

INFERMIERE

oggi

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

N°1



EDITORIALE

Lazio, una sanità
da rianimare

FOCUS

I progetti del Centro di Eccellenza per
la Cultura e la Ricerca Infermieristica

CONTRIBUTI

Stereotipi dell'infermiere
nella produzione cinematografica

DAL COLLEGIO

Posta elettronica certificata
gratis per tutti gli iscritti

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 XX - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2010

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: marzo 2010

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 **Lazio, una sanità da rianimare**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 **Conoscenza e applicazione dell'autonomia professionale dell'infermiere nell'era post-mansionario**
di Alessandro Stievano, Lorian Lattanzi, Simona Pistoni, Rosaria Alvaro
- 13 **Interventi infermieristici nella bronco-pneumologia: una ricerca bibliografica**
di Massimo Giordani
- 19 **Radiogramma nella sala di pronto soccorso: problematiche, revisione della letteratura e proposte**
di Cristian Vender, Roberta Delle Fratte, Francesco Staderini
- 24 **L'infermiere di famiglia: il più adatto per la sindrome autistica**
di Ione Moriconi, Simona Lazzari
- 27 **La malnutrizione infantile nei Paesi a risorse limitate: il ruolo dell'infermiere in Mozambico**
di Domenico Ferrelli
- 31 **Stereotipi dell'infermiere nella produzione cinematografica dal 1950 al 2008**
di Natasha Megozi, Fabio Pennacchioni

FOCUS

I PROGETTI DEL CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA

- 42 **Centro di Eccellenza. Al via i primi progetti!**
- 44 **Tante ricerche e un solo obiettivo: fare... Centro**

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 54 **Emma Bonino e Renata Polverini a confronto sulla sanità laziale**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 55 **Il Collegio di Roma regala ai propri iscritti la Posta Elettronica Certificata**

L'ANGOLO DEI MEDIA

- 56 **Mentre "Mimma" va in pensione Lucio Dalla ripropone la sexy infermiera**

PILLOLE DI STORIA

- 59 **Il ruolo delle donne nel soccorso ai feriti della Repubblica Romana del 1849**

L'AVVOCATO DICE

- 61 **L'evento sentinella e il Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità, le Raccomandazioni del ministero e la responsabilità sanitaria**

INFERMIERI IN RETE

- 64 **I nuovi media per l'infermieristica**



Lazio, una sanità da rianimare

di Gennaro Rocco

Siamo ormai al traguardo elettorale, quello che nel Lazio assegnerà vittoria e sconfitta. Decretando l'una e l'altra, le elezioni regionali diranno a chi toccherà il compito di ricostruire un sistema sanitario oggi alle corde, provato oltremisura da inefficienze e sprechi, un pugile frastornato da tagli di risorse e di servizi, stordito da un deficit finanziario spaventoso, incapace di reagire e riformarsi. E stavolta il ko rischia di essere definitivo, la sanità pubblica potrebbe non rialzarsi più e con essa i cittadini perderebbero l'unico ombrello assistenziale che hanno.

E' un affare troppo serio e urgente per reiterare promesse e impegni, per ribadire programmi e progetti. No, non può bastare più. Serve altro: azione, decisione, concretezza. E' l'ultimo treno per cambiare davvero, per invertire una rotta al ribasso che negli ultimi lustri ha punito i cittadini-utenti e mortificato gli operatori. Chi, come gli infermieri, vive in prima linea questa difficilissima condizione sa che per la sanità regionale è scattata la fatidica "ora x", il punto di non ritorno: ora o mai più, o si riparte o si affonda. Il pauroso debito finanziario falcidia prestazioni, servizi, reparti e svuota sempre più gli organici, creando carichi di lavoro insopportabili, disorganizzazione, disfunzioni, malessere professionale. Il quadro è di tutta emergenza e va affrontato come tale.

Gli infermieri di Roma e del Lazio chiedono da tempo interventi decisi sulla carenza degli organici, sul blocco delle assunzioni e del turn-over, sulla stabilizzazione dei precari, interventi che tuttavia non arrivano se non nelle dichiarazioni d'intenti. Da tempo indichiamo un sistema diverso, una riorganizzazione della rete sanitaria in senso territoriale, puntando sull'assistenza domiciliare e sulla continuità assistenziale secondo modelli sperimentati con successo in altri Paesi e anche in altre Regioni italiane. Chiediamo che, a sua volta, il sistema punti sulla nostra professionalità, sulle competenze che abbiamo acquisito e che ci assegnano un ruolo diverso da quello in cui oggi ci sentiamo ingiustamente relegati.

All'esito elettorale, chiunque assumerà la guida della Regione Lazio dovrà porre la questione sanità in cima alla lista delle

priorità. E non potrà sbagliare. Noi infermieri siamo gente concreta e concretamente indichiamo da dove partire e come procedere. Raccogliere finalmente la nostra voce e riformare il sistema come suggeriamo sarebbe già una bella svolta.

Alla futura Giunta Regionale chiediamo di investire sull'assistenza e sulla sua riorganizzazione. Bisogna intervenire rapidamente sulle questioni ancora aperte, frutto di richieste inscaltate e impegni non mantenuti. A cominciare dalla carenza di personale infermieristico ormai oltre la soglia dell'emergenza. Interi reparti ospedalieri e servizi riescono a garantire i livelli minimi di assistenza solo grazie all'abnegazione straordinaria di professionisti che fanno del superlavoro la loro condizione quotidiana, pronti a svolgere mansioni improprie pur di mandare avanti il servizio.

La situazione si aggrava di anno in anno, mentre il numero degli infermieri neolaureati copre a malapena la metà del turn-over per pensionamenti e trasferimenti. Finora si è tentato di arginare l'emergenza con l'assunzione di infermieri stranieri ma non è bastato. Di fatto, nelle piante organiche delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Lazio mancano almeno 4mila infermieri, per un rapporto infermieri/abitanti tra i più bassi d'Europa. Un dato che non risparmia la speditività privata, sempre più orientata a ricorrere alle cooperative e alle agenzie di lavoro temporaneo per poter assicurare il servizio.

La direzione d'intervento è perciò obbligata: rinforzare subito gli organici, estendere il ricorso alla libera professione, investire seriamente sui servizi territoriali. E poi investire sulla formazione infermieristica, gettare oggi un ponte verso i giovani per raccogliere fra qualche anno i frutti con professionisti preparati e in numero sufficiente per garantire il livello di adeguatezza dei servizi richiesto.

Significa un sostegno specifico dalla Regione alle sedi di formazione infermieristica pubbliche, classificate e private, il principale bacino d'utenza delle università, oggi alle prese con difficoltà economiche insormontabili. La Regione Lazio deve scongiurare la chiusura reintroducendo il finanziamento delle rette

per studente, così come avveniva prima della trasformazione in corsi universitari. Può e deve fare molto la Regione anche per promuovere la figura dell'infermiere fra i giovani, con iniziative e campagne d'informazione che avvicinino i ragazzi alla professione, mentre lo strumento delle borse di studio può incentivarne l'iscrizione ai corsi di laurea.

Alla nuova Amministrazione Regionale spetterà anche il compito di realizzare finalmente ciò che è rimasto sulla carta in tema di autonomia e autogestione professionale degli infermieri. All'esordio formale dei Servizi Infermieristici non è seguita un'attuazione concreta significativa e qualche buon esempio maturato a Roma stenta a realizzarsi altrove. Così anche l'attivazione dei Dipartimenti dell'Assistenza è rimasta al palo. C'è bisogno di modelli organizzativi diversi dagli attuali, spesso inadeguati.

Abbiamo contezza di quanto il cittadino chiede al Sistema Sanitario Regionale e di quanto, per contro, non riusciamo a garantire. I tempi, gli orari, i ruoli ai quali il cittadino deve sottostare non si rivelano all'altezza. E troppo spesso gli infermieri si imbattono in una mentalità organizzativa tutt'altro che funzionale alla qualità delle prestazioni assistenziali da erogare. Serve un impulso decisivo all'attivazione dei Servizi Infermieristici e dei Dipartimenti dell'Assistenza in tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione.

Serve chiarezza e organizzazione anche sul fronte degli Operatori Socio Sanitari e del loro utilizzo a supporto dell'attività infermieristica. È fondamentale fissare ogni anno il reale fabbisogno degli OSS, formarli esclusivamente nelle sedi di formazione infermieristica, attribuire loro mansioni svolte oggi impropriamente dagli infermieri, coordinarne l'attività sotto il controllo diretto degli infermieri.

Come pure servono regole certe, rigorose e nuove condizioni operative per l'Ecm. I corsi sono pochi e i Piani Formativi Aziendali, laddove esistono, non soddisfano il bisogno formativo di tutto il personale. Gli infermieri sono spesso costretti a frequentare corsi al di fuori dall'orario di servizio, caricandosi costi e sacrifici. Alla Regione chiediamo di imporre a tutte le Aziende del Lazio l'attivazione di corsi interni, fruibili in orario di servizio, l'assegnazione di specifiche risorse finanziarie al programma Ecm, l'incentivazione di strumenti più moderni come la formazione a distanza, l'e-learning e l'autoformazione. Soprattutto gli infermieri attendono dalla politica segnali chiari

di cambiamento rispetto ad un modello tutto sbilanciato sull'ospedale, sugli esami clinici e sulla spesa farmaceutica. Per rispondere alla domanda di salute dei cittadini, l'assistenza sanitaria deve orientarsi sempre più al di fuori delle strutture tradizionali e concentrarsi sul territorio. Occorre investire sulla continuità assistenziale, fornendo servizi adeguati alle varie fasi della cura, dalla diagnosi alla fase post-terapeutica, con un piano di assistenza senza soluzione di continuità.

Gli ambulatori infermieristici possono svolgere un ruolo importante in una rete assistenziale così concepita. La Regione dovrà favorirne l'attivazione su tutto il territorio, sull'esempio delle positive esperienze avviate in diverse Asl, e adottare la figura dell'infermiere di famiglia per la gestione ottimale dei pazienti affetti da multipatologie croniche, sempre più numerosi con l'incalzante aumento della popolazione anziana.

Le azioni da intraprendere sono davvero molte: incrementare le strutture specialistiche per l'assistenza, far decollare l'assistenza domiciliare, aumentare le attività di promozione della salute, impiegare le competenze infermieristiche fuori dall'ambito ospedaliero o ambulatoriale (nei luoghi di lavoro, nelle scuole, nei centri sportivi, nelle unità produttive), utilizzare gli infermieri nei processi di educazione alimentare, nella diagnosi precoce, nella prevenzione generale, nelle attività di educazione alla salute.

Gli infermieri rappresentano una risorsa insostituibile di una sanità moderna ed efficace. Hanno fatto passi da gigante sul piano della formazione, della competenza e dell'autonomia. Sono oggi piuttosto sfiduciati, ma pronti ancora una volta a mettersi in gioco. Non potrebbero però tollerare nuove disillusioni. Il tempo degli impegni è ampiamente scaduto, ora urgono fatti. La sanità è una sola ed è di tutti. Per difenderla va riformata in profondità, umanizzandola e dando spazio a chi concretamente, giorno dopo giorno, la anima di energie vitali.

Concretezza: ecco ciò che chiediamo a chi governerà la Regione. L'esempio lo forniamo noi quotidianamente, sul posto di lavoro, a fronteggiare l'impossibile. Nonostante tutto e tutti, continuiamo a darci da fare. E a crescere. Come con il grande progetto del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (di cui si parla diffusamente in questo numero) che impegna il Collegio e tutti gli infermieri di Roma e del Lazio in una sfida all'avanguardia in Europa e nel mondo. Dalla politica pretendiamo lo stesso impegno.



Conoscenza e applicazione dell'autonomia professionale dell'infermiere nell'era post-mansionario

di Alessandro Stievano, Lorian Lattanzi, Simona Pistoni, Rosaria Alvaro

ABSTRACT

Oggi **la professione infermieristica**, grazie ad un percorso storico-evolutivo e a tappe legislative epocali, **può vantare due conquiste fondamentali: autonomia e responsabilità diretta dell'assistenza.**

L'indagine conoscitiva proposta ha inteso rilevare se l'infermiere, oggi, è a conoscenza e se esercita la propria autonomia nel "prendersi cura" del paziente.

I risultati dello studio vertono su una ricerca osservazionale-descrittiva basata sull'utilizzo di un questionario distribuito ad un campione "non probabilistico" di 154 infermieri dell'Asl Rm/D. Le informazioni ottenute dalla ricerca attestano che, globalmente, l'infermiere riconosce i propri ambiti autonomi e le relative sfere di responsabilità, ponendo al centro della sua attività il "prendersi cura" del paziente.

Emergono, però, alcune difficoltà nell'applicazione pratica di questi nuovi significati professionali a causa dello scarso uso di strumenti operativi idonei e per una pianificazione assistenziale che non favorisce l'applicazione del processo di *nursing*, che non sempre predilige il lavoro d'equipe ma che è ancora organizzata per derive individualistiche e scarsamente intercollaborative.

In conclusione, gli infermieri del nostro campione comprendono gli aspetti peculiari della loro professione, ma emerge che non sono ancora pienamente

supportati da un'adeguata organizzazione lavorativa.

INTRODUZIONE

Il Profilo Professionale (D.M. 739/94) e il Codice Deontologico (2009) che indirizzano oggi l'esercizio professionale infermieristico, sostengono l'autonomia e la responsabilità diretta dell'infermiere (Benci, 2005), il quale dovrebbe pianificare la propria attività lavorativa e valutare gli obiettivi raggiunti.

Gli scenari che si sono venuti a delineare hanno richiesto la realizzazione di **una compiuta transizione dalla precedente situazione mansionariale** (e, dunque, da quell'elenco di compiti che ostacolavano le capacità gestionali e le competenze infermieristiche), **all'autonomia professionale.**

I cambiamenti che hanno condotto ad una nuova consapevolezza e a questi diversi significati dell'assistenza infermieristica, sono, in realtà, avvenuti quasi tutti nell'arco degli ultimi 15 anni e, nonostante la voglia e la volontà di professionalità, le modifiche, seppur necessarie e importanti, risultano, talvolta ancor oggi, di difficile attuazione. I problemi principali potrebbero risiedere nello stesso approccio culturale ambientale, nella scarsa conoscenza delle innovazioni legislative, nonché nelle carenze strutturali, informative e organizzative delle strutture sanitarie.

Per questo motivo, è importante, oggi, indagare sulla nuova **identità profes-**

sionale dell'infermiere per rilevare la conoscenza e gli atteggiamenti degli infermieri stessi.

Il nostro obiettivo è stato quello di rilevare le percezioni degli infermieri circa le proprie sfere di competenza e di identificare quelle che possono essere eventuali difficoltà presenti nella proprie realtà operative che ne ostacolano l'attuazione. Conoscere e chiarire possibili impedimenti, o al contrario, mostrare l'assenza di problematiche per l'esercizio di un'autonomia responsabile, significa produrre una riflessione sulla nostra attuale identità professionale.

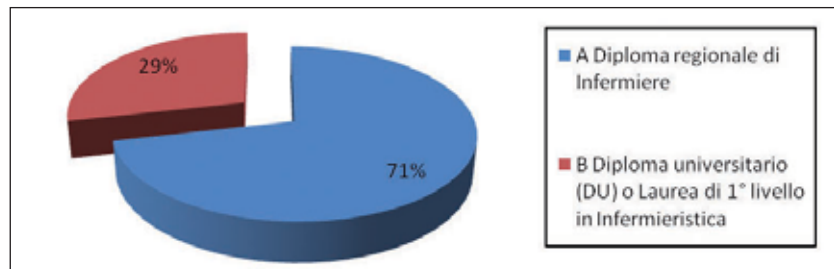
STRUMENTI E METODI DEL CAMPIONAMENTO

Lo studio a carattere osservazionale-descrittivo per la raccolta dei dati ha utilizzato un questionario anonimo a risposta multipla (ad una sola opzione di scelta) da parte dei partecipanti.

Questo è stato strutturato in 16 *item* (di cui sei indagavano su informazioni generali di carattere socio-demografico, sette realizzati con quattro opzioni di risposta e tre su scala quantitativa con una valutazione da 1 a 10). (Allegato 1). Le informazioni che sono state raccolte hanno compreso:

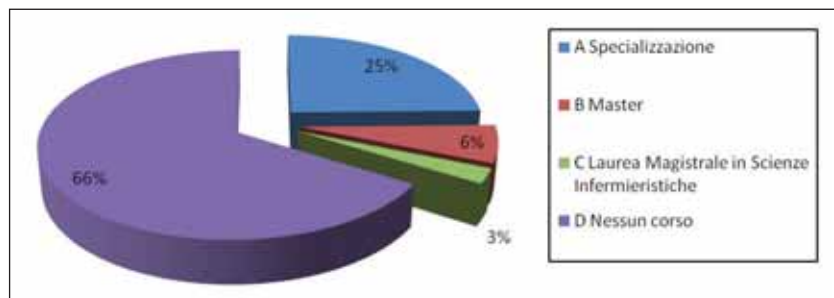
- titolo di studio e corsi frequentati dopo l'abilitazione professionale;
- anzianità di servizio;
- *setting* di esercizio professionale;
- ruolo ricoperto all'interno del *setting* assistenziale;

A	Diploma regionale di Infermiere	71,4%	110
B	Diploma universitario (DU) o Laurea di 1° livello in Infermieristica	28,6%	44



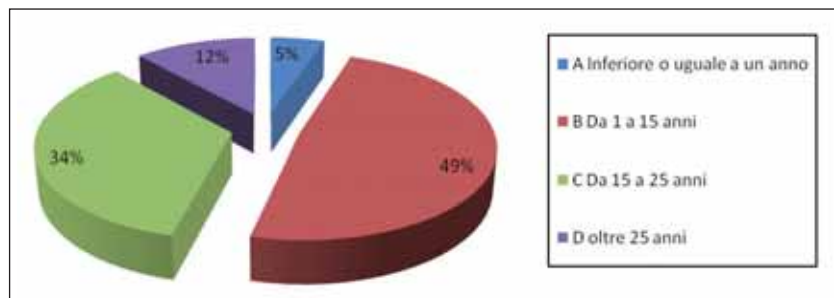
1. Titolo di studio

A	Specializzazione	24,7%	38
B	Master	6,5%	10
C	Laurea Magistrale in Infermieristica	2,6%	4
D	Nessun corso	66,2%	102



2. Corsi frequentati dopo il titolo abilitante

A	Inferiore o uguale a un anno	5,2%	8
B	Da 1 a 15 anni	48,7%	75
C	Da 15 a 25 anni	34,4%	53
D	Oltre i 25 anni	11,7%	18



3. Anzianità di servizio

- strumenti operativi utilizzati per lo svolgimento delle proprie attività assistenziali;
- considerazione che si ritiene più appropriata per la propria attività lavorativa;
- giudizio personale circa l'abrogazione

- del mansionario;
- valutazione della conoscenza circa la regolamentazione dell'esercizio professionale;
- significato personale attribuito all'autonomia professionale;
- aspetti della propria attività profes-

sionale che recano maggiore soddisfazione;

- stima personale dell'assunzione della responsabilità professionale da parte della propria categoria professionale;
- misura del lavoro svolto e diversità rispetto al lavoro atteso;
- valutazione sul grado di pianificazione delle proprie attività assistenziali;
- organizzazione della propria realtà operativa.

Il questionario è stato somministrato, in via sperimentale, ad un campione di 13 infermieri.

La numerosità del campione ha consigliato il ricorso a coefficienti di attendibilità differenziati; si sono adottati i seguenti strumenti di valutazione:

1. l'osservazione dei risultati per test equivalenti o paralleli;
2. l'analisi della mutabilità;
3. il coefficiente *alpha di Cronbach* per gli item su scala quantitativa (12, 13, 14).

Il grado di connessione ottenuto dagli intervistati in due test considerati paralleli (nel caso in esame si pensi agli item 7 e 9) è stato considerato un indicatore dell'attendibilità del test.

Il parallelismo è stato utilizzato tra gli item ritenuti sufficientemente omogenei, sia dal punto di vista tipologico sia per il numero uguale di opzioni (qui, sempre presente) previsto come risposta per l'utente.

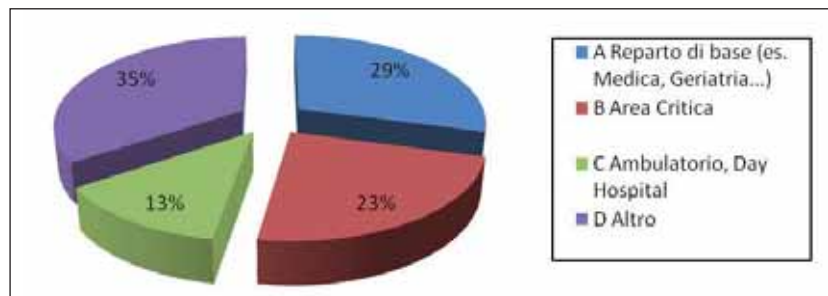
I confronti sono stati effettuati mediante il coefficiente Kappa per rilevare la concordanza tra la graduatoria delle opzioni e quella codificata di risposta. Riguardo la mutabilità si è fatto ricorso a indici basati sulle frequenze relative delle risposte. L'*alpha di Cronbach* per gli item 12, 13, 14 ha fornito un valore soddisfacente pari a: 0,73.

I risultati conseguiti hanno fatto propendere per un'attendibilità del test.

Il **campionamento** scelto è stato a carattere non probabilistico di tipo accidentale o di convenienza.

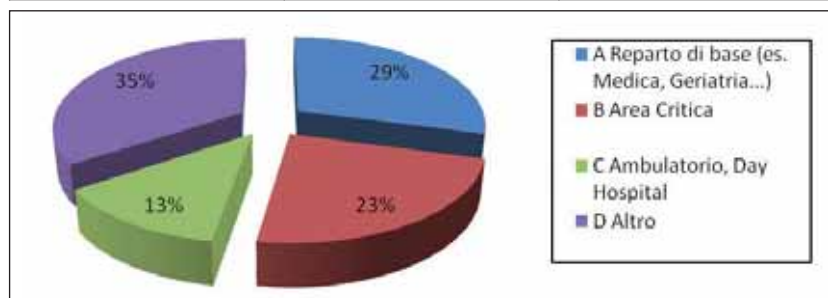
I questionari sono stati distribuiti in quattro aree assistenziali (unità operative di medicina generale, area critica, ambulatori e day hospital, servizi territoriali), tutte appartenenti all'Asl Rm/D, ottenendo un campione di 154 infermieri.

A	Reparto di base (es. Medicina, Geriatria...)	29,2%	45
B	Area Critica	23,4%	36
C	Ambulatorio , Day Hospital	13,0%	20
D	Altro	34,4%	53



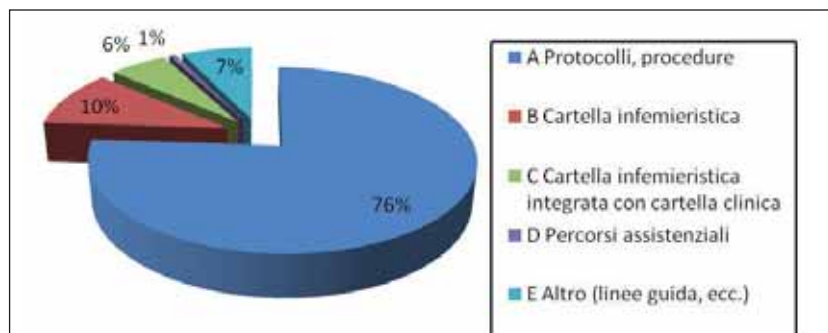
4. Tipologia di reparto o servizio di attuale appartenenza

A	Cpsi	85,7%	135
B	Cpsi-Coordinatore	3,2%	5
C	Cpse	9,1%	14



5. Ruolo ricoperto all'interno dell'unità operativa

A	Protocolli, procedure	76,0%	117
B	Cartella infermieristica	10,4%	16
C	Cartella infermieristica integrata con cartella clinica	5,8%	9
D	Percorsi assistenziali	0,6%	1
E	Altro (linee guida, ecc.)	7,0%	11



6. Strumenti operativi in uso nella tua realtà operativa

Si è reso necessario scegliere come **criterio di esclusione** dispensare, dalla ricerca, gli infermieri che rico-

privano "posizioni organizzative" o altro ruolo che non contemplasse la necessità di una pianificazione as-

sistenziale diretta sul paziente.

Come **criterio di inclusione**, invece, si è scelto di inserire nello studio solo gli infermieri che svolgevano, o avevano svolto, in maniera estesa, assistenza diretta al paziente, per valutare sul campo l'applicazione dell'autonomia e della responsabilità diretta della categoria infermieristica.

RISULTATI

Le **prime** cinque domande hanno raccolto informazioni socio-demografiche sul campione.

Dalla prima, è risultato che il 29% degli infermieri era in possesso del diploma universitario o della laurea in Infermieristica, mentre il restante 71% aveva conseguito il diploma regionale di Infermiere.

La **seconda** evidenziava che il 66% degli intervistati non aveva frequentato nessun corso di formazione post-laurea dopo il conseguimento del titolo professionale abilitante, il 25% aveva frequentato un corso di specializzazione, il 6% aveva conseguito un master di 1° livello e solo il 3% la laurea magistrale in Scienze infermieristico-ostetriche.

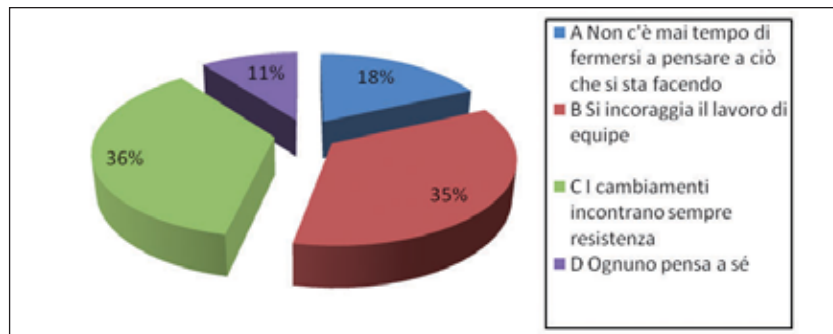
La **domanda 3** ha indagato l'anzianità di servizio e ha dimostrato che: per il 12% era uguale o inferiore a un anno, il 49% aveva meno di 15 anni di attività, il 34% aveva tra i 15 e i 25 anni di servizio mentre la percentuale più bassa, il 5%, aveva più di 25 anni lavorativi.

I dati dell'**item numero 4** si sono riferiti all'area di appartenenza del campione: il 29% apparteneva a reparti di base (come medicina generale, chirurgia...), il 23% a reparti di area critica (es. Uti-Unità di Terapia Intensiva Coronarica, Dea-Dipartimento Emergenza Accettazione), il 13% ad ambulatori, Day Hospital o servizi territoriali (es. Cad-Centro Assistenza Domiciliare, Csm-Centro di Salute Mentale...).

Come è risultato dalla **domanda numero 5**, l'86% del campione ricopriva il ruolo di Cpsi (Collaboratore Professionale Infermiere), mentre il 12% di Cpse (Collaboratore Professionale Sanitario Esperto, ma aveva avuto un'ampia esperienza come infermiere clinico).

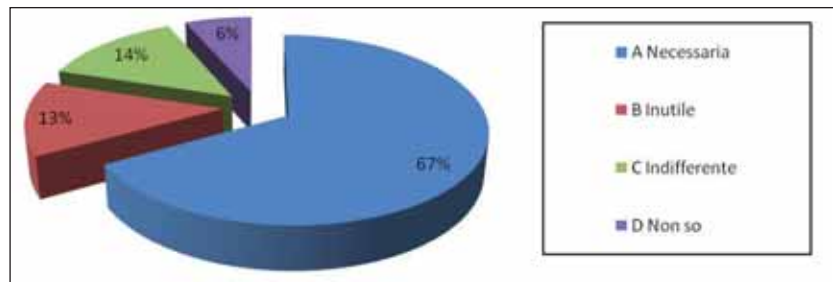
Dalla domanda su quali strumenti operativi sono in uso nella loro realtà ope-

A	Non c'è mai tempo di fermarsi a pensare a ciò che si sta facendo	18,2%	28
B	Si incoraggia il lavoro di equipe	35,1%	54
C	I cambiamenti incontrano sempre resistenza	36,4%	56
D	Ognuno pensa a sé	10,4%	16



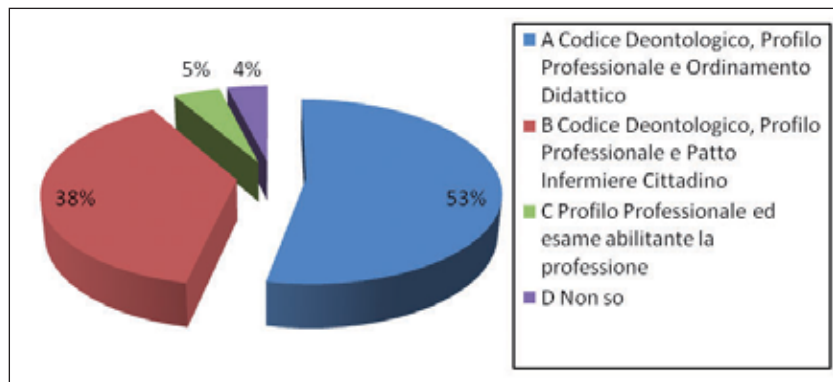
7. Quale tra le seguenti affermazioni ritieni più adeguata alla tua attività lavorativa

A	Necessaria	66,9%	103
B	Inutile	13,0%	20
C	Indifferente	13,6%	21
D	Non so	6,5%	10



8. Ritieni che l'abrogazione del mansionario sia stata per la tua attività lavorativa...

A	Codice Deontologico, Profilo professionale e Ordinamento Didattico	53,9%	82
B	Codice Deontologico, Profilo professionale e Patto Infermiere cittadino	38,3%	59
C	Profilo Professionale ed esame abilitante la professione	4,5%	7
D	Non so	3,9%	6



9. Secondo te, l'esercizio professionale è regolato da:

rativa è emerso che: il 76% dei professionisti infermieri utilizzava protocolli e procedure, il 10% la cartella infermieristica, il 6% la cartella infermieristica integrata con la cartella clinica, l'1% i percorsi assistenziali, il restante 7% altro.

La domanda numero 7 segnala che solo il 35% del campione svolge le sue attività lavorando in equipe, mentre il 18% "non ha tempo di fermarsi a pensare a ciò che si sta facendo", il 36% afferma che, nel proprio ambito lavorativo, i cambiamenti incontrano sempre delle resistenze e il 10% che "ognuno pensa per sé".

Solo il 67% degli infermieri intervistati ha ritenuto necessaria l'abolizione del mansionario (**domanda 8**), il 13% ritiene l'abrogazione: inutile, il 14%: indifferente e il 7% non sa cosa pensare.

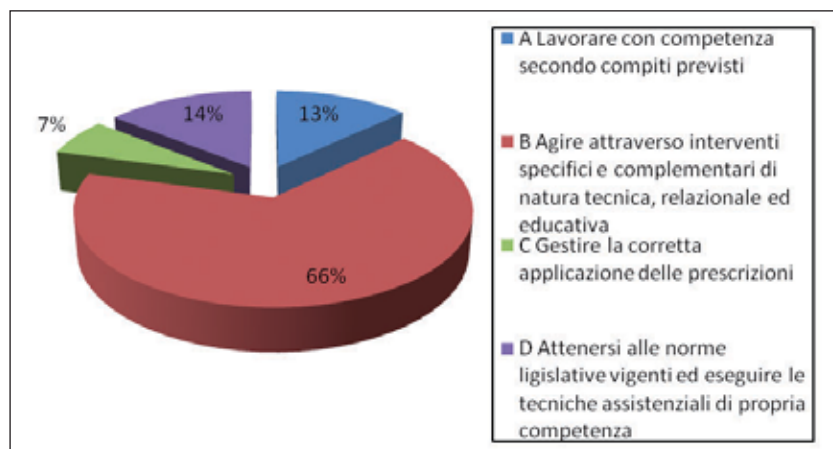
Nella nona domanda s'indaga sulla conoscenza della regolamentazione dell'esercizio professionale: il 54% conosce che è regolato dal Codice Deontologico, Profilo Professionale e Ordinamento Didattico dei corsi di formazione sostenuti, il 38% ha risposto: Codice Deontologico, Profilo Professionale e Patto Infermiere Cittadino, il 5% da: Profilo Professionale ed esame abilitante, il 4% non ne ha idea.

Nella decima domanda, il 13% degli intervistati hanno inteso il significato di autonomia come: il lavorare con competenza secondo compiti previsti, il 66% come agire attraverso interventi specifici e complementari di natura tecnica, relazionale ed educativa, il 7% come gestire la corretta applicazione delle prescrizioni mediche e il 14% come attenersi alle norme legislative vigenti ed eseguire le tecniche assistenziali di propria competenza.

Con la domanda 11, il 73% del campione trova maggiore soddisfazione proprio nel prendersi cura del paziente, il 10% nell'effettuare procedure e metodiche tecnologiche avanzate, il 14% far parte di un'unità operativa di eccellenza.

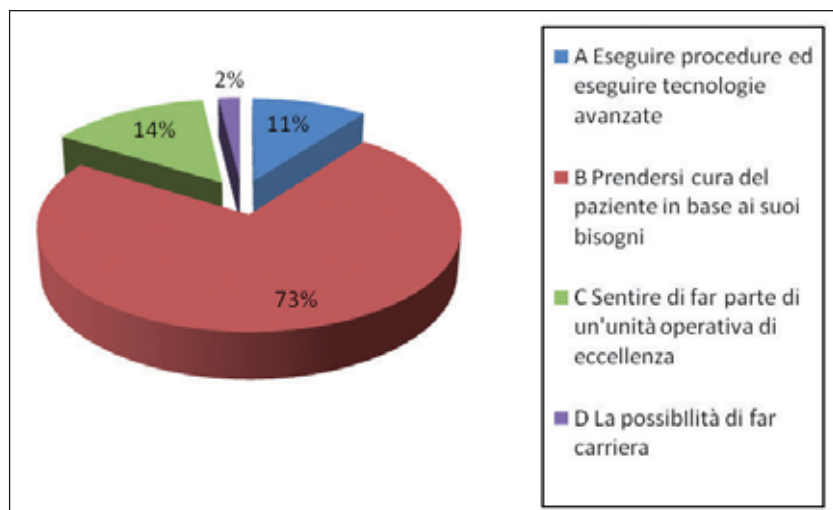
Secondo **la domanda 12** ("Secondo il tuo giudizio, in una scala da 1 a 10, in quale misura oggi l'infermiere tende ad assumersi le proprie responsabilità?"), le percentuali più alte hanno riguardato,

A	Lavorare con competenza secondo compiti previsti	13%	20
B	Agire attraverso interventi specifici e complementari di natura tecnica, relazionale ed educativa	66,2%	102
C	Gestire la corretta applicazione delle prescrizioni	6,5%	10
D	Attenersi alle norme legislative vigenti ed eseguire le tecniche assistenziali di propria competenza	14,3%	22



10. Quale significato ha per te il termine autonomia all'interno della tua professione:

A	Eseguire procedure con tecnologie avanzate	10,4%	16
B	Prendersi cura del paziente in base ai suoi bisogni	73,4%	113
C	Sentire di far parte di un'unità operativa di eccellenza	14,3%	22
D	La possibilità di far carriera	1,9%	3



11. Quali sono gli aspetti della tua attività che ti danno maggiore soddisfazione?

su una scala quantitativa da 1 a 10, punteggi compresi tra 5 e 8.

I dati forniti dalla domanda 13 hanno dimostrato uno scarto notevole tra la professione attesa e quella realmente svolta riferendo una certa insoddisfazione nei propri ambiti lavorativi, infatti, le

percentuali più alte sono concentrate dal valore 5 al valore 8.

Per quanto riguarda la capacità di pianificare le attività inerenti all'assistenza diretta sul paziente, emerge, dalla **domanda 14**, che è strutturata sempre su base quantitativa, con punteggio da 1 a 10, che il "valore 8" ottiene il 27%, il

"valore 6" il 21% e il "7" il 19%. La maggioranza degli infermieri del campione riescono ad organizzare la propria assistenza in termini di pianificazione, nonostante lo scarso utilizzo di cartelle integrate.

Le informazioni della **domanda 15** hanno dimostrato che il 37% degli infermieri rilevavano una scarsa collaborazione interprofessionale, il 15% che il lavoro era ben coordinato e i compiti ben definiti, il 20% che il gruppo identificava gli obiettivi e valutava i risultati assistenziali e il 28% che s'incoraggiava il lavoro in equipe.

Con la **sedicesima domanda** si chiedeva di identificare un cambiamento che avrebbe potuto migliorare l'esercizio professionale, ottenendo il 34% che proponeva un cambiamento dell'organizzazione di base del lavoro, il 27% che voleva inserire un maggior numero di figure di supporto, il 19% che suggeriva di incrementare la formazione permanente e il restante 21% che indicava di migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'uso di strumenti operativi del *nursing*.

DISCUSSIONE

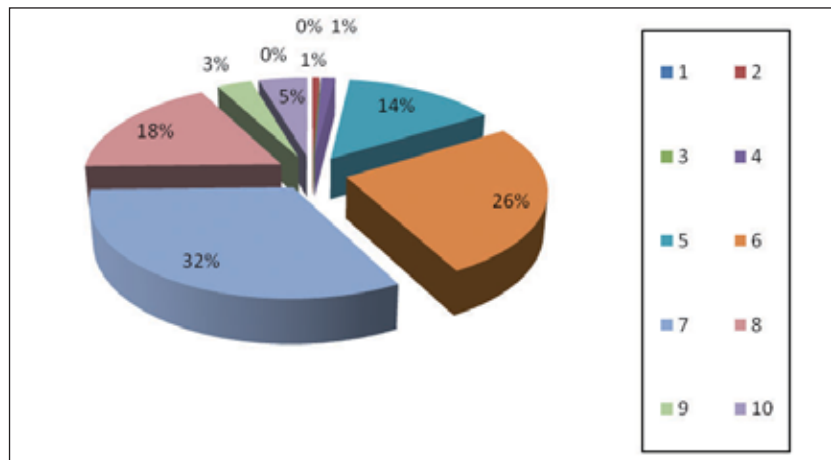
È evidente che, nel campione, solamente il 29% ha conseguito la laurea in infermieristica o, comunque, il diploma universitario.

L'autonomia decisionale è una conquista relativamente recente e, senz'altro, chi ha lavorato per tanto tempo attraverso la suddivisione in compiti predefiniti nell'ottica mansionariale potrebbe trovare difficoltà ad applicare il concetto di autonomia, che implica un'organizzazione lavorativa nuova rispetto a modelli, oggi, superati.

Lavorare per mansioni limita notevolmente il campo d'azione professionale, anche se, al contempo, determina responsabilità minori rispetto a quelle di un professionista che opera in modo autonomo, con possibilità di azione maggiore.

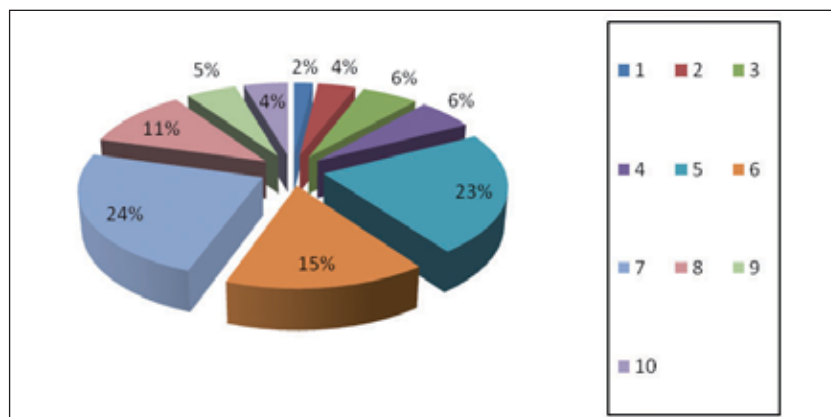
Importanti per lo studio, sono i risultati emersi dalla **domanda numero 6**, in quanto forniscono una visione dell'utilizzo degli strumenti organizzativi e informativi adeguati ed efficaci, da parte dell'infermiere, nello svolgimento delle proprie attività assistenziali.

1	0,0%	0
2	0,6%	1
3	0,0%	0
4	1,3%	2
5	14,3%	22
6	26,0%	40
7	32,5%	50
8	17,5%	27
9	3,2%	5
10	4,5%	7



12. Secondo il tuo giudizio, in scala da 1 a 10, in quale misura, oggi, l'infermiere tende ad assumersi le proprie responsabilità?

1	1,9%	3
2	3,9%	6
3	5,8%	9
4	5,8%	9
5	22,7%	34
6	15,6%	24
7	24,0%	37
8	11,0%	17
9	5,2%	8
10	4,5%	7



13. In scala da 1 a 10, in quale misura il lavoro che svolgi attualmente è diverso da quello che ti aspettavi?

È proprio l'uso di strumenti organizzativi idonei a supportare il corretto svolgimento di un'assistenza pianificata e interdisciplinare e di incentrare il proprio operato sul "prendersi cura".

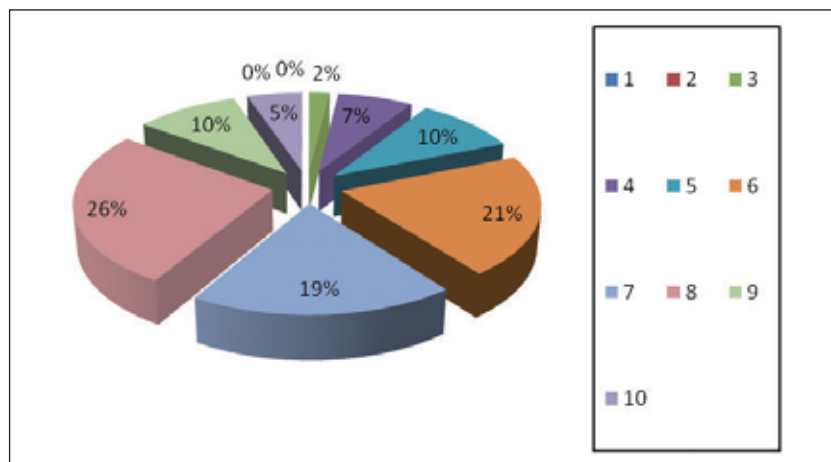
L'elevata percentuale che risulta nella risposta "A" sull'uso di protocolli e procedure, non può essere considerata una garanzia per la programmazione e per l'assistenza individualizzata al paziente. L'uso di tali strumenti evidenzia, esclusivamente, un carattere di omogeneità e standardizzazione assistenziale che risulta essere, senz'altro, necessaria e indispensabile nella pratica infermieristica e, al tempo stesso, una garanzia di correttezza del proprio agire professionale nei confronti del paziente, ma non sottolinea e promuove la personalizzazione e lo sviluppo di uno specifico professionale applicato che può essere garantito solamente dalla corretta effettuazione del processo di *nursing* (Negrisol, 1994).

Dalla **domanda 7**: "Quale, tra le seguenti affermazioni, ritieni più adeguata alla tua attività lavorativa?" risultano due informazioni importanti, due percentuali quasi uguali ed elevate, tra loro, in netta contrapposizione. Se si sommano le risposte "A", "C" e "D", pari al 65% del campione, comunque, si evince un clima lavorativo nettamente contrario ad un agire collaborativo e interdisciplinare. Una percentuale così elevata mostra un disagio o, comunque, una situazione che si allontana dai principi basilari (lavoro in equipe e collaborazione interdisciplinare) auspicati dalla regolamentazione dell'esercizio necessari per attuare in pratica l'autonomia professionale.

Anche le relazioni interprofessionali, specie a livello meso e micro organizzativo, sono spesso dominate dal modello medico e sono state inficiate da gerarchie che hanno ostacolato le relazioni interprofessionali ed il lavoro di team (Storch, Kelly, 2007; Duddle, Boughton, 2007).

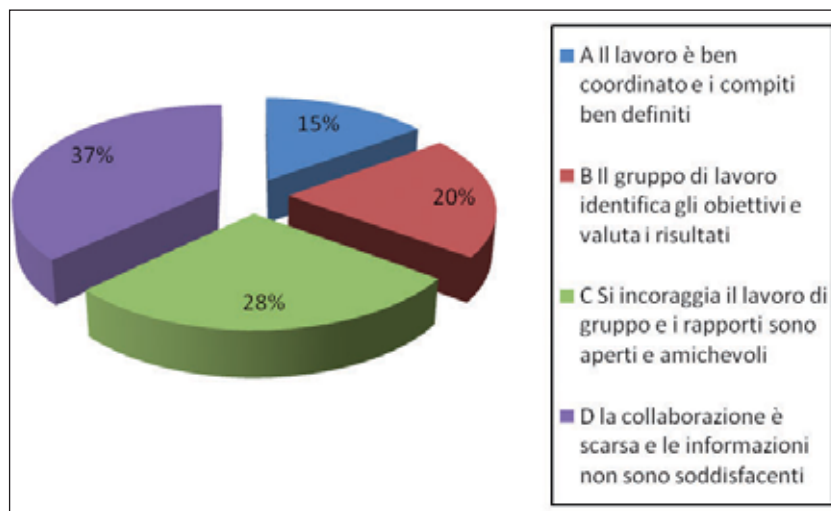
Il risultato della **domanda 8** mette in evidenza come la maggioranza degli infermieri interpellati consideri l'abrogazione del mansionario nella giusta visione per il cambiamento radicale dell'assistenza, ma il restante 34% (dato ri-

1	0,0%	0
2	0,0%	0
3	1,9%	3
4	7,1%	11
5	9,7%	15
6	20,8%	32
7	18,8%	29
8	26,6%	41
9	9,7%	15
10	5,2%	8



14. In una scala da 1 a 10, in quale misura sei in grado di pianificare le tue attività assistenziali?

A	Il lavoro è ben coordinato e i compiti ben definiti	14,9%	23
B	Il gruppo di lavoro identifica gli obiettivi e valuta i risultati	20,1%	31
C	Si incoraggia il lavoro di gruppo e i rapporti sono aperti e amichevoli	27,9%	43
D	La collaborazione è scarsa e le informazioni non sono soddisfacenti	30,7%	57



15. Oggi, nella tua realtà operativa...

levante) ha una visione di un ruolo infermieristico ancora in funzione di compiti e

ambiti limitati che li allontana da una presa di coscienza moderna del nursing.

Con il nono *item* si comprende che solo poco più della metà del campione conosce i criteri di riferimento che regolano il proprio esercizio come esplicitati dalla **legge 42/99 "Disposizioni in Materia di Professioni Sanitarie"**.

La conoscenza di tali criteri è importante per ritrovare i valori e le basi epistemologiche del proprio lavoro.

Attraverso i modelli comportamentali e i principi per la realizzazione concreta della propria attività, presenti nel Codice Deontologico e nel Profilo Professionale, l'infermiere trova il mezzo di applicazione nella pratica quotidiana della propria professionalità.

In particolare le risposte "C" e "D" mostrano come l'8,4% del campione non sappia dove andare a ricercare i principi-base necessari per operare correttamente nel quotidiano e come sia lontano, dunque, il concetto di professione.

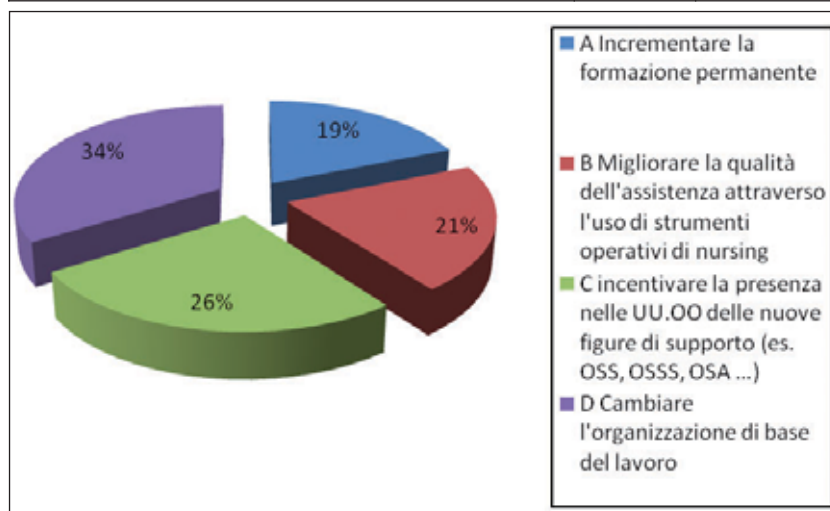
I risultati della **domanda numero 10** dimostrano che la maggioranza degli infermieri interpellati hanno coscienza e siano consapevoli degli ambiti tecnici, relazionali ed educativi che caratterizzano la propria professione e, quindi, indirettamente, della propria autonomia.

Le percentuali più alte della **domanda 12** coincidono con il punteggio: 5 (14%), 6 (26%), 7 (33%), 8 (18%) e ciò evidenzia che le responsabilità delle proprie azioni sono assunte e dunque comprese, anche se non completamente.

Dalla **domanda 14** emerge che la maggioranza degli infermieri del campione riesce ad organizzare la propria assistenza in termini di pianificazione anche se non utilizza la cartella integrata. Questo risultato può essere confrontato con l'informazione emersa dalla **domanda 6** circa l'uso degli strumenti informativi ed operativi nella propria unità operativa.

Dal confronto dei risultati di queste due domande emerge una situazione contrastante che denuncia una carenza di base che riguarda, soprattutto, i mezzi a disposizione del professionista: **l'infermiere utilizza protocolli e procedure, ma non ha a disposizione gli strumenti organizzativi adeguati ed efficaci per un'assistenza personalizzata.**

A	Incrementare la formazione permanente	18,8%	29
B	Migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'uso di strumenti operativi di <i>nursing</i>	20,8%	32
C	Incentivare la presenza nelle Uu.Oo delle nuove figure di supporto (es. Oss, Osss, Osa...)	26,6%	41
D	Cambiare l'organizzazione di base del lavoro	33,8%	52



16. Quali cambiamenti potrebbero migliorare l'esercizio professionale dell'infermiere?

Quindi, la pianificazione che opera, non avvalendosi di idonei mezzi informativi e strumenti adeguati, non riflette i fondamenti specifici disciplinari.

Dalla domanda 15, il 15% della risposta "A" fa pensare ad un'attività lavorativa gestita in un'ottica pre-mansionaristica, cioè divisa per compiti e non secondo responsabilità e competenze come dovrebbe presentarsi in un ambito di autonomia.

Il 37% della risposta "D" conferma i dati rilevati dalla domanda sull'uso degli strumenti operativi dove non veniva annoverato l'uso di una documentazione dedicata ed efficace (cartella infermieristica, cartella integrata, percorsi assistenziali, etc.) più idonei alla vera e propria pianificazione.

Da quanto emerso, sembrerebbe esistere il desiderio e la volontà di operare secondo i principi dell'esercizio professionale: lavorare in gruppo, individuare gli obiettivi assistenziali e valutarli nella loro realizzazione, **anche se, nella pratica, l'applicazione di quanto è doveroso fare per realizzarlo rimane, spesso,**

solo una buona intenzione, per una serie di fattori organizzativi che non permettono un'assistenza personalizzata ed olistica sul singolo.

Dell'ultima domanda, è interessante sottolineare che il 21% del campione propone di migliorare la qualità dell'assistenza con l'uso di strumenti operativi del *nursing*; mentre il 26,6% comprende bene la grande opportunità per recuperare lo specifico professionale attraverso l'aiuto degli operatori socio-assistenziali e ben il 33,9% comprende che l'organizzazione del lavoro è deficitaria.

CONCLUSIONI

L'analisi dei risultati alla base della ricerca dimostra che **l'infermiere riconosce i propri ambiti autonomi e le aree di responsabilità diretta.** L'attività che lo gratifica maggiormente è rappresentata dal "prendersi cura" del paziente. Emerge la propensione teorica degli infermieri a lavorare in equipe e ad adottare un sistema di pianificazione dell'assistenza in un'ottica di "cura globale" dei bisogni del malato.

I risultati, però, segnalano alcune difficoltà riguardo l'applicazione nella pratica infermieristica nel suo aspetto di applicazione epistemologica e pratico-organizzativa.

I problemi risiedono nello scarso uso degli strumenti operativi idonei per la pianificazione dell'assistenza (cartella infermieristica, cartella integrata infermieristica con la cartella clinica, percorsi assistenziali personalizzati, ecc.) e in un'organizzazione lavorativa di base che dovrebbe maggiormente propendere verso attività d'equipe e in un lavoro intercollaborativo su competenze.

Da quanto emerso, **bisognerebbe, dunque, incoraggiare un clima interdisciplinare e, quindi, il confronto e la collaborazione tra infermieri e tra questi e gli altri operatori sanitari.**

Forse, proprio questa situazione di carenza di una corretta applicazione dello specifico infermieristico ha indotto parte del campione a non ritenere necessaria l'abrogazione del mansionario. L'identità dell'infermiere è rappresentata dalla consapevolezza di aver raggiunto nuovi traguardi e importanti aspetti professionali ma si dovrebbe dedicare maggiore attenzione per quelli che appaiono come "i punti deboli" che minano la concreta maturazione professionale, al fine di allontanarsi definitivamente da una realtà operativa subordinata a compiti predefiniti, che limitano, però, la competenza decisionale dell'infermiere.

Sarebbe interessante effettuare lo stesso studio su scala più ampia, comparando tra loro le realtà delle diverse Asl di Roma e provincia, fino ad un confronto su base regionale e nazionale.

AUTORI:

Alessandro Stievano, dottore magistrale in Scienze infermieristiche-ostetriche;
Loriana Lattanzi, dottore magistrale in Scienze infermieristiche-ostetriche;
Simona Pistoni, infermiera Asl Rm/D;
Rosaria Alvaro, professore associato di Scienze Infermieristiche, università Tor Vergata, Roma.

IL QUESTIONARIO

Domanda 1. Titolo di studio:

- A. Diploma regionale di Infermiere
- B. Diploma universitario (Du) o laurea di 1° livello in Infermieristica

Domanda 2. Corsi frequentati dopo il titolo abilitante:

- A. Specializzazione in (specificare).....
- B. Master in (specificare).....
- C. Laurea magistrale in Infermieristica (Lm)
- D. Nessun corso

Domanda 3. Anzianità di servizio:

- A. Inferiore o uguale a 1 anno
- B. Da 1 a 15 anni
- C. Da 15 a 25 anni
- D. Oltre 25 anni

Domanda 4. Tipologia di reparto o servizio di attuale appartenenza:

- A. Reparto di base (es. Medica, Chirurgia, Geriatria...) (Specificare quale)
- B. Area critica (es. Dea, Utic, Rianimazione.....) (Specificare quale).....
- C. Ambulatorio/day hospital (Specificare quale).....
- D. Altro (Specificare tipologia di servizio).....

Domanda 5. Ruolo ricoperto all'interno dell'Uo:

- A. Cpsi-Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere
- B. Cpsi-Coordinatore
- C. Cpse-Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Infermiere

Domanda 6. Strumenti operativi in uso nella tua realtà operativa:

- A. Protocolli, procedure
- B. Cartella infermieristica
- C. Cartella infermieristica integrata con cartella clinica
- D. Percorsi assistenziali
- E. Altro (linee guida, ecc.)

Domanda 7. Quale, tra seguenti affermazioni, ritieni più adeguata alla tua attività lavorativa:

- A. Non c'è mai tempo di fermarsi a pensare a ciò che si sta facendo
- B. S'incoraggia il lavoro di equipe
- C. I cambiamenti incontrano sempre resistenza
- D. Ognuno pensa per sé

Domanda 8. Ritieni che l'abrogazione del mansionario sia stata per la tua attività lavorativa:

- A. Necessaria
- B. Inutile
- C. Indifferente
- D. Non so

Domanda 9. Secondo te, l'esercizio professionale è regolato da:

- A. Codice Deontologico, Profilo Professionale e Ordinamento Didattico
- B. Codice Deontologico, Profilo Professionale e Patto Infermiere Cittadino
- C. Profilo Professionale ed esame abilitante la professione
- D. Non so

Domanda 10. Quale significato ha per te il termine autonomia all'interno della tua professione:

- A. Lavorare con competenza secondo compiti previsti
- B. Agire attraverso interventi specifici e complementari di natura tecnica, relazionale ed educativa
- C. Gestire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche
- D. Attenersi alle norme legislative vigenti ed eseguire le tecniche assistenziali di propria competenza

Domanda 11. Quali sono gli aspetti della tua attività che ti danno maggiore soddisfazione?

- A. Eseguire procedure ed utilizzare tecnologie avanzate
- B. Prendersi cura del paziente in base ai suoi bisogni
- C. Sentirsi di far parte di un'unità operativa di eccellenza
- D. La possibilità di fare carriera

Domanda 12. Secondo il tuo giudizio, in una scala da 1 a 10, in quale misura, oggi, l'infermiere tende ad assumersi le proprie responsabilità?**Domanda 13. In una scala da 1 a 10, in quale misura il diverso da quello che ti aspettavi?****Domanda 14. In una scala da 1 a 10, in quale misura sei in grado di pianificare le tue attività assistenziali?****Domanda 15. Oggi, nella tua realtà operativa:**

- A. Il lavoro è ben coordinato e i compiti ben definiti
- B. Il gruppo di lavoro identifica gli obiettivi e valuta i risultati
- C. S'incoraggia il lavoro di gruppo e i rapporti sono aperti e amichevoli
- D. La collaborazione è scarsa e le informazioni non soddisfacenti

Domanda 16. Quali cambiamenti potrebbero migliorare l'esercizio professionale dell'infermiere?

- A. Incrementare la formazione permanente
- B. Migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'uso di strumenti operativi di nursing
- C. Incentivare la presenza nelle Uu.Oo. delle nuove figure di supporto (es. Oss, Osss, Osa, etc)
- D. Cambiare l'organizzazione di base del lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- Angeletti LR, Gazzaniga V, *Storia, filosofia ed etica generale della medicina*. Milano: Masson Editore; 2002.
- Benci L, *Aspetti giuridici della professione infermieristica: elementi di legislazione sanitaria*. Milano: McGraw-Hill; 2005.
- Benci L, *Professioni sanitarie non più ausiliarie*. Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie. 1999.
- Calamandrei C, Orlandi C, *Caposala: risultati di un'indagine*. Management Infermieristico. 2001; 1: 22-30.
- Duddle M, Boughton M, *Intraprofessional relations in nursing*. Journal of Advanced Nursing; 2007; 59 (1): 29-37.
- Marangelli G, *La documentazione infermieristica: espressione della responsabilità professionale, garanzia della personalizzazione dell'assistenza infermieristica*. Professioni Infermieristiche 2004; 57 (4): 243-246.
- Negrisola A, *Processo di nursing: integrazione tra area autonoma e area dipendente*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 1994.
- Passera O, *Assistenza Infermieristica. Storia Sociale*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 1993.
- Rocchetti P, *Il contributo dei caposala nel processo di cambiamento: presentazione dei risultati della ricerca*. Atti del V Congresso Nazionale del Coordinamento Nazionale dei Caposala; maggio 1995; Rimini, Italia.
- Storch JL, Kelly N, *Shared moral work of nurses and physician*. Nursing Ethics 2007; 14(4): 478-491.
- Tartaglioni D, *Il ruolo dei mutamenti culturali nelle organizzazioni sanitarie*. Int Nurs Persp. 2005; 5 (2): 41-43.

IN PILLOLE

Aids, un manuale per parlare con i pazienti

*Comunicare una diagnosi di Hiv, accompagnare il paziente nelle varie fasi della malattia e stargli accanto nel miglior modo possibile in ogni fase della malattia. E' l'obiettivo del manuale presentato pubblicamente a Roma, presso la sede dell'Istituto Superiore di Sanità, frutto della collaborazione tra i ricercatori di Laziosanità-Asp, esperti dell'Iss e medici referenti per la formazione Hiv/Aids della Regione Lazio. Si tratta di un manuale di autovalutazione della comunicazione che punta a stimare la qualità del dialogo dell'equipe medico-infermieristica, con l'obiettivo di identificare le criticità e facilitare l'adozione di strategie comunicative migliori. Nella messa a punto del documento, scaricabile dai siti web dell'Asp e dell'Iss, gli addetti ai lavori hanno tenuto conto degli studi che hanno mostrato l'efficacia degli interventi di comunicazione e sostegno per promuovere la soddisfazione dei pazienti, l'adesione alle terapie, la qualità di vita. "La sfida che si presenta oggi nella gestione di questi pazienti - spiega **Stefano Vella**, direttore del Dipartimento del farmaco dell'Iss - non è più di tipo terapeutico, in quanto esistono ormai farmaci potenti ed efficaci nel tenere a bada il virus. Ciò che più conta, attualmente, è garantire a questi pazienti una qualità di vita quanto più elevata possibile. L'approccio nei loro confronti - prosegue Vella - deve essere dunque di tipo olistico, globale, deve cioè tener conto di tutta una serie di fattori, quali la gestione degli effetti collaterali, la prevenzione di patologie che possono insorgere con l'allungamento delle aspettative di vita di questi pazienti e, non ultimo, la cura dell'aspetto psicologico". "La sanità pubblica - assicura **Lucio D'Ubaldo**, presidente di Laziosanità-Asp - non ha abbassato la guardia nei confronti di una malattia che non occupa più le prime pagine dei giornali, ma che continua a rappresentare un grave rischio di salute e che richiede, inoltre, un forte impegno per fornire non solo un'adeguata assistenza medica, ma anche psicologica a malati e familiari. In questo senso il manuale in questione è sicuramente uno strumento unico per garantire un approccio globale alla malattia". In effetti, la diffusione dell'Aids in Italia non si è fermata. Gli ultimi dati resi noti dal Centro operativo anti Aids dell'Iss indicano in quasi 60 mila i casi di Aids segnalati in Italia dall'inizio dell'epidemia ad oggi. "Di questi - sottolinea Gianni Rezza, direttore del Dipartimento di malattie infettive, parassitarie e immunomediate dell'Iss - quasi 40 mila sono morti. Circa 3.500, invece, i nuovi casi di infezione da Hiv ogni anno, mentre le persone sieropositive sono circa 120 mila. Contemporaneamente aumentano le persone che convivono con una diagnosi di Aids e 22 mila sopravvivono alla malattia grazie alle terapie antiretrovirali combinate".*

Interventi infermieristici nella bronco-pneumologia: una ricerca bibliografica

di Massimo Giordani

ABSTRACT

Nella ricerca bibliografica di letteratura italiana inerente gli interventi infermieristici assistenziali nella bronco-pneumologia sono risultati 27 tipologie di intervento pratico nella patologia respiratoria, di cui 15 di *nursing* di base e 12 avanzato, che sono stati ricavati da 24 riferimenti bibliografici pubblicati da autori italiani inerenti l'argomento, reperiti dalle principali banche dati attualmente disponibili.

Tra gli interventi assistenziali "esclusivi" dell'infermiere che lavora nel contesto respiratorio possono essere considerati: l'educazione e l'informazione sanitaria specifica respiratoria^{7,9,10,20,21,24}, la broncoaspirazione^{5,13,15,17,19} di secrezioni nel paziente portatore di cannula tracheostomica, il prelievo arterioso emogasanalitico^{11,14,16,20} dall'arteria radiale se esperto nell'atto e infine la gestione delle ventilazioni invasive (Vmi) e non invasive (Vmni)^{1,12,21,22}.

INTRODUZIONE

I polmoni sono organi essenziali per la vita, ma la popolazione mondiale non è consapevole del fatto che **le patologie respiratorie rappresentano la principale causa di decesso nel mondo**. Inoltre, si prevede un ulteriore incremento nel numero delle morti dovuti a malattie polmonari da oggi al 2020, in particolare a causa della broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco), del carcinoma polmonare e della tubercolosi (Tbc).

Nel 2020, 11,9 milioni di decessi su

68 milioni a livello mondiale saranno causati da malattie polmonari (4,7 da Bpco; 2,5 da polmonite; 2,4 da Tbc e 2,3 da carcinoma polmonare).

In termini di mortalità, incidenza, prevalenza e costi, le patologie polmonari si trovano al secondo posto a livello globale, dopo le malattie cardiovascolari. Questi dati¹⁷ riportati sulle patologie polmonari sono molto allarmanti e devono rappresentare una nuova sfida per l'assistenza infermieristica: **anche l'infermiere deve poter contribuire attivamente a questo problema planetario**, affinché possa essere uno dei protagonisti del miglioramento globale della salute nel mondo.

Da qui, lo spunto per questa ricerca bibliografica inerente gli interventi infermieristici assistenziali documentati da autori italiani inerenti la patologia bronco-pneumologica, affinché si possa fare un punto sulle conoscenze infermieristiche odierne che riguardano tale problema di salute.

Questo studio vuole essere anche uno stimolo alla ricerca futura inerente quel settore, che, per conoscenza personale (lavorando in un reparto di "Pneumologia"...), è enormemente carente di letteratura infermieristica, specie riguardo agli interventi pratici in un settore specialistico quale è, appunto, quello riguardante la bronco-pneumologia.

MATERIALI E METODI

La ricerca del materiale bibliografico è stato effettuato dal 15 settembre 2009 al 15 ottobre 2009 presso le principali banche dati attualmente disponibili in

Italia, quali: Pubmed, Cochrane Library, Cinahl, Ilisi. Il tutto, integrato con articoli dal web pubblicati di una grande associazione internazionale inerente la bronco-pneumologia come l'**Arcc** (*American Association for Respiratory Care*) e le pagine web Ebn (*Evidence Based Nursing*) del Centro Studi del Servizio Infermieristico italiano del **policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna**.

Nel materiale reperito sono compresi anche articoli pubblicati sul web, ricercati attraverso i principali motori di ricerca; senza dimenticare il supporto di libri in lingua italiana, scritti da autori italiani.

Sono state utilizzate delle parole-chiave combinate tra loro attraverso gli operatori booleani: "and" e "or", risultando così varie stringhe di ricerca, inserite poi nei vari *database* per effettuare la ricerca del materiale bibliografico.

Le parole-chiave utilizzate sono state: "nurse", "nursing", "pneumology", "pneumologia", "respiratory", "respiratorio", ed infine: "assistenza infermieristica bronco-pneumologica" e "bisogno di respirare".

Va evidenziato che, spesso, alcuni documenti trovati nei *database* erano indicizzati in altre ricerche utilizzando diverse o uguali stringhe di ricerca.

Non ci sono limiti temporali di pubblicazione per affinare la ricerca, poiché, nel corso della ricerca del materiale bibliografico, introducendo tali limiti non era possibile reperire materiale, in quanto assente. È stato esaminato tutto il repertorio di pubblicazioni e documenti disponibile fino ad oggi, inerenti gli inter-

BANCHE DATI	PAROLE- CHIAVE	LETTER. TROVATA	LETTER. INERENTE BRONCO-PNEUM., AUTORI ITALIANI	LETTER. CON INTERVENTI INFERMIERISTICI ASSISTENZIALI BRONCO-PNEUM.
Pubmed	Nursing & Pneumology	582	6	Non pertinenti
	Nurse & Pneumology	433	7	Non pertinenti
	Respiratory & Nursing	6160	103	Non pertinenti
	Nursing Respiratorio	1	0	Non pertinenti
Cochrane	Respiratory & Nursing	103	0	Non pertinenti
Chihal	Respiratory & Nursing	18	0	Non pertinenti
Ilisi	Assistenza infermieristica	9	4	Vedi (vedi bibliografia n. 1, 4, 8, 11)
	Bronco-Pneumologia	11	2	2 già inclusi
	Bisogno di respirare			(vedi bibliografia n. 4 e 11)
Aarc	Respirator & Nursong: Pneumology & Nursing	696	0	Non pertinenti
Centro studi Ebn	Nessuna	16	16	6 (vedi bibliografia n. 12, 14, 15, 16, 18, 22)
Internet	Nursing respiratorio, Infermieristica & Pneumologia	12	12	12 (vedi bibliografia n. 2, 5, 6, 9, 10, 13, 19, 20, 21, 23, 24, 25)
Libri	Nessuna	2	2	2 (vedi bibliografia n. 3, 7)

Tabella 1. Griglia di ricerca

venti infermieristici nella bronco-pneumologia.

Da evidenziare che esiste molta letteratura inerente la Pneumologia in generale, ma quella concernente ricerche di interventi infermieristici di letteratura italiana no. Di conseguenza, ci sono state molte difficoltà nel reperire il materiale.

Quasi tutti gli articoli trovati sono molto di pertinenza medica e scarsi di infermieristica.

Pertanto, tutti gli interventi infermieristici assistenziali bronco-pneumologici riportati sono stati estrapolati leggendo gli articoli più rilevanti, e sono risultati di "routine" infermieristica, senza ap-

profondimenti sulla modalità di esecuzione.

Va segnalato che la ricerca sui principali *database* non ha portato a risultati utili, mentre la ricerca di documentazione tramite internet ha permesso una maggiore reperibilità di materiale pertinente l'argomento oggetto di studio, pubblicate spesso da riviste scientifiche italiane (ciò a dimostrazione che la letteratura italiana in genere, e soprattutto quella inerente la Pneumologia e l'infermiere, è molto scarsa e non indicizzata dai principali *database* ad oggi disponibili).

Di seguito, la Tabella numero 1, una "Griglia di ricerca" che descrive i ri-

sultati bibliografici dello studio.

La bibliografia del lavoro che soddisfa i requisiti definiti precedentemente consiste di 24 riferimenti bibliografici scritti in italiano da autori italiani, di cui due libri, scelti di proposito: uno medico-infermieristico⁷ e un altro di tecniche infermieristiche di base³, allo scopo di indirizzare e integrare la ricerca della letteratura nel modo più completo possibile.

A seguire, sono stati inclusi 22 studi di ricerca o discussioni inerenti gli interventi infermieristici nella bronco-pneumologia e infine un riferimento riguardante l'introduzione della ricerca¹⁷, per un totale complessivo di 25 voci.

ANALISI DELLA RICERCA

La letteratura trovata per essere presa in considerazione in questa ricerca bibliografica doveva possedere le seguenti caratteristiche:

1. essere di autori italiani;
2. essere interventi infermieristici assistenziali nella bronco-pneumologia;
3. solo testi in italiano, o pure testi esteri, ma di autori italiani.

I documenti più rilevanti che rispettavano questi prerequisiti sono stati 24 e non sono stati facili da reperire, in quanto **non esiste, al momento, letteratura italiana specifica che abbia come obiettivo principale di studio gli interventi infermieristici nella bronco-pneumologia.**

Di conseguenza, non esistono revisioni della letteratura italiana inerenti l'argomento, perciò per trovare dei risultati si è dovuto leggere attentamente e analizzare i vari documenti trovati per estrapolare quegli interventi assistenziali maggiori che, spesso, l'infermiere esegue di "routine" in questo campo.

Tutte le ricerche trovate hanno come scopo precipuo delle comparazioni di tecniche sanitarie; altre, sono dei *case-report*; altre, sono descrizioni di procedure bronco-pneumologiche, ma in nessuna delle ricerche analizzate si sono evidenziati degli interventi sanitari caratteristici esclusivi degli infermieri.

Da segnalare l'esistenza di un'ampia letteratura per fisioterapisti inerente i loro interventi respiratori (soprattutto, riabilitativi) nella bronco-pneumologia, ma la letteratura infermieristica italiana al riguardo è quasi assente ed è molto sfumata tra il medico e il fisioterapista. Per la scelta degli articoli inclusi nella bibliografia finale non si è fatta distinzione tra studi Rct o revisioni sistematiche, perché la letteratura italiana su questo argomento è molto scarsa.

Riassumendo: l'obiettivo di effettuare una ricerca bibliografica della letteratura italiana sugli interventi infermieristici assistenziali nella bronco-pneumologia non è stata possibile, poiché, al momento, la letteratura dal punto di vista infermieristico non è disponibile.

Le attività infermieristiche riportate in questo studio potrebbero risultare in-

complete, ma solo perché sono state estrapolate dalla bibliografia più rilevante trovata.

Va, comunque, segnalato che l'analisi dei testi ha evidenziato molti interventi infermieristici nella bronco-pneumologia, che, però, non possono essere considerati ufficiali, perché estrapolati da letteratura che rivela l'intervento in modo secondario all'obiettivo di studio.

RISULTATI

La revisione di 24 testi di letteratura italiana selezionati ha permesso di stilare 27 tipologie di interventi infermieristici assistenziali nella bronco-pneumologia.

Per rapportare i dati ricavati da questa ricerca è stato fatto un doppio elenco:

- il primo descrive gli interventi di base e quelli avanzati che un infermiere, di solito, esegue in un reparto di bronco-pneumologia generico (tratti dalla mia esperienza personale);
- il secondo riguarda i dati estrapolati dalla letteratura trovata.

Lo scopo dell'elenco di *nursing* per esperienza personale è generico e può risultare incompleto rispetto alle tante realtà lavorative che esistono in ambito pneumologico. Tuttavia, esso ha il solo scopo di creare un metro di paragone con cui raffrontare la lista finale ricavata dalla letteratura.

Va chiarito a priori che per **"intervento infermieristico"**, in questo studio, **è intesa qualsiasi attività assistenziale intellettuale e pratica che l'infermiere esegue per il paziente.**

Nel *nursing di base* verranno inseriti tutti gli interventi assistenziali e strumentali che sono all'origine dell'assistenza infermieristica; mentre il *nursing avanzato* comprenderà tutte le attività infermieristiche che necessitano di conoscenze specialistiche approfondite a seconda del contesto lavorativo in cui si opera, con tutoraggio di personale esperto o corsi specifici prima dell'esecuzione dell'atto sanitario.

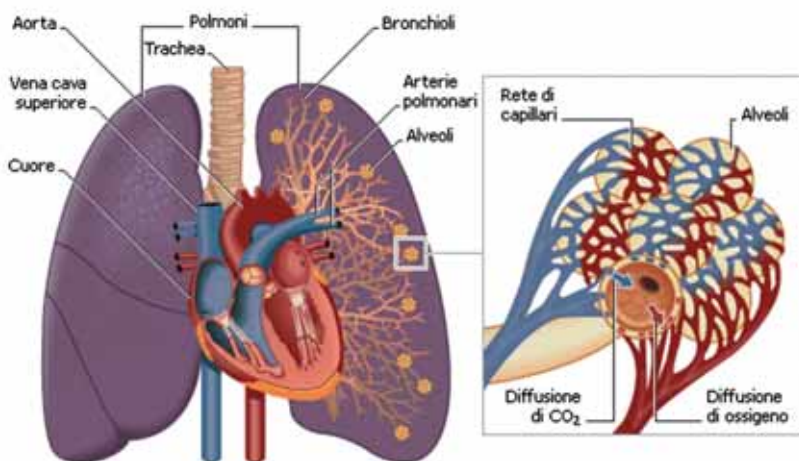
Per semplicità, in vari casi, gli interventi infermieristici saranno sintetizzati in gruppi di intervento simili e poi numerati e suddivisi in *nursing* di base o avanzato.

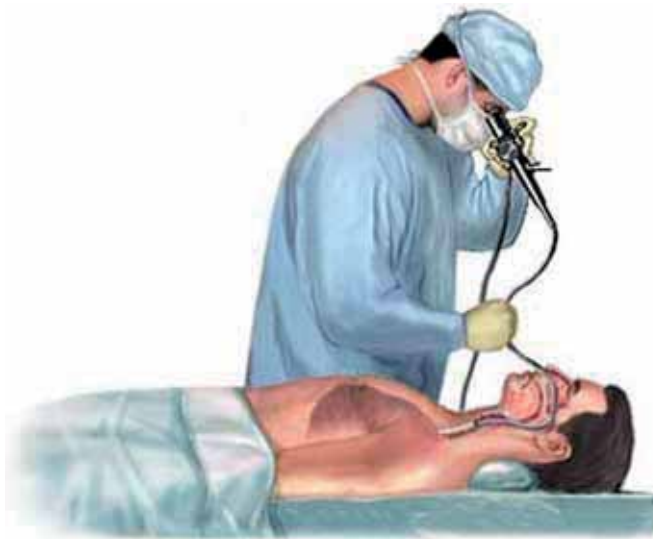
Nursing in bronco-pneumologia per esperienza personale

Per esperienza, ho evidenziato 24 tipologie di intervento infermieristico: 16 di base e otto avanzati.

Nursing di base in bronco-pneumologia:

1. Assistenza al medico nelle procedure diagnostico/terapeutiche e posizionamento presidi (catetere venoso centrale, catetere arterioso, sostituzione cannule tracheostomiche, ecc);
2. attività domestico/alberghiere (pulizia presidi, materiali, locali, sterilizzazione, umidificazione ambiente, vitto, etc.);
3. documentazione infermieristica (processo di *nursing*, cartella infermieristica, etc.);
4. educazione sanitaria ed informazione generale;





5. gestione cateteri arteriosi;
6. gestione cateteri venosi centrali;
7. gestione e posizionamento cateteri venosi periferici;
8. igiene e cura dell'assistito (cura del corpo);
9. manutenzione e gestione drenaggi e circuiti ventilatori (tubi, filtri, sondini nasogastrici, etc.);
10. medicazioni base (lesioni da pressione, etc.);
11. mobilizzazione e postura del paziente allettato e non;
12. prelievi ematici venosi periferici;
13. preparazione alla dimissione ospedaliera (educazione, informazioni, etc.);
14. preparazione e somministrazione della terapia;
15. rilievo e monitoraggio dei parametri vitali (frequenza cardiaca, temperatura corporea, SpO₂ mediante saturimetro, EtCO₂, pressione venosa centrale, frequenza respiratoria, pressione arteriosa, controllo diuresi e bilancio idrico, esecuzione elettrocardiogramma);
16. supporto psicologico all'assistito.

Nursing avanzato in bronco-pneumologia:

1. Broncoaspirazione tracheo-bronchiale delle secrezioni nei pazienti portatori di cannule tracheostomiche;
2. educazione sanitaria e informazione specifica su presidi pneumologici, patologie, tecniche respiratorie di base, etc.;

3. emogasanalisi (prelievo da arteria radiale);
4. gestione e manutenzione ossigenoterapia;
5. medicazioni avanzate e gestione di tracheostomia e cannule tracheostomiche;
6. posizionamento e controllo di maschere Vmni (Ventilazione Meccanica Non Invasiva) e Vmi (Ventilazione Meccanica Invasiva);
7. posizionamento pulsiossimetria notturna e polisonnografia (apnee nel sonno, etc.);
8. supporto, formazione e tutoraggio del nuovo personale infermieristico.

Nursing in bronco-pneumologia nella letteratura italiana

Dai 24 riferimenti bibliografici sono stati estrapolate 27 tipologie di intervento infermieristico: 15 di base e 12 avanzati.

Nursing di base in bronco-pneumologia:

1. Assistenza al medico nelle procedure diagnostico/terapeutiche e posizionamento presidi ^{3,4,7,24} (Catetere venoso centrale, Catetere arterioso, sostituzione cannule tracheostomiche, etc.);
2. attività domestico /alberghiere²⁰ (pulizia presidi, materiali, locali, sterilizzazione, umidificazione ambiente, vitto, etc.);
3. documentazione infermieristica ^{20,24} (processo di *nursing*, cartella infermieristica, etc.);

4. educazione sanitaria e informazione generale ^{7,9,10,20,24};
5. gestione e posizionamento cateteri venosi periferici ⁷;
6. manutenzione e gestione drenaggi e circuiti ventilatori ^{3,7,8,14,17,23} (tubi, filtri, sondini nasogastrici, etc.);
7. medicazioni base ¹⁴ (lesioni da pressione, etc.);
8. mobilizzazione e postura del paziente allettato e non ^{10,14,20,21};
9. osservazione del paziente ^{7,14,20,24};
10. prelievi ematici venosi periferici ²¹;
11. preparazione alla dimissione ospedaliera (educazione, informazioni, etc.) ^{9,12};
12. preparazione e somministrazione della terapia ^{20,24};
13. rilievo e monitoraggio dei parametri vitali (frequenza cardiaca, temperatura corporea, SpO₂ mediante saturimetro, EtCO₂, pressione venosa centrale, frequenza respiratoria, pressione arteriosa, controllo diuresi e bilancio idrico, esecuzione elettrocardiogramma) ^{3,11,12,17,20,21,24};
14. supporto psicologico all'assistito ^{12,20};
15. toeletta del cavo orale ^{7,14}.

Nursing avanzato in bronco-pneumologia:

1. assistenza al medico per emogasanalisi in tutte le sedi anatomiche ²⁰;
2. attivazione di un programma di ventilazione domiciliare in Utir²² (il minutaggio infermieristico è significativamente maggiore per la Vmi rispetto alla Vmni);
3. educazione sanitaria e informazione specifica su presidi pneumologici, patologie, tecniche respiratorie di base, ecc. ^{7,9,10,20,21,24};
4. assistenza all'intubazione e gestione/monitoraggio/manutenzione del tubo tracheale (cuffia, etc.)⁶;
5. sorveglianza sanitaria delle infezioni ospedaliere respiratorie ^{13,17,25};
6. manovre di drenaggio posturale delle secrezioni tracheo-bronchiali con massaggi, etc. ²⁰;
7. medicazioni avanzate e gestione di tracheostomia e cannule tracheostomiche ^{2,4,19};

8. posizionamento e controllo di maschere Vmni (Ventilazione Meccanica Non Invasiva) e Vmi (Ventilazione Meccanica Invasiva) ^{1,12,21};
9. supporto, formazione e tutoraggio del nuovo personale infermieristico ¹;
10. gestione e manutenzione ossigenoterapia ^{3,6,18};
11. emogasanalisi ^{11,14,16};
12. broncoaspirazione tracheo-bronchiale delle secrezioni nei pazienti portatori di cannule tracheostomiche ^{5,13,15,17,19}.

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti in questo studio sembrano rispecchiare, in modo abbastanza completo, la realtà degli interventi infermieristici assistenziali che si svolgono oggi, di "routine", nei reparti di bronco-pneumologia (sia generali che specialistici), confrontati con i dati risultati dalla mia esperienza.

La riprova di quanto detto la si può evincere se si rapportano le due liste dei risultati precedenti (*nursing* in bronco-pneumologia per esperienza personale e nella letteratura italiana), poiché risultano sovrapponibili in molti punti.

Anzi, per molti versi, dunque, esiste molta più letteratura avanzata inerente la bronco-pneumologia rispetto al *nursing* di base.

Va sottolineato che, nelle ricerche, il più delle volte il *nursing* di base (come, per esempio, il rilievo dei parametri vitali) è dato per "scontato", mentre gli interventi più avanzati e specialistici sono più evidenti e trattati (come, per esempio, nell'assistenza alla ventilazione invasiva, Vmi, e non invasiva, Vmni).

Nel *nursing* in bronco-pneumologia per esperienza personale ho riscontrato 16 tipologie di intervento base e otto di intervento avanzato, per un totale di 24 tipi di intervento.

Nel *nursing* in bronco-pneumologia nella letteratura italiana ho ricavato, invece, 15 tipologie di intervento base e 12 di intervento avanzato, per un totale di 27 tipi di intervento.

Va, inoltre, evidenziato che, tra tutti gli interventi rilevati dalla letteratura

italiana esaminata, non ne esiste uno **specifico e di sola competenza esclusiva dell'infermiere: in realtà, però, tutti gli interventi riportati rappresentano degli interventi di base - e avanzati - che ogni infermiere, potenzialmente, esegue tutti i giorni nelle varie specialità medico e chirurgiche.**

Dai risultati delle fonti bibliografiche trovate, in accordo con esperienza professionale, gli unici interventi assistenziali forse "esclusivi" dell'infermiere nel contesto respiratorio (quindi, appartenenti al *nursing* avanzato) possono essere considerati (per più fonti reperite): l'educazione e l'informazione sanitaria specifica respiratoria ^{7, 9, 10, 20, 21, 24}, la broncoaspirazione ^{5,13,15,17,19} di secrezioni nel paziente portatore di cannula tracheostomica; il prelievo arterioso emogasanalitico ^{11,14,16,20} dall'arteria radiale (se esperto nell'atto) e, infine, la gestione delle ventilazioni invasive (Vmi) e non invasive (Vmni) ^{1,12,21,22}.

I risultati degli interventi infermieristici ottenuti da questa ricerca bibliografica sono da considerarsi "sottostimati" a causa della carenza di letteratura italiana infermieristica inerente l'argomento.

Invero, le attività assistenziali che svolgono tutti i giorni gli infermieri in ambito pneumologico sono molte di più di quelle elencate in questo lavoro, ma, purtroppo, esse non vengono documentate adeguatamente.

CONCLUSIONI

In questa ricerca bibliografica, l'elaborazione di 24 testi ricavati dalla letteratura italiana infermieristica inerente la bronco-pneumologia, ha permesso la stesura di un elenco di 27 tipologie di intervento infermieristici assistenziali nella pneumo-patologia, di cui 15 di base e 12 avanzati. Nonostante i risultati ottenuti siano abbastanza completi per esperienza personale e corrispondenti alla realtà della sanità odierna, questi non possono essere considerati "ufficiali", in quanto la letteratura italiana specifica inerente gli interventi infermieristici respiratori sono praticamente assenti, e se presenti, sono sempre secondari nei diversi

lavori esaminati, ergo "sottostimati". L'elenco degli interventi sanitari riportati in questo lavoro appartengono alle attività che svolge quotidianamente l'infermiere che opera nel settore respiratorio e sono state estrapolate dai riferimenti bibliografici reperiti tra la principale letteratura infermieristica di autori italiani.

Da segnalare che tra gli interventi assistenziali "esclusivi" dell'infermiere nel contesto respiratorio possono essere considerati, dalla letteratura reperita e in accordo con la mia esperienza professionale: l'educazione e l'informazione sanitaria specifica respiratoria ^{7,9,10, 20,21,24}; la broncoaspirazione ^{5,13,15,17,19} di secrezioni nel paziente portatore di cannula tracheostomica; il prelievo arterioso emogasanalitico ^{11,14,16,20} dall'arteria radiale (se esperto nell'atto); la gestione delle ventilazioni invasive (VMmi) e non invasive (Vmni) ^{1,12,21,22}.

Nella bibliografia esaminata, il più delle volte, il *nursing* di base (come, per esempio, il rilievo dei parametri vitali) sono dati per scontato, mentre gli interventi più avanzati e specialistici sono più evidenti e considerati (come, ad esempio, nell'assistenza alla ventilazione invasiva, Vmi, e non invasiva, Vmni).

In generale, la ricerca può essere considerata unica nel suo genere in quanto non esistono, al momento, revisioni della letteratura inerenti gli interventi infermieristici nella patologia respiratoria. Proprio per questo, il lavoro può essere considerato un inizio per la classificazione delle attività infermieristiche nella bronco-pneumologia.

Per gli infermieri che operano in questo settore, va segnalata una carenza di letteratura italiana specifica. Di conseguenza, è molto importante iniziare a indirizzare, da subito, nuovi studi di ricerca in questo campo, affinché l'infermiere possa crearsi, in futuro, nuove aree di competenze di intervento, specifiche in questo settore.

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA E LA RICERCA FUTURA

Sarebbe auspicabile eseguire, in future ricerche bibliografiche della letteratura riguardanti questo argomento, una rac-

colta bibliografica maggiore, estendendo i limiti di ricerca a pubblicazioni e documenti scritti da autori di qualsiasi nazionalità, sperando di reperirvi un maggior numero di fonti e risultati attendibili.

La scarsissima quantità di materiale inerente gli interventi infermieristici assistenziali nella bronco-pneumologia in Italia, deve essere considerato un grande stimolo alla ricerca futura, stimolando gli infermieri a iniziare, fin da subito, ad intraprendere di più la ricerca e a pubblicare materiale, specie in questo ramo della medicina, che, nonostante i risultati riportati in questo studio, sono molto carenti e non conformati in modo "ufficiale" da una docu-

mentazione infermieristica mirata.

Il materiale reperito per questo studio, nonostante pubblicato e indicizzato spesso da riviste scientifiche italiane, non risulta negli archivi dei grandi *database* internazionali e, spesso, per reperire queste fonti, i motori di ricerca presenti in internet hanno ottenuto buoni risultati.

Ciò va considerato un ulteriore stimolo alla nascita di enti preposti alla raccolta e all'indicizzazione di tutto questo materiale disperso nella rete, spesso molto "scientifico e valido", affinché il sapere "nascosto" possa essere condiviso tra tutti gli addetti ai lavori.

Il **Collegio Ispasvi di Roma** con il suo progetto **Ilisi**, una banca bibliografica

delle pubblicazioni prodotte in lingua italiana (unica nel suo genere in Italia, essa contribuisce alla valorizzazione della letteratura infermieristica italiana, diffondendo la consultazione e lo scambio), ha creato uno strumento informatico pensato da infermieri per infermieri.

La consultazione di questa risorsa è stata di grande supporto nella stesura di questo lavoro.

AUTORE:

Massimo Giordani, infermiere; master universitario di I° livello in Infermieristica Clinica nel paziente critico; studente Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Uoc Pneumologia (Uo, Pneumologia Riabilitativa, Uo, Area Critica respiratoria) Irccs-San Raffaele, Roma.

BIBLIOGRAFIA

1. Bambi S, *Ventilazione meccanica non invasiva a pressione positiva nel dipartimento di emergenza: quali interventi infermieristici?* Giornale italiano di Scienze infermieristiche 2005;1(1):80-89;
2. Capasso A, Turci C, Dominici C, Becelli R, Morello R, *Gestione in sicurezza di tracheotomia d'urgenza: case report*. Infermiere Oggi, numero 4, Anno XV, ottobre-dicembre 2005, pag. 60-63;
3. Chiesa I, Clementi L, D'Alessandri E, Pascoli M, *Tecniche infermieristiche di base*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano. 1991;
4. Farina T, Califfi C, *Tracheostomia nella gestione infermieristica del paziente affetto da polmonite da ventilatore: tecniche di tracheotomia, vantaggi/svantaggi; pronazione*. NEU 2008;33(1):13-23;
5. Frigerio P, Navalesi P, *Disostruzione tracheo-bronchiale nei pazienti con malattie neuromuscolari*. Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria. maggio-agosto 2003, Numero 2.;
6. Lucchini A, Aliprandi L, Iacobelli L, Nesci M, Asnaghi M, Nava N, Baiocchi M, *Nursing dell'intubazione*. Minerva Anestesiologica 2002;68:558-62;
7. Massini R, Longhi C, Marchetti P, Passeretti F, Pelosio A, Recine U, *Medicina Interna*. pag. 53-57. McGraw-Hill, 2000;
8. Pagani L, *Prove di efficacia e pratica clinica nella gestione del drenaggio toracico nei pazienti sottoposti a intervento di cardiocirurgia o chirurgia toracica*. Nursing Oggi, Numero 1. 2008;
9. Pina R, Recchia A, *La dimissione ospedaliera in pneumologia*. Nursing Oggi, Numero 2. 2008;
10. Schiffer R, *L'assistenza infermieristica finalizzata alla riabilitazione respiratoria del paziente chirurgico: spirometria incentivante, assistenza alla tosse, corretti posizionamenti*. Nursing Oggi, numero 3, 2002;
11. Tomaselli A, Bevilacqua A, *Le competenze dell'infermiere esperto nell'accertamento della funzione respiratoria: risultati di un'indagine*. Assistenza infermieristica e ricerca 2005; 24(2):75-77;
12. Belardinelli E, *Nursing del paziente ventilato in modo non invasivo*. Tratto da: www.abanet.it/convegno/Infermieri/Belardinelli.doc;
13. Bonetti S, Tagliente F, *Prove di efficacia nella prevenzione delle infezioni crociate in ambito ospedaliero a seconda della tipologia dei pazienti: specifico per terapia intensiva pneumologica*. Centro Studi Ebn. Tratto da: www.evidencebasednursing.it;
14. Burlando S, *Riabilitazione precoce respiratoria e motoria nel paziente politraumatizzato*. Tratto da: www.infermierionline.net;
15. Buzzi L, Paganelli P, Poli P, *Broncoaspirazione a circuito aperto con quanto sterile vs circuito chiuso*. Centro Studi Ebn. Tratto da: www.evidencebasednursing.it;
16. Capelli K, Gualandi C, *Modalità di corretta esecuzione del prelievo emogasalitico*. Centro Studi Ebn. Tratto da: www.evidencebasednursing.it;
17. De Socio V, Raimondi R, *Prevenzione delle infezioni negli utenti in ventilazione meccanica invasiva con intubazione tracheale*. Centro Studi Ebn. Tratto da: www.evidencebasednursing.it;
18. European Lung Foundation, *Patologia Polmonare*. [2 schermate]. Tratto da: www.it.european-lung-foundation.org;
19. Fabbri A, Roveri S, *La gestione della tracheostomia nei pazienti in ventilazione spontanea che necessitano di aspirazione tracheo-bronchiale*. Centro Studi Ebn. Tratto da: www.evidencebasednursing.it;
20. Guarente S, *Il carcinoma del polmone*. Tesi laurea in Infermieristica generale, anno accademico 2002/2003. Tratto da: www.infermieri.com;
21. Meringolo A, IV Congresso nazionale ANiMO. *La Ventilazione Meccanica Non Invasiva (Nimv): l'assistenza infermieristica al paziente*. Tratto da: www.associazione-animo.it;
22. Naldi M, Scala R, *Strategie assistenziali nel paziente ventilato*. Tratto da: www.midiaonline.it;
23. Rapacchiani P, Lombardo L, *La gestione del circuito respiratorio*. Centro Studi Ebn. Tratto da: www.evidencebasednursing.it;
24. Rispo A, *Il nursing nella patologia pleurica*. 2001. Tratto da: www.infermieri.com;
25. Rispo A, *Infezioni respiratoria nelle Rianimazioni e nelle Uti*. 2001. Tratto da: www.infermieri.com.

Radiogramma nella sala di pronto soccorso: problematiche, revisione della letteratura e proposte

di Cristian Vender, Roberta Delle Fratte, Francesco Staderini

ABSTRACT

Con questa revisione della letteratura si è verificata la produzione di documenti per il problema relativo ai radiogrammi effettuati in zone non protette, tipo la classica radiografia del torace effettuata "al letto" del paziente.

Il problema nasce dalla percezione, da parte degli operatori, di esecuzioni eccessive di radiografie presso la sala emergenza di un grosso pronto soccorso di Roma.

Dalla revisione della letteratura si evince l'assenza di criteri di appropriatezza specifici per l'effettuazione della radiografia del paziente "al letto", ma esiste una serie di documenti sull'appropriatezza della richiesta di radiografie e sulle modalità di esecuzione e di protezione degli operatori e del paziente.

In conclusione, quindi, è stata elaborata una *flow-chart* operativa per indicare parametri e condizioni dei pazienti che necessitano di una radiografia direttamente nella zona di pronto soccorso in base a criteri di instabilità clinica.

PROBLEMA

La percezione da parte degli operatori di eseguire troppe radiografie nella sala emergenza

L'abuso dell'utilizzo di radiografie "al letto" del paziente nei processi diagnostici in emergenza-urgenza, senza una motivazione diagnostica-terapeutica valida e senza adottare le misure di sicurezza a protezione del paziente, si pone come questione da superare.

PREMESSA

Non è facile inquadrare i possibili rischi dall'effettuazione di radiogrammi direttamente in sede di pronto soccorso. Le materie interessate a questo argomento sono vaste e vengono inglobate nelle normative riguardanti la sicurezza sul lavoro (D.lgs. 626/94, 81/2008); in quelle inerenti la protezione radiologica dei cittadini (D.Lgs. 187/2000 e successivi) e nelle severe normative europee.

L'evidence based medicine e i tanti studi effettuati sull'appropriatezza dell'utilizzo dei raggi X delineano un quadro, a dir poco, preoccupante per l'abuso della stessa metodica nei processi diagnostici, specie in condizioni di emergenza-urgenza, quando la necessità del medico e la sempre più imperante richiesta di diagnosi veloci e precise da parte della comunità impongono un utilizzo, a volte, non giustificato dal quadro sintomatologico e anamnestico del paziente.

In Italia, ogni anno, vengono eseguite una media di 40-43 milioni di prestazioni radiografiche; nei pronto soccorso, il 35% degli esami viene eseguito con apparecchi radiologici tradizionali, mentre nel 10% degli esami si utilizza la Tac: il 70% dei referti sono negativi e non evidenziano lesioni acute.

Il rischio professionale

Il rischio professionale rappresenta la possibilità che un evento e/o una sostanza-ambiente possano produrre un danno o un effetto nocivo sull'uomo.

Il rischio può essere generico se comune a tutta la popolazione, specifico o professionale se limitato ad alcune categorie di soggetti esposti.

La legge 626/94 e 81/2008, al fine di assicurare ambienti di lavoro più sicuri prevede:

un'analisi dei rischi, con conseguente adozione di misure organizzative, tecniche e procedurali per poter programmare un adeguato piano di prevenzione;

l'adozione di mezzi di protezione individuale.

Il Servizio Prevenzione e Protezione ha, quindi, il compito di individuare le fonti di rischio, analizzandole; studiare ed elaborare procedure di sicurezza, fornendo ai lavoratori le informazioni sui rischi del posto di lavoro.

L'utilizzo delle radiografie effettuate nella sede dell'emergenza 1 del nostro pronto soccorso, quindi, può essere motivo di richiesta di un parere agli organi preposti alla protezione e prevenzione dei rischi presenti in ogni azienda.

La classificazione di radioprotezione deve essere formulata dall'esperto qualificato, tenuto conto di tutte le attività svolte dal lavoratore per conto del datore di lavoro.

La classificazione di radioprotezione viene formulata per mezzo della scheda di radioprotezione sulla base delle condizioni di lavoro come definite dal datore di lavoro. La scheda di radioprotezione deve essere, quindi, compilata prima che il lavoratore sia adibito alle

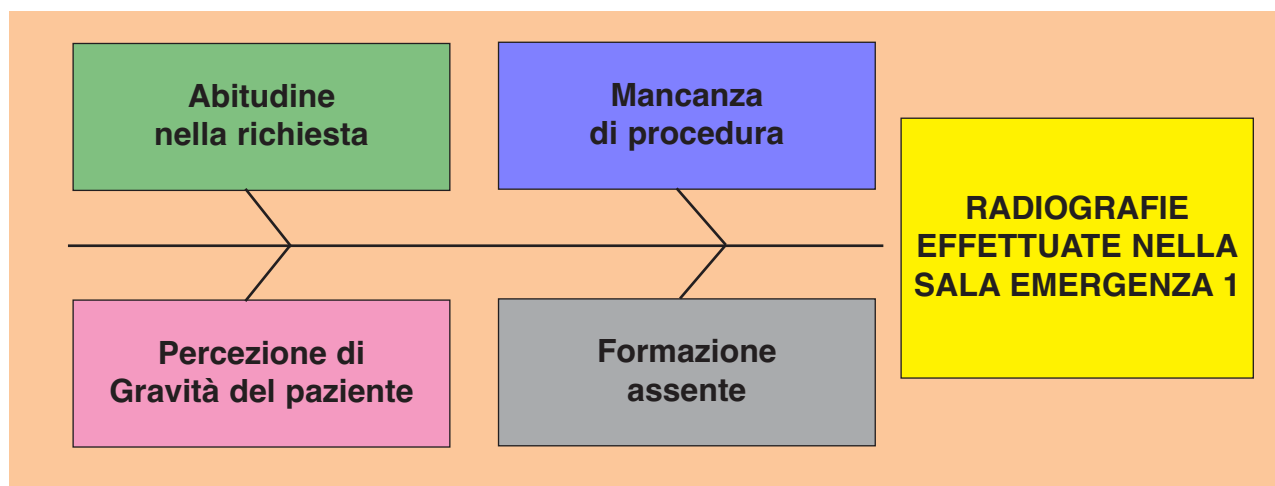


Figura 1. Diagramma causa-effetto (Ishikawa)

attività lavorative con rischio da radiazioni ionizzanti.

Sulla base del D.Lgs. 230/95, i lavoratori devono essere distinti in:

- **lavoratori esposti:** tutti i soggetti che, in ragione dell'attività svolta per conto del datore di lavoro, sono suscettibili di un'esposizione alle radiazioni ionizzanti superiore ad uno qualsiasi dei limiti per le persone del pubblico;
- **lavoratori non esposti:** tutti i soggetti sottoposti, in ragione dell'attività svolta per il datore di lavoro, ad un'esposizione non superiore ad uno qualsiasi dei limiti fissati per le persone del pubblico.

LE RADIAZIONI IONIZZANTI

Il termine **radiazione**, abitualmente, è usato per indicare il "trasporto di energia nello spazio"; questa energia viene ceduta quando la radiazione è assorbita nella materia.

Il termine **ionizzazione** indica il processo per il quale un atomo perde o acquista elettroni dando luogo a particelle - gli ioni, appunto - che si pongono in movimento se sottoposti all'azione di un campo elettrico. Con tale procedura si formano, attraverso diversi meccanismi, coppie di ioni.

Le macchine radiogene (apparecchiature nelle quali vengono accelerate particelle cariche che, interagendo su opportuni bersagli, producono i fasci di radiazione da utilizzare) sono considerate sorgenti di radiazioni.

La produzione di raggi X utilizzati nel-

l'esecuzione di radiografie a scopo medico sono l'esempio che ci interessa per il nostro studio.

I raggi X sono stati scoperti da Roentgen nel 1895 e furono utilizzati da Lord Rutherford nella prima reazione nucleare, nel 1919.

L'impiego di sorgenti di radiazioni per scopo medico costituisce la seconda causa di esposizione della popolazione alle radiazioni ionizzanti e la maggior fonte di esposizione alle radiazioni artificiali.

Effetti sull'uomo delle radiazioni ionizzanti

I danni prodotti dalle radiazioni ionizzanti sull'uomo possono essere distinti in:

- danni somatici deterministici, che compaiono soltanto al superamento di una dose-soglia caratteristica di ogni effetto;
- danni somatici stocastici, che comprendono le leucemie e i tumori. Per i tumori, la probabilità d'accadimento è in funzione della dose ed è, cautelativamente, esclusa l'esistenza di una dose-soglia.

L'elaborazione della relazione dose-effetto è avvenuta, nel corso degli anni, sulla base di osservazioni epidemiologiche che riguardano esposizioni a dosi medio-alte (sopravvissuti giapponesi alle esplosioni atomiche; pazienti sottoposti ad irradiazioni per scopi medici; esposizioni lavorative).

I dati epidemiologici sono abbastanza numerosi per le alte dosi, sono piuttosto rari per le dosi medie e mancano del tutto per le

piccole dosi. L'assenza di evidenza epidemiologica alle basse dosi può essere correlata alla possibile inesistenza degli effetti radioindotti, oppure al "mascheramento" degli stessi che, pur presenti, non si rendono intellegibili sul piano epidemiologico perché compresi nelle fluttuazioni statistiche dell'incidenza "naturale" o "spontanea" dei tumori.

Pertanto, la stima del rischio di ammalarsi di leucemia o di tumore per mezzo della radio-induzione viene abitualmente effettuata estrapolando alle basse dosi i dati di quelle alte.

Secondo **Andrew Einstein** della Columbia University, il rischio di tumore di una donna di 60 anni con un'esposizione a uno *scan* di Tac potrebbe essere di 1 su 700, mentre per un soggetto più giovane, soprattutto donna, il rischio potrebbe essere più alto: due esami, per esempio, potrebbero raddoppiare il rischio.

Non è stato possibile, sinora, rilevare, con metodi epidemiologici, un eccesso di malattie ereditarie nella progenie di soggetti esposti alle radiazioni ionizzanti rispetto a quella di soggetti non esposti. **Lo studio radio-epidemiologico più importante è stato quello sui discendenti dei sopravvissuti di Hiroshima e Nagasaki**, nel corso del quale è stato effettuato un confronto tra 30mila bambini (di cui almeno uno dei genitori era stato irradiato) e 40mila bambini (i cui genitori non erano stati irradiati).

Ebbene, tra i due gruppi, per quanto



concerne lo sviluppo psicofisico, le malformazioni di origine genetica ed alcuni indicatori di natura citogenetica e biochimica, non è apparsa alcuna differenza statisticamente significativa.

Invero, sebbene, a tutt'oggi, non sia stato dimostrato che nella specie umana le radiazioni ionizzanti possano produrre danni ereditari, studi sperimentali su piante ed animali indicano che tali danni, di fatto, possono insorgere.

L'embrione e il feto sono sensibili alle radiazioni ionizzanti e, come avviene anche nell'esposizione agli altri agenti fisici e chimici, questa sensibilità è variabile in funzione dello stadio di sviluppo.

Prima dell'impianto dell'embrione (nella specie umana, al nono giorno dalla fecondazione), gli effetti di un'irradiazione sono del tipo: "tutto-o-nulla". Questi effetti possono determinare, infatti, la morte dell'embrione (l'evento può passare inosservato perché la donna non sa ancora di essere incinta) o, in alternativa, non avere conseguenze sullo sviluppo e sulla sopravvivenza post-natale

che possono, quindi, risultare del tutto normali (nello stadio di pre-impianto, la morte di una o di alcune cellule, non ancora differenziate, può non essere grave).

Nel periodo di morfogenesi (compreso tra il nono giorno e la fine del secondo mese di gravidanza), si formano gli abbozzi dei vari organi e tessuti. In corri-

spondenza della fase di differenziazione e di organizzazione di ciascun tessuto, è presente un'elevata radiosensibilità e, in questa fase, l'irradiazione può indurre più facilmente la comparsa di malformazioni.

Durante la fase fetale (dall'inizio del terzo mese fino al termine della gravidanza), la frequenza e la gravità delle malformazioni diminuiscono, mentre risulta rilevante il rischio di uno sviluppo difettoso del sistema nervoso centrale che resta radiosensibile per buona parte di questo periodo.

Riassumendo, si ricorda che **anche le dosi più piccole di radiazioni non sono interamente prive di rischio.**

Esposizioni mediche a scopo diagnostico (che costituiscono la principale sorgente di esposizione della popolazione alle radiazioni artificiali) aggiungono una quota di circa 1/6 alla dose di radiazioni naturali - quindi, esistenti - a cui è esposta la popolazione.

Il bambino non può essere considerato un "piccolo adulto", perché i piccoli sono più sensibili alle radiazioni.

Alcune autorevoli fonti ritengono che il rischio di insorgenza di un tumore ad esito infausto lungo l'arco della vita a seguito di una Tac addominale in un adulto sia di circa 1 su duemila e quello a seguito di una radiografia del torace sia di circa 1 su un milione.

Una Tac encefalo equivale a 85 radiografie del torace ed equivale ad un'esposizione al sole (principale fonte

di radiazione naturale) di 365 giorni; il rischio di sviluppare un tumore è di 1/10.000; una Tac torace equivale a 385 radiografie del torace ed equivale ad una esposizione al sole di tre anni e sei mesi; l'angio-Tac espone i pazienti a dosi di radiazioni equivalenti a 600 radiografie del torace; una radiografia al torace equivale all'esposizione al sole di tre giorni e un rischio aggiuntivo di tumore fatale durante la vita di 1 su un milione.

L'APPROPRIATEZZA DELLE RICHIESTE DI INDAGINI RADIOLOGICHE

Un'indagine si definisce utile quando il suo risultato (positivo o negativo) cambierà la gestione del paziente o confermerà la diagnosi.

Un numero elevato di indagini radiologiche non rispetta questo principio e ciò comporta un'esposizione inutile del paziente alle radiazioni ionizzanti.

Va, inoltre, valutato il rischio derivante dalla somministrazione dei cosiddetti "mezzi di contrasto", spesso necessari, richiesti per l'approfondimento radiologico.

Le cause principali di un impiego dannoso e inutile della radiologia sono determinate da:

1. ripetizione di indagini già effettuate in un arco temporale vicino (spesso l'esame è stato effettuato presso altri ospedali/ambulatori; è sufficiente chiedere il supporto informatico dell'esame effettuato);
2. si richiede un'indagine quando è improbabile che il suo risultato modifichi la gestione del paziente;
3. si attua l'indagine errata (è spesso utile discutere della validità della richiesta con il medico e/o tecnico radiologo);
4. non chiaro o impreciso il quesito diagnostico;
5. errata convinzione, da parte del medico e dell'utente, della giusta prescrizione di esami radiologici a scopo diagnostico.

La protezione radiologica ha lo scopo di assicurare a quanti lavorano all'interno e all'esterno di installazioni adibite alla manipolazioni di sorgenti radioattive, o che risiedono nelle zone circostanti, di



avere una probabilità di esposizione bassa.

I provvedimenti da utilizzare sono costituiti dalla combinazione dei seguenti elementi:

- schermatura della sorgente;
- aumento della distanza tra sorgente e persona esposta (operatori, pazienti vicino al paziente irradiato e parenti);
- diminuzione del tempo di esposizione;
- giustificazione della pratica;
- ottimizzazione della protezione;
- limitazione delle dosi individuali.

Le linee guida nazionali di riferimento "La diagnostica per immagini" del 2004, diventate legge, affermano la necessità di diminuire le radiografie, elencando i casi di appropriatezza per organo e il grado di evidenza scientifica e si suddividono in:

- studi a controllo *random*, meta-analisi, rassegne sistematiche;
- studi sperimentali e osservazionali;
- altre evidenze per le quali il parere si basa sull'opinione di esperti con l'approvazione di autorità riconosciute.

Il D.Lgs. n.187 del 26 maggio 2000 recepisce la direttiva europea 97/43/Euratom e stabilisce che:

"l'impiego delle radiazioni ionizzanti in campo medico è consentito solo a seguito di motivata richiesta medica...Il medico deve valutare la possibilità di utilizzare tecniche sostitutive".

ANALISI DELLA BIBLIOGRAFIA E DEI DOCUMENTI ESISTENTI

Dall'attenta analisi della bibliografia scientifica esistente, delle normative in materia, delle linee-guida e della documentazione prodotta dalle associazioni di medici radiologi e dei tecnici radiologi, si comprende che **non esistono indicazioni chiare e precise sulla tipologia di paziente che necessita di effettuare radiografie "al letto"**; si lascia al medico prescrittore la richiesta di radiografie "al letto" e al medico radiologo l'accettazione della stessa in un clima di collaborazione. Viceversa, è notevole la presenza di documenti e letteratura scientifica in merito alla necessità di ridurre all'essenziale l'uso della pratica radiografica, di proteggere le parti del corpo che non sono interessate all'esame richiesto, all'uso di altre metodiche sostitutive.

Sulla questione sono state prodotte le linee-guida sull'uso del mezzo radiografico, facili da consultare per comprendere quali quadri sintomatologici trovino beneficio diagnostico nell'uso di tale metodica.

Soluzioni al problema specifico dell'uso della radiologia in sala emergenza

L'assenza di materiale sull'appropriatezza dei radiogrammi "a letto" del paziente non deve, però, diventare motivo di non intervento verso il problema proposto.

La corretta metodologia del percorso clinico-assistenziale del paziente impone, infatti, di mettere in essere tutti gli interventi necessari per la sicurezza di pazienti ed operatori durante il percorso, oltre che rispondere a criteri di *best practice*.

Si propone, quindi, di inserire i criteri di criticità clinico-assistenziale dei pazienti per definire il luogo dell'esecuzione dei radiogrammi, lasciando al medico prescrittore l'analisi delle linee-guida nazionali per definire l'appropriatezza della richiesta di radiogrammi.

Sono delineati, quindi, tre comportamenti:

Comportamento A

Esecuzione radiogrammi in emergenza 1:

- Assenza di almeno una delle tre funzioni: coscienza, respiro, circolo;
- Ecg con segni di ischemia acuta;
- stato di incoscienza pre-triage, perdita delle funzioni vitali *pre-triage* con trattamenti rianimatori extraospedalieri;
- lot;
- acuzie in trattamento farmacologico non trasportabili.

E' necessario, dunque:

1. spostare le persone ad almeno un metro dal paziente;
2. posizionare al paziente protezioni alle parti non irradiate;
3. allontanarsi dalla sede di irradiazione;
4. avvisare tutto il personale della sala prima di fare la radiografia;
5. il personale obbligato a rimanere vicino al paziente deve indossare tutti i mezzi di protezione a disposizione;
6. chiudere le porte.

Comportamento B1

Esecuzione radiogrammi in box radiologico con paziente cosciente accompagnato da infermiere della sala emergenza 1 o infermiere box radiologico; personale ausiliario del box radiologico; trasporto con monitor, ossigeno se necessario:

- Pas <90 o >220 mmHg; Pad >130 mmHg;
- F.c. <40 o >160 mmHg e alterazioni ritmo;

- F.r. >30 atti';
- SaO₂ <90 (se non anamnesi di Bpco);
- G.c.s. 14;
- R.t.s. 11-12.

Comportamento B2:

Esecuzione radiogrammi in box radiologico con paziente cosciente accompagnato da infermiere della sala emergenza o infermiere box radiologico, per-

sonale ausiliario del box radiologico; senza monitor, ossigeno se necessario:

- T.c. >39° (anche se in isolamento; eventuale protezione con *mask*);
- H.g.t <50 o >200 mg/dl;
- SaO₂ <90 (con anamnesi di Bpco).

La decisione, in caso di dubbi, dovrebbe essere presa dagli operatori (medico/infermiere) che hanno in carico il paziente (vedi relativa *flow chart*).

AUTORI:

Cristian Vender, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche, infermiere presso Dea, pronto soccorso ospedale San Camillo di Roma;
Roberta Delle Fratte, coordinatrice infermieristica Dea, pronto soccorso ospedale San Camillo di Roma;
Francesco Staderini, responsabile medico Dea, pronto soccorso ospedale San Camillo di Roma.

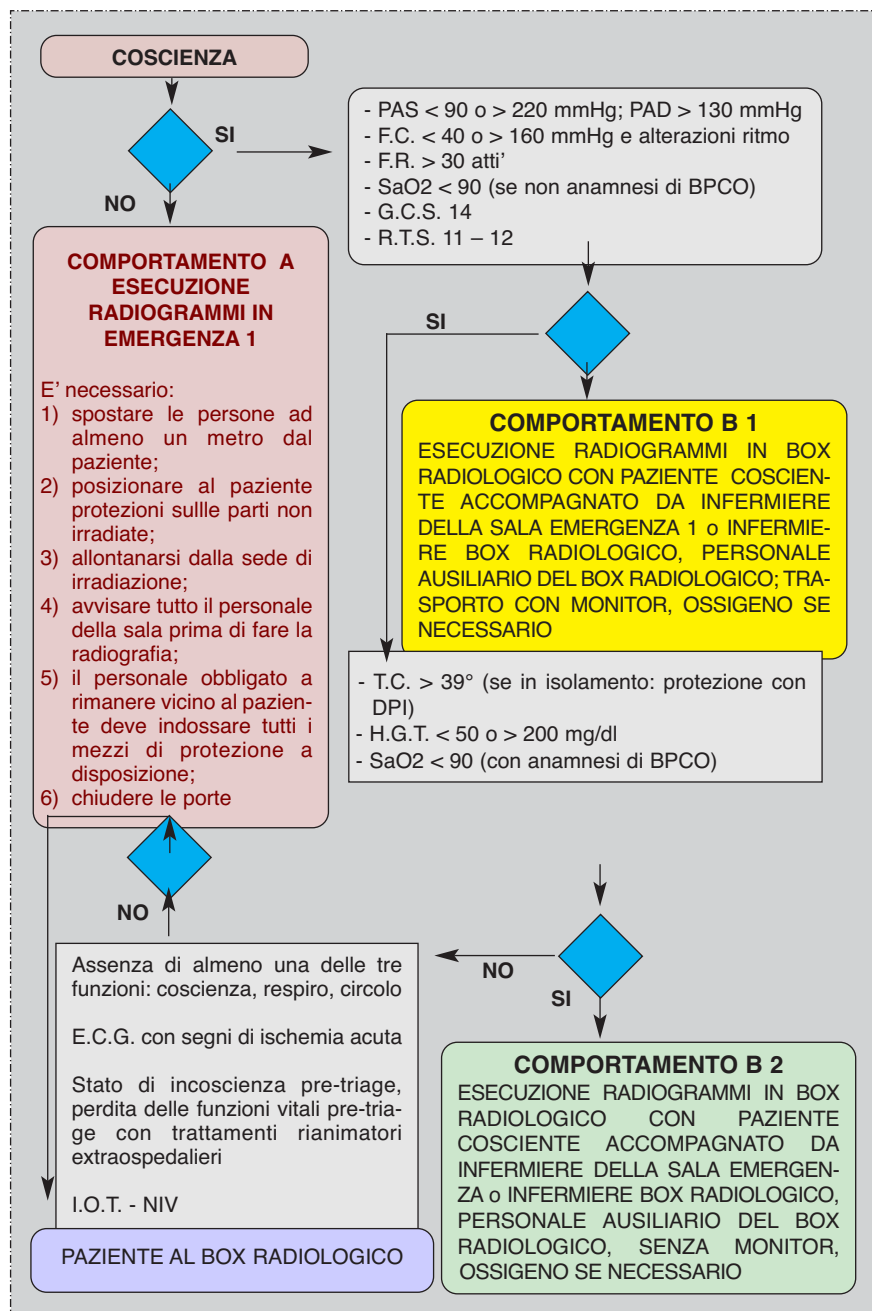


Figura 2. Diagramma di flusso

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *Guidelines for inter-and intra-hospital transport of critically ill patients, national guideline clearing-house*. Marzo 2008.
- AA.VV., *ICPR 34/82 La protezione del paziente in radiologia diagnostica*. Journal of American Medical Association, 2009.
- AA.VV., *Percorsi clinico assistenziali per la gestione del paziente critico nella rete dell'emergenza*. Asp Regione Lazio, marzo 2005.
- AA.VV., *Raccomandazioni per la gestione diagnostico terapeutica politrauma e trauma cranico minore*. Asl 12 Regione Piemonte, maggio 2003.
- Bonomo P, *Il paziente critico*. Simt Ragusa, marzo 2008.
- Casnati E, *Ionizing radiation Metrology*. Delia A, Calisesi G *Corso sulla protezione dalle radiazioni ionizzanti*. 2000.
- Esposito A, Giroletti E, *Opuscolo d'informazione per i lavoratori dell'Infn*. Linee guida nazionali di riferimento, *La diagnostica per immagini*. 2004.
- Magri S, *Esami radiologici troppo numerosi*. 2009.
- Mason J, *Diagnosi precoce*. Marzo 2008.
- Polvani C, *Elementi di Radioprotezione*. Royal college of nursing, *Guidance for nurse staffing in critical care*. Marzo 2008.
- Sirm, *La diagnostica per immagini*.
- Venier A, *Raggi X-protezione, dosimetria, protezione*.
- Zimmerman R, *Executive vice chair, radiology, Weill Cornell Medical Center*. New York City: Radiology, novembre 2009.
- Zulli I, *Il paziente critico lavoro di équipe*. Roma, giugno 2004.

L'infermiere di famiglia: il più adatto per la sindrome autistica

di Ione Moriconi, Simona Lazzari

ABSTRACT

Con questo articolo, intendiamo proporre l'inserimento dell'infermiere di famiglia nel piano terapeutico assistenziale dei pazienti affetti da sindrome autistica.

Tale considerazione nasce dall'osservazione, purtroppo negativa, dell'assenza di una figura infermieristica di riferimento vicina a questi pazienti.

Analizzando le varie motivazioni, si è appurato che ciò scatuisce principalmente dalla mancata conoscenza di una tale realtà.

È, pertanto, fondamentale che ci sia formazione ed informazione, elementi necessari per creare persone qualificate: **un infermiere adeguatamente formato può prestare la giusta assistenza.**

Non a caso, la poliedricità dei ruoli che appartengono all'infermiere di famiglia lo rende un punto fondamentale per l'assistenza e la presa in carico delle persone autistiche.

INTRODUZIONE

La sindrome autistica è una problematica, ancor oggi, poco conosciuta. Per questo motivo, la disomogeneità fra la preparazione degli operatori sanitari e la costruzione di una buona assistenza sono conseguenze che ricadono indiscutibilmente su chi ne è affetto e sulle loro famiglie.

L'infermiere non può dimenticare che per garantire una giusta assistenza (rivolta al soddisfacimento dei bisogni) è fondamentale la conoscenza della patologia da curare.

La disabilità autistica è una realtà molto complessa che dura tutta una vita e l'assistenza è difficile da gestire.

Tuttavia, se preparati, gli infermieri

possono riuscire a prendersi cura di questi pazienti.

Analizzando i loro molteplici bisogni, è ipotizzabile, infatti, che la figura che più si accosta alla vita autistica (e che può, quindi, realmente costruire una corretta assistenza) sia quella dell'infermiere di famiglia che, prendendosi cura del piccolo paziente e supportando, allo stesso tempo, la famiglia, diviene, talvolta, un vero e proprio: *"bastone cui appoggiarsi quando mancano le forze"*.

LA FONDAMENTALE PRESENZA DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA

La sindrome autistica presenta sintomi su molti fronti: dall'interazione sociale, alla comunicazione, al comportamento atipico, sino ad una mancata autonomia fisica.

Purtroppo, è proprio la multisistemicità e cronicità di questi sintomi a

rendere difficoltosa l'assistenza.

Inoltre, i bisogni del nucleo paziente-famiglia, con gli anni, tendono non solo a mutare, ma, soprattutto, ad accrescersi: **è quindi responsabilità dell'infermiere di famiglia essere d'aiuto e farsene carico.** La sua presenza, perciò, è fondamentale per il soddisfacimento dei loro bisogni, sia dal punto di vista fisico che psicologico.

Eppure, purtroppo, quel che emerge dalle varie ricerche effettuate è che nei riguardi di questi pazienti spesso si esplica un'assistenza infermieristica "fatiscente", le cui motivazioni sono impossibili da trovare, anche se si potrebbe ipotizzare una mancata conoscenza approfondita della suddetta patologia, il che comporta, quale conseguenza, la paura nell'affrontare tali problematiche, arginabili solo grazie ad una formazione e promulgazione di informazioni costante.





Un infermiere adeguatamente formato può prestare la giusta assistenza e, col tempo, adoperarsi “per fare ricerca scientifica”, unico strumento per far progredire la scienza.

Si può, quindi, affermare che **l’infermiere di famiglia è una nuova, poliedrica figura sanitaria** tra le più adatte per la sindrome artistica: egli è **un professionista che progetta, attua, valuta interventi di promozione, prevenzione, educazione e formazione**.

È colui che si occupa dell’assistenza infermieristica dell’individuo e della collettività; sostiene interventi di ricerca, indagini epidemiologiche in comunità e in ambito familiare, promuovendo azioni educative e preventive, oltre che curative.

I MOLTEPLICI RUOLI DELL'INFERMIERE

Considerando che uno dei primi bisogni del nucleo paziente-famiglia è sicuramente quanto concerne la comunicazione, il comportamento e l’interazione

sociale, **la “funzione-cardine” dell’infermiere di famiglia è rivolta dapprima all’informazione, poi, all’educazione**.

I piccoli pazienti hanno bisogno di una diagnosi precoce per poter iniziare velocemente un programma riabilitativo; quindi, la famiglia necessita di qualcuno che effettui prevenzione: solo così si può iniziare un aiuto per la “cura”.

La famiglia non solo deve essere guidata verso centri idonei in cui inviare il proprio figlio, ma anche essere supportata a livello psicologico.

L’autismo è una patologia che chiude i parenti in una scatola da cui è difficile uscire; gli amici e la società, a volte, non sostengono come dovrebbero queste situazioni (anzi, in certi casi, le peggiorano), alzando barriere invisibili. Pertanto, la funzione educativa diviene molto importante per la patologia in questione, poiché si cerca di intervenire anticipatamente verso i problemi di incapacità a gestire se stessi nel sociale, attraverso la rieducazione

e la correzione del linguaggio e dei comportamenti atipici.

Il supporto educativo si deve anche estendere alle attività quotidiane in cui hanno maggior difficoltà: l’alimentazione, l’eliminazione intestinale, l’alterazioni del sonno e, a volte, la deambulazione.

Paradossalmente, le famiglie hanno bisogno di essere informate ed educate più su questi problemi - quelli fisici -, su cui commettono non pochi errori gestionali e terapeutici che su altro. Pertanto, non solo è necessario che l’infermiere di famiglia (grazie alla sua libera professione e attraverso le costanti visite a domicilio) si occupi della prevenzione educativa e riabilitativa del bambino-adulto, ma, soprattutto, che l’insegnamento riguardi anche i genitori, non sempre correttamente formati: **un genitore che riceve un consiglio corretto è di certo più sicuro in ogni suo gesto con il figlio malato**.

La formazione è una parte importante e polivalente dell’assistenza infermieri-

stica. Infatti, l'infermiere di famiglia deve formare sia se stesso, attraverso il continuo studio universitario, che la famiglia e chi orbita intorno al paziente.

La laurea triennale non dovrà bastargli: bisogna intensificare con la specialistica, i master, prendere i dottorati e, infine, partecipare ai convegni, da spettatori e da attori.

Un metodo efficace per combattere l'autismo è effettuando studi di ricerca, anche se, al giorno d'oggi, questa patologia (come, in genere, tutte quelle psichiatriche) ha poca rilevanza.

La causa va ricercata, in parte, nelle case farmaceutiche (che non vogliono "spendere soldi" per queste malattie a

bassa incidenza e "fare esperimenti" sui bambini), in parte, nello Stato che, purtroppo, non stanziava molti fondi.

Ciò, sempre a discapito dei pazienti autistici che rimangono, per questi motivi, indietro con il loro programma riabilitativo.

Il supporto, a tal proposito, che può dare l'infermiere di famiglia è che, lavorando con la collettività, ha maggiori possibilità di conoscere i pazienti e di interfacciarsi, al contempo, con il sistema sanitario. Così, egli può effettuare "ricerca sul campo" ed aiutare, attraverso libri, articoli, convegni e portali web, la promulgazione delle informazioni.

CONCLUSIONI

Affermare che l'infermiere di famiglia è l'unica persona utile per l'assistenza dei pazienti autistici sarebbe presuntuoso. Pur tuttavia, egli ha tutte le potenzialità - spesso sottovalutate - per garantire, sul territorio, una risposta assistenziale immediata e più vicina alla collettività, assumendo ruoli strategici negli interventi di assistenza preventiva, curativa, riabilitativa e di sostegno psicologico.

AUTORI:

Irene Moriconi, responsabile Sai Dsm-Residenzialità, Asl Rm/A;

Simona Lazzari, studentessa III° anno corso di laurea in Scienze Infermieristiche, università La Sapienza di Roma - canale C.

BIBLIOGRAFIA

Boschetti C, Lami N, Lombardi Maria L, *L'infermiere di famiglia identikit, principi etici e opportunità*. Da: "Assistenza Anziani". Gennaio 2006.

Hanau C, *Autismo: quali speranze?*. Da "L'Infermiere" n.8, pag.10. 2005.

Hanau C, *Il progresso della medicina moderna* pubblicato. Dal sito: http://autismo.inews.it/pag_riflessioni.htm

Ludioni R, Ludioni L, *Autismo tra psicopatologia e mistero*. Dal sito: <http://www.slowmind.net/albert°albert/mistero.pdf>

Rotundo A, *Autismo tra diagnosi, servizi e trattamenti educativi*. Relazione tenuta al convegno di Varese "Autismo" del 30.01.2001.

Schroeder M, Affara F, *The Family Nurse, International Council of Nurses Geneva* del 2001. Tradotto da Sisti R, "L'infermiera di famiglia". 2003

ERRATA CORRIGE

Note bibliografiche "ripristinate"

I riferimenti bibliografici dell'articolo scientifico a cura di Maria Grazia Proietti e Giuseppe Cingari: "Gestione del dolore nella biopsia del midollo osseo nell'adulto: una revisione della letteratura", pubblicato a partire da pagina 32 sullo scorso numero della rivista (n. 4/09) non sono stati riportati nell'ordine esatto trasmesso dagli autori alla redazione.

Di questo, ce ne scusiamo con i diretti interessati e con i lettori.

La versione originale dell'articolo, con le note bibliografiche corrette (e che seguono scrupolosamente le norme editoriali), è presente sul sito ufficiale del Collegio (www.ipasvi.roma.it), nella sezione dedicata alla rivista "Infermiere Oggi".

Il file in formato pdf dell'ultimo numero è scaricabile e riproducibile gratuitamente, come di consueto.

La malnutrizione infantile nei Paesi a risorse limitate: il ruolo dell'infermiere in Mozambico

di Domenico Ferrelli

PREMESSA

Lo studio di cui si illustrano, di seguito, la metodologia adottata e gli esiti, nasce a seguito di un'analisi condotta presso il "Centro nutrizionale" della Comunità di Sant'Egidio in Mozambico e si inserisce in un contesto nel quale la figura dell'infermiere, seppur con una formazione molto diversa dagli standard nostrani, soddisfa molti più bisogni di un infermiere europeo, investendo a volte ruoli che, per mancanza di altre figure professionali, nessuno ricopre.

Lo scopo dello studio è quello di dimostrare l'efficacia dell'azione svolta dal "Centro nutrizionale" mediante la valutazione antropometrica e la somministrazione di interviste ai bambini.

L'infermieristica nel Sud del mondo e quello che ruota attorno al paziente sono state prerogative principali per lo svolgimento dello studio, poiché il lavoro che vi si descrive è dipanato quasi esclusivamente da infermieri.

METODOLOGIA

Lo studio si svolge in un "Centro nutrizionale" della Comunità di Sant'Egidio, situato una zona molto povera della capitale del Mozambico, **Maputo, altamente endemica per malaria e infezioni gastrointestinali**, che accoglie dagli 800 ai 900 bambini al giorno, con un bagaglio di iscrizioni che ammonta a circa 1100 unità.

La relazione prende in esame, inizialmente, un campione di 164 bambini, valutandone le condizioni di salute generali, i parametri antropometrici secondo gli *standard* europei, e le condizioni socio-economiche con la somministrazione di un'intervista.

Dallo studio sono, poi, scaturite due missioni in Mozambico, nel luglio-agosto 2007 e nello stesso periodo dell'anno successivo.

Nel primo periodo di analisi, l'attività si è concentrata soprattutto nella rilevazione antropometrica dei bambini e nella somministrazione dell'intervista. In quello successivo, invece, è stata data maggior importanza alla revisione di quanto raccolto, con visite domiciliari finalizzate alla verifica della veridicità di quanto riportato nei dati.

All'interno del campione esaminato è stato, poi, individuato un sottocampione di 87 bambini per i quali si disponeva di dati risalenti al 2005, in modo da avere la possibilità di effettuare un monitoraggio della crescita nel tempo, confrontando i dati raccolti con gli *standard* europei.

A questo punto, disponendo di peso e altezza (nonché del contesto sociale di ogni singolo bambino) si è cominciato a delineare quanto, in seguito, sarebbe emerso nei risultati.

I dati raccolti sono stati inseriti in Anthro 2005 ed Ena, programmi di elaborazione nutrizionale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) e messi in relazione con i parametri dell'Nchs del 1977.

La rilevazione antropometrica è stata effettuata col supporto di tre persone (misuratore, assistente e traduttore), attenendosi rigorosamente ai protocolli di misurazione del "Centro".

DISCUSSIONE

Il campione esaminato è composto, per il 36,2%, da femmine e, per il restante 62,8%, da maschi, con un'età media di

9.5 anni ed un *range* compreso fra tre e 14 anni.

Il 15% dei bambini risulta essere orfano di almeno un genitore (se non di entrambi), morti a causa dell'Aids o di altre malattie.

Questo fa sì che, molto spesso, essi siano affidati alle cure dei parenti più vicini (nonni, zii), dei fratelli maggiori (a volte, neanche adolescenti) o dei vicini. Questa situazione di fragilità si ripercuote sia sulla salute dei bambini (che sono, generalmente, poco seguiti) sia sul fatto che raramente vengono iscritti all'anagrafe e, quindi, di conseguenza, non godono neppure dei diritti più basilari, quali, appunto, l'accesso all'istruzione o alle cure mediche.

Le condizioni abitative rivelano una notevole precarietà e rispecchiano quella che è la condizione della maggior parte della popolazione nel Mozambico, in particolare nelle aree suburbane.

Di seguito, le principali tipologie di abitazioni in cui vive la popolazione di cui fa parte il campione esaminato:

Dall'analisi risulta che **quasi la metà dei bambini vive in abitazioni in lamiera o in canne di bambù, tre quarti delle abitazioni sono prive di acqua** rendendo necessario l'approvvigionamento idrico presso fontane pubbliche più o meno distanti (cosa di cui, spesso, sono proprio i bambini ad occuparsi, all'interno della famiglia, percorrendo anche parecchi chilometri) o a fonti ancor meno controllate.

La quasi totalità delle abitazioni è priva di servizi igienici. Spesso si utilizzano latrine a cielo aperto anche molto vicine alle abitazioni, con evidenti rischi di infezioni oro-fecali e di tipo ga-

Tipologia	Numero	%
muratura	97	59
lamiera (Ethernit)	5	3
canne di bambù	62	38
privi di acqua corrente	125	76
privi di servizi igienici interni	134	82
privi di energia elettrica	89	54

Tabella 1. Condizione abitativa della popolazione esaminata

stroenterico, soprattutto nei primi anni di vita (com'è noto, le diarree infantili rappresentano una delle principali cause di morbosità e mortalità in età infantile nei paesi del Sud del mondo).

Anche l'assenza di abitazioni in muratura rende più difficile qualunque intervento di prevenzione delle infezioni trasmesse da vettori.

Questa situazione igienico-sanitaria si

ripercuote sulla salute dei bambini che, infatti, nella totalità dei casi riportavano recenti episodi di malaria.

Per quanto riguarda le loro condizioni di salute, l'indagine è risultata difficoltosa poiché intrattenuta attraverso i colloqui con i parenti o con chi si prende cura di loro: l'assenza di persone di riferimento ha reso difficile – se non impossibile – il ricordo di episodi di malattia.



Le informazioni al riguardo derivano dal *database* del "Centro nutrizionale" e da interviste con gli operatori dello stesso.

Diffusissima la prevalenza di episodi malarici, soprattutto nella stagione di alta endemia; molto frequenti gli episodi di parassitosi intestinali.

Proprio per questa carente situazione igienico-sanitaria, assume ancor più valore l'opera educativa svolta all'interno del "Centro nutrizionale": trasmettere ai bambini delle norme di igiene personale, anche semplici, è un modo per difendere la loro salute, specie in ambienti privi di risorse e pieni di insidie per la salute. **La regola di lavarsi le mani prima di pranzare al "Centro", per quanto semplice possa apparire, è di primaria importanza per prevenire le infezioni oro-fecali.**

Lo stato nutrizionale dei bambini, valutato in termini di malnutrizione acuta e cronica, è stato confrontato con i dati disponibili per il Paese forniti dall'Unicef: i tassi di *underweight* riscontrati, pari al 15%, sono inferiori a quelli del Paese (24%). Discorso analogo può essere fatto per la prevalenza di *stunting* (41%, secondo l'Unicef) che, nello studio, risulta essere del 22% circa.

Tale discrepanza nei dati è legata probabilmente alla localizzazione geografica dell'indagine: lo studio, infatti, è stato condotto nella zona suburbana di Maputo, capitale del Mozambico, quindi, in una zona sicuramente in migliori condizioni economiche e, quindi, anche di disponibilità di alimenti rispetto alle zone rurali del Nord.

Non a caso, un confronto con dati dell'Oms, per quanto meno recenti (2003), permette di mettere a raffronto quelli raccolti con gli altri ottenuti attraverso studi realizzati nella città di Maputo, ergo in condizioni analoghe.

Tali studi, infatti, riportano percentuali di *underweight* variabili dal 7,9% al 13,2% e percentuali di *stunting* che variano dal 24,7% al 35,7%.

Non va, inoltre, dimenticato che il campione esaminato nell'ambito del presente studio è costituito da bambini grandi (età media 9,5 anni), quindi, è

difficilmente confrontabile con dati disponibili nel Paese.

Il monitoraggio degli 87 bambini per i quali è stato possibile seguire la crescita dal 2005 al 2007 mostra un miglioramento dello stato nutrizionale: la prevalenza di *underweight* (moderato e severo nel complesso) a distanza di due anni si è più che dimezzata (dal 14,9% al 6,9%) e, anche in termini di *stunting*, si è ottenuto un miglioramento (dal 21,8% al 17,2%).

Questi risultati, ottenuti a distanza di due anni dalla presa in carico dei bambini, sono una prova dell'efficacia di **un'alimentazione corretta e sufficiente che garantisca ai bambini un giusto apporto energetico e proteico e che, perciò, sia in grado di ridurre i tassi di malnutrizione.**

Soprattutto, questi tassi migliorano sensibilmente proprio per l'efficacia dell'alimentazione che, anche in tempi brevi, mette in moto il processo di guadagno di peso nei bambini.

Viceversa, il miglioramento, per quanto esistente, è meno evidente nella prevalenza dello *stunting* o della malnutrizione cronica.

L'analisi di questo secondo indicatore mette, infatti, in risalto che il ritardo nella crescita è più severo rispetto allo stato di malnutrizione e che il *deficit* di statura si recupera con maggiore difficoltà e lentezza rispetto al *deficit* ponderale. Ciò è ovvio se si tiene conto che questa condizione è spesso frutto di anni di sottoalimentazione, se non addirittura un retaggio di malnutrizione materna.

Inoltre, **mentre nei bambini di età inferiore ai due anni, al migliorare delle condizioni di alimentazione, si assiste ad un recupero totale del deficit staturale, nei bambini più grandi il ritardo nella crescita in altezza non si recupera mai del tutto**, perciò restano bambini più piccoli della media.

In ogni caso, l'evoluzione positiva degli indici antropometrici è un'indicazione dell'utilità di migliorare l'alimentazione dei bambini in Paesi ad elevata insicurezza alimentare con una dieta adeguata e variata.

Va, infatti, notato che la dieta proposta



ai bambini presso il "Centro nutrizionale" non si limita ad essere il miglioramento dell'alimentazione solo in termini di incremento del numero dei pasti, ma si prefigge di garantire un'alimentazione adeguata non solo in termini di calorie, ma anche di proteine, presenti ogni giorno e con una discreta quantità di proteine animali che spesso, invece, sono carenti - se non assenti - nell'alimentazione dei Paesi africani.

CONCLUSIONI

Lo studio conferma l'importanza della supplementazione nutrizionale in età evolutiva in Paesi ad elevata insicurezza alimentare.

Anzitutto, il campione presenta una buona sopravvivenza: al tempo, tutti i bambini sono vivi (cosa non trascurabile).

L'andamento positivo registrato in tutti gli indici antropometrici, sia di malnutrizione acuta che cronica, dimostrano l'importanza di integrare con una dieta equilibrata, anche se solo per un pasto al giorno, la normale alimentazione del bambino mozambicano.

Tra i problemi che emergono, si rileva l'urgenza di trattare la malnutrizione in età precoce al fine di evitare il cronicizzarsi del ritardo della crescita: infatti, è molto più difficile migliorare e recuperare la bassa

statura, nonostante la buona alimentazione, negli anni della seconda infanzia. Inoltre, l'attenzione alla salute e alla nutrizione del bambino da parte di tutti gli operatori del "Centro" sono già un elemento di grande innovazione e di cambiamento di mentalità in una società in cui il bambino non è mai al centro di attenzioni particolari.

L'intervento mette anche in luce l'importanza del ruolo dell'**infermiere che si pone come figura clinica e di valutazione, ma anche come figura nodale di educatore nei confronti dei bambini e del contesto in cui vivono.**

Il ruolo dell'infermiere all'interno del "Centro nutrizionale" è quello di valutare non solo le condizioni cliniche con le visite periodiche, ma anche lo stato nutrizionale e, giorno per giorno, di analizzare la situazione di ogni

piccolo paziente. Nonché, quello di educare ad uno stile di vita sano, sia i bambini che altre figure professionali che collaborano all'interno del "Centro". L'efficacia di quest'ultimo sta nell'approccio olistico ai piccoli pazienti: essi vengono presi totalmente in carico, analizzando e curando ogni aspetto, partendo dalla salute e dalla nutrizione, fino all'inserimento scolastico e alla registrazione anagrafica.

Questo studio fa emergere un ruolo dell'infermiere forse meno "specialista e specializzato" di quello occidentale, ma sicuramente **figura-chiave sia come clinico di primo livello, ma anche come educatore sanitario e formatore, come propagatore di cultura sanitaria.**

Il nostro scopo è quello di "puntare un riflettore" su un mondo poco cono-

sciuto, e che, con semplicità e praticità, mette ognuno di noi davanti ad una realtà diversa e affascinante, dimostrando come un intervento che mira all'eccellenza e agli *standard* europei, in Africa, è ancora possibile.

Quanto ottenuto è stato un incredibile risultato, poiché è stato dimostrato che un progetto, oltre ad essere possibile nel Continente nero, ha dei risultati finanche migliori dei nostri, sottolineando come aderenza, impegno e conoscenza non siano segretissime qualità del Nord del mondo.

AUTORE:

Domenico Ferreli, laureando in Scienze Infermieristiche presso l'università di Tor Vergata, anno accademico 2007/2008.

Relatori: Paola Scarcella, ricercatore presso l'università di Tor Vergata e Giulia Venturini, dottorando presso l'università di Tor Vergata.

IN PILLOLE

Tumori al colon retto, il Consiglio del Lazio sostiene campagna prevenzione

Ogni anno, in Italia, vengono diagnosticati circa 35mila nuove neoplasie colon-rettali: solo nel Lazio, se ne registrano circa duemila annue.

Si tratta di una malattia che raggiunge il suo picco nei soggetti sopra i 60 anni, senza differenze di sesso, e, nella maggior parte dei casi, la diagnosi è tardiva poiché i sintomi iniziali sono pochi.

Negli ultimi anni, grazie ad più informazione, all'aumento delle diagnosi precoci ed ai progressi delle terapie si è osservata una diminuzione della mortalità.

Per parlare di tumore del colon retto, il presidente della commissione Sanità del Consiglio regionale del Lazio, **Luigi Canali**, ha promosso la presentazione dei risultati della campagna dell'Amoc (Associazione Malati Oncologici Colon retto-onlus), volta a sensibilizzare soprattutto gli ultra 40enni sul tema della colonscopia, un esame, tutto sommato, semplice, efficace contro questo tumore. Attivato pure un sito internet (www.amoc.it) che ha già ricevuto circa 10mila contatti nelle sole festività natalizie, anche grazie al servizio gratuito "L'esperto risponde", che funge da trait d'union, via email, fra cittadini e oncologi di fama mondiale (disponibile anche un numero telefonico: **06.52.66.20.60**).

Inoltre, su 500 autobus dell'Atac e nelle stazioni della metropolitana di Roma sono stati affissi appositi poster sull'iniziativa. "Siamo orgogliosi che il nuovo Piano sanitario regionale abbia puntato tantissimo sulla prevenzione e sul territorio, sia per ragioni prettamente cliniche che per contenere la spesa - ha spiegato Canali -: basta vincere alcune resistenze psicologiche e culturali e sottoporsi metodicamente a semplici esami, per evitare futuri disagi. Per questo, l'azione dell'Amoc è particolarmente benemerita".

Presente alla conferenza, la presidente Amoc, **Roberta Letizia**, e il dirigente medico dell'Istituto Regina Elena di Roma, **Carlo Garufi**.

Stereotipi dell'infermiere nella produzione cinematografica dal 1950 al 2008

di *Natasha Megozzi, Fabio Pennacchioni*

ABSTRACT

Scopo della presente indagine è confrontare gli stereotipi creati dai film distribuiti in Italia sull'immagine dell'infermiere. Si tratta di una ricerca qualitativa di tipo storico, basata sull'analisi di 27 pellicole cinematografiche visionate e campionate per convenienza, in base ai criteri imposti dalla presente ricerca, nel periodo compreso dal 1950 al 2008.

L'analisi ha riguardato 27 film, di cui 12 americani, 12 italiani e tre di altre nazionalità, per il 71% del genere "com-medie".

I personaggi individuati sono 39 e per il 64,1% sono donne, nel 48% dei casi, giovani donne.

L'analisi dell'aspetto fisico fa rilevare che il 58% è "gradevole" e, tra questi, gli interpreti sono avvenenti nel 26% dei casi e, nell'80% dei casi, si tratta di donne. Quelle di aspetto "sgradevole", nel 63% dei casi, sono italiane.

La tipologia di divisa più rappresentata è la crocerossina; per l'83,3% delle volte, l'infermiere appartiene ad un ceto sociale basso.

Gli aspetti che ricorrono sono: lo stereotipo della crocerossina innamorata (se donna), o dell'infermiere fannullone (se uomo).

Nell'analisi dell'interazione con i medici, risulta che nel 60% dei casi il rapporto è di tipo subordinato, nel 30% conflittuale e solo nel 10% di collaborazione.

La relazione con i colleghi (valutabile solo in 23 figure su 39) è di tipo "complice" nel 61% dei casi (in prevalenza, fra uomini) ed "autoritaria" nel 26% dei casi (prevalentemente, fra donne). Nella

relazione con i pazienti riscontriamo comportamenti positivi per il 52% (amorrevoli: 34%; amicali: 18%) e negativi per il 48% (disinteressati: 27%; autoritari: 21%).

Dalla presente ricerca, si evince che, globalmente, la figura dell'infermiere trasmessa dal cinema si è evoluta con il passare dei decenni similmente alla realtà, sintetizzando (talvolta, grossolanamente) i pregi e i difetti di questa categoria.

Ben **più alta** sembra **la considerazione dell'infermiere nelle produzioni cinematografiche estere** che, nel periodo storico osservato, assegnano agli infermieri, nel 50% dei casi, ruoli di maggiore spessore in trame di natura drammatica.

Nelle pellicole di produzione italiana, invece, emergono due stereotipi in particolare: quello dell'infermiere disinteressato verso il paziente e complice con i colleghi, se uomo; avvenente, autoritaria con i colleghi e amorevole con i pazienti, se donna.

INTRODUZIONE

Questa ricerca fa parte delle attività di apprendimento incluse nel programma di "Metodologia della ricerca" (corso integrato in Management infermieristico dell'università di Tor Vergata, Roma, con sede Fbf, ospedale San Giovanni Calibita-Isola Tiberina; docente: professoressa, Teresa Compagnone).

In Italia, negli ultimi anni, abbiamo assistito ad un'evolversi della professione infermieristica, che è passata dai corsi regionali al diploma universitario, alla laurea (sia di primo che di secondo livello) e, recente-

mente, anche al dottorato di ricerca. La consapevolezza che conoscere come la professione viene veicolata dai mass-media - e, nella fattispecie, dal cinema - può essere utile per capire e cercare di modificare il modo in cui l'infermiere viene percepito dalla società, ha portato gli autori ad intraprendere quest'analisi storica.

Scopo della presente indagine è, appunto, quello di raffrontare gli stereotipi creati dai film, distribuiti in Italia dal 1950, con la reale immagine dell'infermiere, in modo da analizzarne l'evoluzione attraverso il cinema.

MATERIALI E METODI

Ricerca qualitativa di tipo storico, basata sull'analisi di 27 pellicole cinematografiche visionate e campionate per convenienza, in base ai criteri imposti dalla presente ricerca.

La raccolta dati si è basata su fonti storiche e pubblicazioni cinematografiche dal 1950 al 2008.

L'individuazione delle fonti è avvenuta cronologicamente, mediante un'analisi del conosciuto e, successivamente, mediante consultazione di dizionari storici del cinema (cartacei e web), cataloghi di film e archivi su internet.

Sono stati inclusi nella ricerca le pellicole proiettate nelle sale cinematografiche italiane dal 1950 al 2008 con le seguenti caratteristiche:

- personaggi identificabili nell'ambiente lavorativo muniti, almeno in una scena, di divisa identificativa della professione;
- personaggi identificabili nell'ambiente lavorativo con un minimo di tre inquadrature (complete o a

mezzo busto) nell'intera durata del film;

- film facenti parte dei generi "com-media" e "dramma".

Sono stati esclusi: i generi "horror-thriller", "fantascienza", "pornografici", "erotici" e "commedia esplicitamente erotica o comica".

I criteri utilizzati per l'analisi dei dati riguardano numerose variabili, tra cui i dati generali del film e quelli dei personaggi; il loro ruolo; le interazioni sociali ed altre ancora, come si può ben capire dallo schema elaborato a tale scopo (allegato 1) e dall'esempio di scheda compilata (allegato 2).

ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

Rispetto alle categorie prese in considerazione

La presente ricerca si basa su un cam-

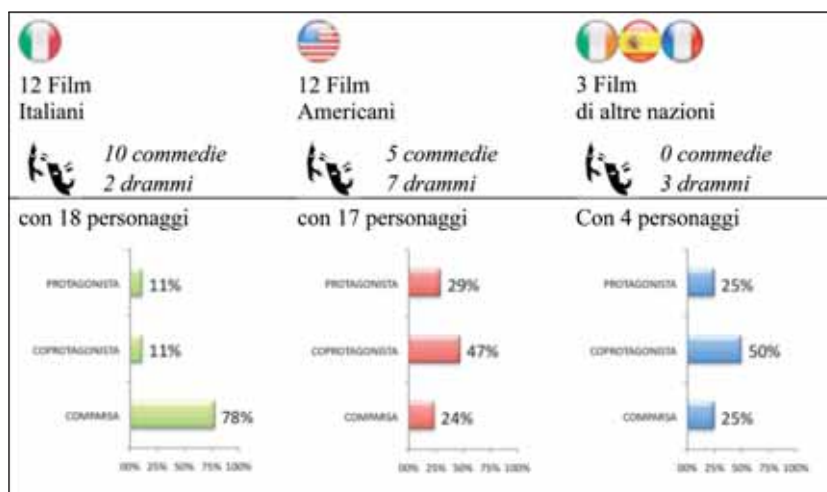


Tabella 1. Analisi della nazionalità dei film

pione di 27 film proiettati nelle sale cinematografiche italiane (in prima proiezione) dal 1951 a 2008 (Grafico 1), con 39 figure infermieristiche rilevate (Grafico 2).



Grafico 1. Numero dei film per decennio di distribuzione



Grafico 2. Numero dei personaggi per decennio di distribuzione

Dall'analisi delle nazionalità di produzione dei film facenti parte del campione, tutti combaciano con l'ambientazione geografica del film (tranne che per "Addio alle armi", ambientato in Italia, ma di produzione americana).

Le pellicole risultano della nazionalità riportate nella Tabella 1.

La notorietà dei film viene classificata in: "altissima"; "alta"; "media" e "bassa" in rapporto agli incassi, e raggruppa le pellicole come nella Tabella 2:

In base all'analisi per anni di ambientazione delle trame dei film, risulta chiaro che quello degli anni '70 sia il periodo con il maggior numero di film (il 29,6%) con infermieri protagonisti o co-protagonisti (33,3%). (Tabella 3).

Bisogna, inoltre, evidenziare che, degli otto film ambientati nella decade del 1970, due risultano di "altissima" notorietà (con tre dei 13 personaggi rilevati in tale ambientazione storica) e quattro film di "alta" notorietà (con otto dei 13 personaggi rilevati in tale ambientazione storica).

Rispetto alle categorie prese in considerazione per i personaggi

Il genere

Dai dati emerge che il personale infermieristico femminile (64,1%) è nettamente superiore a quello maschile (35,9%). (Tabella 4).

Dai dati riepilogativi della Tabella 4 si evince che, prima degli anni '70, non sono presenti, nel campione, figure infermieristiche maschili.

Ciò è chiaramente collegabile al fatto che le scuole per infermieri sono state

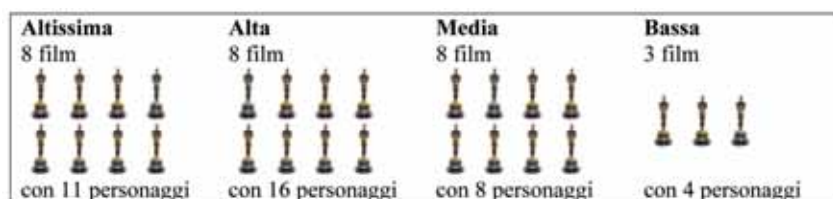


Tabella 2. Notorietà dei film analizzati

Decadi di ambientazione	1910	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000
Film	1	1	2	4	8	2	3	6
Personaggi	2	1	2	5	13	2	5	9

Tabella 3. Distribuzione per decadi di numero di film e di personaggi infermieristici

Decadi di produzione	1950	1960	1970	1980	1990	2000	Totale
Femminile	100,0%	100,0%	60%	28,6%	90,0%	50,0%	64,1%
Maschile	0,0%	0,0%	40%	71,4%	10,0%	50,0%	35,9%

Tabella 4. Figure infermieristiche analizzate per genere

estese al personale maschile nel 1971, con la legge n.124.

Va, inoltre, sottolineato l'isolato caso di inversione dei risultati nella decade del 1980, dove il numero di soggetti maschili (cinque unità, di cui quattro ambientate negli anni '70) sovrasta quello dei soggetti femminili (solo due unità).

Risulta evidente che le figure maschili rilevate negli anni '80 fanno parte, tutte, di "commedie" spesso ambientate nel decennio precedente (anni '70).

La totalità dei personaggi del campione (39 unità) è equamente impiegata in generi di "commedia" (20) e "dramma" (19). Ma, se osserviamo questo dato tenendo conto del sesso del personaggio, risulta inequivocabile che, proporzionalmente al minor numero di figure maschili nella totalità del campione (14 unità su 39), i personaggi maschili proliferano maggiormente nei film di genere "commedia" (71,4%) rispetto al "dramma" (28,6%). (Grafico 3).

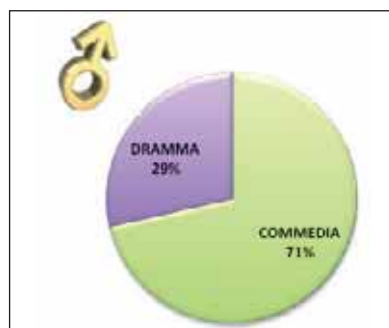


Grafico 3. Rapporto tra sesso dei personaggi e tipo di film

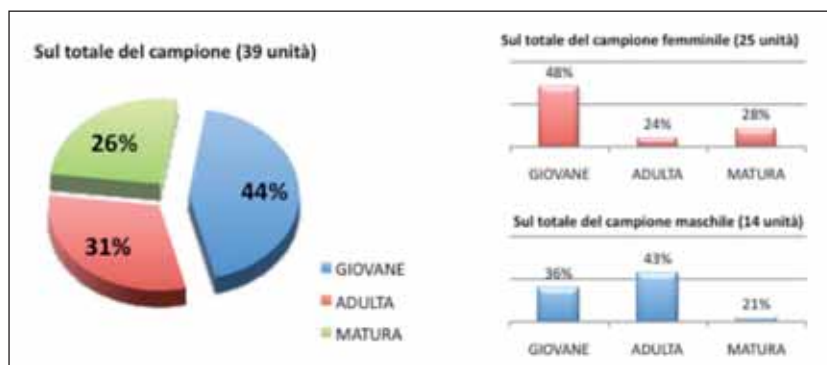


Grafico 4. Fasce di età in totale e in rapporto al genere

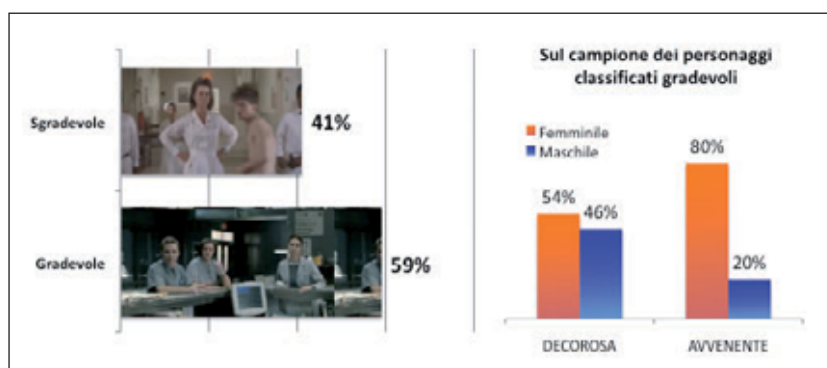


Grafico 5. Aspetto fisico in totale ed in rapporto al sesso

L'età

L'analisi dei dati ha permesso di rilevare la distribuzione dell'età dei personaggi del campione in base ad una classificazione in tre fasce.

La maggior parte del campione totale (44%) risulta far parte di quella più giovane e le rimanenti unità, distribuite tra quella adulta (31%) e quella matura (26%).

Un'ulteriore suddivisione del campione in femmine (25 unità) e maschi (14) permette di osservare una più alta frequenza nella fascia più giovane di sesso femminile (48%) e una maggiore frequenza nella fascia adulta maschile (43%). (Grafico 4).

L'aspetto fisico e l'etnia

La classificazione del campione totale dice che i soggetti di aspetto "gradevole" sono il 59%, mentre quelli di aspetto "sgradevole" sono il 41%.

Inoltre, facendo un'ulteriore classificazione dei soggetti "gradevoli" (23 unità sul totale di 39), è possibile dividerli in: unità di aspetto "decoroso" (13); unità "avvenenti" (10).

La grande rappresentanza femminile (80%) si colloca nella classificazione dell'aspetto fisico: "avvenente". (Grafico 5).

Dai dati raccolti emerge, inoltre, che la maggior parte delle figure analizzate, classificate come fisicamente "sgradevoli" sono di razza italiana (18 unità su 39) e che risultano essere il 63% nel campione dei personaggi. (Grafico 6).

La divisa

Per quanto riguarda la divisa, dall'indagine risulta che quella tipo "crocerossi-



Grafico 6. Ripartizione delle nazionalità sui personaggi di aspetto "sgradevole"

Crocerossina	Decade di distribuzione					
Decade di ambientazione	1950	1970	1980	1990	2000	Totale
1910	2	-	-	-	-	2
1940	-	-	-	-	1	1
1950	1	-	-	-	-	1
1960	-	-	1	1	1	3
1970	-	2	-	4	-	6
1980	-	-	1	0	-	1
1990	-	-	-	2	-	2
Totale	3	2	2	7	2	16

Tabella 5. Ripartizione della divisa tipo "crocerossina" per decade



Figura 1. Esempi di divise nei film analizzati



Figura 2. Divise dominanti anni 70-80

na" è sempre presente (41% del campione), con un picco massimo negli anni '90. (Tabella 5).

Continuando ad osservare cronologicamente, per decenni di produzione, la frequenza dei diversi abbigliamenti (Grafico 7), risultano evidenti, inoltre, la costante presenza della divisa da suora e il decli-

no della divisa da infermiere tipica dell'infermiere psichiatrico che ha imperato nel cinema dall'inizio degli anni '70 alla fine degli anni '80. (Figura 2).

Va, inoltre, sottolineato che, nel panorama cinematografico, l'introduzione delle divise da infermiere professionale è recente e si ravvisano a partire dal 2000.

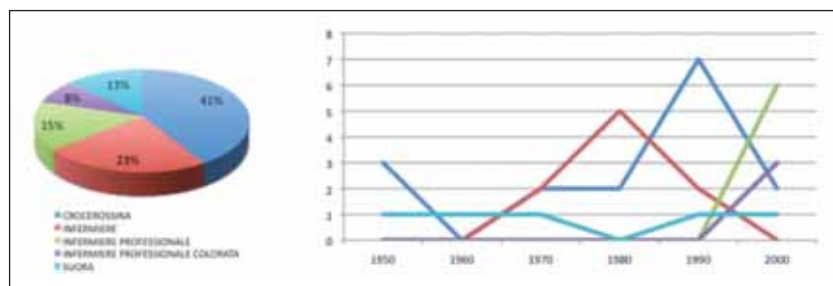


Grafico 7. Andamento negli anni dei tipi di divise

Questo dato è il riscontro della loro scarsa presenza: solo il 23% dei casi. (Figura 3).

Il ceto sociale

Sulle 39 unità del campione è stato possibile rilevare informazioni sul ceto sociale di appartenenza di sole 18 unità. Questo sottocampione è stato classificato in tre livelli di appartenenza: alto, medio e basso.

Il risultato assegna la frequenza maggiore alla categoria inferiore, con ben l'83,33%.

Il più delle volte, nel film, si riscontrano addirittura situazioni di povertà, corruzione e condizioni di persone disagiate. (Grafico 8).

La personalità

Nel mondo del cinema, è consuetudine definire i vari personaggi con gli appellativi "buoni" o "cattivi". Distinzione non sempre legata alla realtà, ma sicuramente più netta. Alla luce di questo, tutti i personaggi del campione sono stati classificati in figure: globalmente positive (51,28%) e negative (48,72%). Il 75% dei personaggi positivi sono di sesso femminile ed evidenziano una personalità "decisa" (45% del campione dei personaggi positivi) e "sensibile" (20% del campione dei personaggi positivi).

Le figure negative sono equamente distribuite per sesso e sono caratterizzate da personalità prevalentemente "scontrose" (21,05% dei 19 personaggi negativi) ed esclusivamente femminili e da personalità "rurali" (31,58% dei 19 personaggi negativi) esclusivamente maschili.

Tra le figure negative di maggior rilievo, spicca con forza quella tirannica della protagonista femminile del film: *"Qualcuno volò sul nido del cuculo"*.

Oltre alla bravura dell'attrice, questo ruolo rimane indelebile nella mente dello spettatore per l'esemplare bellezza di una pellicola degli anni '70, firmata da Milos Forman e con un protagonista del calibro di Jack Nicholson. Il grande regista ceco è riuscito a rendere magnetica ogni singola espressione della tremenda caposala, segnando, nell'immaginario collettivo, gli abusi di potere



Figura 3. Divise tipiche dell'infermiere moderno

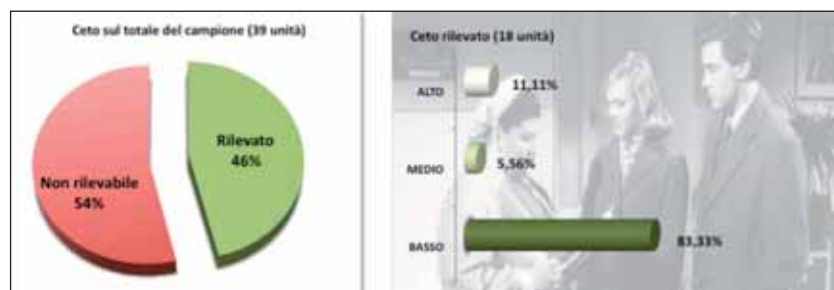


Grafico 8. Ceto sociale rilevabile e percentuale di assegnazione sulla quota identificabile

perpetuati dall'austera infermiera, detentrica di potere in una clinica di igiene mentale che, per la prima volta, viene mostrata a tutti sul grande schermo.

La ricorrenza nelle trame

La crocerossina innamorata - Le trame d'amore ricorrono nei 27 film analizzati con una frequenza del 25,7%.

I personaggi interessati (protagonisti o co-protagonisti) risultano essere quasi totalmente di sesso femminile e crocerossine giovani, nella maggior parte dei casi, di etnia bianca.

Queste pellicole, prettamente di fattura americana, nel campione, risultano più frequenti dal 2000 (43,86%), ma con la quasi totalità delle ambientazioni fino agli anni '70.

L'infermiere fannullone - Una serie di ricorrenze, invece, sembra interessare negativamente la categoria maschile della "commedia" italiana tipica degli anni '70-'80 ambientata negli stessi anni. Sei film (di cui tre molto famosi in Italia) con otto personaggi, sono i migliori rappresentanti di questa figura di infermiere caratterizzato da atteggiamenti "rurali" (marcatamente regionali e accompagnati da dialoghi maleducati e dialettali), denotanti un'appartenenza ai ceti più bassi dell'epoca.

Sei soggetti su otto risultano essere comparse, spesso adulti dall'aspetto fisico "sgradevole"; personaggi quasi sempre complici con i colleghi, tipicamente menefreghisti nei confronti del paziente e, soprattutto, fannulloni.

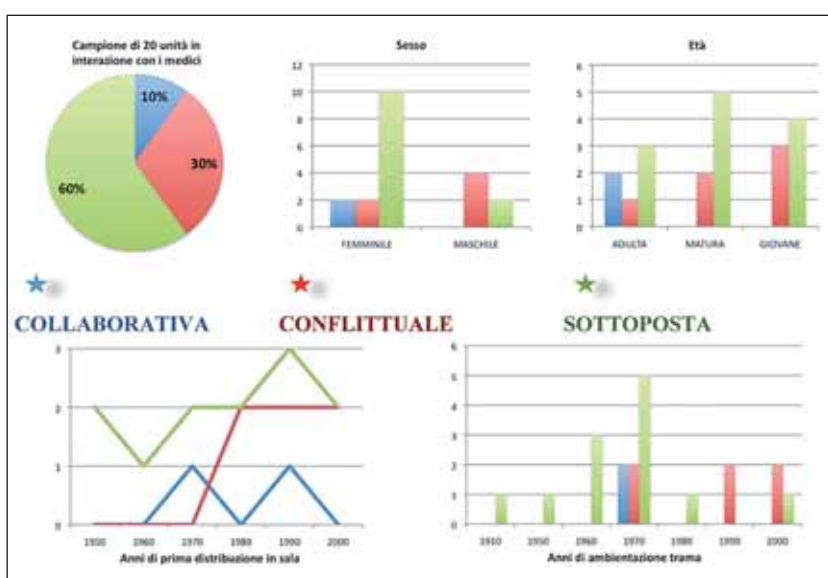


Grafico 9. Interazione con i medici

In una pellicola, "Il paramedico", è possibile anche osservare le ricorrenti forme di protesta della categoria, tipiche di inizio anni '80.

L'interazione coi medici

Della totalità del campione, solo 20 figure infermieristiche risultano interagire con il medico.

Una più attenta analisi di tale interazione, rivela un tipo di rapporto quasi totalmente sottoposto alla figura medica (60%) al quale è possibile sommare un altrettanto atteggiamento negativo, quale la conflittualità (mostrata nel 30% dei casi).

Una distinzione per sessi permette di evidenziare una maggior frequenza di

atteggiamenti sottoposti al medico nella sfera femminile; mentre per gli uomini sembra prevalere la conflittualità (4 unità su 6).

Conflittualità e atteggiamenti sottoposti sono presenti in tutte le fasce di età, con prevalenza di conflittualità nella fascia più giovane del campione e una maggiore predisposizione all'atteggiamento sottoposto da parte dei personaggi più maturi.

La collaborazione nei confronti del medico appare relegata a pochi casi riscontrati, nel sesso femminile, e ambientato nel periodo degli anni '70 e proposta fino agli anni '90.

Rapportando la frequenza delle figure sottoposte rispetto agli anni di distribu-

zione, la crescita del fenomeno sembra interrompersi intorno agli anni '70, a cui sembra seguire un nuovo fenomeno, a partire dagli anni '80, con la distribuzione di film popolati da figure infermieristiche sempre più conflittuali nei confronti della classe medica. (Grafico 9).

L'interazione con i colleghi

Della totalità delle figure analizzate, solo per 23 è stato possibile definire l'interazione con i colleghi.

Dai dati è emerso che, nella maggior parte dei casi (61%), si tratta di complicità e, in alcune situazioni, è emersa perfino una vera e propria "coalizione" contro il medico.

Il 26% di questo campione mostra

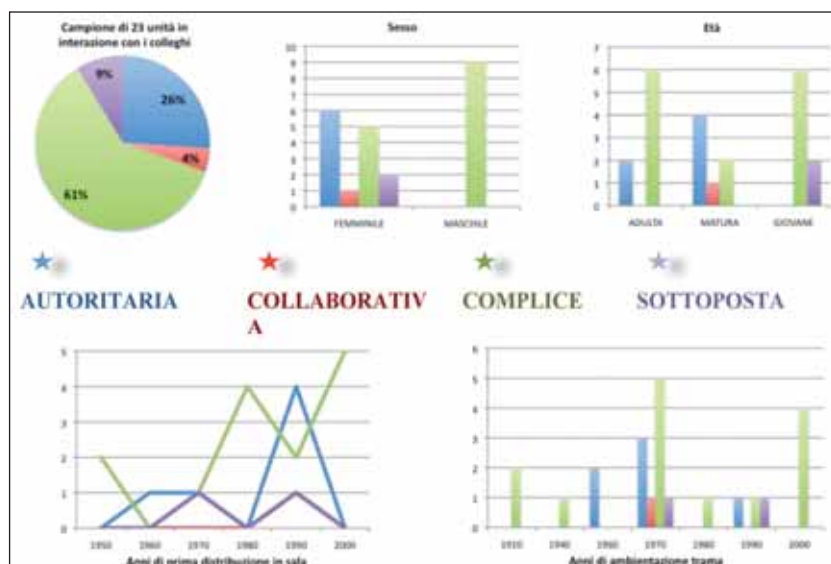


Grafico 10. Interazione con i colleghi

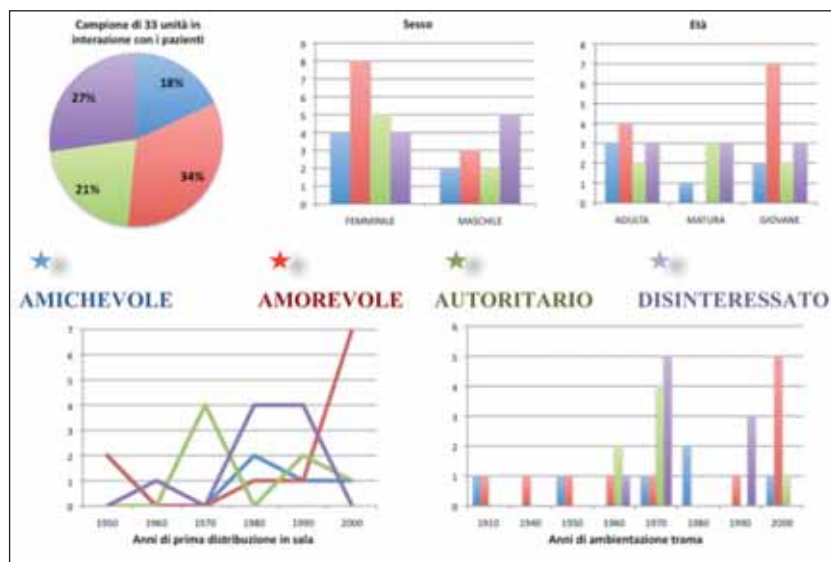


Grafico 11. Rapporto con i pazienti

atteggiamenti autoritari nei confronti dei colleghi (ciò è giustificato dall'interpretazione delle figure "capo"): un comportamento che è una prerogativa femminile, assente nelle fasce di età più giovane e frequentemente riscontrato nelle distribuzioni cinematografiche degli anni '90.

La complicità, invece, sembra essere una prerogativa prettamente maschile, presente in tutti gli anni di ambientazione e frequentissima anche nei film più recenti. (Grafico 10).

L'interazione con i pazienti

L'interazione con il paziente si rivela ambivalente: i personaggi che inter-

pretano gli infermieri alternano comportamenti amorevoli (34%) e amichevoli (18%) a atteggiamenti disinteressati (27%) e autoritari (21%).

L'amorevolezza appare come la dote tipica delle giovani donne del campione in esame e sembra, da un'analisi per anno di distribuzione e ambientazione, la caratteristica predominante nelle interpretazioni cinematografiche più recenti dell'infermiere.

Gli atteggiamenti di disinteresse, invece, si riscontrano, con maggior frequenza, nelle figure maschili, anche se il gentil sesso non ne è immune.

Sembra chiaro che questo oscuro

retaggio degli anni '70-'80 sia destinato a riproporsi in future pellicole quale vizio di professionalità della categoria.

Fortunatamente, risulta costante negli anni e nelle ambientazioni, a prescindere dai sessi e dalle età, la casistica delle figure amichevoli. (Grafico 11).

I comportamenti scorretti

L'atto di fumare in divisa nei luoghi e nei momenti non consentiti è stato riscontrato in sole tre pellicole da parte di altrettante tre unità.

Per ciò che concerne i comportamenti "indecorosi" (48,72% del campione) è possibile osservare una relazione nella frequenza osservata nei personaggi femminili di età giovane (6 unità sulle 19 componenti il campione dei soggetti con comportamenti "indecorosi") e nei personaggi maschili di età adulta (6 su 19). Azioni e comportamenti che recano un danno fisico al paziente sono stati riscontrati, fortunatamente, in un numero più esiguo rispetto al campione totale (12,82%). Equamente distribuiti per sesso, sembrano essere più osservabili casi di danno al paziente ad opera di personaggi adulti. (Grafico 12).

CONCLUSIONI

Dalla presente ricerca si evince che, globalmente, la figura dell'infermiere trasmessa dal cinema si è evoluta con il passare dei decenni similmente alla realtà, sintetizzando (talvolta, grossolanamente) i pregi e i difetti di questa categoria.

Nelle pellicole distribuite negli anni '90, è possibile osservare una media di due figure per film.

La maggiore visibilità e l'aumento del numero di personaggi impegnati nel ruolo infermieristico dagli anni '90 è facilmente associabile ai traguardi raggiunti dalla professione nel mondo reale, in ambito di riconoscimento sociale e professionale.

Infatti, negli anni '90, grazie alla Legge n.341 del 1990 e la n.502 del 1992, l'infermiere accede finalmente alla formazione universitaria.

A differenza delle produzioni cinematografiche estere, **i film italiani del campione relegano, quasi total-**

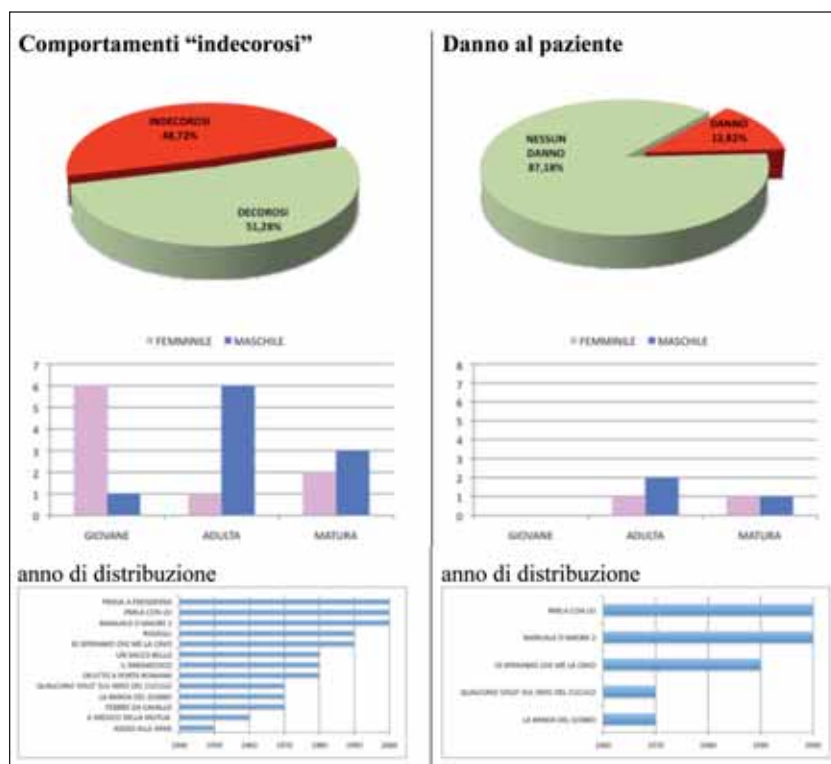


Grafico 12. Comportamenti scorretti

mente, la figura infermieristica in ruoli marginali di comparsa, in commedie che tendono a mostrarne più facilmente i difetti.

Ben più alta sembra la considerazione dell'infermiere nelle produzioni cinematografiche estere che, in tutto il periodo storico osservato, assegnano agli infermieri, nel 50% dei casi circa, ruoli di maggior spessore, in trame di natura drammatica.

Prima degli anni '70, non sono presenti, nel campione, figure infermieristiche maschili: ciò è chiaramente associabile, almeno per le pellicole di produzione nazionale, al fatto che in Italia le scuole per infermieri sono state estese al personale maschile nel 1971 con la Legge n.124.

La presenza dei maschi nel mondo infermieristico è stata - ed è - importante perché **testimonia come "fare l'infermiere" non sia un modo istintivo e materno di rivolgersi ai sofferenti, e neppure una missione religiosa tutta femminile, ma una professione da affrontare con impegno, responsabilità e preparazione.**

Non è va sottovalutato il fatto che proprio la presenza dei maschi mise fine al Convitto, alla vita quasi monacale a cui erano costrette le donne che sceglievano di diventare infermiere: è da questo momento che la professione infermieristica italiana incomincia il suo lungo percorso verso la visibilità ed il riconoscimento sociale e professionale.



Figura 4. Archivio della Scuola di Biella: diplomate del 1944



Figura 5. Archivio della Scuola di Biella: diplomate del 1973

I personaggi femminili sono maggiormente presenti rispetto a quelli maschili in tutto il campione, tranne che nell'isolato caso campionato negli anni '80. Si potrebbe dedurre che l'alta concentrazione, in quegli anni, del genere "commedia all'italiana" richiedesse personaggi più affini alla caricatura di una professione che meglio rendeva evidente la mancanza di funzionalità del sistema sanitario.

Le trame italiane, infatti, sono ambientate negli anni '70 (precedenti l'istituzione del Sistema sanitario nazionale o immediatamente successivi alla Legge n.833 del 1978).

L'infermiere che traspare dal campione è di età prevalentemente giovane (under 25) e, soprattutto, nei film prodotti negli ultimi 20 anni.

Esteticamente, risulta gradevole quasi il 60% del campione, tranne che nelle produzioni italiane, dove è consuetudine imbattersi in interpreti meno attraenti fisicamente.

In generale, la divisa più frequente è quella tipo "crocerossina" e le atipiche uniformi maschili del periodo '70-'80, con un netto adeguamento nell'ultimo decennio, verso le divise professionali per entrambi i sessi.

La rilevazione del ceto sociale, anche se poco rappresentativa (46% del campione rilevabile), ha mostrato una prevalenza di personaggi di chiara estrazione sociale "bassa", esternata in atteggiamenti e dialoghi tipici di persone con bassa scolarità, come nelle pellicole italiane degli anni '80 (per esempio: "Un sacco bello" di Carlo Verdone).

L'interazione tra colleghi risulta, nelle produzioni distribuite dal '70 in poi, per lo più "complice", nel bene e nel male, e secondariamente di tipo "autoritario". L'amorevolezza nel rapporto con il paziente è l'interazione più osservata (34% del campione), largamente presente nei personaggi più giovani e totalmente assente nelle fasce di età più mature. Questo tipo di interazione sembra dominante nelle ultime produzioni cinematografiche e nelle ambientazioni moderne, a discapito di un contrapposto disinteresse riscontrato nelle produzioni degli anni '80 e '90, ambientate prevalentemente nel '70 e nel '90.

Sono evidenti comportamenti "indecorosi" in quasi la metà del campione. Casi di vero e proprio danno al paziente sono evidenti in una ristrettissima percentuale (12,8%), ma concentrati in un totale di tre pellicole degli anni '70 (due ambientate in manicomi e una in realtà meridionali di degrado) e due del nuovo millennio (una delle quali tratta un caso di violenza sessuale). Infine, sembra interessante evidenziare, rispetto al genere dei protagonisti, gli stereotipi che emergono dall'indagine:

Stereotipo maschile

L'immagine dell'infermiere di sesso maschile creata dal cinema è tipicamente di età adulta, tra i 25 e 40 anni (quasi il 50% del campione).

È prevalentemente un personaggio fisicamente decoroso se di nazionalità non italiana, altrimenti, in tal caso, è meno gradevole.

Sembra che nell'ultimo decennio l'immagine sia nettamente migliorata, delineando una sorta di divario preciso

tra la figura del vecchio infermiere anni '70-'80 e il nuovo.

L'infermiere del cinema estero, indossa divise tipicamente conformi alla realtà di un moderno infermiere, mentre quello del cinema nostrano indossa prevalentemente divise atipiche, in voga negli anni '70-'80.

Il rapporto con la classe medica è da sempre presentato come un rapporto di tipo sottoposto e, secondariamente, conflittuale, che vede personaggi esclusivamente adulti nei film ambientati soprattutto negli anni '70.

Il cinema disegna un infermiere di sesso maschile tipicamente complice nei rapporti con i colleghi e disinteressato nei confronti del paziente, anche se nelle pellicole dal 2000 in poi sembrano prevalere personaggi maschili più attuali, dotati di grande amorevolezza verso il paziente.

Il comportamento del professionista delineato dal cinema è prevalentemente "decoroso"; gli atteggiamenti "indecorosi" rilevati riguardano solo una piccola percentuale, tipica dell'età adulta.

Stereotipo femminile

L'immagine dell'infermiera creata dal cinema è tipicamente giovanile (under 25) quasi nel 50% del campione. Per le pellicole italiane si nota un deciso ringiovanimento della figura a partire dall'ultimo decennio.

L'infermiera presentata sul grande schermo è fisicamente gradevole e non di rado, persino avvenente. Anche in questo caso, il cinema italiano evoca una immagine meno gradevole, con un netto miglioramento dell'aspetto fisico delle interpreti nell'ultimo decennio.

Nella presente ricerca, non sono state prese in considerazione le numerose pellicole erotiche e pornografiche che, da tempi insospettabili, spadroneggiano nelle sale d'essai di tutto il mondo, ma risulta evidente, anche nei film analizzati, una certa associazione tra la leziosità di alcune interpreti e l'idea di vita promiscua, retaggio di un'immagine sessuale associata alle infermiere.

La divisa tipo "crocerossina", la più amata dal cinema americano, persiste

nell'immaginario delle produzioni estere diffuse nel nostro Paese, che, a sua volta, non sa rinunciare all'infermiera in divisa da suora (presente solo nelle produzioni nostrane).

Le trame dei personaggi femminili narrano storie di infermiere tipicamente sottoposte nel rapporto con la classe medica e complici tra colleghe di pari grado e anzianità.

Rispetto ai colleghi uomini, prevalgono comportamenti fortemente autoritari con le altre colleghe più giovani, anche perché è più facile incontrare, nel campione esaminato, figure di comando di sesso femminile.

Nei confronti dei pazienti, il cinema esalta notevolmente interazioni amorevoli e comportamenti quasi sempre "decorosi" nell'ambiente di lavoro.

La piccola percentuale di comportamenti "indecorosi" rilevati risulta tipicamente associabile alle infermiere più giovani ed avvenenti.

AUTORI:

Natasha Megozzi, laureanda in Infermieristica presso la sede FBF Isola Tiberina, Università di Tor Vergata;

Fabio Pennacchioni, laureando in Infermieristica presso la sede FBF Isola Tiberina, Università di Tor Vergata.

FILMOGRAFIA

Lattuada A, *Anna*. Cristaldi Film, 1951.

Zampa L, *Il medico della mutua*. Euro International Film, 1968.

Vidor C, Huston J., *Addio alle armi*. 20th Century Fox, 1957.

Vanzina S, *I tartassati*. Maxima Film, 1959.

Monicelli M, *Amici miei*. Cineriz, 1975.

Forman M, *Qualcuno volò sul nido del cuculo*. Michael Douglas, 1975.

Vanzina S, *Febbre da cavallo*. Primex, 1976.

Lenzi U, *La banda del gobbo*. Medusa, 1977.

Corbucci B, *Delitto a Porta romana*. Medusa, 1980.

Verdone C, *Un sacco bello*. Medusa, 1980.

Nasca S, *Il paramedico*. Italian International Film, 1982.

De Vito D, *La guerra dei Roses*. 20th Century Fox, 1989.

Sheridan J, *Il mio piede sinistro*. Miramax Film, 1989.

Marshall P, *Risvegli*. Columbia. 1990.

Jones MC, *Dr Hollywood*. Solt e D. Johnson, 1991.

Wertmüller L, *Io speriamo che me la cavo*. Penta Film, 1992.



Figura 6. Betty Boom vestita da infermiera sexy

Shadyac T, *Patch Adams*. Universal Pictures, 1998.

Mangold J, *Ragazze interrotte*. Douglas Wick e Cathy Konrad, 1999.

Anderson PT, *Magnolia*. Ghoulandi Film Company, 2000.

Roach J, *Ti presento i miei*. Universal Studios, 2000.

Almodóvar P, *Parla con lei*. El Deseo, 2002.

Spielberg S, *Prova a prendermi*. Uip, 2002.

Cassavetes N, *John Q.* Nexo, 2002.

Arcand D, *Le invasioni barbariche*. Bim Distribuzione, 2003.

Castellitto S, *Non ti muovere*. Medusa, 2004.

Veronesi G, *Manuale d'amore 2*. Filmauro, 2007.

Sono stati inoltre consultati i seguenti siti internet:

Nucleo Storico Hit Parade Italia. Incassi botteghini italiani (www.hitparadeitalia.it)

Archivio cinematografico My Movie-Biblioteca del cinema (www.mymovies.it)

Croce Rossa Italiana (www.cri.it)

Fondazione ente dello spettacolo Cinematografo-Archivi (www.cinematografo.it)

BIBLIOGRAFIA

Collegio Ipasvi di Roma, *La nuova regolamentazione per l'esercizio della professione infermieristica*. 2007.

Comitato Centrale Federazione Ipasvi, *La storia nascosta. Gli infermieri si raccontano*. 2004.

Fain JA, *La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla*. McGraw-Hill editore, 2004.

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

IN PILLOLE

Batteri ospedalieri nella rete

Spesso i batteri ospedalieri rispettano le frontiere. Lo rivela uno studio europeo pubblicato su "Plos Medicine", che ha disegnato la mappa della presenza in Europa di un tipico patogeno ospedaliero, lo Stafilococco aureo. I ricercatori di 26 Paesi, compresa l'Italia (che ha partecipato con i ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità), hanno raccolto più di 3000 ceppi da infezioni gravi come le setticemie utilizzando una metodica genetica per identificare i tipi di Stafilococco aureo dominanti in Europa. Mentre i ceppi sensibili agli antibiotici sono disseminati nell'intero continente, le varianti antibiotico-resistenti, chiamate MRSA (acronimo di Stafilococco aureo resistente alla meticillina), che frequentemente infettano i pazienti ospedalizzati, sono invece raggruppate per area geografica e tipi identici si trovano in Paesi limitrofi. Dallo studio emerge inoltre che i pazienti con infezione da MRSA presentano una mortalità (definita 14 giorni dopo il primo isolamento batterico) pari al 20%, ovvero più alta di quelli con infezione da ceppi sensibili di Stafilococco aureo (13%). In Italia, a fronte di diversi tipi di ceppi sensibili, sono stati trovati pochi tipi MRSA: il più tipico appartiene al raggruppamento Nord Balcanico-Adriatico, identificato con la sigla T041, rinvenuto soprattutto nel Nord e nel Centro Italia. I ricercatori spiegano la differenza tra i ceppi sensibili e resistenti agli antibiotici di Stafilococco aureo con il fatto che gli MRSA sono apparsi solo negli ultimi 40 anni e non hanno ancora avuto il tempo di diffondersi, mentre i ceppi sensibili colonizzano l'uomo probabilmente da milioni di anni. È probabile che la diffusione locale di MRSA sia primariamente dovuta a pazienti colonizzati che sono ricoverati più volte in ospedali diversi. La ricerca suggerisce pertanto che il controllo della trasmissione e diffusione dei ceppi MRSA all'interno di un ospedale o tra ospedali diversi è possibile.

Diminuiscono i ricoveri, aumentano i parti cesarei

Sono stati 12.342.537 i ricoveri in ospedale nell'anno 2007 e 76.340.751 le giornate di degenza: oltre 510mila dimessi e oltre 1.600mila giornate di ricovero in meno rispetto all'anno 2006. Questi, i grandi numeri dell'assistenza ospedaliera pubblica in Italia contenuti nell'ultimo Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero, relativo al 2007, elaborato dal Ministero della Salute attraverso la lettura del flusso informativo sulle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) delle strutture ospedaliere pubbliche e private.

Nel corso del 2007, sono stati effettuati quasi 11,448 milioni di ricoveri nei reparti per acuti, che rappresentano il 92,8% di tutti i ricoveri ospedalieri, **di cui circa 7,9 milioni (68,8%) in regime di degenza ordinaria e quasi 3,6 milioni (31,2%) in Day hospital.**

Il ricorso alle strutture private accreditate è maggiore nelle regioni meridionali, dove si registrano le percentuali di ricovero più elevate in: Abruzzo (26,1%), Calabria (25,9%) e Campania (27,1%).

Analogamente a quanto verificato negli anni precedenti, la frequenza maggiore di dimissioni è attribuita alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (14,8%), seguono le malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (12,1%), le malattie dell'apparato digerente (9,8%), le dimissioni per gravidanza, parto e puerperio (9,6%) e le malattie del sistema nervoso (7,5%).

Rispetto al 2006, **aumentano** a livello nazionale **i neonati sani**.

La degenza media è di circa 3,3 giorni, sia negli istituti pubblici che nelle strutture private accreditate.

Qualche attenzione richiede il confronto del numero di neonati sani con quelli rilevati negli anni precedenti: la versione 19 dei Drg ha introdotto alcune modifiche nei criteri di attribuzione del Drg 391.

Con riferimento ai **parti cesarei**, la percentuale di questi, rispetto al totale dei parti, risulta essere pari a 38,39% a livello nazionale:

ancora in aumento rispetto agli anni precedenti (38,36 nel 2006; 38,3% nel 2005 e 37,7% nel 2004). L'intervallo di variazione è compreso tra il 23,31% della P. A. di Bolzano ed il 61,41% della Campania.

Valori superiori al 40% si rilevano a partire dalla regione Lazio e nelle regioni meridionali, ad eccezione della Sardegna, il cui valore si attesta comunque a 37,26%.

Anche nei confronti degli altri Paesi dell'Unione europea, l'Italia si evidenzia per il maggiore ricorso alla pratica del parto cesareo.

Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera è rappresentato dalla **degenza media** nei ricoveri ordinari che, però, **è fortemente influenzata dalla complessità dei casi trattati** e, quindi, standardizzata per i raffronti regionali, rispetto alla complessità della casistica assunta come *standard* di riferimento. I valori più elevati, circa una settimana, si hanno in: Piemonte, Valle d'Aosta e Veneto.

La degenza media dei ricoveri per acuti è stabile e costante dal 2002, con 6,7 giorni anche nel 2007. A livello regionale, i valori oscillano dal minimo in Campania (5,4) al massimo (8) in Piemonte e Valle d'Aosta.

I tassi di ospedalizzazione per regione di residenza, tipo di attività ospedaliera, regime di ricovero e sesso, confermano la tendenza, quasi egualmente distribuita tra i sessi, alla riduzione del ricovero ordinario nelle discipline per acuti (oltre 6 per 1.000 in meno rispetto all'anno precedente) e del ricovero in day hospital (oltre 4 per 1.000 in meno).

Il dato registrato a livello nazionale è, per il regime ordinario, pari a 127,3 per 1.000 abitanti e per il day hospital pari a 59,2 (considerando i soli ricoveri di residenti in Italia e solo in strutture pubbliche e private accreditate).



bienvenidos

espanol

welcome

english

www.ipasvi.roma.it

Siamo anche su Televideo Rai 3 alla pagina 439

Focus

**I progetti del Centro di Eccellenza
per la Cultura e la Ricerca Infermieristica**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

**IL CONSIGLIO APPROVA IN TEMPI RECORD I PIANI DI RICERCA
PRESENTATI DAI DIRETTORI DEI QUATTRO POLI**

Centro di Eccellenza Al via i primi progetti!

Il 2010 si è aperto all'insegna del **Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica**, il nuovo soggetto nato in seno al Collegio Ispasvi di Roma allo scopo di sviluppare la "cultura del sapere scientifico" (*Culture of Scholarship*) quale elemento catalizzatore per le innovazioni, le scoperte e la ri-vitalizzazione dell'infermieristica in Italia. A tempo di record, e dando immediato seguito a quanto annunciato negli ultimi numeri della rivista, il Consiglio direttivo il 16 febbraio scorso ha dato l'ok ai primi progetti di ricerca che caratterizzeranno questa prima fase di vita del Centro. Progetti che di fatto ne costituiranno la "spina dorsale".

Il Centro è dunque già pienamente operativo, e vede da subito una straordinaria quantità di energie al lavoro, grazie anche al coinvolgimento di università italiane e straniere, personalità del mondo scientifico e culturale, ricercatori, rappresentanti delle istituzioni, una rete di consulenti a trecentosessanta gradi. È dunque il tempo di rimboccarsi le maniche, ancora una volta, ancora partendo dalle straordinarie potenzialità della professione infermieristica. Non è il momento di inutili cerimonie di presentazione o di convegni auto-celebrativi: il Centro sarà presentato al grande pubblico quando i primi filoni di studio daranno i primi risultati significativi, ma tengo a ribadire che è già una realtà solida e funzionante a tutti gli effetti. Aperta al contributo di tutti.

La professione infermieristica sta infatti attraversando nel nostro Paese, un periodo di trasformazione e rinascimento

sotto il profilo della scienza, della formazione, della pratica e della ricerca.

La formazione specialistica, i dottorati, i master attirano sempre più infermieri proponendo modelli concettuali innovativi, metodologie e strumenti operativi moderni che contribuiscono a trasformare l'immagine, il ruolo e soprattutto la pratica clinico-assistenziale degli infermieri stessi.

Il *nursing clinico* si è notevolmente arricchito, prestando la giusta attenzione alle evidenze scientifiche e ponendo in luce elementi come la specificità e la peculiarità delle attività assistenziali e delle competenze distintive, il valore dei codici etici ed il contributo che esso può dare alla definizione delle politiche sanitarie.

Fare avanzare la scienza infermieristica significa avere un professorato distinto, un sistema accademico cioè, dove gli infermieri insegnano agli infermieri; significa avere un maggior numero di riviste scientifiche indicizzate e collaborazioni scientifiche internazionali. La ricerca infermieristica diventa visibile quando sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di disegnare e condurre degli studi sui fenomeni dell'assistenza alla persona. Per questo, i tempi sono stati ritenuti maturi per la nascita e lo sviluppo di **Centro di Eccellenza** prettamente infermieristico.

In questo numero, riportiamo, seppur a grandi linee, il resoconto dei numerosi incontri tenuti nei mesi scorsi per costruire e avviare al meglio il Centro, dare vigore ai progetti di ricerca, e conferire un respiro internazionale e di prestigio all'organigramma.

Mi piace ribadire ancora una volta la nostra *mission* generale: **costruire una cultura infermieristica permeata dal sapere scientifico nell'ambito della formazione, della pratica e della ricerca**. Il Centro si fonda sulla sinergia ricerca/cultura, ed è, come già detto, radicato nel concetto del "sapere scientifico".

Questa sinergia serve a dare vitalità ed energia alle attività del Centro: la ricerca stimola gli infermieri ad acquisire conoscenze ed abilità (che li renderanno protagonisti di progetti che consentiranno di realizzare nuove scoperte); la cultura sostiene ed alimenta le energie, la psiche e lo spirito degli infermieri stessi proiettandoli verso la ricerca dell'eccellenza.

Nella visione del Centro, la costruzione di una nuova cultura infermieristica è imprescindibile per giungere rapidamente all'affermazione ed alla valorizzazione dell'infermieristica in quanto scienza e disciplina.

Tutto, in linea col **modello internazionale di Boyer** che consente di definire il suo scopo nell'approfondire la cultura infermieristica radicata nel sapere e nella ricerca per preparare i futuri studiosi. Le quattro aree del "Sapere scientifico" definite da Boyer (scoperta, integrazione, applicazione e didattica) saranno utilizzate dal Centro per implementare iniziative innovative che consentiranno di attuare nuove scoperte in materia di assistenza alla persona.

La copertina scelta per questo primo numero del 2010 di "Infermiere Oggi" riporta con la massima evidenza il logo e il



progetto grafico che accompagneranno d'ora in poi tutte le iniziative del Centro di eccellenza.

Quattro pilastri che rappresentano la struttura portante del Centro e costituiscono nel contempo il motore delle sue attività. Sono l'esemplificazione grafica di **quattro poli** interattivi, strettamente correlati con un unico fine: perseguire l'eccellenza.

Gli obiettivi di ciascun Polo sono specifici per ognuno di essi ma fortemente integrati tra loro.

Spaziano dallo sviluppo della formazione di base ed avanzata 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 di standard assistenziali.

Per questo il Centro si avvale di un Comitato scientifico internazionale, di un Comitato di garanti e di tantissimi colleghi impegnati nella clinica ed esperti

nelle diverse aree assistenziali. Un contributo fondamentale sarà apportato infine dai professori di nursing, dalle università, dai dirigenti dei servizi infermieristici, dalle aziende sanitarie ed ospedaliere, da esperti di tutte le discipline sia sociali che sanitarie e da rappresentanti delle associazioni dei cittadini.

Inizia una grande, impegnativa e stimo-

lante sfida. Il traguardo è la crescita professionale e culturale di noi tutti. Ai nastri di partenza, dunque: ogni sforzo fatto oggi sarà un motivo di vanto domani per gli infermieri del Lazio, e non solo!

Gennaro Rocco
Presidente Collegio Ipasvi Roma
Direttore del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica



ECCO LE SCHEDE SINTETICHE DEI PRIMI PROGETTI APPROVATI

Tante ricerche e un solo obiettivo: fare... Centro

COSTRUZIONE DI UN MODELLO PER LA VALUTAZIONE DEL CORE COMPETENCE INFERMIERISTICO NELL'ESAME DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE

La professione infermieristica è in costante evoluzione così come anche la modalità di erogazione dei servizi sanitari che ha subito profondi cambiamenti sia a livello nazionale che internazionale. Lo sviluppo di un sistema sanitario che fornisce assistenza globale permanente, promuove la salute, aumenta la qualità della vita e permette lo sviluppo verso un progetto salute sempre più soggettivo e sempre più desiderato da parte dei cittadini è ormai mission di ogni sistema sanitario.

Pertanto la disponibilità di operatori sanitari qualificati e competenti è la chiave per l'offerta di servizi sanitari di qualità. Tra questi gli infermieri svolgono un fondamentale ruolo nella promozione, nel mantenimento e nel ripristino della salute, nella riabilitazione e nel supporto alla cronicità per ottimizzare le risorse residue anche quando esistono gravi disabilità, utilizzando un modello olistico di cura. Abbiamo quindi bisogno di infermieri competenti che siano in grado di assumere ruoli di promotore di salute, educatore, counselor, coordinatore di cura, case manager, ricercatore, così come quella di difensore di diritti del cittadino verso la salute e la cura. Quindi i programmi di formazione nei percorsi di laurea di I livello per gli infermieri devono garantire che gli studenti acquisiscano le competenze essenziali che permettano loro di svolgere questi ruoli con competenza scientifica e comportamento etico appropriato.

Il progetto tende pertanto a sviluppare un modello che permette di valutare conoscenze, competenze e attitudini e abilità essenziali che tutti i neolaureati debbono avere acquisito in modo

completo e permanente per l'esercizio iniziale della professione di infermiere. Tali competenze rappresentano anche le fondamenta culturali e intellettuali della loro formazione permanente, dell'aggiornamento professionale e della formazione post base specialistica.

Obiettivo generale

- Sviluppo di un modello sperimentale per la valutazione del *core competence* nella laurea triennale per la definizione di linee guida all'esame di abilitazione.

Obiettivi specifici

- Definire il *core competence* infermieristico di base ed essenziale
- Definire il modello concettuale di valutazione del *core competence* infermieristico
- Fornire gli strumenti di valutazione del *core competence* infermieristico nell'esame di abilitazione

Risultati attesi

- Far assumere al *core competence* infermieristico una fisionomia più chiara
- Modificare l'attuale esame di abilitazione fornendo un modello di riferimento scientifico, validato e accreditato
- Elaborare lo strumento chiaro, comprensibile, facile e esauritivo
- Definire linee guida per tutte le università e valutare l'impatto.

STUDIO E REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE E CONSULTAZIONE DELLE TESI DI LAUREA

In Italia, nei corsi di laurea in Infermieristica, ogni anno si discutono circa 7.000 tesi. È difficile ottenere un quadro completo riguardo a cosa gli studenti abbiano prodotto in questi anni: la tipologia e le caratteristiche delle tesi non sono precisate né dai decreti che definiscono le prove per il conseguimento della laurea, né dai regolamenti di ateneo o di corso consultabili sui siti internet. Dalla maggior parte di detti Regolamenti la tesi è genericamente definita come elaborato scritto o dissertazione, solo cinque Atenei gli riservano il nome di tesi e sono poche le Università che forniscono agli studenti indicazioni sui suoi elementi distintivi. La stessa finalità formativa delle tesi è definita a grandi linee e non sempre in modo univoco. Ultimo aspetto rilevato è la variabilità del numero di Crediti formativi assegnati, che va da un minimo di 5 ad un massimo di 9. A fronte di tali difformità, non esistono in Italia esperienze di raccolta, classificazione e diffusione di tesi su vasta scala che aiutino a fare un bilancio complessivo delle esperienze prodotte, anche se c'è da dire che negli ultimi anni si sono diffusi alcuni siti non istituzionali che offrono agli studenti la possibilità di inserire la propria tesi in archivi che ne rendano disponibile la consultazione in rete, ma che non raccolgono tutte le tesi esistenti e, magari, nemmeno quelle migliori.

Obiettivo generale

- Consentire una rapida modalità di consultazione e valutazione delle tesi prodotte dagli studenti dei corsi di Laurea, di Laurea specialistica e dei dottorati di ricerca ci ha indotti a proporre come obiettivo del Polo Formativo la elaborazione di un sistema di classificazione e consultazione e delle tesi infermieristiche quale risorsa informativa non solo di percorsi e risultati accademici, ma anche del livello di conoscenza raggiunto in specifici settori infermieristici

Obiettivi specifici

- Definire un sistema di classificazione delle tesi secondo criteri che consentano di analizzarne le caratteristiche generali, i metodi, i contenuti e i risultati
- Elaborare un sistema di archiviazione e consultazione informatica

Risultati attesi

- Disponibilità di criteri per la classificazione delle tesi
- Definizione di un data base per l'archiviazione delle tesi
- Utilizzabilità del software dedicato, da parte delle università per l'archiviazione e la rapida consultazione delle tesi di laurea infermieristiche

RICERCA MULTICENTRICA SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO DEGLI INFERMIERI IN SERVIZIO PRESSO LE AZIENDE SANITARIE DI ROMA E PROVINCIA

Uno studio europeo (SCS Consulting, 2008) pubblicato recentemente ha evidenziato che in Italia oltre 9 milioni di persone soffrono di stress lavorativo. Dati così allarmanti riportano al centro dell'attenzione i fattori che incidono sul benessere psico-fisico del lavoratore. Il progetto di ricerca multicentrica si basa sul presupposto che il benessere organizzativo risieda nella qualità delle relazioni esistenti tra le persone e il contesto di lavoro. Per questo motivo, oltre allo studio dei classici rischi fisici legati al tema della sicurezza lavorativa, si è affiancato quello dei cosiddetti rischi psicosociali, che riguardano le variabili legate al clima organizzativo e agli stili di convivenza sociale (legge n.123/2007 e D. Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008). Specificamente per quanto riguarda gli infermieri inseriti nelle aziende del Ssn, la legge 251/2000 prescrive l'autonomia organizzativa "al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse".

Obiettivi generali

- Diffondere il concetto di salute organizzativa nell'ambito delle strutture sanitarie di Roma e Provincia
- Creare una rete di amministrazioni sanitarie interessate allo sviluppo e all'approfondimento delle tematiche riguardanti il benessere organizzativo
- Misurare i rischi psicosociali riguardanti le variabili legate al clima organizzativo e agli stili di convivenza sociale

- Portare a conoscenza le Direzioni Aziendali dei risultati ottenuti in relazione ai fattori organizzativi

Obiettivi specifici

- Sensibilizzare i Dirigenti dell'Area Assistenziale e Tecnica delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia sull'importanza del clima organizzativo come substrato di miglioramento della soddisfazione degli infermieri e delle persone assistite
- Presentare lo strumento di indagine validato nel "Progetto Magellano" (ex Cantieri PA) ai Dirigenti dell'Area Assistenziale e Tecnica e ai referenti aziendali individuati
- Realizzare le giornate formative itineranti, con attribuzione dei crediti ECM, presso le Aziende partecipanti, rivolto ai Dirigenti infermieristici, ai referenti aziendali, nonché a tutti gli infermieri interessati
- Misurare la percezione dell'infermiere nell'area dell'ascolto e delle relazioni con i superiori e con i colleghi nel luogo lavorativo
- Misurare la percezione dell'infermiere nell'area dell'equità e della valorizzazione

Risultati attesi

- Innescare il circolo virtuoso del miglioramento del benessere organizzativo degli infermieri e della soddisfazione delle persone assistite

LA SICUREZZA NELL'AREA DELL'EMERGENZA: I REQUISITI QUALI-QUANTITATIVI DELLA COMUNICAZIONE A SUPPORTO DELLA DIMINUZIONE DEL RISCHIO DI ERRORE E DELLA QUALITÀ DELLE CURE

La comunicazione e i processi decisionali sono tra le principali attività del personale di emergenza. Studi dimostrano che l'89% del tempo di attività di medici e infermieri nell'emergenza è dedicato ad attività di comunicazione, di cui la maggioranza caratterizzato da comunicazione verbale (faccia a faccia), ma anche comunicazioni telefoniche, note scritte, informatiche. Le note scritte e il computer sono utilizzati per trasmettere informazioni; studi osservazionali hanno evidenziato che il personale sanitario che opera nell'emergenza interviene in massimo 42 eventi di comunicazione per ora e che un terzo di questi sono caratterizzati da interruzioni.

Il Dipartimento di emergenza è per sua natura una struttura ad alto rischio in relazione alle sue peculiarità organizzative rappresentate dalla necessità di erogare cure con ritmi non pianificabili, perché correlati all'emergenza, e con un alto volume di turn over, con *unfamiliar patient* e con un processo erogativo caratterizzato da *stress, noise, time pressure*. In particolare infine il dipartimento di emergenza è caratterizzato da una specifica condizione di vulnerabilità psicologica sia dei pazienti che dei *care-giver* anche nel caso in cui la diagnosi sia chiara ed il trattamento adeguato, pertanto quando subiscono un danno i pazienti sviluppano reazioni emotive anche particolarmente severe. Oltre all'impatto emotivo sul paziente e sugli operatori occorre prendere in considerazione anche il costo degli eventi avversi. Gli eventi avversi procurano ferite profonde alle organizzazioni

sanitarie e ne distruggono il clima introducendo il sospetto sia tra gli operatori sia nei pazienti e *stakeholder* comportando dunque la sfiducia. Per ciò che concerne il costo in termini di ulteriori trattamenti e di giorni supplementari di degenza in ospedale esso è indubbiamente considerevole e notevolmente maggiore della stessa causa legale.

Obiettivi generali

- Ridurre il rischio di errore e di *near miss* nella comunicazione tra operatori sanitari
- Standardizzare la comunicazione efficace tra gli operatori nell'area dell'emergenza attraverso l'utilizzo di strumenti validati

Obiettivi specifici

- Stimare le *skill* comunicative per la sicurezza nell'ambito dell'emergenza
- Fornire uno strumento di monitoraggio dei requisiti quali-quantitativi della comunicazione
- Definire un'ipotesi di bisogno formativo sulle competenze relazionali (nell'area dell'emergenza) ed analizzarlo attraverso strumenti di misurazione delle competenze
- Divulgare risultati scientifici a supporto della sicurezza del cittadino e della qualità delle cure

Risultati attesi

- Identificazione di format comunicativi atti a ridurre le *memory failure* e a garanzia della *safety* e della *security* di pazienti ed operatori

INDIVIDUAZIONE DI UNO STRUMENTO FINALIZZATO ALLA RIDUZIONE DEGLI ERRORI DA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI ATTRAVERSO UN ABBIGLIAMENTO DEDICATO E UNA CARTELLONISTICA DI "NON DISTURBO"

La letteratura scientifica riporta che gli errori nella fase di somministrazione dei farmaci sono correlati al numero di distrazioni dovute a chiamate di pazienti ed altro personale sanitario.

Gli infermieri che stanno somministrando la terapia non devono essere mai interrotti o distratti per nessun motivo. L'esperienza di ricerca cerca di valorizzare l'infermiere con un abbigliamento dedicato (casacca di colore giallo o rosso) per indicare la massima attenzione del momento nonché la presenza di cartellonistica di "non disturbo". L'identificazione di un infermiere dedicato per la somministrazione farmacologica può diminuire il numero degli errori attraverso la riduzione delle distrazioni. Lo studio finalizza due momenti:

- analisi realtà senza intervento con variabile (gruppo di controllo);
- analisi variazione realtà con uso abbigliamento dedicato e cartellonistica (gruppo sperimentale).

Il Collegio Ispasvi di Roma nel triennio 2007-2009 ha realizzato nel territorio di Roma e provincia una serie di corsi itineranti dal titolo "La gestione di un team infermieristico. Strumenti e metodologie". I dati presi in esame sono il risultato dei lavori di gruppo effettuati dagli infermieri e dai coordinatori che hanno preso parte al corso. Ogni gruppo di lavoro è costituito da 10 partecipanti che, nella prima fase dell'esercitazione, utilizzano due strumenti: il *brainstorming*, per identificare le principali cause di errore nella somministrazione della terapia sulla base dell'esperienza maturata, e il *diagramma causa effetto*, che rappresenta graficamente le cause che sono fonte di errore nella somministrazione, raggruppate in macroaree.

Le macroaree nelle quali si riscontra la causa "distrazione" sono tre: Risorse Umane, Fattori esterni e Ambiente, per un totale del 38,2%. Quindi 1.880 infermieri attribuiscono alla causa distrazione il 38,2 %.

Obiettivo generale

- Ridurre il numero di distrazioni e, conseguentemente, il numero di errori che si verificano durante la somministrazione dei farmaci

Obiettivi specifici

- Valutare la tipologia di distrazione (chi e perché) a cui viene sottoposto l'infermiere durante la somministrazione dei farmaci
- Valutare l'efficacia di un abbigliamento *ad hoc* accompagnato da una cartellonistica di "non disturbo" sull'incidenza di distrazioni

- Valutare la correlazione tra diminuzione di distrazioni durante la somministrazione dei farmaci e diminuzione degli errori

Risultati attesi

- Le informazioni obiettive ricavate dall'osservazione diretta si riveleranno preziosi nella progettazione di possibili soluzioni al problema degli errori di somministrazione da distrazione con danno dei pazienti non intenzionale.

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELLA CRONICITÀ: DEFINIZIONE DEI BISOGNI EDUCATIVE DEI PAZIENTI E DEI CAREGIVER PER LA RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI E L'ADESIONE AL TRATTAMENTO

La letteratura descrive la ricaduta dei programmi di educazione terapeutica su esiti clinici correlati strettamente alla patologia, sulla qualità di vita della persona malata e della famiglia, sulla ottimizzazione dei percorsi clinico assistenziali e sul contenimento dei riaccessi impropri in struttura sanitaria. L'utilizzo domiciliare dei presidi medici, la necessità di acquisire competenze sulla gestione dei sintomi correlati alla patologia e la necessità di amministrare autonomamente le terapie rappresentano le principali motivazioni che connotano l'educazione terapeutica nello specifico campo di responsabilità clinica e deontologica dell'infermiere. Secondo stime dell'Oms, circa l'80% dei pazienti extraospedalieri soffre di affezioni croniche e meno del 50% di essi segue correttamente le prescrizioni dei curanti. Inoltre, la malattia obbliga il paziente a scelte e comportamenti che riguardano la sua vita quotidiana.

L'atteggiamento che si richiede al curante è la "presa in carico" del paziente e la disponibilità a utilizzare la relazione come uno strumento per facilitare l'autonomia e la sua responsabilizzazione nella cura. Le capacità di ascolto e di osservazione rendono la relazione uno strumento diagnostico poiché permettono di capire fino in fondo i problemi, ma anche di riconoscere tutte le possibili risorse disponibili e tutti i possibili ostacoli alla scelta e alla realizzazione di opzioni terapeutiche personalizzate. Tale momento deve essere supportato da uno strumento scritto che documenti il bisogno educativo, la diagnosi educativa e i *follow-up* educativi programmati a distanza. Lo studio segue un disegno di tipo prospettico, sperimentale, qualitativo randomizzato.

La popolazione selezionata per lo studio è rappresentata da pazienti con diabete mellito ricoverati in regime di ricovero. La ricerca interessa principalmente l'area della provincia di Roma

Obiettivo generale

- Ampliare la documentazione assistenziale-educativa infermieristica al fine di garantire una adeguata *compliance* del paziente e del caregiver

Obiettivi specifici

- Stimare i bisogni educativi del paziente con diabete mellito cronico
- Standardizzare la diagnostica dei bisogni educativi del paziente e dei caregiver
- Fornire uno strumento di rilevazione del bisogno educativo del paziente con diabete mellito cronico
- Fornire tracciabilità del percorso educativo messo in opera dall'infermiere e documentarne le ricadute
- Divulgare risultati scientifici a supporto della qualità della documentazione educativa e della qualità delle cure

Risultati attesi

- Riduzione dei riaccessi impropri imputabili a scarsa/mancata *compliance* dei pazienti affetti da diabete mellito e dei caregiver
- Ampliamento della documentazione di accertamento assistenziale-educativo al fine di aumentare l'adesione al trattamento stabilito e l'autogestione della cronicità del paziente e dei caregiver

QUALITÀ DI VITA NELLE FAMIGLIE ITALIANE COLPITE DA CASI DI STROKE

Lo *stroke* rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di disabilità nella popolazione adulta. Lo *stroke* non interessa solo il paziente che ne è colpito ma anche la famiglia e, all'interno di questa, un *caregiver*.

Lo scopo del presente studio è di valutare la qualità di vita (QDV) ed i vissuti nei pazienti e nei *caregiver* nel periodo del primo anno dopo lo *stroke*.

Si prevede di studiare 500 pazienti e relativi *caregiver* dal momento della dimissione dalle Unità di riabilitazione (UR). Verranno misurate le seguenti variabili nei pazienti: grado di *stroke*, QDV, ansia, depressione, mutualità, comorbidità e autonomia. Riguardo ai *caregiver* si prenderanno in considerazione: QDV, *burden*, stress, ansia, depressione, mutualità. Inoltre con la metodologia fenomenologica verranno studiate le "esperienze di vita" sia dei pazienti che dei *caregiver*.

Dal presente studio si otterrà una descrizione completa della QDV del paziente e del *caregiver* dopo ictus. I risultati avranno importanti ed utili ricadute sull'assistenza dei pazienti dopo ictus e sul sostegno alle loro famiglie. In Italia non è mai stato effettuato uno studio sulla QDV del *caregiver* e del paziente dopo ictus.

Obiettivo generale

- Eseguire uno studio longitudinale sulla QDV del paziente e

del *caregiver* dal momento della dimissione dalle Unità di Riabilitazione (UR) fino ad un anno dopo

Obiettivi specifici

- Valutare la QDV del paziente e del *caregiver* al momento della dimissione dall'UR e 3, 6, 9 e 12 mesi dopo
- Valutare se esiste una correlazione tra la QDV del paziente e la QDV del *caregiver* e come questa correlazione si modifica nel corso di un anno dopo lo *stroke*
- Valutare quali variabili sono in grado di predire la QDV del paziente e del *caregiver*
- Descrivere e confrontare con una metodologia qualitativa (fenomenologia) il vissuto del *caregiver* e del paziente affetto da *stroke* al momento della dimissione dall'UR e 3, 6, 9 e 12 mesi dopo

Risultati attesi

- Conoscenza dei livelli di QDV dei *caregiver* e dei pazienti con ictus a tempo 0 e 3, 6, 9 e 12 mesi
- Conoscenza delle variabili che si correlano e sono in grado di predire la QDV dei *caregiver* e dei pazienti dopo ictus
- Conoscenza dei vissuti relativi all'evento *stroke* sia nel paziente che nel *caregiver* e come questi vissuti si modificano nel tempo

STUDIO DESCRITTIVO DEI SERVIZI DI CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE IN ITALIA FINALIZZATO A INDIVIDUARE LE FORME ATTIVATE E ATTIVABILI DI RIDUZIONE DELLA SOFFERENZA ALLA FINE DELLA VITA

Lo studio intende accedere ad uno stato dell'arte del servizio di Cure Palliative e del controllo del dolore in Italia a partire dal punto di vista dell'infermiere. La letteratura dimostra che l'assistenza infermieristica fa proprio il controllo del dolore e la vicinanza nel fine della vita delle persone. Scopo dell'assistenza in queste situazioni è la gestione dei sintomi, la relazione d'aiuto, affrontare decisioni etiche alla fine della vita che tengano conto delle volontà delle persone assistite.

Il programma "Ospedale senza dolore" - organizzato per conoscere la realtà della frequenza e dell'intensità del dolore riferito dai pazienti ricoverati, della attitudine dei medici e degli infermieri italiani verso il sintomo dolore e, allo stesso tempo, utilizzato come programma formativo circa la valutazione ed il trattamento del dolore - è stato proposto in alcune realtà italiane nell'ultimo decennio.

A dicembre del 2009 la Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi ha emanato un pronunciamento per dichiarare la posizione degli infermieri di fronte ai malati alla fine della vita. Nonostante queste importanti iniziative, manca un quadro che permetta di disegnare in maniera completa come la professione infermieristica ha risposto e intende rispondere fattivamente a due importanti indicazioni assistenziali: il controllo del dolore, e la vicinanza e il sostegno nella sofferenza del fine vita.

Obiettivo generale

- Produrre una visione dei problemi sanitari di tipo infermieristico, spendibile anche con mass media e istituzioni pubbliche e private al fine di creare una nuova veste per i dirigenti infermieri e esprimere pubblicamente la loro competenza manageriale

Obiettivi specifici

- Descrivere le caratteristiche dei servizi di Cure Palliative e del controllo del dolore in Italia
- Tracciare una linea di demarcazione sullo stato dell'arte rispetto alla conoscenza e allo sviluppo dell'assistenza al fine vita

Risultati attesi

- Lo studio prevede di svolgere interviste telefoniche o di persona ai dirigenti delle professioni sanitarie; i focus dell'intervista indagano: l'organizzazione delle cure palliative; l'organizzazione del controllo del dolore; il fine vita.
- Attraverso questo percorso di indagine si può descrivere lo stato dell'arte della realizzazione dei servizi di cure palliative, delle esperienze condotte in ambito del controllo del dolore e la conoscenza e divulgazione del pronunciamento sul fine vita.

ASCOLTARE IL SILENZIO IL VISSUTO DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA CHE SI RIVOLGONO ALLE STRUTTURE SANITARIE

La letteratura scientifica e quella grigia riportano che le donne vittime di violenza, nei loro percorsi all'interno delle strutture sanitarie, incontrano operatori/trici sanitari/e, (infermieri/e compresi), incapaci di stabilire una comunicazione appropriata con loro: indifferenza, invisibilità, proiezione di stereotipi, ecc. La ricerca vuole approfondire queste informazioni e raccogliere materiale di tipo qualitativo, in grado non solo di avviare una riflessione professionale ed etica, ma anche fornire spunti per percorsi educativi professionali che utilizzino strumenti narrativi.

Obiettivo generale

➤ Si vuole aprire uno spazio di dialogo tra le donne vittime di violenza che hanno avuto bisogno di ricorrere alle strutture sanitarie e la comunità professionale infermieristica, con la finalità non solo di raccogliere più dettagliatamente il loro vissuto e la loro percezione dell'assistenza ricevuta ma anche di restituire loro la dignità nel riconoscimento dei loro bisogni, nel dare testimonianze delle aspettative e delle necessità deluse così come delle buone pratiche e delle azioni appropriate, allo scopo di raccogliere elementi di cambiamento e miglioramento per una piena presa di responsabilità

da parte della comunità professionale infermieristica, ma anche dell'intero sistema di strutture sanitarie.

Obiettivi specifici

- Raccogliere informazioni sull'esperienze concrete vissute dalle donne vittime di violenza durante il loro percorso nelle strutture sanitarie, soprattutto per quanto riguarda il riconoscere, l'accogliere, l'entrare in relazione, l'assistere, il supportare ed il tutelare da parte degli/le operatori/trici sanitari/e coinvolti/e
- Definire un'ipotesi di fabbisogno, di bilancio delle competenze relazionali (soprattutto a livello infermieristico), organizzative e strutturali necessarie e mancanti, evidenziando punti di forza e criticità
- Fornire alle donne vittime di violenza uno strumento di espressione e di ascolto da parte della professione infermieristica e degli operatori/trici sanitari coinvolti nei percorsi sanitari vissuti durante la loro esperienza di bisogno
- Disseminare le risultanze allo scopo di incidere sui processi di miglioramento continuo dell'assistenza delle donne vittime di violenza e di presa in carico responsabile da parte del personale infermieristico

IL MANCATO RISPETTO DELL'ETICA DELLA DIGNITÀ NEI RAPPORTI INTERPROFESSIONALI ED IL *DISTRESS* INFERMIERISTICO UN'ANALISI MULTICENTRICA ITALIA - GRAN BRETAGNA

Un ambiente di lavoro etico per il professionista infermiere è caratterizzato in maniera crescente dal rispetto della dignità umana di base ed identitaria nei rapporti sociali intercollaborativi interprofessionali con tutte le figure sanitarie e non impegnate nei *setting* assistenziali. Purtroppo, l'ambiente in cui si svolgono tali relazioni diventa spesso non abitabile, le tensioni si rilevano in alcuni ambiti specifici che coinvolgono le identità professionali individuali e collettive, nello iato esistente tra bisogni e risorse, tra efficacia ed efficienza delle cure e dell'assistenza, nella sfera dell'autonomia e dell'autorità professionale, nella retorica tra realtà teorica e realtà fattuale..

Esaminare il rapporto che intercorre tra rispetto della dignità umana e professionale infermieristica nei rapporti interprofessionali e intraprofessionali nelle organizzazioni sanitarie diventa, quindi, ineludibile per cercare di comprendere gli indicatori di sofferenza morale dell'infermiere ed il possibile desiderio di abbandonare ruoli clinici particolarmente gravosi, *setting* lavorativi non etici o addirittura la professione. Tale studio è, altresì, significativo per evidenziare i fattori di rispetto della dignità professionale e per cercare di promuoverli.

Tale analisi, già portata a termine nel 2009 in alcune realtà sanitarie italiane, di Roma e Provincia in particolare, è in corso di pubblicazione su una rivista infermieristica del settore. Tale studio costituirebbe una continuazione significativa per rappresentatività dei dati, a carattere multicentrico, dello studio italiano tenutosi per il corso di Dottorato in Scienze infermieristiche-Università di Tor Vergata.

Obiettivo generale

- Il progetto si inquadra nell'ambito di una iniziativa strategica, che potrebbe produrre un alto ritorno di immagine per la professione infermieristica e per l'implementazione di *setting* assistenziali etici che migliorano la qualità dell'assistenza per il paziente e producono meno turn-over infermieristico e minor possibilità di abbandonare la professione e per una minore sofferenza morale infermieristica legata al mancato rispetto della dignità professionale. Esso potrebbe avere un impatto positivo sugli infermieri iscritti, che vedono il Collegio Ispasvi di Roma ed il Centro di Eccellenza interessarsi al loro benessere morale e alla loro possibilità di essere pienamente rispettati come professionisti nella loro dignità sociale.

Obiettivi specifici

- Comprendere l'impatto che il *moral distress* esercita sul professionista infermiere con possibili conseguenze riguardanti la sua sofferenza morale e il conseguente desiderio di abbandonare la professione o lasciare posizioni cliniche che comportano elevato stress e *burn-out*

Comprendere l'impatto che il *moral distress* infermieristico esercita sull'organizzazione che si manifesta in un elevato *turn-over* infermieristico ed una difficoltà nel reclutare risorse umane infermieristiche specialmente in aree cliniche che comportano elevato stress e *burn-out*

Comprendere l'impatto che il *moral distress* infermieristico esercita sul paziente in termini di diminuita qualità assistenziale erogata e di mancata soddisfazione assistenziale da parte della persona presa in cura

Sensibilizzare i Dirigenti Infermieristici dell'Area assistenziale sull'importanza del clima etico e del rispetto della dignità umana e professionale come variabile fondamentale organizzativa per la valorizzazione delle risorse umane

Esaminare il rapporto che intercorre tra rispetto della dignità umana e professionale infermieristica nei rapporti interprofessionali e intercollaborativi nelle organizzazioni sanitarie

Risultati attesi

Garantire l'implementazione di *setting* assistenziali etici che migliorano la qualità dell'assistenza per il paziente e producono meno *turn-over* infermieristico, *distress morale* e *burn-out* e minor possibilità di abbandonare la professione. Tutto ciò contribuisce ad una minore sofferenza morale infermieristica con un minore *moral burden* e *residue*, legato al mancato rispetto della dignità professionale. Si possono, altresì, evidenziare aspetti importanti da promuovere per il potenziamento della dignità inter ed intraprofessionale negli ambienti di lavoro. Inoltre, l'impatto positivo di tale iniziativa unita alla precedente del 2009 portata a termine in alcune realtà sanitarie italiane di Roma e Provincia, permette di evidenziare in Italia e in Gran Bretagna i fattori che diminuiscono o aumentano la dignità professionale anche su base comparativa tenendo bene in mente l'impatto socio-storico situato delle due esperienze.

INFERMIERI CLINICI E RICERCA INFERMIERISTICA

Si tratta di un percorso formativo prioritariamente rivolto agli infermieri clinici. La sinergia principale è con il Polo Ricerca Scientifica, giacché l'acquisizione delle competenze metodologiche è finalizzata alla realizzazione di specifici progetti di ricerca, in particolare con i progetti: "La sicurezza nell'area dell'emergenza: i requisiti quali-quantitativi della comunicazione a supporto della diminuzione del rischio di errore e della qualità delle cure" e "Individuazione di uno strumento finalizzato alla riduzione degli errori da somministrazione di farmaci attraverso un abbigliamento dedicato e una cartellonistica di "non disturbo".

Obiettivi generali

Il *project work* mira ad applicare le conoscenze e le tecniche apprese in ambito d'aula e a trasferirle nella pratica clinica. I risultati che si intendono raggiungere con il *project work* sono i seguenti:

- valorizzare l'esperienza clinica e le capacità di lettura dei problemi di assistenza infermieristica da parte dei partecipanti;

- favorire la costruzione e la diffusione di buone pratiche nei contesti lavorativi di riferimento;
- stimolare lo scambio di esperienze e la formazione di reti fra professionisti impegnati in contesti differenti.

Obiettivi specifici

- Sviluppo di un "sistema di rete" per la raccolta dei dati nella ricerca infermieristica, analisi sul campo dei fenomeni correlati alla assistenza infermieristica, verifica delle ricadute nella clinica della ricerca infermieristica
- Supporto scientifico sulle buone pratiche nella clinica attraverso il contributo di ricerche comparative
- Sviluppo di una risorsa strategica per la competitività culturale della professione infermieristica

Risultati attesi

- Favorire lo sviluppo di una cultura condivisa della ricerca infermieristica nella clinica, attraverso il coinvolgimento degli infermieri clinici nei filoni di ricerca infermieristica.

METODOLOGIA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA

È un percorso formativo rivolto a tutti gli infermieri i quali, a qualsiasi livello e in ogni contesto, aspirino a risolvere i problemi riguardanti la salute e l'assistenza utilizzando un approccio scientifico. Si tratta di un corso di formazione di base, su un progetto di ricerca semplice (campo di indagine limitato e poche variabili osservate), con approccio esclusivamente quantitativo. La valutazione dei requisiti di accesso, oltre che sui titoli, verte sulla conoscenza dell'inglese, dell'epidemiologia e della statistica, tuttavia in questa fase si ritiene opportuno privilegiare la partecipazione di infermieri docenti nei corsi di laurea

in infermieristica, affinché possano, a loro volta, trasmettere agli studenti le competenze metodologiche.

Obiettivo specifico

- Fornire gli strumenti teorici e pratici per descrivere e spiegare i fenomeni riguardanti la clinica infermieristica

Risultati attesi

- Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di progettare in modo autonomo una ricerca empirica nel campo dell'assistenza infermieristica, di procedere alla rilevazione dei dati, di elaborarli e di predisporre un rapporto finale.

METODOLOGIA DELLA RICERCA SCIENTIFICA NELL'INFERMIERISTICA

È un corso di formazione avanzata, rivolto preminentemente a infermieri in possesso di laurea specialistica, che hanno già conoscenze ed esperienze di ricerca scientifica e sono interessati ad approfondire gli strumenti metodologici di natura epidemiologica, statistica e valutativa, fondamentali al fine di progettare e condurre studi di ricerca infermieristica. La sinergia principale è con il Polo Ricerca Scientifica, giacché l'acquisizione delle competenze metodologiche è finalizzata alla realizzazione di

specifici progetti di ricerca, e con il Polo Istruzione, in quanto potrebbe essere inteso come una parte del percorso formativo del Dottorato di Ricerca nell'Infermieristica.

Obiettivo formativo e risultati attesi

- Lo scopo del Corso di Formazione è approfondire gli strumenti metodologici di natura epidemiologica, statistica e valutativa, fondamentali al fine di progettare e condurre studi di ricerca infermieristica.

BIBLIOGRAFIA E RICERCA BIBLIOGRAFICA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE: TEORIA E PRASSI PER LE PROCEDURE TECNICHE DI RICERCA E ACCESSO ALLE RISORSE. LE BIBLIOTECHE E LE BANCHE DATI DI NURSING NEL PANORAMA NAZIONALE E INTERNAZIONALE

Il corso, strutturato in due giornate, è articolato in due ampie aree tematiche: la prima, centrata sulla bibliografia come disciplina fondamentale all'interno delle Scienze dell'Informazione nella sua applicazione nell'ambito delle Scienze infermieristiche, è volta a fornire gli elementi indispensabili per una ergonomica ricerca bibliografica all'interno della produzione scientifica nazionale e internazionale e alla metodologia relativa all'organizzazione delle risorse utili. La seconda area tematica esplora i luoghi e gli strumenti dell'indagine bibliografica: la biblioteca luogo d'eccellenza della ricerca e le nuove fonti telematiche della conoscenza. Il corso prevede esercitazioni pratiche.

Obiettivo specifico

- Fornire gli strumenti teorici e pratici per la ricerca bibliografica nell'ambito della produzione scientifica infermieristica nazionale e internazionale.

Risultati attesi

- Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di effettuare in modo autonomo una ricerca bibliografica nell'infermieristica, per la progettazione di una ricerca empirica o per migliorare la pratica clinica a partire dai risultati della ricerca scientifica.

MIGLIORARE LA PRATICA CLINICA INFERMIERISTICA A PARTIRE DAI RISULTATI DELLA RICERCA SCIENTIFICA

La revisione della letteratura scientifica infermieristica è una competenza perseguita già da anni dagli studenti del corso di Metodologia della Ricerca Infermieristica I presso il corso di laurea specialistica dell'Università di Tor Vergata. La Conferenza "Migliorare la pratica clinica a partire dai risultati della ricerca scientifica" rappresenta pertanto un modo per sistematizzare tale competenza, orientando la revisione della letteratura ai temi rilevanti della clinica infermieristica.

Il progetto è in sinergia con il Polo Pratica Clinica, giacché le revisioni bibliografiche sono il presupposto di qualsiasi tentativo di migliorare la pratica clinica a partire dai risultati della ricerca scientifica, con il Polo Istruzione, poiché la Conferenza rappre-

senta un interessante esempio di metodologia didattica per il Corso di Laurea Specialistica in Infermieristica, con il Polo Ricerca Scientifica, in quanto le revisioni bibliografiche orientano circa le priorità della ricerca scientifica.

Obiettivi della conferenza

- Sistematizzare l'attività degli studenti, orientando la revisione della letteratura ai temi rilevanti dell'infermieristica
- Formare gli studenti a organizzare e presentare pubblicamente i risultati del proprio lavoro di revisione bibliografica.

MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE ATTRAVERSO L'UTILIZZO DI INFERMIERI CLINICI ESPERTI IN *EVIDENCE BASED PRACTICE*

Il miglioramento della pratica clinica infermieristica, così come enfatizzato dalla letteratura internazionale, è raggiungibile incoraggiando i professionisti infermieri a riflettere criticamente sulla loro esperienza e stimolandoli ad applicare nella pratica i risultati della ricerca. Varie strategie sono state suggerite per raggiungere tali obiettivi, e la letteratura più recente si è soffermata a valutare quali di esse fossero più efficaci per disseminare i risultati nella pratica ed ottenere i cambiamenti desiderati nel comportamento dei professionisti sanitari. Per questo motivo il progetto prevede la creazione di una struttura articolata, che permetterà di arrivare nei vari contesti di clinica e rendere non solo facilmente fruibili i risultati della ricerca, ma anche di discuterli, sperimentarli e valutarli nella loro applicazione nei singoli contesti. Questo sistema si basa principalmente sulla creazione di un comitato formato da infermieri esperti clinici con elevate capacità di leadership, adeguatamente formati, che costituiscano a loro volta dei gruppi operativi (*task force*) formati da infermieri clinici, che applichino le strategie di implementazione della *evidence based practice*. La loro presenza capillare nei contesti clinici permette anche di individuare quali problemi di pratica clinica non hanno ancora una soluzione efficace e fornisce indicazioni ai ricercatori sui possibili campi di indagine. La formazione dei *Clinical Nurse Leader* (CNL) risulterà quindi fondamentale per l'attuazione della *mission* del Polo per la pratica clinica.

Obiettivo generale

- Innovare la pratica clinica infermieristica attraverso la promozione della pratica riflessiva e traslazionale

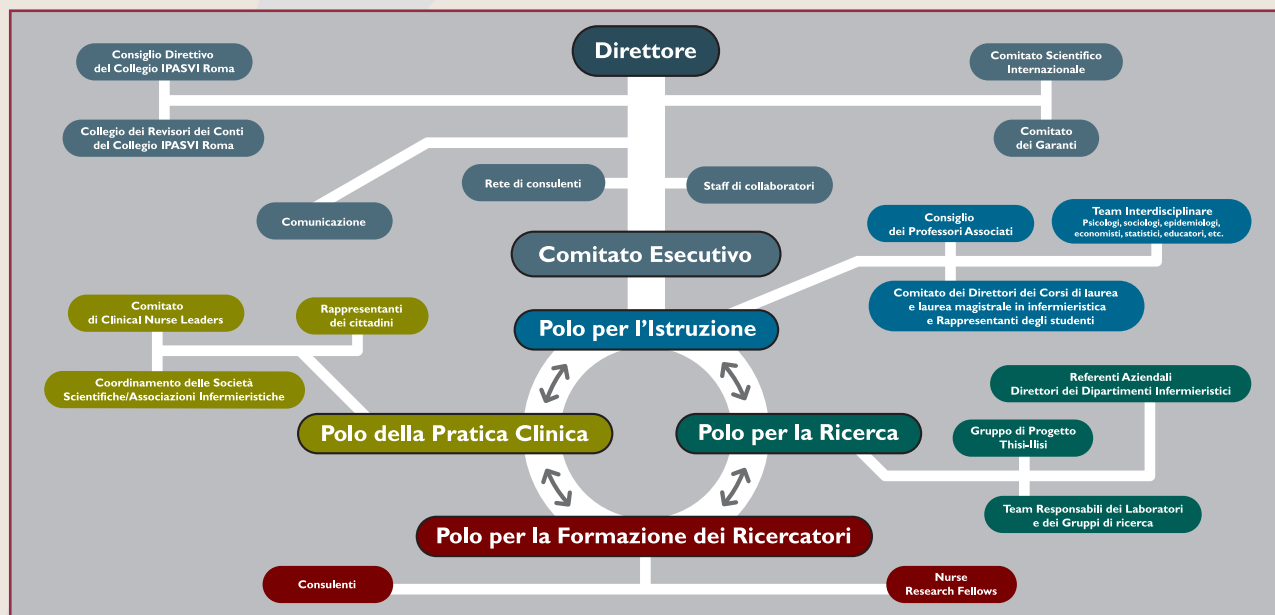
Obiettivi specifici

- Individuare i contesti territoriali e di pratica clinica in cui avviare il progetto attraverso il coinvolgimento dei dirigenti dei

- servizi infermieristici e delle direzioni generali della Asl-poli-clinici universitari e delle associazioni professionali italiane
- Identificare gli infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti di pratica considerati prioritari, selezionati sulla base di criteri stabiliti
- Omogeneizzare le competenze degli infermieri clinici esperti individuati anche attraverso attività formative
- Costituire il comitato dei *Clinical Nurse Leader*
- Costituire i nuclei operativi nei contesti individuati ad opera dei *Clinical Nurse Leader*
- Creare una rete di collegamento con i Centri nazionali ed internazionali EBN, con le associazioni professionali italiane e internazionali
- Individuare 2-3 problemi di pratica clinica prioritari nelle varie aree cliniche individuate e verificare dell'esistenza di evidenze scientifiche a supporto dei cambiamenti
- Formare i gruppi operativi (*task force* locale) sui problemi di pratica clinica su cui è necessario operare il cambiamento
- Verificare l'applicazione dei cambiamenti e valutare l'efficacia degli interventi proposti
- Rivedere e/o creare gli standard di pratica clinica relativi alla aree individuate
- Organizzare iniziative che diffondano le esperienze di miglioramento della pratica clinica, anche attraverso la presentazione degli aspetti deontologici, legali, di strategia sanitaria, ecc.

Risultati attesi

Saranno formati 20 infermieri *Clinical Nurse Leader*, con competenze avanzate in EBN, capaci di costituire una *task force* in grado di innovare la pratica clinica infermieristica, nelle Aziende sanitarie individuate.



L'organigramma del Centro di Eccellenza (vedi pagina seguente)



INDIVIDUATE PERSONALITA' ITALIANE E STRANIERE A SUPPORTO DEL LAVORO DEI POLI

Un organigramma di tutto rispetto

Il direttore del Centro di Eccellenza è affiancato da alcuni organismi: il Consiglio Direttivo e il Collegio dei Revisori dei Conti del Collegio Ipasvi di Roma, un Comitato Scientifico Internazionale nel quale sono rappresentate università europee e americane e inoltre un Comitato di Garanti, formato da persone indipendenti dal Centro di Eccellenza, ma di riconosciuta autorevolezza. Ciascuno dei quattro Poli, poi, ha un proprio direttore.

I direttori dei quattro Poli sono: **Ausilia M. L. Pulimeno** (Polo per l'Istruzione), **Gennaro Rocco** (Polo per la Ricerca scientifica), **Maria Grazia Proietti** (Polo per la Formazione dei ricercatori), **Stefano Casciato** (Polo della Pratica clinica).

In basso, è riportato l'organigramma completo del Centro, di seguito riepiloghiamo i nomi delle personalità chiamate a prendere parte al Comitato Scientifico Internazionale e al Comitato dei Garanti.

Comitato Esecutivo

Direttore

Gennaro Rocco Direttore del Centro di Formazione e di Studi Sanitari IRCCS IDI, Professore a contratto di Scienze Infermieristiche e Pedagogiche Università Tor Vergata di Roma, Presidente del Collegio Ipasvi di Roma

Presidente Onorario

Dyanne Affonso PhD, FAAN Research Director, NIH/ NCHMD/RIMI & Rural Health, Affiliate Professor of Psychology

Vicedirettore

Ausilia M. L. Pulimeno Dirigente Area Infermieristica/Ostetrica Azienda Policlinico Umberto I, Professore a c. di Scienze Infermieristiche Università "La Sapienza" di Roma, Vice Presidente del Collegio Ipasvi di Roma

Segretario

Maria Grazia Proietti Segretaria del Collegio Ipasvi di Roma, Responsabile del Servizio Infermieristico del Distretto Sanitario XV Municipio di Roma, Professore a contratto di Metodologia della Ricerca Infermieristica Università di Tor Vergata

Tesoriere

Rodolfo Cotichini Referente della Formazione Infermieristica Azienda USL Roma H, Professore a contratto di Scienze Infermieristiche, Tesoriere del Collegio Ipasvi di Roma.

Comitato Scientifico Internazionale

Dyanne Affonso PhD, FAAN Research Director, NIH/ NCHMD/RIMI & Rural Health, Affiliate Professor of Psychology

Linda Mayberry RN, PhD, FAAN Adjunct Professor College of Nursing New York University, New York, NY

Souraya Sidani PhD Professor and Canada Research Chair, Tier 1; Health Intervention Design and Evaluation Ryerson University

Roger Watson PhD RN FAAN Editor-in-Chief, Journal of Clinical Nursing Professor of Nursing Centre for Health & Social Care Studies and Service Development School of Nursing and Midwifery The University of Sheffield Samuel Fox House Northern General Hospital

Comitato dei Garanti

Giovanni Berlinguer Bioeticista, già senatore e parlamentare europeo

Elio Guzzanti Già Ministro della salute

Giovanni Leonardi Direttore Generale Professioni Sanitarie Ministero della Salute

Luciano Onder Giornalista scientifico Rai

Annalisa Silvestro Presidente Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Antonio G. Spagnolo Bioeticista, Professore Straordinario di Medicina legale e delle assicurazioni Università Cattolica

Tutti i colleghi interessati a partecipare alle iniziative del Centro di Eccellenza sono invitati a presentare la propria candidatura, inviando idee e proposte, all'indirizzo centrodieccellenza@ipasvi.roma.it, corredate da un curriculum sintetico



Emma Bonino e Renata Polverini a confronto sulla sanità laziale



Il malato più grave nel Lazio? La sanità. E a soffrire sono soprattutto i cittadini e gli operatori sanitari. La gravissima situazione finanziaria si materializza in tagli di servizi e prestazioni, vuoti paurosi negli organici, condizioni e carichi di lavoro insopportabili, disfunzioni e sprechi. Il malessere è generale e chi, come gli infermieri, vive la sanità in prima linea, sa che l'intero sistema è oggi ad alto rischio di crollo.

Da tempo gli infermieri di Roma e del Lazio invocano interventi decisi sulla carenza degli organici, sul blocco delle assunzioni e del turn-over, sulla stabilizzazione dei precari, sullo sviluppo dell'assistenza territoriale e domiciliare; chiedono che sia loro riconosciuto un ruolo più consone per competenza e professionalità. E' la "sanità possibile" per cui si battono da anni, un modello che tuttavia la politica non riesce a tradurre in decisioni e atti concreti.

Abbiamo chiesto alle due principali candidate alla presidenza della Regione Lazio, Emma Bonino e Renata Polverini, di spiegare i loro programmi in questo specifico ambito, che cosa intendano fare e quali impegni siano pronte ad assumersi di fronte alla comunità infermieristica.

L'intervista "allo specchio" che segue può aiutarci a chiarire le differenze e i punti di contatto delle due proposte. Soprattutto fissa gli impegni delle due candidate sui quali, dopo il voto, saranno chiamate a rispondere con le rispettive coalizioni.

1) "E' vero, è malata. Occorre sapere bene in cosa consiste la malattia per poter intervenire e poterla curare. La situazione debitoria della sanità non solo non ha paragoni con quella delle altre regioni ma si traduce sistematicamente in disservizio per i cittadini. Si può, per ragioni elettorali, voltare il capo dell'altra parte e fingere che il problema non esista, ma significherebbe mentire a noi stessi e ai cittadini. Occorre una grande operazione verità da compiere in tre mesi per porre rimedio a questa situazione e avviarne davvero il risanamento, con il coinvolgimento di tutti gli operatori che assicurano, nonostante tutto, molti punti di eccellenza".

1) La sanità nel Lazio è malata. Come intende affrontare la grave carenza di organici, il blocco delle assunzioni e del turn-over?

1) "La sanità laziale ha un deficit rilevante, ma anche grandi potenzialità e molte risorse a disposizione, che purtroppo finora non sono state utilizzate al meglio. Sono convinta che si possa invertire questo trend, eliminando in primis gli sprechi. Vogliamo uscire dall'emergenza in tre anni, stiamo lavorando ad un nuovo piano sanitario da rinegoziare con il governo. Prima di parlare di ospedali da chiudere e posti letto da tagliare, si devono ridurre i costi della politica e della burocrazia. Questo significa accorpamento di Asl e centri di costo, un rigoroso ed efficace controllo sulla formazione della spesa, un migliore utilizzo delle tecnologie. E poi investire sull'assistenza, riempire i paurosi vuoti che si sono creati in questi anni negli organici infermieristici, sbloccare i concorsi e adottare nuovi modelli organizzativi".

2) "Credo che si debbano intanto rispettare le regole. In alcune Asl e in alcune Aziende ospedaliere si sono attuate forme di esternalizzazione inaccettabili perché prive di ogni garanzia e di ogni prospettiva di stabilizzazione. Io credo che anche la risposta a questa domanda dipenda dall'operazione verità che dobbiamo assicurare, e nella quale intendo coinvolgere una categoria come quella degli infermieri che è essenziale per il funzionamento della sanità".

2) Quale politica è realmente possibile per la stabilizzazione dei lavoratori precari della sanità?

2) "Il problema dei precari assume una rilevanza particolare in sanità perché portatori di professionalità specifiche non facilmente sostituibili. Una migliore gestione delle risorse sanitarie, che ammontano al 75% dell'intero bilancio regionale, - e ho indicato le strade per farlo - potrà consentire di intervenire in questa direzione. Così come intendiamo utilizzare di più e al meglio i fondi europei per la formazione, per garantire ai lavoratori strumenti di formazione continua".

3) "Un ruolo essenziale della massima importanza, sarà una priorità della mia azione di governo. Esiste uno squilibrio fra offerta ospedaliera e offerta di strutture territoriali e domiciliari a cui bisogna riparare. Bisogna avere il coraggio di affrontare questo nodo, che è una delle ragioni dei maggiori costi e dell'insostenibile deficit sanitario, nell'interesse dei cittadini e anche degli operatori. L'alternativa è quella dei tagli indiscriminati, dell'aumento delle addizionali (quelle del Lazio sono le più alte d'Italia), dei ticket, come purtroppo è avvenuto con la recente decisione del Commissario nominato dal Governo. Noi vogliamo una Regione che governi e si assuma le sue responsabilità, non una Regione messa sotto accusa dalle altre Regioni e commissariata".

3) Che visione ha dell'assistenza territoriale e domiciliare e quale ruolo assegna loro nel sistema sanitario che propone per la nostra Regione?

3) "Troppe spesso si ricorre a forme di ospedalizzazione per malattie come quelle croniche o della terza età che invece necessiterebbero di strutture diverse, come presidi territoriali e un potenziamento dell'assistenza domiciliare. Due ambiti per i quali la figura dell'infermiere è indispensabile, assolutamente centrale, e sui quali intendo intervenire anche con il contributo delle associazioni private e del volontariato".

4) "Chiunque sia stato in una corsia di ospedale sa che l'infermiere è la persona che è più vicina al paziente, è quello che lo assiste ora per ora. La sua funzione è fondamentale e va valorizzata e qualificata. Penso agli infermieri degli ospedali ma anche a quelli che operano nella riabilitazione, nella lungodegenza, nei Cim, nei day hospital, negli hospices, nell'assistenza domiciliare ai malati, agli anziani, ai disabili".

4) Come immagina il ruolo dell'infermiere all'interno del sistema sanitario regionale e cosa si impegna a fare per valorizzarlo?

4) "Conosco la professionalità, le dedizione, l'impegno con cui gli infermieri si adoperano e spesso grazie alla loro abnegazione si riesce a scongiurare la chiusura di reparti e servizi. Sono loro ad avere un rapporto costante e diretto con il malato e i familiari. Un ruolo che certamente va valorizzato, non solo socialmente, ma anche garantendo stabilità professionale, formazione continua, sostegno alla formazione specialistica, valorizzando la figura dell'infermiere "esperto clinico". Vanno premiati i percorsi di carriera e l'investimento personale sulla propria professionalità".

Il Collegio di Roma regala ai propri iscritti la Posta Elettronica Certificata

Il 30 novembre scorso è scaduto il termine ultimo per comunicare al Collegio la propria casella di posta elettronica certificata (Pec), obbligatoria, per legge, per tutti i professionisti. Con l'intento di promuovere fra gli iscritti la più ampia diffusione della Pec ed incentivarne quanto più possibile l'utilizzo, il Collegio di Roma ha deciso di venire in soccorso dei Colleghe che non l'abbiano ancora attivata, offrendo gratuitamente una nuova casella Pec (con dominio: @PEC.IPASVI.ROMA.IT) a quanti ne faranno richiesta.

Per chiedere l'attivazione della nuova casella di posta elettronica certificata basta seguire alcune semplici istruzioni attraverso il link dedicato che dà accesso alla procedura, ben visibile sul sito del collegio (www.ipasvi.roma.it).

Il sistema richiederà il numero di iscrizione all'Albo, necessario per poter procedere. Per chi non lo ricordasse, il numero è riportato sulla tessera d'iscrizione. Chi non avesse ancora ritirato la tessera (i nuovi iscritti la ricevono direttamente a casa) può farlo, in ogni momento, presso la sede del Collegio (viale Giulio Cesare, 78). Tutti gli iscritti possono avere la nuova tessera elettronica corredando la richiesta di due fotografie formato tessera uguali.

In ogni caso, il numero d'iscrizione all'Albo è indicato anche nella lettera di convocazione dell'Assemblea Ordinaria Annuale (marzo 2010), accompagnata da un'informativa più completa sulla Pec.

La Pec rappresenta la nuova frontiera della comunicazione professionale. Va utilizzata per ricevere e spedire: documenti, domande, certificati e ogni tipo di informazione in modo sicuro e direttamente da casa propria. La posta elettronica certificata consente di inviare e-mail con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno.

Il sistema garantisce la sicurezza del contenuto di ogni comunicazione, impedendo modifiche ai messaggi e ai relativi allegati. Attesta, inoltre, data e ora esatta della spedizione e dell'avvenuto ricevimento attra-

verso un'apposita ricevuta, che costituisce prova legale dell'invio/ricevimento.

In caso di smarrimento della ricevuta, la traccia informatica delle operazioni svolte viene conservata dal gestore del servizio per 30 mesi e consente la riproduzione della ricevuta con lo stesso valore giuridico dell'originale.

La Posta Elettronica Certificata offre una nuova grande opportunità di crescita professionale: **il Collegio Ipasvi di Roma è lieto di offrirla a sua volta a tutti gli iscritti.**



Mentre "Mimma" va in pensione Lucio Dalla ripropone la sexy infermiera

Non capita spesso che i mass media generalisti concentrino la loro attenzione su questioni che riguardano direttamente la professione infermieristica, specie se si tratta di temi sensibili come quelli etici e deontologici. Una significativa eccezione a questa regola l'abbiamo colta nel dicembre scorso, quando si è riaccesa la polemica sul cosiddetto "biotestamento". La netta opposizione della grande famiglia infermieristica italiana al testo approvato in prima istanza dal Senato, e ora al vaglio delle competenti Commissioni della Camera dei deputati, ha trovato albergo sulle pagine dei quotidiani, di molti periodici e perfino in tv.

ANSA

La stura alla reazione degli infermieri l'ha data la presidente della Federazione nazionale Ipasvi, **Annalisa Silvestro**, affidando all'**Ansa** (18/12/09) la seguente dichiarazione, poi ripresa e rilanciata da quasi tutte le testate nazionali: "Infermieri, il Ddl va contro la nostra deontologia" è il titolo della velina. Che recita: "La legge sul fine vita, così come è formulata, appare in contrasto con la nostra deontologia professionale, non riconosce la centralità della persona e delle sue volontà e non tiene conto del coinvolgimento dell'intera équipe assistenziale.

La Silvestro sintetizza la posizione dei tanti infermieri italiani che si richiamano al loro Codice Deontologico, sottolineando che, durante l'evoluzione terminale della malattia, i rapporti tra assistito, medico, infermiere ed équipe non possono essere rigidamente definiti da una legge, ma essere vissuti e sviluppati secondo le norme dei codici di deontologia professionale. E, nel caso degli infermieri, osserva: "Il Codice esprime un indirizzo chiaro che contrasta con l'attuale formulazione della legge. Se il testo della legge dovesse rimanere inalterato, e dunque in contrasto con i principi etici della professione e con i nostri valori, si potrebbero determinare situazioni in cui gli infermieri sarebbero indotti ad appellarsi alla clausola di coscienza".

Riflettori mediatici accesi anche sulla pressante necessità di nuovi infermieri.

Sanità

Il **Sole 24 Ore-Sanità** (20/1/10) è il primo a pubblicare la notizia che il ministero dell'Università e della Ricerca ha disposto per decreto l'aumento dei posti destinati alle matricole nei corsi di laurea e titola: "Lauree sanitarie: crescono i posti per il 2009-2010. Gli atenei hanno 'recuperato' 1.446 posti anti-carenza per i corsi di laurea 2009-2010 per medici, infermieri e audioprotesisti grazie a un decreto del Miur". Nel servizio si legge: "Medici, infermieri e audioprotesisti a

rischio carenza. E il Ministero dell'Università corre ai ripari autorizzando gli atenei ad aumentare i posti per l'immatricolazione ai corsi di laurea 2009-2010. Così a fine dicembre le università hanno determinato l'aumento di disponibilità alle immatricolazioni e 'ripescato' dalle graduatorie di esame il numero di partecipanti ai test di ammissione finora esclusi e necessari a coprire il nuovo fabbisogno. L'aumento è di 433 posti a Medicina (+5%), 975 per la laurea in Infermieristica (+7%) e 38 per quella in Audioprotesi (+16 per cento). L'allarme carenza deriva per Medicina dalla situazione che si è creata col numero chiuso negli ultimi anni e che, in assenza di un maggior numero di medici e in presenza dei continui blocchi del turn over, porterebbe secondo le stime FnomCeo a una riduzione graduale del numero degli iscritti agli Ordini, che nei prossimi cinque anni sarebbe di circa 21.638 unità rispetto agli attuali 358.538 medici e nel 2020 raggiungerebbe le 58.638 unità. Situazione analoga se non peggiore per gli infermieri, la cui carenza - circa 60 mila unità secondo la Federazione Ipasvi - è evidente soprattutto nel Nord, con il ricorso a numerosi professionisti dall'estero. Sul versante audioprotesi invece la carenza è dovuta allo scarso numero di domande (meno di una per posto a bando) che tuttavia con l'aumento della disponibilità sarebbero coperte grazie alle seconde e terze opzioni possibili al momento della domanda di ammissione ai test per l'iscrizione ai corsi di laurea triennale".

Vasta eco sui media nazionali ha avuto poi la vicenda dei 49 infermieri di La Spezia denunciati dai Nas per aver evaso l'obbligo di iscrizione al Collegio professionale di appartenenza.

la Repubblica

La **Repubblica** (29/12/09) titola a tutta pagina: "Non erano iscritti all'Albo, denunciati 49 infermieri. Il direttore della Asl5: sono comunque in possesso del titolo di studio". Si legge nell'articolo: "I Carabinieri del Nas hanno denunciato 49 infermieri dipendenti della Asl 5 di La Spezia non iscritti all'albo del collegio professionale, requisito essenziale per poter svolgere la professione. L'inchiesta era partita tre anni fa da un caso finito in tragedia".

L'approssimativa conoscenza del mondo infermieristico e delle sue regole, da parte degli organi di informazione, produce titoli variegati, spesso con un linguaggio improprio e fuorviante.

Citiamo solo alcuni esempi di quei giorni di fine anno: "La Spezia, scoperti 49 infermieri senza titolo" (La Padania); "Infermieri denunciati, ma è solo burocrazia" (Il Secolo XIX); "Denunciati 49 infermieri: non erano iscritti all'Albo" (Quotidiano Nazionale); "Denunciati 49 infermieri: non avevano nessun titolo" (Gazzetta di Mantova); "Denunciati 49 infermieri abusivi" (Il Giornale).

L'inchiesta si allarga alle Asl vicine per verificare la posizione degli infermieri in servizio.

Nel caos sensazionalista del momento, i media lasciano comunque uno spazio alla voce degli infermieri. **Il Tempo** (15/1/10) chiede spiegazioni al Collegio Ispasvi di Imperia, dopo la segnalazione di alcuni casi "sospetti". Spiega il presidente Borri: *"Infermieri abusivi? Non mi sento di escludere che anche in provincia di Imperia ci possa essere qualche caso. Anzi, come Collegio abbiamo ricevuto segnalazioni da alcuni enti di verificare la posizione di alcuni infermieri. Stiamo provvedendo alle verifiche. Un dato è certo: per chi esercita la nostra professione l'iscrizione all'Albo è un obbligo chiaramente definito dalla Legge 43 del 1 febbraio 2006. Non è affatto una formalità burocratica".* E aggiunge: *"Qualcuno ha definito la mancata iscrizione solo una formalità e, addirittura, qualche sindacalista ha tirato fuori una sentenza della Cassazione che sosterebbe la non obbligatorietà dell'iscrizione come requisito per esercitare la professione. Ma non è affatto così. Quella sentenza si riferiva ad un caso del tutto particolare. La legge sostiene ben altro. L'iscrizione all'Albo professionale ha una duplice finalità: da un lato garantisce al cittadino che i nostri iscritti abbiano tutti i titoli necessari per svolgere la loro professione; dall'altro dà la possibilità di vigilare e controllare l'esercizio della professione, sia come liberi professionisti che come dipendenti, vigilando sul codice deontologico, favorendo la crescita culturale degli iscritti e contrastando l'abusivismo fino ad esercitare un potere di disciplina".*

E' ancora la cronaca a far parlare di infermieri. Stavolta, per una tragedia scampata e per un gesto di coraggioso slancio filantropico. La notizia arriva da Pieve di Sacco, a ridosso della laguna

CORRIERE DEL VENETO veneta. Scrive il **Corriere del Veneto** (24/12/09): *"Fiamme all'ospedale, infermieri intossicati".* Nell'articolo si legge: *"Fiamme nel reparto per malati in stato vegetativo, sei operatori sono rimasti intossicati dal monossido per salvare i pazienti. Gli infermieri e il personale della sicurezza della casa per disabili di Pieve di Sacco, ieri mattina, sono dovuti ricorrere alle cure del pronto soccorso dopo il principio di incendio nella camera di un paziente. Avevano acceso un termosifone elettrico per fare il bagno a un giovane di 33 anni in coma, per riscaldare l'ambiente con maggior tepore mentre lo spogliavano. L'elettrodomestico si è surriscaldato, è andato in cortocircuito e ha fuso le prese di corrente. La plastica ha colato su un tavolino e ha incendiato un indumento che ha provocato le fiamme. Il fumo si è infiltrato oltre il corridoio nelle altre camere dei pazienti costretti e immobilizzati nel letto. L'incendio è stato spento con l'estintore dagli operatori della sicurezza del centro mentre gli infermieri portavano in salvo il paziente nella camera da letto assieme agli altri 9 malati in cura nel reparto. Nessuno dei ricoverati ha subito conseguenze, soccorsi nell'immediato dagli infermieri e poi dai medici del Suem 118".* Un bell'esempio di professionalità e di prontezza.



Sui giornali, c'è pure spazio per un po' di colorito gossip.

Alla vigilia di Natale **Il Corriere della Sera** pubblica una storia d'altri tempi con un'infermiera nei panni della protagonista. *"L'infermiera innamorata che sposerà il suo paziente"* è il titolo; il sottotitolo spiega: *"Dopo sei mesi di cure vive con l'uomo che ha salvato"*.

La vicenda viene così riassunta: *"Favola e realtà si mescolano nelle feste più straordinarie che Walter Pellis, un ragazzone alto quasi 1,90, elettricista, volontario della Misericordia, abbia mai vissuto. Walter è appena tornato a casa dopo quasi sei mesi di ospedale. Ha rischiato di morire per un terribile incidente stradale sull'Autosole mentre, da volontario, stava raggiungendo i terremotati d'Abruzzo. E' rimasto in coma per un mese, poi, grazie alla professionalità e all'amore di Alessandra, l'infermiera 'fatina', si è risvegliato e per altri cinque mesi ha combattuto contro fratture di ogni tipo e un paio di giorni fa è tornato nella casa dei genitori a San Miniato, in provincia di Pisa, festeggiato da amici e parenti. Con Alessandra, naturalmente, che, nel frattempo, è diventata la sua fidanzata".* Quindi, i fiori d'arancio per il finale degno di una storia romantica.

Ma non si placa la protesta degli infermieri per le gravissime carenze degli organici e la stampa ne dà conto. La situazione è difficile in tutta Italia, da Nord a Sud. Lo testimonia il caso scoppiato nel più grande ospedale piemontese durante le ultime festività natalizie, una situazione sintomatica e sovrapponibile a quella di molte altre realtà sanitarie italiane. La **Repubblica** titola: *"Molinetto, infermieri in rivolta. Eccessivi i carichi di lavoro".* Si legge nel servizio: *"Carichi di lavoro eccessivi, organizzazione criticabile, novità in arrivo che non risolvono i problemi. Alla vigilia di Natale e a pochi giorni dall'inaugurazione del week hospital, gli infermieri di due reparti dell'ospedale Molinette di Torino - Neurologia e Ortopedia - scrivono ai vertici dell'ospedale e anche a Cittadinanzattiva-Tribunale dei Diritti del Malato: 'I carichi di lavoro non sono più sostenibili. Considerata la recente chiusura dell'altra unità operativa di Neurologia - firmano trenta infermieri del reparto - il numero dei posti letto supera quello previsto, con conseguente sovraffollamento delle stanze. Tutto ciò complicato dal continuo ed inconcepibile scambio di degenti fra le divisioni con alternanza di sette diversi primari, e il forte rischio di errori legati alla terapia da seguire. Siamo stanchi, delusi e preoccupati per gli sviluppi organizzativi della nostra realtà lavorativa', è lo sfogo dei lavoratori".*

Sul fronte spesso dolente dei video-media, una novità confortante e una che fa letteralmente cadere le braccia. La buona è la fine della pantomima dell'infermiera Mimma nella popolare trasmissione di **RaiDue** *"Quelli che il calcio e..."*: la perfida macchietta caricaturale che ha fatto tanto arrabbiare gli infermieri con la sua indolenza, il suo linguaggio becero e gli atteggiamenti assai poco



professionali, ha finito per segnare il suo tempo, tant'è che l'attrice che la impersonava ha lasciato il cast della trasmissione condotta da Simona Ventura per guadagnare altri lidi.

Noi, riferendo delle proteste di tanti colleghi, avevamo forse visto giusto nel ritenere che l'infermiera Mimma non faceva ridere proprio nessuno.

La fine ingloriosa del personaggio ce lo conferma: addio infermiera Mimma, a non rivederci mai più!

Ma per una spina che cade, ce n'è subito un'altra che punge.

Che dire del video promozionale del nuovo show di **Lucio Dalla** trasmesso da **SkyUno**?

Anche il celebre cantautore bolognese è scivolato sul più penoso dei luoghi comuni: l'infermiera tutta sexy, mini-camicia e scollatura abbondante come la volgarità che trasuda dal messaggio.

In pochi secondi si consuma uno spot di discutibile qualità, non fosse altro perché offende gli infermieri veri. Il promo è presto detto. Lo stesso Lucio Dalla ne è il protagonista: è riverso a terra dopo essere precipitato dal nono piano. L'equipe di pronto soccorso gli presta le prime cure, un infermiere spiega: "non gli si è

aperto il paracadute". Tutto avviene in un contesto di massima professionalità: lettiga e respiratore, l'ambulanza parte. Un frame dopo, cambia l'ambientazione e Dalla è su un triclinio in stile barocco, contornato da due infermiere in abiti succinti e tutt'altro che professionali che sfoderano sorrisi ammiccanti e pose ostentatamente sexy. Lui d'improvviso rinviene e dice: "c'è qualcosa di strano? Tutti possiamo cambiare. E non avete visto ancora niente...". Quindi, lancia il suo ultimo spettacolo televisivo.

Al di là del taglio onirico che gli autori hanno voluto dare allo spot, resta il cattivo gusto delle immagini e un messaggio surreale: meglio le lusinghe sessuali, ancorché stereotipate, della professionalità di chi dedica la sua vita a salvare quella degli altri.

Chissà se a soccorrere il "povero" Lucio Dalla precipitato fossero state le infermiere "minigonnate" di turno...



Il ruolo delle donne nel soccorso ai feriti della Repubblica Romana del 1849

I nauguriamo con questo numero una rubrica, che ci terrà compagnia per qualche mese affrontando la figura dell'infermiere da un nuovo punto di vista, quello storico.

Giuseppe Micheli, insegnante di Storia della Medicina all'università Tor Vergata-Roma e Mario Bannoni (ricercatore) hanno compiuto per noi uno studio sul ruolo delle donne nel soccorso ai feriti della Repubblica Romana del 1849. Di seguito, la prima parte del loro lavoro.

Le ambulanze militari

I Triumviri decretano l'istituzione del comitato per l'Amministrazione delle Ambulanze il 29 aprile 1849. Cristina di Belgiojoso, in attesa di questo decreto, aveva fatto sopralluoghi negli ospedali, ritenendone buoni alcuni, altri inadatti (per carenza di posti letto o perché il trasporto dei feriti sarebbe risultato difficoltoso), mentre per taluni, invece, aveva proposto interventi di adattamento e soprattutto forniture, perché erano mancanti di tutto.

All'invito per organizzare le ambulanze militari fatto dalla principessa **Cristina di Belgiojoso**, avevano aderito in molte, di ogni condizione sociale: c'erano popolane, borghesi e signore appartenenti alle poche famiglie nobili che non avevano seguito il Papa a Gaeta.

Gli ospedali presso cui erano state istituite le ambulanze, furono: l'Ospizio dei Pellegrini alla Santa Trinità come ambulanza centrale; l'ospedale di San Giovanni in Laterano; il San Gallicano; il San Giacomo; il convento di San Martino ai Monti; il convento di San Pietro in Montorio; il Locale detto di Santa Teresa verso Porta Pia; a cui si aggiunsero, poi, quelle presso il Santo Spirito; San Calisto; il monastero delle Viperesche all'Arco di San Vito e Gallieno e le Carceri di Termini. Ognuno di questi luoghi era collegato con una porta di Roma da difendere, e in ognuno di essi era stata designata una responsabile, incaricata di organizzare e assicurare l'assistenza e sorvegliare la cura dei feriti.

Ecco l'elenco dei "Locali di Ambulanza e delle loro direttrici":

- Trinità dei Pellegrini (ambulanza centrale). Regolatrici componenti il comitato centrale: Cristina Trivulzio di Belgiojoso; Giulia Bovio Paulucci (De Calboli. Di fatto: vice direttrice); Anna Galletti (De Cadilhac. Direttrice, ma di fatto: vice direttrice).
- Santo Spirito, Giulia Modena;
- San Giacomo, Malvina; Costabili;
- San Gallicano, Adele Baroffio;
- San Giovanni, Paolina Lupi;
- San Pietro in Montorio, Enrichetta Pisacane (De Lorenzo);
- Fatebene Fratelli, Margherita Fuller;
- Santa Teresa di Porta Pia, Enrichetta Filopanti;
- Sant'Urbano, Olimpia Razzani.

Dalle memorie di Anna De Cadilhac Galletti sappiamo che presso l'Ospizio dei Pellegrini servivano anche: *"Anna Mandolesi, Amalia Canini, Elisa Castellani Truvé e le sue sorelle Francesca ed Augusta Castellani, l'intera famiglia di Filippo Paradisi con moglie e tre figlie, tra cui Maria Paradisi Ossani e Clelia Massimi e figlia"*.

Inoltre che: *"Garibaldi, quando la sera, al tardi, veniva a visitare i feriti, a cui faceva parole di conforto, non mancava mai di porgermi compagnia dopo la mezzanotte in cui rincasavo, e mi chiamava l'angelo di quello Spedale e mostravami profondo rispetto e deferenza. Spessissimo mi portava i cordiali saluti della sua buona Annita"*.

A queste ambulanze, la Belgiojoso, man mano che ulteriori



*Chiesa di S. Carlo ed Ambrogio al Corso
«L'elenco dei Preti, a Spedale dei Milanesi, 2. Chiesa e Spedale di S. Giacomo degli Incurabili, 3. Chiesa di S. Nome di Gesù e di Maria e Conv. dei PP. Assuntini» Scatoli.*

locali venivano requisiti agli ordini monastici, aggiungeva nuovi luoghi di cura, come fa fede la lettera del 6 maggio 1849:

"Cittadino Ministro,

Mi affretto ad informarvi che dietro speciale richiesta del personale dell'Ospitale della Consolazione e dopo attento esame di detto locale, abbiamo creduto dovervi stabilire una nuova ambulanza, la quale sarà tanto più utile, quanto che trovasi in luogo piuttosto vicino dalle porte San Sebastiano, San Giovanni e San Paolo. Quell'Ospedale, essendo fornito di tutti gli oggetti necessarj ad una ambulanza, non occorre occuparsene, se non che per provvedere alla assistenza dei feriti, il che spetta specialmente a noi".

Ed ancora, il seguente rapporto stilato un venerdì sera (con molta probabilità il 27 aprile 1849), rinvenuto presso l'Archivio di Stato di Roma:

- 1° **Nell'ospizio dei Pellegrini alla Trinità:** *"Presso a quattrocento letti forniti di biancheria, ma mancanti per lo più di materassi. Siccome però certi feriti non abbisognano che di un duro pagliericcio, così questa mancanza non è grave. Altri inconvenienti di molta entità ci colpiscono al tempo stesso. Pessima volontà e perverso spirito nei custodi tutti che ci trattennero più di due ore senza mostrarci nulla e che nascondono certo moltissimi oggetti.... Occorrono dei materassi per ripulire, aggiustare i 60 che sono in uno stato deplorabile".*
- 2° **Nell'ospedale civile di Santo Spirito:** *"Bellissimo locale in cui vi saranno domani cento letti pronti e belli e forniti. Proteste di buona volontà, alle quali non conviene fidarsi ciecamente".*
- 3° **Ospedale di San Carlo al Corso:** *"Non conviene sotto nessun aspetto. Le sale (tre di numero) piccole e poste ad un suo terzo piano per cui incomodissimo riescirebbe il trasportarvi i feriti. I letti non sono più che sette..."*
- 4° **San Giacomo, vicinissimo a San Carlo:** *"Bellissimo locale e brava gente. Quei frati sono i soli che mostrano vera carità, e dei quali credo ci possiamo fidare. Più di cento letti a pianterreno, poiché i malati attualmente raccolti in San Giacomo saranno trasportati nel braccio nuovo che è posto troppo in alto pei feriti. E' necessario che il Governo ci presti manoforte poiché i luoghi pii sono pessimamente disposti e non obbediscono se non costretti."*

Un altro rapporto è più esplicito: *"Coll'occasione delle visite che il Comitato Centrale dovette eseguire nei varj ospedali ... si rinvennero ... infiniti abusi, vieti sistemi, difetto di pulizia, etc. Negli ospedali più ricchi e più splendidi di Roma, non vi ha assi-*



Cristina di Belgiojoso

stenza più di quella degli infermieri, uomini ineducati e rozzi, suicidi, sovente ubbriachi, l'antipodo, insomma, di ciò che debbono essere le persone dedicate al servizio degli infermi".

Componevano il comitato: Enrichetta Di Lorenzo, moglie del Capo di Stato Maggiore, generale Carlo Pisacane; Cristina Trivulzio, moglie del principe Belgiojoso; Giulia Bovio, moglie del marchese Paulucci De Calboli.

Giuseppe Micheli
Mario Bannoni

L'evento sentinella e il Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità, le Raccomandazioni del ministero e la responsabilità sanitaria

Il Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità (Simes) è il frutto di uno sforzo di alcune persone con professionalità variegata che nel 2005 hanno avviato un protocollo sperimentale per il monitoraggio degli "eventi sentinella" di cui mi occuperò meglio più avanti.

La fase della sperimentazione si è conclusa con l'emanazione del Decreto ministeriale 11 dicembre 2009 (Gazz. Uff. - S.G. - del 12 gennaio 2010, n. 8) che, nell'ambito del nuovo Sistema informativo sanitario, ha definitivamente istituito il Simes e, come vedremo, un apposito Osservatorio.

Le norme giuridiche coinvolte sono tante; è per amore di sintesi che mi limito ad indicare il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che aveva già previsto che: "... le attività di monitoraggio devono essere condotte secondo un criterio graduato di gravità di eventi, prevedendo che i tre livelli, nazionale, regionale ed aziendale, possano promuovere le rispettive azioni, secondo un disegno coerente e praticabile. Deve essere attivato un monitoraggio degli eventi sentinella...".

Come si legge nel testo del decreto, il Simes è finalizzato proprio alla raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella (che maggiormente interessano questo articolo) ed alle denunce di sinistri ed è, l'intero sistema, gestito dal Ministero. Tutte le strutture sono obbligate ad implementare il Simes e per esse anche le Regioni. Il decreto, infatti, prevede anche una sanzione di tipo patrimoniale: le inadempienze o i ritardi saranno puniti con la negazione all'accesso ai finanziamenti integrativi a carico dello stato giusta l'Intesa sancita dalla conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Per quanto concerne gli eventi sentinella, il Ministero si è posto l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti nelle strutture sanitarie a garanzia dei Lea (Livelli essenziali di assistenza).

Il sistema prevede un doppio livello di gestione.

A livello locale le strutture, per il tramite di referenti appositamente incaricati, devono procedere:

alla raccolta delle segnalazioni riguardanti gli eventi sentinella; analisi delle cause e dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi stessi; individuazione ed implementazione delle azioni preventive; verifica dell'effettiva implementazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo.

A livello centrale, invece, il Ministero provvede:

alla raccolta delle segnalazioni riguardanti gli eventi sentinella;

elaborazione e disseminazione di Raccomandazioni specifiche rivolte a tutte le strutture sanitarie; valutazione dell'implementazione delle Raccomandazioni da parte delle strutture sanitarie; ritorno informativo alle strutture sanitarie.

Per **evento sentinella** si intende un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad una indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione".

Tra gli eventi sentinella il Ministero ha individuato i seguenti:

- procedura in paziente sbagliato;
- procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte);
- errata procedura su paziente corretto;
- strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure;
- reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO;
- morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica;
- morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto;
- morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita;
- morte o grave danno per caduta del paziente;
- suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale;
- violenza su paziente;
- atti di violenza a danno di operatore;
- morte o grave danno conseguente ad un





malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero);

- morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso;
- morte o grave danno imprevisti conseguenti ad intervento chirurgico;
- ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

Come già scritto, sulla scorta degli esiti del monitoraggio operato dal Simes sugli errori sentinella, il Ministero elabora (come ha già fatto nella fase di sperimentazione) delle Raccomandazioni di volta in volta pubblicate sul sito.

Per comprendere l'esatta portata dell'opera, esaminiamo la Raccomandazione n. 2 del 31 marzo 2008, emanata durante la fase sperimentale "Per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" che ne rappresenta l'obiettivo.

La raccomandazione, che esaminiamo solo nei tratti salienti, esamina l'incidenza del fenomeno (un caso ogni 1.000-3.000 procedure chirurgiche), la tipologia di materiale ritenuto (il più frequente è rappresentato dalle garze), la sede dell'intervento (la letteratura rileva gli interventi di chirurgia addominale, toracica e parto), i fattori di rischio (procedure chirurgiche effettuate in emergenza, cambiamenti inaspettati e quindi non programmati delle procedure durante l'intervento, obesità, interventi che coinvolgono più di una equipe chirurgica, complessità dell'intervento, fatica o stanchezza dell'equipe chirurgica, situazioni che favoriscono l'errore di conteggio - tipo garze attaccate fra loro -, mancanza di una procedura per il conteggio

sistematico di strumenti e garze, mancato controllo dell'integrità dei materiali e dei presidi al termine dell'uso chirurgico). La Raccomandazione inoltre individua la procedura per il conteggio sistematico: quali oggetti contare (garze, bisturi, etc.); quando effettuare il conteggio e le fasi (prima di iniziare l'intervento chirurgico, durante l'intervento prima della chiusura della cavità, prima di chiudere la ferita, etc.; e poi ancora i vari step per il controllo dell'integrità dello strumentario).

La Raccomandazione coinvolge espressamente il personale infermieristico di sala (strumentista e infermiere di sala) oltre al chirurgo e all'eventuale personale di supporto, ricordando la responsabilità di equipe elaborata dalla giurisprudenza.

Ancora, è previsto il modo della conta: a voce alta, da due operatori contemporaneamente e quindi le altre verifiche) e la gestione del problema, con l'analisi delle tecnologie delle conseguenze.

* * * * *

È il caso di fare un'analisi sull'impatto di queste Raccomandazioni sulla responsabilità sanitaria in generale e su quella infermieristica in particolare.

Il Ministero non ha previsto una vincolatività diretta della Raccomandazioni.

Come si legge nella Raccomandazione che abbiamo esaminato: *"La Direzione Aziendale è responsabile dello sviluppo e dell'implementazione della presente raccomandazione. Le Direzioni Aziendali che decidano di non utilizzare la presente raccomandazione devono predisporre una propria procedura standardizzata ... Considerate le differenze di organizzazione ed in particolare l'eterogeneità nella composizione della equipe operatoria tra le diverse regioni e strutture sanitarie la presente raccomandazione dovrà essere adattata tenendo conto delle specifiche situazioni"*.

A parte la sanzione pecuniaria a carico delle Regioni che abbiamo visto sopra, a mio avviso hanno una efficacia diretta nella valutazione della responsabilità sanitaria.

Facciamo due ipotesi:

La prima è che la struttura adotti la Raccomandazione.

In questo caso il rispetto di quanto ivi previsto è un vero e proprio obbligo giuridico per l'infermiere che, in quanto lavoratore dipendente, deve osservare le direttive impartite dal datore di lavoro.

La seconda è che la struttura non abbia recepito la Raccomandazione. In questo caso, la Raccomandazione del ministero diventa comunque un criterio di valutazione sia della responsabilità civile, sia della responsabilità penale.

Non voglio affidarmi al tecnicismo giuridico, ma è il caso di accennare che la responsabilità civile dell'infermiere si valuta sul principio di diligenza qualificata (la diligenza commisurata alla natura della prestazione) e la responsabilità penale si valuta (escludendo il dolo) in base alla negligenza (antitesi della diligenza), all'imprudenza e all'imperizia).

L'infermiere, quindi, è giudicato sulla base della diligenza usata nell'esercizio della professione, quindi è valutato in base alla buona pratica infermieristica.

In questo contesto, le Raccomandazioni (al pari a mio avviso delle Linee Guida emanate dalla comunità scientifica) sono indicative (quindi criterio di valutazione) della buona pratica medica/infermieristica e, in quanto tali, caratterizzano direttamente la "colpa" del professionista sanitario.

Infatti (art. 43 c.p.) il reato è colposo non solo per negligenza, imprudenza, o imperizia, ma anche quando è commesso per inosservanza di leggi, regolamenti ordini e discipline.

Per intenderci meglio, riporto un caso esaminato dalla giurisprudenza che vedeva coinvolta una struttura ospedaliera in un caso di pretesa malasanità. La struttura si è difesa dimostrando di aver rispettato le linee guida (che, ripeto, a mio avviso sono assimilabili alle Raccomandazioni) e quindi dimostrando la diligenza clinica. Il giudice in quel caso ha stabilito che "la struttura ospedaliera ha provato di aver esattamente adempiuto la propria obbligazione (quando dimostra) di aver rispettato tutte le norme di prudenza, diligenza e perizia, i protocolli e le linee guida più accreditate nel proprio settore di competenza".

Orbene, il Simes con il sistema di emanazione delle Raccomandazioni, diventerà nelle mie previsioni un elemento imprescindibile per la valutazione della responsabilità sanitaria, un fattore con il quale ogni professionista dovrà confrontarsi.

Avv. Alessandro Cuggiani

I nuovi media per l'infermieristica I video via internet

Questa rubrica si occupa dal circa dieci anni di "rastrellare" il mondo dell'infermieristica sul web e di proporre siti di interesse infermieristico, clinico o informativo per il professionista. A volte invece affronta fenomeni aggregativi, come ad esempio i *social network* (leggasi Facebook® e altri).

Questa volta la proposta va su risorse digitali di altro tipo: i video online; sempre più fruibili, sempre più facili da trovare.

Il primo passo è vedere cosa si può trovare sul più grande distributore di video amatoriali gratuiti sul web, **Youtube®** (<http://www.youtube.com>) e digitare la parola "infermiere" nel campo di ricerca interno: al fianco delle ricorrenze cinematografiche, troviamo degli interessanti documentari apparsi in televisione (vedasi il documentario realizzato dalla redazione di "okkupati" per Rai 3 con la collaborazione della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi) oppure i vari spot realizzati per commemorare o promuovere eventi speciali ("infermiere protagonista nella vita vera" realizzato dalla Fnc Ipasvi e disponibile anche su <http://www.ipasvi.it/chisiamo/>).

Molti i video amatoriali, realizzati da gruppi di infermieri per promozione/denuncia, oppure da studenti per raccontare le esperienze vissute.

Ben diverso se digitiamo sullo stesso campo di ricerca la parola "nurse": gli anglosassoni prediligono la pubblicazione online di video a carattere scientifico, spesso con tecniche specialistiche.

Avete mai visto una televisione infermieristica online? **Nurse**

Tv (<http://www.nursetv.com>) offre minispot di cinque/otto minuti ciascuno, perfetti da vedere su internet, e di ottima qualità: raccoglie miniserie dove gli infermieri sono impiegati nei vari ambiti assistenziali, nella vita vera. Visualizzabili come una vera TV, anche a schermo intero, tutti di seguito come un palinsesto, oppure il vostro preferito. Le stesse serie sono trasmesse su Cnn e Cnbc, ma in quel caso sono predilette le immagini di Area Critica, e un po' plateali. Il sito propone

anche articoli di interesse infermieristico, e proposte di lavoro (solo United States).

Davvero deludente invece la proposta di **Yahoo® Video** che propone solamente stralci di vecchi film o di pubblicità già viste. I video interessanti sono rilanciati a Youtube via Yahoo. Degni di nota alcuni video log.

Ricordiamo che anche il sito della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi raccoglie video propositivi della professione, e che da diversi anni anche il sito del Collegio Ipasvi di Roma, alla sezione "Media Gallery", raccoglie video dei congressi fatti negli anni, che offrono molti minuti di visione (alcuni rasentano l'ora di filmato).

Attualmente online: Sanit 2008, III Conferenza Internazionale e "le politiche della professione infermieristica" della Fnc Ipasvi 2008.

Buona visione!!!

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.



COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA

viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma - metro Ottaviano

Tel. 06.37511597 r.a. - Fax 06.45437034

Email: collegio@ipasvi.roma.it

televideo Rai3 pag. 439 - www.ipasvi.roma.it

Orari apertura uffici:

Lunedì e giovedì: 8.30-12.30 e 14.30-17

Martedì, mercoledì, venerdì: 8.30-12.30