

INFERMIERE

oggi

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

N°2



EDITORIALE

I pilastri siamo noi

.....

FOCUS

Osservazioni al Piano
sanitario regionale

.....

STUDI

Il "caregiving"
a persone anziane

.....

L'AVVOCATO DICE

Il valore del nuovo
Codice Deontologico

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
Angela Basile, Bertilla Cipolloni, Rodolfo Cotichini, Stefano Di Carlo,
Gianfranco Del Ferraro, Maurizio Fiorda, Natascia Mazzitelli,
Francesca Premoselli, Maria Grazia Proietti, Angelina Palumbo,
Ausilia M.L. Pulimeno, Alessandro Stievano, 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 XIX - N. 2 - APRILE-GIUGNO 2009

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: giugno 2009

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 I pilastri siamo noi
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 Il "caregiving" a persone anziane in Sardegna
di Ercole Vellone, Giovanni Piras
- 20 Il burn-out degli infermieri. Analisi critica e ricerca bibliografica della letteratura
di Emilia Marsala
- 30 La gestione del dolore in ambito pediatrico. Da un'indagine conoscitiva all'attuazione del progetto "Ospedale senza dolore"
di Rosario Alvaro, Mariagrazia Greco, Mariaclara Montanaro, Loredana Sasso
- 34 Lo studente infermiere e la funzione tutoriale
di Marta Nucchi, Anne Destrebecq, Vincenza De Santis

FOCUS

OSSERVAZIONI AL PIANO SANITARIO REGIONALE, PROGETTI DI FORMAZIONE E SANIT 2009

- 40 Osservazioni al nuovo Piano sanitario regionale
45 Un anno all'insegna della formazione
48 Al Palazzo dei Congressi di Roma torna il SANIT Forum Internazionale della Salute

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 50 Commissione Ecm, conferma per il presidente del Collegio

L'ANGOLO DEI MEDIA

- 52 Dicono di noi...

SEGUITO PER VOI

- 53 All'Umberto I, per parlare di trans-culturalità nella professione infermieristica
54 La vice presidente Ipasvi premiata a "Protagonisti dell'innovazione"

LETTI PER VOI

- 56 Vivere è una "colpa"?

NON SOLO INFERMIERI

- 57 L'amore ha lati positivi e negativi. Attento a quelli sieropositivi!
59 Infermieri al teatro per aiutare l'Anlaids

L'AVVOCATO DICE

- 60 Il nuovo Codice Deontologico: l'infermiere nella comunità internazionale

INFERMIERI IN RETE

- 63 Le riviste infermieristiche straniere disponibili on line



I pilastri siamo noi

di Gennaro Rocco

La questione è titanica. Lo è per peso e per effetti. Rappresenta un bivio per un Paese come il nostro, sempre sospeso tra voglia di futuro e resistenza al cambiamento. Di titanico ha assunto ormai anche la terminologia, cosicché nel linguaggio comune è divenuta una questione di "pilastri". E dalla disputa politica che si accende sul numero e la funzione dei pilastri, deriveranno scelte determinanti per il sistema di protezione sociale, per il suo presente e il suo futuro. Di più: dipenderà la sussistenza stessa del servizio sanitario e di una rete assistenziale adeguata che faticosamente l'Italia insegue tra problemi e ritardi.

Il momento è davvero cruciale. Dopo gli eccessi polemici dell'ultima lunga campagna elettorale, gli schieramenti politici devono affrontare la riforma del welfare con spirito costruttivo e collaborare. Ciò che non possiamo permetterci è restare fermi, non agire, non riformare un sistema che scricchiola ogni giorno di più.

Le posizioni espresse dal Governo e dalla maggioranza parlamentare possono e devono trovare una sintesi virtuosa con l'impianto proposto dall'opposizione. Gli elementi dell'uno e dell'altro progetto, ancorché alternativi su alcuni punti, possono essere integrati utilmente per rinforzare la stabilità delle fondamenta e rispondere alle nuove esigenze di una comunità in rapida trasformazione.

L'impianto su cui costruire il nuovo welfare indicato dal Governo muove dal presupposto che processi sociali come il progressivo invecchiamento della popolazione, la bassa crescita e la "rivoluzione epidemiologica" legata all'immigrazione e alla circolazione planetaria dei cittadini mettano ad alto rischio la tenuta del sistema. Una preoccupazione concentrata soprattutto sulla spesa crescente che lo Stato è chiamato a sostenere attraverso il criterio del finanziamento per "ripartizione", in pratica drenando le risorse necessarie a finanziare i servizi socio-assistenziali dal capitolo delle tasse.

Il sistema "multipilastro" elaborato dal Governo presuppone la crescita di una seconda fonte di finanziamento, da affiancare a quella fiscale che grava direttamente sui cittadini. Sviluppando

la voce di finanziamento per "capitalizzazione", il ministro chiede al Parlamento di poter implementare l'accesso di capitali privati, specialmente nel settore pensionistico e per le prestazioni sanitarie integrative.

Il criterio dichiarato è quello dell'universalismo selettivo, un sistema bilanciato di prestazione pubblica a carico della collettività e contributo personale di ciascun assistito. Quanto ai costi, il ministro indica un sistema misto concepito in base a tariffe calcolate su standard di riferimento e la compartecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni.

Accanto a ciò, il Governo si impegna a procedere con una sostanziale riforma dell'attuale organizzazione della rete dei servizi sanitari, accelerando su deospedalizzazione, innovazione tecnologica, governo clinico, assistenza integrativa, perseguendo la realizzazione di reti ospedaliere ad alta specializzazione e lo sviluppo della filiera dell'assistenza territoriale.

Con la recente presa di posizione del Partito Democratico, l'opposizione ha espresso un giudizio fortemente critico sugli orientamenti del Governo in tema di riforma del welfare. Per il Pd la maggioranza sta procedendo sulla strada della privatizzazione dei servizi concedendo troppo spazio all'iniziativa e ai capitali privati. In particolare, si contesta al Governo di concedere eccessivo spazio al pilastro della "capitalizzazione", scaricandone i costi sulle famiglie attraverso forme assicurative private o mutualistiche. Da qui l'accusa al Governo di aver avviato azioni conseguenti a tale scelta con il congelamento del Fondo Sanitario 2010-2011, l'azzeramento del "fondo ex articolo 20" per gli investimenti, il tentativo di diminuire i Livelli Essenziali di Assistenza e di introdurre tutele socio-sanitarie diverse a seconda dell'attività e del ruolo sociale del singolo cittadino.

Al di là delle posizioni politiche, gli infermieri vivono "in trincea" i problemi del sistema sanitario e fanno i conti quotidianamente con la necessità oggettiva e urgente di una riforma profonda. Soprattutto chiedono che alle questioni di principio seguano finalmente provvedimenti concreti. Senza sconti però sul pilastro autentico del sistema di protezione sociale nazionale.

EDITORIALE

le, quello che deve restare centrale: l'universalità delle prestazioni e la solidarietà mutualistica.

In questa chiave, le proposte del Governo e quelle dell'opposizione presentano entrambe aspetti interessanti su cui varrebbe la pena di lavorare per integrarli in un disegno complessivo equilibrato e più efficiente.

Il sistema "multipilastro" indicato dal ministro Sacconi appare interessante per le tutele assicurate ai cittadini dal criterio di universalismo selettivo, che può rivelarsi utile nel contenere eccessi di spesa e sprechi, specie nei campi della diagnostica e della farmaceutica. Tuttavia, l'esperienza maturata in altri Paesi suggerisce che tale sistema non può prescindere da alcuni paletti: la parità di accesso alle prestazioni, la sostenibilità finanziaria, il controllo della qualità dei servizi resi.

Valutiamo con favore anche gli indirizzi contenuti del progetto di riforma che riguardano la revisione dei LEA con l'introduzione anche di criteri quantitativi delle prestazioni correlati alle migliori pratiche diagnostiche e terapeutiche, lo sviluppo dell'assistenza territoriale. Su questo piano la sfida con la componente privata che opera in ambito sanitario non può che essere produttiva per tutti, cominciando dai cittadini e dagli operatori. Tra le osservazioni avanzate dall'opposizione parlamentare, quella riferita al mancato compimento del processo di autonomia professionale ci trova particolarmente d'accordo. C'è l'as-

soluta necessità di procedere rapidamente alla riforma delle rappresentanze professionali, trasformando il nostro Collegio in Ordine ed istituendo i nuovi Ordini delle professioni che ancora ne sono sprovviste. Così pure condividiamo la richiesta di una diversa integrazione con la componente medica, su basi finalmente nuove e rispettose della straordinaria evoluzione che le professioni sanitarie, e quella infermieristica in particolare, hanno messo a segno in questi anni. Piena sintonia, inoltre, sulla spinta da conferire alla valorizzazione dell'infermiere e sull'attribuzione alla professione di un'autonomia vera, con l'attivazione della Dirigenza in tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Su queste basi siamo convinti che possa essere scritta una pagina importante per la sanità italiana, all'insegna di prestazioni di qualità garantite da chi ha le competenze e l'esperienza per farlo. Guardare alla crescita dell'integrazione dei servizi socio-sanitari, approfittando anche di quanto sperimentato con successo in altri Paesi a sanità avanza, significa valorizzare al meglio le professioni sanitarie che si occupano della persona assistita nella sua globalità, a stretto contatto con la molteplicità delle sue esigenze cliniche, umane e relazionali.

E allora, attenzione: non c'è welfare senza infermieri; una riforma che prescinde dalla centralità della nostra professione non può funzionare. I veri pilastri del sistema siamo noi.



Il "caregiving" a persone anziane in Sardegna

di Ercole Vellone, Giovanni Piras

Il presente articolo ha vinto l'ultima edizione del Premio per la ricerca indetto dal Collegio Ispasvi di Roma.

ABSTRACT

Lo scopo di questo contributo è stato quello di valutare diversi aspetti del *caregiving* a persone anziane residenti in Sardegna.

Con uno studio descrittivo, correlazionale e comparativo, sono stati analizzati 80 *caregiver* di soggetti anziani, residenti in aree metropolitane, urbane e rurali, che fornivano l'assistenza per almeno quattro ore settimanali.

I dati sono stati raccolti con il questionario dello studio Eurofamcare che indagava vari aspetti del *caregiving*, la salute e il benessere del *caregiver*, i servizi utilizzati e i problemi comportamentali, di memoria e fisico/funzionali dell'anziano.

I *caregiver* studiati erano, nella maggior parte dei casi, figlie di pazienti, con un'età media di quasi 60 anni e un livello scolastico medio-basso. Gli anziani assistiti avevano un'età media di 85 anni, nel 72% dei casi erano donne e tutti moderatamente o gravemente dipendenti.

Il 51% di loro aveva problemi di memoria, il 27% era affetto da demenza e il 41% presentava disturbi comportamentali. Il 17% dei *caregiver* studiati era depresso e, nella maggior parte dei casi, ha lamentato la scarsità di servizi di supporto, fermo restando che, quasi il 100%, aveva una concezione "positiva" del *caregiving*.

I punteggi alle scale del benessere, stress e qualità di vita erano medi.

L'analisi statistica ha mostrato che i

caregiver residenti in zone metropolitane avevano una qualità di vita più elevata e livelli di stress più bassi rispetto ai *caregiver* residenti in zone urbane e rurali. I *caregiver* che assistevano pazienti con problemi di memoria/demenza e comportamentali avevano livelli di qualità di vita, stress e depressione più elevati e benessere più basso rispetto ai loro pari che assistevano anziani senza questi problemi.

Vengono discussi i risultati in relazione alla loro utilità per la programmazione delle politiche sanitarie e delle cure primarie nella regione Sardegna.

INTRODUZIONE

A causa del rapido invecchiamento della popolazione, **l'Italia, oggi, è considerata uno dei Paesi con la più alta percentuale di anziani** (Golini, 2000; Kinsella and Velkoff 2001; United Nations 2003).

Questo dato, seppur accompagnato da un miglioramento dello stato di salute degli anziani, ha comportato un aumento delle malattie cronico-degenerative e delle disabilità: si stima, infatti, che, attualmente, il 5% degli anziani è disabile e che nel 2010 questa percentuale raddoppierà (Ranci, 2001).

Attualmente, **la famiglia rappresenta la fonte di assistenza principale per gli anziani con disabilità** (Censis, 1999) per cui, parallelamente allo studio delle problematiche sanitarie specifiche di questa fascia della popolazione, cresce sempre di più l'interesse per i loro *caregiver* (Vellone et al., 2002a; Vellone et al., 2002b).

Non a caso, come riportato in letteratura, lo stress dovuto all'assistenza di un

anziano disabile ne può comportare l'istituzionalizzazione, con conseguente diminuzione della sua qualità di vita e aumento della spesa sanitaria (Argimon, Limon, Vila & Cabezas, 2005; Challis, 1992).

Alla luce di questa considerazione, lo studio del "mondo" del *caregiver* è diventato una priorità per l'Italia e per tutti i paesi occidentali.

Secondo i dati demografici del 2003, la popolazione italiana residente era di 57.321.070 persone, di cui 10.901.149, pari al 19%, anziani.

In Sardegna la popolazione anziana residente, riferita allo stesso periodo, era di 268.692 su un totale di 1.637.639 abitanti, pari al 16,40% (Istat, 2004). Così, anche se l'isola ha una percentuale più bassa di anziani rispetto al resto dell'Italia, sta comunque vivendo il problema dell'invecchiamento della popolazione, con tutti i problemi ad esso connessi.

In altre regioni italiane, il *caregiving* a persone anziane disabili ha suscitato un discreto interesse (Balla et al., 2007; Neri et al., 2007; Uderzo, Caputo, & Laquintana, 2000; Tibaldi et al., 2004), invece, per quanto riguarda i *caregiver* di persone anziane residenti in Sardegna, non risultano studi di ricerca. Considerate le possibili differenze culturali esistenti tra il popolo sardo ed il resto dell'Italia, possiamo ipotizzare che il *caregiving* a persone anziane, in questa regione, abbia delle caratteristiche peculiari che necessitano di studi specificatamente condotti.

Avere delle conoscenze certe, provenienti da un'indagine condotta con metodo scientifico sulla situazione dei

caregiver di persone anziane residenti in Sardegna, rappresenta un primo passo per poter indirizzare le cure primarie.

LETTERATURA

La parola "*caregiving*" deriva da due verbi della lingua inglese: "*to care*" (assistere, prendersi cura) e "*to give*" (dare, fornire).

Il *caregiver* è un fornitore di assistenza informale, in genere un membro della famiglia, che si prende cura di una persona in stato di necessità, malata o anziana. Questi si occupa del proprio assistito per la maggior parte della giornata, svolgendo a volte un vero e proprio ruolo terapeutico.

Nella letteratura sono presenti numerosi studi riguardanti il *caregiving* all'anziano, tutti tendenti ad analizzare le dinamiche positive e negative conseguenti a quell'insieme di processi assistenziali che vengono forniti a soggetti che hanno bisogno di cure.

L'80-90% dei pazienti anziani bisognosi di assistenza sono assistiti in famiglia: il 70% dei fornitori di assistenza sono donne ed 1/3 di loro eroga servizi equivalenti ad un lavoro a tempo pieno (Golini, 2000). I familiari che assistono un paziente anziano non autosufficiente devono sostenere un pesante carico assistenziale (Zarit et al., 1982): è dimostrato, infatti, che essi (come nel caso della demenza) sono particolarmente a rischio di accusare sintomi di stress, nervosismo, astenia, inappetenza ed insonnia (Sansoni, et al., 1999; Sansoni et al., 2004).

Frequentemente, viene rilevata una depressione dell'umore nei *caregiver* e questo si correla positivamente ad un consumo di psicofarmaci significativamente superiore rispetto alla popolazione generale (Zanetti, et al., 1989; Vaccaro, 2000; Vellone, et al., 2002a). Spesso, stress, ansia e depressione conseguente al *caregiving* si sono dimostrati correlati tra loro ed associati con variabili simili: sono i fattori sociali, psicologici e dipendenti dalle manifestazioni delle malattie dell'anziano che contribuiscono all'instaurarsi di condizioni di stress, depressione ed ansia (Wright, 1994).

Miller (1989) notò che lo stress era

determinato dai comportamenti del paziente, ma non sempre era associato con un'esperienza distruttiva per il *caregiver*. Alcuni autori hanno osservato che lo stress si produce nel *caregiver* quando l'anziano manifesta sintomi quali allucinazioni, depressione, insonnia, incontinenza, agitazione, declino cognitivo, vagabondaggio e riduzione nelle attività del vivere quotidiano (Gallagher-Thompson et al., 1992; Heok et al., 1997; Donaldson et al., 1998; Gonzalez-Salvador et al., 1999).

Altre variabili, trovate in associazione con lo stress, sono state l'età avanzata del paziente (Jones e Peters, 1992) e l'eccessiva durata dell'assistenza (Heok, et al., 1997; Gonzalez-Salvador et al., 1999), anche se, in merito a quest'ultima, ci sono dati contrastanti (Uderzo, et al., 2000).

I servizi di supporto al *caregiver* non sempre si sono dimostrati capaci di ridurre lo stress. Infatti, alcuni autori hanno riscontrato una notevole riduzione dello stress successiva ad interventi che migliorano il *coping* (Larkin, 1993), mentre altri non ne hanno evidenziato alcuna utilità (Winslow, 1997).

Secondo Hooker, et al., (1998), è, soprattutto, la personalità del *caregiver* ad avere la meglio nello sviluppo dello stress. Tuttavia, è stato dimostrato che gli interventi educativi e di supporto sociale e psicologico, soprattutto a lungo termine, hanno effetti benefici (Goode et al. 1998; Hosaka et al., 1999). Aneshensel et al., (1993) hanno dimostrato che lo stress da *caregiving* non si

riduce, malgrado il *caregiver* usufruisca di servizi di *respite* e che questa condizione è inversamente proporzionale al grado di speranza e di benessere provato (Irvin, et al., 1997).

Un altro disturbo frequentemente riscontrato nei *caregiver* di persone anziane è l'ansia che ha dimostrato relazioni con variabili molto simili allo stress: Stephens et al., (1991) hanno evidenziato che l'ansia da *caregiving* era condizionata dai comportamenti del paziente e dalla relazione antecedente l'insorgenza di malattie e che, anche successivamente all'istituzionalizzazione dell'anziano, questa non diminuiva di intensità.

Neundorfer (1991) notò che l'ansia era correlata con i problemi cognitivi e comportamentali del paziente e con lo stress da *caregiving*, mentre altri autori hanno osservato che sono maggiormente predisposte all'ansia le donne e che i supporti sociali risultano maggiormente utili proprio a quest'ultime (Parks et al., 1991). Anche Jones, et al., (1992) hanno osservato che **l'ansia è preponderante nel sesso femminile**.

Inoltre, gli stessi autori hanno constatato che essa era maggiormente presente tra i *caregiver* che vivevano soli o che avevano problemi fisici (Schulz, et al., 1995) e che è correlata positivamente con la disabilità dell'anziano (Jones et al., 1992).

In altri studi, è emerso che l'ansia e la depressione da *caregiving* si riscontrano più facilmente nei *caregiver* che hanno avuto precedenti disturbi di tipo psichia-



trico (Russo et al., 1995) e che tali disturbi si correlano con il livello di dipendenza fisico/funzionale dell'anziano, l'eccessivo carico assistenziale e la richiesta continua di supporto sociale (Winslow, 1997).

Anche la depressione è stata ampiamente ritrovata tra i *caregiver* di persone anziane.

Beeson et al., (2000) e Bergman-Evans (1994), hanno notato che la depressione è significativamente correlata con la solitudine e la qualità della relazione con l'anziano.

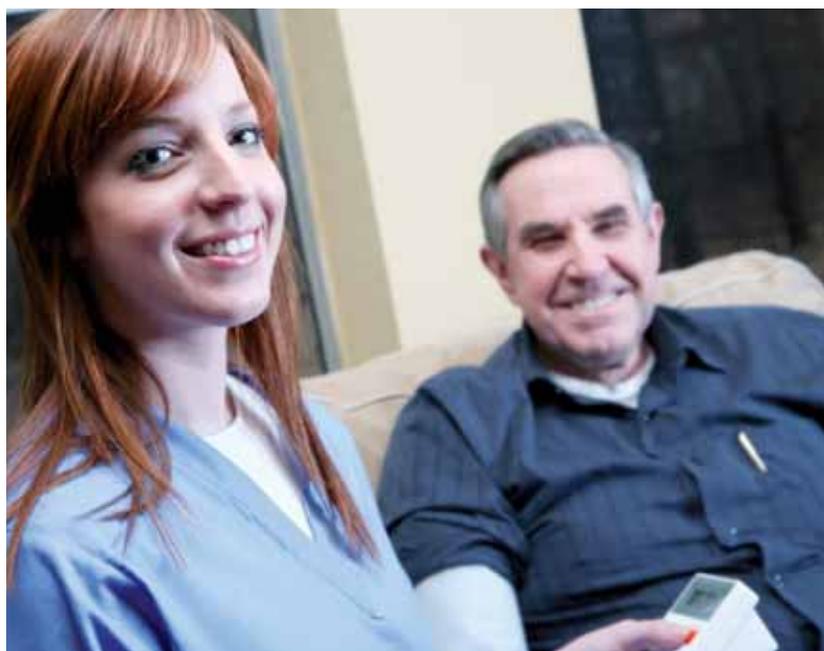
Tra le caratteristiche dell'anziano predittive di depressione nei *caregiver* è stata ritrovata la sua più giovane età e la gravità delle condizioni (ad esempio, con disturbi comportamentali); le caratteristiche del *caregiver* predittive di depressione comprendevano il basso reddito, la relazione con il paziente (le mogli e le figlie erano più depresse di altri *caregiver*) e lo stato di salute (Fuh et al., 1999). Sono stati studiati, più in generale, anche i bisogni dei *caregiver* in termini di supporto necessario e Wackerbarth & Johnson (2002) hanno evidenziato che le informazioni su come assistere l'anziano ed un supporto "materiale" sono gli aspetti che più venivano presi in considerazione tra i *caregiver* da loro studiati. Questi autori hanno anche evidenziato che le donne *caregiver* residenti in aree rurali avevano più bisogno di sostegno e di poter interagire con gli altri rispetto a quelle che vivevano in centri urbani (Wackerbarth & Johnson, 2002). In sintesi, la letteratura riporta che fornire assistenza ad una persona anziana disabile e affetta da disturbi cognitivi e comportamentali è fonte di alti livelli di stress, ansia, depressione e diminuzione della qualità di vita per i *caregiver*, soprattutto se figlie e mogli dell'anziano e con bassi redditi. **Il supporto psicologico, assistenziale ed educativo fornito ai *caregiver* è in grado di ridurre gli effetti negativi dell'assistenza.**

METODO

Domande di ricerca

Per questo studio, sono state formulate le seguenti domande di ricerca:

1. Qual è lo stato di salute psicofisica (depressione, effetti del *caregiving*,



qualità di vita, benessere e stress) dei *caregiver* che forniscono assistenza ad un anziano ultra 65enne residente in Sardegna per più di quattro ore settimanali?

2. Qual è lo stato di salute psicofisica degli anziani residenti in Sardegna assistiti dai *caregiver* (dipendenza, memoria, disturbi comportamentali, bisogni, stato cognitivo)?
3. Quali sono le problematiche principali causate dal *caregiving*?
4. Quali sono i servizi e i supporti già esistenti per l'anziano e il *caregiver*?
5. Quali servizi e supporti vengono utilizzati?
6. Qual è l'esperienza dei *caregiver* nell'utilizzo di questi servizi e supporti?
7. Quali problematiche esistono tra *caregiver* e mondo del lavoro?
8. Quali sono gli orientamenti del *caregiver* riguardo all'assistenza futura?
9. Esistono differenze significative tra *caregiver* e pazienti residenti in aree metropolitane, urbane e rurali in relazione alle variabili indagate?
10. Esistono differenze significative tra le variabili studiate in relazione ai dati socio-demografici dei *caregiver* e degli anziani?
11. Quali variabili si relazionano in modo significativo con la depressione, effetti del *caregiving*, qualità di

vita, benessere e stress dei *caregiver* sardi che forniscono assistenza ad un anziano?

Disegno dello studio

E' stato utilizzato un disegno descrittivo, correlazionale e comparativo.

Campione

Per le procedure di campionamento sono state seguite quelle utilizzate nello studio "Eurofamcare (2006), Services for supporting family carers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage: un ampio studio europeo, condotto per indagare sui servizi di supporto ai *caregiver* di pazienti anziani". Sono stati arruolati 80 *caregiver* di soggetti anziani (persone con età superiore a 65 anni) residenti in Sardegna. Il campione arruolato è stato di tipo stratificato, a seconda del luogo di residenza dell'anziano e del *caregiver*.

Considerate le domande di ricerca, poiché il luogo di residenza poteva costituire un *bias* per permettere una successiva generalizzazione dei risultati su tutta la regione Sardegna, in proporzione alla densità della popolazione ultra 65enne residente in aree rurali, urbane e metropolitane (rispettivamente il 50%; 38% e 12%), sono stati arruolati rispettivamente: 40, 30 e dieci *caregiver*. Il protocollo dello studio prevedeva che, per essere arruolato, questi dovesse prestare almeno quattro ore di assistenza set-

timanale ad un anziano ultra 65enne.

Strumenti

E' stato utilizzato il questionario dello studio Eurofamcare, composto da 211 domande.

Tale questionario è stato sviluppato durante la prima fase dello studio europeo da un gruppo di esperti internazionali, allo scopo d'indagare diverse dimensioni legate all'assistenza familiare ad un anziano (Eurofamcare 2006).

Il questionario Eurofamcare indaga le seguenti dimensioni, anche utilizzando apposite scale:

1. dati socio-demografici riguardanti il caregiver e l'anziano (27 item);
2. bisogni dell'anziano (7 item);
3. problemi comportamentali dell'anziano e relativo stress percepito dal caregiver. Gli item di questa dimensione sono stati tratti dalla scala Bisid (Behavioural and Instrumental Stressors in Dementia) (Keady et al; 1996). Questa scala, tipo Likert, è composta da 22 item e divisa in tre sottoscale che misurano: la frequenza dei disturbi comportamentali del paziente (Bisid paziente); il livello di autonomia nelle Adl e la frequenza dei problemi di incontinenza. Per ogni item l'intervistato deve anche riportare il grado di stress percepito (Bisid caregiver). Il punteggio della Bisid paziente può andare da 12 a 60, mentre quello della Bisid caregiver da 12 a 48. Alti punteggi alle due scale significano, rispettivamente: maggiore frequenza di problemi comportamentali e alti livelli di stress percepito dal caregiver. La scala è stata testata per la validità e l'affidabilità (Keady et al; 1996). Per lo studio Eurofamcare è stata utilizzata solo la sottoscala riguardante la frequenza dei disturbi comportamentali e il relativo stress percepito dal caregiver. La consistenza interna per questo studio, valutata con l'alfa di Cronbach, ha dato un coefficiente di 0,92 per la Bisid paziente e 0,87 per la Bisid caregiver;
4. grado di dipendenza dell'anziano (un item);
5. Adl/ladl (18 item). Otto item sono stati estratti dalla scala di Lawton

(Lawton et al;1969) che ha un punteggio che varia da 0 a 16; dieci item sono stati estratti dall'Indice di Barthel (Mahoney et al; 1965) che ha un punteggio da 0 a 100. Tutte queste scale valutano il grado di autonomia nello svolgimento delle attività di base e strumentali della vita quotidiana. Per entrambe le scale, alti punteggi indicano maggiori livelli di autonomia. L'affidabilità in questo studio della ladl e dell'Indice di Barthel, valutata con l'alfa di Cronbach, ha dato un coefficiente rispettivamente di 0,65 e 0,86;

6. fattori che influenzano la decisione di assistere (11 item);
7. impatto negativo, valore positivo e qualità del supporto del caregiving (15 item). Questi item sono stati estratti dal Cope Index (McKee et al; 2003). Questa scala (tipo Likert) è stata sviluppata attraverso uno studio transeuropeo a cui ha partecipato anche l'Italia. Lo strumento è stato testato per la validità di contenuto, per la validità relativa a criterio e per il costrutto. E' suddivisa in tre sottoscale (impatto negativo, valore positivo e qualità del supporto del caregiving). La consistenza interna di questo strumento per il presente studio, valutata con l'alfa di Chronbach è stata di 0,84 per la sottoscala dell'impatto negativo, di 0,76 per il valore positivo e 0,03 per il supporto del caregiving (totale consistenza della scala 0,83). Un punteggio basso alla sottoscala dell'impatto negativo (punteggio teorico: da 6 a 24) indica un livello di impatto negativo più accentuato. Un punteggio alto alla sottoscala del valore positivo (punteggio teorico: da 5 a 20) indica alti livelli di impatto positivo. La sottoscala del supporto del caregiving non ha un punteggio come suggerito dagli autori (McKee et al; 2003), poiché ogni item riguarda aspetti diversi del supporto. Ad ogni modo, un punteggio elevato ad ogni singolo item esprime un maggior grado di supporto ricevuto;
8. salute in generale (un item). Questo



item è stato estratto dalla scala SF-36 (Ware et al; 1992) che è ampiamente utilizzata per misurare la qualità di vita e le sue dimensioni tra cui la salute. Interroga l'intervistato su come giudica la sua salute nelle ultime due settimane e le possibili risposte vanno da "eccellente" (a cui viene dato un punteggio 1) a "cattiva" (a cui viene dato punteggio 5). Bassi punteggi a questo item indicano uno stato di salute migliore;

9. benessere (5 item). Questi item sono stati estratti dal Who Well-Being Index (Whowbi), (Bech, 1990), che misura il livello benessere percepito dalla persona. La consistenza interna nel presente studio ha avuto un coefficiente di 0,80. Ogni item può avere una possibile risposta da "sempre" (a cui viene dato punteggio 5) a "mai" (a cui viene dato punteggio 0). Alti punteggi a questa scala indicano un benessere migliore;
10. qualità di vita globale (un item). Questo item è stato estratto dalla



scala Whoqol brief (Whoqolb), (Angermeyer et al; 2000) ed interroga l'intervistato sulla qualità della sua vita nelle ultime due settimane. Le possibili risposte possono andare da: "molto cattiva" (a cui viene dato punteggio 5) a "molto buona" (a cui viene dato punteggio 1). Alti punteggi indicano una peggiore qualità di vita;

11. Mini mental state examination (Mmse), (Folstein et al., 1975). Si tratta di uno strumento che valuta lo stato cognitivo del paziente. La sua consistenza interna ha dato valori molto elevati in vari studi, dimostrando così una notevole affidabilità (da 0.68 a 0.95), (Tombaugh et al., 1992). I valori di questa scala possono variare da 0 a 30. Un punteggio 0-17 equivale ad un severo impoverimento cognitivo, uno tra 18-23 ad un medio impoverimento cognitivo ed infine un punteggio da 24-30 a nessuno deficit cognitivo (Tombaugh et al., 1992). L'alfa di Crombach di questa scala nel presente studio è stato pari a 0.83;
12. Neuropsychiatric Inventory (Npi),

(Cummings et al., 1994). Si tratta di una scala di valutazione dei disturbi comportamentali, in grado di valutare, sulla base delle informazioni ottenute dal caregiver, la frequenza e la gravità dei disturbi comportamentali quali deliri, allucinazioni, agitazione-aggressività, disforia-depressione, ansia, euforia, apatia, disinibizione, irritabilità, comportamento motorio aberrante, disturbi del sonno e dell'alimentazione. I disturbi comportamentali sono graduati con un punteggio differenziato per frequenza (1-4) e gravità (1-3) che devono essere moltiplicati per ogni *item*. Il punteggio finale varia da un minimo di 1 a un massimo di 12. Ad ogni disturbo comportamentale è associato il relativo stress del caregiver che è graduato con un punteggio da 1 a 5. Punteggi alti indicano una condizione di stress più elevato da parte del caregiver. È stato dimostrato che questa scala sia uno strumento valido e affidabile per la valutazione dei disturbi comportamentali nei pazienti affetti da vari tipi di demenza. L'alfa di

- Crombach di questa scala nel presente studio è stato di 0.57;
13. utilizzo di servizi e di organizzazioni di sostegno, con relativi costi e frequenza, e grado di soddisfazione del servizio fruito (14 *item*);
 14. tipologia di servizi non più utilizzati ma ancora necessari (un *item*);
 15. tipologia di servizi mai utilizzati ma necessari (un *item*);
 16. motivazioni del non utilizzo dei servizi (un *item*);
 17. tipologia di aiuti per accedere ai servizi o per l'ottenimento di supporto (un *item*);
 18. ostacoli per accedere ai servizi o per l'ottenimento di supporto (un *item*);
 19. spese dovute all'assistenza (un *item*);
 20. importanza dei servizi di supporto (16 *item*);
 21. importanza delle caratteristiche dei servizi (14 *item*);
 22. disponibilità ad occuparsi dell'assistenza all'anziano nel futuro (un *item*);
 23. disponibilità a considerare l'istituzionalizzazione dell'anziano (un *item*);
 24. ruolo, responsabilità ed effetti del *caregiving* sulla vita (9 *item*);
 25. composizione del nucleo familiare (2 *item*);
 26. titolo di studio (un *item*);
 27. attività di studio-istruzione (2 *item*);
 28. attività lavorativa ed eventuale cambiamento (7 *item*);
 29. reddito (4 *item*);
 30. sussidi economici pensioni o assegni ricevuti dal caregiver e/o dall'anziano (8 *item*);
 31. giudizio sul livello delle spese legate all'assistenza dell'anziano (2 *item*);
 32. difficoltà incontrate nell'assistenza, interventi utili e agevolazioni (6 *item*);
 33. livello di memoria del paziente (un *item*);
 34. opinioni sulla possibilità di ricovero e assistenza all'anziano (7 *item*);
 35. esistenza, sul territorio di residenza del caregiver, di attività di volontariato a favore di anziani disabili (un *item*);
 36. depressione del caregiver. È stata misurata con la sottoscala della

depressione dell' Hospital anxiety and depression scale (Hads-d), (Zigmond et al., 1983). Si tratta di una scala, tipo Likert, ampiamente utilizzata negli studi scientifici. La consistenza interna di questo strumento, nel presente studio, ha dato un coefficiente alfa di 0,83. Il punteggio della scala può andare 0 a 21. Alti punteggi stanno a significare livelli più elevati di depressione. Gli autori di questo strumento (Zigmond et al., 1983) sostengono che i soggetti che ottengono un punteggio inferiore a 7 non siano depressi; coloro che hanno un punteggio da 8 a 10 siano casi dubbi; per un punteggio superiore a 11, vi sia depressione;

37. due domande aperte sulle problematiche dei familiari che assistono persone anziane e sul tipo di sostegno più utile.

Procedure

Per arruolare il campione sono state contattate associazioni di volontariato, comunità parrocchiali e medici di medicina generale dei comuni di Cagliari (area metropolitana), Arbus e Guspini (area urbana), Ghilarza e Abbasanta (area rurale).

Venti pazienti sono stati reclutati contattando operatori del settore sociale e medico, 38 tramite organizzazioni religiose (parrocchie), 11 con la modalità porta a porta, altri 11 con la tecnica dello *snow-ball* (ossia, chiedendo agli intervistati di fornire nominativi di persone che vivessero gli stessi problemi). Quando venivano contattati i potenziali partecipanti aventi le caratteristiche di inclusione nello studio, veniva illustrato loro l'obiettivo dello studio e ne veniva chiesto la partecipazione. Se il *caregiver* forniva il suo consenso, si procedeva ad intervistarlo.

Tutti i *caregiver* contattati hanno accettato di partecipare allo studio.

RISULTATI

I dati raccolti sono stati sottoposti a procedure di statistica descrittiva per il calcolo di frequenze, misure di tendenza centrale (media) e di dispersione (deviazione standard).

L'analisi statistica è stata effettuata con il programma Spss versione 10. Per le scale sono stati ottenuti i relativi punteggi.

Al fine di ritrovare relazioni tra variabili statisticamente significative sono stati utilizzati test di statistica inferenziale quale il t test di Student, il test Anova e l'r di Pearson.

Data la copiosità dei dati raccolti, si è cercato di aggregarli in modo logico, al fine di permetterne una trattazione più organica.

Gli anziani assistiti

Il 50% degli anziani assistiti viveva in zone rurali; il 72,5% era donna e aveva un'età media di quasi 85 anni (*tabella 1*). Più del 40% di loro erano vedovi e oltre l'80% viveva a casa propria. Solo il

25% degli anziani viveva da solo; i restanti vivevano con i figli, il coniuge o con assistenti retribuiti. Il reddito medio mensile era di 716 Euro. Tutti titolari di pensione.

Con l'utilizzo delle scale descritte precedentemente, sono state misurate alcune variabili riguardanti l'autonomia, i problemi comportamentali ed il livello cognitivo degli anziani; con i punteggi delle scale è stato calcolato un numero medio per tutto il campione. Inoltre, ponendo un *cut-off* sui punteggi medi possibili per ogni singola scala, sono state fatte due categorizzazioni e calcolate le relative frequenze.

Come si può osservare nella *tabella 2*, il 100% ed il 77,50% degli anziani aveva punteggi bassi rispettivamente alla Iad ed alla Barthel (bassa autonomia); sul

Tabella 1. Dati socio-demografici degli anziani (n = 80)

Variabile	Media(SD)	Ranger	N	%
Zona residenza				
Metropolitana			10	12,5
Urbana			30	37,5
Rurale			40	50
Sesso				
Maschi			22	27,5
Femmine			58	72,5
Età	84,03 (8,35)	65-99		
Stato civile				
Coniugati			23	28,8
Vedovi/e			44	55,0
Celibe/Nubile			13	16,3
Residenza				
A casa			65	81,3
Casa di riposo			15	18,7
Con chi vive				
Da solo			20	25
Con figli			27	33,8
Coniuge/Comp.			22	27,5
Persona pagata			11	13,8
Reddito*	716,67(194,08)	450-950		

*a questa domanda hanno risposto solo 26 *caregiver*

Scala	M(SD)	Ranger	N	%
ladl (0-16)*	1,75 (1,83)	0-8		
ladl 0 – 8			80	100
ladl 9 – 16			0	0
Barthel (0-100)	40,43 (23,67)	0-95		
Barthel 0-50			62	77,50
Barthel 51-100				
Bisid Paziente 12-60	22,71 (9,13)	12-45		
Bisid Paziente 12-36			69	86,3
Bisid Paziente 37-60			11	13,7
Npi Paziente (0-144)	36,71 (16,48)	0-79		
Npi 0-72			79	98,8
Npi 73-144			1	988
Mmse (0-30)	17,04 /7,53)	4-30		
Mmse 0-15			21	26,22
Mmse 16-30			59	73,78

* in parentesi i potenziali punteggi delle scale

Variabile	Media(SD)	Ranger	N	%
Grado dipendenza (riferito dal caregiver)				
Grave			61	76,3
Moderato			19	23,8
Lieve			0	0
Indipendente			0	0
Problemi di memoria			41	51,3
Problemi di memoria dovuti a demenza			22	27,5*
Problemi di memoria dovuti a malattie diverse			19	13,5*
Problemi comportamentali			33	41,3

* percentuali riferite ai 22 anziani con problemi di memoria

livello cognitivo, più di un quarto degli anziani aveva un punteggio basso al Mmse (livello cognitivo basso). La *tabella 3* riporta il numero e la percentuale degli anziani in relazione a diversi gradi di dipendenza. Come già rilevato

con la scala ladl e Barthel, i soggetti assistiti dai caregiver, nei tre quarti dei casi, erano gravemente dipendenti. Sono riportati nella stessa tabella anche il numero e le percentuali dei soggetti aventi problemi di memoria: più della metà dei *caregi-*

Bisogno	N	%
Assistenza		
sanitaria/infermieristica	53	66,3
Completamente		
Parzialmente	27	33,8
Non ha bisogno	0	0
Assistenza per attività quotidiane		
Completamente	52	65
Parzialmente	26	32,5
Non ha bisogno	2	2,5
Mobilità		
Completamente	58	72,5
Parzialmente	20	25
Non ha bisogno	2	2,5
Affettivo/psicol./soc		
Completamente	73	91,3
Parzialmente	7	8,8
Non ha bisogno	0	0
Domestico/alberghiero		
Completamente	77	96,3
Parzialmente	3	3,8
Non ha bisogno	0	0
Finanziario		
Completamente	77	96,3
Parzialmente	3	3,8
Non ha bisogno	0	0
Sostegno economico		
Completamente	3	3,8
Parzialmente	15	18,8
Non ha bisogno	62	77,5
Organizzazione/Gestione		
Completamente	72	90
Parzialmente	7	8,8
Non ha bisogno	1	1,3

ver intervistati ha dichiarato che i loro assistiti avevano problemi di memoria, riconducibili a demenza (quasi la metà dei soggetti con problemi di memoria) o ad altre patologie. Poco più del 40% degli

anziani presentavano anche problemi comportamentali.

Alcune domande del questionario Eurofamcare indagavano i bisogni dell'anziano e il grado di aiuto necessario al loro soddisfacimento. Come è possibile rilevare dalla *tabella 4*, quasi il 100% dei soggetti aveva necessitava di un aiuto "completamente" o "parzialmente" per quasi tutti i bisogni elencati, con la sola eccezione del sostegno economico.

I caregiver

La maggior parte dei *caregiver* erano figli dei pazienti, di sesso femminile e con un'età media di quasi 60 anni (*tabella 5*). Oltre il 70% di loro era composto da soggetti coniugati-conviventi che aveva figli (in media 2-3 figli). Quasi il 30% aveva anche nipoti. Il nucleo familiare dei *caregiver* era composto in media da due-tre persone, *caregiver* incluso.

Il livello scolastico dei *caregiver* era piuttosto basso (quasi l'80% aveva una scolarità compresa tra la scuola elementare e media inferiore); il 65% del campione non è occupato, mentre oltre il 40% pensionato. Il reddito medio mensile dichiarato dai *caregiver* superava di poco i 1000 euro. La quasi totalità di loro ha affermato di essere: "molto religioso" o "abbastanza religioso".

Aspetti del caregiving

Con il questionario Eurofamcare sono stati prese in esame molti aspetti connessi al *caregiving* riportati, poi, nelle successive tabelle.

Nella *tabella 6*, viene riportata la distanza di residenza tra *caregiver* e anziano: i dati ottenuti evidenziano che il 90% degli anziani sardi assistiti viveva con il proprio *caregiver*, oppure ad una distanza raggiungibile a piedi. Anche se la maggior parte dei *caregiver* assisteva un solo anziano, una piccola parte (10%) si occupava anche di due anziani. Mediamente un *caregiver* si occupava dell'assistenza all'anziano per più di 100 ore a settimana che, divise per sette giorni, fanno più di 14 ore al giorno. I *caregiver* intervistati si prendevano cura del loro anziano in media da quasi quattro anni.

I dati mettono anche in rilievo come il

Tabella 5. Dati socio-demografici dei *caregiver* (n = 80)

Variabile	Media(SD)	Ranger	N	%
Parentela con anziano				
Coniuge			12	15
Figlio/a			30	37,5
Fratello/Sorella			8	10
Genero/Nuora			12	15
Nipote			8	10
Altro			10	12,5
Età	59,79 (12,87)	24-83		
Sesso				
Maschi			10	12,5
Femmine			70	87,5
Stato civile				
Coniugato/Convivente			57	71,3
Vedovo/a			4	5
Divorziato/Separato			1	1,3
Celibe/Nubile			18	22,5
Figli				
Sì			58	72,5
No			21	26,3
Numero di figli	2,51 (1,33)	1-7		
Nipoti				
Sì			23	28,8
No			57	71,3
Numero di persone viventi con il <i>caregiver</i> (lui escluso)	2,65 (1,27)	1-6	11	13,8
Scolarità				
Elementare			39	48,8
Media Inferiore			23	28,8
Media Superiore			13	16,3
Laurea			5	6,3
Occupati			12	15
Occupati privato			8	10
Occupati pubblico			3	3,8
Lavori autonomi			1	1,3
Ore di lavoro/settimanali#	27,33 (9,41)	15-45		
Non occupati			68	65
Pensionati			34	42,5
Disoccupati			8	10
Casalinghe			24	30
Studente			1	1,3
Reddito familiare*	1068,38 (275,22)	200-1,540		
Religione				
Non religioso			2	2,5
Abbastanza religioso			44	55
Molto religioso			34	42,5

Questo dato si riferisce solo ai *caregiver* che lavorano

* a questa domanda hanno risposto solo 26 *caregivers*; 50 *caregivers* dichiarano di non conoscere il reddito; quattro *caregiver* si sono rifiutati di rispondere

Tabella 6. Dati riguardanti la tipologia della sede e la distanza di residenza del caregiver dall'anziano (n = 80)

Distanza tra caregiver e anziano	N	%
Nella stessa casa	47	58,8
In diversi appartamenti ma nello stesso palazzo	9	11,3
Ad una distanza raggiungibile a piedi	23	28,8
A 10 min. di viaggio in auto, bus o treno	1	1,3
A 30 min. di viaggio in auto, bus o treno	0	0
A non più di 1 ora di viaggio in auto, bus o treno	0	0
A oltre 1 ora di viaggio in auto, bus o treno	0	0

Tabella 7. Se lei fosse malato, ci sarebbe qualcuno che potrebbe aiutarla nell'assistenza all'anziano? (n= 80)

	N	%
Sì, potrei trovare qualcuno abbastanza facilmente	32	40
Sì, potrei trovare qualcuno con qualche difficoltà	36	45
No, nessuno	12	15

Tabella 8. Se lei avesse bisogno di una pausa dall'assistenza, ci sarebbe qualcuno che potrebbe badare all'anziano al suo posto? (n=80)

	N	%
Sì, potrei trovare qualcuno abbastanza facilmente	15	18,8
Sì, potrei trovare qualcuno con qualche difficoltà	34	42,5
No, nessuno	31	38,8

Tabella 9. Problematiche legate al caregiving (n=80)

Problemi	N	%
Paura che possa succedere sempre qualcosa	70	87,5
Vedere la persona cara ridotta così	65	81,3
Affaticamento fisico	45	56,3
Tensione emotiva e psicologica	40	50
Non poter andare più in vacanza	37	46,3
Riduzione del tempo libero	37	46,3
Non poter più uscire di casa	29	35
Non riuscire a riposare la notte	28	46,3
Perdita o riduzione delle amicizie	28	35
Peso per le spesa da affrontare	6	7,5

n.b. Ogni caregiver poteva rispondere a più opzioni.

forte legame affettivo sia l'elemento più importante (100% del campione) che aveva portato il caregiver a prendersi cura dell'anziano.

Di particolare interesse, appaiono le altre motivazioni espresse. Infatti, il 90% di essi ha dichiarato che prendersi cura dell'anziano: "fa sentire bene"; l'80% ha interpretato questo compito

come un dovere; mentre oltre il 70% considerava l'assistenza all'anziano un obbligo.

A fronte di queste "nobili" motivazioni, ne sono emerse delle altre che consideravano il caregiving all'anziano una fonte di guadagno (70%), oppure necessario in quanto non esistevano alternative al problema. E' emerso dai dati che

anche le convinzioni religiose (70%) e l'alto costo dell'assistenza privata (50%) motivavano il caregiver.

Nelle tabelle 7 e 8 sono riportati numero e percentuali di caregiver in relazione all'aiuto e al non aiuto che potevano ricevere in situazioni di necessità o per prendersi una pausa dall'assistenza. I risultati ottenuti indicano che il 50% dei caregiver riteneva di andare incontro almeno a qualche difficoltà nell'avere un aiuto nell'assistenza, in caso di problemi di salute.

La percentuale dei caregiver che esprimeva difficoltà raggiungeva il 75% nel caso di bisogno di una pausa dall'assistenza.

I caregiver venivano anche intervistati riguardo alla frequenza di alcune problematiche vissute.

I risultati della tabella 9 mostrano che: "la paura che possa succedere qualcosa" e il "vedere la persona cara ridotta così" coinvolgevano più dell'80% dei caregiver.

L'affaticamento fisico e la tensione nervosa interessavano circa la metà del campione.

Di notevole rilievo appare il dato riguardante la riduzione del tempo libero, l'impossibilità di poter andare in vacanza e di uscire di casa e la perdita o riduzione delle amicizie conseguenti al carico assistenziale. Più di un terzo del campione ha riportato, inoltre, di non riuscire a riposare la notte, mentre solo una piccola percentuale dei caregiver ha lamentato delle difficoltà legate all'aspetto economico conseguente al caregiving.

Dai risultati riportati, emerge, inoltre, che il principale fornitore di assistenza e sostegno all'anziano sia il caregiver intervistato: infatti, l'aiuto fornito all'anziano da altri caregiver risultava del tutto marginale. Questo forte coinvolgimento del caregiver principale nel soddisfacimento dei bisogni dell'anziano, riguardanti le diverse aree prese in esame, non trovava riscontro nell'area economico-finanziaria in cui l'anziano, pur essendo "bisogno" di risorse economiche per far fronte alle esigenze assistenziali, non usufruiva di alcun supporto da parte del caregiver, giacché titolare di pensione e/o altri sussidi economici.

Servizi utilizzati dall'anziano

Sono stati indagati diversi aspetti e le differenti tipologie dei servizi utilizzati/non utilizzati dall'anziano e gli interventi ritenuti utili dai *caregiver*.

Nella *tabella 10*, sono stati riportati i dati riguardanti le percentuali di utilizzo di diversi servizi.

I risultati evidenziano che il servizio sanitario maggiormente utilizzato era quello rappresentato dal medico di famiglia (utilizzato, negli ultimi sei mesi, dal 100% del campione).

In misura minore, il servizio di day hospital e di riabilitazione.

Le *tabelle 11 e 12* forniscono, rispettivamente, l'elenco dei servizi non più utilizzati e mai utilizzati dagli anziani, ma ancora necessari.

Alle domande riportate hanno risposto 41 *caregiver* (oltre il 50% del campione) e dalle risposte si evince che i servizi, indicati dai *caregiver* come maggiormente necessari agli anziani, fossero: riabilitazione, assistenza infermieristica, assistenza per la cura e l'igiene della persona e i prelievi per gli esami di laboratorio.

Sono state analizzate, per ogni singolo servizio, anche le ragioni del loro mancato utilizzo, che erano rappresentate

da: mancata disponibilità del servizio, costi elevati, qualità scadente, distanza notevole dalla sede del servizio, perdita dei requisiti richiesti.

Le fonti di aiuto e le barriere individuate dai *caregivers* nell'accesso ai servizi per gli anziani sono riportate nella *tabella 13*. Il medico specialista e il medico di famiglia rappresentavano, per oltre il 50% dei *caregivers*, la principale fonte di informazione. Altre importanti fonti di informazione erano i membri della famiglia, il vicinato ed i familiari di persone anziane con problemi simili, a conferma del prezioso ruolo rappresentato dalla rete sociale informale. Ulteriore elemento da sottolineare riguardava il fatto che, quasi un quarto del campione esaminato, ha dichiarato di non aver usufruito di nessun aiuto.

Servizi utilizzati dal caregiver

Oltre a valutare i servizi offerti all'anziano, i *caregivers* arruolati in questo studio venivano intervistati anche sulla tipologia dei servizi da loro utilizzati e veniva chiesto di esprimere un giudizio di importanza sugli stessi.

Dall'analisi si evince che i supporti ricevuti risultavano quasi o del tutto inesistenti. A questo dato fa eccezione "l'informa-

zione sulle malattie di cui soffre l'anziano", ricevuto da quasi il 40% dei *caregivers*; il "poter parlare dei problemi relativi all'assistenza all'anziano" (73,8%) e "aiuto per poter passare più tempo in famiglia" (23,8%).

Questi dati fanno emergere come, i *caregiver*, pur conducendo un'esistenza in cui i supporti "materiali" a favore dell'assistenza risultano assenti, ricevevano delle informazioni sulle malattie di cui soffrivano i loro assistiti (38,8%) e un discreto supporto sulla possibilità di poter esprimere ad altri soggetti i problemi relativi all'assistenza all'anziano (73,8%).

Tabella 11. Servizi non più utilizzati dall'anziano ma ancora necessari (n=21)

Servizi	N	%
Riabilitazione	17	81
Servizi domiciliari pubblici di Assistenza per igiene e cura della persona	3	14,3
Assistenza domiciliare diurna per igiene e cura della persona	1	4,8

n.b. A questa domanda i *caregiver* potevano rispondere con più opzioni.

Tabella 10. Servizi sanitari, infermieristici e riabilitativi utilizzati negli ultimi 6 mesi dagli anziani (n=80)

Servizi	N	%
Medico di base	80	100
Day hospital	22	27,5
Riabilitazione a domicilio	10	12,5
Uvg (Unità Valutativa Geriatrica)	7	8,8
Ricovero in casa di riposo	6	7,5
Ospedale	6	7,5
Psicologo	5	6,3
Rsa	5	6,3
Parrucchiere	4	5,0
Assistenza domiciliare ai malati terminali	3	3,8
Assistenza infermieristica domiciliare	3	3,8
Esami di laboratorio a domicilio	3	3,8
Abbattimento barriere architettoniche	2	2,5
Medico specialista	1	1,3
Trasporto dedicato	1	1,3
Altro	1	1,3

n.b. A questa domanda i *caregiver* potevano rispondere con più opzioni.

Nella *tabella 14* viene riportata una graduatoria relativa alle caratteristiche dei servizi ritenute più importanti dai *caregivers*.

I risultati ottenuti mostrano che un servizio, per essere efficace, deve essere disponibile nel momento del bisogno, migliorare la qualità della vita dell'anziano e rispettare la sua dignità.

Caregiving e mondo del lavoro

La letteratura internazionale riporta che il *caregiving* ha un effetto negativo anche sul mondo del lavoro, poiché induce il *caregiver* a limitare l'attività lavorativa o, addirittura, a sospenderla per dedicarsi interamente all'assistenza del proprio familiare. Questi aspetti sono stati indagati con tre domande le cui risposte sono state riportate nelle *tabelle 15, 16 e 17*.

Dai risultati ottenuti è possibile rilevare

Tabella 12. Servizi mai utilizzati dall'anziano ma necessari (n=20)

Servizi	N	%
Riabilitazione	7	35
Assistenza infermieristica domiciliare	3	14,3
Assistenza domiciliare pubblica per igiene e cura della persona	1	4,8
Assistenza domiciliare diurna per igiene e cura della persona	2	10

n.b. A questa domanda i *caregiver* potevano rispondere con più opzioni.

che il *caregiving* nel nostro campione non aveva avuto un impatto negativo sull'attività lavorativa; questo risultato, però, è da interpretare alla luce del fatto che solo il 12% degli intervistati lavorava.

Futuro del caregiving

Al fine di indagare gli orientamenti dei *caregiver* riguardo all'assistenza futura, sono state poste due domande sulla disponibilità a proseguire l'assistenza all'anziano e la prospettiva di ricorrere all'istituzionalizzazione. Nelle *tabelle 18 e 19* è possibile notare la scarsissima disponibilità degli intervistati a rinunciare all'assistenza all'anziano. Infatti, oltre l'80% dei *caregiver* ha espresso la disponibilità a prendersi questo impegno anche nel futuro, mentre circa il 9% di loro ha espresso la disponibilità a proseguire l'intervento solo se avesse ricevuto un maggior sostegno e il 5% per un periodo limitato nel tempo.

ANALISI STATISTICA INFERENZIALE

Al fine di ritrovare significatività statistiche tra le variabili, i dati sono stati sottoposti ad analisi statistica inferenziale. Sono state confrontate medie, utilizzando il t test di Student e l'Anova e sono state eseguite correlazioni con il test di Pearson.

Il livello minimo di significatività è stato fissato a $p < 0.05$.

Il test Anova è stato utilizzato anche per tracciare un "profilo" del paziente e

Tabella 13. Chi o cosa è stato di maggior aiuto al caregiver per consentire all'anziano l'accesso ai servizi? (n=80)

Servizio	N	%
Medico specialista	29	36,5
Nessuno	18	22,5
Medico di Famiglia	16	20
Altri membri della famiglia	16	20
Vicini di casa	13	16,25
Familiari di anziani con problemi simili	12	15
Amici	8	10,75
Parroco	3	3,75
Infermieri	2	2,50

n.b. A questa domanda i *caregiver* potevano rispondere con più opzioni.

Tabella 14. Graduatoria delle caratteristiche dei servizi ritenute più importanti dai caregiver (n=80)

Caratteristiche	N	%
Disponibilità dell'aiuto nel momento del bisogno	34	42,5
Capacità che l'aiuto fornito migliori la qualità della vita dell'anziano	27	33,8
Trattamento dell'anziano con dignità e rispetto da parte degli addetti all'assistenza	25	31,3
Arrivo dell'aiuto quando è stato promesso	17	21,3
Capacità e preparazione degli addetti all'assistenza	9	11,3
Capacità che l'aiuto fornito migliori la qualità di vita dell'anziano	6	7,5
Possibilità che l'aiuto sia sempre fornito dallo stesso addetto	5	6,3
Adattabilità dell'aiuto agli orari e alle abitudini del caregiver	3	3,8
Trattamento del caregiver con dignità e rispetto da parte degli addetti all'assistenza	2	2,5
Ascolto delle opinioni del caregiver da parte degli addetti all'assistenza	1	1,3

n.b. A questa domanda i *caregiver* potevano rispondere con più opzioni.

del *caregiver* in relazione alle aree territoriali di residenza prese in esame dal presente studio.

Dall'analisi dei risultati è emersa una migliore condizione degli anziani residenti in area metropolitana rispetto ai loro pari residenti in aree urbane e rurali. Nello specifico, infatti, si è visto che gli anziani residenti nell'area metropolitana presentavano punteggi medi più alti alle scale Mmse, Iadl e Barthel e inferiori alla scala Bisid paziente; aveva-

no un discreto livello di autonomia funzionale associato ad un parziale mantenimento dei rapporti sociali; necessitavano di minor assistenza personale e domestica e risultavano meno dipendenti dal punto di vista della gestione e del sostegno economico.

Anche riguardo ai *caregiver*, i risultati hanno evidenziato una condizione migliore di coloro che risiedevano in area metropolitana rispetto a quanti risiedevano in aree urbane e rurali. I

Tabella 15. Il fatto di assistere l'anziano l'ha spinto a ridurre il suo orario di lavoro? (n=12)

	N	%
Sì	4	33,3
No	8	66,7

Tabella 16. L'attività di assistenza ha determinato alcune restrizioni alla vita lavorativa o alla carriera? (n=68)

	N	%
Non mi consente di lavorare		
Sì	2	2,5
No	66	97,5
Ho dovuto smettere di lavorare		
Sì	4	5,9
No	64	94,1

Tabella 17. L'attività di assistenza ha determinato alcune restrizioni alla vita lavorativa o alla carriera? (n=80)

	N	%
Non posso (o non ho potuto) sviluppare la mia carriera professionale o i miei studi		
Sì	2	2,5
No	66	97,5
Posso (o ho potuto) lavorare solo saltuariamente		
Sì	4	5,9
No	64	94,1
Altro		
Sì	8	10
No	72	90

Tabella 18. Nel prossimo anno sarebbe disposto a continuare ad assistere l'anziano? (n=80)

Risposte	N	%
Sì, se la situazione rimanesse stabile	43	53,8
Sì, e sarei anche disposto a incrementare la qualità delle cure	26	32,5
Sì, ma solo se avessi più sostegno	7	8,8
Sì, e sarei anche disposto a incrementare la qualità delle cure che presto, per un periodo limitato di tempo	4	5
No, indipendentemente dal maggiore aiuto che avessi	0	0

primi, infatti, mostravano punteggi medi più alti alle scale Cope impatto positivo e Cope supporto, e inferiori alla scala Bisid *caregiver*.

Alla luce di quanto esposto, possiamo affermare che i pazienti e i *caregivers* che vivevano in aree urbane e rurale avevano caratteristiche abbastanza simili. Riguardo ai pazienti, questi presentavano un grado di deterioramento cognitivo più accentuato rispetto ai pazienti delle aree metropolitane, evidenziavano livelli più alti di disabilità fisico-funzionale con conseguente richiesta di maggior aiuto per il soddisfacimento di bisogni appartenenti all'area fisica/personale, affettiva/psicologica/sociale, domestica ed economica/finanziaria. La riduzione dell'autonomia, inoltre, si andava ad associare alla diminuzione dei rapporti sociali, e della vita in società, traducendosi in un vero e proprio "riplegio sullo spazio domestico".

Per quanto concerne i *caregivers*, i risul-

tati ottenuti hanno evidenziato, come segnalato in precedenza, una condizione di maggior disagio in coloro che risiedevano in aree urbane e rurali, rispetto agli altri residenti in area metropolitana.

DISCUSSIONE

Questo studio è stato uno dei primi che è andato a rilevare i bisogni e le problematiche di *caregiver* di persone anziane residenti in Sardegna.

I risultati confermano, anche per la Sardegna, che **l'assistenza familiare all'anziano non autosufficiente è una attività svolta prevalentemente**

Tabella 19. Sarebbe disposto a prendere in considerazione il ricovero dell'anziano in casa di riposo? (n=80)

Risposte	N	%
Non in nessun caso	72	90
Sì, ma solo se le condizioni dell'anziano peggiorassero	8	10
No, indipendentemente dal maggior aiuto che avessi	0	0

da figure femminili. Queste, di età generalmente tra i 40 e 60 anni, erano figlie o nuore della persona assistita (pur non mancando anche qualche moglie), spesso a loro volta con prole, in un terzo dei casi casalinghe. Considerato l'elevato numero di ore di assistenza prestate, la natura del supporto erogato, il carico assistenziale - oggettivo e soggettivo - che raggiungeva i suoi valori massimi nel caso dei coniugi *caregiver*, appaiono prioritari interventi di sostegno a questo gruppo di persone. L'eccessivo carico assistenziale rimaneva su valori piuttosto elevati anche nel caso di figlie e nuore, per cui, tenendo presenti gli aspetti più pesanti dell'impegno di cura - principalmente di contenuto emotivo-psicologico ed i risvolti di carattere pratico - occorre pensare, con urgenza, alla realizzazione di cure primarie finalizzate anche a questo particolare gruppo di utenti. Le soluzioni che gli stessi *caregiver* sug-

geriscono per migliorare la loro situazione potrebbero risultare di difficile attuazione, poiché vanno a toccare le risorse finanziarie del Paese e della regione Sardegna. Ma è necessario approfondire meglio questi aspetti da un punto di vista scientifico, al fine di valutare se un intervento che potrebbe sembrare costoso in una fase iniziale (come, ad esempio, il fornire un supporto assistenziale ai *caregiver*) non rappresenti, invece, uno strumento per prevenire problematiche forse più costose (come l'istituzionalizzazione dell'anziano o la malattia del *caregiver*).

Rispettivamente, il 93,8% ed il 77,5% degli intervistati individuava nella concessione di un "sostegno economico" e nell' "aiuto da personale esterno" le soluzioni ottimali per le problematiche connesse all'assistenza.

Altre soluzioni proposte erano anche una maggiore conciliabilità tra attività professionale e cura dell'anziano, che in una percentuale intorno al 50%, ritenevano superabile attraverso il ricorso al part-time o a periodi di aspettativa (che avrebbe comportato anche una decurtazione delle entrate del nucleo familiare). È sorprendente come, più del 97% del campione, non aveva alcuna agevolazione per conciliare il lavoro con l'assistenza.

Concessione di contributi economici e potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare sono, quindi, le forme di sostegno che potrebbero rientrare anche nelle cure primarie, che le autorità competenti in ambito socio-sanitario potrebbero attuare in Sardegna, consapevoli di contribuire in questo modo ad alleviare in maniera rilevante l'onere quotidiano dei *caregiver*.

L'assistenza sanitaria di base era considerata di primaria importanza dagli intervistati: il medico di famiglia rappresentava per la totalità del campione il "servizio" maggiormente utilizzato dagli anziani. La totalità dei *caregiver* intervistati però lamentava di non ricevere alcuna informazione sugli aiuti ed i supporti disponibili, mentre il 61% di non aver ricevuto indicazioni per far fronte ai vari problemi connessi al progredire della malattia.

Alcuni risultati delle tabelle 25 e 26 aiu-

tano ad intravedere un certo *pattern* di comportamento tra i *caregiver* sardi, anche se: "poter parlare dei problemi relativi all'assistenza all'anziano" era ritenuto importante o abbastanza importante nell'82,5% dei casi, un terzo del campione non riteneva importante la: "possibilità di partecipare a gruppi di supporto". Questo lascia intendere che i *caregiver* sardi sono più propensi a mantenere una certa riservatezza sulla loro situazione. Potrebbe essere interpretato in tal senso anche il fatto che il 61,2% del campione non considerava importante avere: "aiuto per gestire incomprensioni e conflitti familiari" che sono quasi sempre presenti nelle famiglie che vivono elevati livelli di stress.

Questi risultati richiamano l'importanza di una figura professionale che fornisca informazione e formazione accurate sulle risorse socio-sanitarie disponibili e aiuti le famiglie a vivere meglio i momenti di crisi.

Le "informazioni su aiuto e supporto disponibili e su come accedervi" è stata la tipologia di supporto considerata più importante dai *caregiver*.

E chi meglio potrebbe soddisfare questo bisogno se non gli infermieri coinvolti nelle cure primarie?

Ben chiari appaiono i suggerimenti che emergono dalle risposte fornite dai *caregiver* rispetto al tema ricovero temporaneo. Il 65% del campione era, infat-



ti, contrario a questa forma di assistenza; una percentuale saliva al 90% quando si prendeva in considerazione il ricovero in casa di riposo. Questi dati in accordo anche con la letteratura internazionale, dimostrano come **era forte il legame tra i caregiver e gli anziani di cui si prendevano cura.**

Come riportato, anche nel nostro campione l'assistenza era fornita principalmente dalle mogli o figli. Si deve ritenere, in termini prospettici, che la situazione tenderà ad aggravarsi, allorché, nel prossimo futuro, a causa delle modificazioni demografiche, una figlia dovrà occuparsi di più anziani (ad es. due figli unici che si sposano avranno a carico quattro anziani).

Il presente studio conferma il ruolo predominante della famiglia nello scegliere se istituzionalizzare o meno l'anziano. L'assenza di supporti esterni addossa alla famiglia, in particolare al coniuge ed ai figli, un ruolo solitario nella gestione della propria "crisi invisibile". Per questo, **è necessario fornire aiuto alle famiglie tramite ascolto, dialogo ed informazioni continue, e attraverso supporti domiciliari adeguati e strutture intermedie nel territorio, tra ospedali e domicilio,** che sappiano rispondere a bisogni specifici.

I risultati di questo studio hanno mostrato che i *caregiver* che assistevano anziani dementi avevano effetti negativi più marcati rispetto a quelli che assistevano anziani non dementi.

In particolare, l'analisi statistica ha evidenziato che i primi erano più coinvolti nell'assistenza, in termini di numero di ore e di prestazioni fornite settimanalmente, rispetto ai loro pari che assistevano i secondi. Questo maggior impegno si associava a maggiori problemi di salute fisica, psicologica, sociale e finanziaria, soprattutto tra i *caregiver* residenti nelle aree urbane e rurali. Riguardo all'impatto positivo del *caregiving* (misurato con la scala Cope), i risultati emersi mostrano che i familiari che si occupavano di anziani colpiti da forme di demenza sperimentavano maggiori difficoltà in tutti gli aspetti del *caregiving* rispetto ai *caregiver* di soggetti non dementi. I livelli di stress e depressione

presenti in coloro che prestavano le cure ad un anziano demente si sono dimostrati più elevati rispetto al gruppo dei non dementi e correlati frequentemente a disturbi cognitivi e comportamentali. La costante vigilanza e le difficoltà di gestione dei comportamenti dell'assistito, che risultano spesso estremamente difficili da prevedere (scatti improvvisi d'ira, smarrimenti, vagabondaggio), si associavano frequentemente, anche qui, ad alti livelli di stress nei *caregiver* di anziani dementi che risiedevano in aree urbane e rurali. A questi problemi, vanno aggiunti i molti oneri finanziari che i *caregiver* dichiaravano di sostenere. L'analisi statistica ha messo in luce anche altri aspetti significativi e di rilevante importanza che è possibile considerare per importare le cure primarie sulla base di evidenze scientifiche. I *caregiver* che vivevano gli effetti più negativi dell'assistenza erano soprattutto i figli, quelli che avevano una scolarità più alta, convivevano con l'anziano, erano più giovani, non lavoravano, fornivano più ore di assistenza e si occupavano di anziani meno autosufficienti.

Alla luce dei risultati del presente studio, appare evidente l'importanza di un adeguato supporto per i *caregiver* di persone anziane residenti in Sardegna.

L'intervento degli operatori coinvolti nelle cure primarie e in ambito domiciliare dovrebbe essere finalizzato almeno ad educare i familiari su come gestire l'assistenza ordinaria, i problemi specifici e come "salvaguardare" la propria salute psico-fisica.

Numerosi studi concordano nel sottolineare che i *caregiver* più informati sperimentano livelli significativamente più bassi di ansia e depressione, hanno aspettative più appropriate nei confronti del paziente ed enfatizzano di più gli

aspetti positivi del *caregiving* (Graham et al., 1997). Un adeguato intervento psico-educativo può, pertanto, migliorare l'adattamento del sistema familiare alla malattia, la qualità della vita sia dell'anziano che dei suoi familiari e ridurre la sofferenza psicologica di coloro che prestano assistenza.

Gli interventi di assistenza domiciliare, soprattutto se applicati a seguito di una valutazione multidimensionale dell'anziano (Ferrucci, 2004), consentono guadagni in termini di mortalità (Fabacher, 1994) e qualità della vita, quest'ultima espressa come maggiore probabilità di rimanere nella propria casa e come miglioramento degli indici di autonomia e/o capacità cognitiva e/o tono dell'umore (Stuck, et al., 1995).

Pertanto, in ambito domiciliare, appaiono indispensabili interventi mirati che, attraverso un approccio globale al nucleo familiare dell'anziano, consentano di prevenire l'insorgenza di situazioni di difficoltà insormontabili a carico del *caregiver*. Un approccio assistenziale che tenga in considerazione anche i bisogni del *caregiver* consentirebbe anche la migliore riuscita degli interven-



ti "ufficiali" rivolti all'anziano: al riguardo l'Oms ed il Consiglio d'Europa hanno recentemente raccomandato che gli Stati membri si adoperino per creare le condizioni necessarie a implementare il funzionamento dei servizi socio-sanitari per gli anziani in ambito domiciliare, condizione indispensabile per migliorare la programmazione dei servizi, per elevarne la qualità e per consentire confronti non solo all'interno delle singole nazioni ma anche tra nazioni diverse. In questo senso, **è utile la creazione di sistemi informatici articolati che permettano sia il management finanziario che la raccolta di dati nei servizi di assistenza domiciliare** (Pacala, 2000; Carpenter, 1999).

I risultati emersi in questo studio confermano quanto riportato ampiamente in letteratura riguardante il *caregiving*: i familiari sono di gran lunga chi si occupa maggiormente dell'assistenza agli anziani ed hanno bisogno dell'aiuto di professionisti del settore sanitario per essere in grado di svolgere questo compito nella maniera più adeguata. Nella maggior parte dei Paesi, il costo dell'assistenza presso le strutture sanitarie residenziali è in continuo aumento, ed i responsabili delle politiche sociali sono sempre più propensi a ricorrere alla possibilità che gli anziani rimangano presso il loro domicilio. Per realizzare pienamente questo obiettivo è necessario istituire un apposito sistema di assistenza rivolto alla popolazione anziana in difficoltà e alle rispettive famiglie, potenziando le cure primarie, ancora poco sviluppate in Sardegna. I familiari, soprattutto quelli conviventi con anziani affetti da patologie cronic-degenerative, necessitano anche di pause dall'assistenza.

E' necessario che i *caregiver* riconoscano e soddisfino i loro bisogni e facciano utilizzo anche dei servizi che a volte ci sono, ma non sono conosciuti. Sempre di più, oggi, stiamo assistendo ad una crescita della domanda di assistenza integrata a domicilio e questo è risultato anche dal presente studio. Di fronte a questo scenario, **agli infermieri compete, quale forza professionale e sociale, una responsabilità particolare nel fornire e promuovere**

re soluzioni ottimali per l'assistenza a questa categoria di cittadini.

Questo significa che l'assistenza infermieristica deve concentrarsi non solo sullo sviluppo di conoscenze specifiche e capacità adeguate, ma anche su un esame della problematica nel suo complesso, dalla salute alle forme gravi di dipendenza, con interventi determinati in funzione dell'individuo, della famiglia, della comunità.

Molte delle misure più efficaci per incoraggiare l'indipendenza e l'autonomia degli anziani sono il risultato di cambiamenti ambientali e dell'organizzazione della comunità. Per esempio, l'adattamento dei trasporti pubblici e delle infrastrutture per le persone la cui mobilità è limitata. La questione della disabilità (sia essa fisica, psicologica o sociale) è uno dei problemi principali per lo sviluppo di forme di assistenza agli anziani.

In alcuni Paesi europei, gli infermieri hanno contribuito già da tempo a programmare e realizzare iniziative innovative per rispondere ai crescenti e nuovi bisogni di salute dei cittadini.

In Italia, la professione infermieristica, per divenire una vera "forza sociale", deve far sì che il suo impatto sia efficace e possa incidere in maniera concreta nel ridisegno dei servizi in funzione dei bisogni della società che sta cambiando.

Per realizzare ciò sono necessarie nuove "visioni disciplinari" che ci consentano di vedere al di là dell'orizzonte attuale, per scoprire nuove soluzioni capaci di realizzare percorsi assistenziali in grado di rispondere sia ai bisogni degli anziani sia ai bisogni di chi si prende cura di loro.

Il primo passo verso il benessere degli anziani nel nostro paese consiste nell'essere consapevoli di questa realtà; il secondo nel mettere a frutto i risultati della ricerca per orientare le cure primarie (Conferenza di Atene sul tema: Assistenza infermieristica, anziani e solidarietà fra generazioni, 1993).

Tuttavia, uno dei limiti principali del presente studio potrebbe essere la numerosità campionaria ed il fatto che, volendo rispettare le proporzioni tra area rurale, urbana e metropolitana, quest'ultima è

stata più penalizzata (solo dieci i soggetti coinvolti).

Va sottolineato, però, che la Sardegna è una regione dove sono principalmente presenti piccoli centri, molti dei quali sono prettamente a carattere rurale. In tal senso, il campionamento stratificato ha permesso una maggiore rappresentatività proprio delle aree più popolate. Un altro limite dello studio potrebbe essere collegato al fatto che gli *item* del questionario Eurofamcare erano piuttosto numerosi e questo potrebbe aver affaticato i *caregiver* durante la compilazione. C'è da osservare, però, che durante tutta la sua somministrazione era presente uno degli autori e, qualora venivano osservati segni di stanchezza, si invitava il *caregiver* a fare una pausa. Gli intervistati manifestavano, comunque, molta disponibilità nel rispondere alle domande poiché, come ha detto qualcuno, finalmente c'era chi si interessava a loro.

CONCLUSIONI

I risultati del presente studio potrebbero rappresentare un punto di partenza per indirizzare e organizzare gli interventi a sostegno dei *caregiver* di anziani residenti in Sardegna.

Questi interventi dovrebbero essere indirizzati soprattutto verso coloro che manifestano effetti negativi causati dal *caregiving* quali:

- i *caregiver* residenti in aree rurali e urbane;
- i *caregiver* che assistono anziani con livelli più bassi di autonomia e che presentano più frequentemente disturbi cognitivi e comportamentali;
- i *caregiver* più giovani e figli dei pazienti, anche se bisogna tener presente che i più anziani possono avere livelli di depressione più alta;
- i fornitori di assistenza con livello scolastico più alto e che convivono con l'anziano;
- i *caregiver* che forniscono più ore di assistenza.

AUTORI:

Giovanni Piras, dirigente servizio infermieristico, Azienda Sanitaria Locale-Sassari; Ercole Vellone, ricercatore di Scienze Infermieristiche, università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

BIBLIOGRAFIA

- Aneshensel, C.S., Pearlin, L. I., Schuler, R. H. (1993). Stress, role captivity and the cessation of caregiving. *Journal Health Soc Behav* 34 (1), 54-70.
- Angermeyer, M.C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). Handbouch fur die deutschsprachige version der WHO. Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität. Gottingen.
- Argimon, J. M., Limon, E., Vila, J., & Cabezas, C. (2005). Health-related quality-of-life of care-givers as a predictor of nursing-home placement of patients with dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 19(1), 41-44.
- Balla, S., Simoncini, M., Giacometti, I., Magnano, A., Leotta, D., & Pernigotti, L. M. (2007). The daily center care on impact of family burden. *Archives in Gerontology and Geriatrics, Suppl. 1*, 55-59.
- Bech, P. Measurement of psychological distress and well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics* 54, 77-89.
- Beeson, R., Horton-Deutsch, S., Farran, C., Neundorfer, M. (2000). Loneliness and depression in caregivers of person with Alzheimer's Disease or related disorders. *Issues in Mental Health Nursing* 21(8), 779-806.
- Bergman-Evans BF. (1994). Alzheimer's and Related disorders: loneliness, depression, and social support of spousal caregivers. *Journal of Gerontological Nursing* 20(3), 6-16.
- Carpenter, G.I., Hirdes, J.P., Ribbe, M.W., Ikegami, N., Challis, D., Steel, K. (1999). Targeting and qualità of nursing home care. *A five-nation study. Aging Clin. Exp. Res.* 11:83-9.
- Censis. (1999). *La mente rubata. Alzheimer: i costi e i bisogni assistenziali di una malattia familiare*. Milano: Franco Angeli.
- Challis, D. (1992). Providing alternatives to long stay hospital care for frail elderly patients: is it cost effective? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 733-781.
- Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., Rosemberg-Thompson, S., Carusi, D.A., Gornbei, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44, 2308-2314.
- Donaldson, C., Terrier, N., Burns, A. (1998). Determinants of carer stress in Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13 (4), 248-256.
- EUROFAMCARE. (2006). Eurofamcare, "Services for supporting family carers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage". <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/> [ultimo accesso febbraio 2006].
- Ferrucci, L., Marchionni, N., Corgatelli, G. (2004). Lo sviluppo di linee guida per la valutazione multidimensionale dell'anziano fragile nella rete dei servizi di assistenza continuativa. *Società Italiana di Gerontologia e Geriatria*. <http://www.sigg.it/vmd/>
- Fhu, J.L., Wang, S.J., Liu, H.C., Liu, C.Y., Wang, H.C. (1999). Predictors of depression among Chinese family caregivers of Alzheimer patients. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*; 13 (3) 171-175.
- Flores, L., Miller, M., Rainerman, A., Eisdorfer, C. (1992). Daughters caregiving for Hispanic and non Hispanic Alzheimer patients: does ethnicity make a difference? *Community Mental Health Journal* 28(8) 779-806.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975) Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of the patients for the clinicians. *J Psichiatr Res* 12: 189-198.
- Gallagher-Thomson, D., Brooks, J.o.Bliwisa, D., Leader, J., Yeavage, J.A. (1992). The relations among caregiver stress, "sundowning" symptom and cognitive decline in Alzheimer's disease. *Journal of American Geriatric Society* 40(8), 807-810.
- Golini, A. (2000). Possible policy responses to population ageing and population decline. The case of Italy. Paper presented at the Expert group Meeting on policy responses to population ageing and population decline. United Nations Secretariat, Population Division, Department of Economic and Social Affairs (website: <http://www.un.org/esa/population/publications/popdecline/> Golini.pdf.
- Gonzalez-Salvador, M.T., Arango, C., Lyketsos, C.G. Barba, A.C. (1999). The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14 (9), 701-710.
- Goode, K.T., Haley, W.E., Roth, D.L., Ford, G.R. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. *Health Psychol* 17 (2), 190-198.
- Graham, C., Ballard, C., Sham, P. (1997). Carer's Knowledge of dementia, their coping strategies and morbidity. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, 931-936.
- Heok, K.E., Li, T.S. (1997). Stress of caregivers of dementia patients in the Singapore Chinese Family. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12 (4), 466-469.
- Hooker, K., Monahan, D. J., Bowman, S.R., Frazier, L.D. Shifren, K. (1998). Personality counts for a lot: predictors of mental and physical Health of spouse caregivers in two disease groups. *Journal Gerontol B Psycholo Soc Sci* 53 (2), 73-85.
- Hosaka, T., Sugiyama, Y (1999). A structured intervention for family caregivers of dementia patients : a pilot study. *Tokaj Exp Clin Med* 24 (1), 35-39.
- Irvin, B.L., Acton G.L. (1997). Stress and well-being of Women caring for family members with Alzheimer's Disease. *Holistic Nursing Practice* 11(2), 69-79.
- Jones, D.A., Peters, T.J. (1992). Caring for elderly dependents: effects on the carers quality of life. *Age & Ageing* 21 (6), 421-428.
- Keady, J., Nolan, M. (1996). Behavioural and instrumental stressor in Dementia (BISID): refocusing the assessment of caregiver need in dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 3, 163-172.
- Kinsella K., Velkoff V.A. (2001) An Ageing World: 2001. Series P95 / 01-1.

- Larkin, J.P., Hopcroft, B.M. (1993) In-hospital respite as a moderator of caregiver stress. *Health Soc Work* 18, 132-138.
- Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 9, 179-186.
- Mahoney, F.I., & Barthel D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 14 (2), 61-65.
- McKee, K.J., Philp I, Lamura, G., Prouskas, C., Oberg, B., Krevers, B., Spazzafumo, L., Bien, B., Parker, C., Nolan, M.R. & Szczerbinska, K. (2003). The COPE index – a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging and Mental Health* 7,(1) S39-52.
- Miller, B.(1989). Adult children's perceptions of caregivers stress and satisfaction. *Journal of Applied Gerontology* 8, :275-293.
- Neri, M., Bonati, P. A., Pinelli, M., Borella, P., Tolve, I., & Nigro, N. (2007). Biological, psychological and clinical markers of caregiver's stress in impaired elderly with dementia and age-related disease. *Arch Gerontol Geriatr* 44 Suppl, 289-94.
- Neundorfer, M.M. (1991). Coping and Health outcomes in spouse caregivers of persons with dementia. *Nursing Research* 40 (5), 260-265.
- Pacala, J.T., Kane, R.L., Aterly, A.J., Smith, M.A. (2000). Using structured implicit review to assess quality of care in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). *J. Am.Geriatr.Soc* 48, 903-10.
- Parks, S.H., Pilisuk,M. (1991). Caregiver burden: gender and the psychological costs of caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry* 61(4), 501-509.
- Ranci C. (2001). *L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa*. Franco Angeli, Milano, 23-55.
- Russo, J., Vitaliano, P.P., Brewer, D.D., Katon, W., Becker, J. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's Disease and matched controls: a diathesis-stress model of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*: 104 (1), 197-204.
- Sansoni, J., Riccio, P.A., Vellone, E., Piras, G. (1999). Dinamiche Familiari: la qualità del sonno delle caregivers che convivono con pazienti affetti da Malattia d'Alzheimer. *Professioni Infermieristiche* 2, 73-79.
- Sansoni, J., Vellone, E., Piras, G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *International Journal of Nursing Practice* 10, 93-100.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J., Fleissner, K. (1995). Psychiatric and Physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence correlates and causes. *Gerontologist* 35(6), 771-791.
- Stephens, M.A. Ogrocki, P.K., Kinney, J.M. (1991). Sources of stress for family caregivers of institutionalized dementia patients. *Journal of Applied Gerontology* 10 (3), 328-342.
- Stuck, A.E., Aronow, H.U., Steiner, A., Alessi, C.A., Bula, C.J., Gold, M.N. (1995). A trial of annual in home comprehensive assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 333, 1184-9.
- Thombaugh TN, McIntyre NJ. (1992). The Mini Mental State Examination: A comprehensive review. *JAGS* 40: 922-935.
- Tibaldi, V., Aimonino, N., Ponzetto, M., Stasi, M. F., Amati, D., Raspo, S., Roglia, D., Molaschi, M., & Fabris, F. (2004). A randomized controlled trial of a home hospital intervention for frail elderly demented patients: behavioral disturbances and caregiver's stress. *Arch Gerontol Geriatr Suppl*, (9), 431-6.
- Uderzo, E., Caputo, L., La Quintana, D. (2000). Lo stress nei caregiver che assistono anziani affetti da demenza. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 19(4) 229-236.
- Uderzo, E., Caputo, L., & Laquintana, D. (2000). Lo stress nei caregiver che assistono anziani affetti da demenza. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 19(4), 229-236.
- United Nations. (2003). Population Ageing 2002. Wallchart. New York, United Nations, Population division, Department of Economic and Social Affairs. www.un.org/esa/population/ageing/graph.pdf.
- Vaccaro, C.M., (2000). La mente rubata. Bisogni e costi sociali della malattia di Alzheimer. *Tendenze nuove*, 2, from <http://www.fondazione-smithkline.it/t20002art6.htm>
- Vellone, E., Piras, G., Sansoni, J. (2002). Stress, ansia e depressione delle caregivers di pazienti affetti da malattia d'Alzheimer. *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità* 14, 223-232.
- Vellone, E., Sansoni, J., Cohen, MZ. (2002). The experience of Italians caring for family members with Alzheimer's Disease. *Journal of Nursing Scholarship* 34(4), 323-329.
- Wackerbath, S.B., Johnson, M.M.S. (2002). Essential information and support needs of family caregivers Electronic Version. *Patient Education and Counseling*, 47 (2), 95-100.
- Ware, J.E., Sherbourne C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual Framework and item selection. *Medical Care* 30, 473-483.
- Winslow, B.W. (1997). Effects of formal supports on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Research in Nursing and Health*: 20 (1), 27-37.
- Wright, L.K. (1994). Alzheimer's Disease and caregiver stress. *The Journal of the South Carolina Medical Association* 9, 52-56.
- Zanetti, O., Binetti, G., Rozzini, R., Bianchetti, A., Trabucchi, M. (1989). Fattori clinico-sociali di rischio di istituzionalizzazione in un gruppo di pazienti dementi: ruolo determinante della famiglia. *Giornale di Gerontologia* 37, 1107-1116.
- Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. (1982) Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontology*. 20: 649-655.
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67, 361-370.

Il burn-out degli infermieri

Analisi critica e ricerca bibliografica della letteratura

di Emilia Marsala

ABSTRACT

Il *burn-out* è una sindrome psicologica che rappresenta la risposta allo stress cronico da lavoro.

Le ricerche hanno dimostrato che ci sono tre dimensioni del fenomeno:

la fatica: una risposta individuale allo stress lavorativo, ed è, in generale, il senso di mancanza di energia fisica e psicologica, di mancanza di risorse, il sentire di non farcela;

il cinismo: una reazione negativa al lavoro e al posto di lavoro, definibile come un "allontanarsi" dal lavoro, un "distanziarsene", comportato dal senso di fatica. Una persona affetta da *burn-out* passa dal "fare il proprio meglio" a "fare il minimo indispensabile";

l'inefficacia: la valutazione negativa di se stessi. Questo succede quando l'operatore non si sente efficace sul lavoro, non si sente realizzato, sente di non realizzare nulla di positivo; subentra, pertanto, una mancanza di orgoglio e soddisfazione.

Sono molti i professionisti del sociale a rischio di *burn-out*, ma quelli più "esposti" sembrano essere gli operatori di comunità; gli educatori e gli insegnanti; i riabilitatori psichiatrici; gli assistenti sociali e gli infermieri.

In genere, si tratta di professioni basate sulla "relazione d'aiuto" tra operatore e utenti "disagiati"; professioni nelle quali le responsabilità morali dell'operatore, lo stress a cui è sottoposto e il suo coinvolgimento emotivo sono elevatissimi. Per questo, se non sussistono adeguate misure di prevenzione, il risultato è, inevitabilmente, la "fusione", il *break-down* dell'operatore.

INTRODUZIONE

Il fenomeno del *burn-out* viene spesso identificato con lo stress lavorativo specifico delle *helping professions*, in altre interpretazione, invece, viene visto come lo stress che dà luogo alla de-personalizzazione, caratterizzata da un atteggiamento di indifferenza, malevolenza e cinismo verso i destinatari della propria attività lavorativa.

Sembra che il termine *burn-out* derivi dal gergo sportivo, poiché veniva utilizzato, negli anni '30, per indicare la condizione di quegli atleti che, dopo un periodo di successi, improvvisamente andavano in crisi e non riuscivano a dare più nulla dal punto di vista agonistico; analogamente, gli operatori sociali in *burn-out* non riescono a dare più nulla.

Esso può essere inteso anche come una strategia particolare adottata dagli operatori per contrastare la condizione di stress lavorativo determinata da uno squilibrio tra richieste/esigenze e risorse disponibili, ma va inteso anche come un processo multifattoriale che riguarda sia i soggetti che la sfera organizzativa e sociale in cui operano.

Il concetto di ***burn-out* (letteralmente, "essere bruciati, esauriti, scoppiati")** è stato utilizzato, la prima volta, per indicare una serie di fenomeni di affaticamento, logoramento e improduttività lavorativa registrati nei lavoratori inseriti in attività professionali a carattere sociale.

La prima osservazione di questa sindrome è stata fatta, negli Stati Uniti, su persone che svolgevano diverse professioni d'aiuto: infermieri, medici, inse-

gnanti, assistenti sociali, poliziotti, operatori di ospedali psichiatrici, operatori per l'infanzia.

Oggi, non esiste una definizione universalmente condivisa del termine, ma, per comprendere meglio di che cosa si tratta, possiamo esaminare le diverse teorie dei vari autori.

Il primo studioso a usare *burn-out* per indicare un complesso di sintomi, quali logoramento, esaurimento e depressione riscontrati in operatori sociali americani è stato Freudenberg; successivamente, Cherniss, che definiva con l'espressione: "*burn-out syndrome*", la risposta individuale ad una situazione lavorativa percepita come stressante e nella quale l'individuo non dispone di risorse e di strategie comportamentali o cognitive adeguate a fronteggiarla. I sintomi psichici sono quelli principali. Investono sia la sfera cognitiva, sia quella emotiva.

Nel suo lavoro del 1982 Christina Maslach parla di *burn-out* come l'insieme di manifestazioni psicologiche e comportamentali che può insorgere in operatori che lavorano a contatto con la gente e che si possono suddividere in tre componenti: esaurimento emotivo (sentirsi emotivamente svuotati ed annullati dal proprio lavoro, per effetto di un inaridimento emotivo del rapporto con gli altri); de-personalizzazione (che si presenta come un atteggiamento di allontanamento e di rifiuto (risposte comportamentali negative e sgarbate) nei confronti di coloro che richiedono o ricevono la prestazione professionale, il servizio o la cura e ridotta realizzazione personale che riguarda la percezione

della propria inadeguatezza al lavoro; la caduta dell'“autostima ed il sentimento di insuccesso nel proprio lavoro. La Maslach è l'ideatrice del questionario Mbi (*Maslach Burn-out Inventory*) finalizzato alla valutazione del *burn-out* nel personale che opera nei servizi sociosanitari e nelle istituzioni educative, che risulta essenziale per programmi di intervento specifici.

Ai sintomi inclusi in queste tre categorie, F. Folgheraiter aggiunge quelli descrivibili globalmente come “perdita di controllo”.

Qui verrà seguita la maggioranza degli autori che utilizza le categorie della Maslach (pur con qualche modifica), ma verrà aggiunta la categoria messa in evidenza da Folgheraiter.

In base a questo criterio, i sintomi possono essere raggruppati in collasso delle energie psichiche in cui rientrano molti sintomi tipici degli stati ansioso-depressivi. I principali sintomi sono: alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno; apatia; demoralizzazione; difficoltà di concentrazione; disagio; disperazione; incubi notturni; irritabilità; preoccupazioni o paure eccessive o immotivate; sensazione di inadeguatezza; sensi di colpa; senso di frustrazione o di fallimento; collasso della motivazione in cui sono comprese tutte le disfunzioni psichiche che portano alla de-personalizzazione dell'utente e quindi ad un progressivo scadimento della qualità professionale; e, ancora, i sintomi sono: distacco emotivo (perdita della capacità empatica); rigidità nell'imporre o applicare norme e regole; cinismo, disinteresse oppure ostilità o rifiuto (anche fisico) verso gli utenti o, meno frequentemente, verso i colleghi; pessimismo; caduta dell'autostima in quanto l'operatore non si sente realizzato sul lavoro e comincia a svalutarsi sia sul piano professionale, sia - successivamente - su quello personale. Nonostante si sforzi, non riesce a frenare questo crollo della fiducia nelle proprie capacità e risorse; i nuovi impegni gli sembrano insostenibili; ha la sensazione di non essere “all'altezza” dei problemi nel lavoro e nel privato e la perdita di controllo, poiché non si è più in grado di controllare lo spazio o l'importanza del lavoro nella propria vita.

Sensazione che il lavoro lo “invada”; non riesce a “staccare” mentalmente; il pensiero degli utenti o i problemi con i colleghi gli creano sempre più malessere, anche oltre l'orario di lavoro.

I sintomi osservati nel soggetto colpito da *burn-out* sono a-specifici come: **irrequietezza, senso di stanchezza ed esaurimento, apatia, nervosismo, insonnia, sono sintomi somatici del tipo tachicardia, cefalee, nausea, e sintomi psicologici come depressione, bassa stima di sé, senso di colpa, sensazione di fallimento, rabbia e risentimento, alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno, indifferenza, negativismo, isolamento, sensazione di immobilismo, sospetto e paranoia, rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento, difficoltà nelle relazioni con gli utenti, cinismo, atteggiamento colpevolizzante nei confronti degli utenti.**

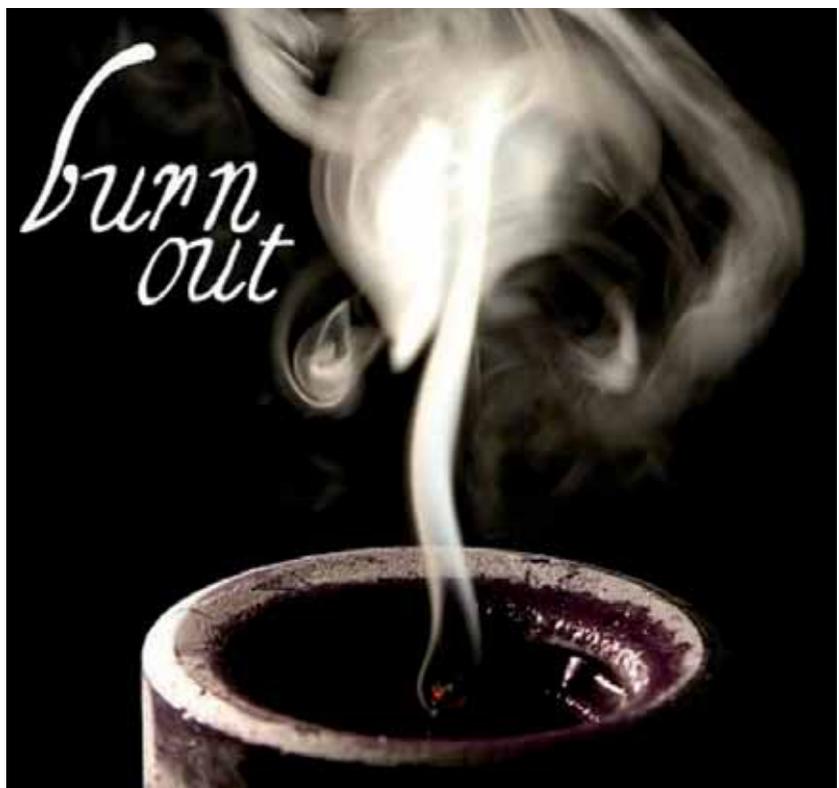
La situazione di disagio che si viene a creare, spesso, induce il soggetto ad abuso di alcool o di farmaci. Va notato che gli effetti negativi del *burn-out* non coinvolgono solo il lavoratore, ma anche l'utenza a cui viene offerto un servizio inadeguato ed un trattamento meno

umano.

Il *burn-out* è una possibile conseguenza dello stress, ma si deve definire lo stress, per capire bene. Secondo la definizione più classica, dovuta a Hans Selye, lo stress è: “la risposta a-specifica dell'organismo a una richiesta di prestazioni”, quindi, poiché nella reazione dell'organismo vi è una componente oggettiva (lo stimolo) e una soggettiva (l'interpretazione dello stimolo), si può dire che lo stress è una reazione individuale ad un insieme di stimoli oggettivi che viene soggettivamente riconosciuto come “richiesta di prestazioni”.

Il *burn-out* è, quindi, un fenomeno più complesso dello stress, perché determinato non solo dalle componenti soggettiva e oggettiva dello stress individuale, ma anche da variabili storico-sociali e culturali che possono “accelerare” il passaggio dallo stress al *burn-out*: insomma, **mentre lo stress è un fenomeno individuale, il burn-out è un fenomeno fondamentalmente psico-sociale.**

Nel mettere in evidenza le cause del *burn-out*, dunque, occorre distinguere fattori individuali (componente soggettiva e componente oggettiva dello stress) e fattori socio-culturali.



Il lavoro è diventato un obbligo più che una risorsa. I valori che definiscono la qualità della vita organizzativa non sono quelli di un gruppo di lavoro coesivo che si impegna per fornire prodotti o servizi eccellenti, ma sono quelli di una gestione esclusivamente orientata al risultato economico finale in una realtà che ha un disperato bisogno di flusso di cassa. La gestione delle risorse umane, o microgestione, è all'ordine del giorno, con politiche che focalizzano sempre di più i dipendenti sul rendimento economico. Ma i dipendenti, in particolare quelli che hanno un'alta professionalità, antepongono altri valori. I fornitori di assistenza sanitaria delle aziende ospedaliere pubbliche si sentono frustrati dalle politiche di aziendalizzazione delle cure, come gli insegnanti si sentono costretti dagli standard di curriculum stabilito dalla legislazione, e i dirigenti di medio livello si sentono costretti dalle direttive imposte dalla direzione centrale. La componente soggettiva dello stress è quella che determina quali stimoli verranno percepiti come stressanti e l'intensità della reazione individuale a tali stimoli. Fanno parte di questa componente: le caratteristiche della personalità, le aspettative professionali, lo stress non professionale, mentre per la componente oggettiva dello stress professionale vengono individuate varie classi in cui possono essere suddivise le fonti di stress (*stressors*) intrinseche al lavoro: scarsa retribuzione contrattuale, straordinari e ore lavorative extra poco retribuiti o addirittura non pagati o condizioni ambientali sfavorevoli: rumore, scarsa ventilazione, spazi angusti, illuminazione scarsa o abbagliante, umidità, troppo caldo o troppo freddo; relative al ruolo nell'organizzazione come sovraccarico di ruolo cioè responsabilità superiori al potere decisionale; mansionario o compiti specifici non chiari; incongruenza o conflitto di ruolo; relative alla carriera cioè competizione tra colleghi per ottenere promozioni, delusione per le retrocessioni subite, "ansia da prestazione" per le promozioni ricevute e relazionali tra colleghi, con i superiori, con gli operatori di altri servizi e relative all'équipe quando si rileva "spirito d'équipe" scarso o assente,

o insufficiente disponibilità alla negoziazione.

La velocità e la facilità con cui lo stress professionale porta alla sindrome di *burn-out* dipendono da numerosi fattori sociali e culturali.

Si deve, anzitutto, prendere in considerazione la disgregazione del tessuto sociale che porta ad un grave aumento delle varie forme di disagio psicosociale e quindi un aumento della domanda ai servizi. In questo contesto, gli operatori si trovano a fronteggiare un maggior numero di utenti con maggiori problemi, spesso senza un proporzionale aumento delle risorse a loro disposizione.

Questa situazione aumenta lo stress degli operatori e può portare al *burn-out*. Si deve, poi, considerare la svalutazione sociale del lavoro in se stesso che ha portato a dare enfasi al successo personale e, del guadagno economico, con conseguente svalutazione di tutte le professioni socio-sanitarie - professioni notoriamente poco pagate, nell'ambito delle quali il successo personale è molto relativo.

Tra gli specialisti più a rischio *burn-out* sono quelli che operano nell'ambito della medicina generale, della medicina del lavoro, della psichiatria, della medicina interna e dell'oncologia.

La comparsa della sindrome di *burn-out* negli operatori sanitari segue, generalmente, quattro fasi:

- 1) la prima, detta di "entusiasmo idealistico", è caratterizzata dalle motivazioni che hanno indotto gli operatori a scegliere un lavoro di tipo assistenziale, che sono motivazioni consapevoli come: migliorare il mondo e se stessi, sicurezza di impiego, svolgere un lavoro meno manuale e di maggiore prestigio e motivazioni inconsce che sono il desiderio di approfondire la conoscenza di sé e di esercitare una forma di potere o di controllo sugli altri. Queste motivazioni spesso sono associate ad aspettative di "onnipotenza", di soluzioni semplici, di successo generalizzato e immediato, di apprezzamento, di miglioramento del proprio status e altre ancora²;
- 2) la seconda, detta di "stagnazione",

l'operatore sanitario prosegue nel suo lavoro, ma si accorge che esso non soddisfa del tutto i suoi bisogni, passando così da un super-investimento iniziale ad un graduale disimpegno;

- 3) la terza, detta di "frustrazione" è la più critica, poiché il pensiero dominante dell'operatore è di non essere più in grado di aiutare alcuno. Ciò causa una profonda sensazione di inutilità e di non rispondenza del servizio ai reali bisogni dell'utenza. Inoltre, intervengono fattori di frustrazione aggiuntivi come: lo scarso apprezzamento sia da parte dei superiori che da parte degli utenti, nonché la convinzione di una inadeguata formazione per il tipo di lavoro svolto. In questo periodo, il soggetto frustrato può assumere atteggiamenti aggressivi verso se stesso o verso gli altri, mettendo in atto spesso comportamenti di fuga come allontanamenti ingiustificati dal reparto, pause prolungate, frequenti assenze per malattia;
- 4) la quarta, durante cui si assiste a una vera e propria "morte professionale", è la conseguenza del graduale disimpegno emozionale conseguente alla frustrazione, con passaggio dall'empatia all'apatia.

A questo punto, si devono prendere in considerazione quali siano gli interventi operativi proposti per la terapia del *burn-out*. Alcuni autori concordano sul fatto che la sindrome di *burn-out* può essere curata solo mediante mutamenti radicali nella vita professionale dell'operatore affetto, ma, in genere, si tratta di interventi piuttosto drastici, e, quindi, appare più realistico e accessibile mettere in atto un programma di prevenzione, poiché il problema risiede principalmente nella mancanza di informazione e nell'inadeguata formazione degli operatori.

A questo proposito, la Maslach ritiene che la gestione del fenomeno sia possibile a livello individuale e a livello socio-istituzionale: individualmente, è essenziale stabilire obiettivi realistici, modificare la metodologia di lavoro senza modificare l'attività professionale, creare dei momenti di pausa, privilegiando



l'autoanalisi allo scopo d'individuare capacità e debolezze personali.

STRATEGIE DI RICERCA, METODI E MEZZI

La ricerca è stata effettuata attraverso le seguenti Bd: Embase; Meline e Cinhal.

I testi reperiti sono di notevole quantità, per cui l'attenzione si è rivolta a quelli con una valenza specifica per il personale infermieristico che opera nelle diverse cliniche, sulla presenza dell'*abstract* per la consultazione, sulla possibilità di avere il testo completo.

Il limite di datazione è degli ultimi tre anni; i tipi di documento: studi randomizzati, revisioni sistematiche, metanalisi, etc; la pertinenza dell'argomento e la lingua del testo in inglese/italiano.

Le citazioni bibliografiche sono state inserite in ordine alfabetico, adottando il *Vancouver Style*.

Sono state utilizzate varie parole-chiave combinate in modi diversi: *job satisfaction*, *burn-out*, *health care staff*, *psychosocial health*, *nursing staff*, *occupational stress*, combinate tra loro mediante gli operatori booleani: "and" e "or".

RISULTATI

Il rischio di *burn-out* è, ormai, considerato una problematica professionale a tutti gli effetti.

La letteratura inerente, oggi estremamente ricca, ha consistentemente aumentato la sua vastità negli ultimi

anni, a fronte di un fenomeno il cui frequente manifestarsi ha determinato nuovi contesti conoscitivi e operazionali di interesse multidisciplinare.

All'interno di tali contesti, si è rivelato essenziale focalizzare gli elementi di innovazione, determinando e classificando la natura e gli aspetti fondamentali della sindrome, in modo da renderne riconoscibili cause, sintomi, conseguenze e da mettere in atto tempestivamente opportune misure preventive. Alcune categorie di lavoratori, a causa di particolari fattori di stress legati all'attività professionale, sono soggetti a rischio di **sindrome del burn-out: una condizione caratterizzata da affaticamento fisico ed emotivo e da un atteggiamento distaccato ed apatico nei rapporti interpersonali, nonché da un sentimento di frustrazione.**

Uno studio effettuato dai colleghi medici della Asl di Milano, partendo dall'analisi degli accertamenti sanitari per l'inabilità al lavoro, ha operato un confronto tra quattro categorie professionali di dipendenti dell'amministrazione pubblica: insegnanti, impiegati, personale sanitario, operatori manuali. In controtendenza con gli stereotipi diffusi nell'opinione pubblica, i risultati dimostrano che la categoria degli insegnanti è soggetta ad una frequenza di patologie psichiatriche pari a 2,5-3 volte superiore a quella delle altre categorie in esame. Pur non essendo ancora contemplata nell'elenco internazionale delle patolo-

gie psichiatriche, è verosimile ritenere che la sindrome del *burn-out*, quando trascurata, possa costituire la fase iniziale di una più riconoscibile patologia psichiatrica.

Lo studio, che prende il nome di "Golgota", approfondisce cause, fattori predisponenti, reazioni di adattamento individuale, aspetti sociali, ipotesi d'intervento nella classe docente, rilevando, al contempo, la necessità di ulteriori approfondimenti affiancati da interventi volti a contrastare tempestivamente tale sindrome negli insegnanti.

E' necessaria, per gli studiosi, l'apertura di un dibattito che coinvolga istituzioni, parti sociali, amministrazioni scolastiche, associazioni di categoria, studenti, famiglie e comunità medico-scientifica, a causa della portata e della multidimensionalità del problema che interessa gli ambiti sanitario, sociale, culturale, economico e istituzionale.

Lo stress lavorativo, comunque, non genera imprescindibilmente il burn-out, poiché esso è il risultato di particolari modalità di coping, che includono: ritiro, distacco e così via; le cause vanno, piuttosto, ricercate in tutti quei fattori che favoriscono questo tipo di reazione. Per comprendere meglio la sindrome del *burn-out*, ci si può riferire agli studi di Cherniss che fa notare come, in letteratura, vi sia la tendenza a focalizzare l'attenzione su singoli elementi d'indagine, quando sarebbe più opportuno analizzare il problema secondo la prospettiva multidisciplinare che gli appartiene. Inoltre, l'autore rimarca il fatto che il *burn-out* non si configura come situazione necessariamente permanente, in base alla reversibilità degli effetti che il *distress* genera ed, inoltre, pone l'accento sull'analisi del contesto organizzativo in cui si svolge la professione, ricordando come un intervento a livello strutturale sia più semplice ed economico di uno volto a risolvere - volta per volta - casi individuali.

Le caratteristiche della situazione lavorativa chiamate in causa sono gli elementi normativi, la struttura di ruolo (conflitto/potenziale motivazionale), la struttura di potere (autonomia/controllo), lo stile di *leadership* e supervisione e l'interazione sociale all'interno dello staff.

Quest'ultimo elemento ben si riallaccia al problema del *mobbing* e acquisisce un'importanza fondamentale in ambito medico legale, in quanto evidenzia una relazione per cui *mobbing* e *burn-out* potrebbero configurarsi come eventi paralleli, che si generano all'interno di situazioni lavorative stressanti. Quanto sembra emergere è l'importanza del successo psicologico che deriva dalla percezione personale, piuttosto che dai riconoscimenti esterni: nel momento in cui viene a mancare un grado sufficiente di discrezionalità (basato sul parziale controllo del proprio ambiente di lavoro), è possibile che si sviluppi una forma di "impotenza appresa" (termine introdotto per la prima volta da Seligman), ovvero l'incapacità di controllare perfino gli eventi che riguardano l'operatore stesso.

Nell'analizzare il fenomeno del *burn-out* nella professione infermieristica, potrebbe risultare utile approfondire alcune fra le tecniche utilizzate per l'approccio e la relazione con i pazienti, in particolare nei reparti ritenuti più complessi, come quello di psichiatria.

La "relazione affettiva" è inevitabilmente presente e rilevante all'interno di quei rapporti che, pur non potendo definirsi tout-court "psicoterapeutici" in senso stretto, sono, però, senz'altro "terapeutici" in senso lato: il rapporto infermiere-paziente è certamente uno di questi.

Lo studio del *burn-out* ha subito nel tempo, da parte degli studiosi, un'evoluzione enorme, in quanto essi lo hanno approfondito in relazione ai diversi aspetti in cui esso suole presentarsi, ma soprattutto, in relazione all'approccio con il settore nel quale gli studiosi stessi operavano.

Così, il *burn-out* è stato, di volta in volta, oggetto di studio da parte dei medici, dei sociologi, degli psicologi e degli economisti, ovviamente con impostazioni e risultati diversi.

Il *burn-out* si distingue dallo stress (che, eventualmente, può costituire una causa) e, si differenzia dalle diverse forme di nevrosi, perché non può essere considerato un disturbo della personalità, bensì del ruolo lavorativo. **Il *burn-out* non si presenta tra gli staff del servizio sanitario come un problema personale, ma costituisce una "malattia contagiosa" che si propaga dall'utenza all'équipe, da un componente dell'équipe ad un altro e dall'équipe agli utenti: perciò riguarda, oltre il singolo individuo, l'intera organizzazione del servizio sanitario, l'utenza e la comunità.**

Le gravi conseguenze che ne derivano possono essere schematizzate in tre livelli di impatto:

1) il livello degli operatori sanitari che pagano gli effetti del *burn-out* sul piano personale, anche attraverso

gravi somatizzazioni, ma soprattutto attraverso dispersione di risorse, frustrazioni e sottoutilizzazioni del potenziale;

2) il livello dell'utenza, per cui i contatti degli utilizzatori del servizio sanitario con gli operatori affetti da *burn-out* risulta frustrante, inefficace e dannoso;

3) il livello della comunità servita in generale che vede svanire forti investimenti nei servizi del *welfare*.

Lo studio di Zanni mira a capire come riconoscere e prevenire il fenomeno oggetto di questo lavoro. Egli rileva che, nel processo assistenziale tipico della professione infermieristica: "è la qualità del *nursing* ad essere *terapeuticamente decisiva*". È fondamentale, da parte del paziente, poiché i suoi bisogni sono compresi ed accolti come significati spunti per il processo terapeutico, e hanno una notevole rilevanza sull'efficacia del progetto stesso, e da parte dell'infermiere, poiché comporta un "ritorno" positivo in termini di riconoscimento e gratificazione personale.

La relazione con il paziente, in alcuni casi può divenire terapeutica, ma il *setting*, i ruoli e il tempo che gli infermieri devono - e possono - dedicare ai pazienti rischiano di mettere in luce solo il lato negativo che si porta dietro: un alto coinvolgimento, con un conseguente aumento del rischio *burn-out* tipico di tutte le professioni d'aiuto e un alto *turn-over* degli infermieri, che spesso non porta a sviluppare relazioni significative con i pazienti.

Gli infermieri, dall'indagine, appaiono frustrati, non valorizzati adeguatamente dalla direzione ospedaliera (percepita come un nemico contro cui allearsi), esauriti da un lavoro stressante, soprattutto, quando si ha a che fare con i malati terminali e bambini.

Inoltre, emerge che i valori di stress sono maggiori per le donne; alti anche per i medici più giovani che diminuiscono al crescere dell'anzianità; mentre per gli infermieri è il contrario.

Per questi, le aree più a rischio di *burn-out* sono quella pediatrica e dei malati terminali, mentre si registra un minimo di stress nei medici dell'area di medicina generale.



Nell'indagine emergono tre modalità attraverso cui si manifesta il *burn-out*:

- un esaurimento emozionale, caratterizzato da perdita di energia;
- de-personalizzazione, che è una tipica tendenza difensiva che consiste nel trattare i pazienti come oggetti spersonalizzandoli;
- una ridotta realizzazione personale.

Lo studio di Quattrin e collaboratori si è posto l'obiettivo di valutare il livello di *burn-out* tra gli infermieri di oncologia di un ospedale dell'Italia settentrionale, per cercare di identificare i fattori di rischio e le strategie per prevenire il fenomeno.

Per ricavare i dati dall'indagine è stato utilizzato un campione di 100 infermieri ai quali è stato sottoposto un questionario elaborato sulla base dell'Mbi e modificato in base alle esigenze conoscitive e sulla base delle caratteristiche del personale italiano.

Il questionario si componeva di 58 *item*, finalizzati ad indagare tre aspetti legati al rischio di *burn-out*:

- sociodemografico;
- caratteristiche del lavoro;
- questionario Mbi modificato.

L'analisi dei risultati evidenzia come, nelle realtà indagate, il 71% degli infermieri presenta un alto livello di stress emotivo, il 17% un alto livello di de-personalizzazione e l'11% un alto livello di realizzazione personale.

Significativamente alti i livelli di esaurimento emotivo sono stati riscontrati tra gli operatori ultra- quarantenni con un'anzianità di servizio superiore ai 15 anni; alcuni che hanno scelto di lavorare in oncologia e alcuni che vorrebbero avere un'altra assegnazione. La consapevolezza dell'esistenza del fenomeno del *burn-out* porta verso la programmazione della prevenzione del fenomeno.

Per la prevenzione del *burn-out*, infatti, servono interventi specifici rivolti a:

- sostegno psicologico degli operatori sanitari;
- miglioramento del contesto lavorativo;
- rafforzamento della formazione e delle competenze professionali (tecniche relazionali-educative);
- miglioramento dell'organizzazione della struttura;



- riconoscimento sociale ed economico del ruolo dell'infermiere.

Un altro interessante lavoro di Edward KL, Herculinskyj G. ci conduce alla ricerca della correlazione tra lo stress psicologico e la comparsa della sindrome di *burn-out* tra gli infermieri.

In questo studio si evidenzia che il nucleo è uno schema di sovraccarico emozionale, a cui segue l'esaurimento emozionale da parte di chi eccessivamente coinvolto sotto il profilo emozionale; si tende sempre di più verso gli altri e alla fine si sente sopraffatto dalle richieste emozionali imposte dagli altri e incapace di farvi fronte.

Può essere considerato una forma di stress occupazionale, il cui fattore caratteristico è che la sua causa è l'interazione sociale fra l'operatore e il destinatario dell'aiuto: la persona colpita si sente sfinita, svuotata, le manca l'energia per affrontare un altro giorno, le sue risorse emozionali sono consumate e non c'è una sorgente a cui attingerle nuovamente.

Inoltre, si evince che il *burn-out* non si instaura improvvisamente, ma è un processo, che si instaura in modo talmente graduale che il lavoratore ne è inconsapevole; avverte che c'è qualcosa che non va, ma spesso non è in grado di qualificare e quantificare il suo disagio, e continua a lavorare facendo finta di niente e rifiutandosi di pensare che qualcosa non vada, ma ne è comunque condizionato e compromesso.

Un interessante studio di Argentero e collaboratori dell'università di Pavia, pone in relazione il fenomeno del *burn-*

out con la soddisfazione dei pazienti in un reparto di dialisi, che, come è noto, è uno dei più difficili da vivere. Lo studio riguarda un'indagine incrociata tra il *burn-out* negli operatori di nefrologia e la soddisfazione dei pazienti ricoverati in reparto; vi hanno partecipato 334 infermieri e 695 pazienti dializzati di dieci centri di dialisi del nord Italia. Il livello di *burn-out* è stato rilevato attraverso la somministrazione del Mbi e sono stati analizzati i tre aspetti del *burn-out*: esaurimento emozionale, de-personalizzazione e soddisfazione personale, mentre la soddisfazione dei pazienti è stata misurata attraverso un questionario a scelta multipla, riguardante la completezza delle informazioni, relazione emotiva con lo staff, prestazioni del centro dialisi ed aspetti organizzativi del servizio di assistenza.

Per risolvere il problema della quantità, si deve intervenire su quello della qualità, ricordandoci che questa professione richiede un alto impiego di risorse e soprattutto una grande forza emotiva da mettere a disposizione dei pazienti.

Il compito dell'infermiere è "prenderci cura" dei pazienti, svolgendo anche la funzione di mediatori di informazioni: spesso, infatti, sono i soli operatori a comprendere il dolore, la sofferenza e la morte.

Gli infermieri, possono essere definiti anche "*care manager*", professionisti, quindi, con capacità tali da poter adempiere ad un lavoro di alta qualità svolto con elementi umani come: comprensione ed amore. Attualmente, il problema principale nella professione infermier-

stica, riscontrabile in tutte le *"helping profession"* è la carenza di personale ovvero, il problema quantitativo.

Questa carenza è dovuta a vari fattori, ma quello più rilevante è la notevole pressione psicologica a cui vengono sottoposti i professionisti. Dai risultati è emerso che il livello di *burn-out* è inferiore a quello del resto d'Italia e che non ci sono significanti differenze tra medici e infermieri, ma considerando separatamente i centri dialisi, in due di essi è emerso che gli infermieri presentavano un elevato livello di *burn-out*.

Analizzando, poi, le risposte dei degenti, si è visto che il livello di soddisfazione è abbastanza elevato in particolare riguardo gentilezza e cortesia dello staff, ma evidenziano, un aspetto negativo nell'organizzazione del lavoro.

La dimensione più critica, però, resta quella comunicativa rispetto alle informazioni ricevute e si osserva, inoltre, una correlazione positiva tra la soddisfazione lavorativa degli operatori e quella dei degenti, ma nessuna, significativa correlazione tra la de-personalizzazione dello staff e il livello di soddisfazione dei pazienti.

Da quanto rilevato, si evince, quindi, che un alto livello di *burn-out* può essere associato ad una poca soddisfazione dei pazienti e che, quindi, identificando e prevenendo il fenomeno in questione, si può aumentare la soddisfazione dei pazienti.

Proprio alla relazione tra soddisfazione lavorativa e livello di *burn-out* è dedicato lo studio di Kalliath e Morris che ipotizzano che un alto livello di soddisfazione lavorativa porti a bassi livelli di *burn-out*. A questo proposito, si deve pensare che il lavoro non esiste indipendentemente dai lavoratori e, per questo motivo, va studiato come un complesso sistema di pratiche sociali e non semplicemente come sistema tecnico, tecnologico ed organizzativo che contiene attività di lavoro. Esso, infatti, permette alle persone di mettere in pratica le proprie conoscenze, di sviluppare capacità ed abilità; rappresenta una fonte di varietà dato che le porta fuori dalla propria casa, e svolge un ruolo importante nell'organizzazione del tempo.

L'individuo è, quindi, motivato al lavoro

poiché vi trova la possibilità di soddisfare una serie di bisogni fondamentali, come sviluppare le proprie capacità, svolgere attività significative ed utili, accrescere le proprie conoscenze. Non sempre il lavoro, però, soddisfa tutte queste funzioni, anzi, al contrario, esso può essere vissuto in maniera negativa, con conseguenze quali alienazione e stress che possono insorgere nel momento in cui il lavoro viene vissuto come un'attività obbligata, che comporta limitazioni nella gestione del proprio tempo e nello svolgimento di attività desiderate, che vincola al rispetto di norme e orari e che conduce a relazioni sociali non sempre positive.

Tra gli infermieri viene rilevata un'alta incidenza di ansia e depressione, associati alla particolare attività lavorativa. Lo stress sperimentato sul lavoro, e al di fuori di questo, contribuisce allo sviluppo di tali forme di disagio.

La soddisfazione lavorativa è stata valutata con la scala di Katzell: dall'indagine condotta, si evince che la soddisfazione lavorativa, globalmente considerata, risulta essere un fattore protettivo per l'ansia e la depressione, così come per l'esaurimento emotivo che caratterizza il *burn-out*.

Si può, dunque, affermare che l'essere soddisfatto in merito alla gestione della

propria Unità Operativa ed il giudizio positivo sulle proprie opportunità di crescita, sembrano esercitare un ruolo particolarmente rilevante proprio sul livello globale di soddisfazione degli infermieri, indipendentemente da caratteristiche quali età, sesso e durata d'impiego, e da altri fattori, quali la chiarezza di ruoli e competenze ed il giudizio sugli spazi e le attrezzature.

Sempre riguardo alla soddisfazione lavorativa e al suo rapporto con il *burn-out* si pone lo studio di Tabolli e collaboratori che affermano che la soddisfazione lavorativa ed il benessere psico-fisico degli operatori sanitari svolgono un ruolo importante nella qualità delle cure fornite.

L'obiettivo del loro studio è quello di valutare i livelli di *burn-out*, ansia e depressione, ed il grado di soddisfazione lavorativa degli infermieri dell'Idi-Sanità. A tale scopo, è stato utilizzato un questionario anonimo, auto-somministrato, distribuito a 545 componenti del personale infermieristico. Il questionario era composto dal Maslach Burnout Inventory (Mbi), dal General Health Questionnaire (GhQ-12), e da un questionario sulle principali dimensioni della soddisfazione lavorativa, già validato. L'analisi eseguita sui dati ottenuti è stata condotta come analisi di regressione logistica multipla, per l'identifica-



zione delle variabili predittive di sindrome di *burn-out* e di stato ansioso-depressivo ed, in particolare, per la sezione del questionario relativa alla soddisfazione lavorativa è stata effettuata una analisi fattoriale.

Il 44% degli infermieri ha risposto al questionario e si è potuto rilevare *burn-out* nella sottoscala Mbi dell'esaurimento emotivo nel 38% dei rispondenti; i valori medi e le deviazioni standard riscontrati in ciascuna delle tre sottoscale dell'Mbi non differiscono in modo significativo dai valori della popolazione italiana di riferimento. In 1/3 circa del campione, il punteggio al Ghq-12 porta all'identificazione di disturbi (ansia e depressione) e si è rilevato che sia per questo tipo di disturbi che per l'esaurimento emotivo la soddisfazione lavorativa è risultata fattore protettivo.

Dall'analisi fattoriale delle domande relative ai singoli aspetti della soddisfazione sono stati individuati quattro fattori, complessivamente responsabili del 61% circa della varianza totale, possibili obiettivi di intervento per migliorare il giudizio e la motivazione, degli infermieri.

Del legame tra stress e *burn-out* tratta l'articolo di Shirey che cerca di spiegare che questi due concetti, benché temporalmente e qualitativamente differenti, potrebbero rappresentare un percorso ipotetico cui molti operatori socio-sanitari vanno incontro nella propria esperienza lavorativa quotidiana: la presenza di una situazione difficile che induce ad una reazione adattiva nel soggetto coinvolto, conducendolo alla sua cristallizzazione in una sindrome specifica.

Le condizioni fisiche dell'ambiente lavorativo o la fatica fisica, il ruolo e le relazioni lavorative, la gestione del lavoro, la burocratizzazione sono tutte variabili capaci di esplicitare negli operatori i sintomi che sostanziano la sindrome del *burn-out*: apatia, perdita di entusiasmo e senso di frustrazione.

Si può affermare che i comportamenti lavorativi messi in atto dagli operatori in fase di *burn-out* sono rivolti, in particolare, al rapporto interpersonale con l'utenza nel momento in cui tale rapporto perde la proprietà di relazione d'aiuto

e diviene essenzialmente una relazione tecnica di "servizio": perdita dei sentimenti positivi verso l'utenza e la professione, perdita della motivazione, dell'entusiasmo e del senso di responsabilità; vengono evitate le relazioni, le visite e le telefonate, oltre alle discussioni e difficoltà atte ad attivare processi di cambiamento; utilizzo di un modello lavorativo stereotipato con procedure standardizzate e rigide; cinismo verso la sofferenza.

Nello studio, vengono anche presi in considerazione gli strumenti individuabili finalizzati allo sviluppo di modelli di prevenzione e gestione del *burn-out*: la formazione permanente ed i gruppi di supporto per gli operatori in cui gli incontri, a cadenza settimanale, sono focalizzati su spazi di discussione relativi a casi difficili, scelte terapeutiche, problemi interpersonali con altri colleghi dello staff o di staff diversi.

Un altro interessante lavoro riguarda il superamento dello stato di *burn-out* che considera anche un mezzo per rivitalizzare la propria carriera. Espeland spiega che aiutare gli altri è lo scopo principale delle cosiddette "professioni di aiuto", in cui il rapporto tra curante e assistito ha implicazioni emotive spesso molto forti. Ma quando l'operatore si fa troppo coinvolgere dai problemi di chi è stato affidato alle sue cure, può andare in *burn-out*. Con questa espressione si intende una particolare condizione di logorio psicologico (talvolta, anche fisico) provocato da una progressiva perdita di idealismo e di energia nel lavoro, accompagnata da una sensazione di impotenza e fallimento. E' lo stress di chi avverte un forte squilibrio tra richieste e risorse, tra ideale e realtà, tra ciò che gli assistiti richiedono e le reali possibilità di rispondere ai loro bisogni.

Come altra possibilità rispetto alla difesa *burn-out*, esiste quella che potremmo definire "difesa attiva", cioè il modificare la situazione reale di lavoro, che risulta essere un sistema certamente più proficuo che non il ripiegamento soggettivo e il disinteresse, ma che presenta ugualmente una serie di contro-indicazioni: prima fra le quali il fatto che determina lo spostare il problema a livelli sempre più alti (e progressiva-

mente immodificabili), dando luogo ad attese utopistiche e a speranze senza fondamento. Questo tipo di azione è razionale se il singolo, o il piccolo gruppo, hanno, nell'organizzazione, uno spazio di manovra per le opportune modificazioni, ma rivela la sua infondatezza se si pensa che le organizzazioni sono stressanti proprio nel momento in cui non esiste questo spazio di manovra. Ci sono, invece, alcuni soggetti che, quando le condizioni di un lavoro hanno messo in discussione le motivazioni ideali, tentano di superare il *burn-out* attuando una fuga dal lavoro senza riesaminare queste motivazioni, ma il lavoro stesso. Questa fuga è quasi sempre individuale, e cela un certo senso di superiorità di chi va via che si sente migliore o più energico rispetto a quelli che restano "a far niente".

C'è anche un'altra soluzione: mettere a punto una tecnica migliore di relazione o di lavoro che permette di far fronte alla caduta dell'entusiasmo. Se per uno staff l'unica possibilità per non estinguersi è una soluzione attiva e di cambiamento ambientale, per il singolo operatore la soluzione può passare attraverso un atto inizialmente cognitivo. Se l'operatore si rende conto che è lo sforzo personale o l'entusiasmo a permettergli di incontrare il bisogno dell'altro, può giungere anche ad un cambiamento comportamentale.

DISCUSSIONE

Per quanto riguarda la comparsa della sindrome di *burn-out*, particolare importanza possono avere fattori socio-organizzativi (aspettative connesse al ruolo, le relazioni interpersonali, le caratteristiche dell'ambiente di lavoro, l'organizzazione stessa del lavoro), nonché le relazioni tra variabili anagrafiche (sesso, età, stato civile): tra queste, l'età è quella che ha dato luogo a maggiori discussioni tra i diversi autori che si sono occupati dell'argomento. Alcuni sostengono che quella avanzata costituisca uno dei principali fattori di rischio di *burn-out*, mentre altri ritengono che i sintomi di *burn-out* sono più frequenti nei giovani, le cui aspettative sono deluse e stroncate dalla rigidità delle organizzazioni lavorative.

I risultati sembrano, quindi, indicare una polarizzazione tra "specialità a più alto *burn-out*", dove spesso ci si occupa di pazienti cronici, incurabili o morenti, e "specialità a più basso *burn-out*", ove i malati hanno prognosi più favorevole. Le ricerche condotte in quest'ambito hanno testimoniato l'utilità di condurre interventi rivolti al miglioramento della qualità di vita lavorativa.

A seguito, infatti, delle attività proposte, il personale infermieristico ed ausiliario si è sempre dimostrato più efficiente e, soprattutto, maggiormente capace di lavorare in gruppo.

Inoltre, **in letteratura viene sottolineato come, a seguito di un intervento mirato al miglioramento della qualità di vita lavorativa, il personale infermieristico si sia dimostrato più accorto e propositivo nel soddisfare le richieste dell'utenza.**

Una correlazione tra stress occupazionale e insorgenza di *burn-out* viene studiata da Grunfeld e collaboratori che hanno evidenziato la relazione tra stress occupazionale e sindrome di *burn-out*, considerato una delle principali fonti di disagio psicologico connesso all'attività lavorativa nei settori del comparto sanitario, soprattutto l'area oncologica.

Il personale che opera nei reparti di oncologia è considerato a rischio in quanto si occupa di pazienti in condizioni critiche o in fase terminale, effettua trattamenti terapeutici complessi e spesso deve affrontare carichi di lavoro eccessivi e turni inadeguati.

Tuttavia, il rischio di sviluppare la sindrome del *burn-out* dipende anche dalle caratteristiche di personalità degli operatori, dalle aspettative che essi hanno riguardo all'attività lavorativa e rilevante è la condizione in cui ci trova costretti a lavorare. I risultati del protocollo psicodiagnostico evidenziano che i soggetti studiati, pur possedendo delle capacità soggettive adeguate a fronteggiare il carico lavorativo, percepiscono chiaramente la presenza di diverse fonti di stress nell'ambito lavorativo; questi, inoltre, presentano un buon equilibrio tra la percezione di un controllo interno ed esterno sull'andamento lavorativo. Infine, sono state rilevate elevate abilità di "*coping*" che depongono per una

buona capacità di attuare strategie mentali e comportamentali per affrontare le situazioni problematiche. Tuttavia, in molti casi, i risultati dei subtest, hanno evidenziato una buona salute fisica a fronte della sensazione di ridotto benessere emozionale; infatti, tutti i lavoratori hanno riferito sintomi caratteristici della sindrome di *burn-out*, quali fatica mentale, irritabilità ed apatia, dovuti alla specifica condizione lavorativa. I risultati del test Mbi, hanno evidenziato la presenza di sintomi del *burn-out*, anche in presenza di una condizione di realizzazione professionale.

CONCLUSIONI

Uno degli obiettivi del personale infermieristico e di tutti gli altri operatori all'interno delle aziende sanitarie è quello di contribuire al miglioramento della qualità dei servizi.

Tale contributo può risultare inadeguato a causa di conflittualità organizzative, relazionali ed individuali, demotivazioni personali e di gruppo: tutti sintomi della sindrome da *burn-out*.

Il *burn-out* è un processo che inizia con un eccessivo e prolungato livello di stress lavorativo che produce esaurimento nell'operatore; un processo che è completo quando questi, per far fronte allo stress, si distacca psicologicamente dal proprio lavoro, diventando apatico e cinico.

Tutte le professioni d'aiuto spendono un intenso coinvolgimento emotivo: l'interazione tra operatore ed utente è centrata sui problemi contingenti di quest'ultimo (psicologici, sociali o fisici) ed è, perciò, spesso gravata da sensazioni d'ansia, imbarazzo, paura o disperazione, soprattutto in un contesto lavorativo che inficia tale interazione. Poiché non sempre la soluzione dei problemi dell'utente è semplice o facilmente ottenibile, la situazione diventa ancora più ambigua e frustrante e lo stress cronico può logorare emotivamente l'operatore e condurlo al *burn-out*, normalmente definito come una sindrome di esaurimento emotivo, di de-personalizzazione e di ridotta realizzazione personale che può insorgere in chi svolge una qualche attività lavorativa "di aiuto": dunque, uno stato di

malessere, di disagio, che consegue ad una situazione lavorativa percepita come stressante e che conduce gli operatori a diventare apatici, cinici, indifferenti e distaccati dall'ambiente di lavoro. In casi estremi, tale sindrome può comportare gravi danni psicopatologici (insonnia, problemi familiari, incremento nell'uso di alcol o farmaci) e deteriora la qualità delle cure o del servizio prestato dagli operatori, provocando assenteismo e alto *turn-over*.

In conclusione, è possibile notare due aspetti critici inerenti alla professione infermieristica:

il primo riguarda l'organizzazione sanitaria che sembra abbia difficoltà ad appropriarsi della cultura del miglioramento, che presuppone l'accettazione dei limiti, di errori e quindi l'idea del cambiamento. L'obiettivo principale delle organizzazioni è la soddisfazione del cliente, ma dimentica spesso che, poiché "cliente" è chiunque usufruisca di un servizio, anche l'operatore è un cliente (oltre ad essere la maggiore risorsa, in qualità di "capitale umano") e, quindi, l'organizzazione dovrebbe porsi come obiettivo anche quello di soddisfare gli operatori sanitari, monitorando bisogni e aspettative, al fine di garantire la qualità;

il secondo riguarda il delicato ruolo ricoperto dal personale infermieristico, con le sue specificità, come interfaccia fondamentale nel percorso di diagnosi e cura fra paziente e medico curante, tale fondamentale ruolo troppo spesso non viene considerato in modo adeguato e tutelato dal rischio di *burn-out*.

In generale, è possibile evidenziare che, quando gli ambienti dove agiscono i "*care manager*" sono pervasi da *burn-out*, è evidente che la loro efficacia sul piano professionale cade verticalmente, e quanto più tale fenomeno viene accettato come inevitabile, tanto più la maggior parte degli operatori tenderà ad adattarsi. Risultato? Un crescente numero di operatori sanitari con problematiche di tipo psicologico e psicosomatico.

Per quanto detto si può affermare che non esiste, allo stato attuale, alcuna terapia specifica e, quindi, realmente efficace per un quadro manifesto di

burn-out, anche se le organizzazioni hanno grandi responsabilità nella fase della prevenzione. Fino ad ora, si sono svolte sperimentazioni che hanno portato ad ipotizzare strategie o collaudare percorsi terapeutici multidisciplinari, per cui si va dai gruppi di aiuto ai trattamenti antidepressivi classici e tradizionali (in Spagna è stato anche istituito un numero telefonico di soccorso per i soggetti in crisi).

L'unico, reale rimedio è costituito dalla prevenzione, giacché si presenta molto difficile recuperare una situazione degenerata sia per il singolo operatore sanitario, sia per il contesto lavorativo nel suo complesso. La prevenzione del *burn-out* presuppone molteplici livelli di intervento, che attengono sia alla organizzazione del lavoro che a provvedimenti specifici.

È necessario continuare sulla strada del miglioramento della qualità dei servizi e

d'integrazione delle diverse équipe multiprofessionali, senza dimenticare, però, che la complessità delle situazioni che si verificano nei vari contesti e, più specificamente, in pronto soccorso o in oncologia, richiedano, preventivamente, una maggiore sensibilità da parte dei dirigenti infermieristici e provvedimenti di supervisione e di supporto da parte di specialisti psicoterapeuti e di medici del lavoro in grado di gestire gruppi d'incontro e, al bisogno, interventi individuali nei casi più a rischio. Gli interventi di prevenzione del *burn-out* devono essere rivolti ad insegnare all'operatore a vedere il gruppo di lavoro come una risorsa e non come un limite: ciò è importante anche se risulta facilmente comprensibile come possa risultare spesso difficoltoso, proprio perché il sovraccarico emozionale elevato, che consegue all'assistenza, comporta, come risposta conseguente, un distacco

dalle persone: dovrebbe intervenire il coordinatore nel ruolo di facilitatore e all'infermiere dovrebbe essere data la possibilità di porre in essere attività che appartengono al proprio specifico professionale, affinché non si senta declassato, demansionato e, quindi, frustrato. Possibili piani di intervento si possono concretizzare in tecniche di conduzione dei gruppi mirate a migliorare le relazioni interpersonali dei membri di un'equipe assistenziale, cercando di rafforzare ed aumentare il senso di solidarietà, di identificazione e di appartenenza ad un gruppo professionale, capacità di conforto, comprensione della situazione, confronto e gratificazione.

AUTORE:

Emilia Marsala, infermiera presso l'Ifo – Polo oncologico "Regina Elena" di Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosini G, Barni S, Frontini L, *Oncostress l'operatore-il paziente*. Trento: Ed. Seiser; 2005.
- Argentero P, Dell'Olivo B, Ferretti M S, *Staff burn-out and patient satisfaction with the quality of dialysis care*. *Am J Kidney Dis*. 2008 Jan; 51(1): 80-92.
- Cherniss C, *Staff burn-out: job stress in the human service*. Beverly Hills, CA: Sage Publications Inc.; 1980 (La sindrome del burn-out. Torino: Centro Scientifico Editore; 1983).
- Cherniss C, *La sindrome del burn-out. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari*. Torino: CST Centro Scientifico; 2000.
- Di Iorio B, Cillo N, Cucciniello E, Bellizzi V, *Burn-out in the dialysis unit*, *J Nephrol*. Mar-Apr 2008; 21 Suppl. 13, 158-162.
- Edward K. L, Herculinsky G., *Burn-out in the caring nurse: learning resilient behaviours*. *Br J Nurs*. 2007 Feb 22-Mar 7; 16(4): 240-2.
- Espeland K. E., *Overcoming burn-out: how to revitalize your career*. *J Contin Educ Nurs.*, 2006 Jul-Aug; 37(4): 178-84.
- Fenga C, Faranda M, Aragona M, Micali E, Di Nola C, Trimarchi G, Crimi B, Cacciola A, *Burn-out and occupational stress in nurses*. *Med Lav*. 2007 Jan-Feb; 98(1): 55-63.
- Grunfeld E, Zitzelsberger L, Coristine M, Whelan T. J, Aspelund F, Evans W. K., *Job stress and job satisfaction of cancer care workers*. *Psycho oncology*. 2006 Jan; 14(1): 61-9.
- Ilhan M. N, Durukan E, Taner E, Maral I, Bumin M. A., *Burn-out and its correlates among nursing staff: questionnaire survey*, *J Adv Nurs*. 2008 Jan; 61(1): 100-6. Epub 2007 Nov 22.
- Kalliath T, Morris R, *Job satisfaction among nurses: a predictor of burn-out levels*. *J Nurs Adm*. 2006 Dec; 32(12): 648-54.
- Kamrowska A, *Job burn-out*, *Pol Merkur Lekarski*. 2007 Oct; 23 (136): 317-9.
- Lodolo D'Orta V, Pecori Giralì F, Della Torre M, Iossa Fasano A, Vizzi F, Fontani S, Vitello A, *Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti* (Studio Golgota). *La Medicina del Lavoro* 2005; 5.
- Maslach C, *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*. Assisi: Cittadella Editrice; 2002.
- Maslach C, *Burn-out, the cost of caring*. New York: Prentice Hall Press Inc.; 1982 (La sindrome del burn-out, il prezzo dell'aiuto agli altri. Assisi: Cittadella Editrice; 1997).
- Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, Searcy-Bernal R, Compean-Saucedo B, *Prevalence of burn-out syndrome in nurses in two mexican hospitals*, *Enferm Clin*. 2007 Sep-Oct; 17(5): 256-60.
- Piko B. F., *Burn-out, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey*, *Int J Nurs Stud*. 2006 Mar; 43(3): 311-8. Epub 2005 Jun 16.
- Quattrin R, Zanini A, Nascig E, Annunziata M, Calligaris L, Brusaferrò S, *Level of burn-out among nurses working in oncology in an Italian region*. *Oncol Nurs Forum*. 2006 Jul 1; 33(4): 815-20.
- Shirey M. R., *Stress and burn-out in nursing faculty*. *Nurse Educ*. 2006 May-Jun; 31(3): 95-7.
- Tabolli S., Ianni A., Renzo C., Di Pietro C., Puddu P, *Soddisfazione lavorativa, burn-out e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma*, *G Ital Med Lav Erg* 2006; 28:1, suppl. Psicologia 1, 49-52 © PI-ME, Pavia 2006.
- Zanni G. R., *Recognizing and preventing job burnout*, *Consult Pharm*. 2008 Jan; 23(1): 76-8.

La gestione del dolore in ambito pediatrico. Da un'indagine conoscitiva all'attuazione del progetto "Ospedale senza dolore"

di Rosario Alvaro, Mariagrazia Greco, Mariacarla Montanaro, Loredana Sasso

PREMESSA

In un vecchio studio sul dolore nei bambini (McCaffey e Beebe, 1989), un allievo di scuola elementare completò la frase: "il dolore è" con: "quando tu urli chiedendo aiuto e nessuno arriva".

Riteniamo che questo pensiero rappresenti al meglio lo stato di disagio e di solitudine, prima ancora che di dolore, a cui potrebbe andare incontro un essere umano - ed ancora di più, un bambino - che si trova ad affrontare una malattia con sintomatologia dolorosa.

Nonostante i progressi realizzati negli ultimi decenni nel campo della gestione del dolore in ambito pediatrico, questo, in molte realtà sanitarie, viene ancora sottostimato e trascurato.

In generale, sembra prevalere una sorta di atteggiamento fatalistico, quasi come se il dolore, nel bambino ammalato, fosse parte integrante delle cure.

In tale contesto, gli operatori sanitari tendono, talvolta, a considerare "abituale" le sofferenze che infliggono al paziente durante le manovre terapeutiche: eppure, recenti evidenze scientifiche dimostrano che il dolore può essere controllato efficacemente nel 90% dei casi e che una percentuale rilevante di pazienti soffre di un dolore decisamente evitabile.

"UN OSPEDALE SENZA DOLORE"

Sono trascorsi diversi anni da quando, nel 1992, presso l'ospedale St-Luc di

Montreal in Canada, fu avviato un progetto innovativo, finalizzato a modificare le attitudini e il comportamento dei professionisti sanitari e, al contempo, dei malati ricoverati (Besner, 1993). Questo progetto, denominato "verso un ospedale senza dolore", ha ricevuto l'appoggio ufficiale della divisione panamericana dell'Oms e, dopo esser stato condotto all'ospedale di Montreal, è stato esportato in altri Paesi.

La Regione Campania, nell'applicazione progettuale per la gestione del dolore, non vanta nessun tipo di primato e vede, ad oggi, solo pochi esempi di progetti realizzati in ospedali generali ed una quasi assoluta assenza in quelli pediatrici.

Da questa evidente carenza organizzativa è scaturita la necessità di mettere in pratica, presso l'Ao Pediatrica Santobono-Pausilipon di Napoli, un progetto specifico sulle tematiche del dolore che ci collocasse in linea con altre realtà pediatriche nazionali. Il progetto, iniziato a marzo del 2005, entra a regime a marzo 2008 e si riterrà concluso solo al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Lo studio è iniziato con la somministrazione di due questionari: il primo, rivolto esclusivamente agli operatori sanitari; il secondo costituito da due parti e rivolto, in momenti successivi, al paziente e all'operatore.

I materiali

La fase I dello studio si è svolta in due mesi. Il primo questionario: "Atteggia-

menti e conoscenze riguardanti il dolore" è composto da 21 affermazioni tratte da questionari validati (Lebovits, 1992).

L'indagine condotta ha avuto come obiettivo la rilevazione dei valori, convinzioni e conoscenze degli operatori sanitari nei confronti del dolore.

Scelta del Campione

Si è utilizzato un campionamento casuale semplice, grazie all'intera lista della popolazione composta da 300 medici e 500 infermieri, per un totale di 800 unità (N), a cui si è associato un numero ed estratto casualmente n numeri fra gli N totali.

Secondo lo studio pilota del Lebovits, condotta sulla comunità medica internazionale, che dà come valore il 56% quale variabilità del fenomeno, otteniamo un'ampiezza campionaria (n) di 257 unità corretta per popolazioni finite.

Metodologia

Il questionario è stato consegnato al personale medico e infermieristico, estratto dalla lista, a cura dei caposala delle varie Unità Operative con la richiesta di compilarlo.

Analisi statistica e risultati

I dati raccolti sono stati elaborati dal servizio statistico dell'Azienda.

Il totale degli operatori che ha compilato il questionario è stato di 257 di cui 96 medici e 161 infermieri impegnati nell'assistenza diretta di malati.

La percentuale complessiva di risposte

corrette (cioè, conformi alla teoria ed alla prassi del trattamento del dolore riconosciute dagli esperti e dagli organismi internazionali) è stata del 49,56%. La percentuale di risposte corrette per condizione professionale è stata: 56,20% per i medici e 45,61% per gli infermieri.

La percentuale complessiva di concordanze, con i criteri riconosciuti dalla comunità medica internazionale, delle risposte alle domande formulate nel questionario somministrato è stata, nel nostro studio, del 49,56%.

Lo studio pilota del Lebovits, condotta sulla comunità medica internazionale ha

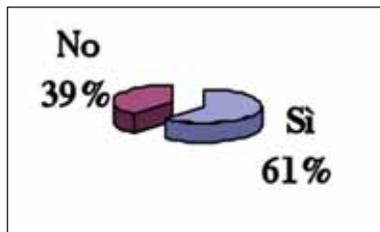


Figura 2

gico/numerica – Nas, graduata da 0 a 10, massimo dolore immaginabile - l'infermiere ha quantificato l'intensità del dolore a suo parere percepito dal paziente al momento della rilevazione. La seconda parte compilata dal paziente; costituita da due scale analogico-

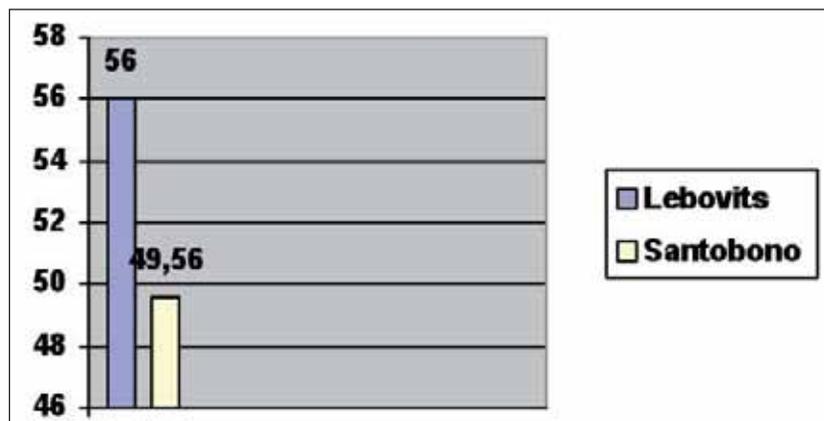


Figura 1

dato come valore il 56% (Lebovits, 1977). (Fig. 1).

Un dato piuttosto sconcertante. Nello specifico, è indice di ben definita carenza riguardo agli argomenti specifici, di particolare importanza clinica, quello relativo all'impiego di analgesici.

Inoltre, se l'attenzione al dolore in generale si può considerare appena soddisfacente, l'attenzione al dolore neonatale è da considerare del tutto scarsa.

La seconda fase dello studio è stata realizzata attraverso la somministrazione di un questionario su: "Prevalenza e percezione del dolore" ed è costituito da due parti separate.

La prima è stata compilata dall'infermiere di reparto in base alla cartella clinica e osservando il paziente (inoltre, sono state raccolte informazioni sull'eventuale utilizzo e modalità di somministrazione di analgesici durante il ricovero e, mediante una scala analo-

numeriche (identiche a quella contenuta nella prima parte) riguardanti il dolore. (Questa parte è stata proposta al paziente entro pochi minuti dalla compilazione della prima).

Il campione, in questo caso, è stato costituito da settanta pazienti ricoverati nelle varie UuOo, di età compresa fra i sei ed i 16 anni, e per i quali i genitori avessero dato il consenso per la compilazione del questionario proposto. Il campione è rappresentato da 63% di

maschi e dal 37% di femmine.

I dati raccolti sono stati elaborati dal servizio statistico dell'Azienda. La percentuale di risposte dei questionari è stata del 100%. L'età media del campione era di circa 8 anni, con una percentuale lievemente superiore per il sesso femminile. Al momento della rilevazione, la percentuale dei pazienti che presentava dolore era del 61% (Fig. 2).

La Tabella 1 riporta la concordanza nella valutazione dell'intensità del dolore tra paziente e operatore sanitario al momento della rilevazione.

Il grado di concordanza espresso tramite la statistica K di Cohen è piuttosto scarso, pari allo 0,371, che denota una notevole differenza nella valutazione del dolore da parte del paziente e dell'operatore sanitario. Non a caso, il dolore del paziente viene sottostimato.

Altro dato rilevato è che il 70% dei soggetti aveva assunto antalgici nelle ultime 24 ore, rappresentati, per il 23% da Fans e per il 6% da oppioidi ed il 71% da analgesici.

Di qui le nostre conclusioni:

- il 61% dei pazienti ospedalizzati lamenta dolore;
- il 28% accusa dolore da più di 24 ore e di questi il 29% presenta un dolore tra moderato ed intenso;
- dei pazienti doloranti il 30% non riceve alcun tipo di trattamento, mentre il restante 70% è trattato principalmente con farmaci analgesici somministrati prevalentemente al bisogno;
- la capacità degli operatori sanitari di riconoscere il dolore percepito dal paziente si è rilevata insufficiente.

Pertanto, **si può affermare che, nel nostro ospedale, pur essendo molti i pazienti con sintomatologia dolorosa, il problema "dolore" è sottostimato e, in certi casi, ignorato.**

Dolore percepito dal paziente	Dolore riconosciuto dall'operatore sanitario				
	Assente	Lieve	Medio	Intenso	
Assente	27	0	0	0	27
Lieve	11	12	0	0	23
Moderato	3	4	6	0	13
Intenso	0	0	4	3	7
	41	16	10	3	70

Tabella 1

FASE DI AVANZAMENTO

La realizzazione del progetto "Ospedale senza dolore" ha richiesto uno sforzo educativo del personale sanitario con un forte impegno formativo dell'azienda. L'iniziativa basilare, come previsto dalle linee guida internazionali, è stata la creazione di un Comitato Ospedale Senza Dolore (Cosd).

Il Cosd ha previsto, nel suo organismo, la presenza del personale infermieristico per almeno un terzo dei membri, oltre al farmacista, medici, anestesisti e ad organizzazioni no-profit, in particolare le organizzazioni del volontariato, operanti nel settore.

Al Cosd è stato attribuito il compito di:

- *promuovere* l'educazione continua del personale sui principi di trattamento, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore;
- *promuovere* l'elaborazione e la distribuzione di materiale informativo ai cittadini relativo alla cura del dolore;
- *creare un osservatorio* specifico del dolore nella struttura sanitaria;
- *monitorare* i livelli di applicazione delle linee guida e la valutazione di efficacia.

Azioni per il raggiungimento di obiettivi intermedi

L'iter operativo del Cosd aziendale ha previsto:

- la formazione: l'attività di formazione del personale è stata rivolta agli operatori a seconda del bisogno formativo presente nelle varie aree ospedaliere (medica, chirurgica, oncologica, neonatale). La formazione ha avuto carattere multidisciplinare e interdisciplinare, coinvolgendo contestualmente tutto il personale coinvolto nei processi assistenziali;
- il monitoraggio: è stato previsto che nella cartella clinica del paziente fossero riportate le caratteristiche del dolore e la sua evoluzione durante il ricovero. La rilevazione costante del dolore sarà considerata, dal pazien-

te e dagli operatori, il V parametro vitale.

Ciò permetterebbe misurazioni più accurate rendendo il dolore un problema visibile (Asp, *Quality of Care Committee* 1995);

- la disponibilità degli strumenti idonei: il Cosd ha valutato quali strumenti fossero più idonei per le diverse realtà (es. malato oncologico, neonatale, chirurgico) e ne ha promosso la messa a disposizione del personale di cura;
- l'informazione mediante la preparazione di materiale informativo che verrà costantemente distribuito ai pazienti, quando l'età del piccolo lo consente, o ai loro genitori;
- i processi applicativi, ossia protocolli di trattamento con riferimento alla scala analgesica dell'Oms, per analizzare tutti i livelli di sofferenza.

CONCLUSIONI

Nel prossimo triennio (2005/2008), il progetto "Ospedale Senza Dolore" prevedrà l'utilizzo, in tutti i dipartimenti dell'Azienda, di un sistema di misurazione del dolore specifico per area.

Periodicamente, verrà valutata la prevalenza del dolore in ospedale, il grado di soddisfazione dei pazienti/famiglia, il livello di preparazione del personale, la valutazione del consumo di analgesici. Altre misure di *outcome* potranno essere stabilite secondo le caratteristiche dei malati afferenti alle diverse unità operative

Anche presso l'Ao Pediatrica

Tempi	Percentuali pazienti	Dipartimenti
2005/2006	30%	Chirurgia
2006/2007	70%	Oncologia Neonatologia
2007/2008	100%	Pediatria

Santobono-Pausilipon, così come avviene in altre realtà sanitarie, la lotta al dolore sarà tanto più efficace quanto più presente nel processo di promozione della salute, tanto da costituire un obiettivo strategico della Direzione Aziendale, in grado di qualificare la struttura sanitaria stessa.

La Sanità, non solo quella campana, pressata tra la domanda di miglioramento della qualità delle cure e necessità economica di ottimizzazione e risparmio, richiede una razionalizzazione degli interventi con dimostrazione di efficacia degli stessi, e una garanzia di continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Il progetto "Ospedale Senza Dolore" potrà rispondere a questi requisiti sia dal punto di vista etico, per una medicina più umana, sia assistenziale, favorendo competenze specifiche, garante di nuove e moderne offerte di cure che, intraprese in ospedale, saranno assicurate anche presso il domicilio.

In conclusione, consentiteci di fare nostre le parole della dottoressa Eland, per dire a quel bambino, e a tutti i nostri bambini colpiti dall'esperienza del dolore, che: "...*stiamo arrivando, troppo lentamente, forse, ma siamo sulla giusta strada*".

AUTORI:

Rosaria Alvaro, professore associato Scienze Infermieristiche, università Tor Vergata, Roma;

Mariagrazia Greco, coordinatrice degli insegnamenti tecnico-pratici e di tirocinio Corso di Laurea per Infermiere Pediatrico-Polo Didattico Santobono/Pausilipon, università "Federico II" di Napoli;

Mariaclara Montanaro, collaboratore professionale Infermiere Pediatrico Coordinatore - Asl 40 di Napoli, Presidio ospedaliero Santobono-Ufficio Infermieristico;

Loredana Sasso, professore associato Scienze Infermieristiche, università di Genova.

BIBLIOGRAFIA

- Aa.Vv., *Linee Guida di Pratica Clinica*. U. S. Department of Health and Human Services; Public Health Service; Agency for Health Care Policy and Research; 1998.
- Anand, *Neonatal stress response to anesthesia and surgery*. Clin Perinatal; 1990.
- Angeli, *The quality of mercy*. N Engl J Med; 1982.
- Bertelli et al., *Storia dell'arte italiana*. Milano: Bruno Mondadori Editore; 1990.
- De Benedittis, *Introduzione allo studio e alla terapia del dolore*. Milano: Libreria Scientifica Già Ghedini; 1978.
- De Lucchi, *Vecchi, Concetti di statistica e di informatica*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 1991.
- Ferri, *Il controllo del dolore*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Lantieri et al., *Statistica medica ed elementi d'informatica*. Milano: McGraw-Hill Editore; 1994.

IN PILLOLE

Dna, nuova luce sulla "materia oscura"

Cade un'altra barriera per la genetica: la cosiddetta "materia oscura" del genoma umano. E' stata infatti individuata quell'ampia porzione di Dna a cui finora non era stato attribuito alcun ruolo specifico, considerandolo Dna non più funzionale. Si tratta del cosiddetto "Dna ripetuto", ovvero milioni di sequenze gemelle sparse per il genoma. Si è scoperto ora che queste sono invece funzionanti e che hanno un importante ruolo di regolazione dell'attività dei geni e possono essere implicate in alcune malattie genetiche e nel cancro in cui il programma cellulare è alterato.

Annunciata dalla rivista Nature Genetics, la scoperta è frutto di una collaborazione internazionale tra il gruppo del Laboratorio di Epigenetica del Dulbecco Telethon Institute guidato da Valerio Orlando e ospitato dall'Irccs Fondazione Santa Lucia e Ebr di Roma, il team di Piero Carninci dell'Omic Centre del Riken di Yokohama in Giappone, l'Università di Queensland in Australia. In Italia lo studio è stato finanziato da Telethon, Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro e Fondazione Compagnia San Paolo. Il genoma è costituito da una porzione minoritaria di geni, che costituisce il codice di lettura per produrre proteine, e da una lunga serie di sequenze ripetute, fino a qualche tempo fa chiamate erroneamente "Dna spazzatura", in quanto ritenute inutili vestigia dell'evoluzione. Lo studio internazionale in questione dimostra che non è così. Le sequenze ripetute, che in totale rappresentano il 45% dell'intero genoma, hanno un ruolo importantissimo al pari dei geni nel programma genetico della cellula. La ricerca si è servita di una nuova tecnologia di analisi del genoma: la "deep sequencing" (sequenziamento profondo). Si è così rilevato che gli elementi ripetuti sono espressi (quindi funzionanti) al pari dei geni. Inoltre i ricercatori sono riusciti a localizzare con precisione dove tali elementi vanno a collocarsi e quindi dove agiscono i prodotti (Rna) dell'espressione delle sequenze ripetute di geni.

Gli autori dello studio ipotizzano che le sequenze ripetute sono impegnate nella regolazione dell'espressione genica mediante diversi meccanismi. Infatti molti elementi funzionanti (espressi) si trovano negli interruttori dei geni e quindi sono implicati nella loro attivazione o spegnimento. Altri potrebbero invece funzionare come regolatori genici producendo piccoli Rna a interferenza che spengono geni "appiccicandosi" fisicamente su di loro. La ricerca ha prodotto anche un ultimo risultato: la scoperta di una nuova famiglia di Rna, i più piccoli in assoluto, denominati "tiny-Rna" e presenti negli interruttori dei geni.

Lo studente infermiere e la funzione tutoriale

di Marta Nocchi, Anne Destrebecq, Vincenza De Santis

INTRODUZIONE

Il contributo che si intende dare con il presente lavoro è approfondire alcuni aspetti della formazione infermieristica e, in particolare, il ruolo del tutor.

Chi scrive è consapevole che molti infermieri hanno lavorato e studiato per indagare in merito alla figura tutoriale, esplicitamente presente in ambito universitario dal 1990 con la legge n. 341 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari", ma, forse, è lecita un'ulteriore riflessione per cercare di capire se, oggi, il tutor è rilevante ai fini del percorso di apprendimento.

In letteratura è ricorrente una constatazione: c'è divergenza tra quanto viene appreso in ambito teorico e ciò che si sperimenta nella clinica. Al tutor, la responsabilità di garantire l'integrazione degli apprendimenti derivanti da questi due contesti, comprendendo se questo dislivello rappresenti una criticità per lo studente e, soprattutto, quale valenza educativa è attribuibile alla figura tutoriale.

In qualità di facilitatore dell'apprendimento il tutor guida gli studenti fino a renderli soggetti autonomi nel gestire i propri bisogni di formazione, attivando le risorse necessarie, utilizzando capacità di pensiero critico e abilità nella soluzione di problemi relativi alla futura vita professionale. Il percorso implica l'appropriarsi di un adeguato bagaglio di conoscenze teoriche che devono essere coniugate con i saperi derivanti dall'esperienza, al fine di ottenere un apprendimento significativo perché perdura nel tempo. Ciò è possibile attraverso adeguati interventi tesi all'attivazione di processi di riflessione critica che richiedono abilità sia su piano metodo-

logico che didattico, per sostenere lo studente nella rielaborazione delle proprie esperienze formative e aiutarlo a superare la (vera o presunta) distanza tra la scienza studiata e l'attività clinico-assistenziale.

In ogni situazione "dialogica" gli attori della relazione sono almeno due: per quanto riguarda il tema trattato, vanno menzionati: gli studenti insieme al tutor e, a corollario, i docenti di Scienze Umanistiche e cliniche che dovrebbero essere tra di loro coordinati.

Cosa deve fare il tutor in qualità di agente del processo formativo? Qual è la visione dello studente, in qualità di agente del proprio apprendimento, per il servizio tutoriale che è a lui dedicato?

Il presente lavoro desidera brevemente focalizzarsi su una revisione della letteratura, in cui si è ricorso alla consultazione di banche dati come PubMed e Cinhal per reperire alcuni studi autorevoli allo scopo di:

delineare un profilo del tutor;
comprendere quali metodologie caratterizzano il processo di *tutoring*;
effettuare un'analisi storica dell'evoluzione delle insegnanti infermiere che confluiscono nel ruolo di tutor;
evidenziare le problematiche più ricorrenti connesse alla funzione tutoriale.
In questa fase, le difficoltà maggiori sono state relative ad un utilizzo di fonti bibliografiche di lingua inglese, e l'esigenza di non alterare il significato di alcuni contenuti nella traduzione.

IL PROFILO DEL TUTOR, REVISIONE DELLA LETTERATURA

"Il tutor facilitatore dall'apprendimento": è difficile definire in modo univoco,

chiaro e condiviso il profilo del tutor, perché, con questo stesso termine, si fa riferimento a più ruoli in diversi contesti, pur riconoscendo caratteristiche comuni.

In Italia il servizio di tutorato viene introdotto ufficialmente dalla legge del 19 novembre 1990, n. 341 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari". Essa parla di un servizio di tutorato: "*finalizzato a orientare e assistere gli studenti lungo tutto il corso di studi, a renderli attivamente partecipi del processo formativo, a rimuovere gli ostacoli a una proficua frequenza dei corsi, anche attraverso iniziative rapportate alle necessità, alle attitudini e alle esigenze dei singoli*".

Scandella, definendo i significati della *tutorship*, sottolinea che il ruolo del tutor e la necessità di inserirlo nei contesti educativi è il risultato di imminenti esigenze di innovazione pedagogica e didattica per fronteggiare fenomeni connessi a una nuova domanda di formazione e per conseguire risultati qualitativi migliori.

Il significato più profondo che definisce il tutor è nel nucleo semantico di "facilitatore dell'apprendimento" (in realtà, ciò dovrebbe essere una prerogativa comune a tutti i ruoli che si occupano di formazione a vari livelli).

Carl Rogers approfondisce e sottolinea l'importanza del ruolo del facilitatore dell'apprendimento. Parla, infatti, di un educatore che si pone a garanzia per il conseguimento di apprendimenti significativi e percepiti dagli studenti come rilevanti per i propri fini. Ogni individuo tende a realizzare la sua possibilità di compiere esperienza e l'apprendimento



è il mezzo di cui si serve. Esso implica un coinvolgimento personale che parte dall'interno e che tira in causa una dimensione affettiva oltre che cognitiva. Perciò, il tutor non è solo una particolare categoria di insegnante, ma in quanto facilitatore:

- predispone l'atmosfera e il clima favorevoli l'esperienza;
- seleziona le risorse adatte per conseguire gli obiettivi dell'apprendimento;
- rende disponibili il più gran numero possibile di mezzi e situazioni per apprendere.

Carl Rogers evidenzia l'importanza di un apprendimento significativo se questo è acquisito tramite l'agire. La formazione squisitamente formale e passiva è poco stimolante e percepita come obbligo, mentre lo sperimentare i medesimi contenuti in contesti reali e operativi, oltre ad essere particolarmente attraente, permette di raggiungere gli obiettivi di apprendimento in tempi veloci.

La valenza di quanto sostenuto dallo studioso, ripreso e approfondito negli anni successivi, è particolarmente rilevante nel caso della formazione infermieristica la quale trova nell'esperienza di tirocinio un fondamentale aspetto del

percorso di apprendimento clinico autenticamente professionalizzante. Infatti, in un contesto operativo, lo studente può sviluppare competenze e abilità necessarie per il suo futuro essere professionista. In tal senso, gli studenti sperimentano la "socializzazione anticipatoria" al lavoro: vengono coinvolti in situazioni di progressiva assunzione del ruolo professionale incontrando anticipatamente le convinzioni, i valori, le norme di status di un gruppo senza di fatto ancora appartenervi.

Lo studente viene invitato a "raccontarsi non perché lo si voglia conoscere meglio (il che costituirebbe comunque di per sé un risultato), ma per aiutarlo – e aiutarci - a riflettere, a ricostruire, quindi riconoscere come apprende mentre apprende".

È necessario che l'apprendimento avvenga in situazioni protette perché è un processo di formazione in atto di cui lo studente è protagonista non come passivo metabolizzatore, ma come attivo elaboratore del proprio bagaglio conoscitivo e, pertanto, vuole valutare, selezionare, modellare ciò che teoricamente è definito sapere.

Di conseguenza, i discenti necessitano di chi li possa accompagnare nell'espe-

rienza e li guidi a riflettere sul proprio agire, affinché l'apprendimento sia significativo e con pochi fallimenti futuri. La figura in questione è il tutor che, in quanto facilitatore del percorso formativo, orienta lo studente verso modi di operatività all'interno della professione e trasmette modelli di elevata qualità, attraverso un'attività di supporto tesa alla crescita e all'autonomia dello studente stesso.

Ciò è possibile se si considera quello che è il ruolo dell'esperienza, e cioè essere risorsa per l'apprendimento e, allo stesso tempo, base sempre più ampia a cui rapportare nuovi apprendimenti. Diventano sostanziali l'utilizzo di metodologie che colgono l'esperienza dello studente e lo coinvolgono nell'analisi delle stesse. L'uso delle lezioni frontali, di presentazioni audiovisive preconfezionate svaniscono a favore della discussione, del "laboratorio", delle simulazioni, delle riflessioni guidate, dei progetti di gruppo e di altre tecniche di apprendimento attivo o di *action learning*, situazioni in cui emerge la centralità del soggetto che apprende e che sono presidiate da un punto di vista metodologico dalla figura tutoriale.

Lo studente è un adulto coinvolto in un processo di formazione e identifica se stesso attraverso le proprie esperienze. Se per l'adulto l'esperienza è "chi egli è", per lo studente rappresenta il fondamento su cui basa il suo futuro essere professionista.

La mancanza di una rielaborazione può portare, come conseguenza, una perdita di valore con il rischio del persistere di conflitti a livello cognitivo e affettivo: aspetti che un adeguato supporto tutoriale è, invece, in grado di far superare incoraggiando lo studente ad attivare le risorse idonee a creare le condizioni per un *lifelong learning*.

Nella descrizione del ruolo tutoriale emerge in modo evidente il passaggio da una concezione di formazione come prodotto a formazione come processo.

Nel primo caso, è autocentrata: si costituisce e autoperpreta come istituzione, si interpreta come "data" ed è essenzialmente imm modificabile, perché focalizzata su chi la fa.

La formazione come processo si propone in un divenire finalizzato al cambiamento.

Il ruolo del tutor come agente facilitatore del contesto educativo è messo in gioco ed è tale da consentire in prospettiva un passaggio allo studente, in quanto soggetto in formazione. L'efficacia dell'intervento tutoriale è in funzione di come il processo formativo e l'apprendimento si dissolvono uno nell'altro, ha luogo quando il destinatario della formazione si appropria del ruolo di agente di apprendimento, in grado di gestire in prima persona il proprio cambiamento diventando perciò autonomo. L'attenzione è centrata sul soggetto in formazione, ma ciò non deve essere erroneamente interpretato come attivazione di un "processo di satellizzazione", per cui il tutor deve ruotare intorno ai bisogni dello studente, soddisfacendoli con meccanismi di programmazione didattica. Significa mettere lo studente nelle condizioni di appropriarsi degli strumenti e delle risorse necessarie per controllare situazioni relative ai propri cambiamenti intellettuali, relazionali, gestuali perché possa sorvegliarli con responsabilità personale.

In tal senso, la formazione come processo verte sull'insieme relazionale specifico in cui ha luogo l'evento formativo con il coinvolgimento del tutor, agente del processo educativo, e dello studente, agente del suo apprendimento.

La complessità risiede nella particolare situazione di sfida del ruolo del tutor che va a minare i tradizionali rapporti docente-discente; la sua natura è essere facilitatore e ciò comporta una perdita di potere e di controllo perché, come afferma Jarvis : *"il facilitatore assiste l'apprendimento degli allievi fino a provvedere a creare l'ambiente in cui avviene questo apprendimento ma non detta mai i risultati dell'esperienza"*. Questi, infatti, sono patrimonio e prerogativa dello studente nel momento in cui si realizzano dei presupposti fondamentali:

il manifestarsi del bisogno di conoscere, inteso come esigenza di sapere il perché occorre apprendere qualcosa prima di intraprendere l'apprendimento;

la disponibilità ad apprendere;

il riconoscimento del ruolo dell'esperienza che assicura una vasta gamma di differenze individuali e che deve essere continuamente valorizzata e rielaborata. Ciò riconferma la posizione specifica dei soggetti coinvolti nella formazione e il rilievo che concetti come responsabilità e negoziazione assumono in qualità di strategie per promuovere le effettive condizioni di un apprendimento signifi-

cativo e duraturo.

La negoziazione e il contesto formativo richiedono una flessibilità nelle scelte educative e il riconoscimento che l'individuo possa essere sostenuto nell'utilizzare le differenziate vie d'apprendimento come risorsa nelle differenti situazioni.

In tal senso, l'intervento educativo del tutor non si fonda sulla teoria dell'insegnamento di percorsi predefiniti ma punta la sua attenzione all'individuo e alle sue specifiche esigenze, attraverso un'azione di sostegno finalizzata a garantire un percorso che ha come obiettivo arrivare alla capacità del soggetto in formazione di autogestirsi.

Il tutor, secondo numerosi autori, è facilitatore dell'apprendimento e l'efficacia dei suoi interventi si realizza, quando e se, lo studente è inserito nei percorsi *"dell'imparare ad imparare"* che gli saranno necessari per fabbricare, continuamente, i modi di comunicare e gli stili comportamentali per realizzare una identità relazionale.

CONCLUSIONI

Nel definire il ruolo di un tutor e nel tentativo di circoscrivere la figura è necessario investigare ed analizzare le pratiche educative nelle quali è coinvolto sia qualità di conduttore di gruppi di studenti, sia in rapporto di reciprocità formativa con il singolo studente.



L'attività di tutoring è finalizzata: a far transitare conoscenze e abilità dall'aula al mondo reale; a favorire la costruzione di sapere a partire dall'esperienza, trasferendo le conoscenze dal mondo reale all'aula, come avviene tipicamente nei tirocini. È il tutor ad avere la responsabilità della congiunzione tra teoria e pratica, e un ruolo basilare in tal senso è esercitato dall'attivazione della riflessione che rappresenta la funzione cruciale di questo formatore nei processi di apprendimento dall'esperienza¹³.

Il tutor, guidando lo studente attra-

verso la riflessione, lo aiuta a sviluppare capacità di ragionamento e abilità di pensiero critico da utilizzare nel futuro esercizio professionale che, come afferma Schon, è caratterizzato da: "complessità, instabilità, incertezza, unicità e dalla presenza di conflitti di valore".

La figura infermieristica conferma, dunque, la sua professionalità svolgendo funzioni tecniche, relazionali ed educative, "declinando" i tre vocaboli non si può far altro che sostenere, con vigore e senso di responsabilità, l'opportunità di svolgere le attività solidamente struttu-

rate al tutorato.

Il "buon tutor" si mette in luce per saper facilitare/saper accompagnare il discente verso l'indipendenza, rinunciando alla tentazione di "fare un altro a partire da sé", come specchio che gli restituisca la propria immagine, per meglio dire, secondo il mito antico di Pigmalione.

AUTORI :

Marta Nucchi, professore associato di Med/45 presso l'università di Milano;
Anne Destrebecq, ricercatore di Med/5, presso l'università di Milano
Vincenza De Santis, infermiera presso l'azienda ospedaliera di Busto Arsizio (Va)

BIBLIOGRAFIA

- Scandella O, *Tutorship e apprendimento. Nuove competenze dei docenti nella scuola che cambia*. Firenze: La Nuova Italia; 1995.
- Rogers Carl R, *Libertà nell'apprendimento*. Firenze: Giunti-Barbera; 1981.
- Formenti L, Gamelli I, *Quella volta che ho imparato. La conoscenza di sé nei luoghi dell'educazione*. Milano: Cortina; 1998.
- Sarchielli G, *Il tirocinio professionale nei processi di socializzazione al lavoro*. Il tirocinio. Milano: Franco Angeli; 1990.
- Nucchi M, *Il "Tutor": chi è, cosa fa?* Prof Inferm, 1997; 50 (1): 21-4.
- Nucchi M., *Una figura nuova e antica: il tutor*. Infermiere a Pavia 2005; 1: 3-6.
- Knowles M, *Dalla pedagogia all'andragogia. Professione formazione*. Milano: Franco Angeli; 2003.
- Ferrario M, *Modelli di formazione nel rapporto formatore-utente*. Professione formazione. Milano: Franco Angeli; 2003.
- Binetti P, De Marinis MG, Matarese M, Tartaglioni D, *La formazione del tutore clinico: l'esperienza del III corso di perfezionamento presso l'università Campus Biomedico*. Professioni Infermieristiche 1999, 52(2): 84-90.
- Glen S, Wilkie K, *Apprendimento basato sui problemi*. Milano: Cea; 2003.
- Colombo A, Gandini T, Garrino L, Gioia A, Malinverno E, Rodriguez D, *Dalla prassi alla teoria per l'infermiere*. Torino: Cse; 2003.
- Schon D.A, *Il professionista riflessivo*. Bari: Dedalo; 1993.
- Zannini L, *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Milano: Guerrini Scientifica; 2005.

IN PILLOLE

Cellule staminali, ecco le operaie

Una scoperta tutta italiana: nel pancreas ci sono cellule staminali "operaie" che provvedono alla manutenzione dell'organo e producono enzimi digestivi come le cellule adulte. La nuova famiglia di cellule staminali si nasconde in mezzo a normali cellule adulte (tra le cosiddette cellule acinari) e sono apparentemente indistinguibili da queste. La scoperta è stata annunciata dal premio Nobel per la Medicina 2007 Mario Capecchi dell'Università dello Utah di Salt Lake City e del ricercatore Eugenio Sangiorgi dell'Università Cattolica di Roma.

Orari di pasti e visite destinati a cambiare

Una piccola grande rivoluzione si appresta ad entrare in molti ospedali romani. Cambieranno gli orari dei pasti erogati ai degenti e gli orari delle visite. Tutto nasce da un appello firmato da Umberto Veronesi sul *Corriere della Sera* del 23 maggio scorso, in cui il celebre oncologo, ex ministro della Salute, scriveva a chiare lettere: "Bisogna abbandonare la rigidità degli orari: perché mai in ospedale si dovrebbe avere la prima colazione alle sei del mattino, il pranzo alle undici e la cena alle sei, quando in nessuna regione italiana si mangia con questi orari?". Veronesi sposava così una recente proposta del famoso chef Gualtiero Marchesi sull'introduzione di menù "più colorati", nel senso di più appetibili anche alla sola vista. Passano pochi giorni, e la Regione Lazio, per bocca del vice presidente, Esterino Montino, annuncia di voler seguire la strada delineata dall'improbabile duo Veronesi-Marchesi.

A partire da giugno, e in fase sperimentale solo presso il polo oncologico "Regina Elena" di Roma, cambiano dunque le disposizioni riguardanti sia gli orari dei pasti serviti ai degenti, sia gli orari di visita da parte di amici e parenti. "Entro pochi mesi - ha precisato Montino - contiamo di attuare analoghi cambiamenti anche al San Camillo, al San Giovanni, al San Filippo Neri e allo Spallanzani". Il criterio guida di questa riforma sarà la maggiore flessibilità e una maggiore attenzione alle esigenze dei pazienti, alle loro abitudini alimentari, alle loro tradizioni e religione, compatibilmente con le loro condizioni di salute e con la necessità di rispettare le diete pre-

scritte dai medici curanti.

Chiaramente, queste ipotesi di cambiamento sono al vaglio della concertazione con i sindacati e con le aziende che gestiscono gli appalti delle mense. È infatti innegabile che una variazione degli orari di pasti e visite determinerà "a catena" effetti sui turni del personale sanitario, sulle modalità di somministrazione dei farmaci, e così via.

Intanto, la Regione Lazio guarda oltre, nonostante il commissariamento imposto dal Governo per risanare il deficit sanitario: si pensa agli ospedali come a delle strutture sempre più aperte alla città e ai cittadini. "Vorremmo che diventassero non solo luoghi di cura ma anche punti di ritrovo e di socializzazione - ha dichiarato Montino - un ospedale non deve essere un carcere, il malato deve vivere bene il momento del ricovero, deve potersi distrarre e deve poter contare su un adeguato sostegno psicologico, mai secondario nel percorso terapeutico". A Roma, il policlinico Gemelli da anni ospita concerti nell'ambito del progetto "Giovani artisti per l'ospedale", ideato dal maestro Sinopoli.

Quanto a Veronesi, il suo appello si è spinto anche più in là. Per l'oncologo non si può accettare che: "una persona con un certo status e una certa dignità, quando è in salute, la perda da ricoverato. Oggi al paziente si dà del *tu* anche se è una persona anziana o peggio, ci si rivolge a lui con il nome del letto o della stanza che occupa".

Il Collegio IPASVI in Rete

italiano

benvenuti

welcome

bienvenidos

español

english

www.ipasvi.roma.it

Siamo anche su Televideo Rai 3 alla pagina 439

Focus

Osservazioni al Piano sanitario regionale,
progetti di formazione e Sanit 2009



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

IL COLLEGIO IPASVI RICEVUTO ALLA PISANA PER UN CONFRONTO SUL DOCUMENTO ALL'ESAME DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Osservazioni al nuovo Piano sanitario regionale

La prima delle audizioni programmate dalla XIII Commissione sanità del Consiglio regionale del Lazio in vista del nuovo Piano Sanitario Regionale 2009-2011 è stata significativamente dedicata alla delegazione del Collegio Ipasvi di Roma. In questa occasione abbiamo avuto modo di esprimere il nostro apprezzamento per alcuni aspetti innovativi che caratterizzano il nuovo Piano sanitario, in quanto sembrano ispirarsi ai valori che più stanno a cuore agli infermieri, come l'apertura verso il territorio, l'attenzione alla persona e la diversificazione dell'offerta delle prestazioni sanitarie.

In particolare riteniamo significativo l'esplicito investimento del documento nei confronti della figura dell'infermiere di comunità, alla quale sarebbe auspicabile affiancare anche un'altra figura di riferimento sul territorio, quella dell'infermiere di famiglia che, in alternativa e in aiuto del medico di medicina generale, potrebbe soddisfare molte delle richieste di prestazioni da parte dei singoli cittadini, soprattutto anziani con difficoltà di spostamento.

Nella prospettiva di una maggiore valorizzazione della dimensione dell'assistenza sul territorio e dell'integrazione dei servizi socio-assistenziali, il Collegio Ipasvi di Roma rinnova la propria disponibilità a collaborare con la Regione per la formulazione di progetti di degenza a gestione infermieristica (compresi Rsa e hospice), centro diurno a gestione infermieristica, ambulatorio infermieristico,

infermieristica di comunità e di famiglia. A tali progetti possiamo oggi garantire un ulteriore supporto scientifico di alto livello riguardante l'efficacia dell'assistenza di base, domiciliare, intermedia, nonché dei servizi di prevenzione e promozione della salute, attraverso l'attività dell'istituendo Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica. Ma alla nostra volontà di collaborare ci auguriamo che corrisponda finalmente un concreto impegno da parte dei nostri interlocutori: permangono la carenza di infermieri, i carichi di lavoro eccessivi, la precarietà, il mancato riconoscimento di chi opera nella clinica e lo scarso numero dei docenti nell'Università. Su questo sollecitiamo una rapida inversione di tendenza.

Di seguito riportiamo integralmente il documento presentato dal Collegio Ipasvi di Roma lo scorso 5 maggio durante un'audizione con la commissione Sanità del Consiglio regionale de Lazio circa le osservazioni al Piano sanitario regionale 2009-2011 (Psr).

Si rinnova l'apprezzamento per il Psr 2009-2011 per gli elementi di innovazione riguardanti le esigenze di evoluzione dei servizi sanitari, l'impegno per l'eliminazione dei livelli inadeguati di qualità dei servizi e il superamento del disavanzo economico attraverso modifiche virtuose della spesa sanitaria e più moderni ed efficienti modelli organizzativi.

Al fine di arricchire il dibattito, si propongono alcuni spunti di riflessione rivolti

principalmente a rendere effettivamente operativi i principi e le strategie enunciate nel Piano. Ci si riferisce, in particolare, ad aspetti di pertinenza infermieristica in quanto attinenti alla sfera di competenza del Collegio Ipasvi, che il Piano già valorizza attraverso il riconoscimento di spazi operativi a varia complessità, oltre al tradizionale ruolo previsto in ambito ospedaliero, ma dei quali si intende evidenziare la particolare valenza al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici: il potenziamento della prevenzione, delle cure primarie e dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo delle cure intermedie e l'integrazione dei livelli assistenziali.

L'infermiere di comunità

Si condivide, in particolare, la valorizzazione nel Piano del ruolo dell'**infermiere di comunità**, che rappresenta una risposta efficace ai bisogni dei cittadini e delle famiglie "fragili", nella situazione attuale o a rischio di non autonomia, oppresse dalla malattia cronica, dalla malattia terminale, dalla malattia mentale. L'infermiere esce dalla struttura sanitaria per proporsi come solutore dei problemi di salute e di cura nei confronti di questi cittadini e di queste famiglie e come promotore di stili di vita sani. L'elemento a garanzia dell'efficacia degli interventi è che l'infermiere non agisce in modo isolato, ma in stretta collaborazione con il Mmg e il PIs e secondo strategie integrate con i servizi del Distretto sanitario.

Bisogno	Prestazioni infermieristiche
Respirare normalmente	Gestione del microclima, educazione sanitaria per la gestione dell'insufficienza respiratoria, dell'asma, gestione della ventilazione meccanica, gestione delle stomie respiratorie.
Alimentarsi e bere in modo adeguato	Controllo della dieta in relazione alla cultura, alle abitudini e alle risorse, autonomia nell'acquisizione, nella preparazione e nell'assunzione degli alimenti, nutrizione enterale e parenterale domiciliare.
Eliminare da ogni via escretoria	Controllo dell'eliminazione fecale e urinaria, gestione dell'incontinenza fecale e urinaria, educazione sanitaria per la gestione del cateterismo vescicale, delle stomie urinarie e intestinali.
Muoversi e mantenere la posizione corretta	Mobilizzazione passiva e attiva.
Dormire e riposare	Promozione di soluzioni non farmacologiche per favorire il sonno e il riposo e soprattutto la loro qualità, come il rilassamento, l'adeguamento dell'ambiente, il piano giornaliero delle attività, "ospedale senza dolore", cure palliative.
Scegliere il vestito adatto, vestirsi e spogliarsi	Stimolo alla cura di sé, del comfort e del proprio aspetto.
Mantenere la temperatura corporea nei limiti normali	Valutazione delle risorse e della capacità di rispondere alle variazioni del clima, attraverso la modificazione del microclima e dell'abbigliamento.
Provvedere all'igiene personale e alla protezione dei tegumenti	Valutazione delle risorse e della capacità di rispondere alle esigenze di igiene e di protezione della cute e delle mucose, prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee.
Evitare i pericoli dell'ambiente e di danneggiare gli altri	Rilevazione di condizioni di rischio per la persona, la famiglia e i visitatori, supporto alla realizzazione delle modifiche strutturali, educazione alla prevenzione dei rischi in ambiente domestico, in particolare delle cadute, degli incidenti stradali e sul lavoro.
Comunicare con gli altri per esprimere emozioni, bisogni, timori, domande ed idee	Promozione dei rapporti sociali attraverso lo stimolo dei rapporti parentali, l'adesione a circoli, associazioni, centri sociali, il contatto con associazioni di volontariato.
Seguire le pratiche religiose secondo la propria fede	Promozione dei contatti con il ministro del culto e la comunità religiosa.
Dedicarsi a qualche occupazione o lavoro che procuri soddisfazione	Promozione di attività che concretizzino la capacità creativa, positiva, produttiva della persona, in relazione alle risorse disponibili.
Giocare o partecipare ad attività ricreative	Promozione delle attività di gioco e ricreative, come il cinema, la lettura, internet, la tv, la musica e il ballo, in relazione alle risorse disponibili.
Apprendere, scoprire, soddisfare la curiosità che conduce al normale sviluppo dell'intelligenza ed alla salute	Promozione della fruizione e dell'attività artistica e culturale, in relazione alle risorse disponibili, educazione all'adozione di stili di vita sani.

L'avvio di un progetto sull'infermieristica di comunità riguarda:

- **l'area delle cure primarie:** continuità assistenziale, riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati, integrazione delle risorse ospedaliere con quelle territoriali, in collaborazione con i Mmg, i Pls e la Medicina di Base;
- **l'area dell'integrazione dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza,** in collaborazione con i Mmg, i Pls, le strutture del Distretto: Medicina di Base e Assistenza domiciliare, Servizio sociale, Consultorio, Dipartimento di Prevenzione, Tutela Salute mentale e Riabilitazione in Età evolutiva, Riabilitazione e Protesica, Salute mentale, e dell'Ospedale.

La funzione di "Infermiere di comunità" si realizza attraverso le seguenti linee di attività:

- orientamento dei cittadini all'utilizzo dei servizi socio-sanitari;
- erogazione delle prestazioni infermieristiche presso l'ambulatorio infermieristico e presso il domicilio, ad esclusione delle prestazioni già erogate dal Cad: terapia iniettiva, vaccinazioni, prelievi, cateterismo vescicale, rilevazione dei parametri vitali;
- attivazione di progetti specifici di presa in carico del cittadino "fragile", a rischio di perdita dell'autonomia, quindi dell'anziano, del disabile e del malato cronico, in collaborazione con i Mmg, i Pls, le strutture del Distretto e i Servizi sociali dei Municipi;
- gestione dei problemi relativi a malattia coronarica cronica, stroke o Tia, ipertensione, Bpco, epilessia, ipotiroidismo, neoplasie, salute mentale, asma;
- gestione di stomie digestive, urinarie, tracheali;
- riabilitazione dell'incontinenza urinaria;
- nutrizione enterale e parenterale a domicilio;
- vaccinazioni, screening a domicilio per i cittadini non autosufficienti;
- prevenzione delle cadute in casa degli anziani;



- prevenzione e trattamento delle ulcere cutanee;
- continuità delle cure a domicilio dopo la dimissione ospedaliera;
- orientamento all'uso dei farmaci e farmacovigilanza.

L'infermiere di famiglia

L'*infermiere di famiglia* fornisce una risposta ancora più avanzata ai bisogni di salute, tuttavia comporta un notevole aumento del rapporto numerico Infermieri/Cittadini, fino ad approssimarsi a quello Mmg-Pls/Cittadini, inoltre implica un rapporto personalizzato con le famiglie, e quindi una scelta. Questo presuppone un contratto diverso con il Ssn e un'assunzione in proprio di responsabilità da parte dell'Infermiere nei confronti del cittadino, piuttosto che nei confronti dell'Asl. I vantaggi di una siffatta riorganizzazione sono evidenti, sia in termini di accessibilità al servizio da parte del cittadino, sia in termini di riduzione dei costi per altri servizi (ospedaliero, farmaceutico, riabilitazione, emergenza, ecc).

D'altra parte un importante capitolo nelle strategie di risposta ai bisogni dei cittadini è rappresentato proprio dallo sviluppo dei servizi infermieristici, il cui campo di competenza è rappresentato dal complesso delle attività rivolte:

- a valutare il livello di soddisfazione dei bisogni fondamentali, nonché le risorse della persona, della famiglia

e dell'ambiente, che possano consentire loro di rispondere autonomamente a tali bisogni;

- a realizzare gli interventi, pianificati e valutati, al fine di sostituire o di supportare la persona, la famiglia e la comunità nella soddisfazione dei bisogni nel caso in cui la risposta sia carente, o eccessiva, o inadeguata, per la mancanza delle necessarie energie fisiche o psicologiche, o delle conoscenze, o della volontà, fino al ripristino della capacità autonoma della cura di sé.

E' dunque possibile individuare precise categorie di bisogni, ai quali l'infermiere risponde direttamente, ovvero attivando risorse già disponibili, del Distretto, del Comune, delle Associazioni di volontariato. I modelli organizzativi dell'infermiere di comunità e dell'infermiere di famiglia rispondono all'esigenza di recupero di **asimmetria informativa** rispetto agli erogatori di prestazioni sanitarie, favorendo la competenza del cittadino e della comunità, in particolare rispondono all'obiettivo di attuare interventi in grado di promuovere l'**empowerment** dei cittadini, come previsto nel Piano.

I due modelli rappresentano inoltre una risposta efficace ai nuovi scenari per la **prevenzione e promozione della salute**, determinati dal mutare dei fattori economici, demografici ed epidemiologici, secondo metodiche validate e inte-

grate. Infine, rappresentano un importante strumento sia per il governo della domanda, sia per il governo dell'offerta.

Avvio dei Presidi Territoriali di Prossimità

Nel Piano si enfatizza la funzione residenziale, ove la responsabilità clinico-assistenziale è affidata al Mmg e all'infermiere case-manager, mentre sembra poco valorizzata la funzione di integrazione fra servizi.

Si condividono finalità e funzioni, tuttavia si ritiene che la Direzione debba essere esercitata da un **Infermiere Dirigente** (ai sensi della legge 43/2006), in quanto la funzione di direzione sanitaria, di natura igienico-organizzativa, in alcun modo riconduce all'esclusiva competenza medica, mentre l'assistenza infermieristica nel Ptp diviene il ruolo sul quale s'impone l'integrazione dei servizi socio-sanitari al cittadino fragile:

- degenza a gestione infermieristica, destinata a soggetti appartenenti alle fasce più deboli della popolazione assistiti dal proprio Mmg, nella fase post acuta di dimissione dall'ospedale, oppure affetti da riacutizzazioni di malattie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi di natura sia clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio; si tratta pertanto di cure intermedie che realizzano, per questi soggetti, la continuità delle cure dopo la dimissione ospedaliera e prima del rientro al proprio domicilio, in raccordo con l'Adi;
- centro diurno a gestione infermieristica (per anziani fragili);
- ambulatorio infermieristico e infermieristico di comunità;
- assistenza domiciliare integrata;
- Punto Unico di Accesso integrato con il Servizio sociale del Municipio o del Comune.

La funzione di integrazione si realizza rispetto alla specialistica ambulatoriale, alle prestazioni diagnostiche (radiologia e laboratorio analisi), all'assistenza in *day hospital, day surgery e day service*

all'interno dei percorsi assistenziali per gli stati clinici cronici complessi, al servizio farmaceutico, alla postazione 118 e alla continuità assistenziale (guardia medica), presenti all'interno del Ptp, oltre che rispetto ai collegamenti funzionali con l'ospedale, con la riabilitazione e con l'assistenza protesica.

Anche l'indicazione ad attivare, presso la sede del Ptp, in funzione del fabbisogno espresso dalla popolazione di riferimento, nuclei di **Rsa** ed **Hospice**, vede l'infermiere protagonista della gestione.

Per quanto riguarda il "Fabbisogno di Ptp nel Lazio, da realizzarsi nel triennio 2009-2011", nella tabella a pag. 111-112 si segnala l'omissione del fabbisogno riguardante l'Asl Roma D, inoltre nell'Asl Roma G non è già operativo il Ptp di Palombara?

Altre strutture residenziali

In riferimento ai requisiti autorizzativi regionali, di cui alla DGR n. 424/06, il **numero dei posti nelle strutture residenziali** è di 20-80, eccezionalmente fino a 120, per le Rsa, massimo 30 per gli hospice; 10-40 per gli ospedali di comunità all'interno dei Ptp.

Considerato che l'attuale standard programmatico prevede 2,5 posti in RSA, residenziali o semiresidenziali, x 100 abitanti ultra75enni (Dgr 1988/2001), nel Lazio si richiedono 12.186 posti in Rsa. Considerato che i posti nelle Rsa in corso di accreditamento sono 1.061, risulta una

carenza di 5.985 posti, distribuita in modo disomogeneo nel territorio regionale, mentre *si ritiene di particolare importanza che sia garantita un'omogenea distribuzione dell'offerta sul territorio, in modo tale da massimizzare l'accessibilità dei cittadini ai servizi e la vicinanza dei pazienti al proprio ambiente di vita.*

Si propone, a parziale copertura della carenza di servizi evidenziata, l'attivazione di **case-famiglia sanitarie a gestione infermieristica**, con 6-10 posti, eccezionalmente fino a 20, per persone non completamente autosufficienti ma clinicamente stabili, seguite dal punto di vista diagnostico-terapeutico dal Mmg, che per vari motivi non possono essere assistite a domicilio. Tali strutture, rispetto alla Rsa potrebbero proporre un contesto molto vicino a quello domestico, compreso il trasferimento degli arredi e una gestione domiciliare e non medicalizzata.

Per quanto riguarda gli **hospice**, lo standard riportato nel Dm n. 43 del 22 febbraio 2007 prevede almeno un posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore, pertanto per la Regione Lazio si evidenzia un fabbisogno di 274 posti letto, 58 in più rispetto all'offerta attuale, e una disomogenea distribuzione del territorio regionale.

Il Collegio Ipasvi di Roma si rende disponibile a collaborare per la formulazione progetti di degenza a gestione infermieri-



stica (compresi Rsa e hospice), centro diurno a gestione infermieristica, ambulatorio infermieristico, infermieristica di comunità e di famiglia.

Dipartimenti e Servizi di assistenza alla persona

Condizione essenziale per la realizzazione del Psr 2009-2011 e per il perseguimento degli obiettivi di revisione e ottimizzazione dell'organizzazione dei servizi è la costituzione dei Dipartimenti e dei Servizi di assistenza alla persona in tutte le Asl, così come previsto negli atti di autonomia aziendale, che invece, anche a causa dell'applicazione del piano di rientro, stentano a decollare, soprattutto nella loro articolazione distrettuale.

La formazione

L'efficace interpretazione dei ruoli previsti nel Piano e proposti in queste osservazioni richiede l'acquisizione di competenze specializzate nei diversi campi della clinica infermieristica di comunità, di famiglia, di sanità pubblica. In effetti

tali competenze non possono essere improvvisate, né basta l'esperienza, occorre prevedere percorsi di **formazione accademica post base** nei quali è essenziale la sinergia fra Ssr, Università e Ordine professionale. Potrebbe essere previsto un numero di professionisti da formare, ai quali è attribuita una borsa di studio. Una volta che le competenze specialistiche sono acquisite, è necessario che l'assunzione di responsabilità nelle situazioni assistenziali concrete sia riconosciuta anche dal punto di vista dell'inquadramento giuridico e del trattamento economico, coerentemente con quanto previsto dall'art. 6, comma 1, punto c), della legge 43/2006. Qui entra in gioco il ruolo che potrebbero svolgere le Organizzazioni Sindacali nell'ambito della contrattazione integrativa regionale: corresponsione di un'indennità di esperto (potrebbero essere mediamente 1.500 euro annui lordi, corrispondenti alla parte fissa dell'indennità di coordinamento, modulati sui livelli di responsabilità) a carico dell'Azienda. Oltre alla formazione post-base è necessaria una

formazione permanente gestita attraverso il sistema Ecm.

Ricerca ed Ebn

Il Collegio Ipasvi di Roma è in grado di contribuire in modo significativo allo sviluppo delle conoscenze scientifiche riguardanti l'efficacia dell'assistenza di base, domiciliare, intermedia, nonché dei servizi di prevenzione e promozione della salute, attraverso i progetti di ricerca promossi dal **Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica**.

Oltre a promuovere la ricerca, anche utilizzando fondi stanziati da altre istituzioni, sarebbe utile promuovere il sistema **Evidence-Based Nursing (Ebn)**, di ricognizione delle migliori evidenze, di valutazione critica e di diffusione dei risultati validi della ricerca in campo infermieristico.

In tal modo sarebbero garantiti ritorni economici e di appropriatezza delle prestazioni con implementazione dei percorsi di miglioramento e qualità.



LE INIZIATIVE DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA

Un anno all'insegna della formazione

Il gruppo RPM (Rete Persone Motivate) che da circa due anni sta lavorando e collaborando con la commissione Rapporti con gli iscritti per creare un percorso di formazione esperienziale nella sede del Collegio Ipasvi di Roma, realizzerà nel prossimo autunno una serie di corsi nella sede di viale Giulio Cesare.

I corsi (accreditati Ecm) hanno l'obiettivo di far acquisire la consapevolezza e gli strumenti utili al miglioramento della comunicazione e delle relazioni personali e professionali. I gruppi saranno composti da massimo 20 partecipanti e sarà necessario prenotarsi in tempo.

I corsi avranno una introduzione teorica poi verranno formati dei gruppi di lavoro per l'esplorazione guidata di strumenti metodologie e tecniche in grado di far

acquisire consapevolezza e competenze personali e di relazione nel gruppo di lavoro.

I corsi sono basati su percorsi esperienziali, permettono al piccolo gruppo di discenti di esprimere efficacemente le emozioni, controllando le più inadatte per un professionista che si relaziona con un gruppo di lavoro, comprendendo correttamente i messaggi e le richieste dei pazienti e dei familiari e comportandosi in modo adeguato alla situazione e alla relazione.

Riconoscere le emozioni degli altri richiede di saper riconoscere anche le proprie, capirne l'influenza sulla nostra capacità di prendere decisioni e sul nostro comportamento, gestirle e non soffocarle. L'ascolto è un'abilità necessaria per la professione e per le relazioni; ascoltare attivamente significa met-

tersi a disposizione dell'altro, dimostrando autentico interesse per ciò che viene detto.

Di seguito, il racconto fotografico degli ultimi corsi svolti.

Emozion.Arti

Corso Collegio Ipasvi di Roma

Titolo: La critica costruttiva: saper criticare per crescere e far crescere.

Caratteristiche del corso: Laboratorio teorico ed esperienziale.

Obiettivi: Acquisire l'abilità di criticare costruttivamente per il miglioramento della comunicazione, delle relazioni personali e professionali, per far crescere noi e l'altro.

Descrizione: Dopo una introduzione teorica, verranno formati uno o più gruppi di lavoro per l'esplorazione.



Una fase del progetto Emozion.Arti



Una fase del corso sul Time Management

Il Team... nutrimento antistress

Caratteristiche del corso : Laboratorio teorico ed esperienziale.

Obiettivi: Apprendere strumenti ed attuare strategie per saper gestire il tempo nella propria vita professionale.

La gestione del team infermieristico: strumenti e metodologie

Anche quest'anno il corso itinerante che il Collegio Ipvsvi di Roma ha portato in quasi tutte le realtà sanitarie di Roma e

provincia continua ad essere richiesto. Siamo ormai alla settantesima edizione in due anni e ce ne sono ancora molte in programmazione. Ecco alcune informazioni e immagini delle ultime edizioni svolte



Un momento del corso presso il Cto

focus

Cto (sedi di via dell'Arte, via Monza, via Marotta)

Tre giornate di studio (13-20-31 marzo 2009) per un totale di 120 partecipanti

Valmontone

Evento formativo svoltosi l'8 maggio 2009.

Collegio Ipasvi di Roma

Evento formativo svoltosi il 28 marzo 2009.

Azienda ospedaliera San Giovanni

Evento formativo svoltosi il 15 maggio 2009



Il corso tenuto al San Giovanni di Roma

Al Palazzo dei Congressi di Roma torna SANIT Forum Internazionale della Salute

Sanit, Forum Internazionale della Salute, giunto alla VI edizione, si svolge annualmente a Roma, nella prestigiosa sede del Palazzo dei Congressi dell'Eur. La finalità principale del Sanit è di tipo informativo-divulgativa e ha lo scopo di innalzare il livello di informazione, consapevolezza, ottimizzazione delle risorse e qualità del nostro Sistema Sanitario. Circa 20mila persone hanno partecipato gratuitamente all'edizione del 2008, visitando l'area espositiva e prendendo parte alle iniziative organizzate dalle numerose realtà pubbliche e private presenti.

In quest'occasione, 15mila operatori di settore hanno partecipato al fitto - e interessante - programma scientifico coordinato dal ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali e sviluppato in collaborazione con i principali enti ed associazioni nazionali e regionali.

Trentacinque i convegni che hanno rilasciato gratuitamente crediti formativi Ecm, rappresentando un importante ed unico percorso di formazione ed aggiornamento per gli operatori sanitari che, nei quattro giorni di manifestazione, hanno potuto apprendere novità, perfezionare le proprie conoscenze e capacità, condividere strategie e venire in contatto con gli esperti delle materie rappresentati ai massimi livelli.

Più di 200 gli enti pubblici che, a vario titolo, hanno contribuito alla riuscita della manifestazione, partecipando al comitato organizzatore, predisponendo una propria area espositiva dove accogliere l'utenza, fornendo propri docenti od organizzando direttamente sessioni

di lavoro: dal Ministero, all'Agenzia Italiana del Farmaco; dall'Istituto Superiore di Sanità all'Ipasvi.

Per la sesta edizione della manife-

stazione, in programma dal 23 al 26 giugno 2009, sono attese 40mila presenze, grazie ad un fitto ed interessante programma scientifico e numero-



ROMA
DAL 23 AL 26 GIUGNO 2009



se iniziative culturali dedicate alla prevenzione e alla promozione dei corretti stili di vita, condotte in collaborazione anche con l'Osservatorio nazionale sulla Salute della donna, il comune di Roma, le università di Roma La Sapienza, Tor Vergata, Roma Tre e Foro Italico, la Croce Rossa Italiana e altre realtà del settore socio-sanitario.

L'edizione 2009 prevede il convegno cardine organizzato dal ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali - settore Salute, dedicato ai grandi temi della prevenzione primaria, secondaria e terziaria, degli stili di vita, della nutrizione e oltre 50 eventi "satellite" organizzati dagli enti che, a vario titolo, si occupano della tutela della salute pubblica: Aifa, Ispels, Ipasvi, Cnr, Sic, Mimpaaf, Regione Lazio e molti altri.

Convegni, simposi e mostra espositiva su: "Prevenzione, innovazione e benessere"; quattro giorni di check-up gratuiti completano il panorama del sesto Forum internazionale della salute.

Gli incontri hanno trattato, in maniera approfondita, molte tematiche di estrema attualità: dall'immigrazione all'ambiente, dalla sicurezza alimentare alla prevenzione cardiovascolare; dall'alimentazione alla ricerca scientifica e tecnologica.

Il contesto del Sanit rappresenta il luogo ideale per aziende pubbliche

e private per relazionarsi con l'utenza e la propria clientela, scambiare progettualità, organizzare conferenze e dimostrazioni pratiche, dare visibilità alla propria attività e accrescere i propri contatti. Inserire un proprio spazio espositivo consente, con un impegno di spesa molto contenuto, di relazionarsi con un gran numero di operatori della sanità, amministratori, politici e organi di stampa. Presentare le proprie iniziative nell'ambito della manifestazione garantisce un ottimo livello di divulgazione e

costituisce l'occasione giusta per mostrare il proprio lavoro ed il proprio contributo nel settore socio-sanitario. Molte aziende ed enti, infatti, partecipando al Sanit, hanno potuto mostrare i propri prodotti e servizi utilizzando la manifestazione ed i propri canali come vetrina, riuscendo così a raggiungere, in pochi giorni, un gran numero di contatti specializzati, contribuendo in maniera significativa allo sviluppo del marketing istituzionale, creando *partnership*, alleanze e occasioni di collaborazione con realtà nazionali ed internazionali.

Quest'anno, poi, Sanit ospiterà numerose iniziative culturali di interesse socio-sanitario dedicate alla prevenzione e alla promozione dei corretti stili di vita, quali la mostra "Donne in Salute" a cura dell'Osservatorio nazionale sulla Salute della Donna; la mostra di quadri dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere; gli sportelli di orientamento al Lavoro del progetto interuniversitario Soul delle quattro università di Roma; l'area dedicata ai controlli di prevenzione con venti camper della salute; una parte espositiva dedicata al volontariato sociale e le iniziative in corso di organizzazione della Croce Rossa Italiana.

**Info: 06.4817254, oppure
www.sanit.org**



Commissione Ecm, conferma per il presidente del Collegio

Con il Decreto TO239 del 6 aprile 2009, il presidente della Giunta Regionale del Lazio ha proceduto al rinnovo della "Commissione Regionale per la Formazione Continua del Personale del Ssr".

La Commissione Ecm è l'organismo che ha il compito di rilevare i fabbisogni formativi, individuarne gli obiettivi, accreditare i progetti di formazione, predisporre il piano formativo triennale. A comporre la Commissione Ecm della Regione Lazio sono stati chiamati i rappresentanti di nove professioni sanitarie unitamente al delegato della Direzione Istruzione e Programmazione dell'Offerta Formativa della Regione.

Le professioni sono rappresentate da propri delegati nominati dai rispettivi organismi professionali ammessi a comporre la Commissione: Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Roma; Ordine degli Psicologi del Lazio; Collegio Provinciale Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia di Roma; Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma; Collegio Professionale Tecnici Sanitari di Radiologia Medica della Provincia di Roma; Ordine Nazionale dei Biologi; Ordine dei Chimici di Roma; Ordine dei Farmacisti della Provincia di Roma, Ordine dei Veterinari della Provincia di Roma.

L'intenso lavoro svolto dal Collegio Ipasvi di Roma nella precedente Commissione Ecm e il suo contributo critico e propositivo alla soluzione dei tanti problemi ancora irrisolti in tema di aggiornamento professionale continuo, hanno determinato la scelta unanime del Consiglio direttivo di confermare il presidente, Gennaro Rocco, nella veste di commissario. In lui, che ha già ottenuto il riconoscimento formale delle altre Professioni sanitarie con l'affidamento agli infermieri della presidenza vicaria della Commissione Ecm, sono state ravvisate la competenza e l'esperienza specifica per rivendicare un cambiamento profondo dell'offerta, per renderla più vicina alle esigenze dei professionisti, meglio conciliabile con il lavoro quotidiano e per non doverne più sostenere i costi.

In questi anni agli infermieri non è mancato lo spirito giusto per affrontare il problema. Hanno raccolto per primi la sfida culturale posta a ciascuno dall'Ecm e si sono battuti con determinazione per migliorare l'offerta formativa utilizzando al meglio anche le occasioni fornite dalla moderna tecnologia. Ma per incidere concretamente sulla realtà operativa c'è bisogno dell'impegno univoco di tutte le professioni sanitarie.

Sull'obiettivo di far decollare in modo definitivo e senza aggravii sugli operatori il processo di formazione continua dei professionisti devono convergere gli sforzi di tutti. Occorre dare un ulteriore stimolo alla crescita professionale di chi, da operatore sanitario, ha già dato molto alla causa dell'aggiornamento continuo e che tanto ancora può dare per assicurare ai cittadini servizi e prestazioni di crescente qualità, all'insegna della massima qualificazione tecnica, scientifica e professionale. Abbiamo chiesto al presidente Rocco di riassumere i fronti caldi ancora aperti nel campo dell'aggiornamento continuo. "L'offerta formativa è insufficiente e disomogenea sul territorio - ci ha spiegato -. Molti problemi devono essere risolti al più presto: quello dei congedi e dei permessi necessari all'attività di aggiornamento, le difficoltà per l'accreditamento dei provider, il costo dei corsi che grava sui singoli professionisti in modo insopportabile. Sono problemi veri e impellenti, ma esistono anche le soluzioni.

La Federazione e i Collegi premono perché siano destinate risorse specifiche al programma Ecm e perché siano attivati i Piani formativi aziendali in tutte le strutture di cura. Le Aziende stesse devono farsi promotrici di corsi mirati alle esigenze specifiche di ognuna, tenendo conto delle professionalità coinvolte e della reale domanda formativa aziendale. I costi si ridurrebbero sfruttando strutture e risorse umane già presenti, con insegnanti interni, senza costringere il personale a pesanti e onerosi trasferimenti. Inoltre i corsi vanno svolti in orario di lavoro. Tutto più funzionale e stimolante per il professionista.

C'è poi l'opportunità, ancora tutta da sfruttare, della formazione a distanza. Se ben disciplinata e monitorata, la Fad può fornire un programma di largo accesso attraverso videoconferenze e supporti informatici per ampliare l'offerta formativa a un numero ben più elevato di professionisti, abbattendone i costi.

L'Ecm - ha concluso Rocco - può davvero elevare il livello delle prestazioni e migliorare il servizio reso ai cittadini. E può anche essere percepita più correttamente dal professionista: non una semplice rincorsa ai crediti formativi, ma un traguardo personale e professionale da cogliere costantemente, per crescere. Alla Commissione, il compito di creare le condizioni affinché tale percezione si concretizzi".

Firmato il Contratto per il biennio 2008-2009

Il 14 maggio Fp Cgil, Cisl Fps, Uil Fpl, Fials e Fsi hanno firmato l'ipotesi di contratto di lavoro del Comparto Sanità pubblica per il biennio economico 2008-2009. Riguarda circa 600.000 dipendenti del Ssn e comporta un aumento retributivo di circa 72 euro pro-capite, ai quali si aggiungono 20 euro medi di ulteriori risorse erogate dalle Regioni, correlate a progetti di produttività e al "Patto per la Salute". L'Aran dichiara di apprezzare il "particolare rilievo della conferma dei principi in materia di premialità e selettività dei compensi legati all'effettiva attività svolta e all'apporto partecipativo dei lavoratori coinvolti nei progetti e programmi di produttività". I Sindacati confederali, a loro volta, si dichiarano soddisfatti perché l'accordo contiene "importati elementi

di novità", quali "la scelta fatta sul tema del lavoro precario in rapporto all'esigenza di assicurare i Lea; la valorizzazione dell'attuale sistema di contrattazione integrativa, che vede già i lavoratori della sanità pubblica misurarsi su progetti ed obiettivi di innalzamento della qualità del servizio; l'intangibilità delle retribuzioni in caso di assenza per donazione di midollo osseo, per assistenza all'handicap, per la prevenzione e screening oncologico, per le attività di volontariato; la possibilità di aumentare, in sede locale, il valore del buono pasto".

Il presidente della Conferenza Stato Regioni Vasco Errani sottolinea che, essendo "potenziato il livello di coordinamento regionale in materia contrattuale", sarà possibile trattare a livello regionale "le problematiche relative al lavoro precario in collegamento con l'erogazione dei Lea, alle prestazioni aggiuntive del personale sanitario e alla mobilità degli operatori ...".

A noi risulta difficile, invece, aderire senza riserve a questo coro di consensi perché ci chiediamo, per esempio, che fine abbiano fatto gli impegni già assunti sul riconoscimento dell'intramoenia per gli infermieri (si prorogano ancora le "prestazioni aggiuntive") e sull'applicazione della 43/2006 in materia di incarichi di coordinamento e specialistici. Se la materia è di così grande "rilevanza" e "complessità", perché rinviarla alla "prossima tornata contrattuale"? Non possiamo inoltre dimenticare che oltre 100.000 lavoratori della Sanità privata aspettano ancora il rinnovo del contratto non solo degli anni 2008-2009, ma addirittura del 2006 e 2007.

Viaggio di studio in Argentina

Quest'anno, l'appuntamento con i viaggi scientifici a cura del Collegio Ipasvi di Roma si sposta nel continente sudamericano: dal 10 al 22 ottobre, infatti, si partirà alla volta dell'Argentina per esplorare assieme, oltre alla capitale ed alle grandi città, le terre dell'interno.

Con un volo di linea Roma/Buenos Aires delle ore 19.40 (arrivo previsto nella capitale argentina alle 5 del mattino successivo), ai partecipanti sarà garantita tutta l'assistenza possibile in loco, sostenuti da guide in italiano.

Prevista una conferenza internazionale sul Nursing transculturale a Foz do Iguacu e la visita a due ospedali di Buenos Aires e all'università della capitale argentina, con incontri con i dirigenti e i docenti dei corsi di laurea in Infermieristica. Un'utile occasione per scambiarsi consigli e confrontare esperienze professionali.

Questo, senza dimenticare la visita a luoghi paradisiaci come la "Garganta del Diablo" o la "steppa patagonica" o, ancora, la famosa "Península Valdès", area dichiarata patrimonio mondiale dell'Umanità,

Il rientro, a Roma, è previsto per il 22 ottobre, alle ore 15.55. Naturalmente, tutti gli spostamenti avverranno in aereo. Quelli interni, con compagnie locali; quelli di arrivo e partenza con le compagnie di bandiera: Aerolineas Argentinas e Austral Lineas Aerea.

Il Collegio Ipasvi di Roma organizza esclusivamente la parte scientifica del viaggio di studio; tutti gli altri aspetti propriamente turistici sono curati da una nota agenzia di viaggi romana.

Per informazioni su costi e per prenotazioni: I Viaggi del Perigeo (06.85.30.13.01)



Dicono di noi...

E' una storia lunga, un vizio tutto italiano, persistente e impertinente.

Fino a divenire irrispettoso e denigratorio di un'intera categoria professionale: troppe volte per i media nazionali gli infermieri sono un bersaglio facile, ormai perfino scontato. Imprecisione, informazioni distorte, profonda ignoranza sul ruolo e le competenze degli infermieri la fanno spesso da padrone su giornali e tv. Da ultimo, ci si è messo anche il varietà, con un modo di fare satira che a noi proprio non fa ridere. Per contro, ci indigna.

La macchietta dell'infermiera Mimma, il grottesco personaggio tra i protagonisti dell'ultima stagione della popolare trasmissione di Rai2 "Quelli che il calcio e...", ha valicato i limiti civili della satira, oltre che quelli del normale buon gusto.

Se la collega immaginata da Simona Ventura e dai suoi autori può aver fatto sorridere qualcuno al suo esordio, malgrado l'abuso di scontatissimi luoghi comuni sugli infermieri, a lungo andare, riproponendo ad ogni occasione comportamenti trucidi e commenti sciatti sulla professione, ha suscitato la reazione risentita di molti colleghi e del Collegio di Roma, in particolare. Interventi molto apprezzati da tutti gli infermieri e da tanti altri professionisti della salute, laziali e non.

Adesso la trasmissione è finita, non resta che aspettare settembre e restare vigili!

Liberazione
giornale comunista

Passiamo ad altro, a questioni più delicate. Sul quotidiano **Liberazione** del 3 giugno scorso, il giornalista Giusto Catania ha firmato un interessante e articolato dossier sugli ospedali psichiatrici giudiziari di Aversa e di Napoli. La Sanità penitenziaria oramai è passata in carico al Ssn, e non viene più gestita a livello centrale dal ministero della Giustizia. Sono quindi le singole Asl a prendersi carico delle varie strutture dislocate sul

territorio nazionale. Un passaggio non privo di difficoltà e di criticità, che deve fare i conti anche con i deficit in ambito sanitario di molte Regioni italiane. L'inchiesta, oltre a rappresentare i problemi dei detenuti, si sofferma anche sulle "sofferenze" degli infermieri: dagli spogliatoi "a cielo aperto" al senso di abbandono patito dagli "internati".

Cambiamo ancora una volta argomento. Il Consiglio di indirizzo generale dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza della professione infermieristica (**Enpapi**), il 29 maggio scorso, ha approvato, per acclamazione, il bilancio consuntivo 2008, che presenta un avanzo complessivo di 4.183.491 euro, costituito da un avanzo di gestione di 1.617.598 euro e da un avanzo finanziario di 2.565.893 euro. Lo rende noto un comunicato dell'Enpapi.



"L'avanzo - si legge - consentirà, per la prima volta dall'istituzione dell'Ente, avvenuta nel 1998, di attivare il Fondo di riserva, previsto dal Regolamento di previdenza dell'Ente. L'esercizio 2008 ha rappresentato un anno nel quale le potenzialità dell'Ente si sono manifestate ancora più compiutamente che in passato, con un forte incremento delle attività istituzionali. La sola attività di gestione del portafoglio investito ha prodotto un risultato netto vicino ai 9 milioni di euro, corrispondente ad un incremento del patrimonio del 7%".

Si è concretizzato inoltre il processo riformatore delle norme che regolano i rapporti con gli Assicurati, intrapreso fin dal 2007. Accanto a ciò, non si possono non citare, da un lato, l'attuazione della convenzione stipulata con l'Inps per il trasferimento delle posizioni contributive dalla Gestione separata, che ha prodotto l'ingresso di flussi contributivi per circa 11.500 posizioni, dall'altro l'avvio dell'azione di recupero dei crediti contributivi.

IN PILLOLE

La newsletter del Collegio fa passi da gigante!

Con l'uscita dello scorso 3 giugno, la newsletter istituzionale del Collegio Ispasvi di Roma ha "festeggiato" i primi dieci numeri dalla sua nascita. Uno strumento agile, innovativo, tempestivo, per essere costantemente aggiornati sulle attività in programma, sui corsi di formazione e sulle note di attualità della sanità romana e laziale. La newsletter ha cadenza settimanale e per riceverla basta registrarsi gratuitamente sul sito del Collegio, nell'apposita sezione. Essa rappresenta anche un ottimo modo per comunicare in maniera diretta con il Collegio, segnalando notizie, criticità, iniziative dalle varie realtà della sanità regionale. Per scrivere alla redazione, basta inviare una email al seguente indirizzo: redazione@ipasvi.roma.it

All'Umberto I, per parlare di trans-culturalità nella professione infermieristica

Quanti sono gli infermieri stranieri che lavorano in Italia? Da dove provengono?

I loro curricula sono adeguati, conformi alle leggi e in linea con quelli dei professionisti nostrani?

Queste sono solo alcune delle domande a cui si è tentato di rispondere sabato 30 maggio scorso, nell'ambito del convegno promosso dall'Ait (Associazione infermieristica trans-frontaliera) e dal collegio Ipasvi di Roma.

"Riflessioni etiche per la trans-culturalità", questo il titolo dell'evento svoltosi al policlinico Umberto I della capitale, ha visto alternarsi al microfono diversi studiosi che, oltre che sull'etica della professione infermieristica, si sono interrogati su quanti sono e qual è il modo migliore per integrare la nuova "forza-lavoro" del settore sanitario in Italia: una "forza-lavoro" che, stando a dati recenti (proiettati durante la sessione del mattino dedicata a: "L'infermiere nella società dinamica"), sarebbe in crescita.

Così, in una società, via via, sempre più multietnica, scopriamo che ben **il 10% dell'intera compagine infermieristica in Italia viene da altri Paesi**, senza alcuna esclusione del planisfero: 34mila i generici e 528 i pediatri.

Naturalmente, il sesso femminile resta quello in numero maggiore, tra gli stranieri, come in Italia, anche se va ricordato che proprio il Belpaese detiene il primato della più alta percentuale di infermieri di sesso maschile operanti (circa il 20%).

Tuttavia, mentre l'età media degli infermieri nostrani oscilla tra i 31 ed i 40 anni, gli infermieri stranieri sono, relativamente, più giovani: di almeno quattro/cinque anni.

Da dove provengono gli infermieri stranieri? da:

- 42 Paesi africani;
- 27 Paesi asiatici;
- 25 Paesi della Ue;
- 17 Paesi extracomunitari;
- 15 Paesi America centrale e del nord;
- 11 Paesi America del sud;
- due Paesi dell'Oceania.

Insomma, si tratta di: "Una vera e propria globalizzazione della professione", come ha tenuto a precisare il presidente del collegio Ipasvi di Roma, **Gennaro Rocco**, in apertura dei lavori.

Di fronte ad un fenomeno di così vaste dimensioni, dunque, è necessario essere pronti, per poter accogliere ed integrare, nella maniera più opportuna, questi professionisti, tenendo conto sì del loro percorso di studi (fondamentale per garantire la sicurezza dei pazienti a loro affidati), ma pure della storia – del vissuto – personale, nonché del bagaglio esperienziale che li accompagna e con cui si verrà, inevitabilmente, a contatto.

Il paradosso è che, benché, **in Europa non ci sia ancora una**

direttiva comune sulla formazione infermieristica (così come il concetto di "etica" e di "deontologia professionale" si carica di differenti significati, a seconda del Paese a cui si fa riferimento), l'Italia necessita del supporto dei professionisti stranieri, visto che il *gap* tra quanti sono "in servizio" e quanti dovrebbero esserci – secondo l'Ocse – è di 60mila infermieri.

Una lacuna che, aumentata da quanti, dall'Italia, si recano all'estero in risposta ad altre, giustificabili, esigenze (maggiore considerazione sociale e più guadagni), neppure l'integrazione degli infermieri stranieri è riuscito a colmare.

Per di più che, nell'ultimo periodo, si è assistito ad un altro fenomeno: molti infermieri stranieri, dopo qualche anno di permanenza in Italia, decidono di tornare al Paese natio. Cosa che, se da un lato risponde all'ingiusta depauperizzazione delle risorse in Paesi, solitamente, già svantaggiati, lascia il nostro a dover fronteggiare, da solo, l'atavica questione.

L'Ait, attraverso manifestazioni come quella del 30 maggio vuole occuparsi proprio di sensibilizzare tutti – operatori del settore e non – alle problematiche legate all'e/immigrazione degli infermieri, nella convinzione che, come suggeriva la fondatrice della Scienza infermieristica, **Florence Nightingale**: "Il successo sta nell'integrazione".

Tiziana Mercurio



La vice presidente Ipasvi premiata a "Protagonisti dell'innovazione"

Qattro giorni intensi, alla Fiera di Roma, per parlare di Pubblica Amministrazione.

Soprattutto, quattro giorni per parlare di trasparenza, innovazione e promozione della qualità dei servizi e della gestione territoriale in Italia.

Al Forum PA, dall'11 al 14 maggio scorso, la ventesima edizione di un evento che ha coinvolto ministri, diversi esponenti del Governo, delle Regioni e degli Enti locali, ma, soprattutto, tanti addetti ai lavori. Quelli che, ciascuno nel proprio settore, si sono fatti garante di un nuovo imperativo: "snellire le procedure; evitare gli sprechi e valorizza le efficienze".

Insomma, gli oltre 200 espositori negli stand hanno mostrato il lato migliore del pubblico impiego; mentre i 93 convegni hanno sintetizzato - e reso accessibili a tutti - le maggiori problematiche all'esame del Governo e, naturalmente, di Renato Brunetta. Nessuna caccia alle streghe, ma ai fannulloni sì: se la Pubblica Amministrazione vuole dare una sterzata all'attuale *modus operandi* deve ripartire proprio da se stessa, o meglio, cercare di far tesoro proprio di quei campioni di efficienza che già annovera tra le sue fila.

A questo scopo, infatti, è stato pensato il premio: "Protagonisti dell'innovazione", dedicato proprio alle persone che lavorano, quotidianamente, per cambiare, promuovere l'innovazione e motivare gli altri sulla strada dello "svecchiamento". Ognuno con la propria storia (e curriculum), i candidati sono stati scelti "dal basso", ovvero proprio dai dipendenti iscritti alle comunità Forum PA e Innovatori PA (in tutto, circa 95mila).

A loro, il compito di segnalare gli "innovatori", compilando una scheda sul sito www.innovatori.forumpa.it e fornendo dettagli sui progetti (senza dimenticare che c'era spazio anche per le auto-candidature).

Arrivare in finale significava ricevere centinaia di voti, in alcuni casi migliaia. Le migliaia che hanno portato ad una prima fase di scrematura di 25 "volti" (i più votati dei 150 candidati della prima fase), anche **Ausilia Lucia Pulimeno**, vicepresidente del collegio Ipasvi di Roma e dirigente infermieristico al policlinico Umberto I della capitale. Al termine della consultazione on line, la Pulimeno si è classificata terza per la categoria "Sanità". Ed è il secondo anno

consecutivo che un infermiere sale sul podio (lo scorso anno era toccato ad **Andrea Maccari**, dell'Asl Rm/B").

Cinque, in tutto, i vincitori finali. Uno per ciascuna delle categorie del premio: "Tecnologie di frontiera" (l'introduzione di tecnologie di punta per il miglioramento dei servizi erogati è uno degli aspetti più qualificanti della "nuova" PA); "Caccia agli sprechi" (qui, rientrano le iniziative che consentono l'ottenimento di riduzione delle spese attraverso innovazioni organizzative e gestionali); "Semplificazione" (qui, rientrano le iniziative per promuovere l'innovazione nei rapporti con cittadini e imprese e nei servizi erogati, anche utilizzando internet); "Sanità" (le innovazioni di prodotto o di processo nel sistema sanitario che, da sempre, rappresenta la voce principale di "spesa" per il Bilancio) e "Inclusione" (questa rappresenta la capacità di realizzare dei processi e dei servizi innovativi che favoriscano le "fasce più deboli": bambini, anziani, immigrati e diversamente abili).

Il convegno di chiusura del Forum PA, "*Entriamo nel merito*", è stato dedicato a fare il punto sulle azioni necessarie per introdurre nelle amministrazioni l'asse portante del riconoscimento e della promozione della qualità. La riflessione ha coinvolto tutti gli attori in gioco: dai cittadini alle imprese, dalle PA centrali alle autonomie locali e territoriali, alle istituzioni legislative.

Al termine del convegno, proprio dalle mani del ministro Renato Brunetta, Lia Pulimeno ha ricevuto il suo attestato di merito per aver contribuito, grazie alla sua: "comunicazione efficace ed aperta", a migliorare la gestione dei servizi infermieristici nell'ospedale in cui lavora, nonché di quella dei corsi di laurea e



Il momento della premiazione della Pulimeno alla presenza dei ministri Brunetta e Carfagna



master in infermieristica che coordina, da tempo, alla Sapienza di Roma.

*Di seguito, riportiamo le motivazioni ufficiali che hanno portato alla candidatura della Pulimeno: **Motivazione della candidatura*** Dirigente capace di creare un'atmosfera aziendale di apertura e comunicazione efficace, di agire nella maniera più obiettiva pos-

sibile, di incoraggiare lo sviluppo di prospettive alternative.

Quali risultati ha conseguito?

Cinque mandati consecutivi come consigliere al collegio Ipasvi della Provincia di Roma; dirigente dell'Area Infermieristica e ostetrica del Policlinico Umberto I di Roma; docente presso il corso di laurea in Infermieristica dell'università "La Sapienza" di Roma.

Su quali progetti sta lavorando?

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, vero patrimonio di idee, di esperienze e di progettualità infermieristica, che dovrà essere valorizzato e messo a disposizione della professione, e dell'intera collettività, per diventare un punto di riferimento per tutti coloro che si occupano di salute e sanità.

Note aggiuntive sulla candidatura

Grandi capacità comunicative che riescono a far sentire il personale partecipe e coinvolto nel cambiamento, creatività nel trovare soluzioni sempre innovative, saper stimolare e motivare continuamente. Le stesse qualità le permettono di essere un docente eccellente.

Tiziana Mercurio



La "cinquina" delle premiate per il settore Sanità

Vivere è una "colpa"?

Un libro che è soprattutto il racconto di un dolore familiare e della disperata ricerca della dignità tra la tempesta del dolore, della burocrazia e dell'indifferenza del mondo sanitario e sociale.

Questa è una storia vera: è la storia di Mirko che, oggi, ha cinque anni e dei suoi genitori, Valtere e Monica, della sorellina, Michela, di undici anni e del cagnolino Spillo.

Questa storia racconta la "colpa" di essere vivi, ma malati, malati di una patologia rara ed incurabile, la miopatia miotubolare (una malattia genetica ereditaria che interessa l'apparato muscolare, respiratorio, neurologico, metabolico; a esito infuosto) che, tra l'altro, costa tanto.

Difficile definire il genere di questo libro, perché, più di un'opera letteraria vera e propria, si tratta del tragico racconto autobiografico di una famiglia; di un testo scientifico poiché tratta di medicina; di un racconto moderno che narra dei giorni nostri, didattico nel suo insegnare al lettore modalità di assistenza a pazienti così gravi. Nonché di un'opera religiosa, giacché l'amore e la fede che la pervade spiegano come sia possibile sopportare l'insopportabile.

L'autore, Valter Mazza, è un infermiere professionale e lavora presso l'Asl Rm/D, occupandosi, principalmente, dell'assistenza di casi pediatrici gravi.

Valter, però, è soprattutto il papà di Mirko e, da padre, racconta la sua travagliata "Odissea" fra dolore, crudeltà, incompetenza e qualche flebile speranza, proveniente dalla condivisione della stessa tragedia con altri genitori infelici, certi che il loro dramma, seppur in parte compreso da qualcuno, resterà sempre strettamente personale.

La casa di Mirko. Dalla stanza delle mosche alla casa della dignità

di Valter Mazza

Kimerik edizioni, 171 pp.

15 euro



IN PILLOLE

Alzheimer: verso un test precoce

Un gruppo di ricercatori dell'Università di Oxford ha scoperto la corrispondenza tra la presenza del gene Apoe4, legato all'Alzheimer, e l'iperattività dell'ippocampo, la parte del cervello localizzata nel lobo temporale. I ricercatori hanno indagato un gruppo di trentasei giovani tra i 20 e i 35 anni, comparandone le attività cerebrali. La metà di coloro possedevano il gene ed erano gli stessi che manifestavano una iperattività cerebrale. Attraverso uno scanner si è potuto rilevarla e di conseguenza porre i primi passi per lo studio di un test che consenta di individuare e fronteggiare la malattia prima che se ne manifestino i sintomi.

L'amore ha lati positivi e negativi Attento a quelli sieropositivi!

Anche quest'anno, l'unità operativa Il Aids della Asl Roma C ha promosso, nell'ambito del progetto annuale di attività di prevenzione rivolta agli studenti degli istituti superiori del Distretto 11, l'iniziativa, in accordo col Distretto, con l'assessore alle Politiche Giovanili del Municipio XI e grazie alla collaborazione ed il sostegno della Uisp e del Consorzio "Farmacia 360", di realizzare la seconda edizione di: **"Corriamo insieme per vincere l'Aids"**.

Per l'occasione, è stata organizzata una corsa campestre a staffetta al Parco Schuster (zona San Paolo). Contestualmente alla manifestazione sportiva, resa possibile grazie alla collaborazione della polizia municipale e del supporto sanitario dell'ospedale Cto - "Andrea Alesini", sono stati allestiti quattro gazebo allo scopo di illustrare, ai ragazzi ed alle scuole, le possibili risposte alle problematiche giovanili da parte di tutte le istituzioni e realtà presenti. Agli studenti dei 13 istituti che hanno partecipato è stato chiesto, inoltre, di creare uno slogan che esprimesse il loro impegno sulla prevenzione dell'Aids e, tra le numerosissime frasi ad effetto che sono state ideate dalle 63 classi coinvolte, una giuria di ragazzi ha scelto quelle che riteneva più significative.

Gli slogan più belli e i vincitori della staffetta sono stati premiati durante il Convegno che si è svolto presso l'istituto "Armellini", a cui hanno partecipato, per la Asl Roma C, **Ruggero Di Biagi**, direttore del Distretto 11; **Rosella Di Bacco**, responsabile della Uo Aids/D11; **Mauro Benvenuti**, medico della Uo Aids. Per il Municipio Roma XI, hanno partecipato il presidente, **Andrea Catarci**; l'assessore alle Politiche Giovanili, **Carla di Veroli**; l'assessore alle Politiche Scolastiche, **Nicola Cefali** e il delegato alla Sanità e ai Rapporti con la Asl Rmc, **Antonio Bertolini**; senza dimenticare, per il consorzio "Farmacia 360", il presidente, **Eugenio Mealli**.

Durante il convegno annuale, sono stati resi pubblici i risultati conseguiti dagli operatori della Uo Aids durante le attività svolte nelle classi di tutte le scuole inserite nel programma di un progetto che si articola in varie fasi operative. Sostanzialmente, una commissione composta dai docenti referenti e dagli operatori sanitari organizza gli incontri con gli studenti del

penultimo anno delle medie superiori. Il primo incontro ha l'obiettivo di fornire tutte le informazioni, i chiarimenti e gli approfondimenti sugli aspetti epidemiologici, biologici ed infettivologici dell'infezione da Hiv, con una metodologia che promuove il dialogo e l'interazione con i ragazzi. In questa fase, viene distribuito un questionario su cui, poi, si svolgerà una discussione durante il secondo incontro.

Anche quest'anno, si conferma che la linea di tendenza dei giovani, negli ultimi tempi, è caratterizzata dalla continua diminuzione dell'attenzione in merito alla possibilità d'infettarsi: questo, anche a causa di un minore interessamento al fenomeno da parte dei mass-media.

Alla luce dei dati statistici riportati, infatti, è emerso che in molti ritenevano l'Aids ormai un fenomeno epidemiologico in fase di regressione; un'infezione curabile e quindi guaribile, diffusa soprattutto, nel Terzo Mondo e, comunque, ad appannaggio quasi esclusivo del mondo della prostituzione (o, comunque, di un comportamento sessuale immorale) e di quello della tossicodipendenza. Inoltre, si è potuto osservare che poco meno della metà degli adolescenti (**50%** delle ragazze, **43,5%** dei ragazzi) è in grado di definire correttamente lo stato di sieropositività, considerata come una condizione in cui non si rischia di infettare e che non, necessariamente, debba degenerare nella malattia vera e propria.

In merito alla prognosi poi, gli studenti privilegiano l'ipotesi che l'infezione da Hiv, alla luce dei risultati della terapie anti-retrovirali, possa collocarsi tra gli stati di malattia: "*curabili* e



non guaribili" (nel **68%** dei casi per le ragazze e del **60%** per i ragazzi).

C'è anche una percentuale di risposte che, evidenziando una valutazione assolutamente ottimistica rispetto alla prognosi, denota ulteriormente la poca consapevolezza della severità dell'infezione, inconsapevolezza che porta, come conseguenza, una scarsa attenzione nel considerare il rischio. Riguardo alla prevenzione, poi, dalle continue domande poste dagli studenti agli operatori, risulta ancora poco chiara la differenza tra metodi contraccettivi e di prevenzione Aids, e ancora insufficiente l'informazione sulla contraccezione in generale come sulle conoscenze anatomo-fisiologiche degli apparati sessuali.

Occorre, tuttavia, indagare il complesso mondo degli adolescenti, anche e soprattutto, dal punto di vista emotivo e relazionale per capire meglio i loro comportamenti in ambito sessuale.

Ai ragazzi è stato chiesto, ad esempio, di analizzare le motivazioni che rendono difficile l'utilizzo del profilattico. Significative le risposte che indicano: "l'imbarazzo dell'acquisto" (femmine **26,6%**, maschi **30,5%**) e poi il: "timore e l'imbarazzo nel proporlo", e ancora il "timore di mettere in discussione la fiducia nella coppia o di essere rifiutati".

Desti, dunque, perplessità e preoccupazione rilevare che la necessità di adottare rapporti protetti non sia ancora così riconosciuta dai ragazzi, mentre è proprio questo atteggiamento che rappresenta, in molti casi, il veicolo comportamen-

tale dell'infezione. La percentuale del rischio dunque, nella maggior parte dei ragazzi intervistati, si riduce drasticamente allorché intervengano condizioni particolari, come l'emozione, l'essere innamorati o ancora, l'abuso di alcool e droghe.

L'ultima domanda del questionario annuale ha riguardato la difficoltà che un adolescente potrebbe avere se dovesse decidere di sottoporsi al test diagnostico per l'Hiv, una decisione difficile da prendere (hanno detto in tanti), per paura della risposta, per una sottovalutazione del rischio o, peggio, per mancanza del ricordo. Senza dimenticare che molti hanno paura del giudizio di un adulto e che ne vengano informati i genitori.

La diffidenza nei confronti degli adulti e il conflitto che spesso si configura tra genitori e figli (dinamiche, peraltro, fisiologiche almeno in una certa misura), possono risultare in alcuni contesti, come quello appunto della prevenzione di gravi malattie e dell'adozione di stili di vita corretti, assolutamente controproducenti e drammaticamente lesive ad un sano sviluppo delle nuove generazioni. In un periodo così difficile, dove la realizzazione personale, dallo studio al lavoro, è fortemente ostacolata dalla crisi economica e dal crollo dei valori, la società degli adulti ha il dovere preciso di stringersi intorno ai giovani e aiutarli concretamente a costruirsi un futuro, prestando loro attenzione, cura e comprensione.

Laura Gilardi

IN PILLOLE

Obesità a rischio contagio

Secondo una ricerca internazionale coordinata dall'Università di Warwick, in Inghilterra, le frequentazioni quotidiane influiscono sul peso corporeo di ciascuno. In particolare, lo studio pone in evidenza come se ci si circonda di persone che combattono contro i chili di troppo il rischio personale di ingrassare aumenta. In pratica gli "over size" produrrebbero una sorta di effetto domino che accresce la tendenza ad accumulare peso negli individui del proprio entourage. Questo almeno secondo i ricercatori britannici che hanno analizzato i dati di 27 mila europei residenti in 29 Paesi diversi. Lo studio ha evidenziato che esistono livelli diversi di rischio, più contenuti per chi possiede un livello scolastico superiore e per i laureati.

Infermieri al teatro per aiutare l'Anlaids

In concomitanza con la giornata internazionale dell'infermiere, un'occasione per stare insieme, e soprattutto, per raccogliere fondi a favore dell'Anlaids-sezione del Lazio, quella che ha portato a teatro gli infermieri e le loro famiglie.

Lunedì 4 maggio, al teatro Italia, è andata in scena la divertente piece di Gaetano di Maio: "Mpriesteme a mugliereta", con la regia e l'adattamento di Antonello Setzu.

L'iniziativa ha consentito di devolvere fondi di euro per il progetto "Club Mingha" operativo in una zona rurale del Camerun occidentale, dove si stima che circa 230.Mil. bambini siano orfani a causa della sindrome da Hiv.

L'Anlaids-sezione del Lazio ha elaborato un programma mirato al sostegno e all'assistenza dei bambini sieropositivi e delle loro famiglie nel continente africano. Qui, il 40% della popolazione non ha accesso all'acqua potabile; meno del 60% dei bambini viene vaccinato, il 9% muore prima di aver compiuto un anno ed il 15,4% non arriva ai cinque.

È proprio di fronte a questi numeri impressionanti che l'associazione ha deciso di intervenire, anzitutto, elaborando un programma mirato al sostegno delle esigenze individuali dei bambini sieropositivi e delle loro famiglie, assicurando loro assistenza a visite mediche generali mensili, visite di controllo settimanali presso il domicilio del bambino, la consegna di una spesa alimentare che integra la nutrizione, così da arricchirla di cibi proteici che permettano di rafforzare l'organismo e affrontare la terapia antiretrovirale.

Quindi, con una serie di iniziative sul piano etico-sociale; come, appunto, quest'appuntamento a teatro che ha coinvolto, fra attori e tecnici, una ventina di persone.

Questo, **il cast:** Antonello Setzu (Camillo Coppolecchia); Marinella Setzu (Lucia Coppolecchia); Alessia Cocco (Caterina); Giulia Giombini (Esterina); Raffaele Giorgio (Alberto); Domina Cozzolino (Ida); Luca Salsedo (Alfredo); Bernardino De Bernardis (Luigi); Gaetano Romigi (Vittorio); Ciro Valente (Marcello); Michael Moscarella (Pat); Matteo Cirillo (Jak) e Teresa Marra (Amalia).

"Mpriesteme a mugliereta" ("Prestami tua moglie") è una raffinata macchina teatrale per divertire il pubblico. Il luogo dell'ambientazione è uno chalet di montagna notoriamente usato come casa di villeggiatura per il riposo della mente e del corpo. La commedia riguarda la vicenda di Camillo Coppolecchia un uomo che salito sui monti per curare i suoi nervi ne è ridisceso distrutto.

La visita di un ospite indesiderato, lo scambio di moglie, l'irruzione in casa di una banda di gangster americani sono solo alcuni elementi del testo per descrivere una tranquilla vacanza di follia in chiave tragicomica. Intrecci, equivoci, scambi di persona, conditi in clima surreale, sono gli ingredienti di questa "gustosa" commedia.

Il prestito di moglie del protagonista fatto al suo ospite, necessario per sanare la tresca di quest'ultimo, innesca un'interminabile serie di situazioni grottesche ed esilaranti con un ritmo sempre più frenetico di battute e colpi di scena.

La regia ricerca non solo la cura rigorosa del carattere dei personaggi, ma anche, e soprattutto, la ricostruzione di quei sapori inconfondibili della Napoli degli anni '60.

Il Collegio IPASVI di Roma ha contribuito alla causa di ANLAIDS-Lazio con un contributo di 2,500 euro.



Il nuovo Codice Deontologico: l'infermiere nella comunità internazionale

Con questo articolo, offro una nuova visione della professione infermieristica, una visione internazionale che nasce dall'approvazione del nuovo Codice Deontologico e affronto questo argomento, estremamente complesso, utilizzando una sentenza della Corte di Cassazione sicuramente già nota (Cass., 23 febbraio 2007, n. 4211) che riassumo molto brevemente.

Il fatto

Il sig. S.T. rimaneva vittima di un incidente stradale e veniva ricoverato presso il pronto soccorso di un ospedale. Oltre a fratture multiple, veniva fatta la diagnosi di lesione dell'arteria e della vena succlavia con emorragia in atto e, quindi, veniva trasferito in rianimazione.

Il sig. S.T. sin dall'inizio negava il consenso a qualsiasi trasfusione eterologa mentre prestava il consenso per una trasfusione autologa, qualora fosse stato necessario.

Nel corso del successivo intervento chirurgico, veniva sottoposto a trasfusione sanguigna eterologa nonostante avesse dichiarato che, in ossequio alle proprie convinzioni religiose (è Testimone di Geova) non voleva gli venisse praticato tale trattamento.

Il sig. S.T. perdeva in primo grado e proponeva appello avverso la sentenza del Tribunale di Trento che aveva rigettato la sua domanda di risarcimento dei danni morali patiti, in primo luogo, per essere stato costretto, contro la sua volontà a subire l'intervento, espressamente rifiutato, di una trasfusione sanguigna; in secondo luogo, si doleva del fatto che il Tribunale aveva ritenuto legittimo che i sanitari si fossero trovati di fronte alla necessità di salvargli la vita e che, conseguentemente, ciò avrebbe reso comunque lecito, ai sensi dell'art. 54 c.p. (ossia lo stato di necessità), il loro comportamento. Chiedeva pertanto, in riforma dell'impugnata decisione, il risarcimento di tutti i danni morali, patrimoniali e biologici subiti.

La decisione della Corte di Cassazione

La Corte di Cassazione rigetta ancora il ricorso del paziente condividendo le seguenti argomentazioni del giudice d'appello, ovvero che:

al momento del ricovero: "appariva possibile una terapia alternativa alla trasfusione, che fu correttamente attuata dai sanitari della rianimazione";

le emotrasfusioni si erano rese necessarie nel corso dell'intervento chirurgico: "quando l'ulteriore peggioramento dell'ematocrito, l'ipertensione arteriosa ed il sanguinamento copioso dell'arteria lacerata ha fatto temere per la vita del paziente";

l'aggravamento del paziente, rivelatosi in sede operatoria,



Noi **infermieri**
con i nostri valori,
dalla vostra parte.
Sempre.

costituiva una situazione clinica oggettivamente e pesantemente diversa da quella diagnosticata all'atto del ricovero, non altrimenti evitabile e, soprattutto, non causata da imperizia e/o negligenza dei sanitari.

Secondo la Corte di cassazione, il nodo fondamentale per la decisione della presente controversia è il seguente: accertare se il rifiuto al trattamento trasfusionale, esternato dal paziente al momento del ricovero, potesse ritenersi operante anche al momento in cui le trasfusioni si resero necessarie.

Il giudice del gravame, conformemente a quello di primo grado, ha ritenuto che: "la risposta ... è, se non sicuramente negativa, quanto meno fortemente dubitativa" in quanto: "è più che ragionevole chiedersi se il S., qualora avesse saputo dell'effettiva gravità della lesione e dell'attuale pericolo di vita, avrebbe senz'altro ribadito il proprio dissenso".

Ciò, in virtù delle seguenti considerazioni:

che anche il dissenso, come il consenso, deve essere inequivoco, attuale, effettivo e consapevole;

che l'originario dissenso era stato espresso dal paziente in un momento in cui le sue condizioni di salute non facevano temere un imminente pericolo di vita, tanto che il paziente era stato trattato con terapie alternative;

che lo stesso paziente aveva chiesto, qualora fosse stato ritenuto indispensabile ricorrere ad una trasfusione, di essere immediatamente trasferito presso un ospedale attrezzato per l'autotrasfusione, così manifestando, implicitamente ma chiaramente, il desiderio di essere curato e non certo di morire pur di evitare d'essere trasfuso;

che alla luce di questi elementi e di un dissenso espresso prima dello stato d'incoscienza conseguente all'anestesia, era lecito domandarsi se sicuramente il S. non volesse essere trasfuso, o se, invece, fosse altamente perplesso e dubitabile, se non certo, che tale volontà fosse riferibile solo al precedente contesto temporale, meno grave, in cui l'uomo non versava ancora in pericolo di vita.

Ha aggiunto il suddetto giudice che, anche nell'ipotesi in cui il dissenso originariamente manifestato dal paziente fosse ritenuto perdurante, comunque il comportamento adottato dai sanitari sarebbe stato scriminato (ex art. 54 c.p.) e che, quindi, esclusa l'illiceità di tale comportamento, doveva escludersi la sussistenza di un qualsiasi danno risarcibile.

Ora, **questo è il problema da risolvere**: non circa il valore assoluto e definitivo di un dissenso pronunciato in virtù di un determinato credo ideologico e religioso (il rifiuto delle trasfusioni di sangue è fondato dalla comunità dei Testimoni di Geova su una particolare lettura di alcuni brani delle scritture: Gen. 9,3-6; Lev. 17,11; Atti 15, 28, 29), ma la correttezza della motivazione con cui il giudice ha ritenuto che il dissenso originario, con una valutazione altamente probabilistica, non dovesse più

considerarsi operante in un momento successivo, davanti ad un quadro clinico fortemente mutato e con imminente pericolo di vita e senza la possibilità di un ulteriore interpellato del paziente ormai anestetizzato.

Secondo la Corte di cassazione, la sentenza di appello è corretta anche perché rispettosa della legge 28 marzo 2001 n. 145 (Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina), che all'art. 9 stabilisce che: "*i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà, saranno tenuti in considerazione*"; e che i sanitari trentini li abbiano tenuti in considerazione, risulta non foss'altro dall'aver interpellato telefonicamente, in costanza di intervento operatorio, il Procuratore della Repubblica ricevendone implicitamente un invito ad agire.

Insomma, delle varie situazioni configurabili, il tema in esame riguarda appunto il rifiuto delle cure nel senso di accertare la legittimità del comportamento dei sanitari che hanno praticato la trasfusione nel ragionevole convincimento che il primitivo rifiuto del paziente non fosse più valido ed operante.

A questo specifico riguardo, la statuizione della Corte trentina deve ritenersi corretta ed il ricorso del S. non può trovare accoglimento.

* * *

E' la prima volta che mi cimento con il nuovo Codice Deontologico dell'infermiere e mi appresto a questo compito offrendo un punto di vista generale, ma muovendo da un dato particolare.

La sentenza, che ho riportato solo per estratto e in parte rimangiata per facilitarne la comprensione, affronta la questione del consenso e del dissenso informato e lo fa anche alla luce della Convenzione di Oviedo recepita con la legge del 2001 n. 145 (Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina del 4 Aprile 1997).

Ed è proprio questo il punto che volevo affrontare.

Il Codice Deontologico, con gli artt. 3 e 5, proietta la professione infermieristica nella comunità internazionale e adegua i principi ispiratori della professione alle norme più avanzate del diritto.

L'art. 3 recita: "*La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo*"; la vita, la salute, la libertà e la dignità sono diritti fondamentali (seppu-

re, a parte la salute, non siano espressamente così definiti dal nostro legislatore).

E' poi scritto nell'art. 5: *"Il rispetto dei principi etici e dei diritti fondamentali dell'uomo è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica"*.

La Convezione di Oviedo ha come finalità quella di imporre agli stati firmatari (tra cui l'Italia che l'ha poi recepita con legge) di proteggere: "l'essere umano nella sua dignità e nella sua identità" e di garantire "ad ogni persona, senza discriminazione, il rispetto della sua integrità e dei suoi altri diritti e libertà fondamentali riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina".

Per quanto riguarda il consenso informato, che è al centro della vicenda giudiziaria esaminata, la Convenzione afferma che un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. La persona riceve, innanzitutto, un'informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi, con la possibilità, in qualsiasi momento, di ritirare liberamente il proprio consenso e ciò – ricordiamolo - senza discriminazione in particolare, per quanto riguarda il tema della sentenza. Tale impostazione è confermata anche dal Comitato nazionale di bioetica che, nel documento sul consenso informato, ha sottolineato, a proposito del rifiuto dell'emotrasfusione per motivi religiosi: *"nonostante la sofferenza del sanitario che vede morire il proprio assistito senza poter espletare l'atto terapeutico probabilmente risolutivo, egli deve ispirare il proprio comportamento" al principio secondo il quale "il medico è tenuto alla desistenza da qualsiasi atto diagnostico e terapeutico non essendo consentito alcun trattamento sanitario contro la volontà del paziente"* (Comitato Nazionale per la Bioetica-CNB, *Informazione e consenso all'atto medico*, del 20 giugno 1992, 24).

In conformità a questo orientamento, l'art. 7 del Codice Deontologico sancisce che l'operato dell'infermiere deve tener conto: *"dei valori etici, religiosi e culturali, nonché dell'etnia, del genere e delle condizioni sociali della persona"* e *"ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di ... facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte"* (art. 20 Cod. Deon.) e per questo, anche per questo, egli: *"... conosce il progetto diagnostico per le influenze che esso ha sul piano di assistenza e sulla relazione con l'assistito"* (art. 22 Cod. Deon.).

Sempre sul piano del consenso, l'infermiere: "aiuta e sostiene

l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale" (art. 24 Cod. Deon.) fino anche a rispettare: "la consapevole ed esplicita volontà della persona di non essere informata purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri".

La Convenzione inoltre (art. 4) impone che: *"ogni intervento nel campo della salute deve essere effettuato nel rispetto delle norme e degli obblighi professionali"*.

Questo "passaggio" della Convenzione è particolarmente importante per comprendere quanto affermo sul nuovo Codice Deontologico degli infermieri, e cioè che esso, con il riferimento al rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità umana (dell'uomo, quindi, e non solo del cittadino) si adegua a principi internazionali per la tutela della vita di ognuno.

Il Codice Deontologico è, come ormai sappiamo, fonte di obblighi per l'infermiere, e con l'art. 3 ha colto questa opportunità di adeguamento alla Convenzione.

Il riferimento ai "diritti fondamentali", contenuto nell'art. 5 del Nuovo Codice Deontologico, rappresenta un ulteriore, importante adeguamento alla normativa comunitaria.

Mi riferisco alla Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (G.U. C 303 del 14.12.2007), frutto di una leggera revisione della Carta proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000.

La Carta elenca i diritti fondamentali che sono, tra quelli che ci riguardano più da vicino: la dignità umana (art. 1); il diritto alla vita (art. 2) e il diritto all'integrità della persona (art. 3). In particolare, all'art. 3 della Carta: *"Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge; il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone; il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro; il divieto della clonazione riproduttiva degli esseri umani"*. Così, per restare alla sentenza in commento, il tema del consenso libero e informato rappresenta un momento centrale della persona.

Come si vede, quindi, **il riferimento ai diritti fondamentali, alla vita, alla salute alla libertà e alla dignità umana contenuti nel Codice Deontologico rappresentano, a mio avviso, la proiezione dell'infermiere nell'ordinamento comunitario e internazionale.**

Avv. Alessandro Cuggiani

Le riviste infermieristiche straniere disponibili on line

Nello scorso numero abbiamo terminato una mini-guida di quattro numeri, aggiornata, sulla ricerca bibliografica di contenuti a carattere infermieristico.

Questa volta vi proponerei due riviste infermieristiche on line straniere:

NursingTimes.net <http://www.nursingtimes.net/>

Si tratta di una rivista anglosassone che assomiglia più ad un "magazine" (e, del resto, lo dichiarano anche loro) che fa informazione professionale.

Dal 1906, NursingTimes è il perfetto esempio di adattamento ai tempi.

Il magazine cartaceo potete trovarlo presso la biblioteca del Collegio Ipasvi di Roma, mentre il sito web offre approfondimenti tematici sugli argomenti del numero "cartaceo" uscito (ovviamente, le notizie sono svincolate, e possono esser lette anche solamente on line).

C'è anche un *forum*, non troppo popolato, ma interessantissima è la *newsletter* tematica, a scelta tra filoni di clinica specialistica e di management.

L'iscrizione, gratuita sul sito, consente di commentare gli articoli scritti dalla redazione.

La cosa davvero innovativa è che la redazione si impone di essere presente praticamente ovunque sui *social network* maggiormente conosciuti ora:

Facebook, *Twitter*, se non il proprio blog interno.

Davvero bella ed innovativa la sezione video, con filmati di educazione sanitaria (in lingua inglese) molto ben fatti.

Nursing@About.com <http://nursing.about.com/>

Potremmo considerarlo l'equivalente del precedente, se non fosse che, per questo, non esiste un corrispettivo cartaceo.

Nato come progetto indipendente a largo spettro, nell'ultimo anno, è stato notevolmente ridimensionato ed il Forum va pressoché deserto (come per il precedente citato).

Anche qui newsletter interessante, ma con una curatrice esperta di pro-

cessi legati alla salute ed al reclutamento del personale sanitario.

Degna di particolare nota, la sezione dedicata al "trova lavoro" ("Find a job") ma, soprattutto per noi, la sezione "CV Writing tips" ovvero, "Consigli per scrivere un curriculum vitae".

La sezione, come tutto il progetto **about.com** è a cura del New York Time.

Anche che il Collegio Ipasvi di Roma ha attivato, ormai da mesi, un servizio di newsletter quindicinale direttamente dal sito web istituzionale, da cui è possibile ricevere news a carattere infermieristico e sanitario prioritariamente dal distretto di Roma, provincia di Roma, e regione Lazio.

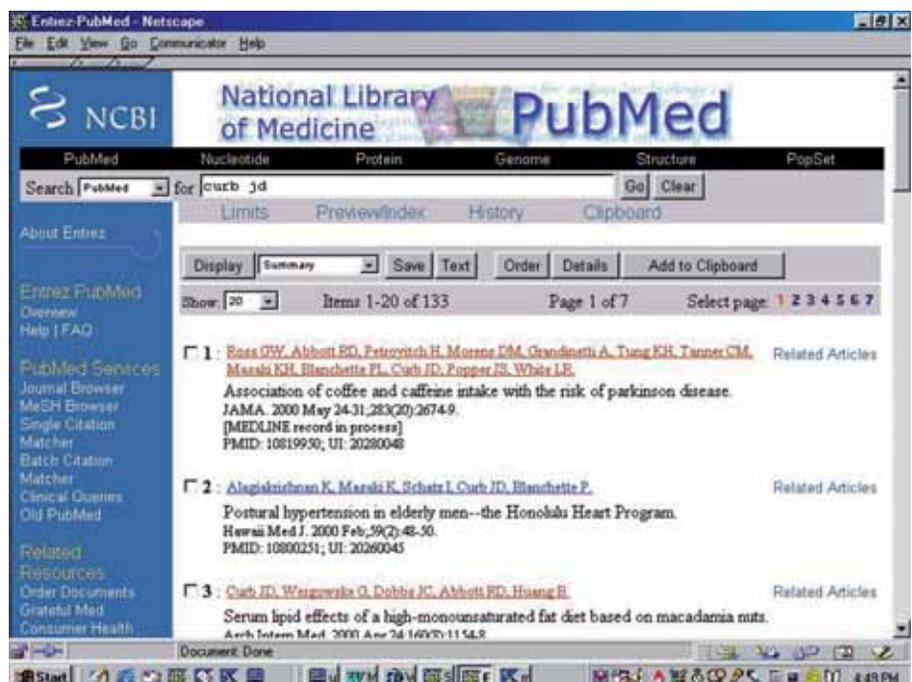
On line anche i numeri pregressi. Iscrizione gratuita ma necessaria, all'indirizzo:

<http://www.ipasvi.roma.it/ita/lists>

a cura di Fabrizio Tallarita

Webmaster del Collegio Ipasvi di Roma

webmaster@ipasvi.roma.it





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 ormai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti - ad es. Usa e non U.S.A.

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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



integrazione

multiculturalità

confronto

identità

aggiornamenti