



INFERMIERE

oggi

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

N°4

EDITORIALE

**Med45, avanti così e...
niente scherzi!**

CONTRIBUTI

**La sicurezza dell'assistenza
infermieristica a livello europeo**

LA NOVITA'

**Il certificato di iscrizione
all'Albo on line e gratis**

FOCUS

**Secondo convegno
nazionale Ait**

IL PROGETTO

**Il Centro di Eccellenza
muove i primi passi**

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. 4 - OTTOBRE-DICEMBRE 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
Progetto grafico: EDS Roma

Finito di stampare: dicembre 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 **Med45, avanti così e... niente scherzi!**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 **La sicurezza dell'assistenza infermieristica a livello europeo: garanzia del paziente e maggiore mobilità dei professionisti**
di Gennaro Rocco e Alessandro Stievano
- 9 **Quando, come e perché gestire il gel piastriaco**
di Giulia Antonina Petrangeli, Piero Bondani, Annalisa Pasqui, Eleonora Cavola
- 18 **La professione infermieristica: un ruolo in crisi d'identità?**
di Roberto Parisi, Monica Celletti
- 23 **L'assenteismo tra gli infermieri. Analisi critica e ricerca bibliografica della letteratura**
di Emilia Marsala
- 32 **Gestione del dolore nella biopsia del midollo osseo nell'adulto: una revisione della letteratura**
di Maria Grazia Proietti, Giuseppe Cingari

FOCUS

CONVEGNO NAZIONALE AIT

- 40 **L'assistenza oltre il pregiudizio**
43 **Il Rapporto Caritas Migrantes**

DICONO DI NOI

- 47 **Quando l'infermiere fa tendenza...**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 50 **Il Centro di Eccellenza muove i primi passi**
52 **Dyanne Affonso, l'anima "straniera" del Centro**
53 **Ricerca sul benessere organizzativo per il personale infermieristico di Roma e provincia**

NOTIZIE DAL MONDO

- 55 **La longevità val bene un Nobel**

SEGUITO PER VOI

- 56 **Un weekend a "casa" del patrono degli infermieri e una mostra per scoprire i Santi d'Europa**
58 **Presentati i risultati del progetto Betaplus**

LETTO PER VOI

- 59 **La complessità assistenziale**
Una testimonianza della vita di paese
60 **La salute della donna nel Libro Bianco 2009**

L'AVVOCATO DICE

- 61 **I "buoni sentimenti" e l'esecuzione delle prestazioni infermieristiche**

INFERMIERI IN RETE

- 63 **Alcuni siti internazionali di infermieristica clinica nel settore**



Med45, avanti così e... niente scherzi!

di Gennaro Rocco

La nostra frontiera in una sigla: "Med45", la sigla che ha sin qui rappresentato il nostro settore scientifico disciplinare (infermieristica generale, clinica e pediatria) negli insegnamenti universitari. Il rischio della sua soppressione è stato alto. Nell'ambito della pur necessaria razionalizzazione dei settori disciplinari (in Italia il loro numero è doppio rispetto alla media delle Università europee in conseguenza di un loro proliferare incontrollato non sempre legato alla specificità o all'originalità disciplinare ma piuttosto finalizzato all'attivazione di nuove cattedre e a percorsi di carriera), tra i primi ad essere presi di mira c'era proprio il nostro settore.

L'abbiamo inseguito e forse recuperato definitivamente. Il forse è d'obbligo visto che ancora manca qualche passaggio legislativo prima della definitiva approvazione del nuovo testo e conoscendo le manovre che *lobby* potenti sono in grado di mettere in atto, dobbiamo continuare a mantenere altissima la guardia.

Il riordino dei corsi di laurea e dei Settori scientifico-disciplinari avviato dal ministero dell'Università e della Ricerca non ci ha colto impreparati. Ne abbiamo apprezzato l'obiettivo di ridimensionare un sistema piuttosto caotico e sovradimensionato rispetto alle reali esigenze formative. Lo abbiamo studiato e seguito passo passo, intervenendo con forza quando anche il nostro Settore è finito pericolosamente nel mirino.

Il rischio, come dicevamo, è stato altissimo. La ventilata soppressione o l'inserimento dell'unico Settore scientifico-disciplinare specifico per le Scienze Infermieristiche in un'area disciplinare afferente ad altre branche mediche ci ha fatto tremare i polsi. Avrebbe di fatto annullato una lunga serie di conquiste legislative e sociali; la straordinaria crescita degli infermieri italiani sarebbe stata messa rapidamente in discussione.

Privi del supporto accademico alla nostra competenza specifica, avremmo ingranato una disastrosa retromarcia professionale, sarebbe crollato un intenso lavoro di anni. Conoscenze originali, abilità, competenze specifiche, ricerca, sperimenta-

zione, teorie, innovazione, sperimentazione: questa è la disciplina. Non riconoscerla in ambito accademico ci avrebbe ricacciati nell'alveo delle professioni ausiliarie proprio quando invece è necessario dare l'ultima spallata per sancire definitivamente lo status di professione intellettuale. Uno scenario veramente preoccupante!

Quando questo scenario si è materializzato, ci siamo ribellati. Lo abbiamo fatto ancora una volta in modo corale, tutti uniti e a tutti i livelli rappresentativi della professione.

Siamo così riusciti a creare una robusta contropinta, una forte azione di *lobbying* istituzionale per affermare le nostre ragioni e per dimostrare che esse collimano con quelle dei cittadini. Abbiamo esercitato una pressione attenta, puntuale e costante sul Governo attraverso i ministeri della Salute e dell'Università, reclamando e ottenendo di essere ascoltati.

Finalmente il documento di indirizzo messo a punto a novembre dal Consiglio Universitario Nazionale (Cun), l'organo tecnico del Miur, ci dice che siamo stati convincenti.

La rimodulazione dei Settori scientifico-disciplinari fuga ogni timore e conferma che il Med45 (da ora in poi denominato con la sigla 06/N2) è dentro (vedi testo integrale sul sito www.ipasvi.roma.it/cun.pdf). Il Cun riconosce il nostro Settore come tipico ed essenziale, tanto da individuarlo tra quelli che, sebbene non rientrasse nei criteri generali identificati dal nuovo sistema, sono stati inseriti nell'elenco allegato al nuovo ordinamento.

Si afferma così il principio che la disciplina infermieristica è peculiare, unica per le sue caratteristiche, insostituibile. È un dato importantissimo per noi infermieri. Il mondo accademico riconosce la specificità della scienza e del linguaggio infermieristico, individuando la professione tra quelle meritevoli di un riconoscimento specifico e autonomo.

Un traguardo che abbiamo inseguito per anni e che non potevamo farci togliere.

Una sorte differente è toccata ad altre discipline sanitarie, prima suddivise in settori diversi ed ora raggruppate in uno

solo. Come pure i tagli operati sul nuovo elenco fanno vittime illustri nell'ambito medico con l'accorpamento di molte discipline universitarie storicamente autonome. Riaffermando la loro specificità assoluta e unica in ambito universitario, gli infermieri hanno quindi recuperato una grande opportunità e annullato un grande rischio, peraltro in un contesto assai difficile di razionalizzazione e tagli ingenti di risorse. Poteva essere l'inizio della decadenza e oggi può essere la rampa di lancio per una riscossa ulteriore.

Il rafforzamento del nostro ruolo tra le professioni sanitarie suggerisce che finalmente può concretizzarsi un deciso cambio di rotta. Se Governo e Parlamento riconoscono la disciplina infermieristica come imprescindibile e insostituibile significa che conseguentemente si deve investire sugli infermieri.

Ci sentiamo oggi di guardare un po' più da vicino gli esempi che arrivano dagli Stati Uniti, dal Canada e da altri Paesi a sanità avanzata dove l'intero corso di laurea per infermieri è inserito nella Facoltà specifica di Nursing.

L'effetto è un marcato sviluppo della ricerca scientifica infermieristica con i risultati pubblicati oggi su più di 70 testate spe-

cialistiche nazionali ed internazionali. E su questo fronte ci candidiamo ad assumere un ruolo guida in Europa.

L'entusiasmo non ci manca. Ma neppure l'esperienza per tenere i piedi ben saldi a terra. Siamo consapevoli che nulla è ancora definito e scontato. Il Governo ha approvato il disegno di legge che ora è all'esame delle Camere. Il Cun ha espresso un parere generale favorevole ma per concludere l'opera e portare definitivamente a casa il risultato dobbiamo continuare a vigilare su quanto accadrà nel corso dell'iter parlamentare e sui prevedibili tentativi di ridimensionamento del nostro Settore scientifico-disciplinare.

Sappiamo bene che nella politica come nel mondo accademico alloggiano interessi e pressioni in perenne agguato, *lobby* inconfessate ancorché influenti e pronte a tutto pur di difendere storiche posizioni di privilegio. Sta a noi arginarne gli eventuali colpi di coda.

Una volta ancora la compattezza e la coesione sono state la nostra forza. L'intero mondo infermieristico si è coagulato a difesa della sua specificità ed autonomia conquistata con lotte e sacrifici. Dobbiamo continuare così.



La sicurezza dell'assistenza infermieristica a livello europeo: garanzia del paziente e maggiore mobilità dei professionisti

di Gennaro Rocco e Alessandro Stievano

BACKGROUND E OBIETTIVI

Quando si assistono i cittadini, la sicurezza degli interventi assistenziali e di cura è uno dei principali obiettivi da raggiungere in una società sempre più dinamica, liquida e mobile.

Assicurare la sicurezza dei servizi assistenziali è uno degli obiettivi più ardui anche per l'elevata mobilità della componente infermieristica a livello continentale e in misura minore dei pazienti.

Negli ultimi anni, la ricerca nelle scienze sanitarie ha contribuito alla creazione di quella cultura della sicurezza che è parte fondante - ed integrale - del governo clinico, nonché una pietra miliare per i servizi sanitari a dimensione della persona.

Proprio in ragione di tale quadro complesso, deve essere implementato un sistema d'informazione digitale del mercato interno europeo (**Imi-Internal Market Information system**), una rete per lo scambio elettronico di informazioni, in stretta collaborazione con tutti gli Enti regolatori delle professioni sanitarie e, nel nostro caso, di quelle infermieristiche, tra gli Stati membri dell'Ue. Il sistema, già in atto dal 2008, è stato concepito per agevolare la cooperazione amministrativa corrente tra le amministrazioni pubbliche nel mercato interno. Inizialmente, sarà utilizzato nell'applicazione della nuova direttiva sulle qualifiche professionali (2005/36/Ce) e della direttiva sui servizi (2006/123/Ce).

La Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche (Fepi) sta cercando di inglobare tale progetto nel suo *"Euronurse"*, per una migliore comunicazione tra gli enti regolatori e per favorire la mobilità europea infermieristica a garanzia del diritto alla salute dei cittadini.

METODOLOGIA DI INTERVENTO E ANALISI DELLE INFORMAZIONI

La Commissione Europea stima che negli Stati membri dell'Ue tra l'8% e il 12% dei pazienti ricoverati in ospedale subisce un evento avverso durante i processi assistenziali, anche se alcuni di questi fanno parte del rischio intrinseco degli interventi o delle cure.

La maggioranza degli eventi avversi è causata da errori sanitari potenzialmente evitabili, come, ad esempio, gli errori diagnostici e di medicazione; l'incapacità di agire sui risultati delle analisi; i guasti delle apparecchiature sanitarie e le infezioni nosocomiali. Si stima che solo queste ultime colpiscano 4,1 milioni di pazienti ricoverati (1 su 20 pazienti), causando una sofferenza fisica e mortalità che, invece, possono essere evitate, senza contare l'enorme spreco di risorse economiche (almeno 5,48 miliardi di euro all'anno) a livello continentale.

Anche in ragione di tale, preoccupante cornice, le istituzioni europee hanno adottato l'Imi e promosso l'utilizzo di tale strumento digitale di interscambio

di informazioni tra gli ordini regolatori delle professioni sanitarie per garantire la sicurezza delle competenze dei professionisti e una migliore qualità dell'assistenza, oltre ad un accesso più agevole ed *user-friendly* ai servizi sanitari. Attraverso l'Imi, la Fepi implementerà il suo database elettronico riguardante gli infermieri per permettere ai diversi ordini professionali infermieristici dei vari paesi della Ue di scambiarsi informazioni necessarie per il riconoscimento dello stato di registrazione e delle competenze educative e di aggiornamento continuo possedute dai singoli professionisti infermieri. Questo processo, *in progress*, faciliterà la mobilità del professionista infermiere a garanzia della salute dei cittadini dell'Unione.

Il sistema Imi contribuisce alla piena realizzazione del mercato interno in quanto agevola una più stretta cooperazione amministrativa. Infatti, grazie ad esso, gli Stati membri possono gestire una rete integrata, invece di, 27 relazioni bilaterali; possono comunicare secondo modalità chiare, trasparenti e concordate e possono individuare l'interlocutore competente in un altro Stato membro.

In questo contesto, la Fepi si prepara a sviluppare uno strumento informatico specifico che permetterà di costruire l'*"Euronurse"* a garanzia della sicurezza del cittadino che deve percepire, in un'assistenza sempre più professionalmente mobile, l'opportunità e la ga-

ranza di eccellenti prestazioni e di migliori *outcome* di salute.

LA SICUREZZA DELL'ASSISTENZA IN EUROPA

Il tema della sicurezza portato alla ribalta in America dal famoso rapporto del novembre 1999 dell'Institute of Medicine: "To err is human: building a Safer Health System", (Kohn, LT., Corrigan, JM., & Donaldson, MS.), creato appositamente per evidenziare i danni da cure mediche, segnalava che negli States il numero di decessi imputabili ad errore medico ammontava a quasi 100 mila casi/anno, costituendo l'ottava causa di morte, con un costo economico valutabile fra i 17 e i 20 miliardi di dollari. Nel rapporto, l'attenzione si concentrava sulle stime dei decessi causati da errori medici, errori ritenuti evitabili: si trattava di una cifra tra le 44mila e le 98mila persone.

Da tale presa di coscienza, le istituzioni governative dei Paesi avanzati a livello mondiale ed europeo hanno istituito delle *task force* per combattere l'errore sanitario delle cure e dell'assistenza ed il quasi-errore o danno mancato (o *near miss*).

Il campo della sicurezza, così, ha investito anche l'assistenza infermieristica e tutte le altre professioni sanitarie e le numerose ricerche sanitarie, ad esempio, (Hughes & Clancy, 2005; Shortell & Singer, 2008) e i convegni portati a termine in questi ultimi anni testimoniano che si deve garantire un'assistenza sicura senza cadute accidentali, errori da somministrazione di farmaci, delle diete, rischio di suicidio, scambio di identità dei pazienti, operazioni chirurgiche effettuate sull'arto errato o al paziente errato, e tanto altro. La sicurezza nell'assistenza del paziente si configura come uno dei principali *outcome* di salute per il cittadino europeo nella società liquida (Bauman, 2006).

Il tema della sicurezza delle cure e dell'assistenza, è un tema particolarmente attuale, in correlazione alla mobilità dei professionisti della salute e dei cittadini europei.

Da alcuni anni, importanti ricerche infermieristiche (Affonso & Doran, 2002;

Affonso, Jeffs, Doran, & Ferguson-Paré, 2003; Berntsen, 2004; Nicklin, et al., 2004; Mayo & Duncan, 2004; Affonso et al., 2007; Jeffs, Affonso, & McMillan, 2008) hanno contribuito a creare quella "cultura della sicurezza" che è parte fondante ed integrante della *clinical governance*, nonché perno fondamentale di sistemi sanitari a misura di persona.

I servizi sanitari, oggi caratterizzati da sistemi organizzativi, relazionali, tecnologici in continua evoluzione, sono altamente complessi e da essi possono facilmente derivare situazioni di rischio per utenti ed operatori. E' necessario, pertanto, creare ambienti più sicuri e sviluppare una "cultura della sicurezza" basata sulla prevenzione e previsione degli errori (Affonso & Doran 2002).

La Commissione Europea ha pubblicato recentemente un'importante raccomandazione: "*Patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*" (Commission of the European Communities, 2008).

Secondo alcuni studi condotti a livello nazionale in alcuni dei più grandi Paesi dell'Ue (Francia, Regno Unito e Spagna) e sulla base di diverse interviste fatte alle parti interessate, si stima che qui, tra l'8% e il 12% dei pazienti ricoverati negli ospedali viene colpito da effetti avversi mentre ricevono assistenza sanitaria. Non a caso, **per la Commissione Europea, le infezioni nosocomiali rappresentano la causa più frequente, e potenzialmente più dannosa, di danni non-intenzionali**, colpendo in media uno su venti pazienti ricoverati negli ospedali, pari a 4,1 milioni di pazienti all'anno in tutta l'Ue.

In relazione a questo, l'Europa sta dibattendo, all'interno degli organismi preposti, modalità e strumenti atti a garantire e rendere evidenza dei sistemi di sicurezza e di equità di approccio alle cure. In tale ottica, **il progetto Imi**, sviluppato dalla Commissione Europea, mira a garantire la sicurezza dei cittadini tramite un puntuale ed aggiornato scambio di informazioni tra gli enti regolatori della professione infermieristica circa la tipologia e le caratteristiche dei professionisti iscritti ai propri Albi.

Tale strumento, completamente infor-

matico, concepito per migliorare la comunicazione tra le amministrazioni dei 27 Stati membri dell'Ue e dei tre Paesi Efta che fanno parte dello Spazio Economico Europeo (See) ha lo scopo di implementare un'assistenza sanitaria efficace, sicura ed efficiente e favorire una più sicura mobilità dei professionisti sanitari. L'Imi mira a implementare lo scambio di informazioni per rendere più efficace la cooperazione tra gli Stati membri nell'attuazione della legislazione sulle qualifiche professionali (Directive Ec 2005/36).

Concepito come ausilio per superare ostacoli pratici importanti, quali le differenze tra le culture amministrative e di lavoro, le differenze linguistiche e l'assenza di interlocutori chiari nei vari Stati membri, l'Imi ha pure lo scopo di aumentare l'efficienza e l'efficacia della cooperazione quotidiana tra gli attori europei. In un primo tempo, fungerà da ausilio per le disposizioni in materia di assistenza reciproca della direttiva riveduta sulle qualifiche professionali (2005/36/Ce).

A partire da dicembre 2009, sarà utilizzato anche per le disposizioni in materia di cooperazione amministrativa della direttiva sui servizi (2006/123/Ce); poiché è concepito come un sistema generale a supporto di svariati settori della legislazione sul mercato interno e si prevede di estenderne l'uso, successivamente, ad altri ambiti legislativi.

Nel contesto di un'Europa sempre più vicina e a misura di cittadino, **l'Imi si propone come supporto per una cooperazione transfrontaliera più efficace**, proprio in tale accezione, gli Enti regolatori della professione infermieristica possono divenire un importante volano catalizzatore di informazioni e di dati utilizzabili dagli interessati direttamente per via digitale. All'interno dello strumento informatico esiste un nucleo di notizie comuni raggruppate per professione.

Attualmente, sono presenti sul portale (Imi Project, 2008) le informazioni relative al progetto-pilota per quattro qualifiche professionali: medico, fisioterapista, commercialista, farmacista.

Oltre alle autorità competenti, fanno parte del sistema i coordinatori na-

zionali lmi, i delegati e gli altri organismi eventualmente autorizzati dagli Stati membri per scambiare informazioni.

Il progetto lmi, dal gennaio 2009, è aperto a tutte le altre professioni che ne facciano domanda, è sviluppato nella direzione di scambiare informazioni tra enti regolatori ed è inglobato per il nursing, in accordo alle indicazioni della IV Conferenza degli Enti regolatori delle Professioni Infermieristiche tenutasi nel 2008, "Certifying nursing competencies in an ever closer european union" nel progetto Euronurse promosso dalla Fepi. Parte del progetto Euronurse consiste nello sviluppare uno strumento digitale attraverso il quale gli Enti regolatori della professione infermieristica potranno essere in grado di scambiare le informazioni necessarie per il riconoscimento dei titoli e della formazione pregressa o in atto del professionista, per garantire che la competenza del professionista sia sempre aggiornata, in poche parole per garantire l'eccellenza dell'esercizio di quel professionista. **Ciò a favore della libera circolazione dei professionisti, assicurando una pratica professionale di qualità in tutta l'Ue.**

Il sistema andrà più vicino al cittadino e alla sua famiglia e porterà dati aggiornati a livello della Ue sulla mobilità e sulla formazione professionale dei vari settori interessati: nel nostro caso, del settore infermieristico.

Inoltre, il progetto Euronurse permetterà di mettere in pratica alcuni punti salienti del **Codice Etico per le Professioni Infermieristiche** sviluppato dalla Fepi nel 2007-2008 (Sasso, Stievano, Gonzales Jurado, & Rocco, 2008). Infatti, tale documento afferma, al punto 3.1, che: "I pazienti possono aver fiducia che gli Enti Regolatori avranno dei sistemi che permetteranno di monitorare, gli standard e la qualità della formazione e della pratica richiesta per lavorare come infermiere e per continuare ad esercitare la professione infermieristica" e al 3.2: "I pazienti hanno il diritto di aspettarsi che gli infermieri mantengano le loro competenze aggiornate durante tutto il corso della loro vita professionale".

Tratto dalla relazione del professor M.Gonzales Jurado alla IV conferenza degli Enti regolatori delle professioni infermieristiche. Salonicco, 27-29 novembre 2008.

versione-pilota verrà varata nel 2010. La prima fase è stata avviata nel febbraio 2008 con una prima valutazione avvenuta nel giugno 2008 ed è stata applicata a quattro professioni: con-



Figura 1. La funzionalità del progetto lmi nel quadro del progetto Euronurse della Fepi

METODOLOGIA DI INTERVENTO E ANALISI DELLE INFORMAZIONI

Fasi di sviluppo del progetto lmi in accordo alle indicazioni della Commissione Europea.

Nella prima fase del progetto lmi si è messa in atto la prima versione dell'applicazione, come supporto per la Direttiva sulle qualifiche professionali, Direttiva 2005/36/Ec, che regola, insieme alle 452 e 453 Ec del 1977, la mobilità degli infermieri e il riconoscimento dei titoli degli stessi a livello europeo e potrebbe essere messa pienamente in atto, per ciò che concerne la sicurezza e la competenza dell'assistenza infermieristica solo se tale progetto venisse attuato in maniera consistente dagli Enti regolatori del nursing dei vari Stati membri dell'Unione.

Nella seconda fase l'applicazione riguardante la Direttiva sulle qualifiche professionali verrà ampliata, con l'inclusione nel sistema di altre funzioni e professioni.

La terza fase si svolgerà contemporaneamente alla seconda. Qui, si lavorerà allo sviluppo del sistema lmi per estenderlo alla direttiva sui servizi (Directive 2006/123/Ec). Una

tabili, medici, farmacisti e fisioterapisti.

Il progetto-pilota, inoltre, ha offerto agli Stati membri l'occasione di mettere a punto le loro strutture organizzative in vista di un più ampio uso dell'lmi.

A novembre 2008 (ultimi dati a disposizione) sono state mandate 291 richieste di collaborazione amministrativa tra gli Enti regolatori, di cui 271 risolte positivamente (194 di queste richieste concernevano la professione medica: 122 concernevano la mobilità dei medici e 74 richiedevano questioni di carattere più generale).

Molti Enti regolatori delle professioni sanitarie hanno scambiato informazioni tramite il sistema lmi e c'è stato un utilizzo incrementale di tale piattaforma informatica attraverso il portale pilota.

La Gran Bretagna, la Germania, il Belgio, la Francia e la Spagna sono le nazioni che hanno inviato più notizie sui loro professionisti, invece, l'Italia, la Romania, la Polonia e la stessa Germania hanno richiesto più informazioni. Ciò dipende anche dalla mobilità in entrata ed in uscita dei professionisti sanitari tra i vari Paesi continentali.

Spostando la nostra attenzione sull'in-

fermieristica, e seguendo le indicazioni della IV Conferenza della Fepi, tenutasi tra il 27 e il 29 settembre 2008 in Grecia (la certificazione delle competenze infermieristiche in un'Unione Europea sempre più vicina), il progetto Imi sarà integrato con il quello *Euronurse* promosso dalla Fepi (quest'ultima, fondata nel 2004, da quattro Enti regolatori della Professione Infermieristica: la Federazione Nazionale Collegi Ispasv-Italia; il Nursing and Midwifery Council-Gran Bretagna; An Bord Altranais-Irlanda, e il Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España-Spagna).

In questo contesto, la Fepi ha sviluppato il **"Primo codice etico europeo per le professioni infermieristiche"** (Sasso, Stievano, Gonzales Jurado, & Rocco, 2008): la sicurezza dei pazienti e la protezione dei cittadini non può essere garantita, in un mercato europeo così vasto, senza una comune comprensione dei valori e dei codici di condotta, alla base della professione infermieristica.

La Fepi cerca di garantire la sicurezza dei pazienti e la protezione dei cittadini:

- avendo una funzione di sostegno della persona per la sicurezza del paziente nelle istituzioni europee;
- promuovendo l'eccellenza nel *nursing* e la protezione dei cittadini sia a livello nazionale che a livello continentale;
- essendo fonte di informazioni per i professionisti infermieri, per i politici, per i pazienti, i formatori ed i ricercatori;
- formando dei *network* con le organizzazioni internazionali, le università e quanti capaci di prendere decisioni politiche;
- essendo un punto di riferimento per ogni persona o organizzazione interessata ad avere dati e informazioni sulla regolazione della professione infermieristica a livello europeo.

Parte del progetto *Euronurse* prevede lo sviluppo di uno strumento informatico attraverso cui gli Enti regolatori della professione infermieristica potranno essere in grado di scambiare informa-



Figura 2. La Regolamentazione della professione infermieristica in Europa

zioni sul riconoscimento dei percorsi formative progressi e sull'educazione continua sostenuta dal professionista, oltre che sul livello di competenza raggiunto dai singoli professionisti grazie ai processi di accreditamento all'eccellenza che sono previsti all'interno del sistema dagli Enti regolatori della professione infermieristica del singolo Stato. Il sistema sarà così in grado di fornire ai cittadini e alle loro famiglie dati aggiornati sulla mobilità infermieristica e sulla competenza dei professionisti ad esercitare il loro lavoro.

Inoltre, il progetto *Euronurse* permetterà di assicurare la sicurezza e la protezione degli individui che riceveranno assistenza infermieristica attraverso l'accREDITAMENTO continentale del sistema di aggiornamento continuo, con mutuo riconoscimento dei percorsi

ottenuti dal professionista e la certificazione delle competenze possedute.

CONCLUSIONI

L'Imi è stato pensato secondo tre principi fondamentali (Imi *project*, 2008):

1. non imporre ulteriori obblighi di cooperazione amministrativa agli Stati membri, al di là di quelli già contenuti nella legislazione sul mercato interno;
2. essere sufficientemente flessibili da rispettare le diverse strutture e culture amministrative esistenti in Europa;
3. avere una struttura modulare, in modo che, riutilizzando i medesimi elementi costitutivi, sia possibile supportare con lo stesso sistema tutta una serie di testi legislativi sul

Education Standards

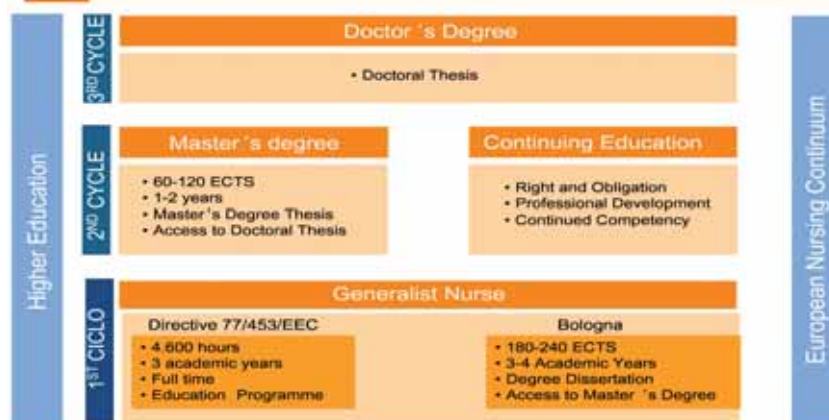


Figura 3. Standard di formazione nel nursing raggiunti da alcuni Paesi europei in accordo al Processo di Bologna

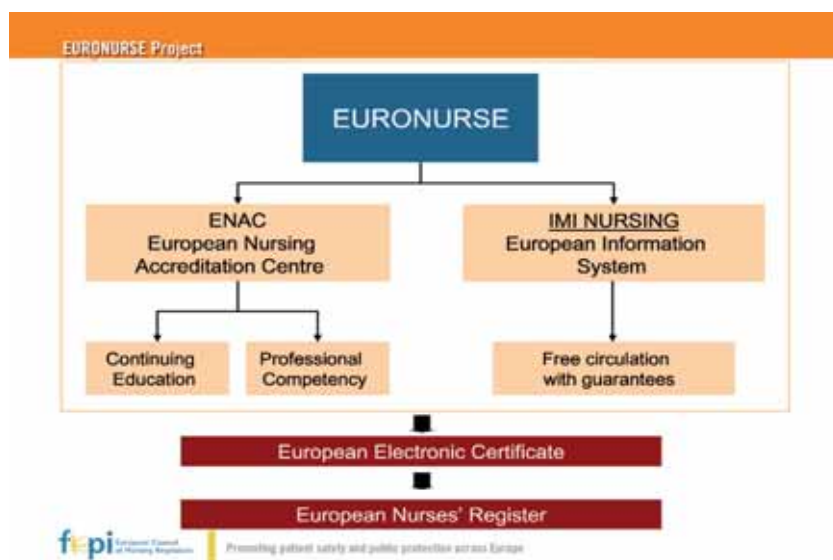


Figura 4. Interconnessione tra il progetto Imi e il progetto Euronurse della Fepi

mercato interno, evitando, quindi, il moltiplicarsi dei sistemi informatici. Gli Stati membri dovrebbero supportare lo sviluppo di programmi e politiche locali per la sicurezza del paziente; coinvolgendo le organizzazioni rappresentanti gli interessi dei pazienti per lo sviluppo di programmi comuni di sicurezza a tutti i livelli, disseminando le informazioni sul rischio e fornendo adeguata notizia sul grado, tipo e cause di errori o quasi-errori.

Inoltre, **gli Stati membri dovrebbero classificare e codificare misure per la sicurezza del paziente**, lavorando di comune accordo con la Commissione Europea per sviluppare una serie di indicatori affidabili e per raccogliere e condividere dati rilevanti sulla sicurezza del paziente. Questi dovrebbero condividere la conoscenza, l'esperienza e le migliori pratiche per promuovere programmi, politiche e strutture efficaci ed efficienti di

sicurezza, che comprendano sistemi di apprendimento per evitare gli eventi avversi in ambito sanitario.

L'Imi è uno strumento multi-lingue concepito per una Ue con 27 Stati membri e 23 lingue ufficiali. La comunicazione tra i cittadini europei è senza dubbio arricchente per la diversità di persone che interagiscono con i loro sguardi e punti di vista. Non di meno, può presentare alcuni problemi: è qui che entra in gioco il progetto IMI che, usando nuove tecnologie, con il supporto di un portale web, costituisce un buon esempio delle misure concrete che la Ue e le istituzioni sanitarie possono prendere per minimizzare gli ostacoli e rendere possibile la comunicazione tra le amministrazioni.

Una migliore cooperazione transfrontaliera tra gli enti regolatori professionali assume sempre maggiore importanza per il funzionamento del mercato unico: "Sono chiamate ad

attuare queste disposizioni numerosissime autorità operanti a livello locale, regionale e nazionale. In un'Unione europea con 27 Stati membri e 23 lingue ufficiali, la cooperazione può funzionare in modo soddisfacente solo se è organizzata e sostenuta da una rete" (Imi project, 2008).

Appare chiaro, quindi, il ruolo strategico della Fepi, quale *network* degli enti regolatori della professione infermieristica per utilizzare il nuovo strumento digitale, per garantire la sicurezza dell'assistenza dei cittadini dell'Unione in un quadro sempre più complesso ed interconnesso di mobilità, dove il sistema di informazione del mercato interno deve assicurare che i professionisti infermieri abbiano quelle competenze che si estrinsecano:

- in un comportamento orientato al cliente e disciplinarmente basato sui principi del codice etico europeo per la professione infermieristica;
- nel fornire una miglior protezione ai cittadini europei e nel migliorare lo sviluppo professionale.

AUTORI:

Gennaro Rocco, Direttore Centro di Formazione e di studi sanitari IDI (Irccs) Roma;

Alessandro Stievano, dottore magistrale in Scienze infermieristiche ostetriche.

Le figure riportate nel presente articolo sono tratte dalla Relazione del professor M. Gonzales Jurado. IV Conferenza degli Enti regolatori delle Professioni Infermieristiche. Salonicco, 27-29 novembre 2008.

BIBLIOGRAFIA

- Affonso D.D. & Doran, D.M., *Cultivating discoveries in patient safety research: a framework*. International Nursing Perspectives, 2(1), 33-47. 2002
- Affonso D.D., Jeffs L., Doran D., & Ferguson-Paré, M., *Patient safety to frame and reconcile nursing issues*. Canadian Journal of Nursing Leadership, 16(4), 69-81. 2003.
- Affonso D.D., De Marinis M.G., Finocchi G., Piredda, M. Pulimeno, L. Tartaglini, D. & Rocco G., *The contribution of nursing to the safety of inpatients: a multicentered qualitative study on "Near misses"*. International Nursing Perspectives, 7(2-3), 33-42. 2007.
- Bauman Z, *Vita liquida*. Laterza. Roma-Bari. 2007.
- Berntsen K.J., *How far has healthcare come since "to err is human"? Exploring the use of medical error data*. Journal of Nursing Care Quality, 19(1), 5-7. 2004.
- Commission of the European Communities, *Council Recommendation. On patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. 2008.
- Retrieved March 10, 2009, from http://www.fepi.org/userfiles/file/patient_rec2008_en.pdf
- Dienno M.E., *Patient safety and the nursing shortage: a national concern*. Plastic Surgical Nursing, 26(3), 113-5. 2006.
- Directive 2005/36/Ec of the European Parliament and of the Council of Europe. *On the recognition of professional qualifications*. Official Journal of the European Union, L 255/22, 7 september 2005.
- Directive 2006/123/EC of the European Parliament and of the Council of Europe. *On services in the internal market*. Official Journal of the European Union, L 376/36, 12 december 2006.
- European Commission. *Internal market information system. Imi project*.
- Retrieved December 28, 2008, from http://ec.europa.eu/internal_market/imi-net/index_en.html
- European Federation of Nursing Regulators. *The European Commission's proposal for a Council Recommendation on Patient Safety*.
- Retrieved March 15, 2009, from http://www.fepi.org/userfiles/file/patient_rec2008_en.pdf
- Hughes R.G., & Clancy C.M., *Working conditions that support patient safety*. Journal of Nursing Care Quality, 20(4), 289-92. 2005.
- Jeffs L., Affonso D.D. & MacMillan K., *Near misses: Paradoxical realities in everyday clinical practice*. International Journal of Nursing Practice, 14, 486-494. 2008.
- Kohn LT., Corrigan JM. & Donaldson M.S., *To err is human: building a safer health system*. Institute of Medicine. National Academy Press. 2002.
- Mayo AM.& Duncan D., *Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety*. Journal of Nursing Care Quality, 19(3), 209-17. 2004.
- Nicklin W., Mass H., Affonso D.D., O'Connor P., Ferguson-Paré M., Jeffs L., Tregunno D., & White P., *Patient safety culture and leadership within Canada's Academic Health Science Centres: towards the development of a collaborative position paper*. Nursing Leadership, 17(1), 22-34. 2004.
- Sasso L., Stievano A., González Jurado M. & Rocco G., *Code of ethics and conduct for european nursing*. Nursing Ethics, 15(6), 821-836. 2008.
- Shortell S.M., Singer S.J., *Improving patient safety by taking systems seriously*. Journal of American Medical Association, 299(4), 445-7. 2008.
- Zabalegui A., Macia L., Márquez J., Ricomá R., Nuin C., Mariscal I., Pedraz A., Germán C. & Moncho J., *Changes in Nursing Education in the European Union*. Journal of Nursing Scholarship, 38(2), 114-118.2006.

IN PILLOLE

Lesioni da aghi, accordo fatto

Accordo a livello europeo per limitare al minimo il rischio di lesioni di infezioni da aghi per il personale sanitario. I rappresentanti dei datori di lavoro e dei sindacati riconosciuti dall'Unione, infatti, hanno sottoscritto un'apposita intesa per la prevenzione delle lesioni da aghi e altri oggetti appuntiti e dal conseguente rischio infettivo per gli operatori.

Ogni anno, nell'Unione si verificano circa un milione di casi che costituiscono una delle minacce più comuni per la salute e la sicurezza del personale sanitario, in particolare degli infermieri.

L'accordo è giunto al termine di cinque mesi di negoziati da parte delle organizzazioni europee rappresentative delle parti sociali, in un settore che impiega circa 3,5 milioni di addetti. Il nuovo accordo quadro è stato firmato dalla Unione europea dei servizi pubblici (Fsesp) e dalla Federazione europea dei datori di lavoro e assistenza sanitaria ospedaliera (Hospeem), che, nel 2006, ha istituito un comitato per il dialogo sociale nel settore ospedaliero e di assistenza sanitaria.

Quando, come e perché gestire il gel piastrinico

di Giulia Antonina Petrangeli, Piero Bondani, Annalisa Pasqui, Eleonora Cavola

ABSTRACT

Non esistendo più norme sul "mansionario", ma avvalendosi di concetti come autonomia o competenza tecnico-scientifica, **l'infermiere deve essere in grado di navigare in un mare infinito di compiti e responsabilità**. Se oggi, egli è abilitato a compiere atti sanitari in base alle proprie competenze: quali sono i suoi limiti?

D'altra parte, già da tempo la cura e la gestione delle medicazioni avanzate era competenza infermieristica, così, ora, l'infermiere esperto in *wound-care* ha le competenze necessarie per individuare i piani di cura, tra cui, anche l'eventuale applicazione del gel piastrinico.

INTRODUZIONE

Già da tempo, le piastrine vengono evidenziate nel processo di riparazione cellulare. Come avvenga questo processo è ancora un campo di ricerca: l'unica cosa certa è che le piastrine elaborino, immagazzinino e, alla fine, rilasciano (quando vengono attivate) tutti i fattori di crescita che sono capaci di stimolare la riproduzione cellulare come fibroblasti, osteoblasti e cellule endoteliali.

I fattori di crescita sono quei mediatori chimici o meglio quei "messaggeri molecolari" che vengono prodotti dalle cellule coinvolte nella rigenerazione.

Proprio per questa capacità di intervenire nei meccanismi di riparazione tissutale, le piastrine vengono utilizzate nello stato fisico-chimico di gel, in diverse patologie e circostanze.

La prima utilizzazione è stata nella chirurgia maxillofacciale, esattamente negli interventi di ricostruzione mandibolare. Oggi, vengono largamente usate nella chirurgia ortopedica, in quella car-

diochirurgia, in neurochirurgia, nella chirurgia plastica, dentale, vascolare, nei pazienti ustionati e, soprattutto, nella cura delle ulcere diabetiche, vascolari, da decubito e nelle fistole di ogni genere, in special modo, in tutte quelle ferite che non tendono alla guarigione spontanea, definite come "ferite difficili".

La produzione di tale gel è a bassissimo costo e riduce notevolmente i tempi di guarigione; sono sufficienti poche applicazioni per ottenere un ottimale tessuto di granulazione.

Secondo uno studio condotto da Pacitto, nel 2005, **in Italia la spesa annua per queste cure è pari a circa 850 milioni di euro (tre volte maggiore rispetto agli altri Paesi europei)**, quindi, l'uso generalizzato di questa terapia potrebbe portare, oltre ai benefici per migliaia di individui, anche ad una notevole riduzione della spesa sanitaria, con buona pace del Sistema sanitario nazionale.

CHE COS'È IL GEL PIASTRINICO

Il gel piastrinico è un emo-componente formato da plasma ricco di piastrine attivato con la trombina.

L'emocomponente topico viene ottenuto attraverso vari metodi, ma, nella maggior parte dei casi, attraverso quelli autologhi, dove l'emocomponente viene prelevato dallo stesso paziente su cui verrà applicato. In pratica, si utilizza un semplice prelievo di sangue venoso periferico, che attraverso una centrifugazione leggera, si separa in plasma ricco di piastrine e parte corpuscolare. Il plasma viene, poi, attivato con la trombina.

Il gel piastrinico omologo, invece, viene prelevato da un donatore diverso dal ri-

cevente, e come nelle procedure legate alla donazione del sangue umano, viene rispettato il gruppo sanguigno e il fattore Rh.

Le altre metodiche relative alla formazione del gel piastrinico, vengono definite "automatiche" e "semiautomatiche" e riguardano la manipolazione cellulare: sarà compito del medico ematologo, in base alle caratteristiche della lesione, stabilire quale procedura scegliere.

L'attivazione del plasma ricco di piastrine unito alla trombina produce un gel ricco di fattori di crescita che viene applicato sul sito della ferita. **Il gel piastrinico è capace di diminuire il sanguinamento, di stimolare la rimarginazione della ferita, di produrre i fattori di crescita ed infine possiede anche un certo potere "battericida" e di rimozione dei tessuti danneggiati.**

I benefici nell'uso, oltre ad una ridotta spesa dell'Ssn, determinano un'accelerata rigenerazione endoteliale, epiteliale ed epidermica, un'aumentata sintesi del collagene, una diminuita cicatrizzazione, una risposta emostatica. Il gel piastrinico stimola l'angiogenesi e favorisce un miglior trattamento dei tessuti molli. Inoltre, già dopo le prime applicazioni, si verifica un'importante riduzione della sintomatologia dolorosa, cosa non poco importante per il benessere psico-fisico del malato.

Le controindicazioni, invece, riguardano le sindromi determinate da una disfunzione piastrinica o la trombocitopenia critica (bassa conta piastrinica: in questo caso, si può ricorrere, con successo, al gel piastrinico omologo e cioè "di banca"), l'instabilità emodinamica, l'ipercoagulabilità, i bassi volumi di sangue, i tumori localizzati nella ferita.

Il meccanismo di azione sembra collegato al rilascio locale dei fattori di crescita (ancora poco conosciuti) che innescano il processo di risoluzione.

MATERIALI E METODI

Materiale per l'attivazione e applicazione del gel piastrinico:

- carrello servitore coperto da un telo sterile;
- disinfettante possibilmente non iodato;
- soluzione fisiologica;
- due siringhe sterili;
- due pipette sterili;
- due capsule di Petri sterili;
- una fiala di calcio gluconato;
- due pinze chirurgiche sterili;
- garze sterili;
- guanti sterili;
- supporto di acido ialuronico o carbossimetilcellulosa (Aquacel);
- garza grassa.

Dopo aver disinfettato e lavato con soluzione di Dakin e soluzione fisiologica la ferita, si allontanano tutti i residui necrotici, si lascia, nella stessa, una garza imbevuta di disinfettante e, nel frattempo, si "attiva" il gel. Quando questo è pronto, si lava ulteriormente la ferita con soluzione fisiologica (al fine di rimuovere il disinfettante potenzialmente nocivo per il tessuto neoformato) e si posiziona il gel piastrinico precedentemente versato sul suo supporto.

Nella scelta del supporto si usa:

- a. acido ialuronico** che, come già si sa, è uno dei componenti fondamentali del tessuto connettivo, è presente nella matrice del tessuto stesso e, come tale, non essendo legato ad un core proteico, mantiene il grado di idratazione, turgidità e plasticità, dei tessuti;
- b. carbossimetilcellulosa o Aquacel** è una medicazione sterile, assorbente, antimicrobica, contenente 1,2% di ioni argento, sottoforma di compressa piana o tampone. Applicata sulla lesione, interagisce con l'essudato della ferita formando un soffice gel che mantiene l'ambiente umido e trattiene all'interno l'essudato assorbito, provvedendo, al contempo, al controllo e alla prevenzione batterica.

L'argento ionico svolge un'attività antimicrobica ad ampio spettro, senza risultare citotossico e irritante. Tale scelta deve, soprattutto, rispettare i costi nel Ssn, visto che, a parità di uso, in due gruppi paralleli di studio, non si è giunti ad una significativa diminuzione dei tempi di guarigione nei singoli gruppi.

La responsabilità nella scelta del supporto è competenza dell'infermiere specializzato in *wound-care* ed è auspicabile che segua questi principi.

PROTOCOLLO PER LA CURA AMBULATORIALE O A DOMICILIO CON IL GEL PIASTRINICO

Prima di tutto è necessario dire che la gestione del paziente con una lesione "difficile" è di un team di specialisti che possiedono conoscenze diverse cui corrispondono compiti diversi, ma integrati tra loro.

Sarà l'ematologo a scegliere il metodo migliore per la produzione del gel piastrinico; il chirurgo avrà il compito di preparare la lesione asportando i tessuti necrotici; il medico clinico curerà la malattia sistemica di base ed, infine, l'infermiere specializzato in *wound-care* avrà il compito di gestire la cura della ferita.

La gestione della medicazione avanzata di un paziente ambulatoriale è data da una serie di atti ese-

guiti da vari professionisti, con responsabilità, competenza, autonomia ed amore.

La gestione comprende tre momenti.

Fase iniziale: valutazione clinica del paziente al momento della sua entrata in cura:

- malattie sistematiche di base;
- stato di nutrizione e di idratazione;
- capacità motorie e mobilitazione.

Valutazione psichica del paziente concernente soprattutto il suo stato di accettazione della malattia;

valutazione sociale del paziente riguardante la sua sfera di autonomia;

valutazione della lesione di cui viene rilevata:

- le dimensioni;
- la profondità;
- la presenza di infezioni;
- lo stato dei tessuti;
- lo stato generale della pelle circostante.

Sarebbe buona norma fare sempre un tampone della ferita con cultura e antibiogramma, in modo da curare un'eventuale infezione in modo mirato; in qualche caso, si può somministrare per via sistemica un antibiotico a largo spettro valutando però i rischi di questa scelta.

Fase intermedia: piano terapeutico di cura

- a. cura della lesione;
- b. inserimento del gel piastrinico con il suo supporto, da coprire con una



garza grassa ed abbondanti garze sterili. Successivamente (dopo 48-72 ore dall'applicazione), lavare la ferita con soluzioni inerti nei confronti delle cellule (va benissimo la soluzione di dakin e la fisiologica, sconsigliate le sostanze aggressive come l'acqua ossigenata, il perman-ganato di potassio e la soluzione iodata);

- c. cura delle malattie sistematiche di base come rimozione della causa che ha portato alla formazione della lesione;
- d. educazione sanitaria concernente soprattutto una corretta alimentazione, idratazione ed igiene;
- e. prevenzione delle eventuali complicazioni.

In questa fase è consigliabile la collaborazione e la consulenza di altre figure professionali per stabilire, al meglio, il piano terapeutico.

Fase finale:

- a. registrazione delle valutazioni e degli interventi terapeutici e di prevenzione nella documentazione infermieristica per assicurare continuità nel piano assistenziale;
- b. valutazione finale sugli esiti dell'intervento intesa come continua ricerca ed aggiornamento.

RISULTATI

Al fine di assicurare la continuità assistenziale è in uso, già da tempo, nell'ambulatorio della II Clinica chirurgica del policlinico Umberto I di Roma, una scheda infermieristica contenente tutti i dati assistenziali sopra enumerati che aiutano a gestire meglio il malato con una lesione "difficile".

Essa si compone di:

- a. diagnosi infermieristica per la rivelazione dei bisogni dei pazienti che vengono presi in cura nella loro globalità, con tutte le problematiche legate alla patologia di base ed eventuali situazioni psicologiche e

sociali legate alla famiglia, al lavoro, etc;

- b. nome del medico o centro di costo di riferimento;
- c. sequenza degli atti di medicazione;
- d. frequenza di medicazione;
- e. diario clinico utile per seguire, nel tempo, l'evoluzione del processo di cura che comprende: la data dell'atto terapeutico; il numero di medicazione eseguita a scalare dall'ultima impegnativa accettata dal Centro; la descrizione dello stato della ferita. (Ogni eventuale cambiamento sullo schema di terapia viene scritto in questa sede e viene motivato secondo le proprie conoscenze e la propria esperienza. Segue la firma dell'operatore che ha eseguito la medicazione; si firma non solo per assumersi la responsabilità degli atti, ma soprattutto perché stiamo trattando di professionisti).
- f. immagini fotografiche della lesione che vengono eseguite generalmente all'inizio, durante ed alla fine della cura per documentarne la progressione.

Questo strumento cartaceo, anche se era nato col presupposto informatico nella speranza di ottenere dall'Azienda un computer, è in uso già da parecchio tempo.

I risultati? Ottimi: dalla diminuzione dei tempi di cura, probabilmente dovuti alla migliore gestione del malato, a una maggiore *compliance* da parte del paziente alle nostre prestazioni (la *compliance* del paziente è il grado di adesione dello stesso a tutte le prescrizioni del suo medico e definisce la sua volontà di collaborazione con le strutture sanitarie). E ancora, la valutazione del paziente nella sua globalità, qualche volta seguendo nella sua patologia di base, qualche altra diagnosticando nuove patologie ed inviando il paziente ad altri specialisti.

E ultimo, ma non per importanza, **il sorriso e la fiducia degli utenti.**

CONCLUSIONI

Come si legge nel nuovo Codice Deontologico degli infermieri, articolo 2.6:

"L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci".

A tal fine, e invitando i colleghi a credere fermamente nelle proprie capacità per restituire la stessa forza ai pazienti, ci piace ripensare ad un pensiero dello scrittore **Hermann Hesse** che diceva così:

"Se tracci col gesso una riga sul pavimento, è altrettanto difficile camminarci sopra che avanzare sulla più sottile delle funi.

Eppure, chiunque ci riesce tranquillamente perché non è pericoloso.

Se fai finta che la fune non è altro che un disegno fatto col gesso e l'aria intorno è il pavimento, riesci a procedere sicuro su tutte le funi del mondo.

Ciò che conta è tutto dentro di noi; da fuori nessuno ci può aiutare.

Non essere in guerra con se stessi, vivere d'amore e d'accordo con se stessi allora tutto diventa possibile.

Non solo camminare su una fune, ma anche volare".

Autori

Giulia Antonina Petrangeli, infermiera presso il Policlinico Umberto I di Roma, ambulatorio seconda clinica chirurgica trapianti;

Pietro Bondani, infermiere presso il Policlinico Umberto I di Roma, ambulatorio malattie infettive;

Annalisa Pasqui, infermiera presso il Policlinico Umberto I di Roma, ambulatorio seconda clinica chirurgica trapianti;

Eleonora Cavola, coordinatrice presso il Policlinico Umberto I di Roma, ambulatorio malattie infettive.

Il counseling come strumento infermieristico

di Maria Evangelista, Lorella Vaccari

ABSTRACT

Il *counseling* costituisce una relazione d'aiuto agita da un professionista (*counselor*) nei confronti di un individuo che si trova in difficoltà. Nato nell'ambito della psicologia umanista, esso è uno strumento utilizzabile anche dai professionisti della salute, accrescendone il bagaglio di competenze relazionali ed assistenziali. Tali competenze sono particolarmente necessarie nelle unità operative complesse, come le terapie intensive pediatriche, dove l'efficace comunicazione tra gli operatori e i familiari dei bambini, agevola il percorso clinico assistenziale del piccolo malato, dal ricovero alla sua dimissione e, nei casi meno fortunati, alla morte.

Applicazioni di *counseling* infermieristico nei Paesi anglosassoni hanno dimostrato la validità di tale strumento.

Lo studio vuole indagare sia il modello teorico delle conoscenze e scelte assistenziali; sia il vissuto emozionale degli infermieri, rispetto al tema della "perdita" in terapia intensiva pediatrica, attraverso un'indagine conoscitiva su un campione di 96 infermieri, operanti in unità pediatriche ad alta complessità assistenziale di due aziende ospedaliere romane a cui è stato somministrato un questionario a domande chiuse a risposte multiple.

I dati evidenziano che il prendere in carico il lutto della famiglia non è un percorso ben definito e adottato sistematicamente, ma che l'82% degli intervistati avverte la necessità di una formazione adeguata. Da qui, è emerso il ruolo ambivalente dell'infermiere per le richieste conflittuali che gli pervengono: da un lato, si richiede un modello di assistenza olistico, sostenuto dall'etica e dalla legislazione, ma dall'altro, al

contempo, un approccio tecnico e sufficientemente distaccato, soprattutto nelle situazioni critiche.

L'infermiere che prende in carico il paziente nella sua complessità, compresa l'assistenza alla fine della vita, deve essere tutelato e fornito di strumenti adeguati per operare. Per questo motivo, emerge la necessità di istituire corsi di formazione per il sostegno al lutto e l'elaborazione di protocolli di comportamento.

INTRODUZIONE

Il *counseling* si connota come una particolare forma di relazione d'aiuto, basata sull'ascolto attivo e sulla comunicazione non direttiva. Esso si realizza attraverso un insieme di tecniche, abilità e atteggiamenti, in un processo di *problem solving*, con un metodo che utilizza emozioni e conflitti per proporre un cambiamento.

Secondo la definizione fornita nel 1985 dalla BAC (British Association for Counselling) si realizza un intervento di *counseling*, quando: "una persona che riveste regolarmente o temporaneamente il ruolo di *counselor* offre o concorda esplicitamente di offrire tempo, attenzione e rispetto ad un'altra persona o persone, temporaneamente nel ruolo di cliente. Compito del *counselor* è di dare al cliente un'opportunità di esplorare, scoprire e chiarire dei modi di vivere più fruttuosi e miranti ad un più elevato stato di benessere".

Negli Stati Uniti, il *counseling* come approccio ai problemi personali e sociali nacque negli anni '50, con lo sviluppo delle teorie di personalità e della psicoterapia, in particolare della psicoanalisi; si sviluppò secondo un modello psicodinamico, esistenziale-umanistico, cognitivo comportamentale e familiare-sistemico.

Il *counseling* come professione, in America, si sviluppò a partire dagli anni '60, nell'ambito della psichiatria. In Italia, le origini del *counseling* risalgono alla nascita dell'assistenza sociale (anni '20); la professione di *counselor*, però, si sviluppò in Europa (Gran Bretagna) solo negli anni '70, come strumento d'orientamento pedagogico e di supporto nell'attività di volontariato.

In Italia, già dagli anni '70, furono avviati corsi specifici per *counselor*, anche se questa definizione fu utilizzata solo dagli anni '90.

Il *counseling* è una competenza trasversale a molte professioni (naturalmente l'ambito d'applicazione influisce sulle caratteristiche del sostegno che si apporta); **in ambito infermieristico, si connota come una relazione d'aiuto in cui l'infermiere utilizza capacità comunicative e conoscenze tecniche specifiche per fornire un'assistenza finalizzata ed efficace.** La motivazione allo sviluppo di abilità di *counseling* nell'infermiere è sostenuta dalla natura della professione, definita dal profilo professionale e connotata fondamentalmente dalla relazione, dalla vicinanza empatica e dal "care".

La nascita del *counseling* infermieristico si fa risalire al 1950 per opera di alcune teoriche del *nursing*: Jean Orlando, che pone l'accento sulle espressioni verbali e sui segnali non verbali, per individuare i bisogni del paziente e Hildegard Peplau, che considera il *nursing* un processo interpersonale tra due o più individui che condividono un comune intento; nell'interazione, gli individui si rispettano reciprocamente e accrescono le proprie potenzialità.

In ambito sanitario il *counseling* può trovare applicazione nei seguenti casi: tra-

pianti d'organo, Aids, difetti generici, aborto, sterilità, malattie terminali, morte improvvisa del lattante e comunque lì dove è necessario offrire supporto emotivo competente all'assistito e ai suoi familiari.

La motivazione allo sviluppo di abilità di *counseling* nell'infermiere è sostenuta dalla natura della professione, connotata dal "to care" ("prendersi cura"), fondato su: "sapere", "saper fare" e "saper essere". Anche nell'approccio professionale di *counseling* ritroviamo questi tre elementi: il primo, rappresentato dal corpus teorico di riferimento; il secondo, dalle competenze tecnico- relazionali e il terzo, da competenze trasversali (comunicare, lavorare in gruppo, negoziare, organizzare, etc.).

L'ascolto comprensivo - empatico - è la chiave dell'intervento assistenziale e del colloquio d'aiuto. Nello specifico della terapia intensiva pediatrica, la comunicazione tra operatori sanitari e genitori dei bambini, fino ad oggi affidata al buonsenso ed alle singole capacità relazionali, richiede una formazione specifica. Il presupposto è che una concezione d'assistenza attenta ai vissuti e all'esperienza dell'utente, richiede lo sviluppo, da parte dell'infermiere, di competenze ed abilità relazionali specifiche. Usare modalità e tecniche di *counseling* significa lavorare in un *setting* (cioè, uno spazio mentale e fisico), con un tempo dedicato e strutturato. Se il *setting* è strutturato si parla di relazione codificata e duratura; se è informale, estemporaneo, scarsamente definito (il tempo di una prestazione sanitaria) si parla di legame debole, ma non per questo meno efficace.

Nell'ottica dell'assistenza al lutto, il *counseling* rappresenta un'abilità relazionale in base alla quale l'operatore non mette in campo solo le proprie conoscenze tecniche al riguardo, ma si chiede cosa significhi esercitarla all'interno del sistema d'appartenenza.

Attualmente, negli Stati Uniti, circa un quarto delle morti neonatali avviene nelle terapie intensive pediatriche e corrisponde al 5-8% delle ammissioni in queste unità: gestire il lutto dei genitori è, quindi, un evento frequente per lo

staff sanitario di queste unità. La morte in area critica pediatrica è un'emozione che esaurisce il personale, i familiari del bambino e i familiari degli altri bambini in condizioni critiche.

Nel momento della criticità, o del lutto, l'infermiere deve utilizzare tutte le sue abilità di comunicazione verbale e non verbale (incluso il contatto fisico), per trasmettere comprensione ed empatia, anche se spesso l'unica cosa che si può dire è semplicemente: "Mi dispiace".

Supporto emotivo e comunicazione sono importanti, quando si interviene anche sugli altri familiari al tempo della morte. Non a caso, tutti i familiari dovrebbero essere valutati visivamente e verbalmente circa il grado di *di-stress* presente, senza dimenticare l'importanza del linguaggio non verbale circa la quantità d'informazioni che può fornire.

Al Glenfield hospital di Leicester, un gruppo di infermieri ha sviluppato un servizio di supporto e accompagnamento ai familiari nel processo di lutto in risposta alle linee guida sviluppate nel 1998 dalla Società di Cure Intensive. Un team costituito da: infermieri di terapia intensiva generale e cardiaca; un fisioterapista, un medico ed il cappellano, si è posto come primo obiettivo di individuare i modi in cui si sarebbe potuta migliorare l'assistenza al paziente morente e ai familiari. I dati sono stati raccolti su due unità di terapia intensiva pediatrica sia specialistica (Cicu) che generale (Gitu), per un totale di 19 posti letto. Nel trimestre maggio-luglio 2002, ci sono stati complessivamente 235 decessi; durante questo periodo, si sono svolti tre incontri di sostegno per familiari.

Alcune famiglie hanno accettato l'invito, ma non si sono presentate il giorno

stabilito ("non presentatesi"). Per una scelta etica non è stato possibile conoscere la motivazione dell'assenza; tuttavia, quattro delle sette famiglie invitate erano presenti al precedente incontro. La qualità e l'efficacia di questo tipo di servizio sono stati valutati dai parenti per mezzo del *feed-back*: l'esperienza ha mostrato che i familiari sono ben disposti a rendere una valutazione obiettiva, apprezzando il servizio, e, tra le richieste, vi è stata pure quella della presenza di un medico, per rispondere a domande specifiche.

MATERIALI E METODI

L'indagine conoscitiva svolta nelle unità operative pediatriche ad alta complessità assistenziale di aziende ospedaliere di rilevanza nazionale, nasce dalla premessa che l'infermiere di area critica, in virtù del proprio ruolo, ha il mandato morale dettato anche dal Codice Deontologico di sostenere i familiari del paziente, in particolare nel momento della perdita e nelle prime fasi del lutto.

L'ospedalizzazione dell'evento-morte ha portato la famiglia a dover iniziare il complesso processo d'elaborazione del lutto in un contesto istituzionale e poco accogliente; le sue necessità non sono né riconosciute né soddisfatte.

L'obiettivo dell'indagine è approfondire il modello teorico, delle conoscenze e delle scelte assistenziali e del vissuto emozionale degli infermieri rispetto al tema del lutto in terapia intensiva pediatrica. Lo strumento utilizzato è un questionario di 13 domande a risposta multipla (tabella 2) somministrato a 96 infermieri (d'età compresa tra i 21o e i 55 anni), per la maggior parte donne (circa il 98%) appartenenti alle unità operative pediatriche ad alta complessità

- 1) Quali sono le conoscenze degli infermieri rispetto al processo di elaborazione del lutto?
- 2) Qual è il vissuto emozionale degli infermieri rispetto alla famiglia in lutto?
- 3) Nell'area critica, gli infermieri adottano il modello teorico che prevede la presa in carico del lutto della famiglia?
- 4) Quali sono le conoscenze degli infermieri rispetto alla figura dell'operatore sanitario con abilità di *counseling*?
- 5) Gli infermieri avvertono la necessità di formazione per sviluppare abilità di *counseling* da impiegare nella gestione del lutto?

Tabella 1. Quesiti su cui sono state costruite le domande del questionario

tà, di due ospedali romani (San Giovanni dell'Addolorata e policlinico Gemelli). I reparti in questione sono: terapia intensiva pediatrica; terapia intensiva neonatale; oncologia pediatrica e neurochirurgia infantile.

L'esperienza in area critica è compresa in un periodo da 0 a 26 anni; i dati sono stati elaborati utilizzando tabelle di word.

RISULTATI

L'adesione al questionario è stata del 54% (52 infermieri).

Inizialmente, si è indagato il grado di conoscenza del *counseling*, ed è emerso che tale approccio è sconosciuto ad un'ampia percentuale d'infermieri d'età compresa tra i 35 ed i 55 anni (tabella 3).

Nella fascia d'età tra i 21 ed i 35 anni, il 52% degli infermieri conosce il *counseling* e questo può dipendere dall'adeguamento dei programmi formativi per rispondere all'evoluzione della professione infermieristica. A chi ha affermato di conoscerlo, è stato chiesto in che modo ciò è avvenuto: il 42% dei 31 infermieri interessati (tabella 4) ha affermato di averlo fatto attraverso internet, libri e articoli; il 32% attraverso la partecipazione a seminari e il restante 26% attraverso altro (tabella 4).

Le alte percentuali di risposte affermative nelle due domande indicano un'alta sensibilità verso il tema del lutto, probabilmente perché ogni infermiere, nell'arco della vita lavorativa, ha dovuto confrontarsi almeno una volta con la morte di un paziente e con gli eventi ad essa collegati.

La malattia e la morte dell'altro coinvolgono gli operatori sanitari data la natura relazionale della professione. Nonostante ciò, il prendere in carico il lutto della famiglia, non è ancora un percorso assistenziale ben definito e adottato sistematicamente (tabella 5).

E' stato chiesto con quale modalità si risponde al bisogno di sostegno dei familiari, potendo dare risposte multiple (max tre). Le percentuali sono state calcolate escludendo la risposta: "tutte le precedenti" e le risposte non date, quindi su un totale di 27 risposte. Si è voluto porre in evidenza come, molto spesso, la

Domande	N%	N	Risposte Totali
1) Conosce il <i>counseling</i> ? ☐ Sì ☐ No	60% 40%	31 21	52
2) Se sì, come? ☐ Internet, libri, articoli ☐ Partecipazione a corsi o seminari ☐ Altro	42% 32% 26%	13 10 8	31
3) Conosce le abilità di <i>counseling</i> dell'infermiere? ☐ Sì ☐ No	40% 60%	21 31	52
4) Pensa che il sostegno alla famiglia sia un mandato infermieristico? ☐ Sì ☐ No	73% 27%	38 14	52
5) Ha mai approfondito il tema del processo di elaborazione del lutto? (totalità intervistati) ☐ Sì ☐ No	65% 35%	34 18	52
6) Se sì, come? ☐ Lettura libri, articoli ☐ Frequentazione corsi o seminari ☐ Altro	56% 33% 11%	19 11 4	34
7) Quali sono le sue conoscenze bibliografiche rispetto all'elaborazione del lutto che derivano dalla sua formazione? ☐ Modello Kubler-Ross (negazione, rabbia, patteggiamento, depressione, accettazione) ☐ Modello della perdita di Bowlby (angoscia, confusione, rabbia, disorganizzazione, riorganizzazione) ☐ Modello Bowlby e Kubler- Ross ☐ Non ho nessuna conoscenza ☐ Altro	27% 13% 10% 37% 7%	14 7 5 19 4	49
8) Nella pratica infermieristica, prende in carico il lutto della famiglia? ☐ Sì, sempre ☐ No, mai ☐ A volte, quando possibile	29% 10% 61%	15 5 32	52
9) Se la presa in carico avviene con quale modalità (max. tre risposte) ☐ Cerco di comunicare con loro in modo empatico ☐ Cerco di ascoltarli ☐ Cerco di non farli sentire soli ☐ Tutte le precedenti	40% 30% 30% ----	11 8 8 ----	27
10) Nella sua unità, lo staff che assiste alla morte di un bambino, ha la possibilità di confrontarsi, anche per pochi minuti, su quanto è accaduto? ☐ Sì, sempre ☐ No, mai ☐ A volte	25% 17% 58%	13 9 30	52

11) I ritmi della sua unità operativa permettono di essere vicino ai genitori nel momento del lutto?			
☐ Sì, sempre	62%	32	52
☐ No, mai	19%	10	
☐ A volte	19%	10	
12) Nella sua unità operativa esiste una stanza accogliente e confortevole per i familiari, per garantire loro un ambiente riservato, in cui, se necessario, gli infermieri possano entrare in relazione con loro?			
☐ Sì	87%	45	52
☐ No	13%	7	
13) Se ne avesse la possibilità, parteciperebbe ad un corso di formazione sull'assistenza al lutto?			
☐ Sì	82%	43	52
☐ No	18%	9	
Tabella 2. Questionario			

Età campione	Conoscenza adeguata		Conoscenza non adeguata	
	N	N %	N	N %
21-35	16	52%	8	38%
35-55	15	48%	13	62%
Totale	3	100%	21	100%
Tabella 3. Livello di conoscenza infermieristica sul <i>counseling</i>				

Modalità	N/infermieri	N %
Internet, libri e articoli	13	42%
Partecipazione a seminari	10	32%
Altro	8	26%
Totale	31	100%
Tabella 4. - Modalità d'aggiornamento sul <i>counseling</i>		

Ha risposto la totalità degli intervistati	N	N %
Considerano il sostegno al lutto, un mandato infermieristico	70	73%
Hanno approfondito il tema dell'elaborazione del lutto	62	65%
Tabella 5. Il <i>counseling</i> quale mandato e strumento d'assistenza		

Frequenza	N	N %
Avviene sempre	15	29%
Non avviene mai	5	10%
A volte	32	61%
Totale	52	100%
Tabella 6. Il supporto della famiglia al momento della perdita		

modalità adottata è frutto della sensibilità personale del singolo professionista e dell'esperienza, ma non dell'attuazione di un protocollo di comportamento. La risposta: "tutte le precedenti" poteva essere fuorviante, tenuto conto che nella tabella 5, è evidenziata una presa in carico non sistematica ma casuale (tabella 6).

In seguito, è stato domandato se nell'unità operativa d'appartenenza, lo staff che assiste alla morte di un bambino ha la possibilità di confrontarsi anche per pochi minuti su quanto accaduto. E' emerso che questo non avviene per il 58% dei 52 intervistati, il 25% afferma che ciò avviene sempre e il restante 17% che tale confronto non c'è mai. I ritmi dell'unità operativa permettono d'essere vicini ai genitori per il 62% dei 52 infermieri che hanno risposto alla nona domanda, il restante si divide equamente tra: "no mai" e "a volte".

E' stato chiesto se nella propria unità operativa esiste la possibilità di offrire ai familiari un ambiente confortevole e riservato, in cui se necessario, gli infermieri possono sostare per un colloquio di sostegno. A questa domanda, l'87% degli intervistati ritiene di no, il 17% è convinto del contrario e, nel complesso, si tratta d'infermieri distribuiti in più reparti.

L'ultima domanda indaga il bisogno di formazione adeguata per l'assistenza al lutto (tabella 7).

Le competenze di *counseling*, permettono agli infermieri di sviluppare una cultura relazionale che li induce a lavorare su di sé per potersi dedicare agli altri. E' auspicabile l'apprendimento di un minimo di conoscenze di questo già nella formazione base e l'istituzione di corsi post-base per il perfezionamento.

CONCLUSIONI

Da quanto emerso, si evince che **il ruolo dell'infermiere è ambivalente, a causa delle richieste conflittuali che gli sono fatte: da una parte, si richiede un modello sostenuto dall'etica e dalla legislazione; dall'altra, si richiede un approccio tecnicistico e sufficientemente distaccato, in particolare nelle situazioni critiche.**

Modalità	N	N %
Vicinanza	11	40%
Ascolto attivo	8	30%
Empatia	8	30%
Totale	27	100%

Tabella 7. Modalità di presa in carico dei familiari in lutto

Risposte	N	N %
Avvertita	79	82%
Non avvertita	17	18%
Totale	96	100%

Tabella 8. Bisogno di formazione adeguata

L'infermiere ha bisogno di sviluppare empatia per entrare in relazione con gli assistiti, tale atteggiamento però, lo espone ad un forte rischio d'esaurimento psico-fisico se non sono offerti strumenti per contenere ed elaborare i vissuti degli operatori che si prendono in carico il paziente e la sua famiglia. Nelle Uu.Oo. ad alta complessità assistenziale, la gestione del lutto può indurre ansia negli operatori e una condizione di stress cronico derivante in questo caso dal contatto con la morte di bambini, che può sfociare in una vera e propria sindrome da "burn-out".

Il *burn-out* si manifesta con una riduzione della stima in se stessi, insicurezza, mancanza di soddisfazione per il proprio lavoro, incapacità di rilassarsi e divertirsi, impossibilità di vedere le cose in prospettiva e obiettivamente. Sintomi che si traducono in: assenteismo, estrema sensibilità ed irritabilità, spersonalizzazione dell'assistenza e del paziente.

Un infermiere esperto nel *counseling* potrebbe:

- esercitare una funzione educativa nei confronti dei propri colleghi;
- valutare il bisogno di formazione specifica alla gestione del lutto e cogliere segnali di stress nel restante staff;
- promuovere incontri di "auto-mutuo-aiuto" in cui ogni partecipante possa avere uno spazio per esprimere il proprio disagio o il proprio bisogno di supporto;

d. favorire la comunicazione tra tutti i membri dello staff d'assistenza ed educare ad una migliore comunicazione;

e. richiedere il supporto d'altre figure esperte (*counselor*, psicologo) nel tentativo di migliorare la sinergia tra tutti i membri dell'equipe, allo scopo di offrire migliori strumenti per la gestione della morte e del lutto e per prevenire situazioni di *distress* negli operatori.

L'operatore che prende in carico il paziente con la sua complessità e lo accompagna in taluni casi anche alla morte, ha il diritto di essere tutelato oltre che di essere fornito di strumenti adeguati per operare tale assistenza.

Parlando della morte, gli infermieri che lavorano nelle unità operative ad alta complessità assistenziale, supportati da infermieri esperti in assistenza avanzata possono:

- esaminare credenze circa la morte;
- promuovere comunicazione tra personale, pazienti e famiglie;
- provvedere alle piccole cose che fanno la differenza nel *management del nursing* al morente e ai familiari in lutto.

Successivamente, l'attività degli infermieri potrebbe essere orientata al costituire un protocollo di comportamento, come nell'esperienza anglosassone descritta, per sostenere la famiglia in lutto.

A livello organizzativo è importante anche l'individuazione di uno spazio riservato, adatto ai colloqui con i familiari e agli incontri di supporto dell'equipe.

Occorre investire nella formazione considerando che sono già attivi sul territorio nazionale corsi di *counseling* gestiti da istituti privati riconosciuti o corsi di perfezionamento in *counseling* sanitario (Ausl di Reggio Emilia 2003); strumenti acquisiti con questa formazione potrebbero, poi, essere trasmessi ad altri colleghi attraverso una formazione tra pari (*peer to peer*).

In Italia, un'esperienza di *counseling* pediatrico è rappresentata dal progetto promosso presso un ospedale pediatrico accreditato da un'infermiera, diplomata *counselor* presso la scuola Aspic di Roma. Dal

2005, nell'ospedale Bambin Gesù di Roma, è attivo presso gli ambulatori del Dipartimento Medico Chirurgico di Cardiologia Pediatrica, il progetto: "Heart Failure", nell'ambito dei controlli in *follow-up* di pazienti con scompenso cardiaco cronico.

I bambini giungono a questo servizio inviati da cardiologi esterni, l'equipe che li accoglie è costituita da: capodipartimento (dirigente medico), cardiologo, ecografista, trapiantologo, cardiocirurgo. Il servizio di day-hospital è supportato da un servizio di *counseling*, svolto da un'infermiera formata nel *counseling*, che si occupa dell'accoglienza del paziente e della sua famiglia al fine di instaurare un rapporto di fiducia ed empatia che favorisca l'alleanza curativa.

Gli obiettivi del progetto sono:

1. aumento della *compliance* del paziente agli atti di cura;
2. maggior coinvolgimento dei familiari;
3. miglioramento della qualità della degenza e dei servizi offerti;
4. maggiore soddisfazione rispettivamente del cliente e degli operatori coinvolti nel processo di cura.

La collega, nel proporre un tale progetto, ha dovuto tener conto di alcuni fattori quali: il ruolo del *counselor* non ancora ben definito nell'organizzazione sanitaria di riferimento; la difficoltà nel creare un *setting* adeguato, in un luogo in cui le attività si susseguono a ritmi spesso frenetici; la difficoltà nel mantenere regolarità negli incontri data la sua attività professionale prevalente e l'integrazione con le altre figure professionali.

Comunque, con gran soddisfazione, ha potuto constatare che il servizio offerto è stato ben recepito ed ulteriormente richiesto dai genitori. Per quanto concerne i risultati, in nove mesi (anno 2005-2006) sono stati seguiti 30 pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco e con età compresa tra i tre e i 12 anni. Per il futuro, questo *counselor*, intende estendere il *counseling* a tutti i settori del dipartimento, data la complessità della realtà operativa in cui opera. A questa area, infatti, confluiscono malati nei vari momenti della loro storia clinica ed ognuna di queste fasi presenta pro-

blematiche emotive e relazionali che, espresse a vari livelli anche dai rispettivi familiari, richiedono interventi di *counseling*. Si tratta di:

- pazienti con scompenso cardiaco cronico, degenti in reparto di cardiologia o terapia intensiva;
- pazienti e familiari in fase pre-operatoria;
- famiglia durante l'intervento chirurgico;
- pazienti in lista per trapianto cardiaco;

- madre del neonato trasferito in emergenza;
- famiglia nei casi di decesso.

La nostra realtà sanitaria offre ancora poche esperienze di *counseling* infermieristico, anche se i possibili campi d'applicazione sono numerosi. Nell'ambito della gestione del lutto, occorre impegnarsi perché venga riconosciuto ai familiari il diritto di cominciare ad elaborare il lutto immediatamente, così come il diritto degli infer-

mieri a tutelare la propria emozionalità e a dotarsi di strumenti per operare in modo efficace.

AUTORI:

Maria Evangelista, infermiera in terapia intensiva cardiocirurgica, Policlinico Gemelli-Università Cattolica Sacro Cuore; Lorella Vaccari, infermiera laureata in scienze infermieristiche ed ostetriche, reparto operatorio di cardiocirurgia policlinico Gemelli-Università Cattolica Sacro Cuore.

BIBLIOGRAFIA

Di Fabio A.M., *Counseling*. Firenze-Milano: Giunti; 1999.

Rahm E., *La storia del counseling. Integrazione nelle psicoterapie e nel counseling*. 2003;13/14:45-53.

Artioli G., Montanari R., Saffioti A., *Counseling e professione infermieristica*. Carocci Faber; 2006.

Orlando I.J., *The dynamic nurse-patient relationship, function, process and principles*. New York: G.P. Putnam; 1961.

Manzoni E., *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Masson, 1997.

Di Francesco, Ruffini C., *Consulenza alla persona e counseling*. Isfol; 2006.

Stack G.C., *Bereavement in paediatric intensive care*. Paediatric Anaesthesia 2003; 13: 651-654.

Foot J., *Times to grieve*. Nursing times; 1997; 49 (93): 22-23.

Johnson A.H., *Death in the Pcu for the "Other" Families*. Journal of Paediatric Nursing 1997; 12 (5): 273-274.

Williams R., Harris S., Randall L., Nichols R. and Brown S., *A bereavement after-care service for intensive care relatives and staff: the story so far*. Nursing in critical care 2003; 8 (13): 109-110.

Intensive Care Society, *Guidelines for bereavement in intensive care units*. London: Intensive Society; 1998.

Socorro L., *Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families*. Journal of Advanced Nursing 2001; 4 (35): 562-570.

Gillespie, *Burn-out among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study*. Journal of critical nursing 2003; 12843-844.

Ciccarello G.P., *Strategies to Improve End-of-life care in the intensive care unit dimension of critical care nursing*. 2003; 22(5): 216-222.

IN PILLOLE

Consulenze in sanità, amministrazioni inadempienti

Per la prima volta, nella "Sezione trasparenza" del sito del ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione (www.innovazionepa.it) sono consultabili gli elenchi delle amministrazioni del comparto sanitario che non hanno comunicato all'Anagrafe delle prestazioni gli incarichi di consulenza e di collaborazione esterna conferiti nel 2008. Gli elenchi si riferiscono a quanto presente in banca dati dell'Anagrafe delle prestazioni alla data del 7 settembre scorso.

La pubblicazione on line integra i dati degli altri comparti già pubblicati lo scorso 25 settembre nell'ambito della, cosiddetta, "Operazione trasparenza" lanciata dal Ministero.

I dati del comparto sanità sono elaborati sulla base dell'elenco completo delle amministrazioni del Ssn presente sul sito istituzionale del ministero del Lavoro, Salute e Politiche sociali. "Risulta che solo il 65,41% di queste ha ottemperato per il 2008 agli obblighi di legge - spiega una nota del Ministero -, il restante 34,59% delle amministrazioni non ha trasmesso alcuna comunicazione. Si ricorda che la mancata comunicazione può essere dovuta a non conferimento di incarichi di consulenza o collaborazione, a omessa dichiarazione oppure a una trasmissione dei dati con modalità non conformi alla circolare 198 del 31 maggio 2001".

La professione infermieristica: un ruolo in crisi d'identità?

di Roberto Parisi, Monica Celletti

ABSTRACT

Lo studio rivela una generalizzata sfiducia verso una precarietà tipica del sistema sociale odierno che trova sfogo nella ricerca di una sussidiarietà effimera di valori: guadagno e prestigio sociale. Unico punto di riferimento per il raggiungimento sembra essere il processo di acculturazione professionale, mantenendosi tuttavia su valori tradizionalisti. La realtà sembra essere un valore molto forte, che si va a coniugare con l'innovazione e la globalizzazione del sistema sociale, senza tuttavia stravolgerla. Autorealizzazione e soddisfazione personale si scontrano con la realtà lavorativa, creando crisi di identità che si riversa anche nella relazione con il paziente. La crisi sembra pertanto strutturale (ideologica e culturale) coinvolgendo il sistema sociale nella sua globalità. I cambiamenti di cui è portatore e promotore l'infermiere, sembrano restare solo su un piano teorico.

INTRODUZIONE

Questa ricerca ha concentrato l'attenzione sul ruolo e la professionalità dell'infermiere e sui comportamenti agiti all'interno dei contenuti operativi, cercando di analizzare le difficoltà che l'infermiere trova nel potere mettere in atto le competenze e il riconoscimento sociale.

La società attuale che offre maggiori risorse, maggiore libertà e possibilità di autorealizzazione dell'individuo, produce anche anomia e solitudine e pone il problema cruciale dei fondamenti della solidarietà in un contesto aperto tendenzialmente individualistico. L'attività infermieristica si sta svilup-

pando in questo contesto sociale altamente turbolento ed instabile, che deve essere sempre più aperto all'esterno, ai cambiamenti, essere disposto a rimettersi in discussione sia sotto il profilo dell'organizzazione, sia riguardo la professionalità. La discordanza tra teoria e pratica, il ritardo nell'adeguamento dei modelli culturali ed organizzativi dell'assistenza infermieristica rispetto all'evoluzione delle conoscenze generali e professionali e alle aspettative/bisogni dell'utenza è uno dei fattori del **disagio professionale che provoca instabilità, disaffezione lavorativa** con conseguente abbandono precoce o permanenza disimpegnata e quindi "crisi d'identità".

L'analisi condotta ha cercato di comprendere e valutare quanto l'ambiente sociale in cui vivono ed operano gli infermieri, le prospettive per il futuro, le aspettative, le paure possono incidere sulla professione.

METODI E STRUMENTI

Lo studio intrapreso si è soffermato sull'analisi delle rappresentazioni sociali intrattenute dagli infermieri, insistendo più sulla comprensione delle immagini simboliche evocate dalla professione, piuttosto che sulla conoscenza degli aspetti concreti e quotidiani del lavoro sanitario. **Ci si è rivolti agli infermieri operanti presso due distretti sanitari ed un presidio ospedaliero di una Asl di Roma.** L'indagine è stata implementata attraverso un questionario che si articola in due macrodimensioni: i modelli di azione sociale e l'immagine del futuro. Si sono utilizzati due procedimenti: l'*analisi fattoriale* e la *cluster analysis*

RISULTATI E DISCUSSIONE

Il campione è risultato composto dal 70,4% di donne e dal 29,6% di uomini. Di questi ultimi, il 49% risulta coniugata, i celibi/nubili risultano il 34,7% ed i separati il 60% in confronto alle donne che sono in maggioranza coniugate (81,3%) o divorziate (77,8%). La fascia di età media più significativa è tra i 36 ed i 45 anni (48%). I maschi sono sovrarappresentati tra coloro che sono in possesso di diploma di laurea per il 40% e le femmine sono sovrarappresentate tra coloro che sono in possesso del biennio per il 75%. Il 69,4% degli infermieri intervistati lavora in ospedale mentre il 30,6% lavora sul territorio; di questi, la maggior parte delle donne lavora nel territorio (86,7%) in confronto agli uomini che lavorano in ospedale (36,8%).

I fattori dell'agire sociale

I dati pongono in evidenza quali siano gli atteggiamenti degli infermieri nei confronti dei propri comportamenti sociali, gli scopi che si propongono nella loro vita sociale, i valori che intrattengono nella loro partecipazione al sistema culturale allargato. Per condurre l'analisi su questa dimensione si sono utilizzati due procedimenti principali: l'*analisi fattoriale* e la *cluster analysis*.

Le tre sezioni di analisi sono state indagate somministrando altrettante batterie di *item*, la prima e la seconda con 16, la terza con 10. Ciascuna di queste sezioni individua delle corrispettive micro-scenari dell'agire sociale.

Per condurre l'analisi su questa dimensione si sono utilizzati due procedimenti atti a poter interpretare i dati emersi. Il primo di questi procedimenti (l'*analisi*



fattoriale) consente di individuare delle macro-variabili interpretative delle sotto classi di *item*.

Passando all'analisi delle frequenze degli scopi che gli infermieri si propongono nella vita, i valori superiori presentati dalle medie e dalle mediane delle frequenze si riferiscono ad atteggiamenti rivelatori di particolare attenzione verso:

- l'essere tenuti in grande considerazione;
- il raggiungimento di una posizione di prestigio;
- il raggiungimento di un elevato livello di istruzione;
- curare al meglio la propria immagine esteriore.

Al contrario, i valori inferiori dei test di tendenza centrale riguardano in particolare i seguenti atteggiamenti indicati:

- la difesa delle proprie tradizioni;
- curare la propria famiglia;
- l'osservazione dei comandamenti religiosi.

L'analisi fattoriale su questa prima sezione presenta la distribuzione ed il grado di associazione degli *item*. Il

primo fattore spiega il 12,9%, il secondo l'9,8%, il terzo il 7,6% ed il quarto il 6,5% della varianza totale.

Nel primo fattore (*l'achievement*) viene rappresentata una forte associazione tra atteggiamenti che esprimono la propensione ad apparire e ad emergere nella scala sociale e nella gerarchia dei valori di *status*. Il prestigio sociale, la considerazione da parte degli altri, il curare al meglio la propria immagine esteriore si coniugano con la ricerca di una relazionalità 'opportunista'.

E' una visione strumentale e pragmatica della vita futura, legata ad un progetto di riscatto sociale o di protagonismo individualistico. Il progetto di società che emerge è di una società acquisitiva dove la partecipazione dell'individuo è intesa come competizione.

Il secondo fattore (*il conservatorismo*) esprime atteggiamenti conservatori, moralistici, in fondo anche 'arcaici', dal momento che sembrano rifarsi a valori e stereotipi che affondano le radici nell'*humus* solidificato della cultura nazionale.

L'attaccamento e la dedizione alla famiglia, il legame con la religione nella

sua forma istituzionale, la marcata tendenza a difendere le proprie tradizioni configurano una cultura sociale che non rinuncia al riferimento simbolico a istituzioni dal forte carattere normativo come criterio esistenziale, anche al prezzo di rinunciare ad una gran parte della propria sfera emozionale.

Il terzo fattore (*l'intellettualismo*) esprime l'apertura all'istruzione e all'arte come fonte di arricchimento personale, di crescita culturale, al contempo, si denota una disponibilità all'impegno sociale e la necessità di tenere il passo con il cambiamento. Questo fattore sembra esprimere un nuovo idealismo, centrato sulla speranza e sull'impegno per stare meglio giorno dopo giorno, costruendo un processo di umanizzazione.

Il quarto fattore (*il tradizionalismo*) esprime atteggiamenti decisamente tradizionalistici come l'attaccamento alla propria patria, conservare il proprio dialetto e con il ruolo della donna confinato solo in una occupazione della famiglia. Si presuppone un ferreo desiderio di conservare l'identità nazionale che significa anche difesa della tradizione religiosa,

culturale e linguistica. Ciò potrebbe portare i veri tradizionalisti ad assumere posizioni conservatrici sul piano etico-sociale e a osteggiare con decisione l'immigrazione, il multiculturalismo e la globalizzazione, fenomeni che finirebbero per danneggiare l'identità di un paese, si delinea una forte resistenza al cambiamento ed all'innovazione.

I fattori dell'agire sociale: analisi dei gruppi omogenei

La *cluster analysis* ha consentito di evidenziare gruppi di individui accorpatisi in base alle loro somiglianze/diversità dando la possibilità di fornire un quadro ridotto ma significativo dei comportamenti collettivi. Sono stati identificati 5 gruppi di cui il primo riunisce il 30,6% di operatori, il secondo il 2,4%, il terzo il 21,4%, il quarto il 13,3% ed il quinto il 12,2%.

"Gli innovatori"

Nel primo *cluster* (30,6%) si ha una sovrarappresentazione di operatrici femminili, tra i 26 ed i 35 anni, coniugate. Per loro è importante raggiungere un alto livello di istruzione, sembrerebbero essere individui con una spiccate doti artistiche, si evidenzia la voglia di raggiungere posizioni di prestigio e a socializzare in gruppi che li tengano in grande considerazione, al contempo mantengono atteggiamenti 'tradizionalistici' nei loro modelli di azione sociale, rivelando una discreta osservanza della religione, rispetto dei vincoli familiari, cura delle proprie tradizioni e attaccamento alla patria.

Rappresentano un gruppo che, nonostante l'attaccamento a valori e stereotipi tipici di una società quasi arcaica, non disdice un'apertura all'inventiva e al dialogo

"I resistenti al cambiamento e all'innovazione"

Nel secondo *cluster* (22,4%) troviamo una sovrarappresentazione di soggetti maschi tra i 46 e 55 anni, coniugati; questo gruppo sembra il più avverso ad atteggiamenti orientati verso l'*achievement* e verso la relazionalità allargata, riesce a stare al passo con i tempi e, sicuramente, i cambiamenti innovativi avvenuti nella società potrebbero metterlo in crisi.

"Gli indipendenti"

Nel terzo *cluster* (21,4%) c'è una sovrarappresentazione di maschi con età compresa tra i 25 e i 45 anni, in maggioranza celibi con piccole percentuali di separati e divorziati; non rivelano spiccate doti estroverse, si evidenzia anche qui, la voglia di raggiungere posizioni di prestigio e socializzare in gruppi che li tengano in grande considerazione ma, al contrario del primo gruppo, dedicarsi alla famiglia non rientra nelle loro aspirazioni personali anche se tengono molto all'osservanza della religione e al rispetto della propria patria.

"Gli individui senza volto"

Nel quarto *cluster* (13,3%) abbiamo una sovrarappresentazione di femmine con età tra i 36 e 45 anni, in maggioranza coniugate con una piccolissima percentuale di vedove. Sono individui poco estroversi, con poca fiducia in se stessi in quanto per loro è molto importante la considerazione degli altri e questa ricerca della sicurezza la trovano nella propria famiglia, nel mantenimento delle proprie tradizioni, prevale il desiderio di omologarsi ai comportamenti del gruppo di riferimento.

"Gli ambiziosi"

Nel quinto *cluster* (12,2%) si ha una sovrarappresentazione sempre di femmine di età compresa tra i 26 ed i 45 anni, separate o divorziate. I componenti aspirano più di altri a raggiungere posizioni di prestigio e a socializzare in gruppi che li tengano in grande considerazione. Persone poco estroverse riguardo le doti artistiche, considerano la famiglia come ostacolo alle proprie ambizioni personali pur mantenendo un atteggiamento conservatore riguardo le proprie tradizioni.

L'immagine del futuro

Questa dimensione esplora l'immagine del futuro vissuta ed introiettata dagli infermieri, con riferimento alla sfera dei rapporti sociali, della loro evoluzione, delle proprie relazioni con gli altri e con l'ambiente sociale. Si ricerca, con l'analisi fattoriale, di individuare le dimensioni dell'incertezza relazionale, delle sicurezze e delle attese riposte nei rapporti che ci si aspetta di intrattenere con gli altri.

L'analisi delle frequenze e dei valori di tendenza centrale (media, mediana) ha posto in evidenza da un lato quegli *item* che rivelano, per gli infermieri, previsioni di peggioramento. Essi sono:

- attacchi di terrorismo;
- subire una violenza fisica;
- il caos sociale.

Anche se prevalgono atteggiamenti positivi di realizzazione personale:

lavoro che mi piaccia e mi interessi;
buone relazioni con colleghi e superiori;
I valori inferiori dei test di tendenza centrale riguardano in particolare gli atteggiamenti indicativi di:

- riduzione atteggiamenti razzistici;
- l'instaurarsi di una dittatura.

Si individua uno scenario di pessimismo espresso dagli intervistati rispetto alle possibilità di miglioramento sociale e di benessere collettivo anche se prevale la speranza di migliorare la qualità di vita nella sfera lavorativa e sociale.

La varianza spiegata è il 55,3%. In particolare, i quattro fattori che la compongono spiegano rispettivamente il primo il 18,4%, il secondo il 15,4%, il terzo il 12,6% ed il quarto il 8,9% della varianza totale.

Il primo fattore (la privazione) associa gli aspetti più vicini alla vita quotidiana, al rapporto uomo-ambiente, al lavoro, al rapporto con gli altri. Si può parlare di previsione di precarietà quotidiana, si teme l'esposizione ad eventi negativi nella vita sociale determinati dall'azione di potenti, preoccupazione di perdere i beni naturali a disposizione (inquinamento), ma anche della crescita di terrorismo e della disoccupazione.

Il secondo fattore (l'emotività) esprime un livello profondo della paura connessa alla preoccupazione per tutte quelle situazioni che possono generare il rischio di mettere in crisi l'integrità del proprio 'sé': la propria morte, subire una violenza fisica, perdere la persona che si ama.

Il terzo fattore (la realizzazione) identifica una dimensione 'socievole' del lavoro, inteso come luogo di promozione sociale e relazionale, come ambiente di scambio umano ed occasione di esperienze significative per il bagaglio dei propri mondi vitali. In questa visione

l'ambiente lavorativo si identifica con la propria crescita umana e anche come accumulazione di risorse materiali da utilizzare per promuovere la propria socialità..

Il quarto fattore (il pessimismo) identifica pessimismo nei confronti della società, "paura sociale" intesa come invasione del sé da parte delle istituzioni politiche o per effetto della crisi di queste (caos sociale, pericolo di guerra).

L'immagine del futuro: analisi dei gruppi omogenei

Attraverso la *cluster analysis* si è evidenziata una distribuzione del nostro campione in 5 gruppi: il primo *cluster* aggrega il 20,4% di persone; il secondo il 24,5%; il terzo il 18,4%; il quarto il 14,3% ed il quinto il 22,4%.

"I reattivi individualisti"

Nel primo *cluster* (20,4%) abbiamo una sovrarappresentazione di operatori di sesso femminile, fascia di età tra i 26 e 35 anni, diploma di maturità tecnica e laurea, sposati da circa 10 anni. Questo gruppo sembra permeato da una forte sfiducia nelle istituzioni politiche considerate non all'altezza di difendere i propri cittadini; è proteso verso la ricerca di una realizzazione lavorativa e al raggiungimento di un buon livello culturale per appagare le proprie ambizioni personali. Ciò evidenzia un tipo di comportamento che privilegia una visione individualista del proprio futuro.

"I rigoristi ottimistici"

Nel secondo *cluster* (24,5%) si ha una sovrarappresentazione di operatori maschi, dai 36 ai 45 anni, in maggioranza in possesso di diploma di maturità scientifica, coniugati, con 20 anni di matrimonio. Non vedono forti cambiamenti peggiorativi nel proprio futuro per quanto riguarda la società e la loro aspettative, la loro preoccupazione è la preservazione dell'integrità del proprio sé e, per questo, sembrano persone alla ricerca della propria serenità e soddisfazione anche materiale.

"I pessimisti"

Nel terzo *cluster* (18,4%) abbiamo una sovrarappresentazione di operatrici femmine, dai 36 ai 45 anni, maturità scientifica, coniugate, con circa 11/20 anni di matrimonio.

In questo gruppo troviamo l'espressione



più alta del pessimismo sociale ed individuale, completa sfiducia nelle istituzioni politiche e nelle proprie capacità di crescita sociale. Sono operatori affetti sia da una paura sociale che da una paura fisica; sono dei "*professionisti senza entusiasmo*" i quali vedono il proprio lavoro solo come un ripiego amaro, ma utile per la propria sopravvivenza economica.

"I decisionisti"

Il quarto *cluster* (14,3%) comprende principalmente operatori maschi, dai 46 ai 55 anni, con una formazione biennale (corso regionale), coniugati. Questo gruppo non rivela eccessive preoccupazioni per il futuro, ma denota una certa preoccupazione relativa alle risorse eco-ambientali che alla lunga potrebbero danneggiare la propria qualità di vita; va alla ricerca di un lavoro soddisfi il proprio ego ma, dia anche la possibilità economica di migliorare il proprio stile di vita. Sembrano individui sicuri del fatto loro, si attendono molto dall'ambiente lavorativo, probabilmente sono quelli più disposti a misurarsi con lo sviluppo tecnico e scientifico, ma proprio per questo risentono più di altri dei circoli viziosi e delle inefficienze.

"Gli arrivisti"

Nel quinto *cluster* (22,4%) si osserva una sovrarappresentazione di operatori maschi, dai 26 ai 35 anni, laureati, in maggioranza celibi. Sembra un gruppo con una propensione ottimistica per l'assetto politico-istituzionale del paese e per l'integrità del proprio sé. Sono individui che sembrano affrontare la propria professione con impegno, determinazione, desiderio di riuscire, attenti nella realizzazione personale del lavoro a valori di 'pragmatismo economico'.

CONCLUSIONI

L'analisi fin qui condotta, evidenzia che in tutti i gruppi presi in esame sussiste una sfiducia nelle possibilità prossime di miglioramento sociale e di benessere collettivo, quindi si può parlare di "*sensazione di vivere nella precarietà quotidiana*" che porta ad un progetto di riscatto sociale attraverso la ricerca del benessere economico e del prestigio sociale. Il lavoro, se da un lato mantiene il ruolo di garante della sicurezza economica o del benessere, dall'altro viene visto come un luogo di affermazione; cresce l'esigenza, specie nei giovani, di ottenere un lavoro adatto alla propria

qualifica e alle proprie attitudini. Perciò essi si avvalgono e credono in una preparazione scolastica più soddisfacente quale quella universitaria, mentre i più adulti cercano di superare questo "gap culturale" migliorando la propria professionalità e avvalendosi di conoscenze nuove nell'ambito del proprio lavoro. Prevale in quasi tutti i gruppi un certo tradizionalismo ossia la necessità di tenere i piedi per terra, in un contesto che spinge a cambiare, per salvaguardare la propria identità culturale; ciò potrebbe portare ad un rifiuto di adattarsi agli inevitabili cambiamenti che la società impone. Il punto di riferimento fondamentale resta la famiglia che rimane un valore essenziale, prioritario rispetto a qualsiasi altro, specie per gli adulti al contrario dei giovani che tendono a sacrificarla a favore dell'esigenza di autoaffermazione in ambito lavorativo e sociale. L'obiettivo finale di ciascun operatore è

l'autorealizzazione, la soddisfazione personale di emergere e realizzarsi in un sistema turbolento, competitivo. Questo viene sempre di più percepito come un diritto ma che porta insoddisfazione in un ambiente lavorativo nel quale ancora non si trovano risposte alle proprie aspettative individuali. Questa insoddisfazione porta ad una crisi d'identità, crisi che si collettivizza diventando un fatto sociale. Questa crisi investe non solo la professione infermieristica nelle sue varie forme e contenuti, ma anche il rapporto con i pazienti, la vita stessa dell'infermiere nei suoi molteplici aspetti privati, culturali ed economico-sociali.

La crisi che coinvolge l'infermiere odierno è una crisi strutturale, culturale e ideologica, che investe l'identità dell'infermiere, l'idea di sé che egli crea nel suo percorso di formazione, della propria professione e della propria interazione con la società.

Il "nuovo" infermiere è colui che, da una parte, avverte come influenze positive sulla propria professione gli sviluppi della scienza e della tecnica, accettandone le conseguenze e migliorando le proprie capacità assistenziali; dall'altra, però, percepisce in maniera negativa i cambiamenti che modificano il suo ruolo e la sua posizione nella società dato che questi cambiamenti al momento sono solo teorici, non trovando una rapida e concreta realizzazione.

AUTORI:

Roberto Parisi, ricercatore sociale, specialista in metodi e tecniche della ricerca sociale, docente presso il corso di laurea in Infermieristica, sede distaccata Ospedale S. Spirito di Roma;
Monica Celletti, infermiera, collaboratrice presso Ser.T. Asl Rm/E.

BIBLIOGRAFIA

- Angilletta M, *Ruolo dell'infermiere in Pronto Soccorso*, 1998, www.nurseofemergency.org
 Benci L, *L'assistenza infermieristica territoriale: responsabilità e ruoli in un contesto che cambia* – www.formatas.com
 Calamandrei C, *L'assistenza infermieristica*, 1994, La Nuova Italia Scientifica
 Cantarelli M, *Riflessioni sull'emergenza infermieristica in Italia* – www.formazione.eu.com
 Carli E, *Risultati e Progetti* – *L'infermiere* n.3/99
 Custer M, *La tecnologia medica ha potenziale di crescita* – www.emagazine.credit-suisse.com
 Del Degan S, *In punta di piedi* – www.vicenzaipasvi.it
 Galimberti U, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, 1999, Feltrinelli
 Gardes M, *Nursing in radioterapia. L'infermiere e la tecnologia* – www.unilibro.com
 Genco P, *Bisogni di salute e nuove sfide alla modernizzazione dei servizi* – www.fi.cnr.it
 Ghelardi F, *Professioni e modelli organizzativi nelle aziende sanitarie pubbliche* – www.eurom.it
 Montanari M, *L'infermiere di famiglia* – www.aimerf.org
 Moranda D, *Technology and Human nursing care* - *Nursing Oggi* n.3/01
 Motta P, *L'infermiere e la sclerosi multipla* - *Nursing Oggi* n.2/02
 Parisi R, *Vissuto professionale e identità culturale: il ruolo dell'infermiere alle soglie del 2000* – *La rivista di servizio sociale* n.2/95
 Rampini M, *L'Europa punta sugli infermieri* - *L'infermiere* n.3/00
 Ranci Ortigosa E, *L'umanizzazione del servizio sanitario*, 1991, Politiche sociali
 Ronchi Della Rocca S, *Donne e tecnologia: un rapporto difficile?* – www.diunito.it
 Rossi I, *Salute, società e cultura* – www.trentinosalute.net
 Sandri A, *Assistenza domiciliare* – www.infermierionline.net
 Sasso L, *L'infermiere di famiglia: scenari assistenziali e orientamenti futuri*, 1995, McGraw Hill
 Velardi F, *Professioni e modelli organizzativi nelle aziende sanitarie pubbliche* – www.eurom.it

L'assenteismo tra gli infermieri

Analisi critica e ricerca bibliografica della letteratura

di Emilia Marsala

ABSTRACT

Non esiste una definizione dell'assenteismo univoca ed universalmente riconosciuta, ma si può sicuramente dire che il termine si riferisce al fatto oggettivo della mancata presenza del lavoratore sul posto di lavoro. Per questo motivo, parlando del fenomeno, si fa confusione, assimilando, con questo termine, l'assenza dal lavoro.

Nel nostro ordinamento, le ragioni di tale assenza, possono essere diverse: ferie, festività, infortuni sul lavoro e malattie professionali, sciopero, maternità, servizio militare, varie tipologie di permessi e congedi retribuiti e non, malattie non professionali.

Va osservato che il termine assenteismo non è semplice sinonimo di "assenza dal lavoro", ovvero, non è un fenomeno esclusivamente quantitativo, ma è aggravato da elementi che ne fanno un termine peggiorativo e che lo portano ad essere utilizzato nel linguaggio corrente con preciso giudizio negativo.

L'assenteismo è sintomo di un malessere generale del lavoratore, qualcosa che supera il suo aspetto immediato e che va al di là di percentuali e statistiche. Esso spesso non è determinato da una singola causa, ma da con-cause, sia di ordine fisiologico che psicologico.

Il fenomeno assume significati e motivazioni profonde, legate spesso a vissuti di insoddisfazione lavorativa che possono portare a disagi psico-fisici e sociali. Pertanto, vanno studiate strategie per ridurre il livello di assenteismo; magari, migliorando la gestione delle risorse umane.

Un altro sistema? Gestire lo stress,

quindi, disturbi di tipo psicologico e fisiologico collegati a livelli elevati di stress, che descrivono, attualmente, uno dei principali problemi sociali e sanitari.

Anche il fenomeno del *burn-out* contribuisce a determinare il fenomeno, per cui il suo controllo ne può aiutare la riduzione.

INTRODUZIONE

Dopo l'applicazione della prima riforma del 1983, il sistema sanitario visse una profonda crisi che portò all'approvazione, da parte del Governo, del Decreto Legislativo n.502 del 1992 (noto come riforma "De Lorenzo") e delle successive, significative, modificazioni contenute nel Decreto Legislativo n.517 del 1993 e, più recentemente, nel Decreto Legislativo n.230 del 1999 (noto come riforma "ter").

L'esecuzione di tali decreti determina un profondo e radicale mutamento nel settore sanitario: viene, infatti, affidata ai presidi ospedalieri la diretta e piena responsabilità della propria gestione economica. Il principio ispiratore di tali decisioni era quello di cambiare fisiologia al Sistema sanitario nazionale attraverso il riconoscimento di una maggiore autonomia alle Regioni, dando possibilità di creare molti sistemi sanitari disomogenei tra di loro, ma omogenei nella struttura di base. In pratica, il Decreto aveva dato vita ad un processo di aziendalizzazione che avrebbe dotato il Ssn di Aziende sanitarie di diritto pubblico, rivolte sì all'erogazione di servizi, ma anche attente alla gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie di cui dispone.

Le Usl divennero aziende dotate di personalità giuridica pubblica e trasformate in Aziende sanitarie locali (Asl), analogamente gli ospedali di importanza nazionale, di alta specializzazione e di riferimento alla rete di servizi di emergenza, furono dotati di personalità giuridica, di funzioni autonome e trasformati in Aziende sanitarie ospedaliere.

Questo cambiamento radicale rispondeva all'esigenza di seguire caratteri di efficacia ed efficienza relativamente alle attività svolte, al fine di contenere il più possibile gli sperperi dovuti alla mancata managerialità di chi amministrava. Ciò dette vita a nuovi soggetti istituzionali dentro le aziende.

Infine, per far sì che il Ssn arrivasse a livelli di efficacia e di efficienza maggiori, fu data vita ad una terza riforma, attuata per mezzo del D. Lgs. 229/99: la Riforma Bindi. Con tale decreto vennero definite le modalità con cui le Regioni dovevano concorrere alla formazione del Piano sanitario nazionale, alla definizione di fabbisogno di risorse finanziarie e alla valutazione della compatibilità del fabbisogno con la Programmazione Economica nazionale.

In questo contesto, lo sviluppo e la valorizzazione delle persone, ossia del "capitale umano", costituisce la leva che permette al *know how* aziendale di produrre il vero valore aggiunto, diventando l'elemento di successo – o, di insuccesso – nella gestione strategica aziendale, in particolar modo, al momento attuale in cui la qualità del servizio offerto dalle Aziende sanitarie non è più considerato un vantaggio competitivo bensì un obbligo.



Nei servizi sanitari e socio-sanitari, il rapporto utente-operatore risulta significativamente caratterizzato dal grado di personalizzazione, umanizzazione e affidabilità delle prestazioni, al punto che il giudizio sulla qualità dei servizi è spesso fortemente influenzato dalla percezione di questi aspetti.

L'interesse rivolto al ruolo delle persone che partecipano alla produzione di servizi sanitari e socio-sanitari è dovuto alla riconosciuta importanza del fattore umano nella realizzazione sia di obiettivi di efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza, sia di condizioni di personalizzazione e umanizzazione dei servizi e delle prestazioni offerti.

I cambiamenti che stanno pervadendo i processi e l'organizzazione del lavoro nella pubblica amministrazione in generale, e nella sanità in particolare, stanno producendo un avvicinamento con il mondo imprenditoriale e privato sulle tematiche di direzione del personale.

L'evoluzione del sistema competitivo e l'adozione di nuovi modelli organizzativi, nel corso degli anni '90, hanno accresciuto notevolmente il peso delle risorse umane come fonte di vantaggio competitivo che deve contribuire a creare valore aggiunto per il cliente (non a caso, nelle aziende di servizi pubblici la risorsa umana è fattore primario di costo e, pertanto, determinante del valore aggiunto).

Ma ciò che qui si vuole analizzare è il ruolo del personale non tanto come indistinto fattore di costo, quanto come risorsa che consente di fare la differenza nel servizio erogato al cliente.

Inoltre, lo stesso clima aziendale e la cultura aziendale devono essere sinergizzati da un management consapevolmente orientato alla qualità dei servizi e dei processi gestionali, affinché le risorse umane siano inserite in un disegno organico di qualità totale in cui la loro gestione si afferma come funzione primaria in un'azienda di pubblici servizi, in tutte le molteplici attività, come reclutamento e selezione, addestramento e formazione e sub-sistemi che sono quello retributivo, valutativo, premiante in cui può essere scomposta.

Il fattore umano svolge un ruolo essenziale nel raggiungimento della customer satisfaction dovuta alle criticità che la sua gestione nelle aziende di servizi pubblici presenta ancor più nel processo di erogazione dei servizi. Infatti, le imprese di servizi pubblici svolgono soprattutto servizi terziari, ovvero connotati dall'assenza di tangibilità e di misurabilità. Questa tipologia d'attività comporta la creazione d'innumerabili relazioni tra il personale di *front-line*, cioè coloro che sono incaricati di svolgerle, e l'utente finale, spesso chiamato a partecipare attivamente affinché il servizio possa avere un esito positivo.

La creazione di una relazione tra sog-

getti erogatori e utenti fa sì che la qualità percepita sia fortemente influenzata dall'esito di tale relazione: **le motivazioni, le abilità, le competenze, l'atteggiamento, la cortesia, la professionalità con cui gli individui operano, comportano, in maniera quasi indipendente dalle strutture dell'azienda, il risultato.**

La risorsa umana, in un ambiente caratterizzato dall'intangibile, è, quindi, l'aspetto più rilevante per la determinazione del risultato aziendale, tanto che alcuni autori, accanto alla tradizionale distinzione tra *labour-intensive* e *capital-intensive*, hanno introdotto la nozione, particolarmente calzante per le aziende di servizi, di attività *personality-intensive*, ovvero: "ad alta intensità di qualità di personale", per sottolineare appunto la rilevanza che le risorse umane hanno sull'erogazione dei servizi.

Si deve poi considerare l'alto contenuto professionale che i servizi erogati comportano.

Ne scaturisce la necessità di **adottare strutture che privilegino la condivisione del sapere e la professionalità, piuttosto che le relazioni gerarchiche**, pur garantendo un'efficiente erogazione dei servizi in un ambito d'equilibrio generale dell'organizzazione.

Questa relazione dipendente-utente è stata ignorata per molti decenni, per il semplice fatto che le aziende di servizi pubblici facenti parte della complessa macchina dell'apparato statale erano riluttanti nell'ammettere di avere dei clienti: "cliente" è stata per lungo tempo una parola associata al solo settore privato. Di conseguenza, lo stesso ruolo del dipendente è stato a lungo sottovalutato anche per altri motivi; come la conflittualità con le organizzazioni sindacali, la mancanza di sistemi incentivanti per la motivazione del personale, lo spirito di conservatorismo ancor oggi presente nel pubblico impiego.

Questo processo di rivalutazione delle risorse umane ha subito, al contrario, un'accelerata nelle ex società municipalizzate e concessionarie di servizi pubblici, oggi operanti in piena autonomia, dove è possibile scorgere un certo adat-

tamento dell'organizzazione e della gestione delle risorse umane a fronte del forte dinamismo ambientale caratterizzante il contesto economico in cui operano.

Sempre più frequentemente la letteratura accademica e le pubblicazioni rivolte ai manager stanno mostrando un considerevole interesse nel capitale umano e nella sua capacità di creare e sostenere il vantaggio competitivo aziendale.

Numerose ricerche sono state svolte per individuare l'esistenza di una relazione tra il modo in cui la forza lavoro è gestita e i risultati conseguiti dalle imprese. Dal lato teorico, sussistono forti aspettative riguardo le capacità delle strategie di capitale umano di riflettersi concretamente in maggiori risultati aziendali; dal lato empirico, si sta iniziando a capire il processo attraverso cui il sistema di gestione del personale aggiunge valore all'impresa.

Raramente le risorse umane sono state considerate una fonte di creazione di valore, poiché il costo riguardante la forza-lavoro rappresenta, per le imprese, la maggiore componente delle spese operative. I tagli nel personale rientrano, inoltre, in molte delle strategie volte alla ristrutturazione ed al contenimento dei costi.

L'evoluzione del ruolo delle risorse umane come fonte di vantaggio competitivo, piuttosto che come costo da minimizzare, deriva direttamente dai nuovi imperativi di mercato, da un'economia sempre più basata sui servizi, da una maggiore concorrenza domestica ed internazionale, dal rapido progresso scientifico e tecnico; fattori che hanno condotto a richieste sempre più veloci di cambiamenti nella produzione e vendita di beni e servizi e al corrispondente declino di strutture di comando e di controllo organizzativo.

Muovendoci in un contesto in cui le tradizionali risorse di vantaggio competitivo (come, ad esempio, la qualità tecnologica e le economie di scala) sono divenute più semplici da imitare e, sapendo che il successo aziendale permanente si raggiunge e si conserva coltivando capacità distintive, lo sviluppo della forza-lavoro rimane un'opportunità ancora sotto-utilizzata dalle organizza-

zioni, pertanto da adottare.

Il personale può rappresentare un mezzo per ristabilire le posizioni competitive aziendali, perché il modo di gestire i dipendenti non è trasparente dall'esterno.

Non è semplice cogliere i meccanismi precisi con cui si conduce la forza-lavoro o il modo in cui i diversi elementi del sistema interagiscono tra loro: senza capirne il funzionamento non è possibile imitarlo. Il sistema delle risorse umane coinvolge numerosi individui, le sue politiche dipendono da percorsi nati e sviluppati nel tempo, da sinergie prodottesi in azienda: tutti aspetti non facilmente riproducibili in altri ambienti e che non possono essere acquistati dai competitori sul mercato. Inoltre, entrano in gioco dei limiti nelle abilità dei manager concorrenti nel replicare, con successo, elementi sociali complessi, come la cultura e le relazioni interpersonali.

Un sistema delle risorse umane, propriamente sviluppato, è, dunque, una risorsa immateriale invisibile che crea valore nel momento in cui è incorporata nell'organizzazione.

Studi, concettuali ed empirici, hanno mostrato una correlazione positiva tra la competitività e l'efficace gestione delle risorse umane, evidenziando come il personale possa, effettivamente, svolgere un ruolo cruciale nel generare ritorni economici sopra il normale.

Se la forza-lavoro viene motivata nell'eseguire i propri compiti, libera di agire e ricompensata per il maggiore impegno che mostra nel perseguimento degli obiettivi aziendali, tutte le competenze e le abilità di cui essa dispone saranno pienamente utilizzate a favore dell'azienda: i dipendenti avranno la certezza che l'azienda ripagherà completamente ogni loro sforzo.

Grandi ostacoli alla realizzazione degli obiettivi di cui abbiamo detto è l'incapacità di alcuni manager di valorizzare il capitale umano, che caratterizza il nucleo operativo, base della piramide organizzativa, e, di conseguenza, il fenomeno dell'assenteismo che concerne l'assenza del lavoratore dal proprio posto di lavoro, intesa sia come abuso da parte dello stesso di quelle leggi e

norme che proteggono l'assenza, sia come dovuta a malattia o alla volontà del lavoratore di non adempiere alla prestazione, anche se impossibilitato da causa di forza maggiore.

In questo caso, si parla di "assenteismo volontario" che risulta per le aziende particolarmente nocivo proprio perché non può essere previsto nella programmazione del lavoro (non rientrando nel limite "fisiologico" del livello di assenteismo, caratterizzato dalle assenze prevedibili dovute, ad esempio, al servizio militare, a gravidanze o permessi vari).

Le assenze non prevedibili originano effetti negativi sul piano della programmazione, in particolare se sono frequenti e di breve durata, giacché la loro reiterazione moltiplica a spirale gli effetti e la brevità rendendo difficile il controllo da parte degli enti previdenziali il cui intervento non sempre può essere organizzato con la tempestività necessaria.

Ciò può spiegare perché **per tasso di assenteismo s'intende il rapporto tra le ore di assenza dal lavoro e quelle contrattuali, dedotte le ore relative alle assenze prevedibili**, ovvero per malattia.

Queste assenze sono di due tipi:

- assenze legate allo stato di salute generale del lavoratore ed indipendente dalle condizioni lavorative di cui non è dato al datore di lavoro di sapere molto sussistendo, contrariamente all'incidente sul lavoro, il segreto professionale del medico;
- assenze legate allo stato professionale che sono conseguenza di un rifiuto al lavoro che ha origine da molteplici cause, da ricercare all'interno dell'azienda, nell'ambiente circostante, nelle caratteristiche personali del lavoratore assente o nei modi di vivere collettivi che esprimono il sistema di valori della società.

Analizzando il fenomeno da un punto di vista economico, si può affermare che l'assenteismo, anche se in proporzioni disuguali, porta Governi, datori di lavoro, lavoratori, compagnie assicurative e la società nel suo complesso a condividere gli oneri dei costi riguardanti le assenze anche dovute a cattiva salute. Spesso, il lavoratore subisce un

calo del reddito in seguito all'assenteismo dovuto a cattiva salute, specie quando l'assenza è prolungata. Egli deve far fronte a spese supplementari (per cure o attrezzature sanitarie) e può subire una perdita di benessere sotto forma di dolore, amarezza e sofferenza. Le assenze frequenti e prolungate, inoltre, possono sfociare nella perdita del posto di lavoro o nella degradazione dei rapporti con colleghi e superiori. I datori di lavoro risentono della natura imprevedibile dell'assenteismo, che obbliga a modificare i programmi di lavoro e ad adottare provvedimenti per sostituire il lavoratore assente. Inoltre, le assenze accrescono i costi dell'impresa come indennità di malattia, pagamenti superiori alla norma, calo della produttività, diminuzione della qualità, ergo di peggiore posizione dell'azienda nei confronti della concorrenza.

L'assenteismo ha ripercussioni negative anche sull'economia nazionale in seguito alla perdita di produttività potenziale dovuta alla diminuzione della forza-lavoro disponibile ed all'aumento dei costi sanitari e previdenziali.

Perciò, i Governi hanno interesse a mantenere l'assenteismo a bassi livelli e a limitare i costi previdenziali e sanitari; essi non possono sostenere i costi elevati dell'incapacità lavorativa e del pensionamento anticipato, e neanche dell'incapacità manageriale nella gestione delle risorse umane.

Per la società è importante che le persone possano lavorare in buone condizioni di salute fino all'età della pensione e che possano contribuire al prodotto interno lordo.

METODI E MEZZI

La ricerca è stata effettuata attraverso le seguenti Bd: Embase; Medline e Cinahl.

I testi reperiti sono di notevole quantità, per cui l'attenzione si è rivolta su quelli che hanno una valenza specifica riguardo al personale infermieristico che opera in diversi contesti, sulla presenza dell'*abstract* per la consultazione, sulla possibilità di avere il testo completo.

Per la ricerca, il limite della datazione è degli ultimi tre anni; i tipi di documento: studi randomizzati; revisioni sistema-

tiche; metanalisi; etc.; nonché la pertinenza dell'argomento e la lingua del testo in inglese e/o italiano. Le citazioni bibliografiche sono state inserite, in ordine alfabetico dell'autore, e come stile di citazione è stato adottato il *Vancouver Style*.

Nella ricerca sono state utilizzate varie parole-chiave combinate in modi diversi: *absentism; job satisfaction; nurses; workers' health*; combinate tra loro mediante gli operatori "and" e "or".

RISULTATI

La mia analisi della letteratura riguardante l'assenteismo prende il via dall'esame di un articolo riguardante la relazione che intercorre tra i disturbi mentali e le variabili del mondo del lavoro, in particolare, la comparsa di sintomi di problemi emozionali e psicologici e l'assenteismo dei lavoratori. Anche se non riguardante strettamente l'ambiente sanitario, è comunque importante per rilevare alcuni dati.

Nell'attuale, tumultuoso mondo socio-lavorativo, il problema della "fatica mentale" e dei conseguenti disagi psicologici sta divenendo ogni giorno più rilevante: emergenti bisogni sociali, personali e relazionali si manifestano sulla soggettività umana lavorativa prevalentemente con disturbi psicosomatici e tale rischio psicopato-

logico è destinato, parallelamente, ad ingigantirsi.

Anche l'orario di lavoro è fortemente correlato alle condizioni di salute: il maggior numero di ore lavorate si traduce in peggiori condizioni di salute, sia fisica che psicologica, che aumentano il livello di rischio dei lavoratori. Una situazione che si verifica soprattutto quando si effettuano più volte al mese, turni che superano le dieci ore. Ad incidere sull'insorgenza di problemi fisici e soprattutto psicologici, come lo stress, concorre anche il livello di autonomia del lavoro. Poter decidere in che modo svolgere le proprie attività lavorative, ma anche se prendere una pausa o come gestire il proprio turno di lavoro, permette non solo di tenere lontano i problemi psicologici, ma anche di mantenere alta l'attenzione sui rischi.

Molte assenze per motivi di salute possono spesso celare problemi psicologici di natura personale o professionale; queste assenze, frequenti e a volte di lunga durata, comportano diverse conseguenze negative per l'Ente Locale sul piano umano, manageriale e finanziario:

- la sensibile riduzione del livello delle prestazioni individuali e collettive, dunque, della produttività di un servizio o di un reparto;
- l'abbassamento conseguente della



- qualità del servizio reso al pubblico;
- c. il costo di eventuali sostituti e del loro addestramento;
- d. il deterioramento del clima organizzativo e la diminuzione della qualità della vita sul luogo di lavoro;
- e. la perdita di benessere psico-sociale e di motivazione dell'équipe di lavoro e della persona assente;
- f. il sovraccarico di lavoro per chi è presente ed avverte la sensazione che l'Ente non sia interessato alla risoluzione di tali problemi;
- g. la non trascurabile probabilità che, non intervenendo in tempo, le assenze future saranno più frequenti e prolungate.

L'analisi si è basata sui dati raccolti da un'indagine *random* su lavoratori del settore manifatturiero negli Usa ed ha rilevato che esiste una forte connessione tra i problemi di origine psicologica ed emozionali sull'assenteismo dei lavoratori.

Una causa dell'assenteismo è stata ricercata nella **sindrome di *burn-out***, che, pur avendo avuto diverse definizioni, viene considerato non un evento, ma un processo che si sviluppa diversamente a seconda delle peculiarità soggettive e del contesto sociale. Insomma, **è l'esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le *helping profession* qualora queste non rispondano, in maniera adeguata, ai carichi eccessivi di stress che il loro lavoro li porta ad assumere.**

La sindrome del *burn-out* nel personale della sanità, considerato anche la rilevanza sociale del fenomeno, sta riscuotendo un notevole interesse da parte della letteratura psicologica e psichiatrica. Gli effetti dello stress lavorativo sulle condizioni di salute dell'operatore sanitario ed i conseguenti rischi di *burn-out* coinvolgono numerosi fattori che si sviluppano diversamente in ogni individuo e/o in ciascuna categoria professionale.

L'effetto negativo degli *stressor*, protratto nel tempo, può determinare reazioni di disadattamento che si estendono anche alla sfera extra-lavorativa, fino a favorire l'insorgenza di quadri nevrotici o depressivi. Esisterebbe, quindi, anche una corrispondenza fra grado di *burn-out* lavorativo e mani-

festazioni sintomatologiche dell'ansia, in particolare con le sue espressioni somatiche e con le modificazioni del tono dell'umore in senso depressivo, quali indicatori di un disagio lavorativo che tende a coinvolgere aspetti più generali della personalità dell'operatore sanitario ed, in particolare, in modo più frequente quando il lavoratore avverte una forte discordanza fra aspirazioni di carriera e performance effettiva. Resta ancora poco approfondito il problema delle caratteristiche personali dell'operatore predisponenti il *burn-out* e le strategie di *coping* impiegate per fronteggiare lo stress nelle cosiddette *helping professions*.

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

Secondo Sveinsdóttir e collaboratori, il fenomeno dell'assenteismo è da mettere in relazione alla soddisfazione lavorativa, di conseguenza alle condizioni di lavoro e all'interfaccia superiore.

Lo studio è stato condotto su una popolazione di circa 500 infermieri degli ospedali islandesi attraverso la compilazione di un questionario che si occupava di condizioni lavorative e *job satisfaction* nell'ambito ospedaliero. Il problema della *job satisfaction* è stato introdotto solo di recente nella psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Perché? Perché c'è voluto molto tempo prima che fosse accettata l'idea che le organizzazioni possano sia produrre, sia essere creatrici di emozioni e queste costituiscono una parte fondamentale - ed inseparabile - della vita lavorativa e organizzativa degli individui che operano nelle aziende. Inoltre, indagare e monitorare la *job satisfaction* costringe, poi, a porre in essere strategie risolutive o migliorative, non sempre facilmente attuabili.

La *job satisfaction* può essere descritta attraverso due componenti:

1. gli aspetti intrinseci della soddisfazione che muovono verso il raggiungimento del successo (*achievement*) e i riconoscimenti (*recognitions*) che una persona cerca di realizzare attraverso la propria attività professionale;
2. gli aspetti estrinseci, correlati direttamente al contesto lavorativo, come la valutazione individuale dell'ambiente organizzativo o del contenuto del lavoro.

Si possono considerare anche altri fattori capaci di influenzare la *job satisfaction*, che vengono raggruppati in due principali insiemi:

1. i fattori individuali che includono: variabili demografiche (età, genere, razza, etc.) e fattori che riguardano la sfera individuale (quoziente intellettivo; livello di autostima; senso di dominio, etc.)
2. i fattori ambientali, più strettamente correlati ad aspetti di ambito organizzativo (l'ambiente e il lavoro stesso; le condizioni lavorative, le tipologie, le retribuzioni, l'autonomia, le relazioni interpersonali e con il "capo").

L'atteggiamento dei lavoratori verso il proprio lavoro e il grado di soddisfazione che ne traggono sono condizionati, oltre che dalla consistenza del lavoro, anche dalle aspettative che essi nutrono nei confronti dello stesso e dal significato che ne traggono.

Questo approccio tiene conto di un aspetto che le teorie sui bisogni sottovalutano: la possibilità di bilanciare, ergo compensare, quel che "soddisfa" con quel che "non soddisfa".

Quanto emerso dall'esame dei questionari ha dato modo di comprendere che la soddisfazione sul lavoro influenza il benessere psichico, la salute fisica e, in generale, la comparsa di malattie dovute a stress; quindi, le difficili condizioni di lavoro e la parziale soddisfazione data da questo, aumentano il tasso di assenteismo tra il personale indagato.

Un interessante lavoro riguarda le connessioni tra l'assenteismo ed il *turn-over*, un processo per cui, nel settore sa-

nitario, l'infermiere lascia volontariamente la propria posizione lavorativa, comprendendo anche il trasferimento tra Unità Operative della stessa organizzazione.

Spesso il *turn-over* viene utilizzato come indicatore della difficoltà delle strutture sanitarie nel reclutare e/o ritenere il personale: se, da una parte, si possono individuare, nel *turn-over*, alcuni aspetti positivi (come i benefici che l'organizzazione trae dall'introduzione di nuove modalità operative o dalle nuove idee che possono essere trasmesse), dall'altra parte vi sono conseguenze negative per la perdita di efficienza dell'equipe, la demotivazione personale, i rallentamenti della performance organizzativa, la discontinuità dell'assistenza ai pazienti.

Come per altre categorie, il personale infermieristico è sottoposto a considerevoli pressioni per adattarsi alle innovazioni del sistema sanitario. Spesso, l'insicurezza per i cambiamenti provoca un aumento delle tensioni organizzative e genera situazioni che si riflettono significativamente sulle funzioni e sulla stessa decisione di uscire dall'organizzazione o dalla profes-

sione, specie quando si percepisce un deterioramento delle condizioni di lavoro.

Il livello di *turn-over* diventa patologico quando, nel contesto lavorativo, si ha una mancanza di attrattività di lavoro, carichi eccessivi e stress e difficoltà con superiori e colleghi, ma pure la bassa remunerazione, associata a scarse possibilità di carriera e di sicurezza sul lavoro.

L'accettazione dei valori e degli obiettivi dell'organizzazione e l'impegno a raggiungere tali obiettivi con il desiderio di mantenere la propria *member-ship* all'interno dell'organizzazione costituiscono un'attiva adesione alla vita lavorativa, che non può che giovare al clima e alla produttività aziendale. Naturalmente, quanto detto influenza il fenomeno del *turn-over*: per quanto concerne l'aspetto affettivo e quello normativo, la relazione è negativa, mentre per la continuità, la relazione è positiva (più una persona rimane nell'organizzazione perché non ha altre possibilità, più egli avrà voglia di andarsene).

La natura psicologica di ogni forma è sostanzialmente diversa: le persone con una forte caratterizzazione affettiva, per esempio, rimangono con l'organizza-

zione perché lo desiderano, quelle con una forte caratterizzazione normativa, perché si sentono obbligate a rimanere, quelle con un forte carattere di continuità perché ne hanno bisogno.

Ciò fa capire come l'infermiere possa perdere di motivazione e di soddisfazione lavorativa, e quindi cedere all'assenteismo, portando all'azienda costi che incideranno negativamente sul bilancio.

Da considerare riguardo all'argomento, è **il tasso di assenteismo** che è una misura importante in fase di programmazione del personale, perché **rappresenta un termometro del clima aziendale**. Considerato che l'assenteismo è sempre sinonimo di un rapporto difficile tra azienda e lavoratore, il dato va correttamente interpretato al fine di comprenderne le cause, depurarla da influenze esterne e adottare le eventuali misure correttive.

Da un rapporto del *Bureau International du Travail* (Bit/Oms) sulle condizioni di lavoro del personale infermieristico, viene rilevato che il lavoro notturno e il sistema dei turni sono tra i fattori che causano i problemi più gravi in tutti i servizi infermieristici del mondo. Secondo il rapporto, inoltre, la responsabilità per la vita dei pazienti provoca esaurimento fisico e tensione nervosa.

Il "tasso di assenteismo" assume significati diversi che, a seconda della chiave di lettura utilizzata per decodificarli, possono dar luogo a differenti interpretazioni, ciascuna delle quali si connota come "evento sentinella" di un fenomeno che mette conto di esplorare per valutarne le ricadute sotto il profilo sociale, organizzativo ed economico.

Un fenomeno che è esploso recentemente, anche se è sempre esistito, è quello del mobbing, che può essere una concausa dell'assenteismo. Si tratta di un fenomeno antico e ben conosciuto in ogni cultura, ma è stato descritto in maniera sistematica per la prima volta nel 1982 in una ricerca pubblicata dal ministero per la Salute e la Sicurezza su Lavoro svedese.

Per definire la violenza psicologica sul posto di lavoro esistono diversi termini tra cui i più ricorrenti sono: *bullying at work* (bullismo sul lavoro); *harassment*



(molestia); *work abuse* (abuso lavorativo) e *victimisation* (vittimizzazione), ma il termine più usato in Italia e nelle ricerche scandinave è quello, appunto, di *mobbing*.

Secondo il dizionario Collins-Giunti, questo termine deriva dal verbo inglese: "*to mob*", che significa: "assalire, prendere d'assalto". Così, **con mobbing si intende una comunicazione non etica e ostile rivolta da uno o più individui, in maniera sistematica**, verso un unico individuo che, a sua causa, è spinto in una posizione disperata, senza difese e viene mantenuto in questa condizione grazie alla continua attività di azioni "mobtizzanti" che avvengono in maniera molto frequente (almeno una volta a settimana) e per un lungo periodo di tempo (almeno sei mesi).

Gli atteggiamenti "mobtizzanti" possono essere raggruppati in cinque categorie, in base agli effetti che hanno sulle vittime, e possono essere:

1. impedire alla vittima di esprimersi (effetti sulla possibilità di comunicare in maniera adeguata);
2. isolare la vittima (effetti sulla possibilità di mantenere contatti sociali);
3. attacchi alla reputazione personale (effetti sulla possibilità delle vittime di mantenere la loro reputazione personale);
4. screditare la vittima nel suo lavoro (effetti sulla situazione occupazionale);
5. compromettere la salute della vittima (effetti sul benessere psicofisico).

Proprio a causa dell'elevata frequenza e della lunga durata, il maltrattamento porta all'isolamento sociale e può causare danni psicologici e psicosomatici notevoli. È chiaro che, se le attività di *mobbing* non sono continuative, esse non sono nocive per la personalità di un individuo; i problemi insorgono quando una persona viene attaccata ripetutamente e a lungo, con atteggiamenti ostili non isolati e casuali, ma inseriti in un processo distruttivo messo in atto volontariamente da altri.

Nello studio vengono analizzate le diverse modalità di *mobbing* e la loro influenza sul benessere lavorativo. A tal fine è stato somministrato un questionario a 396 lavoratori spagnoli attraverso cui è stata rilevata una reale e significativa relazione tra *mobbing* sul posto di lavoro e sintomi psicosomatici del lavoratore, ma, contrariamente da quanto si sarebbe sospettato, non relazioni significative con il fenomeno dell'assenteismo.

DISCUSSIONE

Gli articoli analizzati concordano con il fatto che **maggiore è il senso di soddisfazione percepito dall'infermiere nel proprio ambito di lavoro, maggiore potrà essere la sua produttività** con una riduzione dello stress, dell'assenteismo e del *turn-over*.

Indipendentemente dall'ambiente, più un impiegato - uomo o donna che sia - è soddisfatto del proprio lavoro, più è probabile che lo continui. I dati a disposizione indicano che molti infermieri sono sotto-impiegati (demansionati) e che le loro aspettative non sono soddisfatte.

Il compito della formazione degli infermieri - dare loro tutta la preparazione di cui avranno bisogno - è legato alla responsabilità dell'effettiva pratica infermieristica, cioè a dar loro l'opportunità di agire in modo adeguato e di utilizzare le competenze acquisite.

Il ruolo del management infermieristico, pertanto, è di estrema importanza.

Le università laureano infermieri a migliaia e i dirigenti del personale possono offrire i più allettanti vantaggi materiali, ma se non si combattono le cause fondamentali di insoddisfazione, gli infermieri continueranno ad abbandonare il lavoro e il problema dell'elevato assenteismo e *turn-over* rimarrà irrisolto. È, quindi, facile comprendere perché organi politici, associazioni professionali, organizzazioni sanitarie e dirigenza aziendale siano molto attente e orientate a sviluppare politiche, sperimentare strategie, agire con pratiche di ritenzione del personale.

L'assenteismo dipende da particolari condizioni aziendali o individuali e dagli indicatori del clima dell'azienda, per cui devono essere messe in pratica azioni *ad hoc* per correggere eventuali situazioni di disagio segnalate. Esso ha dei costi che sono: diretti (costi retributivi e accessori, mancata produzione e il costo delle ore straordinarie di compen-

sazione) ed indiretti (diminuzione di produttività, deterioramento del clima e minore qualità delle prestazioni).

Inoltre, l'elevato *turn-over* incide pesantemente sui costi dei servizi sanitari, per il reperimento, la selezione e l'inserimento del personale nuovo che sostituisce, anche se questo è stato, in alcuni casi, avviato, attraverso il reclutamento di colleghi infermieri dalle cooperative.

Il basso livello di soddisfazione professionale che gli infermieri sperimentano può essere la causa di un maggiore tasso di inattività in questa categoria di operatori sanitari.

Probabilmente, va valutato che la psicologia del lavoro potrebbe aiutarci a comprendere che, accanto ad un certo tipo di assenteismo "fisico", attualmente, esiste e diventa sempre più vasto un fenomeno che riguarda la presenza "spirituale" della persona al lavoro.

Molti lavoratori, in particolare quelli dei settori più impegnativi dal punto di vista psicologico, vivono una forma di alienazione nuova, attraverso comportamenti che potremmo definire soltanto come non tabellati o di difficile determinazione; individui che esprimono la loro non-presenza attraverso disfunzioni tipiche della sfera del pensiero, del sentimento e della volontà.

Anche queste forme di assenteismo hanno costi altissimi che dovremmo deciderci a misurare, perché anch'essi incidono negativamente sulla posizione dell'azienda nei confronti della concorrenza. È una verità inconfutabile che, oggi, il lavoro - o, la sua mancanza - definisce la nostra salute ed è, probabilmente, il fattore che maggiormente influenza la nostra esistenza.

Lavoriamo, in media, otto ore al giorno; e se a queste aggiungiamo le ore per i trasporti e i pasti, possiamo affermare che ognuno di noi passa pressappoco la metà della giornata al lavoro o in attività connesse al lavoro (senza prendere in considerazione le ore supplementari, le preoccupazioni portate a casa, la paura di perdere l'impiego, la frustrazione accumulata nel corso di un conflitto interpersonale, etc).

Il lavoro riveste, dunque, un'importanza

che oltrepassa largamente la sua funzione economica o il suo valore strumentale; esso determina il rango sociale della persona e, oltre ad essere una fonte di relazioni umane, è un luogo di socializzazione per eccellenza.

Di conseguenza, se l'ambiente di lavoro è sano, se le condizioni di lavoro e la sua organizzazione sono capaci di tener conto dei nuovi rischi che derivano proprio dalle nuove forme del lavoro, si può permettere alla persona di espandersi e sviluppare le sue attitudini e il suo potenziale.

La risoluzione del problema dell'assenteismo è sicuramente non facile, ma si può tentare di ipotizzarla facendo intervenire modificazioni a vari livelli. I primi tipi di intervento possono essere provvedimenti procedurali, aventi come obiettivo quello di innalzare gli ostacoli all'assenteismo (come il recente decreto legge Tremonti-Brunetta) e che consistono in azioni di monitoraggio e controllo. Come noto, con il decreto legge n. 112 del 2008 sono state adottate delle misure normative finalizzate ad incrementare l'efficienza delle pubbliche amministrazioni, anche mediante interventi in materia di trattamento del personale. Il provvedimento legislativo, innanzitutto, contiene una nuova disciplina in materia di assenze per malattia: in particolare, la normativa stabilisce, nel comma 1, il trattamento economico spettante al dipendente in caso di assenza per malattia; definisce le modalità la presentazione della certificazione medica a giustificazione dell'assenza (comma 2) e i controlli che le amministrazioni debbono disporre (comma 3).

La disposizione riguarda anche l'aspetto economico evidenziando che: "nei primi dieci giorni di assenza è corrisposto il trattamento economico fondamentale con esclusione di ogni indennità o emolumento, comunque denominati, aventi carattere fisso e continuativo, nonché di ogni altro trattamento economico accessorio", naturalmente sono previste eccezioni per le assenze dovute ad infortuni sul lavoro o a causa di servizio, oppure a ricovero ospedaliero o a day hospital o a terapie salvavita. Si possono, poi, intraprendere azioni pre-

ventive dirette all'ambiente lavorativo che mirano a ridurre il distacco tra carico di lavoro e capacità, attraverso una riduzione e razionalizzazione del carico di lavoro.

Ciò, eliminando le cause connesse all'ambiente lavorativo dei problemi nel settore della prevenzione degli infortuni, della salute e del benessere.

Da una ricerca della Comunità Europea per la prevenzione dell'assenteismo sui luoghi di lavoro si trae un suggerimento di una serie di accorgimenti per la prevenzione.

Si possono prendere in considerazione quattro tipi di interventi, che affrontano elementi diversi della situazione:

1. i primi tipi di intervento sono provvedimenti procedurali, miranti ad innalzare gli ostacoli all'assenteismo; essi consistono in azioni di monitoraggio e controllo dell'assenteismo;
2. le azioni preventive dirette all'ambiente lavorativo mirano a ridurre il distacco tra carico di lavoro e capacità, mediante una riduzione del carico di lavoro. Ciò viene effettuato eliminando le cause connesse all'ambiente lavorativo dei problemi nel settore della prevenzione degli infortuni, della salute e del benessere;
3. le azioni preventive dirette alla persona sono quelle in cui si tenta di fare in modo che il lavoratore svolga la sua funzione lavorativa (e viva) in un modo sicuro e salubre;
4. tali azioni dirette alla persona mirano a migliorare l'equilibrio tra carico di lavoro e capacità, aumentando la capacità dell'individuo;
5. gli ultimi tipi di azione volti a ridurre l'assenteismo sono azioni di reintegrazione. Queste mirano ad abbassare gli ostacoli alla reintegrazione e ad accelerare il ritorno al lavoro dei lavoratori malati.

Sicuramente, va potenziata la *job satisfaction* dei lavoratori dell'ambiente sanitario che, com'è noto, è influenzata dal contesto lavorativo creatosi negli ultimi anni.

Parallelamente a questi mutamenti, si sta assistendo ad una spinta evolutiva delle forme organizzative: da strutture meccaniche, a strutture organiche; da

strutture incentrate sulla gerarchia come principale leva di integrazione, a strutture basate sulla comunicazione – verticale, orizzontale e trasversale – come variabile fondamentale per la gestione delle interdipendenze reciproche tra unità organizzative, ruoli e profili professionali differenti.

In tale contesto, **il fattore umano acquista un'importanza fondamentale quale leva cruciale per il successo dell'organizzazione e il buon funzionamento dei suoi elementi strutturali, sia in base ad una prospettiva sociale, sia individuale.**

La capacità di perseguire il miglioramento del benessere organizzativo nelle sue molteplici componenti e sfaccettature, rappresenta un aspetto determinante per lo sviluppo e l'efficacia organizzativa, che influenza positivamente la capacità dell'organizzazione stessa di adattarsi ai mutamenti del contesto di riferimento e può contribuire a ridurre l'assenteismo e il *turn-over*.

Sviluppare il tema del "benessere organizzativo" implica un sistema gestionale sicuramente più faticoso e complesso rispetto a quello tradizionale, ma molte ricerche hanno dimostrato quanto, a medio e lungo termine, il miglioramento, in termini di efficienza e professionalità, sia in grado di premiare gli sforzi impiegati.

Da questi studi emerge che sono tre i fattori che concorrono a costruire un buon ambiente di lavoro:

1. buone relazioni con i colleghi;
2. l'orgoglio per ciò che si fa;
3. "*trust the management*", cioè la fiducia nelle persone per cui si lavora.

Ciò è significativo di quanto sia importante che le persone lavorino in un ambiente coinvolgente, in cui si riesca a stabilire buoni rapporti sociali, fondati sulla fiducia e la stima reciproca.

Si deve, forse, anche fare una considerazione sulle nuove disposizioni contro l'assenteismo dettate dal decreto Tremonti-Brunetta, che mira a colpire i lavoratori negligenti e gli assenteisti, ma anche il diritto di pari dignità sociale davanti alla legge (art. 3 della Costituzione), in quanto questa disposizione è rivolta solo ai lavoratori pubblici e, sicu-

ramente, il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo (art. 32 della Costituzione).

A questo proposito va detto che l'assenteismo tra i lavoratori della pubblica amministrazione non si discosta da quanto avviene in tutti i luoghi di lavoro e riguarda pochissimi casi. Ai dipendenti pubblici non manca senso di responsabilità e dedizione al lavoro: gli infermieri dell'ospedale, non diversamente dai lavoratori delle case di riposo e di altri servizi privati, si assentano per malattia un solo giorno per evitare di creare disservizi e non lasciare i colleghi da soli in reparto o allo sportello.

CONCLUSIONI

Nella natura del lavoro stanno avvenendo cambiamenti dirompenti dovuti alla competizione globale, all'innovazione tecnologica, ai sistemi di controllo più serrati e ad una retribuzione inadeguata. Il contesto organizzativo è continuamente modellato da forze sociali,

culturali ed economiche potenzialmente rischiose.

Di conseguenza, le organizzazioni sono messe a dura prova, forzate ad aumentare la produttività, a ri-progettare le gestioni e a resistere allo sfruttamento opportunistico da parte di altre persone.

Le tensioni derivanti da grandi cambiamenti sociali finiscono spesso col danneggiare le persone, i lavoratori, che interiorizzano i mutamenti e li trasformano in stress.

In particolare, nelle organizzazioni sanitarie, caratterizzate da un alto grado di complessità, il personale rappresenta un elemento primario nei vari processi di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi. Le attività sanitarie, per loro natura, non sono sempre standardizzabili, poiché l'ambito discrezionale del contributo professionale è sempre presente in relazione al livello di responsabilità ed in grado, quindi, di influenzare il risultato.

Quando il contributo professionale ai processi produttivi di una organizzazione rappresenta una variabile così rilevante, la sua gestione assume inevitabilmente valenza strategica.

Da quanto detto emerge come, **nelle strutture sanitarie, la scelta di professionalità adeguate e gli strumenti necessari per gestirle, rappresentino un aspetto molto rilevante, se non il più rilevante per l'organizzazione dei servizi.** Nell'ambito dell'organizzazione di questi, infatti, la professione infermieristica ricopre un ruolo di rilievo, sia per quanto riguarda il rapporto con il paziente e il restante personale sanitario, sia per quanto attiene l'assetto organizzativo delle strutture in cui opera.

AUTORE:

Emilia Marsala, infermiera presso l'Ifo, polo oncologico Regina Elena di Roma; master in Management e funzioni di coordinamento infermieristico.

BIBLIOGRAFIA

- Albion M.J., Fogarty G.J., Machin M.A., Patrick J., *Predicting absenteeism and turnover intentions in the health professions*. Aust Health Rev. 2008 May; 32(2):271-81.
- Argyris C., *Superare le difese organizzative*, Ed. Cortina. Milano, 1993, 10-40.
- Arthur J.B., *Effects of human resource systems on manufacturing performance and turnover*. Academy of Management Journal, 37(3), 90-110.1994
- Auteri E., *Management delle risorse umane. Fondamenti professionali*, Milano, III edizione.
- Benci L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, McGraw-Hill editore. 2005.
- De Feo G., *Le competenze delle risorse umane e quelle organizzative*, Sviluppo & Organizzazione, n.157, settembre/ottobre 1996, 20-60.
- French M.T., Zarkin G.A., *Mental health, absenteeism and earnings at a large manufacturing worksite*, J Ment Health Policy Econ. 2006 Dec 1;1(4):161-172.
- Gerhart B., Milkovich G.T., *Organizational differences in managerial compensation and financial performance*. Academy of Management Journal, 33(4), 2003, 215-222.
- Gil-Monte P.R., *Magnitude of relationship between burnout and absenteeism: a preliminary study*, Psychol Rep. 2008 Apr;102(2):465-8.
- Haneklin C., Aretino G., *Pensiero organizzativo e azione manageriale*. Cortina edizioni, Milano, 2000, 20-50.
- Inoue K.C., Matsuda L.M., Da Silva D.M., Uchimura T.T., Mathias T.A., *The absenteeism-disease of a nursing team in an intensive care unit*, Rev. Bras. Enferm. 2008 Mar-Apr;61(2):209-14.
- Isah E.C., Omorogbe V.E., Orji O., Oyovwe L., *Self-reported absenteeism among hospital workers in benin city, Nigeria*. Ghana Med J. 2008 mar; 42(1):2-7.
- Lado A.A., Wilson M.C., *Human resource systems and sustained competitive advantage: a competency-based perspective*. Academy of Management Review, 19(4), 2002, 67-78.
- Meseguer de Pedro M., Soler Sánchez M.I., Sáez Navarro M.C., García Izquierdo M., *Workplace mobbing and effects on workers' health*, Span J Psychol. 2008 May;11(1):219-27.
- Nyathi M., Jooste K., *Working conditions that contribute to absenteeism among nurses in a provincial hospital in the Limpopo Province*, curatiosis. 2008 Mar;31(1):28-37.
- Preventing Absenteeism at the Workplace*. European Research Report. Cat. No. SX-05-97-422-EN-C, ISBN 92-828-0418-6. ECU: 34
- Pintu E., *Il project management per le aziende sanitarie*. McGraw-Hill editore, 2003.
- Roehling M., Cavanaugh M., Moynihan L., Boswell W., *The Nature of the New Employment Relationship: A Content Analysis of the Practitioner and Academic Literatures*. Cahrs, Working Paper 98-18,
- Sveinsdóttir H., Biering P., Ramel A., *Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey*. Int J Nurs Stud. 2006 sep; 43(7):875-89. Epub 2005 dec 19.

Gestione del dolore nella biopsia del midollo osseo nell'adulto: una revisione della letteratura

di Maria Grazia Proietti, Giuseppe Cingari

INTRODUZIONE

La biopsia del midollo osseo consiste nel prelievo di un campione finalizzato alla diagnosi di alcune patologie ematologiche, per lo più oncologiche. Il campione può essere prelevato pungendo lo sterno, la tibia prossimale, una vertebra o la cresta iliaca posteriore, ma nell'adulto si preferisce quest'ultima, soprattutto per il minor rischio di danneggiare organi adiacenti o vasi (1). La procedura, a cura del medico, è preceduta dalla somministrazione di anestetico locale, a livello cutaneo e del periostio, e consiste nell'introduzione di un ago con mandrino, attraverso la cute e l'osso, fino al midollo osseo. Una volta che l'ago è penetrato nel tessuto midollare, si rimuove il mandrino e si inserisce una siringa da 10 ml per l'aspirazione di 1-2 ml di midollo. Si ripone quindi il mandrino nell'ago, si sfilava l'ago e si trasferisce il campione in una provetta e/o su vetrini. Spesso si effettuano due tipi di prelievo nella stessa seduta: l'aspirato midollare (*aspiration*) consiste nell'acquisizione di un campione di tessuto liquido presente all'interno dell'osso spugnoso, mentre la biopsia osteomidollare in senso stretto (*bone marrow biopsy*) include un campione dell'osso spugnoso, il cosiddetto "frustolo", e comporta l'utilizzo di un ago di calibro maggiore.

La biopsia midollare è una manovra invasiva, spesso dolorosa nonostante l'impiego di anestesia locale. Talvolta il paziente avverte indolenzimento e fasti-

dio per uno o più giorni dopo il prelievo. D'altra parte il controllo del dolore correlato all'esecuzione di esami diagnostici rappresenta un aspetto rilevante per gli operatori sanitari che a diverso titolo si prendono cura dei pazienti: perché aggiungere inutilmente l'ansia e il dolore dovuti alle procedure ai problemi connessi alla patologia?

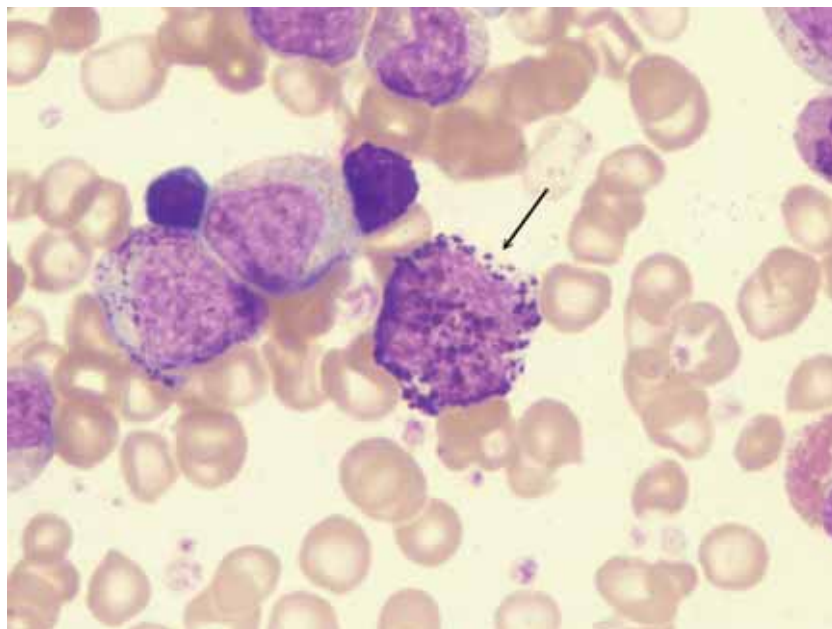
In un articolo del 2007, Sally Beattie effettua un'interessante riflessione sulla sua esperienza nell'assistenza a pazienti sottoposti a biopsia del midollo osseo, enfatizzando l'esigenza che l'infermiere acquisisca una grande competenza al fine di garantire la sicurezza dei pazienti (1). Per la nostra revisione bibliografica ci interessa focalizzare specificamente gli aspetti riguardanti la gestione efficace del dolore e dell'ansia. In particolare l'infermiere informa il paziente su come si svolge la procedura, inclusa la sede di puntura e la durata, e sulle sensazioni che proverà: potrà sentire dolore, nonostante l'uso di anestetico locale, potrà avvertire una forte pressione e un dolore acuto quando l'ago viene inserito e successivamente estratto. In ogni caso, quando la procedura è terminata, cessa anche ogni sensazione dolorosa, salvo rare eccezioni. E' anche utile sapere se il paziente ha avuto precedenti esperienze di biopsia midollare che, anche se ben tollerate, possono determinare livelli elevati di ansia e, quindi, maggior dolore, per cui può essere suggerita l'integrazione della normale anestesia locale con un sedati-

vo, non necessario nella maggior parte dei casi. L'infermiere deve assicurare al paziente che gli sarà accanto durante tutta la procedura, deve convincerlo dell'importanza della sua collaborazione per evitare complicazioni e dell'utilità della respirazione profonda per rilassarsi. Durante l'esame l'infermiere, oltre a confortare il paziente e ad aiutarlo dolcemente a mantenere la posizione, deve monitorare la tolleranza al dolore osservando la respirazione, la frequenza cardiaca e la saturazione dell'ossigeno, inoltre deve tenersi pronto a somministrare un'ulteriore dose di analgesico se necessario. In ogni caso l'analgesico deve essere somministrato per prevenire il dolore che insorgerebbe una volta che sarà terminato l'effetto dell'anestesia locale. Il paziente deve anche essere avvisato della possibilità di lievi disturbi, per circa una settimana, che possono essere alleviati con l'uso di blandi analgesici o impacchi freddi, ma deve anche sapere che il dolore è accentuato dal sollevamento di pesi o da attività faticose, mentre possono essere rapidamente riprese le normali attività quotidiane. Nel suo articolo Sally Beattie indica tre principali interventi per la gestione del dolore: l'informazione, la somministrazione di analgesici e sedativi, il supporto psicologico.

MATERIALI E METODI

In uno studio del 2003 Vanhelleputte e collaboratori (2) hanno rilevato la prevalenza e l'intensità del dolore durante

l'aspirato midollare (BMA) negli adulti e hanno indicato l'esigenza di adottare opportuni metodi di prevenzione. La prima parte dello studio, di tipo prospettico, conclude che, nonostante l'anestesia locale, l'86% dei pazienti ematologici adulti prova dolore durante la BMA, ben il 36% riferisce di aver provato dolore moderato o intenso, superiore a un punteggio di 30 mm sulla visual analogue scale (VAS); l'intensità dell'esperienza dolorosa è direttamente proporzionale alla durata della procedura e inversamente all'età del paziente. Nella seconda parte dello studio, di tipo randomizzato controllato, 100 pazienti adulti da sottoporre a BMA sono assegnati casualmente a due gruppi: al gruppo sperimentale vengono somministrati, un'ora circa prima della procedura, per via orale, 50 mg di tramadolo¹, mentre al gruppo di controllo viene somministrato placebo, con le medesime modalità. Il pretrattamento con tramadolo riduce dal 40 al 20 la percentuale di pazienti che riferiscono dolore moderato (>30mm VAS) ed è ben tollerato. Il merito principale di questo studio, oltre a sottolineare l'importanza dell'associazione di un farmaco oppioide all'anestetico locale, è stato quello di riconoscere la rilevanza del dolore provato dal paziente adulto nelle pratiche diagnostiche invasive e di affrontare il problema di come prevenirlo o perlomeno ridurlo. La sedazione cosciente è una tecnica nella quale l'uso di un farmaco produce una depressione del sistema nervoso centrale, che tuttavia consente di mantenere il contatto verbale con il paziente. In uno studio osservazionale prospettico del 2004 Giannoutsos e colleghi intendono chiarire se nella biopsia midollare tale sedazione endovenosa in aggiunta all'anestesia locale sia sempre indicata (3), giacché la scelta se usarla o meno è spesso guidata dal medico che prescrive o che effettua l'esame, senza alcuna chiara evidenza che mostri in quali circostanze sia effettivamente utile per il paziente. Per l'indagine è stato somministrato un questionario a 112 pazienti subito dopo aver effettuato l'esame, per ciascun caso osservato sono stati inoltre registrati: la durata della procedura, le dimensioni del frustolo ed ogni eventuale complicazione.



La maggior parte dei pazienti (68%) ha scelto di effettuare solo l'anestesia locale e quasi tutti (74/76) sono stati contenti della loro scelta. I pazienti che invece hanno chiesto anche la sedazione hanno ottenuto punteggi del dolore più bassi di quelli ai quali era stata effettuata solo l'anestesia locale (1 vs 3), inoltre hanno mostrato livelli di apprensione più bassi alla prospettiva di essere sottoposti nuovamente all'esame. I pazienti che avevano una precedente esperienza della biopsia midollare hanno mostrato una leggera preferenza per la sedazione in aggiunta all'anestesia locale rispetto a quelli che la effettuavano per la prima volta. Quindi, secondo gli autori, i pazienti che possono più appropriatamente considerare l'opzione della sedazione, salvo che non ci siano controindicazioni mediche, sono quelli che devono essere sottoposti a biopsie midollari ripetute a intervalli relativamente brevi, per esempio i pazienti con leucemia o mieloma. Le dimensioni del campione biptico non sembrano rilevanti per l'uso della sedazione, che invece influenza la durata della procedura, per il tempo necessario ad acquisire il consenso, ad inserire una cannula endovenosa, a smaltire gli effetti del farmaco. Gli autori concludono che in alcune circostanze i sedativi siano utilizzati senza che ve ne sia la necessità, non aderendo alle linee guida ufficiali, per cui l'uso della sedazione

non è consigliabile quando manchino i requisiti di sicurezza: dispositivi per la rianimazione e personale aggiuntivo, nonché attrezzature per il monitoraggio del paziente durante e dopo la procedura. I dati di mortalità per le procedure di endoscopia gastrointestinale, non sempre ascrivibili alla sedazione, sono di 1:2000, mentre le complicazioni dovute alla biopsia midollare non sono note, benché sembrino molto basse. Pertanto, nonostante l'effettuazione della procedura sotto sedazione non risulti esente da rischi, questo può non apparire ai medici che effettuano la biopsia midollare, semplicemente perché gli eventi avversi capitano raramente. In conclusione la biopsia midollare è una procedura sicura alla quale tuttavia l'utilizzo della sedazione aggiunge un piccolo rischio.

Tali conclusioni sono smentite da uno studio retrospettivo non randomizzato pubblicato nello stesso anno, che ha valutato la sicurezza della sedazione profonda osservando, dal gennaio 1997 al dicembre 2000, 5811 pazienti sottoposti per la prima volta a biopsia midollare in regime ambulatoriale (4). L'indagine ha rilevato la mortalità e il ricovero ospedaliero a 30 giorni. Ulteriori rilevazioni hanno riguardato la necessità di un intervento chirurgico o di una trasfusione di sangue nelle 48 ore successive all'esame. Sono stati confrontati i dati relativi a due gruppi: il

primo di 2604 pazienti (45%) ai quali è stato somministrato midazolam², fentanyl³, e propofol⁴ per via endovenosa per il mantenimento di una sedazione profonda, in aggiunta all'anestetico locale, il secondo di 3207 pazienti (55%) che hanno effettuato l'anestesia locale, ma non la sedazione o l'analgesia endovenosa. I pazienti sedati avevano meno probabilità di morire entro 30 giorni dall'esame (0.69% vs. 1.34%, $P = 0.018$) e avevano meno probabilità di ricevere una trasfusione di sangue (1.27% vs. 2.25%, $P = 0.006$) rispetto a quelli che avevano ricevuto solo l'anestesia locale. Non è stata riscontrata nessun'altra differenza fra i due gruppi. Sebbene lo studio sia retrospettivo e non randomizzato, i risultati indicano che per i pazienti sottoposti a biopsia midollare usare la sedazione profonda è sicuro quanto il non usarla.

Un altro importante filone concernente la gestione del dolore nei pazienti sottoposti a biopsia del midollo osseo è rappresentato dall'uso di una miscela in parti uguali di protossido di azoto e ossigeno (N_2O/O_2) in aggiunta all'anestetico locale.

Steedman e collaboratori, nel 2006, a partire dal presupposto che la biopsia midollare sia una procedura di importanza centrale per la diagnosi delle malattie ematologiche, che può essere effettuata in sicurezza in regime ambulatoriale usando solo l'anestesia locale, hanno valutato l'efficacia dell'impiego aggiuntivo del protossido di azoto per la gestione del dolore (5). A tutti i pazienti è stata praticata un'anestesia locale con lidocaina al 2%, successivamente i pazienti sono stati assegnati a due gruppi: all'uno è stato somministrato Entonox per inalazione, all'altro no. Al termine dell'esame ai pazienti è stato somministrato un questionario per valutare il disagio associato alla procedura: 28 degli 85 pazienti (33%) ai quali è stata effettuata solo l'anestesia locale, hanno provato un dolore intenso, rispetto a 7 pazienti su 51 (14%) ai quali è stato somministrato l'Entonox in aggiunta all'anestetico locale ($P = 0.013$); nessun evento avverso è stato associato all'uso dell'Entonox; 43 dei 51 pazienti ai quali è stato somministrato

l'Entonox hanno dichiarato di preferire questo metodo di analgesia per le eventuali future esperienze. I ricercatori concludono che l'Entonox per inalazione è un utile adiuvante dell'anestesia locale per i pazienti sottoposti a biopsia midollare.

In uno studio randomizzato controllato in doppio cieco del 2008, Helen Johnson e altri studiosi valutano la possibilità di migliorare la gestione del dolore nei pazienti che devono essere sottoposti a biopsia del midollo osseo mettendo a confronto l'efficacia, in aggiunta all'anestetico locale, di una miscela in parti uguali di protossido di azoto e ossigeno (N_2O/O_2), rispetto a placebo rappresentato da solo ossigeno (6). I 48 partecipanti allo studio sono stati poi invitati a compilare un questionario di misurazione del dolore e a commentare la loro esperienza. Sebbene i punteggi ottenuti nella scala del dolore siano stati complessivamente moderati, nel gruppo trattato con protossido di azoto hanno registrato meno dolore gli uomini rispetto alle donne. Inoltre tutti i pazienti già sottoposti a precedenti biopsie hanno provato più dolore, indipendentemente dal gas somministrato. In conclusione, secondo gli autori, il protossido di azoto rappresenta un analgesico sicuro, efficace, facile da usare, che tuttavia richiede ulteriori indagini circa l'applicazione nelle procedure dolorose. Anche in questo lavoro si rileva che i pazienti sottoposti a precedenti biopsie accusano maggiore dolore, il che rappresenta un importante invito alla personalizzazione dell'assistenza.

Questi risultati sono stati confermati dal recentissimo studio, di tipo osservazionale prospettico, condotto da Gayet e collaboratori (7) per valutare l'efficacia e la facilità d'uso del protossido di azoto, sempre in associazione con l'anestesia locale, nel ridurre il dolore dei pazienti sottoposti a biopsia midollare. Per lo studio sono stati arruolati 19 donne e 21 uomini, con un'età media di 51 anni. Durante l'esame i pazienti si mantenevano autonomamente la maschera facciale, al termine veniva loro somministrato un questionario per valutare il dolore, attraverso una scala numerica da 0 a 10, e inoltre la facilità

d'uso, la tolleranza e il gradimento del metodo analgesico utilizzato. I medici hanno annotato le reazioni avverse: un paziente ha avuto nausea e 4 un'euforia transitoria. Il 90% dei pazienti ha provato un dolore lieve, meno di 5 sulla scala numerica. Solo un paziente ha avuto difficoltà a tenere la maschera. Il 95% dei pazienti desiderava continuare ad assumere il protossido di azoto più a lungo di quanto fosse necessario. Gli autori concludono che il protossido di azoto è un analgesico efficace: solo il 10% dei pazienti sottoposti a biopsia midollare prova un dolore moderato o intenso, rispetto a un terzo rilevato da Vanhelleputte e collaboratori nel 2003 (2). Nonostante alcuni leggeri effetti collaterali, i pazienti hanno apprezzato l'effetto combinato analgesico e sedativo, pertanto gli autori hanno deciso di adottarlo di routine.

La biopsia midollare è una procedura dolorosa e le tecniche di sedazione possono renderla accettabile, benché rappresentino potenziali cause di rischio, per cui richiedono personale e attrezzature per la gestione della sicurezza. Gudgin e collaboratori, in uno studio del 2008, hanno valutato l'uso di Entonox, una miscela in parti uguali di protossido di azoto e ossigeno (N_2O/O_2), come agente sedativo e analgesico, comparativamente con precedenti esperienze che vedevano l'uso endovenoso del midazolam, un derivato benzodiazepinico (8). L'indagine ha riguardato la percezione del dolore da parte del paziente, nonché la facilità d'uso e la sicurezza percepite dagli operatori e dai pazienti. Sono stati osservati 22 pazienti: 16 erano stati precedentemente sedati con Midazolam e.v., di questi 15 (94%) hanno trovato l'Entonox migliore o come il Midazolam e solo uno (6%) l'ha trovato peggiore. Non c'erano eventi avversi gravi direttamente riconducibili all'Entonox. Nonostante l'esiguo campo di indagine l'Entonox si è dimostrato un'efficace, sicura alternativa al Midazolam e.v. per la sedazione del paziente sottoposto a biopsia midollare, considerata accettabile sia dai pazienti che dagli operatori. Ha inoltre il vantaggio di non richiedere personale o servizi aggiuntivi per la gestione della sicurezza.

za e per il monitoraggio del paziente durante e dopo la procedura.

A un risultato diverso pervengono Chakupurakal e altri ricercatori in uno studio randomizzato controllato dello stesso anno, che confronta l'efficacia di 5–10 mg di midazolam somministrato per via endovenosa rispetto all'inalazione di Entonox, in aggiunta all'anestesia locale, nel ridurre il dolore dei pazienti sottoposti ad aspirato e biopsia midollare (9). Per lo studio sono stati arruolati 46 pazienti, 24 nel braccio Entonox e 22 in quello midazolam. La somministrazione del midazolam, comparativamente con l'Entonox, determina un'esperienza meno sgradevole e un maggior sollievo dal dolore immediatamente dopo la procedura, con un ulteriore miglioramento se l'esperienza viene richiamata a distanza di 24 ore. Nausea, confusione e allucinazioni sono osservati con entrambi i trattamenti, ma la confusione è significativamente più frequente con Entonox ($p = 0.048$). Una depressione respiratoria clinicamente rilevante (saturazione $O_2 < 90\%$) è stata riscontrata nel 19% dei pazienti trattati con midazolam. In conclusione l'uso di midazolam in associazione con anestesia locale determina una sedazione rapida e reversibile e un efficace sollievo dal dolore durante la biopsia midollare, ed è superiore all'Entonox, tuttavia occorre fare molta attenzione al monitoraggio della funzione respiratoria.

In uno studio randomizzato a doppio cieco placebo-controllato del 2008, Park e altri (10) valutano l'efficacia della somministrazione endovena di lorazepam per la riduzione del dolore nei pazienti sottoposti ad aspirazione e biopsia del midollo osseo (BMAB). Il lorazepam è sicuramente più efficace del placebo nel migliorare la collaborazione del paziente durante la procedura e la sua reazione alla prospettiva di sottoporsi a un successivo esame, tuttavia non determina una significativa riduzione della percezione dolorosa.

In effetti la letteratura medica fornisce poche informazioni sul dolore dei pazienti sottoposti ad aspirazione e biopsia del midollo osseo (BMAB) e poco si sa circa i fattori che possono modificare la percezione del dolore.



Così introducono Talamo e gli altri autori di uno studio del 2009 (11) nel quale viene valutata l'efficacia di una combinazione di analgesici (acetaminofene 650 mg e ossicodone 10 mg) e ansiolitici (2 mg di lorazepam gtt) nel ridurre il dolore di pazienti sottoposti a BMAB. La somministrazione orale di tali farmaci su un campo di indagine costituito da 84 pazienti adulti ha prodotto una riduzione statisticamente significativa della percezione del dolore, misurata attraverso la Wong-Baker Faces Pain Rating Scale. Dei molti fattori esaminati, tre sono risultati rilevanti nella riduzione dell'intensità del dolore: la somministrazione di analgesici e ansiolitici, il genere maschile e l'età più avanzata. In realtà l'efficacia di analgesici e ansiolitici nella riduzione del dolore è piuttosto controversa: in che misura il lorazepam potrebbe in realtà semplicemente far dimenticare il dolore provato? In che misura il solo fatto di aver assunto i farmaci potrebbe condizionare i pazienti? E' ragionevole concludere che l'impiego di analgesici e ansiolitici sia indicato per i pazienti già sottoposti a indagini invasive, o psicologicamente terrorizzati all'idea di doverle affrontare. Talamo e colleghi stanno attualmente valutando la possibilità di raddoppiare la dose di

anestetico locale, da 50 a 100 mg di lidocaina cloridrato, per ridurre il dolore dei pazienti sottoposti a BMAB. I dati preliminari del nuovo studio già suggeriscono una maggiore efficacia rispetto all'impiego di analgesici e ansiolitici.

Un altro studio randomizzato controllato, di Tracy A. Ruegg e altri ricercatori (2009), riguarda l'uso comparato di lidocaina tamponata con sodio bicarbonato, o non tamponata, nella biopsia di midollo osseo, con l'obiettivo di valutare se esista una differenza nella percezione del dolore e inoltre di indagarne la relazione con altre variabili (12). Ai malati oncologici, rispetto ad altri malati, capita più spesso di provare dolore, sia a causa della malattia che della chemioterapia. In particolare la chemioterapia comporta che la cute, i tessuti e le ossa siano più sensibili a qualsiasi tipo di manipolazione, il che aumenta il dolore che questi malati provano per i numerosi esami invasivi ai quali sono sottoposti. L'anestetico locale più usato nella biopsia del midollo osseo è la lidocaina, la cui iniezione provoca una fastidiosa sensazione di bruciore parzialmente correlata all'acidità delle soluzioni attualmente disponibili. L'aggiunta di sodio bicarbonato, e quindi l'aumento del pH della soluzione, determina una riduzione



della sensazione

dolorosa durante l'iniezione intradermica di lidocaina, senza ridurre l'effetto anestetico. Per lo studio è stato arruolato un campione di

convenienza di 48 pazienti da sottoporre a biopsia del midollo osseo bilaterale: il sito della prima biopsia (cresta iliaca posteriore destra o sinistra) e il tipo di lidocaina somministrata (tamponata o non tamponata) è assegnato in modo casuale. Il dolore viene misurato attraverso una Visual Analog Scale (VAS) a 100 mm, prima dell'esame, dopo la somministrazione intradermica e intraossea dell'anestetico locale e dopo ciascuna biopsia. La relazione con ulteriori variabili è indagata attraverso un questionario: età, sesso, etnia, modalità di pagamento dei servizi sanitari, altezza, peso, storia medica e chirurgica, gravità della malattia, supporto emotivo percepito e storia di tolleranza al dolore. L'analisi dei dati mostra che i pazienti anestetizzati con lidocaina tamponata provano meno dolore di quelli ai quali viene somministrata lidocaina non tamponata. Punteggi di dolore più elevati sono stati riscontrati nei pazienti appartenenti a una minoranza etnica, rispetto alla razza caucasica, e in quelli che hanno subito più di due biopsie, oppure interventi chirurgici dolorosi. Le precedenti esperienze di interventi chirurgici, o comunque di esami invasivi, possono avere un'influenza negativa su come il paziente

affronta le procedure dolorose successive, mentre dare informazioni al paziente, soprattutto nel corso della procedura, può ridurre l'ansia, riducendo il dolore percepito.

Un ulteriore contributo all'argomento è fornito dall'opportunità di infiltrazione con articaina, un anestetico locale capace di penetrare nell'osso, per valutare se possa alleviare il dolore provocato dalla biopsia midollare meglio della lidocaina.

Nel merito è stato condotto uno studio randomizzato, a doppio cieco, che ha arruolato 150 pazienti, ai quali sono stati infiltrati 6 ml, se nel manubrio sternale, 8 ml, se nel corpo sternale, 10 ml, se nella cresta iliaca, due minuti prima della puntura: di articaina 20mg/ml (50 pazienti), di articaina 40mg/ml (49 pazienti) o di lidocaina 20mg/ml (51 pazienti), tutti associati ad adrenalina 5mg/ml (13). Il punteggio medio di dolore rilevato su una scala numerica è stato: 3.0 (0-10) per l'iniezione di anestetico locale, 2.0 (0-8) per la puntura dell'osso, 3.5 (0-10) per l'aspirazione del midollo osseo, 3.0 (0-10) per la biopsia (48 pazienti). Nessun parametro differisce significativamente fra i gruppi, in conclusione l'efficacia dell'infiltrazione di anestetico per il puntato midollare con articaina o lidocaina è ugualmente insufficiente. Numerosi pazienti provano dolore forte in relazione ad elevati livelli di ansia.

CONCLUSIONI

La scarsità della letteratura sull'argomento testimonia del poco interesse per il dolore provato dai pazienti adulti sottoposti a biopsia midollare. In effetti solo più recentemente alcuni studi hanno valutato l'efficacia di interventi di tipo farmacologico, i cui risultati richiedono tuttavia di essere confermati e consolidati su campi di indagine più ampi. Dalla revisione bibliografica sembra evidenziarsi uno scarso contributo di analgesici, sedativi e ansiolitici alla riduzione del dolore percepito e, in ogni caso, appare ancora piuttosto controversa l'indicazione su quale farmaco preferire per migliorare l'efficacia, per

aumentare l'accettabilità e la compliance della procedura, per ridurre l'apprensione alla prospettiva di essere sottoposti nuovamente all'esame, ma soprattutto per contenere gli effetti indesiderati e garantire al massimo la sicurezza. Diversi studi suggeriscono inoltre l'esigenza di personalizzare la terapia analgesica, sedativa e ansiolitica, benché ulteriori studi siano necessari per chiarire quali criteri debbano essere considerati: le esperienze precedenti di biopsia o interventi invasivi, la durata della procedura, la malattia oncologica, l'etnia, il genere, l'età.

Dall'analisi dei documenti selezionati emerge anche la difformità degli strumenti utilizzati per la valutazione del dolore, che non consente di fare confronti sull'efficacia degli interventi, oltre a disorientare gli operatori nella scelta di una scala che dia la massima garanzia di validità.

Dopo le perle di saggezza dispensate da Sally Beattie (1), il risultato più rilevante per le sue implicazioni per la pratica infermieristica è quello proposto da Tracy A. Ruegg e colleghi (12) riguardante l'utilità di tamponare la lidocaina con bicarbonato di sodio per ridurre il dolore dell'infiltrazione anestetica. Dallo stesso studio provengono gli spunti di riflessione più interessanti, anche e soprattutto nella prospettiva del contributo originale che l'infermiere può dare sul versante dell'informazione e del supporto psicologico: a proposito del modo di affrontare le procedure dolorose in base alle precedenti esperienze di esami invasivi, mentre dare informazioni al paziente, soprattutto nel corso della procedura, può ridurre l'ansia, riducendo il dolore percepito. Una persona può non ricordare esattamente l'intensità di una sensazione dolorosa, ma non si dimentica di un'esperienza percepita come negativa. Gli autori riferiscono di una ricerca del 1982 (14) riguardante l'accuratezza del ricordo del dolore cronico, dalla quale emerge che i pazienti ricordano di aver provato un dolore significativamente più intenso di quanto sia stato rilevato mentre il dolore era attuale. Un'altra indagine del 1993 (15) ha confrontato il dolore per l'estrazione del dente del giudizio e il suo ricordo

dopo due settimane, senza rilevare significative differenze. Ulteriori riflessioni riguardano l'aumento della sensazione dolorosa correlata all'ansia del paziente sottoposto a procedure invasive, quindi se si forniscono informazioni nel corso della procedura, il dolore è meno intenso (16). Gli autori riferiscono infine di uno studio riguardante l'effetto della paura, dell'ansia e della tensione sull'intensità del dolore percepito, maggiore nelle procedure invasive che nella malattia cronica in quanto correlato ad una mancanza di controllo sulla propria situazione (17). Tale circostanza può determinare l'insuccesso della procedura e richiede l'uso di dosi più elevate di analgesici e sedativi.

E' soprattutto su questi aspetti che dovrà essere orientata la ricerca infermieristica, per chiarire quali interventi consentano di migliorare l'esperienza dei pazienti sottoposti a biopsia del midollo osseo, garantendo, nel contempo, la loro sicurezza. D'altra parte il sol-

lievo dal dolore rappresenta una questione fondamentale per gli infermieri, i quali dovrebbero riflettere sulla propria pratica assistenziale per sviluppare le competenze riguardanti la gestione del dolore nella prospettiva del paziente.

AUTORI:

Maria Grazia Proietti, responsabile infermieristico Distretto sanitario XV Municipio, Asl Roma D;

Giuseppe Cingari, coordinatore infermieristico Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Papardo Piemonte Messina.

¹ Il tramadolo (www.wikipedia.org), utilizzato come tramadolo cloridrato, è un derivato oppioide, come la morfina e il metadone. Al contrario di queste ultime due molecole, il tramadolo può essere venduto senza la specifica ricetta speciale per stupefacenti, ma con prescrizione medica utilizzabile una sola volta (ricetta non ripetibile) perché il tramadolo non è solo un semplice agonista oppioide (in particolare agonista dei recettori mu del sistema di percezione del dolore) ma è anche un inibitore della ricaptazione della noradrenalina e induce aumento del rilascio di serotonina. Il tramadolo è stato sviluppato dall'industria farmaceutica tedesca Grünenthal GmbH alla fine degli anni

1970 e immessa sul mercato con il nome di Tramal. Grünenthal ha anche dato in licenza il medicinale a parecchie altre industrie farmaceutiche in giro per il mondo con diversi nomi come per esempio Ultram. È un farmaco utilizzato per stati dolorosi acuti e cronici e dolori indotti da interventi chirurgici e diagnostici particolarmente dolorosi. Il tramadolo in Italia è il principio attivo di diversi farmaci come Fortradol, Contramal, Tramadol Viatrix, Tramadol Hexan ed altri antidolorifici.

² Il midazolam è un derivato benzodiazepinico. Per via endovenosa: sedazione preoperatoria e sedazione vigile, immediatamente prima di procedure diagnostiche o terapeutiche effettuate con o senza anestesia locoregionale; induzione dell'anestesia generale, in associazione ad analgesici; mantenimento dell'anestesia generale; sedazione prolungata in terapia intensiva, somministrato in infusione continua.

³ Il fentanyl appartiene alla categoria di farmaci nota come analgesici oppioidi. Si tratta di potenti antidolorifici oppioidi. Il fentanyl viene usato come antidolorifico prima e durante un'anestesia (nel corso di un intervento chirurgico).

⁴ Il propofol è un anestetico generale endovenoso ad azione rapida per induzione e mantenimento dell'anestesia generale, sedazione di pazienti ventilati in unità di terapia intensiva, sedazione per procedure diagnostiche e chirurgiche, da solo o in combinazione con anestesia locale o regionale.

BIBLIOGRAFIA

1. Beattie S. Bone marrow aspiration and biopsy. Perfect your skills before you assist with a bone marrow exam. *Healthcare Traveler* 2007 Apr;36-39.
2. Vanhelleputte P, Nijis K, Delforge M, Evers G. Pain during bone marrow aspiration: prevalence and prevention. *J Pain Symptom Manage* 2003 Sep;26(3):860-6.
3. Giannoutsos I, Grech H, Maboreke T, Morgenstern G. Performing bone marrow biopsies with or without sedation: a comparison. *Clin Lab Haematol* 2004;26:201-204.
4. Burkle CM, Harrison BA, Koenig LF, Decker PA, Warner DO, Gastineau DA. Morbidity and mortality of deep sedation in outpatient bone marrow biopsy. *Am J Hematol* 2004 Nov;77(3):250-6.
5. Steedman B, Watson J, Ali S, Shields ML, Patmore RD, Allsup DJ. Inhaled nitrous oxide (Entonox) as a short acting sedative during bone marrow examination. *Clin Lab Haematol* 2006 Oct;28(5):321-4.
6. Johnson H, Burke D, Plews C, Newell R, Parapia L. Improving the patient's experience of a bone marrow biopsy – an RCT. *J Clin Nurs* 2008;17:717-725.
7. Gayet S, Bernit E, Sati H, Veit V, Mazodier K, Schleinitz N, Kaplanski G, Harlé JR. Pain prevention with fixed 50% nitrous oxide-oxygen mixture during bone-marrow biopsy. *Rev Med Interne* 2009 Mar;30(3):208-14.
8. Gudgin EJ, Besser MW, Craig JL. Entonox as a sedative for bone marrow aspiration and biopsy. *Int J Lab Hematol* 2008 Feb;30(1):65-7.
9. Chakupurakal G, Delgado J, Nikolousis E, Pitchapillai S, Allotey D, Holder K, Bratby L, de la Rue J, Milligan DW. Midazolam in conjunction with local anaesthesia is superior to Entonox in providing pain relief during bone marrow aspirate and trephine biopsy. *J Clin Pathol* 2008 Sep;61(9):1051-4.
10. Park SH, Bang SM, Nam E, Cho EK, Shin DB, Lee JH, Ahn JY. A randomized double-blind placebo-controlled study of low-dose intravenous Lorazepam to reduce procedural pain during bone marrow aspiration and biopsy. *Pain Med* 2008 Mar;9(2):249-52.
11. Talamo G, Liao J, Bayerl MG, Claxton DF, Zangari M. Oral administration of analgesia and anxiolysis for pain associated with bone marrow biopsy. *Support Care Cancer* 2009 May;21. [Epub ahead of print]
12. Ruegg TA, Curran CR, Lamb T. Use of Buffered Lidocaine in Bone Marrow Biopsies: A Randomized Controlled Trial. *Oncology Nursing Forum* 2009 Jan;36(1):52-60.
13. Kuivalainen AM, Niemi-Murola L, Widenius T, Elonen E, Rosenberg PH. Comparison of articaine and lidocaine for infiltration anaesthesia in patients undergoing bone marrow aspiration and biopsy. *Eur J Pain* 2009 May;25. [Epub ahead of print]
14. Linton SJ, Melin L. The accuracy of remembering chronic pain. *Pain* 1982;13(3):281-5.
15. Beese A, Morley S. Memory of acute pain experience is specifically inaccurate but generally reliable. *Pain* 1993;53(2):183-9.
16. Ploghaus A, Narain C, Beckmann CF, Clare S, Bantick S, Wise R, et al. Exacerbation of pain by anxiety is associated with activity in a hippocampal network. *Journal of Neuroscience* 2001;21(24):9896-9903.
17. Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology: Complementary therapies for pain, anxiety and mood disturbance. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2005;55(2):109-16.

LA NOVITA'

Certificati gratis a domicilio con un colpo di mouse

E' stato istituito un nuovo servizio per gli iscritti del Collegio Ispasvi di Roma e Provincia. Da oggi, richiedere e ricevere a casa il certificato di iscrizione all'Albo sarà un gioco da ragazzi. Tutto on-line, in modo rapido e sicuro. Basta registrarsi e compilare il modulo di richiesta. Il certificato sarà recapitato a domicilio via posta prioritaria.

Per fare ciò, bisogna innanzitutto registrarsi sul sito internet del Collegio, attraverso la pagina web dedicata alla richiesta di certificati on line. Bisogna compilare la scheda che appare con nome, cognome, numero di iscrizione all'Albo e codice fiscale. Il sistema chiederà di inserire una password segreta. A questo punto, verrà visualizzato sullo schermo l'indirizzo che risulta al Collegio, al quale verrà spedito il certificato. Se l'indirizzo è giusto, confermarlo. Se invece l'indirizzo non corrisponde più a quello di residenza, annullare l'operazione e comunicare subito alla Segreteria del Collegio il nuovo indirizzo.

A registrazione avvenuta, il sistema invierà automaticamente una lettera prioritaria contenente il codice PIN necessario per accedere a tutti i servizi on line. Con questo PIN sarà possibile richiedere il certificato di iscrizione in modo semplice e sicuro.



LA RICERCA

Burn out infermieristico, nel Lazio è allarme rosso

E' un esercito silenzioso, un pezzo importantissimo della sanità laziale, la figura più prossima al paziente e spesso impegnata in prima linea non solo per le esigenze sanitarie e di assistenza, ma anche per "accudire", per avere cura delle persone nei momenti più difficili.

Ciò nonostante è un esercito poco motivato che si sente poco attaccato alla propria professione e con forte predisposizione all'esaurimento emotivo. Nel Lazio più che in Italia.

Su un campione di 673 infermieri laziali - al 98,32% donne - spesso costrette a dividersi tra lavoro, casa e cura di parenti disabili o anziani, si evince che hanno: "l'impressione di avere poche possibilità di realizzarsi sul lavoro"; di: "non riuscire a fare molto per influenzare l'organizzazione del proprio lavoro" e di: "svolgere compiti spesso non pertinenti con la propria professionalità".

Di conseguenza, sentono un basso attaccamento alla professione ed alla propria struttura di riferimento.

Lo afferma uno studio condotto dalla Ugl-Sanità e dal Dipartimento di Medicina del lavoro dell'università degli Studi di Milano, curato dal professor Camerino.

In particolare, nel Lazio, l'esaurimento emotivo (o sindrome da

burn-out) e la disabilità associata a disturbi muscolo scheletrici sono più alti che nel resto d'Italia, con una capacità lavorativa molto bassa (secondo il "*work ability index*"), segno probabile di prepensionamenti e malattie professionali. "Si tratta di dati impietosi che fotografano una situazione troppo ignorata a livello nazionale e, in questo caso, regionale - commenta il commissario della Ugl-Sanità Paolo Capone -. La confusione che regna nel campo sanitario nel Lazio disorienta chi vi lavora, aumenta i livelli di stress fisico e psicologico, crea demotivazione e quindi disattenzione. Le infermiere del Lazio sono un patrimonio di professionalità e di attenzione, preziose per tutto il sistema sanitario. Un patrimonio che rischia di perdersi nella demotivazione e nei prepensionamenti. Occorre, quindi, una seria ed incisiva strategia che torni a guardare al personale infermieristico come ad un protagonista della sanità pubblica e privata nel Lazio ed in Italia, che riconosca all'infermiere un adeguato livello professionale. Nelle prossime settimane, avvieremo una campagna nel Lazio proprio per coinvolgere il personale infermieristico, per informarli meglio dei rischi che derivano dallo stress e dalla demotivazione, in termini di rischi per se stessi e per i malati".

Focus

**Convegno nazionale
AIT**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

SECONDO CONVEGNO NAZIONALE DELL'AIT: LA MULTICULTURALITA' COME VALORE, LA SANITA' ITALIANA SEMPRE PIÙ RICCA DI ESPERIENZE PILOTA

L'assistenza oltre il pregiudizio

Una sala esaurita in ogni ordine di posto ha salutato il successo del **II convegno nazionale** dell'Ait, l'Associazione Infermieristica Transculturale.

Il 14 novembre scorso, l'hotel Summit di Roma ha ospitato una giornata di studi dal titolo "Oltre il pregiudizio: esperienza di assistenza". Un evento che ha goduto del patrocinio dell'Associazione Italiana Sociologia e dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti, e che è stato organizzato dal Collegio Ipasvi di Roma.

Oltre 350 gli infermieri accreditati,

rappresentativi di quasi tutte le nazioni della Terra. Oltre a loro, **più di 200 studenti** hanno seguito con passione e attenzioni le numerose relazioni che si sono succedute nelle tre sessioni di lavoro, dedicate rispettivamente a: professione infermieristica, esperienze di assistenza, salute e assistenza oltre il pregiudizio.

A partire dalla relazione introduttiva del presidente del Collegio Ipasvi di Roma, **Gennaro Rocco**, che ha fornito un esauritivo quadro di cosa significhi in questo momento storico parlare di interculturali-

tà nella professione infermieristica.

Secondo i dati elaborati dalla Federazione Nazionale, i professionisti stranieri iscritti al 2007 all'Ipasvi sono ben 30.639. Di questi, 17.739 provengono da Paesi comunitari, 12.900 da Paesi extracomunitari.

Nel Lazio, il dato è di 4.902 infermieri stranieri, il numero più alto di stranieri iscritti di tutte le regioni italiane. È interessante analizzare anche il dettaglio dei singoli Paesi di provenienza degli infermieri che operano nelle nostre strutture, e che rappresentano un valore



La relazione del presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco



Il senatore Cesare Cursi tra Alessandro Stievano e Ausilia Pulimeno

aggiunto, sia per il bagaglio di conoscenze che portano con sé, sia per favorire un approccio più multiculturale rispetto a pazienti appartenenti sempre a più etnie diverse.

È chiaramente l'Europa a fornire il maggior numero di professionisti al nostro Sistema sanitario Nazionale: i picchi riguardano soprattutto la **Romania** (8.378 iscritti), la **Polonia** (3.438), ma anche la più benestante **Svizzera**, con 21.767 presenze nel nostro Paese, soprattutto in regioni come la Lombardia. Tra i Paesi africani, è dalla **Tunisia** che provengono più infermieri (336), mentre il **Canada** "guida" la classifica delle presenze dall'America del Nord, con 274 unità. Molto più corposi i numeri riguardanti l'**America del Sud**: gli infermieri peruviani in Italia sono 1.647, i brasiliani 450, gli argentini 423, solo per fare qualche esempio. Tra i Paesi asiatici, è l'**India** a fornire il maggior numero di professionisti al Ssn: 1.062.

Aggregando tutti i dati, emerge un quadro assai "variopinto": **in Italia lavora-**

no ogni giorno migliaia di infermieri provenienti, complessivamente, da ben 142 Paesi diversi.

"Questa realtà non può essere ignorata, né dalle istituzioni, né dai professionisti italiani - ha spiegato Rocco -: per questo motivo, è giunta l'ora di favorire il coinvolgimento di docenti stranieri nei nostri corsi di laurea in Infermieristica, così come è importante pensare a tirocini anche in ambienti molto significativi sotto il profilo della multiculturalità, come le carceri, i centri di accoglienza, gli ambulatori per persone emarginate e in difficoltà". Ancora una volta, dunque, è la professione infermieristica a scendere in campo per prima per affrontare senza alcun timore le sfide del futuro della nostra società. "Proprio in virtù di tale determinazione e intraprendenza - ha continuato Rocco - pretendiamo di essere sempre più al centro dei grandi dibattiti in corso sulla Sanità italiana, dal fine vita al nuovo sistema Ecm".

Invito accolto prontamente dal senatore **Cesare Cursi**, che ha portato un caloroso

saluto in apertura del convegno. "La ricostituzione del ministero della Salute - ha detto - è fondamentale per una professione come quella infermieristica, così ben strutturata e rappresentata: finalmente torneremo ad avere, voi come noi politici, un interlocutore privilegiato. E in cima all'agenda delle cose da fare c'è da riprendere il progetto di trasformazione dei Collegi in Ordine professionale". Quanto al tema della giornata promossa dall'Ait, Cursi ha voluto precisare la sua personale posizione, al di là della sua appartenenza politica: "Non è pensabile che, a seconda della regione italiana o del Paese in cui si nasce ci si possa ritenere più o meno fortunati quando si parla di assistenza sanitaria. Il nostro compito è garantire un servizio quanto più omogeneo, uniforme, giusto e solidale in ciascun territorio nazionale e nei confronti di cittadini di qualsiasi etnia". E gli interventi successivi hanno sviscerato proprio il tema dell'assistenza *tout court*, declinandolo attraverso tanti sguardi diversi. Si è parlato di assistenza



infermieristica nei campi nomadi, di promozione della salute per le persone a rischio di esclusione sociale (l'esperienza del San Gallicano, *in primis*), del gruppo a tutela dei migranti attivato presso la Asl Rm/A.

È stato in questo clima di massima apertura e integrazione che, nella sessione pomeridiana, è stato presentato alla platea il **Rapporto 2009 della Caritas Migrantes** (trattato in dettaglio all'interno di questo Focus), a cura di **Franco Pittau**. Spazio, infine, anche al nuovo Codice deontologico e agli aspetti di etica ad esso legato, con gli interventi della consigliera Ipasvi, **Angela Basile**. Prezioso e sempre stimolante, poi, il lavoro dei moderatori: **Ausilia Pulimeno, Alessandro Stivano, Paolo Tarantino, Nicola Barbato e Maria Grazia Proietti**. La segreteria organizzativa (formata da **Simona**



Andronic, Maurizio Fiorda, Matilde Napolano, Francesca Premoselli, Marco Tosino e Jose Vattakottayil Philip) ha provveduto a tutte le procedu-

re di accreditamento Ecm, elaborando e distribuendo questionari di gradimento e di valutazione che saranno di estrema utilità per le future iniziative.

**I DATI SONO STATI PRESENTATI UFFICIALMENTE DURANTE
IL CONVEGNO NAZIONALE DELL'AIT**

Il Rapporto Caritas Migrantes

Oggi, pur nello scenario della crisi economica ed occupazionale mondiale, l'immigrazione non ha arrestato la sua crescita, con un aumento effettivo del 13,4%, rispetto al 2007.

Il cittadini stranieri residenti in Italia sono risultati 3.891.295 alla fine del 2008, ma si arriva a circa 4.330.000 includendo anche le presenze regolari non ancora registrate all'anagrafe. Incidono, quindi, tra il 6,5% (residenti) e il 7,2% (totale presenze regolari) sull'intera popolazione; ma il dato arriva al 10% se si fa riferimento alla sola classe dei più giovani (fino ai 39 anni).

L'Italia oltrepassa abbondantemente i 4,5 milioni di presenze, stando dietro solo alla Germania (7 milioni) e Spagna (5 milioni); il 2008 è stato il primo anno in cui l'Italia, per incidenza degli stranieri residenti sul totale della popolazione, si è collocata al di sopra della media Europea. Qui, nel 2008, si è giunti a quasi 40mila casi di acquisizione di cittadinanza a seguito di matrimonio o di anzianità di residenza.

Continua a prevalere la presenza di origine europea (53,6%, per più della metà da Paesi comunitari: 800mila romeni, 440mila albanesi, 150mila ucraini); seguono gli africani (22,4%, tra cui 400mila marocchini); gli asiatici (15,8%: 170mila) e gli americani (8,1%).

A livello territoriale, il Centro (25,1%) ed il Meridione (12,8%) sono molto distanziati dal Nord quanto a numero di residenti stranieri (62,1%); così come il Lazio (11,6%) lo è dalla Lombardia (23,3%) e dal Veneto (11,7%).

Il dinamismo della popolazione straniera è da ricondurre principalmente alla sua evoluzione demografica, influiscono in maniera veramente minima le poche decine di migliaia di sbarchi (neppure,

1/50 rispetto alla presenza di immigrati regolari).

Sviluppo, migrazioni ed Unione Europea

La popolazione mondiale, a fine 2008, è arrivata a 6 miliardi e 829 milioni e il ritmo di crescita non si è interrotto.

Le migrazioni si collocano nel contesto di un mondo ingiusto ed inducono a prendere in considerazione le regioni dei Paesi d'origine. **La ricchezza mondiale è tale da poter assicurare ad ogni abitante i mezzi per vivere dignitosamente: cosa, purtroppo, oggi, impossibile a causa della sua ineguale distribuzione.**

I Paesi in via di sviluppo (dove vive l'85% della popolazione) non hanno a disposizione neppure la metà della ricchezza mondiale; le condizioni dei singoli Paesi sono molto differenziate e ancora troppe

persone vivono in condizioni di povertà, specie in Africa e in Asia dove le persone che soffrono la "fame strutturale" sono aumentate e arrivate a un miliardo: alla fine del 2008, sono state 42 milioni le persone costrette alla fuga per guerre e persecuzioni; vi sono milioni di persone che non dispongono neppure di un dollaro al giorno per le proprie necessità, mentre nei Paesi ricchi, in media, se ne hanno almeno 100.

Molti Paesi a sviluppo avanzato, e, in particolare l'Italia, sono ben lungi dal devolvere per lo sviluppo lo 0,7% del Pil stabilito come obiettivo minimo a livello internazionale: è vero che ci sono tanti problemi, ma questa non è una valida giustificazione.

Ciò detto, è innegabile che per molti Stati, gli emigrati sono una diffusa fonte di sostegno e di speranza: tra i 200 milioni di migranti nel mondo si contano ben



12,3 milioni di vittime di sfruttamento lavorativo e 1,4 milioni di vittime di quello sessuale.

Nell'Unione Europea, gli immigrati sono 38,1 milioni, con un'incidenza del 6,2% sui residenti: più di 1/3 proviene dagli Stati membri (36,7%), ma oramai si rischia di considerare "stranieri" anche i comunitari, di cui gli italiani costituiscono, in diversi Paesi, una parte cospicua.

Nella Ue, in questi ultimi dieci anni, l'Italia e la Spagna sono stati i Paesi maggiormente interessati dall'immigrazione; nello specifico, l'Italia è lo Stato membro in cui la presenza straniera è più cresciuta in termini assoluti.

Demografia, minori e scuola

In Italia, un abitante su 14 (7,2%) è di cittadinanza straniera, con un'incidenza maggiore tra i minori ed i giovani/adulti (18-44 anni), con conseguente, maggiore visibilità a scuola e nel mercato del lavoro.

Più di 1/5 della popolazione straniera è costituito da minori: i nuovi nati da entrambi i genitori stranieri hanno inciso, nel 2008, per il 12,6% sulle nascite totali registrate nel Belpaese;

ad essi vanno aggiunti altri 40mila minori venuti a seguito di ricongiungimento. **L'età media degli stranieri è di 31 anni**, contro i 43 degli italiani. Tra i cittadini stranieri, gli ultra 65enni sono solo il 2%: **l'immigrazione, dunque, è anche una ricchezza demografica** per la popolazione italiana che sta andando incontro ad un futuro con un accentuato tasso di invecchiamento.

Gli alunni, figli di genitori stranieri, nell'anno scolastico 2008/09 sono saliti a 628.937 su un totale di 8.943.796 iscritti, per una incidenza del 7% che si registra, in maniera più elevata, nelle scuole elementari (8,3%) e, a livello regionale, in Emilia Romagna.

Si tratta di alunni "stranieri" per così dire, perché quasi quattro su dieci (37%) sono nati in Italia e, perciò, si considerano cittadini:

- questi giovani condividono, con i coetanei italiani, comportamenti, gusti, consumi, incertezze esistenziali. Tra loro, **sono soprattutto le ragazze a volersi emancipare**, spesso con conseguenti strappi con la famiglia e le tradizioni d'origine.

Nelle università italiane, a differenza di quanto si riscontra nei grandi Paesi

europei, la presenza internazionale è ridotta ed è straniero solo uno ogni 35 iscritti, con concentrazioni particolarmente elevate negli atenei di Roma ("La Sapienza"); Bologna; Torino; Firenze e Padova.

Immigrati e mondo del lavoro

Gli immigrati che hanno trovato un lavoro in Italia sono circa 200mila, quasi 1/10 degli occupati (i lavoratori nati all'estero sono il 15,5% del totale). I motivi del lavoro sono, insieme ai motivi familiari, quelli che attestano il carattere di insediamento stabile dell'immigrazione: oggi, dopo una "partenza" difficile si tratta di persone spesso inserite da anni che presentano queste caratteristiche:

- un tasso di attività più elevato rispetto alla media;
- estrema motivazione a riuscire;
- disponibilità a svolgere un'ampia gamma di lavori;
- esposizione a maggiori condizioni di rischio sul lavoro (143.651 infortuni nel 2008, di cui 176 mortali);
- scarso grado di gratificazione;
- necessità di sostenere i familiari rimasti in patria;





- sottoposizione ad atteggiamenti di diffidenza, se non di razzismo ed ostilità.

Di questi, attualmente, circa un milione si è iscritto ai sindacati e un milione, secondo le stime, sono pure le donne immigrate che si prendono cura delle nostre famiglie. La **regolarizzazione** ha evidenziato ancora la complementarità tra esigenze della popolazione italiana e disponibilità di quella immigrata. Anche nel settore del **lavoro imprenditoriale** si è riusciti a mantenere un certo dinamismo: attualmente, si contano 187.466 cittadini Stranieri titolari di impresa, in prevalenza a carattere artigiano, che garantiscono il lavoro a loro stessi e anche a diversi dipendenti. Per fare un "esempio" di quanto la presenza degli immigrati sia, a tutti i livelli, strettamente intrecciata con quella degli italiani, va ricordato che nel terremoto de L'Aquila del 6 aprile 2009, su

291 vittime, 19 nominativi sono stranieri (quasi il 7% delle vittime).

Criminalità ed apporto finanziario

Tra gli italiani intervistati, sei su dieci attribuiscono agli stranieri un tasso di criminalità più alto, ma, in realtà, gli immigrati associati, in maniera ricorrente, alla criminalità, evidenziano, piuttosto, un basso tasso di legalità nel nostro Paese.

Per cui, andrebbero poste tre questioni:

- l'aumento della criminalità è dovuto, in maniera più che proporzionale, all'aumento della popolazione residente? No;
- gli stranieri regolari sono caratterizzati da un tasso di criminalità superiore a quello degli italiani? In realtà, solo nel 28,9% dei casi sono implicati stranieri legalmente presenti e ciò abbassa il loro tasso di criminalità;

- gli stranieri irregolari si caratterizzano per i loro comportamenti delittuosi? È vero che, in proporzione, il numero delle denunce a loro carico sono più elevate; ma, risulta infondata l'equiparazione tra irregolare e delinquente.

Il boom della criminalità era già avvenuto, in Italia, all'inizio degli anni '90 e, rispetto ad allora, il livello delle denunce è lo stesso.

Sul piano economico, i dati relativi al 2007 evidenziano il consistente apporto degli immigrati all'economia italiana:

si tratta del 9,5% del Pil. I versamenti contributivi effettuati all'Inps sono pari ad oltre sette miliardi di euro, di cui oltre 2,4 miliardi pagati direttamente dai lavoratori stranieri e la restante quota dai datori di lavoro.

Pur nella difficoltà di calcolare l'incidenza degli immigrati sulla spesa sociale, a loro va circa il 2,5% di tutte le spese di

istruzione, pensione, sanità e prestazioni di sostegno al reddito, all'incirca la metà di quello che assicurano in termini di gettito.

Società e convivenza

Le acquisizioni di cittadinanza sono quadruplicate rispetto al 2000. Ormai, in quattro casi su dieci, l'acquisizione della cittadinanza viene concessa a seguito della residenza maturata.

Un altro indicatore significativo sono i **matrimoni misti**. In 12 anni (dal 1995 al 2007) sono stati celebrati 222.521 matrimoni misti, di cui 23.560 nell'ultimo anno, pari a circa 1/10 del totale. Anche la volontà di **acquistare casa** nel Paese d'elezione si sta affermando.

Eppure, il lavoro e la casa sono gli ambiti più problematici per quanto riguarda le pari opportunità, come pure il rapporto con gli Enti pubblici: la Caritas, per esempio, segnala che gli immigrati si presentano molto più raramente per richiedere

un aiuto economico.

A turbare molti è il **panorama multireligioso**: in realtà, oltre la metà degli immigrati è cristiana, i musulmani sono 1/3, le religioni di tradizione orientale meno di 1/10. L'Italia è tra gli Stati membri più intolleranti nei confronti dei musulmani.

Non a caso, le remore da parte degli italiani, a livello sociale, culturale e religioso, hanno trovato sponda nel, cosiddetto, **"pacchetto sicurezza"** (legge 94/2009) che si è occupato dell'immigrazione specie in termini di misure a carattere restrittivo.

Uno scambio positivo è possibile?

Grazie ai dati tratti dal "Dossier-2009", è chiaro che, di fatto, gli stranieri non sono persone dal tasso di delinquenza più alto; non stanno dando luogo ad un'invasione di carattere religioso; non consumano risorse pubbliche più di quanto versino con tasse e contributi

allo Stato; non sono disaffezionati al Paese che li ha accolti e, al contrario, risultano un efficace ammortizzatore sociale.

Se si comincia a pensare agli immigrati come una risorsa, una ricchezza indispensabile in termini demografici e occupazionali, è possibile che si riescano ad ottenere leggi sulla famiglia più incisive. La soluzione, oggi superata, praticata non troppo tempo fa in Germania, di concepire gli immigrati come "lavoratori ospiti" non ha portato vantaggi, anzi.

Lo slogan, **"conoscenza e solidarietà"**, adottato da Caritas e Migrantes, è un invito a soffermarsi sull'impatto che l'immigrazione può esercitare sul piano della convivenza: il nostro futuro ha bisogno di uno scambio positivo tra la popolazione autoctona e quella di origine immigrata.

Sintesi a cura di Tiziana Mercurio



Quando l'infermiere fa tendenza...

L'estate 2009, che se ne va, lascia gli infermieri con un gusto dolciastro in bocca: con i mass media italiani non capita spesso. E allora prendiamone nota. Un paio di notizie positive per la professione rimbalzano su giornali e in tv.

Il 30 agosto scorso, per esempio, **Il Sole 24 Ore** fa le "pulci" alle casse previdenziali delle varie professioni: i, cosiddetti, "titoli tossici" hanno avvelenato molti istituti e i conti vacillano. Non quelli della cassa degli infermieri, che il quotidiano economico promuove a pieni voti titolando: "Salute da infermieri". Si legge: *"Prudenza e - si suppone - un po' di fortuna hanno aiutato a leggere, nel 2007, i segnali della crisi americana: la Cassa di previdenza degli infermieri si è liberata in tempo di titoli destinati a grande volatilità per rivolgersi al mercato monetario. In questo modo, nel 2008, quando altre Casse hanno perso oltre l'8%, l'ente degli infermieri ha guadagnato più del 7. Un risultato che vale la pena di essere segnalato"*.

Buone notizie anche su un fronte difficile per la professione, quello della sua immagine pubblica e della scarsa attrazione esercitata sui giovani.

Il Sole 24 Ore
Sanità

Il 10 settembre sempre **Il Sole 24 Ore** pubblica un'interessante inchiesta sulle iscrizioni universitarie che suggerisce un cambio di rotta. "Tutti

pazzi per un camice bianco" è il titolo. Il servizio spiega: *"Tra le 22 professioni sanitarie, la preferenza è per quella di infermiere con le domande aumentate, in un anno, del 30%. L'aumento (+39%) è, soprattutto, nelle università del Nord, dove la carenza infermieristica è più marcata e dove in quasi 6mila non ce la fanno a entrare all'università. I picchi sono a Trieste (+59%), Ferrara (+55%), Parma (+53%), Padova (+44%) e Milano Statale (+43%). Nelle università del Centro l'aumento è minore (+24%), mentre al Sud si registra il +25% con un rapporto domande/posti da 3,8 a 5: oltre 12mila le domande non soddisfatte"*. **Come dire che fare l'infermiere sta diventando "trendy" fra i ragazzi.** Ad incoraggiarli, soprattutto, la garanzia di sbocchi occupazionali e il miglioramento della percezione dell'immagine dell'infermiere da parte dell'opinione pubblica.

Fuori dall'ambito professionale, gli infermieri tornano protagonisti anche sul grande schermo. Mentre su RaiDue la trasmissione "Quelli che il calcio e..." prosegue imperterrita con il becero tormentone dell'infermiera Mimma (che continua ad offendere gratuitamente l'impegno quotidiano di tanti colleghi), al cinema gli infermieri conquistano il ruolo di protagonista con il film **"L'artista"**, presentato al Roma Film Festival (15-23 otto-



Certo, è una goccia nel mare.

Per il resto, sui media prevalgono i soliti stereotipi dell'infermiere che "ciabatta" in giro per l'ospedale, l'immagine dell'infermiera sexy e disponibile, le parodie truci e altre invenzioni che animano fiction e programmi tv.

Dal podio del Palalottomatica di Roma, chiudendo il XIV Congresso della Federazione Ipsavi, la presidente nazionale, Annalisa Silvestro, lancia un appello ai media che, grazie all'a-



agenzia **Adn-Kronos**, rimbalza subito sulle testate di tutt'Italia. "L'opinione pubblica italiana ha ancora una percezione inadeguata del ruolo e dell'attività degli infermieri, perché sono ancora vivi luoghi comuni difficili da

scardinare, nonostante la costante crescita di questa professione. Un certo tipo di produzione cinematografica e televisiva presenta la figura dell'infermiere in modo addirittura offensivo, associandola all'erotismo e al sesso. Neppure la fiction rende giustizia - ha tenuto a sottolineare la Silvestro - i protagonisti della sanità continuano ad essere i medici, a cui vengono affidati sempre i ruoli di maggior spessore. Gli infermieri invece, nel migliore dei casi, vengono rappresentati come persone dal grande cuore, ma mai come professionisti con responsabilità e competenze. Anzi, spesso appaiono frustrati, infelici e pettegoli. Per anni, certi stereotipi hanno allontanato i giovani dalla scelta di questo lavoro. Eppure, la situazione in altri Paesi è diversa: la fiction made in Usa, per dirne una, si avvale di staff di consulenti per realizzare sceneggiature corretti nei contenuti. In questi serial, i medici, pur rimanendo ancora i protagonisti indiscussi, si confrontano costantemente e collaborano con gli

infermieri". Quanto all'immagine di un infermiere subalterno e con scarso potere contrattuale, sebbene la professione sia molto cambiata e qualificata, la presidente ha detto: "E' ora che questi cambiamenti siano percepiti dall'opinione pubblica. Del resto, il giudizio dei pazienti a contatto con gli infermieri è positivo. Pretendiamo perciò un maggior rigore dai mezzi di comunicazione, per un'informazione corretta ai cittadini".

Con l'autunno torna in auge l'impasse della riforma delle professioni. E' la riforma che gli infermieri italiani reclamano, ormai da anni, per sancire, al pari delle altre professioni intellettuali, la trasformazione dei Collegi in Ordini professionali.

Torna ad occuparsene in modo autorevole, il 3 ottobre, **Il Sole 24 Ore**, che titola: "La storia infinita delle riforme". Il servizio offre uno spaccato puntuale della situazione: *"La riforma delle professioni contende alla Salerno-Reggio Calabria la palma dell'opera infinita. Il primo progetto per ammodernare la cornice dei servizi intellettuali risale al 1983, quando l'allora Esecutivo guidato da Amintore Fanfani affidò l'incarico a un comitato di esperti guidati da un magistrato, Giacomo Perticone. In questi 26 anni, nessuno dei Governi o dei Parlamenti che si sono succeduti è stato però in grado di mettere mano davvero a questa indispensabile infrastruttura immateriale"*. Si legge ancora: *"Certo, non si è lesinato in sforzi per studi e commissioni che hanno prodotto decine di disegni di legge depositati alle Camere a futura memoria, senza che mai si sia arrivati a un voto in Aula. In questa legislatura se ne contano almeno una quindicina assegnati al vaglio del Parlamento, senza grandi prospettive per la verità. Nella maggior parte dei casi si tratta di interventi settoriali, diretti a rinnovare le regole di singole professioni oppure a offrire cittadinanza, non senza qualche confusione di 'genere', alle nuove realtà (dalle attività motorie e sportive all'istituzione degli ordini delle professioni sanitarie infermieristiche, dagli agenti di scorta agli assistenti sociali)"*.

Ma ottobre è soprattutto il mese dell'infermiere in farmacia. La questione produce fiumi d'inchiostro su quotidiani e periodici, servizi in tv e alla radio, la materia impazza sul web. La polemica è innescata soprattutto dal flop in cui naufragano le attese degli infermieri, dopo le incoraggianti parole del viceministro della Salute al Sanit 2009. L'impegno del Governo, a inizio estate, era stato fotografato dalle agenzie di stampa: "Infermieri nelle farmacie per analisi del sangue, controllo della pressione, distribuzione di referti, campagne di prevenzione. E' la novità annunciata oggi al Sanit dal viceministro alla Salute, **Ferruccio Fazio**, che verrà inserita nel Ddl di riforma delle farmacie all'esame del Senato.

Poi, però, la retromarcia e la doccia fredda.

Il 7 ottobre, le principali agenzie riferiscono: *"Non ci saranno, almeno per ora, infermieri presenti nelle farmacie per offrire vaccinazioni o altri servizi direttamente al cittadino. Questi professionisti potranno però collaborare con gli esercizi farmaceutici, per servizi al domicilio dell'utente. Lo precisa, in sintesi, il viceministro alla Salute, Ferruccio Fazio, illustrando al congres-*

so degli specialisti ambulatoriali, Sumai, in corso a Torino, i nuovi servizi possibili nelle farmacie italiane dopo l'approvazione oggi in Cdm del decreto in materia. Fazio sottolinea, insomma, che la farmacia non diventa una casa di cura come temevano i medici, anche se il viceministro resta possibilista su un ulteriore coinvolgimento futuro di questi operatori".

E' ancora una dichiarazione del viceministro a rinverdire la polemica sulla presunta centralità del ruolo dei medici nell'assistenza: "L'infermiere in farmacia può essere collegato, così come il fisioterapista, ad attività al domicilio del paziente". Per le attività più dirette: "per il momento, non è previsto il loro utilizzo. Ma apriremo dei tavoli con i medici di medicina generale per una regolamentazione futura. Credo - ha detto Fazio - che la professionalità dell'infermiere, che è elevata vista anche la loro formazione universitaria, debba essere valorizzata. Ma ciò va fatto in armonia con la centralità della figura del medico di famiglia, che resta il centro del sistema".

L'eco mediatica sulla vicenda dell'infermiere in farmacia si spegne solo a cose fatte, con la pubblicazione del decreto in Gazzetta ufficiale. Ne dà notizia **Il Sole 24 Ore**, sul numero del 5 novembre: "Nuovi servizi nelle farmacie". L'articolo spiega: *"È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 257 del 4 novembre 2009 il decreto legislativo 153 del 3 ottobre 2009 che individua una serie di nuovi servizi erogati nelle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. In particolare, infermieri e fisioterapisti potranno accedere alle farmacie per fornire prestazioni ai singoli assistiti, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri"*.

Intanto, i media nazionali tornano a parlare di infermieri in chiave tutt'altro che professionale. Si tratta di vecchie vicende che si ripropongono alla ribalta della cronaca.

ANSA

Il 5 ottobre, l'**Ansa** batte un'agenzia che fa il giro del mondo: "Condanna per infermiere Provenzano. A suo carico decine di lettere nel covo del Corleonese". Il flash recita: *"Condanna a 13 anni per associazione mafiosa a Gaetano Lipari, accusato tra l'altro, di essere stato l'infermiere del boss Provenzano. Nei 'pizzini' trovati nel covo del capomafia il giorno del suo arresto, Lipari era indicato col numero 60. Infermiere professionale, in servizio all'Ausl 6 di Bagheria, parente del boss Pino Lipari, era uno dei pochi a poter vantare di dare del tu al padrino di Corleone. A suo carico i magistrati hanno prodotto decine di lettere trovate a Provenzano"*.

Non basta.

Il 30 ottobre, i riflettori dei media si riaccendono su un altro caso di cronaca. E' un terribile episodio risalente al marzo del 2001, quando Maria Teresa Dell'Unto, un'infermiera di Anguillara in servizio al Policlinico Gemelli, scomparve nel nulla. Il suo corpo non fu mai ritrovato e, nel 2005, il caso venne archiviato senza un colpevole. Un anno fa la svolta: i familiari di Maria Teresa riconoscono l'orologio della loro congiunta al polso di una donna, compagna di un collega di Maria Teresa, all'epoca legato sentimentalmente alla vittima. Il caso viene

riaperto e l'uomo, un infermiere ormai in pensione, viene arrestato con l'accusa di omicidio e occultamento di cadavere.

Libero scrive: "Uccise la collega di lavoro: preso dopo otto anni". **Il Messaggero** a

caratteri cubitali: "Infermiera scomparsa otto anni fa. Arrestato un collega per il suo omicidio". **Il Tempo**

titola: "Infermiera uccisa, in cella il collega. L'indagine riaperta un anno fa e portata a termine dalla Squadra Mobile. Continua la ricerca del corpo ad Anguillara".

Il vecchio vizio dei media riemerge: non si parla di "donna uccisa dal suo ex amante", ma di "infermiera uccisa dal collega". Già, l'infermiere fa più notizia. Specie se in cronaca nera.

Lo stesso giorno **Il Tempo**, come altri quotidiani nazionali e regionali, pubblica la notizia della nomina del professor Elio

Guzzanti a commissario governativo per la sanità della Regione Lazio. Ampio spazio anche al plauso del Collegio Ispasvi di Roma per la scelta effettuata. "Auguri a Guzzanti, nuovo commissario" titola il quotidiano romano. Nell'articolo si legge: "La scelta del governo di nominare il professore Elio Guzzanti come nuovo commissario ad acta per la Sanità del Lazio rappresenta la migliore scelta possibile per i cittadini e per i professionisti della salute".

È la presa di posizione del presidente del Collegio Ispasvi di Roma, **Gennaro Rocco**, intervenuto a nome del coordinamento dei Collegi degli infermieri del Lazio: "Pur nelle difficoltà della situazione attuale - ha detto -, siamo certi che Guzzanti non potrà che fare del bene alla sanità laziale, per la sua innegabile esperienza, la sua storia personale, la correttezza che lo contraddistinguono. Inoltre, posso dire con certezza che è un amico di noi infermieri, da sempre attento alle nostre istanze.

Gli facciamo i migliori auguri di buon lavoro".

Ai primi di novembre, la stagione influenzale incalza e l'arrivo del virus A/H1N1 produce paura e caos. La prima fase della vaccinazione è riservata al personale sanitario e dei servizi d'emergenza. Si dibatte molto sull'efficacia del vaccino e parecchi operatori sanitari si mostrano restii. La polemica impazza sui giornali e in tv.

Il 5 novembre, il **Quotidiano Nazionale** titola: "Il no dei

camici bianchi, solo due su dieci si vaccinano". Il dato arriva dalla Toscana, tra le prime regioni ad aver avviato la campagna vaccinale. Si legge:

"Vaccinatevi. L'invito alla popolazione è unanime. E reiterato. Ma i sanitari, in trincea nella lotta al virus A/H1N1, sono i primi a non essere persuasi dalla campagna vaccinale. Dottori, infermieri, operatori socio-sanitari e le altre categorie professionali che lavorano in ospedale, hanno risposto facendo uno sgambetto al vaccino. I numeri parlano chiaro. Siamo alla terza settimana di campagna e all'Azienda sanitaria di Firenze, su 4mla persone, individuate nella categoria da proteggere, solo 800 si sono sottoposte al vaccino (il 20%); all'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi il numero scende addirittura a 500 su 3.200 (con una percentuale di circa il 15%). Dunque i sanitari, che dovrebbero per primi dar fiducia ai pazienti sulla bontà del prodotto, sottoponendosi al vaccino, in realtà sembrano molto dubbiosi". L'articolo propone una spiegazione: "Tra i vari motivi che hanno scoraggiato il personale sanitario, il principale pare sia stato l'obbligo, prima di vaccinarsi, di firmare il consenso informato con la doppia opzione 'accetto' o 'non accetto'".

Infermieri sotto tiro, di nuovo. Ma, stavolta, in buona compagnia.



IN PILLOLE

L'enzima "spazzino" elisir di lunga vita

Nuova luce sulla correlazione tra dieta ipocalorica e longevità da uno studio pubblicato da un gruppo di ricercatori del Salk Institute for Biological Studies, in California.

Dagli esperimenti condotti su ratti e vermi si evince che una dieta ipocalorica può indurre un allungamento della vita grazie all'azione di una particolare catena di enzimi: le evidenze sperimentali indicano che i due enzimi in coda alla catena attivano recettori specifici che giocano un ruolo importante nella longevità. I test sono stati condotti sui nematodi, vermi cilindrici con genoma semplice dei quali era già noto il gene che lega la restrizione calorica alla maggiore aspettativa di vita. Si è constatato che i vermi che mangiano poco, ma a cui manca almeno uno dei due "enzimi della longevità", non ricevono alcun beneficio dalla dieta stretta. Il primo enzima (Wwp-1) giocherebbe un ruolo fondamentale nel regolare la longevità. E' una ligasi, cioè un enzima che indirizza le proteine di scarto nelle "discariche cellulari" e interagisce con la seconda molecola (Ubc-18). I ricercatori californiani hanno verificato come, aumentando la quantità di entrambi gli enzimi nelle cellule, i vermi vivano circa il 20% in più anche mangiando molto, mentre, disattivandone anche uno solo, l'effetto longevità della restrizione calorica svanisce. Nei ratti e nei vermi la correlazione tra longevità e alimentazione ipocalorica è nota già dagli anni '30.

Per l'uomo i riscontri sono solo indiretti: infatti, le popolazioni più longeve sono quelle delle isole giapponesi di Amami e Okinawa, che assumono, in media, solo 1800 calorie al giorno pro capite, contro le 2500 degli italiani e le 3000 degli statunitensi.

Il Centro di Eccellenza muove i primi passi

Dal 16 al 18 ottobre, il Consiglio direttivo del Collegio Ispasvi di Roma si è riunito in seduta straordinaria a Telese Terme per perfezionare il progetto del neonato **Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica**.

Una *full immersion* che ha consentito di delineare quale "forma" assumerà il Centro e quali attività potrà avviare nell'immediato. L'obiettivo di questa nuova struttura è scandagliare il mondo della ricerca infermieristica per migliorare l'assistenza ai cittadini e la stessa percezione pubblica della professione.

Il modello costitutivo fonda su quattro pilastri: Istruzione, Ricerca, Formazione dei ricercatori e Pratica clinica. Gli obiettivi sono diversi, specifici per ciascun polo. Spaziano dalla riforma della formazione infermieristica alla produzione di ricerche multicentriche e interdisciplinari, dalla formazione di nuovi infermieri-ricercatori alla creazione di laboratori di ricerca infermieristica, dall'organizzazione degli studenti in gruppi di ricerca alla costituzione di comitati

di infermieri clinici esperti per l'analisi e la revisione degli standard dell'assistenza.

Il Centro si propone come un progetto segnato da un'anima, fondato su valori elevati, proiettato al servizio alla persona umana, promotore di principi in cui laici e credenti possano riconoscersi, al di là degli orientamenti personali di ciascuno e con l'ambizione di divenire presto un punto di riferimento importante per l'intera professione infermieristica italiana ed europea.

Proprio prendendo spunto dall'idea dei quattro pilastri, è nata l'idea creativa del logo del Centro, ad opera di *Eds Comunicazione*. Un progetto grafico presentato a Telese dal presidente del Collegio, **Gennaro Rocco**, e che ha riscosso il favore di tutti in partecipanti all'incontro.

Al presidente Rocco, abbiamo rivolto alcune domande sulla nuova "creatura" nata in seno all'Ispasvi.

Presidente, da dove nasce l'esigenza di un Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica?

"Dalla necessità di non restare indietro. Per sua natura, la nostra è una professione senza confini e deve misurarsi sempre più con lo scenario globale, con i colleghi stranieri, dentro e fuori il territorio nazionale. L'esperienza maturata in questi anni negli Stati Uniti ci dice che per migliorare le

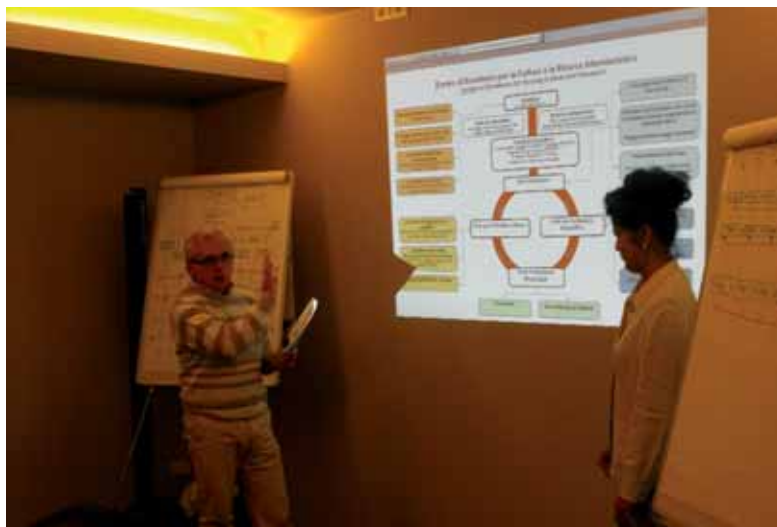
performance degli operatori e dei gruppi professionali in campo assistenziale serve un sistema rigoroso di certificazione delle competenze dei professionisti. E' ciò che manca oggi in Italia. Perciò ci siamo messi in moto e abbiamo progettato il Centro. Un progetto ambizioso, una sfida esaltante, ma anche un'esigenza per la professione".

Quali sono i modelli ai quali vi siete ispirati nella progettazione del Centro?

"Abbiamo studiato a lungo il sistema americano e ci siamo avvalsi di collaborazioni importanti come quella della professoressa Dyanne Affonso (*vedi scheda, ndr*), un'autentica autorità in materia. Con l'ausilio di prestigiose università italiane ed europee abbiamo sviluppato il progetto, costruendo un percorso innovativo di accreditamento dell'eccellenza. Il modello fonda su quattro pilastri: Istruzione, Ricerca, Formazione dei ricercatori e Pratica clinica. Ognuno persegue obiettivi specifici, ma è strettamente collegato in rete con gli altri poli e interagisce con questi. Potremmo definirlo un sistema-network di competenze".

Quali obiettivi, sia nel breve che nel lungo periodo, è pensabile raggiungere?

"Una volta a regime, il Centro potrà produrre risultati di straordinaria importanza per la professione. Consentirà di definire e adottare nella pratica quotidiana modelli di riferimento che integrano scoperta, applicazione e didattica. Attraverso il Centro, gli infermieri italiani avranno a disposizione un vademecum speciale per affermarsi come professionisti 'eccellenti'. Potranno disegnare la riforma della formazione infermieristica,





effettuare ricerche multicentriche e interdisciplinari, formare i nuovi infermieri-ricercatori, creare laboratori di ricerca infermieristica, organizzazione gli studenti in gruppi di ricerca, costituire comitati di infermieri clinici esperti per l'analisi e la revisione degli standard dell'assistenza infermieristica, coordinare le associazioni professionali, sviluppare aree trasversali alla pratica clinica e molto altro ancora".

Come sarà organizzato il Centro? Come interagirà con i cittadini e con gli iscritti Ipasvi?

L'organigramma che abbiamo presentato al Consiglio direttivo prevede all'apice un direttore, affiancato da un lato da un team collaudato che già da anni opera all'interno del Collegio e formato dai consiglieri, dai revisori dei conti, dai consulenti giuridici e infor-

matici, dai professionisti della comunicazione. Dall'altro lato, due nevralgiche strutture: un comitato scientifico internazionale e un comitato dei garanti, indipendente dal Centro e attento soprattutto alle questioni etiche. Gli stimoli che saranno emanati da questa area di direzione, saranno tradotti in realtà da un comitato esecutivo che interagirà direttamente con i quattro pilastri del Centro. Ciascun polo, a sua volta, sarà animato da strutture di supporto *ad hoc*. Ci sarà spazio per comitati di cittadini, coordinamento di associazioni infermieristiche, responsabili dei laboratori di ricerca, comitato dei direttori dei corsi di laurea in infermieristica, rappresentanti degli studenti, e così via. Una grande famiglia in cui ogni informazione e intuizione sarà condivisa e gestita in maniera circolare. Un circolo mai autoreferenziale, però, ma al contrario virtuoso, aperto ai contributi esterni e al servizio dei cittadini e di tutti gli iscritti".



Un momento della riunione sul Centro di Eccellenza

Dyanne Affonso, l'anima "straniera" del Centro

La dottoressa Dyanne Affonso ha una lunga esperienza nel settore dell'amministrazione accademica presso diverse università particolarmente impegnate nella ricerca. È stata professoressa presso l'università della California a San Francisco (Scuola di Nursing), dove ha lavorato come direttore dei programmi ginecologici perinatali. È professoressa e preside di Emory University (Atlanta, Georgia), presso la Scuola Infermieri "Nell Hodges Woodruff" e professore di Assistenza Clinica. La professoressa è preside della facoltà di Nursing presso l'università di Toronto e professore associato e direttore della Divisione di Salute Mentale presso il College of Nursing dell'Università dell'Arizona.

Affonso è stata membro dei comitati fondatori che hanno istituito alcuni nuovi ruoli per la professione infermieristica negli Usa, mediante nuovi programmi di formazione a livello di laurea specialistica. Tra questi: Infermiere Clinico Specializzato, Infermiere esperto neonatale, Infermiere esperto di ostetricia e ginecologia, Infermiere esperto di ginecologia.

La Affonso è stata "Principal Investigator" (Ricercatore Capo) e direttore della ricerca di numerosi progetti finanziati dal National Institute of Health. Tra le numerose iniziative di ricerca condotte, segnaliamo le seguenti:

Segni premonitori della depressione post-partum (anni '80). I risultati di questo studio hanno fatto sì che lo screening per la depressione delle donne in stato di gravidanza diventasse parte integrante della normale procedura di controllo.

Assistenza perinatale per donne e bambini sul territorio (anni '90). La popolazione target erano le donne hawaiane, filippine e giapponesi che vivevano sull'isola degli Hawaii. Tre sono stati i risultati degni di nota: riduzione del numero di bambini sottopeso; migliore adattamento cognitivo delle mamme; reazione di partnership con la collettività.

Centro sanitario per gli adolescenti (1996-98). Assistenza sanitaria agli adolescenti sul territorio presso la Booker T. Washington High School (La prima scuola pubblica per gli afro-americani in Atlanta).

Diversi filoni di ricerca sulla sicurezza del paziente presso l'università di Toronto. Questa infrastruttura per la ricerca



Dyanne Affonso

ha permesso di ottenere dei *grant* per l'educazione alla sicurezza del paziente e la ricerca, comprensivo di un progetto finanziato dal Canadian Institute of Health Research. Near Misses Research, con la partecipazione di infermieri canadesi ed italiani. Lo studio canadese comprendeva infermieri di nove ospedali universitari. Lo studio italiano sui Near Misses coinvolgeva infermieri di diversi ospedali italiani, è stato finanziato dal Collegio Ispasvi di Roma, il Principal co-Investigatore è stato il presidente Rocco. I risultati sono stati pubblicati.

Ricerca sulle disuguaglianze nell'assistenza ai bambini in età scolastica su Hawaii Island (2007-09). Focalizzato sullo screening dei comportamenti a rischio dei bambini come: la depressione, la violenza giovanile e il livello di attività fisica.

Ricerca sul benessere organizzativo per il personale infermieristico di Roma e provincia

Il concetto moderno di salute sta cercando di superare l'antica dicotomia tra individuo ed organizzazione, evidenziando come entrambi siano "attori" e responsabili della salute.

Il "benessere organizzativo" risiede nella qualità della relazione tra persone e contesto lavorativo. Per questo motivo, allo studio dei "classici" rischi fisici (legati al tema della sicurezza lavorativa), si è affiancato quello dei cosiddetti rischi psico-sociali che riguardano variabili legate al clima organizzativo ed agli stili di convivenza sociale.

La prospettiva che s'intende indagare, partendo e confrontando situazioni concrete, attribuisce particolare rilevanza al problema del clima organizzativo, alla necessità di favorire un chiaro ed esplicito investimento emotivo personale all'interno del comune collante degli obiettivi.

La conseguenza di tali comportamenti porta la generazione di Kbo, ossia: *knowledge based organization*.

La rilevanza del benessere viene attuata attraverso un'indagine che mira a far emergere la percezione – o, meglio, l'immagine – che gli infermieri hanno della loro situazione lavorativa, poiché raccoglie dati sulle dimensioni del benessere - e del malessere - organizzativo.

Per questo motivo, **risulta di estrema importanza il contributo di ogni dipendente per la riuscita del progetto innovativo che si è intrapreso.**

Il "questionario di rilevazione" del benessere organizzativo, anonimo, è lo strumento utilizzato per effettuare l'indagine, poiché, attraverso di esso, si vuole conoscere la percezione che il dipendente ha della propria organizzazione.

Ognuno di loro, infatti, chiamato a compilare il questionario, deve esprimere il proprio parere su alcuni aspetti riguardanti l'amministrazione nel suo complesso.

I risultati dell'indagine, così, permetteranno di individuare criticità e margini di miglioramento che sono importanti per pro-

Il moderno concetto di salute cerca di superare la dicotomia tra individuo e organizzazione, evidenziando come entrambi siano attori e responsabili della salute.



Il benessere organizzativo risiede nella qualità della relazione esistente tra le persone e il contesto di lavoro. Per questo motivo oltre lo studio dei classici rischi fisici legati al tema della sicurezza lavorativa, si è affiancato quello dei cosiddetti rischi psicosociali che riguardano variabili legate al clima organizzativo e agli stili di convivenza sociale.

La prospettiva che si intende indagare, partendo e confrontando situazioni concrete, attribuisce particolare rilevanza al problema del clima organizzativo, alla necessità di favorire un chiaro ed esplicito investimento emotivo personale, all'interno del comune collante rappresentato dagli obiettivi e la conseguenza di tali comportamenti porta la generazione di KBO, ovvero *knowledge based organization*.



Collegio IPASVI di Roma



Collegio IPASVI di Roma

RICERCA SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO RIVOLTO AGLI INFERMIERI DI ROMA E PROVINCIA

TEAM DI PROGETTO

Gennaro Rocco
Carlo Turci
Maria Grazia Proietti
Andrea Maccari
Antonio Fabretti
Fabio Giorgi
Maria Ymelda Tolentino Díaz
Daniela Trinca



Collegio IPASVI di Roma
Viale Giulio Cesare, 78
Tel. 06.37511597 – 06. 45437034 fax
Sito web: www.ipasvi.roma.it
Posta elettronica: info@ipasvi.roma.it
Televideo Rai 3 pag. 439

Collegio IPASVI di Roma
Via Giulio Cesare, 78

gettare un ambiente di lavoro attento al benessere dei dipendenti.

Il Collegio Ipasvi di Roma, attraverso questo progetto di: "Ricerca sul benessere organizzativo rivolto al personale infermieristico di Roma e Provincia" ha voluto realizzare un'indagine conoscitiva, aderendo al Progetto Magellano (ex Cantieri PA), promosso dal ministero della Funzione Pubblica.

A tale scopo, ha inteso sensibilizzare i Dirigenti dei Servizi infermieristici delle Asl, delle Aziende ospedaliere, degli Ircss pubblici e privati e delle università sulla tematica del **clima organizzativo come strumento di valorizzazione delle risorse umane**.

Il primo approccio al progetto c'è stato durante una riunione di lavoro al Collegio Ipasvi di Roma, il 25 settembre 2009, avvenuto fra i dirigenti infermieristici delle strutture ospedaliere di Roma e provincia (presenti: 34 strutture su 50), ma se ne è discusso più ampiamente il 14 novembre scorso, all'ospedale Sandro Pertini, dove gli organizzatori hanno chiarito la necessità di attuarlo attraverso eventi formativi in ogni Azienda che si renderà disponibile alla ricerca.

ORGANIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il compito di dare attuazione pratica al progetto, inserito nelle attività del **Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica** è stato affidato ad un team di lavoro, collocato in staff al Consiglio direttivo del Collegio Ipasvi di Roma. Ne fanno parte consiglieri Ipasvi ed infermieri esperti nella tematica proposta, competenti in ambito della ricerca infermieristica, nella gestione e analisi dei dati, nonché in possesso di competenza di gestione e utilizzo delle informazioni.

I fondamenti concettuali del progetto sono:

- diffondere la cultura della valorizzazione delle risorse umane, come direttrice strategica;
- generare un buon clima di "benessere organizzativo" permette di promuovere, mantenere e migliorare la qualità

della vita della comunità di persone che opera in un dato contesto;

- utilizzare il progetto di ricerca sul "benessere organizzativo";
- far emergere le situazioni di benessere e gli aspetti di criticità (malessere) all'interno della professione infermieristica;
- rendere facilmente ripetibile e replicabile l'esperienza.

LA STRUTTURA DELL'INDAGINE

Il modello di ricerca-intervento è stato messo a punto dalla facoltà di Psicologia 2 dell'università "La Sapienza" di Roma ed ha permesso al Dipartimento della Funzione Pubblica di promuovere le diverse indagini sul "benessere organizzativo" del 2002.

Il questionario si compone di 88 affermazioni relative a comportamenti e condizioni osservabili nell'ambiente di lavoro, riconducibili all'insieme dei fattori ed indicatori (soddisfazione e disturbi psicosomatici) che compongono il costrutto di benessere organizzativo.

Lo studio del Collegio Ipasvi di Roma, previsto (ergo, già in corso) da settembre 2009 a giugno 2011, si suddivide in tre fasi:

Formazione del gruppo di lavoro, individuazione degli ambiti organizzativi oggetto di indagine, nonché la progettazione degli incontri formativi itineranti;

Presentazione del progetto di ricerca attraverso una campagna informativa e raccolta delle adesioni di partecipazione al progetto, con individuazione dei referenti aziendali;

Elaborazione dei dati, con l'analisi e confronto di quelli raccolti.

La relazione, la presentazione e la pubblicazione dei risultati sono previste per l'anno 2011.

L'indagine ha l'obiettivo di raggiungere almeno il 10% degli iscritti al collegio Ipasvi di Roma, ovvero 2.500 infermieri.

tm

La longevità val bene un Nobel

I Nobel per la Medicina 2009 ha premiato le ricerche di base che hanno aperto la strada allo studio della longevità. I ricercatori statunitensi Elizabeth H. Blackburn, Carol W. Greider e Jack W. Szostak hanno, infatti, scoperto la funzione delle strutture che proteggono le estremità dei cromosomi, chiamate telomeri, e l'enzima che li costituisce, la telomerasi.

I telomeri sono la difesa più importante contro i danni che i cromosomi possono subire nella fase di divisione cellulare e costituiscono, pertanto, la protezione più importante contro la degradazione e l'invecchiamento.

La scoperta, che ha fruttato il prestigioso riconoscimento ai tre studiosi americani, apre la strada a nuove strategie di cura per malattie in cui è in gioco l'invecchiamento cellulare, come i tumori. Comprendere il meccanismo che protegge i cromosomi durante il processo di divisione cellulare è stato a lungo un rompicapo. Essi - i cromosomi - racchiudono l'informazione genetica scritta nel Dna che, senza un'adeguata struttura protettiva, rischierebbe una rapida degradazione: le ricerche premiate hanno dimostrato che il segreto si trova nelle strutture che sono alle estremità dei cromosomi, i telomeri. Elizabeth Blackburn e Jack Szostak sono stati i primi a individuare i telomeri e, ancora, Elizabeth Blackburn, con la sua allieva Carol Greider, ha identificato l'enzima che fabbrica il materiale genetico necessario a costruire i telomeri, chiamato telomerasi: in pratica, questo enzima produce nuovi mattoni di informazione che vanno a integrare i telomeri.

Fare luce su queste strutture ha rappresentato un importante passo in avanti nello studio dell'invecchiamento cellulare. Si è constatato, infatti, che non sempre i telomeri restano uguali a se stessi per l'intera durata di vita delle cellule: ogni volta che la cellula si divide e la telomerasi non interviene per fabbricare nuovi mattoni, i telomeri si accorciano un po' e la cellula invecchia. Se, invece, la telomerasi è molto attiva, la lunghezza dei telomeri resta costante. La telomerasi è, quindi, una delle chiavi per controllare l'invecchiamento cellulare: più la cellula ne produce, più il suo invecchiamento viene ritardato. Per contro, può accadere che la produzione di telomerasi sia eccessiva, come avviene nelle cellule tumorali, che, dunque, sono potenzialmente "eterne".



Le vincitrici del Nobel

Chi sono i tre ricercatori insigniti del Premio Nobel per la Medicina 2009?

Elizabeth H. Blackburn è cittadina australiana e statunitense. È nata nel 1948 in Australia, a Hobart (Tasmania), ha studiato nell'università di Melbourne e ha proseguito gli studi di dottorato nel 1975 in Gran Bretagna, a Cambridge. In seguito si è trasferita negli Stati Uniti, nell'università di Yale e poi nell'università della California, a Berkeley. Dal 1990, insegna Biologia e Fisiologia nell'università della California e San Francisco.

Carol W. Greider è cittadina americana ed è nata nel 1961 in California, a San Diego, California. Ha studiato nell'università della California a Santa Barbara e poi in quella di Berkeley. Qui ha concluso il dottorato nel 1987, con Elizabeth H. Blackburn come supervisore. In seguito, ha lavorato nel dipartimento di Biologia molecolare e genetica del Laboratorio di Cold Spring Harbor Laboratory e dal 1997 è nell'università Johns Hopkins di Baltimora.

Jack W. Szostak, cittadino americano, è nato nel 1952 in Gran Bretagna, a Londra, ed è cresciuto in Canada. Qui ha studiato nell'università di Montreal e quindi si è trasferito negli Usa, nella Cornell University e poi nell'università di Harvard. Attualmente, insegna Genetica nel Massachusetts General Hospital di Boston e fa parte dell'Istituto Howard Hughes per la ricerca biomedica.

SEGUITO *per* VOI

Un weekend a "casa" del patrono degli infermieri e una mostra per scoprire i Santi d'Europa

Dall'8 ottobre, e fino al 31 gennaio 2010, Palazzo Venezia, con **"Il Potere e la Grazia. I Santi patroni d'Europa"**, dispiega il racconto dell'affascinante e complesso intreccio tra la storia dell'Europa e dei suoi popoli e, soprattutto, dei suoi santi cristiani, attraverso una rassegna a cura di don Alessio Geretti del Comitato di San Floriano.

In tutto, 100 opere di artisti; una collezione di tesori assoluti, raccolti dal filo conduttore dell'intreccio fra potere, religione e arte. Fra gli artisti presenti: Van Eyck, Mantegna, Del Sarto, Van Dyck, Tiziano, Veronese, El Greco, Caravaggio e Tiepolo, provenienti dai maggiori musei del mondo, allo scopo di mostrare un autentico viaggio nel tempo, nella cultura e nella storia sociale e politica dell'Occidente per mezzo di queste antiche miniature d'eccezione.

Promossa dal Governo italiano, tramite l'Ambasciata d'Italia presso la Santa Sede, e dalla Pontificia Commissione per i Beni Culturali della chiesa, la mostra, nasce dalla collaborazione tra il Comitato di San Floriano (istituzione culturale e religiosa del

Friuli Venezia Giulia che propone annuali mostre d'arte sacra di rilievo nazionale ad Illegio, in Carnia) ed il Polo museale di Roma.

Tra tavole medievali e dipinti, diademi e codici miniati, i capolavori dell'arte, da un lato, presentano conversioni e persecuzioni, battesimi e battaglie dei popoli europei nel ventre del cristianesimo, e, dall'altro, dischiudono le porte regali di un'ideale iconostasi, confine dove si congiungono fede e bellezza, visibile e invisibile, potere temporale e spirituale.

L'Europa è posta sotto la protezione di sei Santi patroni, scelti tra i principali protagonisti della sua evangelizzazione, tra primo e secondo millennio dell'era cristiana, emblematici per l'impronta che lasciarono nella storia dei popoli latini, nordici e slavi e per la sintesi di valori culturali e religiosi che lasciarono in eredità ai posteri.

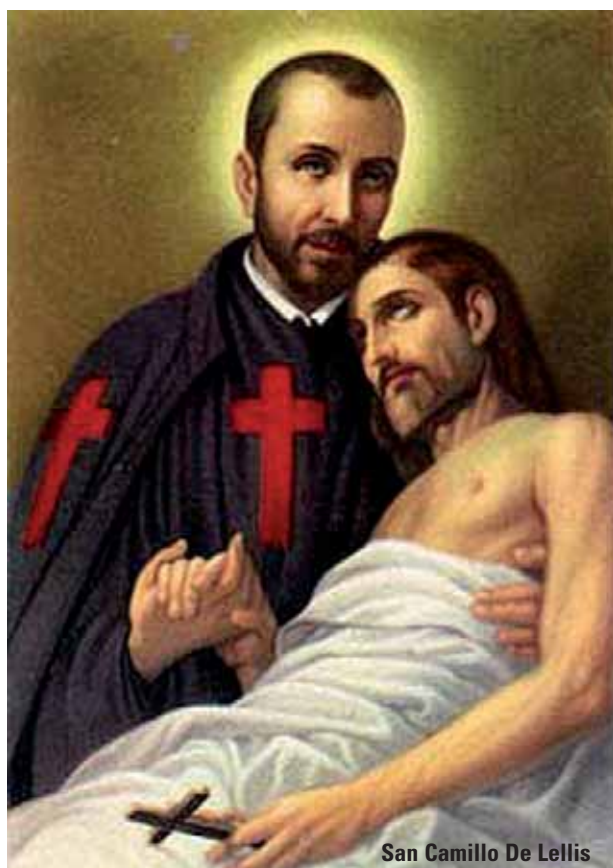
Ogni singolo Stato europeo, peraltro, ha i suoi Santi patroni, talora acclamati dalla devozione popolare (ed immortalati per le opere di carità compiute), talvolta eletti dal potere politico o celebrati da élites di intellettuali ed artisti. Qualche volta anche impugnati come catalizzatori dell'identità nazionale nell'epoca del sorgere degli Stati nazionali o dei movimenti per l'indipendenza tipici dell'800.

Testimoni del fatto che l'Europa è molteplice, nel segno delle identità e delle autonomie che la compongono da sempre, ma anche una, quanto ai fondamenti culturali della sua civiltà, i 70 Santi patroni dei diversi popoli europei hanno ispirato, nei secoli, le migliori espressioni delle arti, della liturgia, della mistica e della religiosità popolare.

È a questo che la mostra di Palazzo Venezia rende omaggio, invitando a scoprire un patrimonio ricchissimo, attraverso diversi ed accurati percorsi, opere scelte per indicare percorsi di agiografia, storia sociale e politica ed evoluzione della vita religiosa.

Quasi come una novella "Legenda Aurea", l'esposizione romana consente di cogliere - in filigrana - il rapporto tra

chiesa e comunità, sociale e politica: rapporto decisivo e complesso che spiega, in larga parte, da dove provenga molta della grandezza d'Europa.



San Camillo De Lellis





Crocifissione di San Pietro di Luca Giordano

In ultima analisi, "Il Potere e la Grazia" si propone di dare il suo contributo per sciogliere delicati nodi del dibattito culturale contemporaneo (quali: le questioni delle identità, della laicità, delle civiltà), non già solo col ragionamento, ma con il fascino del bello, attraverso cui intuire le soluzioni incarnate nella vita dei Santi europei.

Così, sebbene emerga chiara l'ispirazione religiosa dei curatori, la mostra può essere fruita anche in ottica laica, per approfondire lo studio delle radici storiche e culturali d'Europa e della società.

Intanto, dal 5 al 7 novembre a Roma sono state anche rese fruibili al pubblico, per la prima volta, le case di sette Santi, protagonisti delle vicende culturali e spirituali della capitale tra il 1500 e il 1700. Sant'Antonio M. Zaccaria; San Camillo de Lellis; San Carlo da Sezze; San Giovanni Leonardi; San Giuseppe Calasanzio; Sant'Ignazio di Loyola; San Leonardo da Porto Maurizio.

Venerdì 6 e sabato 7 novembre, il pubblico ha potuto vedere i

luoghi dove questi santi hanno vissuto, pregato, fatto penitenza e, in qualche caso dove sono tornati alla "casa del Padre".

In qualcuna, addirittura, con preziose reliquie, come in quella di **San Camillo de Lellis** (nato a Bucchianico, il 25 maggio 1550 e morto a Roma, il 14 luglio 1614), nella Casa della Maddalena, contigua alla chiesa della Maddalena. Fondatore della compagnia che si prende cura degli infermi, San Camillo fu proclamato da Pio XI, **patrono degli infermieri**. Nella sua stanza, oltre ad essere conservate le sue vesti ed altri oggetti che lo ricordano, c'è il cuore incorrotto del Santo, "tornato" da poco dal Perù, dov'è stato "ospite", per lungo tempo, presso alcune case dell'Ordine che lo hanno voluto e adorato.

Nella sua casa, inoltre, è possibile visitare un archivio storico ricchissimo di testimonianze,

come i manoscritti degli stessi camilliani missionari. Un incisione a bulino, per esempio, raffigura San Camillo durante la piena del Tevere nel 1598, quando si prodigò a salvare i malati dell'ospedale Santo Spirito, portandoli in salvo.

San Camillo fu beatificato il 7 aprile 1742 da Benedetto XIV, che lo canonizzò il 29 giugno 1746.

Nel 1886 papa Leone XIII lo dichiarò, insieme a san Giovanni di Dio, patrono degli ospedali e dei malati; Pio XI, nel 1930, lo proclamò, sempre insieme al fondatore dei Fatebenefratelli, patrono degli infermieri e Paolo VI, infine, nel 1974, lo proclamò anche protettore particolare della sanità militare italiana.

La sua memoria viene celebrata il 14 luglio come solennità nelle chiese dell'Ordine e come memoria nelle altre chiese.

Tiziana Mercurio

SEGUITO *per* VOI

Se l'infermiere va a casa del paziente la Sla fa meno paura

I dati, in quanto a sclerosi multipla, parlano chiaro: si sviluppa intorno ai 30 anni d'età e nelle donne in cifra doppia; si manifesta con frequenza decisamente maggiore in Paesi lontani dall'equatore; circa 2,5 milioni di persone nel Mondo ne sono affette (350mila in Europa, 400mila negli Usa); 10mila sono i nuovi casi in Europa, ogni anno.

In questa sede, però, non si tratta solo di numeri per Paese, ma del fatto che, come confermato da alcuni studi, due malati su tre abbandonano la terapia entro i primi due anni.

Il programma **Betaplus**, voluto dalla ditta farmaceutica Bayer ed erogato dalla società Domedica, invece, offre un tipo di servizio personalizzato che non pone limiti alle richieste di supporto e le evade entro un tempo breve e prefissato.

Si tratta del primo programma infermieristico personalizzato di supporto domiciliare per il paziente affetto da sclerosi multipla: completamente gratuito, attivo su tutto il territorio nazionale dal 2001 e nato per sostenere i pazienti in trattamento con interferone beta-1b (Betaferon) e le loro famiglie, affiancando il medico ed il personale del Centro clinico di riferimento. Ad oggi, sono 5.500 le persone in cura; 6.200 le visite domiciliari all'anno e 14.500 le telefonate raccolte.

Per attivare Betaplus è sufficiente telefonare al numero verde **800. 632077**; la richiesta viene inoltrata all'infermiere che opera in zona e che può mettersi in contatto col paziente per concordare la prima visita domiciliare in cui gli verrà fornito il kit con tutte le informazioni per auto-somministrarsi il farmaco ed un auto-iniettore.

Il training viene effettuato a domicilio e dura il tempo necessario affinché il paziente diventi indipendente: l'infermiere lo informa ed istruisce a proposito della corretta esecuzione dell'iniezione, rimanendo un punto di riferimento per ogni sua esigenza. Si tratta di un lavoro programmabile, poiché flessibile rispetto alle richieste del paziente.

Non è errato dire che è soprattutto grazie all'alta professionalità ed il costante aggiornamento del personale infermieristico coinvolto, che Betaplus sta ottenendo grossi risultati: non si tratta, infatti, di un mero servizio infermieristico a casa, ma di qualcosa che consente di instaurare anche un legame più forte tra i malati e gli addetti; un rapporto di carattere psicologico che disegna linee molto più personali delle solite.

Oggi, però, i costi di tutte queste operazioni sono a carico della sola ditta Bayer e non di un *provider* pubblico: in cifre, l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che i costi diretti e indiretti, a paziente, ammontino a circa 38.700 euro annue. Se il Servizio Sanitario nazionale volesse offrire un supporto simile dovrebbe sborsare più di 3,4 milioni di euro annui.

In Italia, sono 57mila le persone colpite da sclerosi multipla, con un'incidenza di tre persone ogni 100mila abitanti ed una prevalenza di 90 ogni 100mila; 25 anni è l'età media in cui si manifesta e con un rapporto d'incidenza donne/uomini: 2 a 1.

In Italia, la prevalenza e l'incidenza della sclerosi multipla, ogni 100mila abitanti, risultano essere così ripartite:

Nord: prevalenza, 80,5; incidenza, 4,2;

Centro/Sud: prevalenza, 69,4; incidenza, 2,3;

Sardegna: prevalenza, 145; incidenza, 5,6;

Sicilia: prevalenza, 71,2; incidenza, 4.

Nel Lazio, sono 400 i pazienti supportati da questo programma, con un costo annuo, *ad personam*, di oltre 940 euro. Sarà capace, la Regione, di far fronte ai costi?

Per informazioni: www.sclerosi-multipla.com

Tiziana Mercurio



La complessità assistenziale

Dalla collana di "Scienze Infermieristiche e Professioni sanitarie" questo testo, scritto a più mani e primo a livello italiano, presenta un'originale e strutturata applicazione del "Modello di analisi della Complessità Assistenziale" (Mac) elaborato da Silvestro e Pitacco.

Oltre ai richiami alla teoria della complessità e alla parte squisitamente teorica/concettuale, sottesa al Mac, il testo traccia il percorso utilizzato per applicare, con logica e metodologia professionalizzante, quel modello di analisi e presenta le fasi di costruzione ed elaborazione del "Metodo Assistenziale Professionalizzante" (Map) che permette, in base a evidenze scientifiche, di:

- modulare la modalità di risposta ai bisogni di assistenza infermieristica/ostetrica attraverso l'analisi integrata dello stato di stabilità clinica, della capacità di decisione e scelta e del grado di autonomia nella soddisfazione dei bisogni della persona assistita;
- stimare il grado di complessità che presenta la persona presa in carico con approccio globale e solistico;
- delineare la tipologia delle competenze infermieristiche da porre in essere (collaborative, specifiche, pianificatorie e di supervisione) nel processo assistenziale;
- definire, sulla base del grado di complessità che presenta l'assistito, le attività da attribuire agli operatori di supporto all'assistenza infermieristica/ostetrica.

L'indice si compone di sei capitoli: complessità nell'organizzazione sanitaria e nell'assistenza; il modello di analisi della complessità assistenziale; il Metodo Assistenziale Professionalizzante e i suoi elementi costitutivi; la valutazione della Complessità Assistenziale e il Map; la Complessità Assistenziale, il fabbisogno di risorse umane e il Map e il Map e l'informatizzazione.

Annalisa Silvestro, Rita Maricchio, Aldo Montanaro, Monica Molinar Min, Paola Rossetto

La complessità assistenziale.

Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa

Mac Graw Hill editore, pp.155 (23 euro)



Una testimonianza della vita di paese

"Vita di paese" è una raccolta di racconti che diventa, in una narrazione avvincente e suggestiva, un romanzo corale in grado di ricostruire il mondo contadino nell'Italia del novecento caratterizzato dalla fatica e dal lavoro, a volte dalla sofferenza, ma anche dalla speranza e dai progetti per il futuro, carichi dell'energia che viene dalla forza vitale della terra a cui è legata profondamente una comunità dove il tempo, da secoli, viene scandito dall'alternarsi delle stagioni e dal sole che, ogni giorno, sorge e tramonta. Alcuni dei racconti contenuti nel testo sono ispirati da storie vere, altri sono fantastici, rielaborati, rivissuti, ma sempre legati ai ricordi e alle sensazioni provate per avvenimenti reali e concreti, gioiosi o disperati, in un mondo dove la terra è davvero madre, a volte feconda e generosa, altre arida e spietata come una matrigna. Si racconta la fatica quotidiana e i momenti di gioia e di spensieratezza, la miseria che costringe a partire per paesi sconosciuti in cerca di una vita migliore per i propri figli, la guerra che falcia una generazione sui campi di battaglia di tutta Europa.

Una testimonianza forte, a volte dolorosa, delle radici che sono parte imprescindibile della nostra storia e di quella dimensione contadina da cui tutti veniamo attraverso un insieme di racconti brevi, alcuni brevissimi che ricostruiscono, riga dopo riga, la vita di un paese in provincia di Ascoli Piceno e di molti altri simili nell'Italia del Novecento. La lettura del testo si snoda con tanta naturalezza da darci, a volte, la sensazione di essere lì anche noi, osservatori partecipi di quelle vicende che sentiamo un po' anche nostre.

È la storia (e le storie) di Montegallo, nel Parco dei Monti Sibillini, molto diverso, però, da un testo legato alle tradizioni del posto, perché, pur nell'idea di conservare e tramandare le caratteristiche salienti di questo territorio, la narrazione si dipana in un modo tale che queste memorie potrebbero riguardare persone di ogni luogo della terra. Gli abitanti di un paesino dell'Appennino umbro-marchigiano, di un villaggio africano, di un paese sulle montagne del Sudamerica, hanno, in fondo, gli stessi bisogni, sentimenti, emozioni, desideri, aspirazioni che caratterizzano l'umanità in qualsiasi punto del nostro pianeta.

Petronilla Pacetti

Vita di paese

Edizioni EUR, pp. 210 (16 euro)



La salute della donna nel Libro Bianco 2009

Farmindustria, assieme all'Osservatorio nazionale sulla donna (Onda), ha pubblicato, per la Franco Angeli, il "Libro Bianco 2009 - La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane", curato da Walter Ricciardi e Tiziana Sabetta.

La pubblicazione del Libro, ha cadenza biennale e viene alternata con quella del Libro verde, la cui prima edizione è stata presentata nel 2008, e nel quale vengono avanzate una serie di proposte operative finalizzate a migliorare lo stato di salute delle donne del nostro Paese.

L'obiettivo principale del Libro bianco è quello di continuare ad approfondire le specifiche esigenze di genere per migliorare la programmazione e l'organizzazione delle attività connesse alla salute femminile nelle regioni italiane e di comprendere meglio i bisogni di salute e le necessità assistenziali delle donne del nostro Paese.

Gli indicatori analizzati hanno validità scientifica e correttezza metodologica ed i dati utilizzati provengono da fonti ufficiali di dati statistici nazionali e regionali o da banche dati di progetti nazionali e si riferiscono all'anno più recente per cui sono disponibili le informazioni.

Tutto ciò consente di mettere a disposizione dei decisori dati oggettivi e scientificamente rigorosi per adottare azioni adeguate, razionali e tempestive per la salute delle popolazioni di riferimento.

L'auspicio è che questo volume, in cui i risultati vengono comunicati con un linguaggio semplice e divulgativo, sia di stimolo non solo a chi ha responsabilità decisionali o, comunque, sia "addetto ai lavori", ma sia utile anche alla popolazione generale, in particolare alle donne, affinché possano consapevolmente comprendere meglio le problematiche che le riguardano e far sentire più forte la propria voce.

Da alcuni stralci del Rapporto s'apprende che le donne italiane rimangono donne poco prolifiche: da alcuni decenni il Tasso di Fecondità Totale si attesta intorno a valori estremamente bassi (1,350 figli per donna) e inferiori al livello di sostituzione (due figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale. Dal 2000 al 2006, c'è stata, comunque, una lieve ripresa, soprattutto, nelle regioni del Centro-Nord: il valore più elevato si registra in Trentino (1,537), mentre il più basso in Sardegna (1,064). L'età media delle madri, al parto, è pari a 31 anni, mentre l'aumento più significativo si è avuto sulla quota di nati da madri straniere (da 6,4% nel 2000 a 13,5% nel 2006).

Le donne vivono più a lungo degli uomini e la distribuzione della popolazione anziana non è uniforme nel nostro Paese: la regio-

ne che è risultata più "vecchia" è la Liguria, mentre la più "giovane" è la Campania.

Un altro aspetto importante affrontato in questa pubblicazione è il tema della disabilità.

A livello nazionale la differenza tra persone con disabilità e persone non disabili è molto netta: il 17,5% dei disabili è occupato in attività lavorativa, mentre il valore dei non disabili è pari al 59,6%. Tale differenza si accentua notevolmente analizzando il tasso di occupazione delle donne disabili rispetto agli uomini disabili (11,7% vs 23,7%).

Per quanto riguarda le problematiche di genere, da quest'analisi risulta che le donne godono di un'aspettativa di vita superiore rispetto all'uomo, ma, il fumo, l'abuso di alcolici e il sovrappeso confermano, anche quest'anno, di essere alcuni tra i fattori di rischio più importanti per la salute femminile. Secondo i dati diffusi dall'Oms, il fumo di tabacco rappresenta la: "prima causa di morte facilmente evitabile", eppure, malgrado le campagne di pubblicizzazione contro il fumo e il progressivo ma continuo decremento del consumo di tabacco, questo rimane un'abitudine ancora diffusa e rilevante.

L'incidenza e la mortalità per tumore in entrambi i sessi sono costanti, anche se vi è stato un aumento della prevalenza. L'attività di prevenzione oncologica si è sviluppata molto nell'ambito dell'attività degli screening organizzati, anche se il forte squilibrio tra nord e sud persiste. L'assistenza alla salute materno-infantile è ancora inadeguata in molte aree del nostro Paese.

A parte certe specificità, però, lo stato di salute delle donne italiane è, secondo il Libro bianco, complessivamente buono, mentre continuano ad aumentare le differenze geografiche tra singole regioni e tra uomini e donne. In alcune regioni del sud Italia mancano ancora scelte organizzative e gestionali per poter garantire adeguati servizi alla popolazione; le capacità delle singole Regioni di rispondere alle sfide della salute femminile nel nuovo millennio appaiono, al momento, differenziate e, in assenza di interventi correttivi rapidi ed efficaci, questo determinerà l'allargamento del differenziale di salute tra donne di diversi livelli socio-economici e, soprattutto, di diverse regioni italiane, con quelle meridionali costantemente svantaggiate rispetto alle donne residenti nelle regioni centro-settentrionali.

Walter Ricciardi, Tiziana Sabetta

Libro Bianco 2009-La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane

Franco Angeli editore

I "buoni sentimenti" e l'esecuzione delle prestazioni infermieristiche

Queste considerazioni prendono spunto da un recente ciclo di lezioni alla Asl Rm/B, rivolto ad infermieri ed Ostetriche cui sono stato chiamato a partecipare per approfondire alcuni temi fondamentali della responsabilità penale dell'infermiere.

In due diverse occasioni ho avuto modo di ascoltare le lezioni del presidente del Collegio, Gennaro Rocco, e della presidente delle Ostetriche Maria Grazia Proietti. La prima incentrata sul codice deontologico e il rapporto tra l'infermiere e il paziente; la seconda - nella parte che ho ascoltato - sulla professionalità delle ostetriche e sul rapporto che queste instaurano con la partorientente.

Umanità e affettività

L'umanità, in quel contesto, era intesa come quel complesso di sentimenti di solidarietà e - se vogliamo - di bisogno di stabilire un rapporto paritario in una fase patologica.

L'affettività possiamo intenderla come il complesso di sentimenti positivi da uno ad un altro soggetto in una fase fisiologica che di regola (e comunque di questo si parlava) è gioiosa.

Nel tratteggiare questa distinzione anche se imperfetta possiamo capire cosa li accomuna; umanità e affettività sono "buoni sentimenti".

L'analisi di questo scritto è se e come i "buoni sentimenti" entrano a far parte della relazione giuridica tra infermiere e paziente (trascurerò le ostetriche per evidenti motivi, ma il discorso sarà analogo).

Esistono nel nostro ordinamento giuridico alcune nozioni che potrebbero evocare questi aspetti di umanità e affettività. Penso in particolare alla "correttezza" nei rapporti tra creditore e debitore (art. 1175 cod. civ.), alla "diligenza del buon padre di famiglia" nell'eseguire l'obbligazione (1176 cod. civ.) e alla "buona fede" nel dare esecuzione al contratto (art. 1375 cod. civ.).

Senza addentrarci in discorsi eccessivamente specialistici, ci basti dire che **le regole di correttezza, buona fede e diligenza sono sempre state interpretate dalla giurisprudenza in modo tecnico, scevre da ogni sentimentalismo.**

Ad esempio, è stato fatto rientrare nei doveri di correttezza e buona fede (che secondo alcuni coincidono in parte) il dovere di informazione da parte del medico nei confronti del paziente al fine di ottenerne il consenso consapevole prima del ricovero che ha natura contrattuale (Cass. 30 luglio 2004, n. 14638). Ancora, le regole di correttezza e buona fede rilevano nel conferimento di incarichi dirigenziali al personale sanitario quando l'Azienda ha autolimitato il proprio potere di nomina che altrimenti - per regola - sarebbe discrezionale (Cass. 3 novembre 2006, n. 23549).

Peraltro, per quanto riguarda la diligenza del contraente nell'esecuzione delle obbligazioni, il professionista sanitario abbiamo visto che il codice civile la esprime in termini di diligenza del buon padre di famiglia. Anche questa nozione è tutt'altro che emotiva e certo non origina dal rapporto tra il *pater* e la *familia*, bensì nasce dall'inserimento dell'uomo medio nella *societas*. La diligenza del buon padre di famiglia è, quindi, quella che si richiede all'uomo medio che ha l'obbligo di compiere gli atti giuridici previsti dal contratto con la diligenza del buon padre di famiglia, con quella diligenza, cioè, che è lecito attendersi da qualunque soggetto di media avvedutezza e accortezza, memore dei propri impegni, cosciente delle relative responsabilità (App. Roma, 19 aprile 2007, S. s.r.l. c/ Tel.It. S.p.A.).

Insomma, nonostante certe espressioni utilizzate dal codice civile possano far pensare che l'intenzione individuale, l'interiorità possano in qualche misura trovare ingresso, ebbene così non è perché, come abbiamo visto, la correttezza e le altre clausole generali sono utilizzati (ed è bene che sia così) sotto un profilo squisitamente tecnico.

A maggior ragione questo vale per le professioni, tra cui le professioni sanitarie: l'art. 1176 cod. civ. al comma 2 non parla più di diligenza del buon padre di famiglia; secondo la norma, infatti, il professionista deve utilizzare la diligenza richiesta dalla natura della prestazione. Una norma dello stesso tenore l'abbiamo anche nella disciplina del lavoro privato (e privatizzato), ove al lavoratore è richiesto di prestare la propria attività lavorativa con la diligenza richiesta dalla natura della prestazione. Insomma, possiamo affermare che nell'ordinamento giuridico il lavoro è visto solo tecnicamente (i.e. si deve, si ha l'obbligo di lavorare a regola d'arte) mentre l'apporto personale non ha, anzi sembra non avere, alcun interesse per il diritto.

Possiamo anche dire che certi aspetti personali sono considerati ma solo in negativo quando viene tutelata la lesione del decoro e della dignità della persona (ad es. sub specie di reato penale, si pensi all'ingiuria, alla diffamazione etc.).

L'attività professionale infermieristica (ed ostetrica) è però fortemente caratterizzata dal rapporto con il paziente, quindi dall'aspetto relazionale tra le persone (professionista-paziente) che caratterizza la prestazione tanto quanto la tecnica, la buona pratica infermieristica.

Se il legislatore, come abbiamo visto, mantiene fuori dall'ordinamento giuridico l'aspetto umano, nel senso che non legifera direttamente, non è però vero che lo ignori del tutto.

A mio avviso non innova in tal senso il d.lgs. n. 150 del 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni che inserisce un sistema di valutazione anche del personale



dipendente ma in base al merito sul lavoro (sviluppendo il sistema di premi e bonus al raggiungimento degli obiettivi assegnati già previsto dalla legge n. 15 del 2009, oppure il conferimento di incarichi in base a comprovata professionalità o alla formazione).

Neppure il d.lgs. n. 286 del 1999 che introduce il sistema della carta dei servizi e il sistema di tutela dell'utenza per il rispetto degli standard di qualità del servizio.

Una norma che si avvicina al concetto che sto esaminando è il codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni (che quindi non vale per l'impiego privato) approvato con DPCM 28 novembre 2000 dove si afferma che il compor-

tamento del dipendente deve essere tale da stabilire un rapporto di fiducia e collaborazione tra i cittadini e l'amministrazione. Nei rapporti con i cittadini, egli dimostra la massima disponibilità e non ne ostacola l'esercizio dei diritti. Favorisce l'accesso degli stessi alle informazioni a cui abbiano titolo e, nei limiti in cui ciò non sia vietato, fornisce tutte le notizie e informazioni necessarie per valutare le decisioni dell'amministrazione e i comportamenti dei dipendenti, ascoltando le domande e fornendo spiegazioni.

Si tratta però di un complesso normativo (previsto dall'abrogato art. 58-bis d.lgs. n. 28 del 1993, trasfuso nel T.U. delle leggi sul pubblico impiego n. 165 del 2001) senza sanzione, a meno che non fosse recepito nel codice disciplinare del CCNL. Queste regole, oltre che essere limitate al pubblico impiego (e quindi inapplicabile a tutto il personale libero professionista o lavoratore dipendente di cliniche, case di cure, società cooperative e studi professionali), sono espressione del più tecnico principio di buon funzionamento della pubblica amministrazione di cui all'art. 97 cost.

Dove realmente entra il "sentimento" è il codice deontologico. Chiariamo subito che è un testo tecnico, che contribuisce ad introdurre fattori determinanti nella caratterizzazione della professione infermieristica e quindi, come tale, è esso stesso fonte autonoma di responsabilità (ricordiamo per inciso il recepimento legislativo avvenuto con l'art. 1 della legge n. 42 del 1999).

Innanzitutto, il codice deontologico —oltre ad essere recepito da una legge dello stato— si rivolge a tutti gli infermieri e li vincola a determinati comportamenti ponendo dei principi etici che diventano vere e proprie regole collettive vincolanti. Inoltre, vi è da dire che questo gruppo di regole è dotato di un apparato sanzionatorio diretto, rappresentato dalle norme disciplinari contenute nella legislazione ordinistica (in primo luogo il DLCP n. 233 del 1946).

Senza entrare nel merito delle singole disposizioni, questo atto, il codice deontologico, è il testo normativo che meglio di ogni altro coglie gli aspetti che volevo affrontare.

Vero è che esiste una parte di umanità/affettività che forse nessuna norma potrà mai cogliere e sta proprio nel comportamento di ciascuno con il paziente; ed è questo, ritengo, l'insegnamento che ho ricevuto dalle lezioni cui ho avuto il piacere di assistere e la riflessione che volevo sottoporre a ciascuno

Avv. Alessandro Cuggiani

Alcuni siti internazionali di infermieristica clinica di settore

La scelta di questo nuovo numero di Infermieri in Rete si indirizza verso alcuni siti di associazioni professionali che si occupano di pratica clinico-assistenziale.

Si è cercato, dato lo spazio ristretto, di abbracciare diversi e più comuni ambiti di esercizio professionale. Ovviamente, senza pretesa di esaustività.

American Association of Nurse Anesthetists: **<http://www.aana.com/>**

La storica associazione, fondata nel 1931, si preoccupa di certificare ed accreditare i professionisti infermieri specializzati in "anestesia" e scienze affini. Il sito, oltre ad offrire le classiche ed immancabili notizie istituzionali, a pubblicare una rivista di settore, ed ad organizzare congressi annuali, offre molti servizi all'iscritto, ma, soprattutto, una vasta ed esauriente sezione dedicata al cittadino, sulle informazioni anestesiológicas, e sulla sicurezza.

E' un sito istituzionale: per seguire direttamente gli addetti ai lavori, potete visitare un vivacissimo personal forum (non legato alla Aana): <http://www.nurse-anesthesia.org/>

Spanish Association of Nursing in Cardiology: **<http://www.enfermeriaencardiologia.com/eng/>**

Questa volta l'associazione è più recente della precedente citata Aana (1977) ed esprime un'associazione no-profit che raggruppa infermieri di ambito cardiologico. Anche loro pubblicano una rivista cartacea, organizzano congressi annuali e si preoccupano di promuovere ricerche scientifiche e di esprimerle nella pratica quotidiana.

Va notato che si preoccupano di segnalare i siti internet delle associazioni "affini" dell'Europa. Per l'Italia, è rappresentativa il Gitic (<http://www.gitic.it/>) e l'Anmco-area nursing (<http://www.anmco.it/aree/elenco/nursing/>). Certo, se avete più dimestichezza con lo spagnolo, troverete la homepage (<http://www.enfermeriaencardiologia.com/>) molto più interessante, con contenuti più completi, compresi alcuni articoli di rivista gratuiti, e le interessanti informazioni di prevenzione della salute rivolte al cittadino.

American Association of Neuroscience Nurses: **<http://www.aann.org/>**

Come per gli infermieri di anestesia (Aana), quest'associazione registra ed accredita i specialisti di neuroscienze (ne rappresenta circa 3.500 solo negli Stati Uniti). Nata nel 1968, pubblica la propria rivista (*Journal of Neuroscience Nursing*), una newsletter elettronica come molte

associazioni professionali on line (e ricordiamo che sul sito internet del collegio Ipasvi di Roma è possibile registrarsi alla nostra newsletter gratuitamente).

Di particolare rilevanza e pregio, la produzione e distribuzione gratuita delle linee guida di pratica clinica, di facile e veloce consultazione.

L'associazione infermieristica italiana corrispettiva alla Aann è l'Anin (<http://www.anin.it/>)

The National Association of Pediatric Nurse: **<http://www.napnap.org/>**

L'associazione americana raggruppa i specialisti infermieri in ambito pediatrico. Associando circa 7.000 professionisti, si prefigge espressamente, oltre alla formazione continua ed i convegni programmatici, anche un espressamente dichiarato scopo di *"incidere ed influenzare la politica per perseguire programmi di educazione sanitaria alla popolazione, ma soprattutto alla tutela e progressione sociale del professionista associato"*. Oltre ai soliti servizi offerti da tutti (rivista, etc...), da segnalare gli utili servizi offerti all'iscritto, come ad esempio la richiesta/offerta di lavoro e la possibilità di inserire un proprio curriculum per essere, poi, avvertiti delle disponibilità di impiego.

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITA' E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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

