dell'infermiere

15.40 Presentazione a cura del Comitato Centrale Ipasvi – Presiede Annalisa Silvestro.

17.30 Chiusura dei lavori.

SABATO 28 FEBBRAIO

QUARTA SESSIONE – Progetti, sperimentazioni e ricerche della Federazione Ipasvi per l'innovazione infermieristica

9.00 Relazioni:

- Un percorso per la declinazione strategica della funzione dirigenziale infermieristica;
- La complessità assistenziale e la determinazione del fabbisogno di infermieri e operatori socio-sanitari;
- La collettività infermieristica e l'infermiere per la declinazione della responsabilità professionale;
- Le Scuole di dottorato per l'evoluzione e l'innovazione della

clinica infermieristica;

- Lo sviluppo del sistema professionale di previdenza.

QUINTA SESSIONE – Gli infermieri per lo sviluppo del sistema Paese

11.30 Tavola rotonda – Il Comitato centrale Ipasvi si confronta con i rappresentanti del Governo, delle Regioni, dell'Università e del mondo del lavoro

13.30 Mozione conclusiva e chiusura del Congresso.

COME RAGGIUNGERE LA SEDE CONGRESSUALE

In auto: la Fortezza da Basso, che ospita Firenze Fiera, è a soli 4 chilometri dalla principale autostrada (A1 Autostrada del Sole – Casello Firenze Nord). Due ampi parcheggi per 600 e 800 posti auto sono disponibili a soli 100 metri dalla Fortezza.

In treno: la Stazione ferroviaria di Santa Maria Novella è distante circa 200 metri dalla Fortezza.

In aereo: l'Aeroporto di Firenze è collegato con le maggiori città italiane. Si trova a 4 chilometri dal centro di Firenze. È servito da taxi o dal servizio Volainbus che assicura il collegamento tra l'aeroporto e la Stazione (dalle ore 5.30 alle ore 23).

In autobus: tutti i mezzi pubblici prevedono una fermata alla Stazione. Per la sua ubicazione, la Fortezza da Basso è pertanto raggiungibile agevolmente a piedi.

ISCRIZIONI

Per partecipare alle attività congressuali è necessario:

- a) iscriversi compilando la scheda d'iscrizione (reperibile sul sito www.ipasvi.it);
- b) effettuare il bonifico;
- c) trasmettere la documentazione completa a "I Viaggi del Perigeo", secondo le modalità di seguito indicate.

Alla scheda d'iscrizione, indipendentemente dalle modalità con cui viene trasmessa (fax, e-mail ecc.) deve essere sempre allegata copia del bonifico bancario intestato a:

I VIAGGI DEL PERIGEO SRL

Banca Popolare di Sondrio - Ag. 8

Iban IT 04A0569603208 000005400X10

Via Crati 1 – 00199 Roma

(Tutte le spese bancarie relative al bonifico sono da considerare a carico del partecipante).

La scheda di iscrizione (che comprende eventuali prenotazioni del pranzo del 27/2/2009 e alberghiera, se richieste) e la copia del bonifico possono essere trasmesse per fax al numero

06.8551544 per e-mail a: congressi.ipasvi@iviaggidelperigeo.it

RISTORAZIONE

Per il giorno 27/2/2009 è previsto un pranzo, allestito a buffet. La prenotazione al pranzo (€ 24,00 bevande incluse) avviene all'atto dell'iscrizione ed è facoltativa.

Si raccomanda di confermare la prenotazione al pranzo entro e non oltre il 30/12/2008.

PERNOTTAMENTI

Per favorire il soggiorno dei congressisti, "I Viaggi del Perigeo" ha opzionato un certo numero di camere in varie strutture alberghiere di Firenze. Fino ad esaurimento della disponibilità (e comunque non oltre il 30/12/2008) si procederà automaticamente alla conferma delle camere, secondo la tipologia prescelta.

CONFERMA

Ad avvenuto pagamento "I Viaggi del Perigeo", completate tutte le procedure di prenotazione al Congresso + eventuale pranzo del 27/2/2009 e/o prenotazione alberghiera, invierà all'interessato - per e mail o fax - conferma dei servizi richiesti. A tal fine la scheda deve essere completa in tutte le sue parti.

CANCELLAZIONI

Le quote d'iscrizione non sono rimborsabili. Eventuali cancellazioni delle prenotazioni alberghiere saranno soggette alle seguenti penalità

- una notte entro il 31/1/2009;
- dal 1/02/2009 il totale delle notti.

CREDITI ECM

È stata inoltrata domanda di accreditamento Ecm per Infermieri, Infermieri pediatrici/Vigilatrici d'infanzia e Assistenti sanitari.

ATTESTATI

L'attestato di partecipazione sarà rilasciato in sede congressuale a tutti i partecipanti regolarmente iscritti al Congresso.

INFORMAZIONI

La segreteria organizzativa è attiva presso "I Viaggi del Perigeo"

dal lunedì al venerdì, ore 9-13 e 15-19.

Tel. 06.85301301 (digitare 2)

Fax 06.8551544

e-mail congressi.ipasvi@iviaggidelperigeo.it

The graphic features the IPASVI logo at the top left. The main text reads: "Infermieri: valori, innovazione e progettualità per l'assistenza della persona". Below this is an illustration of a hand holding a red cross on a white background. At the bottom, it says "XV CONGRESSO NAZIONALE IPASVI" and "FIRENZE, FORTEZZA DA BASSO 26-28 FEBBRAIO 2009".

NORME EDITORIALI

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

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

Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) introduzione; 3) materiali e metodi; 4) risultati; 5) eventuali discussioni; 6) conclusioni; 7) bibliografia.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

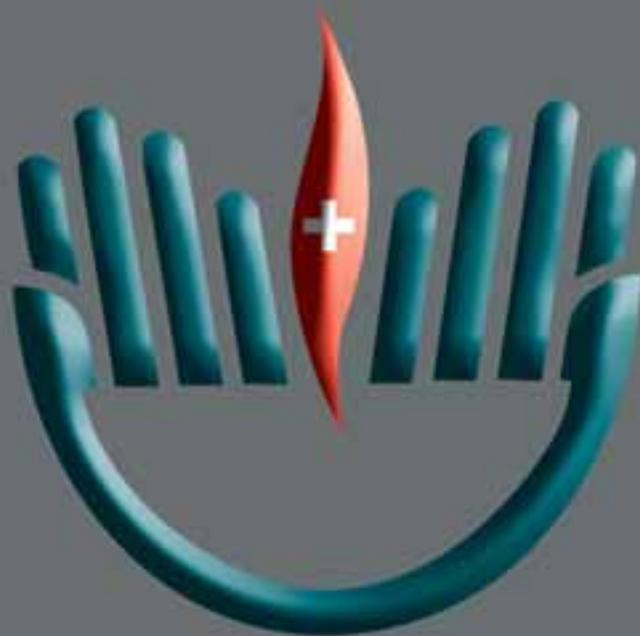
PAROLE STRANIERE

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

MODALITA' E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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



COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA

Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma - Metro Ottaviano

Tel. 06.37511597 r.a. - Fax 06.45437034

Email: collegio@ipasvi.roma.it

Televideo Rai3 Pag. 439 - www.ipasvi.roma.it

Gli orari di apertura degli uffici sono i seguenti:

Lunedì e giovedì: 8,30-12,30 e 14,30-17

Martedì, mercoledì, venerdì: 8,30-12,30