

INFERMIERE

oggi

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

N°2



EDITORIALE
La doppia sfida
della responsabilità

FOCUS
Assemblea annuale,
bilancio e Sanit 2010

CONTRIBUTI
Pain management:
uno studio
infermieristico

SPECIALE
Migliaia di infermieri
alla maratona
"Race for the cure"

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. 2 - APRILE-GIUGNO 2010

FOTO: Mario Esposito
Copertina: Ennio De Santis

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: maggio 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 La doppia sfida della responsabilità
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 Pain management: uno studio infermieristico
di Marco Di Muzio, Domenico Barbato, Maria Santaniello
- 11 L'efficacia di interventi non farmacologici nella gestione del dolore nei neonati. Una revisione della letteratura
di Elena Lucia Pepe, Laura Soldà, Silvia Maria Mancini
- 17 Come partoriscono i papà
di Violetta Nucci, Sara Stagnetta
- 22 Il processing in endoscopia digestiva è possibile ottimizzare le risorse
di Alessandra Guarini
- 28 Indagine descrittivo-osservazionale sulle conoscenze e gli atteggiamenti degli infermieri verso il paziente affetto da dipendenza alcolica
di Teresa Compagnone, Irene Sirchia

FOCUS

ASSEMBLEA ANNUALE, BILANCIO E SANIT 2010

- 38 Un anno di traguardi raggiunti malgrado la crisi istituzionale
- 43 La relazione del Collegio dei Revisori dei Conti
- 46 Toma Sanit, infermieri ancora una volta protagonisti
- 47 Gli eventi formativi a cura dell'Ipasvi
- 48 Più di quattromila infermieri romani hanno già attivato la posta certificata

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 49 Un francobollo speciale per una professione speciale
- 50 Gli infermieri romani sfidano la pioggia e "dominano" la maratona alle Terme di Caracalla
- 52 Il racconto fotografico di una giornata perfetta
- 54 La compagnia teatrale COMICI al Politeama di Catanzaro

DICONO DI NOI

- 55 Toma alla ribalta la grave carenza di infermieri: un'emergenza che la stampa amplifica a titoli allarmati

PILLOLE DI STORIA

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

L'AVVOCATO DICE

- 60 Il rischio di violenza nelle aziende a danno degli operatori sanitari

INFERMIERI IN RETE

- 63 Infermieristica nelle missioni umanitarie



La doppia sfida della responsabilità

di Gennaro Rocco

È l'altra faccia della medaglia, quella con cui si può fare fatica a misurarsi. Che però c'è e va considerata. Di più: va assimilata nei comportamenti e nelle azioni quotidiane, "digerita" giorno per giorno sul posto di lavoro. Quello della responsabilità professionale costituisce oggi più che mai un riferimento costante nella pratica clinica di un infermiere. Chi la ignora o anche la sottovaluta si espone a rischi altissimi, professionali e personali insieme.

La responsabilità ha le sue regole che spesso viaggiano lungo percorsi stretti. Va perciò conosciuta e ben coltivata. Non c'è professionista che tenga se non può dimostrare la sua professionalità, se non dispone di una testimonianza inconfutabile della correttezza del suo lavoro.

La cronaca suggerisce che ce n'è abbastanza per farne un pensiero quotidiano, non certo un'ossessione ma un "vezzo" professionale, ciò che ci distingue da altre figure sanitarie ed che ci eleva al rango di titolari esclusivi dell'assistenza alla persona. Ecco l'altra faccia della medaglia: professionisti di primo livello che, come tali, si fanno carico di nuove e più stringenti responsabilità. Piaccia o no, la posta in gioco è questa e il prezzo può diventare molto alto.

Lo straordinario sviluppo che la professione infermieristica ha vissuto negli ultimi quindici anni consegna a tutti noi un ruolo diverso nello scenario sociale. Siamo cioè diversi anche agli occhi dei cittadini, degli altri professionisti sanitari, degli amministratori e dei politici, perfino di coloro che si ostinano colpevolmente a negarlo. E lo siamo a 360 gradi, anche sul delicato fronte del rischio professionale e delle sue possibili conseguenze sul paziente e sullo stesso operatore.

Potremmo dire che ci vedono cresciuti e pretendono di più, talvolta oltrepassando i limiti fissati dal diritto. In questo senso l'incremento costante del contenzioso giudiziario nei confronti degli infermieri deve suonare come un campanello d'allarme. Dobbiamo prenderne atto e attrezzarci per scongiurare danni, nell'interesse reciproco.

È evidente che la valorizzazione sempre più marcata delle fun-

zioni infermieristiche all'interno dei percorsi clinico-assistenziali comporti di per sé un'esposizione maggiore in termini di responsabilità. In molti casi di contenzioso il problema principale sta soprattutto nella capacità di dimostrare la correttezza professionale ed etica della propria azione, ricostruendo con puntualità le prestazioni erogate e i comportamenti tenuti sul posto di lavoro. Risulta quindi indispensabile adottare strumenti di tutela professionale e legale adeguati, con il fine di garantire la qualità dell'assistenza e documentare l'operato di ciascun infermiere.

Non si è ancora spenta l'eco mediatica sul caso del giovane morto nel reparto detentivo di un ospedale romano dopo una settimana dall'arresto. Le accese polemiche sul comportamento tenuto da medici e infermieri e il successivo pronunciamento della Commissione parlamentare d'inchiesta sul caso hanno tirato in ballo la professionalità del personale sanitario.

Impossibile però non stigmatizzare i processi mediatici inscenati anche sulla professione infermieristica in questi mesi su questo come su tanti altri casi, con i riflettori accesi non sempre sulla verità dei fatti ma sulla spasmodica ricerca di preconcetti scenari di colpevolezza. Quando la giustizia accerta che infermieri e medici hanno commesso dei reati è giusto che siano perseguiti con rigore. Una volta accertate le effettive responsabilità di ciascuno anche il Collegio dovrà fare la sua parte assumendo eventuali provvedimenti disciplinari.

La sfera della responsabilità ha connotati recenti ma già promette di avere un futuro radioso. Di questo dobbiamo assolutamente tenerne conto. Viviamo ormai immersi nell'era digitale, in cui suoni e immagini si registrano, si scambiano e si usano con grande facilità, perfino con disinvoltura.

Per dirla tutta, siamo al punto che in qualificati convegni internazionali si discute della "scatola nera" in sala operatoria, un congegno che consentirebbe al paziente di uscire dalla sala operatoria con la registrazione audio-video integrale dell'intervento subito. E se qualcosa andasse storto, o se anche il comportamento degli operatori non fosse impeccabile, ci sarebbe la

EDITORIALE

“scatola nera” a portare i professionisti in tribunale, ad indicare se c'è responsabilità e da parte di chi. Magari solo per ottenere un ricco risarcimento.

Per questo dobbiamo attrezzarci, innanzi tutto sul piano culturale. La sfida della responsabilità, come fu a suo tempo per l'abolizione del mansionario, fa crescere ciascun professionista e tutta la famiglia infermieristica. Tanto più che racchiude in sé nuovi importanti scenari di sviluppo professionale e occupazionale. Non solo la corretta pratica clinica documentando bene l'attività per evitare problemi legali di natura civile e penale, è possibile anche sfruttare il vasto ambito della responsabilità professionale in forza del ruolo che l'infermiere ha assunto (guadagnandoselo sul campo) nel sistema sanitario di oggi.

Proprio al professionista si rivolge sempre più spesso la magistratura per accertare lo svolgimento dei fatti o individuare le responsabilità degli operatori sanitari. L'Infermieristica legale si sta così affermando come un interessante terreno di studio e di formazione specialistica, mentre un numero crescente di colleghi viene iscritto a pieno titolo negli elenchi dei consulenti dei tribunali.

Il campo del rischio professionale, solitamente temuto perché disseminato di trappole, diviene così un nuovo importante traguardo pieno di opportunità. La richiesta di professionisti specializzati nella valutazione degli aspetti giuridici e giurisprudenziali che riguardano l'assistenza infermieristica è in rapido aumento su tutto il territorio nazionale.

Affrontare i risvolti giuridici della materia impone la qualificazione di esperti che sappiano fronteggiare le esigenze delle Unità operative di Medicina legale collegate a una quantità di enti e strutture pubbliche, dalla sanità alle forze armate, ovunque l'infermiere svolge le sue funzioni. L'infermiere forense diventa perciò una figura centrale nelle perizie disposte dalla

magistratura, nelle cause giudiziarie che trattano eventi traumatici, abusi, violenze.

E' un professionista in grado di prestare una qualificata attività tecnica in ambito medico-legale, clinico e forense, che collabora attivamente con le Direzioni aziendali anche per ridurre il contenzioso; può intervenire in una vasta gamma di situazioni e discipline: dai disastri di massa all'identificazione personale, dalla tanatologia alla criminalistica, finanche in materia di tossicologia forense.

La pratica dell'assistenza legale e forense apre larghi spazi d'impiego per gli infermieri specialisti sia in ambito ospedaliero (Emergenza/urgenza, Dipartimento di psichiatria, Direzione sanitaria, Sale obitoriali, Ostetricia e ginecologia forense, Unità di risk management, Urp, Centri di servizio per violenze sessuali) sia in area extra-ospedaliera (Tribunali, Asl, Sert, Noa, Consulenti, Istituti penitenziari, Agenzie assicurative, Istituti ed enti previdenziali, Ministero della Salute, Assessorati regionali alla Sanità, Uffici sanitari provinciali, regionali e nazionali, sale autoptiche, Forze armate, Polizia giudiziaria).

Con questa ulteriore specializzazione la professione infermieristica si propone con un volto quanto mai moderno, con competenze che garantiscono la qualità e la sicurezza del servizio assistenziale e, al contempo, segnano la giusta via per ridurre l'incidenza degli errori in sanità.

E' la risposta seria di una professione seria al repentino aumento delle responsabilità legate all'attività infermieristica. Un traguardo buono anche per soddisfare la domanda di nuove figure di consulenza specialistica. E' l'obiettivo che ci siamo dati decidendo di crescere ancora e siamo più che mai decisi a coglierlo. Anche questo risponde all'impegno che abbiamo assunto nei confronti dei cittadini con il nuovo Codice deontologico: l'impegno a “saper essere ad alta valenza” sotto il profilo etico e a “saper assistere ad alta valenza” sotto quello professionale.



Pain management: uno studio infermieristico

di Marco Di Muzio, Domenico Barbato, Maria Santaniello

ABSTRACT

Il dolore è un'esperienza soggettiva ed intima della persona caratterizzato da una complessa natura fisiopatologica e da un'eccellente componente affettivo-relazionale e comportamentale.

La promozione del dolore a "sesto parametro vitale" evidenzia l'importanza della sintomatologia algica e la difficoltà della sua gestione: da qui, l'esigenza di uno studio che valuti la preparazione e le conoscenze del fenomeno da parte del personale sanitario - che spesso sottostima il dolore - e i numerosi aspetti del *pain management*.

Lo studio, condotto all'interno di un noto policlinico universitario romano, ha posto **in evidenza la limitata conoscenza delle fondamentali tecniche di gestione del dolore, in particolare di quelle non farmacologiche, e l'inadeguato approccio infermieristico nelle fasi del nursing.**

L'indagine ha permesso alcune riflessioni sulla presenza di una dicotomia fra teoria e pratica nell'approccio verso la persona che presenta dolore, pertanto si evince la necessità di implementare, con corsi di aggiornamento, la preparazione dei professionisti della salute, sino a formare degli *specialist* nella gestione del dolore.

INTRODUZIONE

L'esperienza del dolore e della sofferenza accompagna la storia dell'uomo sin dai suoi albori.

Migliaia di anni trascorsi nel tentativo di allontanare il dolore dall'uomo, di eliminarlo, di lenire le sofferenze, non sono riusciti a scindere lo stretto binomio vita-dolore, proprio perché quest'ultimo è parte integrante dell'esistenza umana:

può essere combattuto ma mai eradicato, alleviato ma mai estirpato.

Il dolore è un'esperienza soggettiva ed intima della persona, vissuto come esperienza estremamente negativa perché riflette, da un lato il concetto di malattia, e dall'altro il limite, la finitezza, l'angoscia della morte.

La complessa natura fisiopatologica, la multifattorialità della sua essenza (coinvolge la sfera emotivo-affettiva, cognitiva, comportamentale e culturale) e le innumerevoli modalità con cui si manifesta da persona a persona, rendono, pertanto, il dolore un fenomeno affascinante, pur se complesso da analizzare, valutare e gestire.

Risulta, quindi, doveroso da parte di chi cura e si prende cura delle persone, possedere delle competenze altamente affinate, conoscenze che permettano un approccio alla sintomatologia dolorosa quanto più corretto possibile.

L'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica e: *"si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari"* (art. 34 del Codice deontologico).

Tuttavia, dalla letteratura emerge un'impropria gestione del dolore, principalmente per scarsa conoscenza ed atteggiamenti negativi degli operatori sanitari nei confronti di procedure e terapie alternative (anche se il termine "alternativo" spesso rimanda a pratiche ritenute usuali in altre culture e popoli del mondo).

La necessità di un'elaborazione circa la fenomenologia del dolore appare chiara nel momento in cui si evidenziano questi aspetti. Pertanto, **tale studio ha lo scopo di mettere in luce le conoscenze del personale infermieristico circa la gestione del dolore,**



indagare sulla pratica clinica messa in atto nella gestione della sintomatologia algica, ed analizzare la preparazione e le credenze degli operatori sanitari sull'argomento.

In Italia, in campo infermieristico, gli studi condotti sono relativamente sotto la media degli altri Paesi europei. Per questo motivo, è interessante arricchire il patrimonio bibliografico esistente, dando un contributo alla letteratura italiana in tal senso.

MATERIALI E METODI

Il materiale reputato più adatto all'indagine si è rivelato un questionario, a risposta multipla, da somministrare agli infermieri. Esso ha consentito di analizzare aspetti legati alla valutazione del dolore, al suo trattamento con o senza farmaci e di verificare i comportamenti nella gestione del dolore.

Il questionario è composto da due parti: la prima con dati personali degli infermieri (tipo di reparto in cui praticano la professione, anzianità di servizio, titolo di studio) e la seconda, con 23 *item* relativi all'argomento oggetto di studio (sei con risposta dicotomica, "sì" o "no"; cinque con risposta aperta; le restanti a risposta multipla).

Disegno dello studio

Lo studio condotto è di tipo descrittivo di I livello ed intende fotografare al "tempo zero" l'approccio clinico ed assistenziale esistente in tema di dolore fisico, al fine di dimensionarne gli aspetti ideologici e di atteggiamento individuali nonché conoscitivi ed operativi sul campo.

Unità operative sotto osservazione

Sono stati posti sotto osservazione reparti di degenza di cliniche chirurgiche, mediche e di terapia intensiva di un noto policlinico romano, scelte in modalità *random*.

Esclusi, i reparti di pronto soccorso e gli ambulatori, perché meno rappresentativi e accreditati per tale tipo di studio.

Popolazione dello studio

La popolazione dello studio è composta da tutti gli infermieri, senza limitazioni di età, titolo di studio o anni di servizio, che lavorano presso i reparti citati.

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale valida</i>	<i>Percentuale cumulata</i>
Maschio	21	42	42	42
Femmina	29	58	58	100
Totale	50	100	100	

Tabella 1. Suddivisione del campione per sesso

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale valida</i>	<i>Percentuale cumulata</i>
Fra i 20 e i 30 anni	4	8	8	8
Fra i 31 e i 40 anni	18	36	36	44
Fra i 41 e i 50 anni	21	42	42	86
Fra i 51 e i 60 anni	3	6	6	92
Più di 60 anni	4	8	8	100
Totale	50	100	100	

Tabella 2. Suddivisione del campione per età

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale valida</i>	<i>Percentuale cumulata</i>
Valore Mancante	1	2	2	2
Licenza media	8	16	16	18
Diploma di scuola superiore	29	58	58	76
Laurea in scienze infermieristiche	12	24	24	100
Totale	50	100	100	

Tabella 3. Suddivisione del campione per titolo di studio

Campione di ricerca

Il campione di ricerca è di tipo "a presentazione" ed include 50 infermieri di ambo i sessi, che lavorano presso il policlinico romano e che prestano servizio nei reparti scelti.

Per ogni reparto, è stato selezionato circa il 20% degli infermieri professionali presenti in servizio sulle 24 ore.

Raccolta ed analisi dei dati

La raccolta dei dati è avvenuta con decorrenza il 15 giugno 2009 e scadenza il 30 giugno 2009.

In quest'arco di tempo, sono stati somministrati i questionari ai soggetti campione, presenti nei reparti ed in turno in quel momento.

Il gruppo si è recato nei reparti scelti e ha introdotto il contenuto, le modalità e lo scopo del questionario.

Gli infermieri hanno avuto circa due ore di tempo per la sua compilazione. Al termine del periodo di raccolta dei dati, i questionari sono stati analizzati ed elaborati mediante software Spss® (*Statistical Package for Social Science*) ed Excel® 2003.

RISULTATI

Le caratteristiche dei soggetti campione sono riportate nelle tabelle 1, 2 e 3, contenenti, rispettivamente, la suddivisione del campione per sesso, l'età e il titolo di studio posseduto.

Nel complesso, risulta che il campione sia composto per il 58% di donne, e per il 42% da soggetti con età compresa tra i 41 e i 50 anni di età.

Soltanto un quarto dei soggetti campione possiede una laurea in Scienze infer-

mieristiche (24%), mentre prevale il diploma di scuola media superiore, con una frequenza del 58%.

Corsi di aggiornamento sul dolore

La maggior parte degli infermieri, circa il 64%, ha riferito di aver frequentato, negli ultimi cinque anni, almeno un corso di aggiornamento inerente alla gestione infermieristica del dolore.

Concezione del dolore

Oltre la metà dei soggetti campione (62%), ritiene che il dolore sia soltanto un sintomo di una malattia. Circa un quarto, invece, considera il dolore una diagnosi infermieristica a tutti gli effetti, contro il 10% che invece reputa il dolore un bisogno dell'uomo. Per un'esigua parte del campione, il dolore rappresenta un vero e proprio parametro vitale.

Dall'analisi statistica dei dati è emerso che la media della distribuzione vale 1,78 (relativamente alla sequenza delle risposte), mentre la deviazione *standard* è pari a 1,148 rispetto alla media.

Valutazione del dolore: le responsabilità

Per quanto riguarda la valutazione del dolore, quasi la metà del personale infermieristico ritiene che sia esclusiva responsabilità medica, mentre il 38% una responsabilità infermieristica. Solo una minima parte crede che la valutazione del dolore sia di responsabilità di uno specialista del dolore.

La media della distribuzione è pari a 2, con una deviazione *standard* di 1,229 che sottolinea la disomogeneità dei dati raccolti.

Misurazione del dolore in pazienti incapaci di comunicare

Quasi la metà del campione risponde che spesso è possibile misurare l'inten-

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale valida</i>	<i>Percentuale cumulata</i>
Infermieristica	19	38	38	38
Medica	24	48	48	86
Specialistica	1	2	2	88
Altro	6	12	12	100
Totale	50	100	100	

Tabella 4. Responsabilità nella valutazione del dolore

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale valida</i>	<i>Percentuale cumulata</i>
Sempre	20	40	40	40
Spesso	24	48	48	88
Raramente	3	6	6	94
Mai	1	2	2	96
Non so	2	4	4	100
Totale	50	100	100	

Tabella 5. Capacità di misurare il dolore in pazienti incapaci di comunicare

sità del dolore in un paziente incapace di comunicare, ma vi è anche una buona porzione (circa il 40%) che pensa che ciò sia sempre possibile.

Infatti, dall'analisi dei dati emerge una media di 1,82, mentre lo scarto quadratico medio, pari a 0,941, mette in luce la prevalenza delle prime due risposte rispetto alle altre.

Atteggiamento nei confronti del dolore lieve-moderato

La maggioranza degli infermieri del campione, solitamente, avvisa il medico ogni qual volta si presenta un paziente con dolore da lieve a moderato. Solo un quarto riferisce, invece, di utilizzare un approccio di tipo non farmacologico, proponendo al paziente dei metodi

alternativi agli antidolorifici.

Purtroppo, ancora una buona parte pensa immediatamente alla somministrazione di un farmaco analgesico.

Rivalutazione del paziente con dolore

La quasi totalità degli infermieri (86%) che ha partecipato allo studio ha espresso, in unanime accordo, l'utilità della rivalutazione del paziente con dolore a seguito della somministrazione di una terapia antalgica.

Il miglior giudice dell'intensità del dolore

Alla domanda riguardante chi sia il miglior giudice per valutare l'intensità del dolore, la stragrande maggioranza ha ritenuto più consona la figura del paziente stesso. Il 14% rappresenta la percentuale di coloro i quali identificano come miglior giudice una figura professionale.

La media statistica della distribuzione di dati corrisponde a 1,18 e lo scarto quadratico medio assume valore di 0,629.

Registrazione degli episodi di dolore

Un fattore positivo, emerso dall'analisi dei dati, è che la maggior parte degli infermieri registra sempre nella docu-

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale valida</i>	<i>Percentuale cumulata</i>
Paziente	41	82	82	86
Medico	3	6	6	92
Infermiere	4	8	8	100
Valore Mancante	2	4	4	4
Totale	50	100	100	

Tabella 6. Chi è il miglior giudice per valutare l'intensità del dolore

mentazione clinica episodi di dolore; un quarto svolge tale attività spesso, e solo un'esigua porzione riferisce di non farlo.

Scale di misurazione del dolore

Due *item*, a risposta dicotomica, sono state proposte in merito all'utilizzo delle scale di misurazione del dolore.

L'86% degli infermieri facenti parte del campione ha affermato di non utilizzare mai alcuna scala di misurazione per valutare il livello di dolore di un paziente. Del 14% che ha risposto il contrario, solo il 10% è stato in grado di dichiarare quale scala di misurazione utilizzi nella normale pratica clinica. La domanda prevedeva cinque risposte, di cui solo le prime due rappresentavano una scala di misurazione realmente esistente, ovvero la Vas e la Nrs.

Il 90% degli infermieri non ha, dunque, risposto alla domanda, anche se tra le opzioni, alla voce "altro", era possibile inserire una qualsiasi scala di misurazione a scelta, nel caso in cui non si conoscessero quelle elencate.

Pianificazione dell'assistenza

La pianificazione è una delle fasi principali del processo del nursing, senza cui non si potrebbero individuare obiettivi ed attuare pratiche infermieristiche per il loro raggiungimento.

In riferimento all'importanza della pianificazione infermieristica, il 48% del totale delle unità statistiche analizzate ha affermato che abitualmente utilizza il processo di nursing per la gestione del paziente con dolore. Tale dato può avere una doppia chiave di lettura: rispetto al passato, è indice di un cambiamento positivo in atto e di crescita professionale, mentre rispetto alla preparazione universitaria attuale sembra non reggerne il passo.

Tecniche non farmacologiche

Queste tecniche sono dei mezzi grazie a cui l'infermiere può approcciarsi alla sintomatologia dolorosa, integrando pensiero critico e perizia scientifica senza mai perdere di vista la centralità del paziente e i suoi bisogni di salute. Per analizzare la conoscenza di tecniche non farmacologiche sono stati posti otto *item*.

Il 56% degli infermieri afferma di non essere a conoscenza di tecniche di gestione del dolore acuto di tipo lieve-moderato, alternativo ai farmaci. Al 42% dei soggetti-campione che hanno risposto affermativamente alla domanda sulla conoscenza di tecniche alternative ai farmaci, è stato chiesto di elencare almeno quattro di queste tecniche. Ma l'80,5% degli infermieri non ha dato alcuna risposta. La restante percentuale ha risposto in maniera frammentaria, riportando diverse tecniche di gestione non farmacologica del dolore, tra cui una errata: il termine neuro-abrasione non fa capo, infatti, ad alcuna tecnica finora realizzata. Forse è stato confuso con "neuro-ablazione".

Il 40% dei soggetti-campione è incerto per quanto riguarda l'efficacia della tecnica della distrazione nel trattamento del dolore da lieve a moderato. Un totale del 58% esprime, invece, un'opinione positiva a riguardo, mentre soltanto il 2% nega

l'efficacia di tal mezzo terapeutico.

La media risulta compresa tra 2 e 3, poiché la seconda e la terza sono le risposte a maggiore frequenza, mentre la deviazione standard ha valore 0,85.

Inoltre, l'82% del totale degli infermieri facenti parte del campione afferma di non sapere cosa sia la Tens. Il 6% non ha dato alcuna risposta.

E' stato poi chiesto ad ogni membro del campione se sapesse a cosa corrispondesse l'acronimo Tens: il 44% degli infermieri non è stato in grado di rispondere alla domanda, mentre 1/3 ha ammesso di non conoscere cosa rappresenti l'acronimo.

I due/quinti del campione risultano incerti circa l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento del dolore cronico. Un totale del 48% è, tuttavia, convinto dell'adeguatezza di tale tecnica antalgica, mentre per un/decimo del campione ritiene che non abbia alcuna efficacia terapeutica.

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale valida</i>	<i>Percentuale cumulata</i>
A orario fisso	2	4	4	4
Al bisogno	15	30	30	34
A orario fisso e al bisogno	31	62	62	96
Non so	2	4	4	100
Totale	50	100	100	

Tabella 7. Quando somministrare i farmaci analgesici

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>	<i>Percentuale valida</i>	<i>Percentuale cumulata</i>
Terapia farmacologica a orari fissi	16	32	32	32
Terapie non farmacologiche	1	2	2	34
Somministrazione di terapia al bisogno	17	34	34	68
Unione di terapia farmacologica e non farmacologica	15	30	30	98
Unione di terapia al bisogno e terapia non farmacologica	1	2	2	100
Totale	50	100	100	

Tabella 8. Il modo più efficace per combattere il dolore



Per quanto riguarda l'applicazione di caldo e freddo nella zona dolente, solo il 2% afferma che questa sia una propria pratica abituale, il 42% utilizza tale tecnica spesso, mentre il 36% asserisce di praticarla raramente. Il 16% dei rispondenti non si avvale delle applicazioni di caldo e freddo come terapia del dolore.

L'ultima domanda inerente alle tecniche non farmacologiche per la gestione infermieristica del paziente con dolore riguarda il posizionamento e l'igiene personale.

In questo caso, i tre/quarti dei professionisti è d'accordo nell'affermare che posizionamento ed igiene ottimali favoriscano l'attenuazione del dolore lieve-moderato. Il 20% presenta dei dubbi circa l'efficacia di queste tecniche, e solo una piccola percentuale crede fermamente che tali metodiche siano poco utili per gestire un paziente che presenti una sintomatologia dolorosa.

La media della distribuzione ha valore 2, mentre la deviazione standard è di 0,782.

Farmaci analgesici

Secondo il 62% degli infermieri, la terapia farmacologica deve essere somministrata ad orario fisso ed ogni qualvolta il paziente ne abbia bisogno; un/terzo ritiene che gli antidolorifici debbano essere somministrati solo al bisogno, mentre il 4% è dell'idea che vadano somministrati, in ogni caso, ad orario prestabilito.

Il questionario si conclude con due *item* che vogliono raccogliere delle opinioni del personale infermieristico facente parte del campione.

L'88% degli infermieri ritiene sia necessaria, nella pratica clinica, una figura esperta nella gestione del paziente con dolore, un punto di riferimento all'interno dei reparti che si occupi specificatamente di tale problematica quotidiana. L'altra domanda consiste in una autova-

lutazione critica delle proprie conoscenze in merito alla gestione infermieristica dei pazienti con dolore.

Nonostante la quasi totalità degli infermieri creda nella necessità della presenza di uno *specialist del pain management*, la maggioranza si ritiene "abbastanza preparato" a gestire un paziente con dolore.

DISCUSSIONE

L'indagine conoscitiva ha evidenziato che, in misura più o meno maggiore, tutti gli infermieri in servizio presso il policlinico romano, scelto come luogo di studio, si trovano quotidianamente a contatto con la dimensione del dolore del paziente, nei suoi molteplici aspetti determinati direttamente dallo status clinico specifico del paziente stesso.

Gli infermieri frequentano in buona parte corsi di aggiornamento relativi alla gestione del dolore, e lo considerano per lo più come manifestazione di una patologia.

Tuttavia, lo studio evidenzia uno scarso atteggiamento emotivo di "responsabilità professionale" nei confronti di tale problema: l'opinione predominante è che la valutazione e la gestione del dolore, anche nelle forme più lievi, sia di responsabilità esclusivamente medica, nonostante il Codice Deontologico dell'infermiere dedichi un intero articolo circa il dovere morale di impegno professionale.

Dato estremamente positivo risulta essere la registrazione degli episodi di dolore nella documentazione clinica dei pazienti, anche se gran parte del personale infermieristico non utilizza una pianificazione della gestione del paziente che presenta dolore, quasi come se la registrazione fosse un atto fine a se stesso, anziché il punto di partenza di una complessa gestione infermieristica del fenomeno.

L'infermiere risulta consapevole della soggettività dell'esperienza del dolore, e dunque del fatto che tutto ciò che il paziente riferisce debba essere considerato di estrema importanza, e non sottovalutato, poiché egli è il miglior giudice per la valutazione del proprio problema di salute.



La Pietà di Michelangelo

All'evidenza che il dolore del paziente sia una dimensione esclusiva e da non sottovalutare, corrisponde, però, uno scarso approccio sistematico di controllo, valutazione e gestione del dolore: lo studio ha messo in luce che gli infermieri utilizzano a livelli minimi gli strumenti specifici di rilevazione e di monitoraggio dell'intensità del dolore, come la Vas (addirittura, frequentemente misconosciuta).

L'indagine ha messo in evidenza conoscenze teorico-pratiche in tema di approccio al dolore del paziente davvero minime.

Dal punto di vista di un approccio farmacologico, la pratica della terapia al bisogno per scopi antalgici costituisce prassi ancora molto diffusa.

Per quanto riguarda le tecniche non farmacologiche, lo studio ha evidenziato una grande carenza di conoscenze: molti hanno lacune circa l'esistenza di metodiche alternative ai farmaci, pochi

sanno quali esse siano e questo riflette evidentemente la scarsa applicazione di tecniche non farmacologiche nella pratica clinica quotidiana.

E' risultata una grande variabilità di opinioni circa l'efficacia delle più comuni tecniche non farmacologiche di gestione del dolore: tale ventaglio di risultati evidenzia una disorganicità di conoscenze delle principali evidenze scientifiche e degli studi esistenti in letteratura circa l'efficacia di tali tecniche.

L'*Evidence Based Nursing* (Ebn) sostiene che il miglior approccio alla gestione del dolore sia rappresentato dal binomio "terapia farmacologica- tecniche non farmacologiche", ma questo messaggio non sembra essere stato colto da gran parte della popolazione infermieristica, purtroppo, ancora molto legato alla pratica del "si è sempre fatto così", piuttosto che alle migliori prove di efficacia.

Dagli ultimi due *item*, a carattere volutamente provocatorio, si evince che gli

infermieri necessitano di una figura esperta per la gestione del dolore, di uno specialista, e che sono pochi gli infermieri ad autovalutarsi molto preparati nella gestione del dolore.

Dall'analisi dei questionari è emerso che il 62% degli infermieri si sente "abbastanza preparato" nel *pain management*: ma può il termine "abbastanza" essere proprio di un professionista della salute?

CONCLUSIONI

L'indagine, seppur su un campione limitato, permette alcune riflessioni sulla presenza di una dicotomia fra teoria e pratica nell'approccio verso la persona che presenta dolore, fra raccomandazioni legislative, deontologiche e scientifiche, su valutazione e controllo del dolore nell'assistenza alla persona, e la reale applicazione di queste indicazioni.

In letteratura, è stato già ampiamente documentato come la politica di gestione del dolore debba prevedere l'implementazione dei corsi di aggiornamento finalizzati ad un miglioramento non solo delle conoscenze teoriche, ma anche e soprattutto, di quelle pratiche che coinvolgono tutti gli attori di questo processo.

Gli infermieri sono chiamati a saper essere dei veri professionisti della salute, aggiornando con continuità e dedizione le proprie conoscenze, **a sapere e comprendere le fondamenta cliniche ed assistenziali di una gestione del dolore** che si conformi alle linee guida e alle migliori prove di efficacia internazionali, **e a saper fare, ovvero, essere in grado di mettere in pratica le proprie conoscenze** sulla base delle evidenze scientifiche, **con consapevolezza e meticolosità**.

AUTORI:

Marco Di Muzio, docente di Discipline Infermieristiche, corso di laurea in Scienze Infermieristiche, università "La Sapienza", Roma;
Domenico Barbato, laureato in Infermieristica, università "La Sapienza", Roma.
Maria Santaniello, laureata in Infermieristica, università "La Sapienza", Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Alfieri C et al, *Glossario sulla gestione del dolore postoperatorio*, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Direzione sanitaria aziendale. 2008
- Amadori D & Maltoni M, *Curare il dolore o il malato?* La rivista italiana di cure palliative, 2(4), 245-246. 2000.
- Angeletti C, *Dolore acuto e disfunzione immunitaria*. Dolore: Aggiornamenti clinici, 11 (1-2), 2-4. 2005.
- Beach P, *Management of Chronic Pain*. Clinical Journal of Oncology Nursing, 12 (1), 161-163. 2008.
- Bellocci G & Tiengo M, *La storia del dolore*, Salerno. Edizione per Roche S.p.a. 2005.
- Belotti L, *La terapia del dolore cronico nell'anziano mediante l'uso delle medicine complementari*. Nursing Oggi Geriatria, 28-34. 2005.
- Bertirotti A & Cobianchi S, *La musica nel trattamento del dolore*. Società, medicina e neuroscienze. Università degli Studi di Firenze.
- Bertolini R, Bombardi S & Manfredini M, *Assistenza infermieristica e Ostetrica Transculturale, teoria metodologia e applicazioni*. Editore Ulrico Hoepli Milano. 2009.
- Bond BS, *Equianalgesia: applying evidence-based practice guidelines*. Clinical Journal of Oncology Nursing, 12 (3), 527-529. 2008.
- Boz G, *Linee guida per il trattamento del dolore acuto postoperatorio*. Ulss 8 ospedale Montebelluna (Tv). 2005.
- Brugnolli A, *La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo*. Assistenza infermieristica e ricerca, 26(1), 38-45. 2007.
- Catania G, Costantini M, Lambert A, Luzzani M, Marceca F & Tridello G, et al, *Validazione di uno strumento che misura le conoscenze e gli atteggiamenti degli infermieri italiani sulla gestione del dolore*. Assistenza infermieristica e ricerca, 25(3), 149-156. 2006.
- Cattaneo C, Alvaro R & Zucco F, *Un contributo alla direzione infermieristica*. La rivista italiana di cure palliative, 3, 33-42. 2007.
- Charles G, *Acute Postoperative Pain Management and Malfunctioning Epidural Catheter*. Oncology Nursing Forum, 30 (2), 217-218. 2003.
- Choi YS, *Epidemiology of complex regional pain syndrome: a retrospective chart review of 150 korean patients*. The Korean Academy of Medical Sciences, 23, 772-775. 2008.
- Ipsavi Roma, *Le fonti multimediali della ricerca infermieristica*. 2001.
- Comley AL & Banks C, *Pain management: clinician survey and institutional needs assessment*. Baylor University medical center proceedings, 13 (3), 230-235. 2000.
- Craven RF & Hirnle CJ, *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*, Ambrosiana. 2004.
- Da Col D, *Il dolore nella quotidianità assistenziale*. Congresso Nazionale Aniasi 2000 (Ge).
- Dallapè F, *Strumenti per la valutazione del dolore pediatrico*. 2006
- De Lucia O, *Il trattamento del dolore*. 2007
- Degan M & Sorrentino AR, *Ospedale senza dolore: efficacia di un progetto formativo per il trattamento del dolore acuto post-operatorio*. Nursing oggi, 12 (3), 6-12. 2007.
- Di Giacomo P, Di Giulio C & Zaccaro A, *L'infermiere e il dolore postoperatorio*. Professioni infermieristiche, 59(4), 233-241. 2006.
- Donatelli F et al, *Farmacodinamica ed uso clinico degli analgesici adiuvanti*. Dolore: Aggiornamenti clinici, 11 (1-2), 10-12. 2005.
- Ipsavi, *Codice Deontologico dell'infermiere*. 2009.
- Giacomelli R, *Pazienti e relazioni: quando capita l'incontro frontale con il dolore*. Assistenza anziani, 53-55. 2008.
- Golden AB, *A multidisciplinary approach to nonpharmacologic pain management*. Journal of the American Osteopathic Association, 102 (9), 1-5. 2002.
- Gottschalk A & Smith DS, *New Concepts in Acute Pain Therapy: Preemptive Analgesia*. American Family Physician, 63 (10), 1979- 1986. 2001.
- Guardini I, Salamini R, Fiorillo F, Cappelletto G & Lirutti M, *L'efficacia della formazione nella gestione del dolore*. La rivista italiana di cure palliative, 6(1), 23-28. 2006.
- Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture. Acknowledgements*.
- Guyton AC, *Elementi di Fisiologia Umana*, Piccin Editore, Padova. 1980.
- Howard R, *Preoperative and postoperative pain control*. Archives of Disease in Childhood, 69, 699-703. 1993.
- Howell D et al, *Assessment and management of pain*. Supplement. Nursing best practice guideline. 2007
- Il trattamento del dolore postoperatorio. Una guida per i pazienti*.
- Jamison RN, *Clinical Measurement of pain. Postoperative pain Management*. Churchill Livingstone, New York, 119-132.1993
- Marinelli N, *L'interferenza del sintomo dolore nella relazione di aiuto. Il ruolo dell'infermiere nella gestione del paziente con dolore*. Scenario, 22(1), 14-17. 2005.
- McCaffery MS. et al, *Nurses' knowledge about cancer pain: a survey of five countries*. J Pain Symptom Manage, 10, 356-367. 1995.
- Miller MA, Drakontides A.B. & Leavell L.C., *Anatomia e Fisiologia*, Piccin Editore, Padova. 1985
- Minuzzo S, *Nursing del dolore*, Carocci Faber, Roma. 2004.
- Motta CP, *Personalizzazione dell'assistenza infermieristica: un inquadramento metodologico*.
- Motta CP, *Processo di assistenza infermieristica e dolore*.
- Murray S, Collins PD & James MA, *Neurostimulation treatment for angina pectoris*. Heart, 83, 217-220. 2000.
- Nadler SF, *Nonpharmacologic management of pain*. Journal of the American Osteopathic Association, 104 (11), 6-12. 2004
- Novi SL, Lauri S, *Patients' and nurses' assessment of cancer pain*. Eur J Cancer care, 8, 213-219. 1999
- Oms, *Cancer pain relief with a guide to opioid availability*. Geneva: World Health Organization.1996
- Orlando S, *Il dolore nel bambino*. 2004
- Pedrotti D, *Il controllo del dolore post-operatorio*.
- Pelàez M, *A proposito del dolore [editoriale]*. International nursing perspectives, 4(2), 53-55. 2004.
- Pivi F, Malewski G & Bonarelli S, *Saper controllare il dolore nel bambino*. Quaderni acp, 11(1), 38-41. 2004.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, *La terapia del dolore: orientamenti bioetici*. 2001

Pryse-Phillips et al, *Guidelines for the nonpharmacologic management of migraine in clinical practice*. The Canadian Medical Association Journal, 159 (1), 47-54. 1998.

Russo M, *Antropologia della cura: il silenzio come linguaggio*. International nursing perspectives, 2(2), 105-114. 2002.

Saiani L, *Il controllo dei sintomi quando ci sono alterazioni cognitive [editoriale]*. Assistenza infermieristica e ricerca, 26(1), 2-4. 2007.

Sanderson JE, *Electrical neurostimulators for pain relief in angina*. British Heart Journal, 63, 141-143. 1990.

Sbanotto A et al, *Progetto ospedale senza dolore a cura del comitato Ospedale Senza Dolore dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano*. 2008

Sichetti D, Fosco B, Romero M & Tognoni G, *Programma ecad-o epidemiologia clinico-assistenziale del dolore in ospedale*. Assistenza infermieristica e ricerca, 26(2), 84-91. 2007.

Cittadinanzattiva, *No al dolore inutile*. Mondo sanitario, 13(4-5), 37-38. 2006.

Veneziani A, *Breve corso sul trattamento del dolore post operatorio*.

Ventafridda V, *Il progetto "Ospedale senza dolore"*. La rivista italiana di cure palliative, 3 (2), 111-113. 2001.

White PF, *Electroanalgesia: Its Role in Acute and Chronic pain management*. Anesthesia and analgesia, 92, 505-513. 2001.

White PF, *Electroanalgesia: Does It Have a Place in the Routine Management of Acute and Chronic Pain?* Anesthesia and analgesia, 98, 1197-1198. 2004.

WHO *Treatment Guidelines on pain related to cancer, HIV and other progressive life-threatening illnesses in adults*. 2008

Wilkinson MJB, *Does 48 hours' bed rest influence the outcome of acute low back pain?* British Journal of General Practice, 481-484. 1995

Woodham A & Peters D, *Il grande libro delle terapie dolci*, Mondadori, Milano. 1998.

Zampieron A & Zanotti R, *Dolore e percezione di efficacia del trattamento: indagine osservazionale*. Professioni infermieristiche, 61(1), 3-8. 2008.

IN PILLOLE

Un gene tutto italiano contro la distrofia muscolare di Duchenne

Un gruppo di ricercatori dell'Istituto di Biologia e Patologia Molecolari (Ibpm) e dell'Istituto di Neurobiologia e Medicina Molecolare del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Roma ha testato e brevettato una molecola sintetica, denominata "Jazz", rivelatasi altamente efficace nel trattamento di cavie affette Distrofia muscolare di Duchenne (Dmd).

Si tratta di una patologia genetica caratterizzata dalla perdita della distrofina, la proteina che provvede alla corretta stabilità meccanica del muscolo durante la contrazione. La Dmd evolve nella degenerazione del tessuto muscolare e provoca la perdita progressiva e irreversibile delle capacità motorie e respiratorie. Circa un bambino su 3.000 nasce affetto da Dmd a causa di mutazioni sul cromosoma X che alterano il gene della distrofina.

La strategia molecolare messa a punto dai ricercatori italiani del Cnr punta ad aumentare nel muscolo distrofico i livelli della proteina utrofina, un omologo funzionale della distrofina.

Normalmente, nel muscolo l'utrofina è molto espressa al momento della nascita ma poi si attenua con la crescita. Utilizzando il gene regolatore sintetico "Jazz", adeguatamente inserito nel Dna dei topi, si è ottenuto un aumento significativo del livello di utrofina che si è rivelato utile a sostituire le funzioni espletate dal gene della distrofina. Lo studio, pubblicato sulla rivista Human Molecular Genetics, registra come nelle cavie distrofiche Mdx, il gene "Jazz" previene e contrasta la perdita di funzione muscolare e dunque la progressione della malattia. Considerando l'aspetto notevolmente innovativo della ricerca, finanziata in parte da Telethon e Regione Lazio/Filas, il team del Cnr ha firmato un accordo con la società israeliana Ilit-Bio Ventures che consente al Consiglio Nazionale delle Ricerche di mantenere la titolarità della proprietà intellettuale brevettata e alla società israeliana di promuovere e commercializzare il know-how basato sull'impiego di tale tecnologia.

L'efficacia di interventi non farmacologici nella gestione del dolore nei neonati

Una revisione della letteratura

di Elena Lucia Pepe, Laura Soldà, Silvia Maria Mancini

ABSTRACT

I neonati ricoverati nelle terapie intensive sono sottoposti ad un numero elevato di procedure dolorose ed è, ormai, dimostrato che stimoli dolorosi ripetuti portano conseguenze a livello fisiologico, neurologico e comportamentale, sia a breve che a lungo termine. Allo scopo di reperire studi a supporto dell'efficacia di metodi non farmacologici (saturazione sensoriale, allattamento, *Kangaroo-care*, somministrazione di glucosio) per la gestione del dolore nei neonati sottoposti a procedure dolorose è stata ricercata la letteratura scientifica pubblicata negli ultimi cinque anni su banche dati internazionali quali: *Medline*, *Cinhal*, *Cochrane*. I criteri di selezione includevano: meta-analisi, *review* e studi randomizzati su neonati a termine e/o pre-termine, nati da madri sane, sottoposti a procedure dolorose a scopo diagnostico.

Non sono stati considerati studi in cui la procedura dolorosa era la circoncisione e quelli in cui i neonati erano ventilati. Sono stati selezionati 13 studi: due valutavano l'efficacia analgesica della saturazione sensoriale; quattro della *Kangaroo-care*; sei dell'allattamento; una *review* sul glucosio orale.

Le procedure dolorose consistevano nel prelievo capillare dal tallone e nella venipuntura.

Le misure di *outcome* erano basate su parametri fisiologici e comportamentali e su scale validate di valutazione del dolore.

Solo uno studio riportava effetti avversi. In conclusione: gli studi sulla saturazione sensoriale hanno mostrato una diminuzione del dolore statisticamente rilevante, sia nei neonati a termine che nei prematuri; gli studi sull'allattamento non permettono di validare l'efficacia di tale pratica; quelli sulla *Kangaroo-care* ne dimostrano l'efficacia nei neonati prematuri; la *review* sulla somministrazione di glucosio conferma il suo effetto analgesico e ne identifica un dosaggio ideale.

INTRODUZIONE

Il neonato sente dolore.

Una scoperta che risale solo alla seconda metà degli anni '80, quando il professor K. J. Anand dell'università del Kansas, dopo numerosi studi, pubblicò sul "Nejm" un articolo in cui affermava che, in realtà, già a partire dalla XXIV settimana di età gestazionale sono presenti le basi anatomiche e fisiologiche per la percezione del dolore.

Per il neonato, in particolare, è stato scoperto che il sistema neuro-eccitatorio (ovvero, l'organizzazione nervosa deputata al trasporto verso il cervello degli stimoli sensitivi) ha un rapido sviluppo, mentre le vie inibitorie, che dal cervello modulano l'intensità degli stimoli in arrivo, maturano più lentamente.

La conseguenza è che nel neonato la trasmissione del dolore attraverso il midollo spinale è amplificata e, solo dopo settimane, si ha lo sviluppo di un adeguato si-

stema di controllo.

Se ne deduce che i neonati non solo percepiscono il dolore, ma lo percepiscono con una intensità maggiore rispetto agli adulti.

Si calcola che i neonati ricoverati in una terapia intensiva neonatale subiscano da una a 21 procedure al giorno, la maggior parte delle quali dolorose.

È dimostrato che episodi ricorrenti di dolore possono provocare un peggioramento della prognosi, con conseguente prolungamento dei tempi di guarigione e dell'eventuale ricovero.

Nello specifico, il dolore può determinare, nell'immediato, aumento del consumo di ossigeno e delle resistenze polmonari, alterazioni dei parametri vitali e ormonali, aumento della pressione intracranica con rischio di emorragia, sofferenza cerebrale; mentre, a distanza può provocare deficit neurologici e di sviluppo, difficoltà comportamentali, sociali ed emozionali, disordini cognitivi, mne-monici e di apprendimento, disturbi del sonno e dell'alimentazione.

Tuttavia, **ancora oggi, è poco diffuso sia l'uso delle tecniche analgesiche farmacologiche, a causa degli effetti avversi, sia di quelle non farmacologiche, probabilmente, per la tendenza a considerare minima la sensazione del dolore nei primi momenti della vita, o per la convinzione che il piccolo non ricordi l'esperienza dolorosa o per la scarsa dimestichezza degli operatori con tali tecniche** per



mancanza di formazione specifica e di linee guida condivise. Obiettivo di questa revisione è reperire evidenze scientifiche a supporto dell'efficacia dell'utilizzo dei metodi non farmacologici, quali la *Kangaroo-care*, la somministrazione orale di glucosio, l'allattamento, la saturazione sensoriale, nella gestione del dolore nei neonati sottoposti a procedure invasive, con la speranza di incoraggiarne l'uso nella pratica clinica.

MATERIALI E METODI

È stata effettuata una ricerca della letteratura scientifica pubblicata negli ultimi cinque anni su banche dati la cui serietà è ufficialmente riconosciuta quali: *MEDLINE*, *Cinhal*, *Cochrane* e *Ilisi*.

È stato formulato un quesito di ricerca: "Nei neonati, a termine e/o pretermine, sottoposti a procedure invasive, la percezione del dolore può essere attenuata attraverso l'utilizzo di interventi non farmacologici?".

Sulla base di questo è stato possibile identificare le "parole chiave" indispensabili per la consultazione dei repertori bibliografici: *infants/newborn*, *sensorial*

saturation, *Kangaroo-care*, *skin-to-skin*, *orale glucose*, *non-nutritive sucking*, *breastfeeding*, *procedural pain*, *pain measurement*.

I criteri di selezione includevano meta-analisi, *review* e studi randomizzati, pubblicati in italiano o in inglese, su neonati a termine e/o prematuri, nati senza complicazioni da madri sane, sottoposti a procedure dolorose a scopo diagnostico. La ricerca è stata rivolta a studi che testavano, esclusivamente, tecniche non farmacologiche per la gestione del dolore nei neonati sottoposti a procedure invasive, escludendo quelli che le mettevano a paragone con metodi farmacologici, per valutare quali avessero maggiore efficacia.

Sono stati esaminati solo studi in cui era presente l'*abstract* e per i quali ci fosse possibilità di reperire i *full text*.

Questo, escludendo gli studi in cui la procedura dolorosa era la circoncisione e in cui i neonati erano ventilati artificialmente.

RISULTATI

Sono stati identificati 35 studi; fra questi,

ne sono stati selezionati 13, specifici per l'oggetto di studio.

Di questi, però, è stato possibile reperire solo sette articoli: dei restanti sei è stato analizzato esclusivamente l'*abstract*.

I 13 studi sono stati suddivisi per argomenti:

- uno studio clinico randomizzato sugli effetti del colostro paragonato al latte materno;
- uno studio randomizzato controllato sugli effetti della *Kangaroo-care*;
- uno studio randomizzato sugli effetti della *Kangaroo-care* rispetto al glucosio orale;
- uno studio prospettico randomizzato controllato sugli effetti dell'allattamento al seno rispetto al ciuccio;
- due studi randomizzati sugli effetti della *Kangaroo-care*;
- una *review* sugli effetti dell'allattamento al seno paragonato al latte materno;
- tre studi sugli effetti dell'allattamento al seno rispetto al glucosio orale (uno studio randomizzato, uno studio randomizzato controllato e uno studio caso-controllo); una *review* sull'effica-

cia dello zucchero e la sua sicurezza rispetto alla dose;

- due studi sugli effetti della saturazione sensoriale (uno studio randomizzato prospettico e uno studio randomizzato controllato).

Da sottolineare, che i due documenti riguardanti studi effettuati sulla saturazione sensoriale risalgono agli anni 2001/2002, ma si è deciso di inserirli perché unici sull'argomento, italiani e di grande interesse.

In dieci studi (sul totale di 13), la procedura dolorosa cui sono stati sottoposti i neonati consisteva nel prelievo capillare dal tallone, in uno studio nella venipuntura, in due studi sono state valutate entrambe. In sei studi sono stati esaminati neonati a termine, in cinque studi neonati pretermine, in due studi entrambi. Come misure di *outcome*, cinque studi hanno valutato il pianto, tre la saturazione di ossigeno, quattro la frequenza cardiaca, uno le espressioni facciali.

Come scale di valutazione del dolore, cinque hanno utilizzato la Pipp (*Premature Infant Pain Profile*), uno la Nidcap (*Neonatal Individualized Care Assessment Programme*), uno la Dan (*Douleur Aiguë du Nouveau-né*), uno la Nips (*Neonatal Infant Pain Scale*).

Solo uno studio ha preso in considerazione gli effetti avversi della procedura studiata.

Al fine di consentirne una visione completa, i risultati sono stati schematizzati all'interno di una griglia di sintesi che descrive, per ogni riferimento bibliografico, lo scopo e il tipo di studio, il campione preso in esame, i parametri di *outcome* studiati ed i risultati ottenuti.

DISCUSSIONE

Si è scelto di effettuare la discussione degli articoli reperiti suddividendo gli studi in base alla tipologia di intervento analizzato, così da fornire una descrizione esauriente dei vantaggi di ciascuna procedura.

Ove si fa riferimento alle analisi statistiche, si rimanda alla scheda di sintesi dei risultati per la visione dei dati numerici. Gli studi analizzati sulla saturazione sensoriale svolti in Italia (dei quali è stato possibile analizzare i *full text*), ne valutano l'efficacia analgesica in neonati sot-

toposti a prelievo capillare dal tallone, confrontandola con altri tipi di analgesia non farmacologica già validati (glucosio orale e succhiotto). La saturazione sensoriale si basa su concetti neuro-fisiologici, partendo dal fatto che il cervello del neonato filtra gli stimoli periferici: lo scopo è quello di saturare i sensi del neonato, attirando l'attenzione con stimoli positivi (tattili, uditivi, visivi, gustativi) in modo da inibire lo stimolo doloroso dovuto alla procedura assistenziale, sia a livello spinale che corticale, anche grazie alla produzione endogena di endorfine. Durante la manovra dolorosa devono essere eseguite le seguenti azioni: mantenere un buon contenimento al neonato; massaggiargli il viso; guardarlo negli occhi, cercando di coglierne lo sguardo; fargli sentire l'odore delle mani; parlargli con tono amorevole; somministrare soluzione glucosata per via orale.

Nel primo studio (Bellieni, 2001), di tipo randomizzato prospettico, la ricerca è stata effettuata su 17 neonati pretermine, utilizzando come misure di *outcome* la saturazione di ossigeno, la frequenza cardiaca e il dolore misurato attraverso la scala Pipp. Nel secondo studio (Bellieni, 2002), di tipo randomizzato controllato, la ricerca è stata effettuata su 120 neonati a termine, valutandone la reazione comportamentale al dolore attraverso la scala Dan. Entrambi gli studi sembrano ben descritti, a partire dal titolo, formulato in modo chiaro, che fornisce un'idea del contenuto dell'articolo, della popolazione e del tipo di studio utilizzato; sono definiti i motivi e gli scopi delle ricerche; nella sezione della metodologia è ben descritta la popolazione oggetto di studio e la modalità di selezione del campione anche se, nella prima ricerca, esso sembra non essere di dimensioni sufficienti. Le procedure attuate sono ben dettagliate. Nella sezione dei risultati sono anche riportati i dati delle analisi statistiche svolte.

In entrambi gli studi, si è osservata, a seguito dell'utilizzo della saturazione sensoriale, una diminuzione del dolore sia nei neonati pretermati che in quelli a termine. Risulta una tecnica efficace, di semplice applicazione e con effetti maggiori rispetto alla sola somministrazione di glucosio orale.

La Kangaroo-care (Kc) è un metodo che offre al neonato confini fisici, suoni del battito cardiaco materno, movimento ritmico con il respiro materno, calore; tutte stimolazioni dolci che, attraverso la propriocezione, l'udito, l'apparato vestibolare, i sistemi sensori termici e tattili, possono cambiare i meccanismi di controllo dei neurotrasmettitori che regolano la trasmissione del dolore.

Gli studi analizzati sono quattro, di cui due *abstract* e due *full text*.

Tutti gli studi sono stati effettuati con lo scopo di accertare l'effetto analgesico della Kc sulla reazione al dolore in neonati pretermati, sottoposti a prelievo capillare dal tallone.

Un documento (Ferber, 2008), di cui si è potuto analizzare solo l'*abstract*, riporta i dati di uno studio randomizzato controllato svolto in Israele.

Il titolo è formulato in modo da dare una chiara idea del contenuto, della popolazione e del tipo di studio. Qui è enunciato l'obiettivo della ricerca e la spiegazione della metodologia è sufficientemente descritta, ma i risultati sono riportati in modo molto sintetico e non si evince se siano state svolte delle analisi statistiche.

Gli autori, comunque, affermano di aver registrato una diminuzione dello stress neuro-comportamentale nel neonato sottoposto a Kc e ne consigliano l'uso nei pretermati.

Altri due documenti (Freire, 2008; Johnston, 2008) riportano i dati di studi randomizzati, svolti rispettivamente in Brasile e in Canada.

Del primo è stato possibile consultare solo l'*abstract*. Il titolo dello studio è formulato in modo da rendere chiaro il motivo della ricerca e la popolazione oggetto di studio, ma non il disegno di ricerca utilizzato.

La metodologia usata è ben descritta; meno chiara, la descrizione della procedura; indefinito il momento della giornata in cui veniva svolta (se lontano dai pasti o da altre procedure); se la Kc è attuata dalla madre del neonato o da altri. Sono riportati, sinteticamente, i dati delle analisi statistiche svolte, ma non sono evidenti le differenze rilevate tra i tre gruppi in cui è stato suddiviso il campione.

Il titolo del secondo studio definisce lo scopo, la popolazione e il metodo utilizzato per la ricerca. Nell'articolo sembrano ben definiti lo scopo della ricerca e i criteri di inclusione ed esclusione usati per il campionamento.

Anche in questo studio, la modalità di svolgimento della procedura dolorosa non è stata descritta nel dettaglio, ma i risultati sono riportati dettagliatamente e sono completi di analisi statistiche.

In entrambi gli studi, gli autori concludono affermando che **i risultati indicano che la Kc diminuisce la risposta al dolore, raccomandandone l'uso.**

L'ultimo documento, di cui, però, è stato possibile analizzare il *full text*, riporta i dati di uno studio sperimentale randomizzato effettuato negli Usa (Ludington-Hoe, 2005).

Si evidenzia nel titolo lo scopo e la popolazione oggetto dello studio, ma non il disegno utilizzato. Sembra ben descritto nella metodologia adottata, sono specificati i criteri di inclusione e di esclusione utilizzati durante il campionamento, ma la procedura non è descritta dettagliatamente, anche se sono chiaramente definiti gli strumenti di *outcome*.

I risultati completi dei dati delle analisi statistiche svolte, mostrano significativi effetti della Kc sia sulla frequenza cardiaca il cui aumento, durante la procedura dolorosa, è inferiore in presenza della Kc che in incubatrice, che sul pianto e sul comportamento.

Inoltre, gli autori spiegano come nei neonati, soprattutto quelli pretermine, i meccanismi inibitori del dolore siano ancora immaturi, e che la Kc sembra disattivare l'asse ipotalamo-pituitario-surrenale, alterando le risposte al dolore.

In tutti gli studi citati si evidenziano dei limiti che non ne permettono la replicabilità; in nessuno è stata descritta la tecnica utilizzata per la procedura invasiva (prelievo capillare), né se fosse praticata sempre dalla stessa persona, rendendo così impossibile sapere se lo stimolo doloroso era paragonabile per intensità e durata.

In nessuno studio è specificato il momento della giornata in cui si svolgeva la procedura (se era programmata lontano dai pasti o da altre procedure in cui i neonati erano stati oggetto di manipola-

zione), né alcuno ha preso in esame, o comunque evidenziato, eventuali effetti avversi.

La documentazione reperita sull'allattamento al seno, di cui tre *abstract* e tre *full text*, non permette di affermare, in maniera incontrovertibile, l'efficacia di tale pratica nella riduzione del dolore nei neonati.

In uno studio svolto in Svezia (Gradin, 2004), di tipo randomizzato, di cui è stato possibile consultare solo l'*abstract*, l'analgesia è risultata maggiore se l'allattamento era combinato con la somministrazione di glucosio orale.

Gli autori esplicitano chiaramente lo scopo della ricerca: valutare l'efficacia analgesica dell'allattamento al seno, rispetto alla somministrazione di glucosio orale.

Anche il campione sembra appropriato. La raccolta dati non sembra affidabile in quanto lasciata ai genitori, e gli stessi autori sottolineano una discordanza tra quelli raccolti da loro attraverso la scala Pipp e quelli raccolti dai genitori.

Il metodo non è ben descritto, in quanto non è dichiarata la durata dell'allattamento al seno e se questo veniva praticato prima, durante, o anche dopo, la procedura dolorosa.

Non è descritto il metodo con cui veniva praticata la venipuntura, né se era fatta dalla stessa infermiera a tutti i neonati. Riportati i dati delle analisi statistiche. In un altro studio (Phillips, 2005), di tipo prospettico randomizzato, svolto negli Usa, e di cui è stato possibile consultare solo l'*abstract*, non è specificato il modo in cui sono stati selezionati i neonati, né è spiegata, nel dettaglio, la procedura utilizzata.

Sono riportati, però, i dati delle analisi statistiche svolte sui risultati che mostrano una diminuzione del pianto nei neonati allattati al seno e nei neonati cui era stato dato il ciuccio dalla madre rispetto a quelli cui era stato somministrato il ciuccio da un estraneo.

Non c'è alcun riferimento ai parametri fisiologici, che gli autori indicano come una delle misure di *outcome*.

In un terzo studio, svolto in Turchia (Uyan, 2005), di cui è stato possibile consultare solo l'*abstract*, si evidenzia che né il latte materno, né il colostro risultano più effi-

caci del placebo nella gestione del dolore. Gli autori non specificano i criteri per il campionamento; vengono riportati i dati delle analisi statistiche.

Tre studi, in disaccordo con i precedenti, hanno dimostrato la maggior efficacia dell'allattamento al seno rispetto alla somministrazione di glucosio orale. Il primo è una *review* (Shah, 2006).

La ricerca è stata effettuata su banche dati scientifiche di riconosciuta importanza, quali: Medline, Embase, Cinahl e Cochrane.

I criteri di selezione includevano studi sull'allattamento o sul supplemento di latte materno per alleviare il dolore in neonati a termine e pretermine.

Sono stati selezionati 11 studi, di cui nove di tipo randomizzato controllato e due di tipo quasi randomizzato controllato.

Tutti, ad eccezione di uno, valutavano neonati a termine.

La forza di questa revisione è nel disegno utilizzato. La maggior parte degli studi erano randomizzati, controllati, con gruppo controllo e non più di un intervento.

La descrizione di ogni studio selezionato risulta dettagliata nel tipo di disegno di ricerca, nella popolazione oggetto dello studio, nel metodo di selezione del campione, nell'intervento applicato, nelle misure di *outcome*.

La valutazione del dolore è stata effettuata su parametri fisiologici, sul pianto, e su scale validate Nips, Pipp o Nfcs.

Anche i dati delle analisi statistiche dei vari studi sono stati ampiamente rappresentati ed è spiegato il metodo di analisi utilizzato per l'elaborazione dei dati stessi. Gli autori della presente *review* si ponevano due obiettivi:

1. paragonare l'allattamento al seno e il latte materno con altri tipi di interventi (glucosio, ciuccio, postura, placebo);
2. condurre un'analisi all'interno di ogni sottogruppo, a seconda del tipo di intervento utilizzato e di procedura dolorosa, in base all'età gestazionale dei neonati.

Mentre il primo obiettivo è stato raggiunto, non è stato possibile verificare il secondo, in quanto, ad eccezione di uno studio, tutti gli altri includevano neonati a termine.



Gli autori concludono affermando che, anche se ancora non è stato identificato un intervento analgesico ideale, l'allattamento appare un valido metodo.

Il secondo articolo riporta i dati di uno studio sperimentale svolto in Turchia (Efe, 2007).

Il titolo non chiarisce quali sono i metodi analizzati per la riduzione del dolore, ma dà un'idea della ricerca, della popolazione esaminata, e del tipo di procedura dolorosa.

Vengono definiti i motivi e lo scopo della ricerca ed è ben descritta la ricerca bibliografica svolta.

Nella sezione della metodologia, è specificata, la popolazione oggetto di studio e i criteri di inclusione ed esclusione della stessa. L'assegnazione dei neonati ai gruppi di studio, però, fu lasciata alle madri e non randomizzata, motivo per cui lo studio perde di forza.

La procedura è descritta dettagliatamente; non sono stati valutati eventuali eventi avversi, ma sono riportati i dati delle analisi statistiche svolte e sono stati anche evidenziati i limiti della ricerca (mancanza di ulteriore intervento per valutare gli effetti del contatto corporeo; mancanza di randomizzazione nei due gruppi di intervento; la natura osser-

vazionale della Nips che crea problemi di attendibilità), che sembrano essere notevoli e riducono, pertanto, il valore dello studio.

Il terzo è uno studio di tipo randomizzato svolto in Italia (Codipietro, 2008).

Il titolo è formulato in modo da dare un'idea del contenuto dell'articolo, della popolazione e del tipo di studio utilizzato; definiti i motivi e lo scopo della ricerca, ossia comparare l'effetto analgesico dell'allattamento al seno con la somministrazione di glucosio orale.

Nella sezione della metodologia, è ben descritta la popolazione oggetto di studio e i criteri di inclusione e di esclusione.

L'assegnazione ai gruppi di studio è stata basata su alcune caratteristiche sia dei neonati che delle madri.

Il disegno è ben descritto, sia per quanto riguarda la procedura che la registrazione dei dati; entrambe effettuate con metodo standardizzato.

Sono stati valutati anche eventuali effetti avversi e sono stati riportati i dati delle analisi statistiche.

Dall'analisi complessiva di questi studi, si deduce che le ricerche effettuate sull'allattamento come metodo per gestire il dolore nei neonati risultano ancora controverse e pertanto insufficienti.

Per quanto riguarda la somministrazione orale di glucosio, si può affermare che sia stato l'intervento non farmacologico per la gestione del dolore nel neonato più studiato nel tempo.

Per questo motivo, la presente ricerca è stata indirizzata a reperire documentazione che affrontasse l'argomento da un altro punto di vista: trovare studi che dimostrino la sicurezza dell'assunzione di glucosio effettuata in maniera routinaria, che identifichino una dose *standard* efficace e un giusto metodo di somministrazione.

Si è scelto di prendere in esame una *review* (Stevens, 2004) che analizza proprio questi aspetti.

Una ricerca ben articolata, effettuata con rigore metodologico.

Gli autori hanno selezionato 21 studi e la loro descrizione risulta dettagliata nel tipo di ricerca svolta, nella popolazione oggetto dello studio, nel metodo di selezione del campione, nell'intervento applicato, nelle misure di *outcome*.

I dati statistici sono ampiamente descritti.

Questa analisi qualitativa degli studi risulta ben descritta, oltre che nella metodologia, anche nei risultati, riportati separatamente per ogni parametro preso in esame.

Gli studi erano randomizzati, controllati, prospettici con gruppo controllo e non più di un intervento.

Pochi autori usarono le scale di valutazione del dolore, preferendo basarsi sul pianto, anche se alcune sue caratteristiche (come l'intensità, la durata, l'ampiezza) non possono bastare a confermare la presenza di dolore nel neonato. Gli studi analizzati mancano di una standardizzazione metodologica per quanto riguarda la somministrazione di glucosio, e non sono forniti particolari sulla procedura; quindi, non è stato possibile sapere se lo stimolo doloroso fosse paragonabile per intensità e durata. C'è incoerenza negli studi sulla dose ideale di glucosio, sebbene sembra essere stata identificata una dose range tra 0.012 gr e 0.12 gr con una concentrazione al 24% da somministrare due minuti prima dello stimolo doloroso.

Sembra un range ampio, ma bisogna considerare che gli studi prendevano in considerazione sia neonati a termine che prematuri.

Gli autori consigliano ulteriori ricerche per valutare la sicurezza della somministrazione di glucosio orale, soprattutto

nei neonati di bassissimo peso alla nascita e/o instabili, poiché, in uno studio, è risultato che la somministrazione ripetuta di piccole quantità di glucosio, in tal tipo di popolazione, poteva contribuire all'insorgere di un'enterocolite necrotizzante.

CONCLUSIONI

La revisione prodotta permette di affermare che la gestione del dolore attraverso metodi non farmacologia (saturazione sensoriale; la *Kangaroo-care*; allattamento; somministrazione di glucosio orale) potrebbe rappresentare una valida alternativa ai mezzi farmacologici. Infatti, tutti quei metodi hanno un effetto analgesico sugli stimoli dolorosi nei neonati, anche se spesso gli autori degli studi esaminati dichiarano la necessità di un approfondimento della tematica, a conferma delle ricerche già effettuate. Purtroppo, **ancora oggi la valutazione del dolore dei neonati, così come la sua gestione, è sottostimata rispetto a quanto si riterrebbe ottimale, nonostante esistano interventi non farmacologici sicuri, scientificamente validati e di semplice applicazione,**

quali quelli descritti in questa *review*. L'utilizzo di tali metodi, infatti, è ancora poco diffuso, forse per la cultura sanitaria italiana non avvezza all'uso di terapie alternative a quelle farmacologiche, o forse per la scarsa dimestichezza degli operatori con tali tecniche, a causa della mancanza di formazione specifica e di linee guida condivise.

Per tali ragioni, il presente studio vuole offrire alcuni spunti per effettuare ricerche ulteriori che possano convalidare quelli esistenti, incentivando l'utilizzo di tali metodi sia nell'ambito ospedaliero che nell'ambito territoriale, con l'obiettivo di poter offrire al neonato, attraverso un'adeguata gestione del dolore, benefici sia fisici che psicologici, migliorandone la qualità del ricovero e quella della sua vita futura.

AUTORE:

Elena Lucia Pepe, infermiere coordinatore Cooperativa Nuova Sair-onlus;
Laura Soldà, infermiere dirigente, direttore operativo cooperativa Nuova Sair-onlus;
Silvia Maria Mancini, infermiere coordinatore Asl Rm/D.

BIBLIOGRAFIA

- Bellieni CV, Buonocore G, Nenci A., Franci N, Cordelli DM & Bagnoli F, *Sensorial saturation: an effective analgesic tool for heel-prick in preterm infants: a prospective randomized trial*. Biol. Neonate, 80 (1), 15-8. 2001
- Bellieni CV, Bagnoli F, Perrone S, Nenci A., Cordelli DM, Fusi M., Ceccarelli S. & Buonocore G, *Effect of multisensory stimulation on analgesia in term neonates: a randomized controlled trial*. Pediatr. Res., 51 (4), 460-3. 2002
- Codipietro L, Ceccarelli M & Ponzone A, *Breastfeeding or orale sucrose solution in term neonates receiving heel lance: a randomized, controlled trial*. Pediatrics, 122 (3), 716-21. 2008
- Efe E & Sava er S, *The effect of two different methods used during peripheral venous blood collection on pain reduction in neonates*. Agri, 19 (2), 49-56. 2007
- Johnston CC, Filion F, Campbell-Yeo M, Goulet C, Bell L, McNaughton K, Byron J, Aita M, Finley GA. & Walker CD, *Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial*. BMC Pediatr., Apr 24,8:13. 2008
- Ludington-Hoe SM, Hosseini R & Torowicz DL, *Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) analgesia for preterm infant heel stick*. Aacn Clin. Issues, 16 (3), 373-87. 2005
- Shah PS, Aliwalas L & Shah V, *Breastfeeding or breastmilk to alleviate procedural pain in neonates: a systematic review*. Breastfeed Med., 2 (2), 74-82. 2005
- Stevens B, Yamada J & Ohlsson A., *Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures*. Cochrane Database Syst Rev., (3), CD001069. 2004

Come partoriscono i papà

di Violetta Nucci, Sara Stagnetta

ABSTRACT

Scopo della presente indagine è quello di analizzare il vissuto del padre che assiste alla nascita del primo figlio.

I papà vivono il parto con grande coinvolgimento, sono presenti, vogliono avere un proprio ruolo e questa partecipazione viene percepita come una cosa naturale. Anche se la presenza non elimina sempre quel deciso senso di impotenza nei confronti del grande impegno della moglie, o della compagna, nel partorire (perché quello che vedono gli uomini di fronte all'evento del parto è qualcosa che non possono controllare completamente), **la cosa che i papà conservano più chiaramente nella memoria è la prima immagine del figlio.**

Si ritiene che la presente ricerca possa essere utile per indagare il vissuto emotivo dei padri per approfondire l'evento da ogni punto di vista, ascoltando la voce maschile affinché possa essere presa in considerazione nella valutazione dell'assistenza globale al nucleo familiare che si prepara ad accogliere una nuova vita.

INTRODUZIONE

Questa ricerca qualitativa di tipo biografico fa parte delle attività di apprendimento incluse nel programma di Metodologia della ricerca (corso integrato Management infermieristico) dell'università di Tor Vergata, Roma, sede FateBeneFratelli, dell'ospedale San Giovanni Calibita-Isola Tiberina, docente, professoressa Teresa Compagnone).

Scopo dell'indagine, analizzare il vissuto del padre che assiste al parto e, quindi, conoscere e descriverne i sentimenti.

Dopo una breve, e non esaustiva, ricerca sulla letteratura infermieristica italiana, non sono state reperite ricerche qualitative fenomenologico-biografico, mentre è stato trovato un recente studio dal titolo: "Effetti positivi connessi alla partecipazio-

zione dei padri al travaglio e al parto: uno studio quasi sperimentale", che, come dice il titolo, ha quale motivazione quella di indagare sulle ricadute positive sulla donna derivate dalla presenza del partner nel momento del parto.

L'indagine è stata condotta durante il mese di luglio 2009 nel quartiere romano di Monteverde e, per garantire il rispetto della privacy e l'acquisizione del consenso informato, ad ogni intervistato è stato sottoposto un modulo da noi elaborato da leggere e sottoscrivere, in cui si afferma che lo scopo dell'intervista è puramente didattico e le informazioni raccolte saranno utilizzate esclusivamente per le finalità di questa ricerca (Allegato 1).

MATERIALI E METODI

Indagine qualitativa fenomenologia di stampo biografico.

I dati sono stati raccolti attraverso un'intervista semistrutturata con vincoli tematici, *face to face*, audioregistrata e trascritta successivamente.

Le domande-guida e di approfondimento sono riportate nella tabella 1.

Le interviste sono state somministrate in ambiente protetto, nelle abitazioni di chi ha partecipato alla nostra ricerca.

Per il campione, di tipo propositivo, sono stati reclutati, attraverso conoscenti, quattro neo-padri che, dopo aver dato il loro consenso scritto, hanno aderito all'indagine.

I criteri utilizzati per la scelta delle unità campionarie sono stati i seguenti:

- criteri di inclusione: padri entrati in sala parto, al primo figlio;
- criteri di esclusione: parti avvenuti da più di un mese e mezzo.

Il clima che si è instaurato ci ha permes-

Le domande oggetto dell'intervista

- 1 Come immaginava si sarebbe svolto il parto?
Le aspettative che aveva hanno corrisposto alla realtà?
- 2 Cosa ha provato mentre suo figlio stava nascendo?
- 3 Mi può descrivere le sue emozioni?
- 4 Aveva paure?
- 5 Ha avuto reazioni fisiche come svenimento, tremori, sudorazione, pianto?
- 6 Di tutto il travaglio, qual è il momento che le è rimasto più nella memoria?
- 7 Perché?
- 8 Ha parlato?
- 9 Si ricorda cosa ha detto?
- 10 Di chi è stata l'idea di partecipare al parto?
- 11 Pensa che parteciperà anche al prossimo parto?

Tabella 1. Schema delle domande



so di raccogliere i dati con tranquillità e con attenzione anche alle espressioni non dichiarate, agli sguardi, alle pause, ai silenzi, fornendoci un quadro complessivo del ricordo oggetto della ricerca.

ANALISI DEI DATI E RISULTATI

Dopo aver trascritto le interviste, le abbiamo lette più volte per comprendere le emozioni narrate dagli intervistati. Proprio per questo, i dati verranno presentati costruendo un racconto descrittivo e interpretativo, secondo il metodo biografico, evidenziando gli elementi ricorrenti e i dati significativi, utilizzando brani dell'intervista per aiutare a comprendere il fenomeno.

I dati sono analizzati integrando le risposte che abbiamo ottenuto con le osser-

vazioni raccolte durante le interviste che raccontano una storia e un'atmosfera.

COME PARTORISCONO I PAPA'

Quando si parla della nascita del proprio figlio, quando si ritorna con la mente a quello che è accaduto, l'espressione del viso di ogni padre si illumina, diventa più dolce, mentre i ricordi scorrono e le parole tentano di ordinare quella grande mole di emozioni che l'hanno accompagnata. Il papà ti presenta il suo bambino e comincia a raccontarti com'è venuto al mondo.

I papà vivono il parto con grande coinvolgimento, sono presenti, vogliono conoscere quello che accade e partecipare all'evento, avere un proprio ruolo. Oggi, essere presenti al momento del

parto viene percepita come una cosa naturale, perché il papà non è più colui che aspetta fuori che l'evento si verifichi, ma sente di dover fare qualcosa, di avere una responsabilità nell'aiutare la propria compagna, sostenendola, incitandola, dandole coraggio.

Alla prima domanda, le risposte sono quasi uniformi: si denota una sicurezza forte nei soggetti che insieme alle compagne hanno partecipato a incontri con professionisti o a corsi pre-parto:

"...il corso mi ha preparato molto bene sapevo cosa fare per sostenere la mia compagna e che ci sarebbero stati dei momenti duri..."; "...abbiamo letto molto io e mia moglie, ci siamo informati su internet e abbiamo comprato un libro sulla nascita di un figlio, poi abbiamo partecipato ai corsi pre-parto al consultorio di zona, ben organizzati devo dire, e gestiti da un'ostetrica che è stata molto disponibile..."; "...sapevamo che la mia compagna avrebbe dovuto soffrire un po', anche un bel po' forse. Tutto si è svolto come ci eravamo immaginati...".

Ma, a volte, può anche capitare che quello che i papà si aspettano da questa esperienza non sempre rispecchi quello che poi avverrà: *"Non me lo aspettavo così come poi si è rivelato... credevo che fosse un po' più semplice ma forse sono io che sono un tipo un po' impressionabile".*

E' indiscussa l'ondata di emozioni che li stravolgono al momento in cui effettivamente l'esperienza viene vissuta: *"...nessuno può spiegarti l'emozione e la felicità che caratterizzano questo momento"; "...e poi l'emozione che si prova è una cosa che non riesci a immaginare prima, è una cosa che ti prende allo stomaco e che ti coinvolge completamente, non puoi sapere prima quale livello di emozioni proverai, se non l'hai mai provato".*

Quello che ci si aspetta, avendo raccolto informazioni durante la gravidanza in molti modi (leggendo, soprattutto, quanto internet mette a disposizione, ma anche libri, e partecipando ai corsi di preparazione), è all'incirca quello che poi si verifica, a meno che non insorgano complicazioni.

Abbiamo rilevato che la conoscenza tra-

smessa e acquisita è, però, solo una parte di quello che accadrà, perché l'emozione non è descrivibile, né può essere immaginata nelle esatte forme e proporzioni.

Questa è un'esperienza ogni volta nuova e una sorpresa per chiunque, che esiste e si conosce solo quando si è lì, e che è il risultato di fattori complessi, caratteriali emotivi: tutti assolutamente soggettivi. La presenza non elimina sempre quel deciso senso di impotenza nei confronti del grande impegno della moglie - o della compagna - nel partorire, perché quello che vedono gli uomini di fronte all'evento del parto è qualcosa che non possono controllare completamente: *"avevo paura che qualcosa potesse andare storto, visto che la situazione era del tutto fuori del mio controllo"*.

Quello che li segna e li colpisce maggiormente è sicuramente la sofferenza delle loro compagne. E' inaspettato e doloroso anche per loro. Un dolore che nessuno dimentica: *"...vedere mia moglie soffrire mi allarmava tanto, non ho sicuramente sofferto come lei ma stavo male"*; *"la situazione è abbastanza cruenta, mia moglie soffriva, soprattutto, quando ci sono state le ultime spinte..."*; *"in quel frangente ho capito perché dicono che il parto è doloroso, e ho capito che è veramente doloroso e che mia moglie è una persona molto forte"*. Loro possono tentare di essere presenti nel miglior modo possibile, e provano ad essere di aiuto con i mezzi che hanno, che scaturiscono dal legame di coppia e dall'esperienza condivisa e maturata durante la gestazione: *"volevo tanto condividere questa esperienza con la mia compagna sostenerla, essere presente e tenerle le mani"*;

"...sono stato contento di essere presente per supportare mia moglie, almeno in piccola parte, carezzandole il viso, tenendole la mano".

Per essere presenti, i papà si preparano, vivono la gravidanza partecipando, si informano, vanno agli incontri di preparazione, giungono al momento del parto con cognizione, sanno quello che accadrà: le contrazioni, il travaglio, l'espulsione; conoscono il ruolo dell'ostetrica, nel consultorio di zona o in ospedale vengono per la prima volta in contatto

con questa figura e si rendono conto che è un professionista importante, il più importante.

Per questo, **l'ostetrica è il loro riferimento**, la persona alla quale fare domande e la persona dalla quale ricevere sicurezza: *"Durante la gravidanza abbiamo letto molto io e mia moglie, ci siamo informati su internet e abbiamo comprato un libro sulla nascita di un figlio, 'Il nuovo bambino' si chiama, poi abbiamo partecipato ai corsi pre-parto al consultorio di zona, ben organizzati devo dire, e gestiti da una ostetrica che è stata molto disponibile con tutti"*.

Le emozioni della nascita sono sempre molto forti, intense e complesse: *"sono emozioni enormi queste, che non riesco a paragonare ad altro. Una vita che nasce da te e che vedi per la prima volta"*; *"credo che la forza delle emozioni provate in quel momento mi renda impossibile definire bene ciò che ho provato. Sono stato preda delle più disparate emozioni"*.

Ma la gioia è il ricordo più vivo, la gioia di vedere finalmente il frutto della loro unione divenire vita, un sentimento tanto grande da sciogliere le lacrime e chiudere fuori il mondo: in quei momenti esistono solo loro tre, un papà, una mamma e un bambino appena arrivato: *"ero felice oltre che ansioso: tutto il mondo non esisteva più, c'eravamo solo noi in quella sala parto e l'attesa della nostra bambina, non stavo nella pelle dalla voglia che avevo di vederla..."*; *"...le paure e le preoccupazioni si sono dissolte: stavamo bene tutti e tre e tutti e tre eravamo finalmente insieme"*.

Durante lo svolgimento del colloquio altre cose emergono chiaramente. La paura, per esempio, è

quasi sempre presente nell'animo di questi uomini, anche se ovviamente in misure differenti:

"sì tantissime (paure). Anche se si dice che le donne partoriscono tutti i giorni da sempre, avevo paura che qualcosa potesse andare storto"; *"avevo anche un po' di paura, volevo che andasse tutto bene e controllavo l'aria che tirava"*; *"non molte (paure), perché avevamo fatto il corso pre-parto insieme e sapevamo, sapevo, come si sarebbero svolte le cose, ma soprattutto perché il personale presente mi dava l'impressione di essere molto professionale e di sapere esattamente quello che stava facendo"*; *"mi dispiaceva che lei provasse dolore, ma il corso, che consiglio a tutti, ci aveva preparato molto bene"*.

Non c'è uno standard di reazione per quanto riguarda questo aspetto; ognuno, probabilmente, risponde in base alla propria indole, alla propria capacità di affrontare i momenti difficili





e le tensioni. Il corpo, come sempre, accompagna il vissuto emotivo: le reazioni più comuni sono una profusa sudorazione, il tremore e il pianto, ma alcuni papà, quelli caratterialmente più capaci di sostenere lo stress, non hanno nessuna di queste manifestazioni psicosomatiche, rimangono sereni, emozionati e felici ma allo stesso tempo sereni: *"ero tutto sudato e quando toccavo mia moglie sentivo che avevo le mani gelate e che mi tremavano. Poi, quando ho visto mia figlia mi sono venuti i lacrimoni, dritti giù senza che neanche me ne accorgessi"; "niente reazioni eccessive, un po' di sudore sì"; "il cuore che mi batteva forte sicuramente, ho sudato molto ma l'adrenalina mi ha tenuto in piedi: non potevo svenire e lasciare mia moglie da sola"*.

Tutti i papà dicono qualcosa durante il parto, tutti sentono di dover sostenere la propria compagna con parole di incoraggiamento: *"non si sa bene che dire,*

ma si sa che si deve dire qualcosa.. anche se lei non mi stava a sentire, naturalmente, era impegnata in altro"; "ho incoraggiato mia moglie, le dicevo cose come 'amore un'altra spinta', le cose che sentivo dire dalle ostetriche"; "ho sostenuto la mia compagna dicendole che andava tutto bene. La informavo di quello che stava succedendo visto che lei non poteva vedere e comunicavo con le ostetriche".

Alcuni pongono domande alle ostetriche: *"ho fatto un po' di domande alle ostetriche, quanto manca l'ho chiesto molte volte, ho chiesto se stava andando tutto bene"*.

Molti, invece, hanno un ricordo confuso delle parole esatte che hanno pronunciato, ne ricordano il senso, l'argomento, ma l'emozione e la confusione offuscano il ricordo: *"non ricordo esattamente tutto quello che ho detto. Ho incoraggiato mia moglie";* la cosa che si conserva più chiaramente nella memo-

ria è l'immagine del figlio: *"quando è arrivato mio figlio ho gridato 'Eccolo!'; "quando è uscito, prima la testa, ho visto la testa e mi sembrava di essere in un sogno"; "quando mio figlio è uscito non lo dimenticherò mai. La prima volta che l'ho visto e lo sguardo di mia moglie in quel momento di felicità"*.

Anche se qualcuno ricorda perfettamente tutto quello che è successo, dalle contrazioni alla nascita:

"Ricordo ogni istante da quando siamo andati in ospedale, mentre aspettavamo che le contrazioni diventassero più forti a quando, finalmente, la nostra bambina è arrivata. Ho tutto stampato nella mia memoria".

Dalla penultima domanda appare chiaro che il desiderio di condividere il momento della nascita del loro bambino è un desiderio che nasce spontanea in entrambi i componenti: *"...le ho detto che mi sarebbe piaciuto partecipare e lei ne è stata felice, ma probabilmente è stata una scelta naturale più che una decisione vera e propria!"; "...volevamo viverlo insieme"; "...era un desiderio comune"; "mia moglie mi ha chiesto se volevo assistere e io ho risposto sì senza problemi"*.

Abbiamo voluto domandare se, come padri, avrebbero voluto partecipare ancora al parto della propria compagna: le risposte sono state prevalentemente positive, anche per i soggetti che hanno vissuto l'esperienza con alcuni lati spiacevoli: *"Un'esperienza dura, ma, forse, adesso so cosa mi aspetta e potrò affrontarlo meglio"*.

CONCLUSIONI

Si ritiene che la presente ricerca possa essere utile per indagare il vissuto emotivo dei padri per approfondire l'evento da ogni punto di vista, ascoltando la voce maschile perché questa possa essere presa in considerazione nella valutazione dell'assistenza globale al nucleo che si prepara ad accogliere una nuova vita.

Il padre è parte fondamentale del nucleo familiare e, oggi, gli è concesso di assistere alla nascita. La sua voce, il suo vissuto, il suo punto di vista, vanno conosciuti perché la sua presenza, in un momento così significativo, sia

di supporto, perché non procuri disagio né a sé né all'evento stesso.

Questa ricerca può essere integrata con altri approfondimenti già compiuti sul vissuto emotivo della madre per offrire

un risultato che consideri la coppia nel suo insieme.

AUTORI:

Violetta Nucci, studentessa al III anno, corso

di laurea in Scienze infermieristiche Tor Vergata, sede FateBeneFratelli;

Sara Stagnetta, studentessa al III anno, corso di laurea in Scienze infermieristiche Tor Vergata, sede FateBeneFratelli.

ALLEGATO 1

Modulo per il consenso informato

Gentile intervistato, in qualità di studentesse iscritte al terzo anno del corso di laurea in Scienze Infermieristiche, presso l'università degli studi Tor Vergata di Roma-Fatebenefratelli Isola Tiberina, stiamo conducendo una ricerca qualitativa bibliografica sul vissuto emotivo dei padri in sala parto, la nostra finalità è quella di raccogliere informazioni per approfondire il tema che verrà analizzato e trattato esclusivamente a fini didattici.

L'intervista si svolgerà in luogo protetto e sarà audioregistrata, le registrazioni saranno trascritte, ci riserviamo di annotare a penna alcuni elementi, domande, espressioni, pause, che riterremo significativi. L'intervista sarà anonima e le informazioni in essa contenute saranno trattate nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (dlgs. 196/2003) ed esclusivamente per le finalità di questa ricerca.

Si richiede di sottoscrivere se si accettano le presenti condizioni

Accetto _____ data: _____

BIBLIOGRAFIA

Cantarelli M, *Gli infermieri nella ricerca*. Milano: Mc Graw-Hill; 2006.

D'Alesio L, Vellone E, Alvaro R, *Effetti positivi connessi alla partecipazione dei padri al travaglio e al parto: uno studio quasi sperimentale*. International nursing perspectives 2009;9(1):5-10.

Fain JA, *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*. Milano: Mc Graw-Hill; 2004.

Lo Biondo-Wood G, Haber J, *Metodologia della ricerca infermieristica*. Milano: Mc Graw-Hill; 2002.

IN PILLOLE

Aids, l'arma segreta della banana

Potrebbe celarsi nelle banane la chiave di un nuovo potenziale trattamento in grado di proteggere l'organismo dal virus Hiv.

Dai test di laboratorio condotti dal gruppo di ricerca del professor Michael Swanson presso la University of Michigan Medical School (Usa) emergerebbe, infatti, il ruolo attivo di una sostanza contenuta nel frutto, la lectina BanLec, che dimostrerebbe la stessa efficacia di due farmaci anti-Hiv attualmente utilizzati per contrastare l'infezione: il T-20 e il Maraviruc.

Le lectine sono proteine presenti naturalmente in molte piante e svolgono un importante ruolo biologico nel processo di riconoscimento delle proteine cellulari.

La ricerca americana, pubblicata sul Journal of Biological Chemistry, indica che la BanLec può inibire l'infezione da Hiv, interferendo con la struttura proteica (il capsid) ricca di carboidrati che avvolge il virus Hiv-1.

Il problema dei farmaci anti-Hiv è spesso legato alla mutevolezza del virus e alla sua conseguente resistenza; l'azione di questa particolare lectina renderebbe più difficile la mutazione virale e migliorerebbe la risposta ai farmaci.

Da qui, la possibilità di utilizzare la sostanza, opportunamente trattata, in abbinamento con T-20 e Maraviruc.

Il reprocessing in endoscopia digestiva: è possibile ottimizzare le risorse

di Alessandra Guarini

ABSTRACT

Il *reprocessing* in endoscopia digestiva comprende le procedure di pulizia manuale e di disinfezione automatica degli strumenti e dispositivi utilizzati per evitare la trasmissione di infezioni ai pazienti che si sottopongono ad endoscopia.

Il *reprocessing* viene svolto dagli infermieri, ma potrebbe essere attribuito al personale di supporto (Oss, Ota) con un costo minore e l'ottimizzazione delle risorse umane.

Tuttavia, per questo affidamento è necessario un corso di formazione teorico-pratico.

Allo scopo di:

- valutare le modalità di *reprocessing* ed il personale in esso coinvolto nelle diverse endoscopie digestive di Roma;
- valutare la disponibilità nella Asl Roma A di personale di supporto potenzialmente idoneo al corso formativo;
- strutturare un corso formativo teorico-pratico sul *reprocessing*.

È stata effettuata un'indagine conoscitiva che ha coinvolto 25 centri di endoscopia della capitale ed un'indagine conoscitiva sulle caratteristiche demografiche, grado di istruzione e stato di servizio del personale di supporto presente nella Asl Roma A.

Dalla prima indagine è emerso che nei servizi di endoscopia lavorano una media di cinque infermieri dedicati (*range*: 2-14 unità); una media di un Oss-Ota per centro (*range*: 0-3 unità), ed è disponibile una media di due macchine lavastrumenti automatiche (*range*: 1-5).

L'indagine ha evidenziato che solo in cinque centri di endoscopia digestiva (21,7%) il *reprocessing* è affidato al personale di supporto; ma, in nessun caso, tale operatore ha seguito un corso formativo specifico.

Negli ospedali in cui il *reprocessing* è affidato agli infermieri, il rapporto personale/macchina lavastrumenti è pari a 2,4 e risulta essere sensibilmente più svantaggioso rispetto a quello degli ospedali in cui viene effettuato dal personale di supporto che è pari a 0,82.

Dalla seconda indagine è emerso che presso la Asl Roma A esistono le condizioni per effettuare un corso teorico-pratico per la formazione al *reprocessing* del personale di supporto.

In conclusione, il *reprocessing* viene ancora svolto principalmente dagli infermieri, mentre potrebbe essere affidato al personale di supporto e ad un costo minore.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, si è assistito ad un incremento della richiesta di esami endoscopici gastroenterologici (gastroscopia e colonscopia) per diversi motivi, tra cui, maggiore sensibilità dell'utenza sulle possibilità di *screening* di patologie neoplastiche; la disponibilità sul territorio di servizi endoscopici definiti *open access* (che consentono, cioè, la prenotazione diretta tramite Cup, su richiesta del medico generico) ed il netto miglioramento delle tecniche endoscopiche e di sedazione che hanno reso sempre più accettabile l'esame in questione.

L'aumento della domanda di prestazioni

endoscopiche ha comportato un progressivo incremento dei carichi di lavoro per il personale infermieristico ed un allungamento delle liste di attesa (1). Pertanto, si rende necessario un aumento della produttività che si può attuare mediante un ampliamento del numero del personale infermieristico o con l'ottimizzazione delle risorse umane disponibili.

Appare ovvio che la prima ipotesi è poco praticabile in condizioni di crisi finanziaria, mentre per la seconda, si possono realizzare dei processi riorganizzativi mirati ad incrementare la produttività a basso costo, puntando sulla motivazione e sulla formazione professionale del personale di supporto (Ota e Oss) (2,3).

L'esecuzione di un'indagine endoscopica sottopone il paziente a potenziali rischi, tra cui quelli di tipo biologico. Si pone, quindi, il problema di eliminare il rischio di trasmissione di infezioni attraverso il trattamento degli strumenti dopo l'uso.

Il *reprocessing* definisce tutte quelle procedure che devono essere effettuate sullo strumentario endoscopico utilizzato al fine di prevenire la trasmissione di infezioni (4).

Queste includono, essenzialmente, la pulizia manuale e la disinfezione degli strumenti e dei dispositivi riutilizzabili con l'ausilio di macchine lavastrumenti.

Il tempo necessario per espletare le procedure manuali che precedono la disinfezione automatica dello strumentario è quantificabile in almeno 15-20 minuti per ogni prestazione endoscopica: un tempo che risulta pari a quello di esecuzione di un'indagine endoscopica.

N.	Ospedale	Unità inferm.	Effettua il reprocessing	Modalità1	Unità di supporto	Effettua il reprocessing	Corso 2
1	San Camillo	5	5	dedicato	1	0	-
2	San Giovanni	8	8	turno	1	0	-
3	Calvari	4	0	turno	1	1	No
4	Campus	5	0	-	2	2	No
5	Spallanzani	4	4	dedicato	0	-	-
6	Pol. Casilino	5	5	turno	0	-	-
7	Ptp Nrm*	8	8	turno	1	0	-
8	Israelitico	4	0	-	2	2	No
9	Sant'Eugenio	8	8	turno	1	0	-
10	Sant'Andrea	6	6	turno	0	-	-
11	Cristo Re	5	5	dedicato	1	0	-
12	Pol. Gemelli	13	0	-	3	3	No
13	Ifo*	5	0	-	1	1	No
14	Tor Vergata	14	14	dedicato	1	0	-
15	Pertini	5	5	turno	0	-	-
16	Columbus	7	7	turno	0	-	-
17	Umberto I	8	8	turno	1	0	-
18	Ptp Don Bosco	4	1	dedicato	0	-	-
19	Santo Spirito	5	2	dedicato	1	-	-
20	San Filippo Neri	4	4	turno	0	-	-
21	Fbf	4	4	turno	0	-	-
22	Cto*	4	4	dedicato	1	-	-
23	Villa San Pietro	2	2	turno	1	0	-
24	Bambin Gesù	N.D.					
25	San Carlo di Nancy	N.D.					

Tabella 1. Indagine sul reprocessing nelle endoscopie digestive di Roma

Risulta evidente, quindi, come l'infermiere impieghi circa la metà del tempo lavorativo alla preparazione dello strumentario, anziché all'assistenza diretta al paziente.

L'assistenza infermieristica in endoscopia digestiva comprende:

- a) l'accoglienza del paziente: verifica della presenza in lista di prenotazione e comunicazione sul tempo di attesa;
- b) registrazione del paziente: verifica della documentazione (disponibilità e congruità della richiesta del medico curante), verifica della disponibilità dell'Ecg e di eventuali esami precedenti, verifica del rispetto delle prescrizioni (digiuno, preparazione intestinale, ecc.), registrazione cartacea e computerizzata dei dati in archivio;
- c) colloquio informativo: spiegazione sulle modalità di esecuzione dell'esame e sulle procedure di sedazione.
- d) preparazione del paziente all'esame

endoscopico: fornitura e spiegazioni sull'utilizzo del vestiario monouso, posizionamento di ago-cannula;

- e) assistenza durante l'esame endoscopico: assistenza diretta al paziente, controllo dei parametri vitali monitorizzati, collaborazione con il medico endoscopista per le procedure diagnostiche e terapeutiche;
- f) assistenza al paziente nel periodo di risveglio fino al ripristino della sua autonomia ed affidamento all'accompagnatore in sala d'attesa;
- g) sistemazione dei prelievi biotipici in appositi contenitori con formalina e compilazione della scheda dati per l'esame istologico.

Nella maggior parte dei servizi di endoscopia digestiva, il reprocessing viene effettuato dal personale infermieristico, impegnandolo nello svolgimento di una procedura che potrebbe essere tranquillamente attribuito al personale di supporto; cosa che comporterebbe sia un co-

sto minore, sia una maggiore disponibilità di personale infermieristico che può essere così impiegato nell'incremento della produttività, con abbattimento delle liste di attesa.

L'attribuzione al personale di supporto di alcuni compiti assistenziali da parte dell'infermiere è stato ratificato dall'articolo 1, comma 3, del DM 739/94, in cui si stabilisce che: "l'infermiere per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto". D'altra parte, la figura professionale del personale di supporto è andata incontro ad una serie di processi riqualificativi nel corso degli anni, necessari per il raggiungimento di livelli di professionalità sempre più elevati richiesti dal progressivo sviluppo in ambito sanitario (5).

Tra le funzioni svolte dall'Ota professionale si annoverano: "la pulizia e manutenzione di utensili, apparecchi, presidi usati dal paziente e dal personale medico

N.	Ospedale	Unità Infermieristiche	Macchine lavastrumenti	Rapporto infermieri/macchine
1	San Camillo	5	2	2,5
2	San Giovanni	8	4	2
3	Spallanzani	4	2	2
4	Pol. Casilino	5	3	1,7
5	Ptp Nrm	8	3	2,7
6	Sant'Eugenio	8	2	4
7	Sant'Andrea	6	2	3
8	Cristo Re	5	1	5
9	Tor Vergata	14	5	2,8
10	Pertini	5	2	2,5
11	Columbus	7	2	3,5
12	Umberto I	8	3	2,7
13	Ptp Don Bosco	4	1	4
14	Santo Spirito	5	2	2,5
15	San Filippo Neri	4	4	1
16	Fbf	4	2	2
17	Cto	4	1	4
18	Villa San Pietro	2	1	2
	Totale	102	42	2,4 (media)

Tabella 2. Rapporto tra unità infermieristiche e macchine per il *reprocessing* nelle endoscopie di Roma



Figura 1

ed infermieristico per l'assistenza al malato" e "il lavaggio, asciugatura e preparazione del materiale da inviare alla sterilizzazione e relativa conservazione" (Art. 39 e 40 DPR 384 del 1990).

L'Oss, invece, possiede un vero e proprio profilo professionale e può essere incanalato in schemi organizzativi adattabili alle diverse situazioni che si verificano nel sistema sanitario.

Svolgere le procedure di *reproces-*

sing, tuttavia, **comporta specifiche conoscenze teoriche sulla disinfezione ed un adeguato addestramento per l'esecuzione pratica** che il personale di supporto non possiede. **E' opportuno, quindi, realizzare un corso teorico-pratico strutturato mirato** a far acquisire tutte le conoscenze teorico-pratiche (... *sapere e saper fare*...), affinché le procedure di *reprocessing* vengano svolte dal personale di supporto

senza rischi per loro e per il paziente stesso (rischio chimico e biologico) (6-8).

MATERIALI E METODI

Scopo del presente lavoro è quello di strutturare un corso formativo teorico-pratico destinato al personale di supporto della Asl Roma A per acquisire le conoscenze necessarie al corretto svolgimento del *reprocessing* in endoscopia digestiva.

Per tale motivo, sono state effettuate due indagini specifiche: una per conoscere le modalità di *reprocessing* ed il personale in esso coinvolto nei diversi servizi di endoscopia digestiva operanti a Roma, e l'altra sulle caratteristiche demografiche e formative del personale di supporto in servizio presso la Asl Roma A per una stima di una adeguata disponibilità dei candidati.

Per la prima indagine sono stati individuati e contattati gli infermieri coordinatori o i medici di tutti i centri endoscopici ospedalieri operanti in città.

Il contatto è stato di persona quando possibile, oppure telefonicamente o tramite e-mail.

A tutti è stato sottoposto un questionario con i seguenti sei *items* al fine di conoscere:

N.	Ospedale	Unità di supporto	Macchine lavastrumenti	Rapporto personale/macchine
1	Israelitico	2	2	1
2	Calvari	1	1	1
3	Campus	2	2	1
4	Pol. Gemelli	3	4	0,75
5	Ifo	1	2	0,50
	Totale	9	11	0,82

Tabella 3. Rapporto tra unità di supporto e macchine per il *reprocessing* nelle endoscopie di Roma

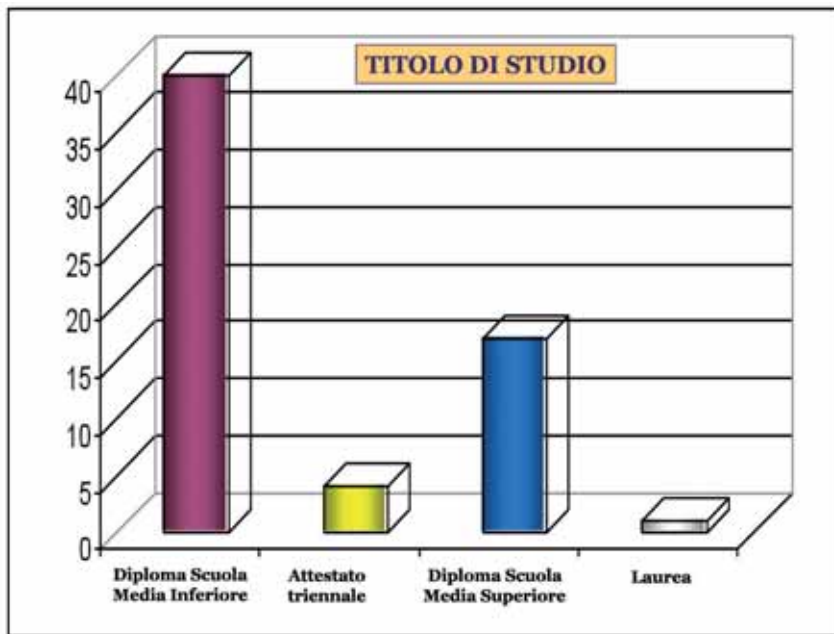


Figura 2

- il numero di infermieri esclusivamente dedicati al servizio di endoscopia digestiva;
- il numero di personale di supporto (Oss-Ota), esclusivamente dedicato al servizio di endoscopia digestiva;
- chi è direttamente coinvolto nel *reprocessing* (infermiere o personale di supporto);
- se il *reprocessing* viene svolto indistintamente da tutti gli infermieri al termine di ogni esame endoscopico, oppure a turnazione (giornaliera, settimanale, ecc.), individuando, di volta in volta, una o più persone che se ne occupano;
- se il personale di supporto eventualmente impiegato era stato opportunamente preparato mediante un corso dedicato;
- il numero di macchine lavastrumenti utilizzate nel *reprocessing*.

Per la seconda indagine è stata formulata una richiesta al servizio infermieristico dell'Asl Roma A mirata a conoscere il numero, le caratteristiche demografiche, il curriculum formativo e lo stato di servizio del personale di supporto Ota-Oss.

Questi dati, oltre a fornire informazioni sulle caratteristiche dei probandi, erano necessari per valutare la fattibilità del progetto e per scegliere la metodologia didattica più adeguata.

Infine, è stato strutturato un corso teorico-pratico specifico per la formazione del personale di supporto al *reprocessing*.

RISULTATI

Come riportato nella tabella 1, sono stati individuati 25 servizi di endoscopia digestiva operanti nei diversi ospedali di Roma.

I dati sono stati ottenuti da 23 centri

(92%), mentre non è stato possibile avere informazioni dai rimanenti due servizi di endoscopia.

Nei centri considerati lavorano una media di cinque infermieri dedicati, con una *range* compreso tra due e 14 unità ed una media di un Ota-Oss per centro (*range*: 0-3); la media delle macchine lavastrumenti automatiche disponibili è risultata pari a due, con *range* compreso tra 1 e 5. L'indagine ha evidenziato anche che in 18 centri endoscopici (78,3%), è solo il personale infermieristico a svolgere le procedure di *reprocessing*, con una modalità di turnazione in 12 centri ed in maniera dedicata nei rimanenti sei servizi (tabella 1).

Quindi, in più di tre, ogni quattro servizi di endoscopia valutati esiste una condizione di gestione delle risorse umane non ottimale.

Infatti, in entrambe le situazioni, l'infermiere svolge un compito che può essere affidato al personale di supporto ad un costo minore. Dall'indagine si evince anche che solo in cinque centri di Endoscopia Digestiva (21,7%) il *reprocessing* è affidato al personale di supporto.

Tuttavia, in nessun caso, tale operatore ha seguito un corso formativo specifico per le procedure di disinfezione, per cui sono possibili problemi di gestione del *risk management* derivanti dalla carenza di formazione teorica specifica (4).

Considerato che la disponibilità della macchina lavastrumenti rappresenta la tappa limitante dell'intero atto di *reprocessing*, risulta chiaro come sia importante ottimizzare il rapporto tra personale addetto e numero di macchine disponibili.

Infatti, un basso rapporto può risultare vantaggioso sia sul piano economico che organizzativo.

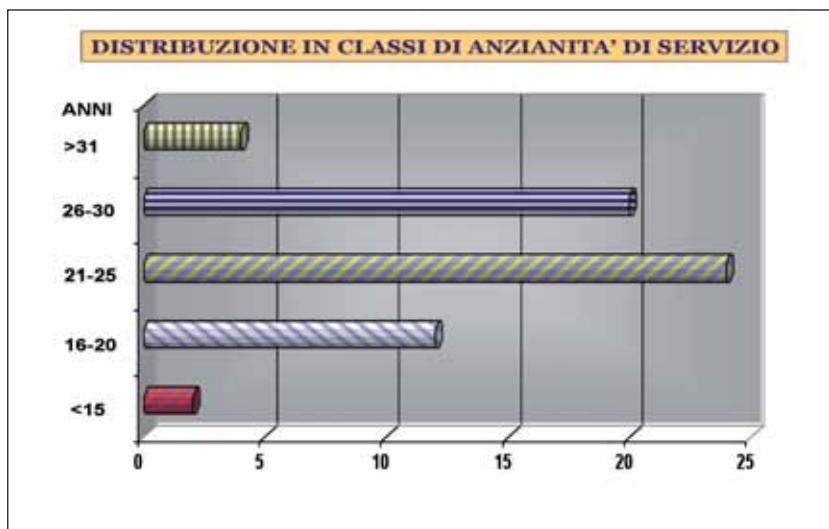


Figura 3

Come riportato nella tabella 2, abbiamo calcolato i rapporti tra Unità infermieristiche e macchine lavastrumenti nei diversi ospedali.

Il rapporto complessivo corrisponde, in media, a 2,4 (102 infermieri/42 macchine), essendo pari a uno (4 infermieri/4 macchine) quello più basso (osservato nell'ospedale San Filippo Neri) e pari a cinque (5 infermieri/1 macchina) quello più alto (presente all'ospedale Cristo Re).

Va rilevato che in ben nove dei 18 centri (50%), il rapporto unità infermieristiche dedicate e macchine lavastrumenti risulta $\geq 2,5$.

Nella tabella 3 sono riportati i dati relativi al rapporto tra personale di supporto che esegue il *reprocessing* e le macchine disponibili nei cinque ospedali dove questo avviene.

Il rapporto complessivo corrisponde a una media di 0,82 (11 unità di supporto/12 macchine), essendo pari ad uno in tre ospedali e pari a 0,50 nell'ospedale Ifo.

Da quest'indagine è emerso pure che il personale di supporto attualmente in servizio presso la Asl Roma A consta di 62 unità, comprendenti 39 Ota e 23 Oss, divisi in 32 maschi e 30 femmine, con una età media pari a $52,3 \pm 5,3$ anni (*range*: 42-62) (figura 1).

Per quanto concerne il titolo di studio, 40 (65%) sono in possesso del diploma di scuola media inferiore; 4 (6%) dell'attestato triennale di scuola media superiore; 17 (27%) del diploma di scuola media superiore; mentre uno (2%) ha conseguito la laurea (figura 2).

L'anzianità di servizio è risultata pari a $23,6 \pm 5,4$ anni in media, con un *range* compreso tra 1 e 35 anni (figura 3).

L'insieme delle caratteristiche demografiche e formative possedute dal personale di supporto consente di prevedere che vi sia un numero sufficiente di candidati, considerato che il corso formativo teorico-pratico prevede l'ammissione di un massimo di otto discenti, al fine di identificare i tre più idonei per l'assegnazione al servizio di endoscopia digestiva del Ptp Nuovo Regina Margherita. Strutturazione del Corso formativo teorico-pratico dal titolo: "*Corso teorico-pratico per la formazione del personale di supporto alle procedure di reprocessing della strumentazione in endoscopia digestiva*".

Il corso è destinato al personale di supporto Ota e Oss, allo scopo di ottimizzare le risorse umane e valorizzare la figura professionale dell'Ota e dell'Oss; aumentare la produttività, abbattendo le liste di attesa per esami endoscopici ed ottimizzando il risk management.

Il corso durerà, nove ore di teoria e 36 ore di pratica ed avrà sede presso il Ptp Nuovo Regina Margherita. I docenti faranno parte del personale infermieristico e medico della Uoc Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ptp Nuovo Regina Margherita.

Verrà seguita una metodologia didattica andragogica, di tipo "deduttivo" per la parte teorica e di tipo "addestrativo" per quella pratica per il "*problem solving*" (9,10).

DISCUSSIONE

La corretta programmazione delle procedure lavorative ed una più favorevole organizzazione del personale coinvolto rappresentano i punti cardini per una gestione ottimale delle risorse.

Questi aspetti sono di particolare rilievo e di estrema attualità nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, considerato il pesante deficit economico che lo caratterizza.

L'indagine effettuata in questa ricerca ha evidenziato come siano presenti condizioni di inadeguata gestione del personale infermieristico nella maggior parte dei servizi di endoscopia digestiva operanti a Roma.

In particolare, in oltre il 75% dei centri endoscopici, le procedure di *reprocessing* sono espletate dagli infermieri, mentre solo in poche strutture vengono affidate al personale di supporto, con un più vantaggioso rapporto personale/macchina lavastrumenti e, quindi, con un risparmio delle risorse.

I dati dimostrano chiaramente come negli ospedali in cui il *reprocessing* è affidato agli infermieri il rapporto personale/macchina lavastrumenti (2,4) è sensibilmente più elevato rispetto a quelli in cui viene effettuato dal personale di supporto (0,82), risultando molto meno vantaggioso.

In linea teorica, la riduzione di questo rapporto può avvenire riducendo il numero degli infermieri, oppure aumentando quello delle macchine.

Tuttavia, è facile intuire come il primo processo risulti essere poco applicabile, specie se consideriamo sia i carichi di lavoro che tutte funzioni inderogabili proprie dell'infermiere che verrebbero a mancare per l'assistenza al malato.

D'altra parte, l'acquisto di macchine lavastrumenti ha un limite sia per i costi primari che per la necessità di locali idonei a consentirne il corretto utilizzo.

Da ciò si evince come sarebbe sufficiente affidare il *reprocessing* ad un'unità di supporto nei centri in cui si dispone di una sola macchina lavastrumenti o di due unità di supporto in quelli in cui sono disponibili ≥ 2 a rendere il rapporto vicino all'unità - o, addirittura, inferiore in molti servizi di endoscopia - con

chiari risvolti sul piano dell'efficienza e con conseguente risparmio economico ed abbattimento delle liste di attesa.

Tuttavia, in nessun caso il personale di supporto è stato addestrato al *reprocessing* attraverso un processo formativo strutturato.

In tal modo, da una parte viene meno il soddisfacimento dei bisogni formativi del personale di supporto e, dall'altra, sono possibili ripercussioni sul *risk management* per questo e per i pazienti (6-8). Questo evidenzia la necessità di istituire un corso formativo specifico, sia teorico che pratico, le cui caratteristiche sono state individuate ed elaborate nel presente progetto.

L'affidamento delle procedure di *reprocessing* al personale di supporto comporta, al contempo, il soddisfacimento di bisogni impliciti anche da parte dell'infermiere di endoscopia digestiva.

Infatti, l'infermiere, esentato dai compiti di *reprocessing* che sono affidati al personale di supporto, può pianificare e svolgere, meglio, l'assistenza infermieristica, compiti non delegabile.

Ciò, potrebbe probabilmente stimolare il "senso di appartenenza" e ridurre l'eccessivo *turn-over* di personale infermieristico che si verifica, non raramente, nei servizi di endoscopia digestiva.

La seconda indagine conoscitiva che è stata effettuata in questa ricerca ha evidenziato come, nell'ambito della Asl Roma A sia presente un numero congruo di personale di supporto come possibile beneficiario del corso.

Infatti, nell'ambito delle 62 unità di personale di supporto che lavorano nell'Azienda è presente un numero di soggetti che, per caratteristiche demografiche, titolo di studio ed anzianità di servizio, supera le otto unità previste dal corso ed è, quindi, possibile individuare i più idonei.

La qualificazione del personale di supporto, attraverso il corso elaborato in questo progetto, consentirà di realizzare le condizioni in cui le procedure di *reprocessing* vengano svolte da un personale adeguatamente preparato, esclusivamente dedicato ed a minor costo.

In conclusione, la qualificazione del personale di supporto, attraverso il corso di formazione strutturato in questo progetto, consentirà di realizzare le condizioni in cui le procedure di *reprocessing* vengano svolte da un personale adeguatamente preparato e dedicato esclusivamente a tale compito, con riduzione dei costi e risvolti positivi sull'abbattimento delle liste d'attesa per gli esami endoscopici.

Quindi, **l'ottimizzazione delle risorse non solo è possibile, ma è auspicabile** ed i tempi per il cambiamento sono maturi.

Gli infermieri coordinatori e tutti gli infermieri di endoscopia digestiva dovrebbero farsi promotori di questo cambiamento perché, come sosteneva Ghandi: "*sei tu il cambiamento che vuoi vedere nel mondo*".

AUTORI:

Alessandra Guarini, infermiera, master I livello in "Management e Funzioni di Coordinamento"

Uoc-Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ptp Nuovo Regina Margherita, Roma.

1 dedicato: l'infermiere effettua solo il *reprocessing* a giorni (o periodi) prestabiliti. turno: l'infermiere che assiste all'esame endoscopico effettua anche il *reprocessing* al termine di ogni esame.

2 corso: il personale di supporto ha seguito un corso specifico di preparazione al *reprocessing*.

* Ptp Nrm: Presidio Territoriale di Prossimità-Nuovo Regina Margherita; Ifo: Istituti Fisioterapici Ospedalieri; Fbf: Ospedale FateBeneFratelli; Cto: Centro Traumatologico Ortopedico (n.d.: non disponibile).

BIBLIOGRAFIA

1. Grassi A, Indagine sui centri di endoscopia digestiva della Regione Lazio. In: Aggiornamento per Infermieri di Endoscopia Digestiva del Lazio. Università "Campus Bio-Medico" – Roma, 21 Ottobre 2000.
2. Snaidero D, Il riordino della disciplina in materia professionale e contrattuale. In Santullo A. L'infermiere e le innovazioni in Sanità. pag. 63-126 McGraw Hill, 2004.
3. Padovan M, Pagiusco G. L'inserimento dell'Operatore Socio-Sanitario. In: Santullo A. L'infermiere e le innovazioni in Sanità. pp. 435-61 McGraw Hill, 2004.
4. Reprocessing degli endoscopi – Indicazioni operative. Dossier 133-2006, Regione Emilia Romagna.
5. OTA: DPR n° 384 del 1990 "Posizione funzionale – IV Livello"
6. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico. Ministero della Salute, FMNOMCEO, IPASVI. Biblioteca "La professione". Anno X.
7. Guarini A, Colite tossica da glutaraldeide in endoscopia digestiva. Revisione sistematica della letteratura". Infermiere Oggi, numero 4, Anno XVIII, ottobre-dicembre 2008, pp. 17-21.
8. Morini S, Campo SMA, Zullo A, Guarini A, Ridola L, Hassan C, Chemical colitis induced by peracetic acid: further evidence. Endoscopy 2009;41:383.
9. Castagna M, Progettare la formazione. Guida metodologica per la progettazione del lavoro in aula. Milano: Angeli F. Editore, 2007.
10. Knowles Ms, Holton Ef, Swanson Ra. Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona. Milano: Angeli F Editore, 2008.

Indagine descrittivo-osservazionale sulle conoscenze e gli atteggiamenti degli infermieri verso il paziente affetto da dipendenza alcolica

di Teresa Compagnone, Irene Sirchia

ABSTRACT

L'alcolismo rappresenta in Italia il terzo problema di salute dopo le patologie cardiovascolari ed il cancro.

Esiste una legge quadro sull'alcol, la 125/01, ricca di soluzioni inerenti la formazione di base e continua per operatori sanitari, apposite unità operative e di valutazione alcolologica, letti dedicati nelle strutture ospedaliere, ma tale legge è, a tutt'oggi, pressoché inapplicata.

In ambito sanitario, risultano carenti sia la formazione degli operatori in ambito alcolologico, sia l'integrazione ospedale-territorio nei percorsi terapeutici per etilisti cronici.

Questo lavoro si propone di indagare sulle conoscenze e gli atteggiamenti degli infermieri verso il paziente affetto da alcol-dipendenza, al fine di rilevare le difficoltà ed i bisogni formativi cognitivi e psico-relazionali per la gestione di tale paziente e fornire un supporto all'applicazione della legge 125/01.

È stata condotta una ricerca quantitativa osservazionale con una parte qualitativa. Per ottenere una buona rappresentatività è stato effettuato un campionamento di tipo proporzionale stratificato.

Sono state selezionate tre unità operative di due ospedali romani ed, in ognuna di queste, è stato somministrato un questionario ideato allo scopo al 30% del personale, per un totale di 78 infermieri. Le lacune nella conoscenza del paziente alcol-dipendente e la scarsa padronanza di strumenti comportamentali per la ge-

stione di quest'ultimo risultano essere alla base di un'assistenza difficile ed inefficace. La situazione è resa ancor più drammatica dalla scarsa istituzionalizzazione di iter terapeutici e modalità d'accesso.

In conclusione, si evince come la gestione infermieristica del paziente alcolista sia una realtà da approfondire ulteriormente e quanto sia necessario migliorare la formazione e l'integrazione tra le strutture sanitarie esistenti.

INTRODUZIONE

L'alcolismo rappresenta in Italia il terzo problema di salute dopo le patologie cardiovascolari ed il cancro.

Le cifre sono eloquenti: secondo i dati Istat del 2007, l'alcol causa un quarto delle ospedalizzazioni, il 45% degli incidenti stradali, il 10% dei tumori, il 63% delle cirrosi, per un totale di 40.000 morti l'anno.

In Italia, sono tre milioni i bevitori a rischio ed un milione gli alcolisti cronici. Benché i dati siano allarmanti, la spesa per pubblicizzare l'alcol continua ad essere nettamente superiore a quella destinata a combatterlo, a causa dei forti interessi economici che controllano tale fenomeno.

Abbiamo una legge quadro sull'alcol, la 125/01, ricca di soluzioni inerenti la formazione di base e continua per operatori sanitari, apposite unità operative e di valutazione alcolologica, letti dedicati nelle strutture ospedaliere.

Tale legge risulta a tutt'oggi pressoché inapplicata.

In ambito sanitario, risultano carenti sia la formazione degli operatori in ambito alcolologico, sia l'integrazione ospedale-territorio nei percorsi terapeutici per etilisti cronici.

Questo lavoro si propone di indagare sulle conoscenze e gli atteggiamenti de-





gli infermieri verso il paziente affetto da alcol-dipendenza, al fine di rilevare le difficoltà ed i bisogni formativi cognitivi e psico-relazionali per la gestione di tale paziente. E' stata condotta una ricerca quantitativa osservazionale con una parte qualitativa elaborata secondo il metodo di Giorgi allo scopo di dare una visione infermieristica d'insieme, nella speranza di riuscire in futuro a sfruttare al meglio quelle straordinarie opportunità d'aggancio che sono le patologie quotidiane, spesso prime ed uniche richieste d'aiuto dell'etichista cronico.

MATERIALI E METODI

Per ottenere una buona rappresentatività è stato effettuato un campionamento di tipo proporzionale stratificato. Sono state selezionate tre unità operative (medicina generale, chirurgia generale e Dea) degli ospedali G.B.Grassi e Sant'Eugenio, considerate significative ai fini della ricerca. Per ogni unità operativa è stato intervistato il 30% degli infermieri, ottenendo

così un campione di 78 infermieri. Per la raccolta dati è stato utilizzato un questionario anonimo ideato allo scopo composto da 15 domande a risposta multipla e 4 domande a risposta aperta (allegato 1). I dati sono stati elaborati con metodologia statistica: tre delle risposte aperte sono state elaborate con il metodo di Giorgi, estrapolando le unità di significato delle esperienze vissute. Insieme al questionario è stata consegnata una let-

tera di presentazione dello studio, il disegno di ricerca ed una scheda da compilare con i dati demografici dell'intervistato. La raccolta dati è avvenuta nel dicembre 2008.

ANALISI DEI RISULTATI

I questionari sono stati compilati da 78 infermieri, totale del campione selezionato. Dai dati demografici è stata delineata la



Grafico 1. Formazione professionale del campione

esperienza lavorativa			
0-10 anni	10-20 anni	20-30 anni	più di 30 anni
21	32	25	0

Tabella 1. Anni di servizio

anno di nascita				
1940	1950	1960	1970	1980
0	3	33	36	6

Tabella 2. Classi di età

n.	Enunciato
1	l'alcolismo è:
2	gli stadi dell'alcolismo sono:
3	la tolleranza nell'alcolista:
4	i fattori di rischio per l'alcolismo sono:
5	il delirium tremens insorge:
6	gli indicatori di caduta dell'alcolemia sono:

Tabella 3. Enunciati delle prime sei domande

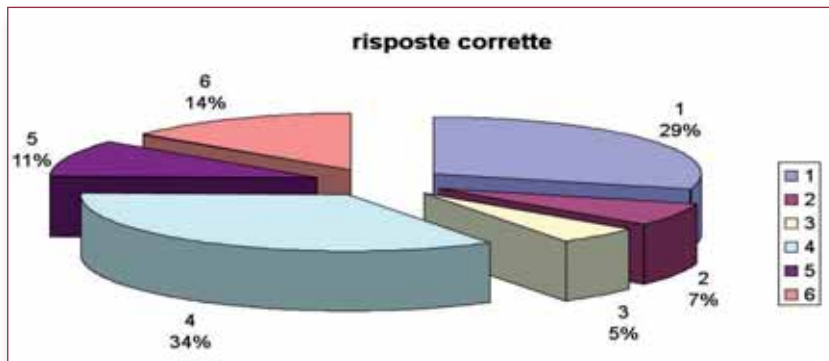


Grafico 2. Conoscenze rispetto alla fisiopatologia

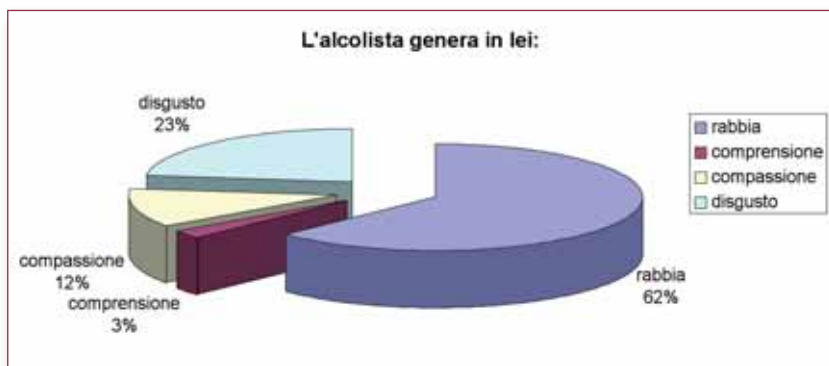


Grafico 3. Sentimenti provati dagli infermieri nei riguardi del paziente alcolista

formazione professionale degli infermieri intervistati: il 65% risulta in possesso di diploma di infermiere professionale; l'8% di diploma universitario; il 15% di laurea

triennale; l'8% di titoli post-laurea ed il 4% di altri titoli (grafico 1).

Il 36% del campione protagonista della ricerca lavora da più di 20 anni, il 32% da più di 10, il restante 32% da meno di 10 anni (tabella 1).

E' stato strutturato anche un grafico delle classi di età da cui emerge un campione abbastanza eterogeneo benché vi sia una netta prevalenza di infermieri nati negli anni '60 e '70 (tabella 2). Poiché la ricerca è parte integrante di una tesi di laurea si è indagato su diversi ambiti. Nel presente articolo verranno presi in esame esclusivamente i dati più interessanti e con una maggior valenza per la professione infermieristica.

La prima parte del questionario, composta da sei domande (tabella 3) prende in esame la conoscenza della fisiopatologia dell'alcolismo da parte degli intervistati. Si richiedevano nozioni sulla definizione di alcolismo, sui fattori di rischio, sugli stadi della malattia, sul fenomeno della tolleranza, sugli indicatori di caduta dell'alcolemia e sul *delirium tremens*. Non è risultata facile un'interpretazione univoca di tale dato, poiché il 59% degli infermieri è risultato ben istruito, con quattro o più risposte esatte; di contro, il restante 41% sembra saperne ben poco: di questi il 29% ha risposto esattamente ad una sola domanda (grafico 2).

Altro dato interessante è relativo ai sentimenti generati dall'etilista negli intervistati. Il 62% prova rabbia, il 23% disgusto, il 12% compassione, un esiguo 3%, ovvero due infermieri su 78 prova comprensione (grafico 3).

Benché l'etilista susciti sentimenti negativi, alla domanda: "Le è mai capitato di trascurare un paziente perchè in evidente stato di ebbrezza?", solo cinque dei 78 infermieri intervistati hanno risposto "sì" (grafico 4).

Le domande seguenti si riferivano al ruolo dell'infermiere nell'assistenza al paziente alcol-dipendente. L'88% del campione si è sentito impotente come professionista di fronte ad un alcolista cronico (grafico 5).

Allo stesso tempo il 74% del medesimo campione ritiene di poter avere un ruolo rilevante nel trattamento dell'alcolismo (grafico 6).



Grafico 4. Valuta se gli infermieri trascurano i pazienti alcolisti

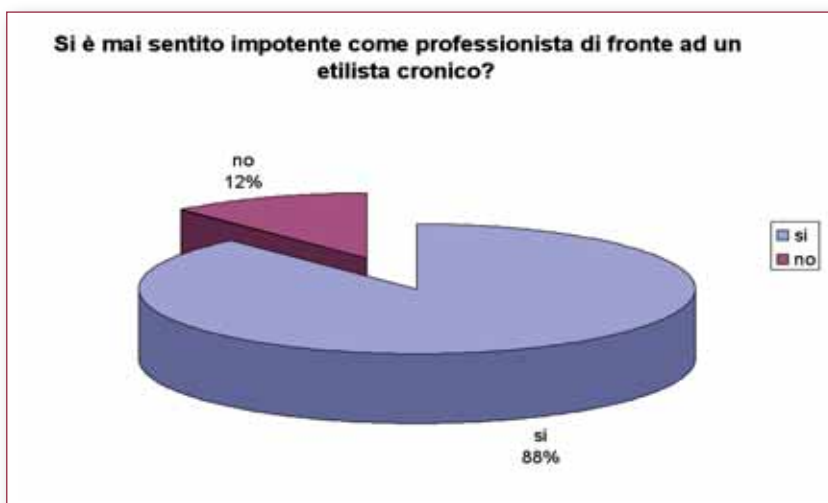


Grafico 5. Sentimenti di impotenza verso il paziente alcolista

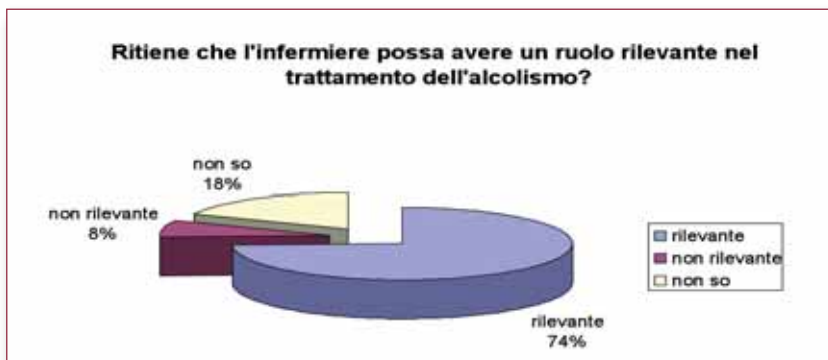


Grafico 6. Ruolo dell'infermiere rispetto all'alcolismo

Piuttosto allarmante è il dato relativo ai percorsi terapeutici per alcol-dipendenti, nel 53% dei casi, più della metà del totale, l'alcolista viene semplicemente dimesso dalla struttura ospedaliera. Solo il 47%

viene indirizzato ai servizi sociali (grafico 7).

Risulta, inoltre, scarsa la conoscenza di gruppi ed istituzioni che trattano il problema dell'alcol e delle modalità operative di questi ultimi. Il 90% del

campione dichiara di non conoscere alcun gruppo o istituzione (grafico 8). La parte qualitativa della ricerca indaga su tre diversi ambiti.

Nella prima domanda si chiedeva quali fossero gli aspetti umani dell'alcolista che colpiscono di più. Si rileva una netta maggioranza di aspetti negativi: aggressività, instabilità, menzogna e negazione della propria condizione. Pochissimi, tra gli infermieri intervistati, risultano colpiti dalla condizione umana e sociale dell'etilista.

Con la seconda domanda si evidenziano i bisogni formativi degli infermieri: si chiedeva quali fossero le conoscenze che bisognerebbe introdurre o incrementare per erogare una miglior assistenza al paziente alcol-dipendente ed ai suoi familiari e per aiutare i professionisti stessi a vivere tale esperienza con minori difficoltà.

Numerose le richieste di corsi d'aggiornamento sulle complicanze dell'alcolismo e sulle dipendenze in generale, di approfondimenti di psicologia e sociologia, di colloqui con gruppi ed istituzioni che si occupano di alcolismo, di tirocinio clinico in strutture dedicate, di maggior conoscenza ed istituzionalizzazione di iter terapeutici ed, infine, di gruppi Balint utili a mettere in discussione il proprio agire professionale ed individuarne le criticità.

La terza domanda è riferita alle difficoltà operative e relazionali rilevate dagli infermieri nell'instaurare una relazione d'aiuto con l'etilista.

Sono emerse difficoltà relative all'operatore, come ansia, paura, angoscia, disagio, disgusto, senso di impotenza, pregiudizio e difficoltà relative al paziente, tra cui indifferenza, inconsapevolezza ed una drammatica incomunicabilità.

DISCUSSIONE

Gli infermieri intervistati risultano avere diverse lacune sia nella conoscenza del fenomeno alcolismo sia nella padronanza di strumenti cognitivi e psico-relazionali per gestire l'etilista cronico.

Benché il 30% dei pazienti ricoverati nei



Grafico 7. Conoscenza dei percorsi post-dimissione

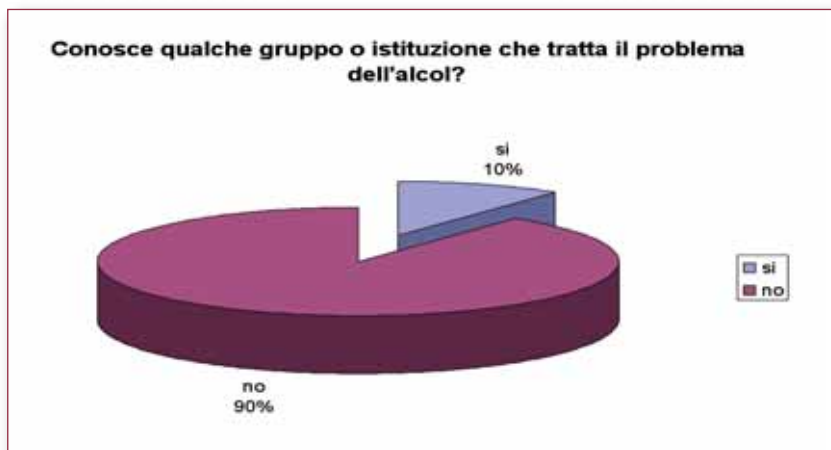


Grafico 8. Conoscenza di istituzioni che trattano l'alcolismo

reparti di base risulti, secondo diverse stime, avere un consumo eccessivo di alcolici, di questi solo il 5% viene riconosciuto e trattato.

Tale situazione evidenzia un'immediata necessità di formazione, necessità già espressa con la formulazione della legge 125/01, che, come detto, resta inapplicata in quasi tutte le regioni. **Dalla ricerca è emerso come l'alcolismo sia ancora percepito come abitudine voluttuaria**, a scapito di definizioni ufficiali, come quella dell'Oms, secondo cui la dipendenza da alcol è: *"uno stato psichico e generalmente anche fisico caratterizzato dalla compulsione ad assumere alcol in modo continuo o periodico allo scopo di provare i suoi effetti psichici ed evitare il disagio della sua assenza"*.

Quest'idea latente dell'alcolismo come vizio conduce ad un'assistenza difficile, caratterizzata da sentimenti negativi quali rabbia, pregiudizio e disgusto.

L'alcolista viene, dunque, preso in carico per dovere professionale più che per un suo diritto alla salute come benessere bio-psico-sociale.

A complicare le cose intervengono la scarsa istituzionalizzazione dei percorsi terapeutici per alcolisti e l'assenza di integrazione tra ospedale e territorio.

Anche volendo indirizzare l'etilista ed i suoi familiari a strutture di recupero, gli infermieri non dispongono di strumenti operativi quali protocolli e linee-guida su strade possibili e modalità d'accesso.

Le strutture esistono, ma, nella maggior parte dei casi, sono sconosciute o non è previsto un passaggio diretto e regolamentato dall'ospedale a tali strutture.

Si perdono, così, opportunità d'aggancio di questi pazienti, già di per sé restii ad avvicinarsi alle istituzioni.

In sostanza, **gli infermieri necessitano di formazione**, e sono essi stessi a richiederne: molti si sentono impotenti,

ma ritengono, allo stesso tempo, di poter avere un ruolo rilevante nel trattamento del paziente alcolista, tale ruolo può affermarsi solo con una conoscenza più approfondita del problema.

L'alcolismo è, secondo la **Sia**, Società Italiana di Alcologia, un disturbo bio-psico-sociale capace di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo ad individuo.

L'infermiere è il professionista che eroga un'assistenza olistica e indaga non sulla malattia, ma sulla risposta, unica ed irripetibile, dell'individuo alla malattia stessa: sono queste due condizioni che designano l'infermiere come professionista "ideale" nel trattamento dell'alcol dipendenza, occorre solo fornirgli i giusti mezzi.

CONCLUSIONI

Con questo lavoro abbiamo indagato sulla percezione del fenomeno dell'alcolismo in ambito sanitario, constatando come questo sia ancora sottostimato e misconosciuto.

Esaminando i dati, è emerso come serpeggi ancora il pregiudizio, **come sia difficile per gli infermieri affrontare un paziente tanto controverso, quanto siano ancora vaghi gli iter terapeutici e scarsa l'integrazione tra ospedale e territorio**, risultati forse già noti, ma visti stavolta in un'ottica tutta infermieristica.

Questa ricerca non si propone di offrire soluzioni. La legge quadro 125/01 ne contiene già di ottime, ma piuttosto vuole fornire un supporto perchè questa venga al più presto applicata.

I limiti di questo studio possono essere ravvisati nella ristrettezza del campione, limitato a due sole realtà dell'area romana che non possono rappresentare l'intera realtà italiana.

Per questo è auspicabile che si conducano ulteriori ricerche di più vasta portata.

AUTORI:

Teresa Compagnone, professore a contratto Med 45 Corso di Laurea in Infermieristica Università TorVergata sedi FBF e SMOM;
Irene Sirchia, laureata in Infermieristica Università Tor Vergata sede di Ostia - libera professionista.

Allegato 1 Questionario sull'alcolismo

Dati demografici infermiere

La invito a compilare la seguente scheda con i suoi dati demografici, ricordandole che il questionario è anonimo e che tutti i dati saranno trattati con riservatezza nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs 196/03 e utilizzati unicamente per i fini dello studio.

Anno di nascita:

Formazione professionale:

- Diploma Infermiere Prof. anno.....
- Diploma Universitario anno.....
- Laurea in Infermieristica anno.....
- Formazione Universitaria post – laurea:
- Altri titoli universitari:

Esperienza lavorativa:

Da quanto tempo lavori come infermiere? anni:

Area in cui lavori:

Prima parte

Istruzioni:

Per ogni domanda a risposta multipla, contrassegnare con una X una sola risposta, quella che ritiene più vicina alla sua opinione.

1. L'alcolismo è :

Un' abitudine voluttuaria

Una malattia sociale

Una malattia progressiva e mortale

Una modalità patologica d'uso che conduce a menomazione e disagio clinicamente significativi

Risposte a e b

Risposte b,c e d

2. Gli stadi dell'alcolismo sono:

Uso, abuso, dipendenza

Tolleranza, dipendenza, psicosi tossica

Pretossicomano, prodromico, cruciale, cronico

3. La tolleranza nell'alcolista:

Aumenta gradualmente

Aumenta prima, diminuisce poi

Resta invariata

4. I fattori di rischio per l'alcolismo sono:

Fattori genetici

Depressione e disturbi d'ansia

Fattori sociali

Fattori ambientali

Tutte le precedenti

5. Il delirium tremens insorge:

Quando l'alcolemia supera i 500 mg/dl

Dopo 72-96 ore di astinenza

Solo in presenza di alterazioni epatiche significative

6. Gli indicatori di caduta dell'alcolemia che l'infermiere deve riconoscere sono:

Ansia, insonnia, lieve tachicardia, febbre

Letargia, bradicardia, ipotensione

7. Indica il trattamento che ritieni più efficace nella cura dell'alcolismo:

Individuale
Motivazionale
Di gruppo
Farmacologico

8. L'alcolista genera in lei:

Rabbia
Comprensione
Compassione
Disgusto

9. Le è mai capitato di trascurare un paziente perché in evidente stato di ebbrezza?

Sì
No

10. Si è mai sentito impotente come professionista di fronte ad un alcolista cronico?

Sì
No

11. Ritieni che l'infermiere possa avere un ruolo rilevante nel trattamento dell'alcolismo?

Sì
No
Non so

12. Nell'ospedale in cui lavora il paziente alcolista:

Viene semplicemente dimesso
Viene indirizzato al servizio di psichiatria
Viene indirizzato ai servizi sociali
Viene indirizzato ai gruppi di auto-aiuto

13. Nell'ospedale in cui lavora sono a disposizione questionari che possano far comprendere al paziente di avere un problema con l'alcol?

Sì
No
Non so

14. Ritieni che le strutture socio-sanitarie debbano occuparsi maggiormente:

Dei disturbi fisici tardivi dell'alcolista
Dell'alcolista come singolo individuo e del suo recupero psico-sociale
Dell'identificazione di bevitori a rischio

15. Quanto influisce secondo lei l'immigrazione sul fenomeno dell'alcolismo in Italia?

Molto
Abbastanza
Per niente

Seconda parte

Istruzioni: per le seguenti domande aperte dia una risposta breve e sintetica.

1. Durante l'assistenza ad un paziente alcolista, quali sono gli aspetti umani che maggiormente l'hanno colpita, sia in positivo che in negativo. (ne elenchi almeno 5)

2. In base alla sua esperienza, quali conoscenze bisognerebbe introdurre o incrementare nel corso di laurea in Infermieristica, al fine di erogare un'assistenza migliore a questo tipo di paziente e ai suoi familiari?

E quali bisognerebbe introdurre o incrementare per aiutare l'infermiere per vivere questa esperienza con minori difficoltà psico-emozionali?

3. Conosce qualche gruppo di auto-aiuto o istituzione che tratta il problema dell'alcool? (Se sì, ne indichi tre):

4. Le è mai successo di sentirsi in difficoltà nell'istaurare una relazione d'aiuto con questo tipo di paziente? Mi elenchi per favore cinque difficoltà che si è trovato ad affrontare nel primo contatto relazionale con questi utenti fornendo, ove possibile, esempi di situazioni concrete.

5. Le è mai successo di sentirsi in difficoltà durante l'assistenza a questi pazienti? Se sì, può raccontarmi brevemente il problema che ha incontrato?

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV, *Il libro italiano di alcologia: alcol e società*. III ed. Firenze: SEE; 2000.
- American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali text revision*. Dsm-IV-Tr. Torino: Masson; 2001.
- Bosco A, *Come si costruisce un questionario*. III ed. Roma: Carocci; 2008.
- Blum K, Payne JE, *Alcol e predisposizione generale alla dipendenza*. Milano: Mediserve; 1994.
- Fain JA, *La ricerca infermieristica: leggerla comprenderla e applicarla*. II ed. Milano: McGraw-Hill; 2004.
- Furlan PM, Picci RL, *Alcol, alcolici, alcolismo*. Torino: Bollati Boringhieri; 1990.
- Società Italiana di Algologia, *Guida utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol-correlati*. Bologna: Eurohealt Editors; 1999.

Eletta la Polverini, ecco la Giunta e i nuovi consiglieri regionali

La nuova presidente della Regione, **Renata Polverini**, ha presentato la Giunta che amministrerà il Lazio per i prossimi cinque anni. Per ora, manca l'assessore alla Sanità, in quanto questo settore resta commissariato. È stata la stessa Polverini a ricevere la nomina di commissario ad *acta* per l'attuazione del Piano di rientro. Ecco l'elenco dei nuovi assessori regionali (al 12 maggio). Questi, invece, i consiglieri che il 12 maggio scorso si sono insediati in via della Pisana, divisi per lista di appartenenza al momento delle elezioni.

LISTINO POLVERINI (Renata Polverini, Alessandra Mandarelli, Gina Cetrone, Isabella Rauti, Roberto Carlino, Carlo De Romanis, Giancarlo Miele, Francesco Pasquali, Annalisa D'Aguanno, Pier Ernesto Irmici, Arsenio Carducci, Lidia Nobili, Veronica Cappelaro, Rodolfo Gigli, Chiara Colosimo)

LISTA POLVERINI PRESIDENTE (Mario Brozzi, Olimpia Tarzia, Giuseppe Melpignano, Francesco Saponaro, Luigi Abate, Alessandro Vicari, Maurizio Perazzolo, Gilberto Casciani, Nicola Illuzzi, Rocco Pascucci, Antonio Paris, Gianfranco Gatti, Angelo Miele, Andrea Bernaudo, Pino Palmieri, Enzo Di Stefano, Gianfranco Sciscione)

PARTITO DEMOCRATICO (Bruno Astorre, Esterino Montino,

Umberto Ponso, Marco Di Stefano, Claudio Mancini, Mario Mei, Enzo Foschi, Carlo Lucherini, Franco Dalia, Mario Di Carlo, Tonino D'Annibale, Giuseppe Parroncini, Mario Perilli, Francesco Scalia, Claudio Moscardelli)

PDL (Francesco Battistoni, Giancarlo Gabbianelli, Antonio Cicchetti, Franco Fiorito, Mario Abruzzese, Romolo Del Balzo, Stefano Galetto, Giovanni Di Giorgi)
ITALIA DEI VALORI (Vincenzo Maruccio, Claudio Bucci, Giovanni Colagrossi, Giulia Rodano)

UNIONE DI CENTRO (Pietro Sbardella, Raffaele D'Ambrosio, Aldo Forte)

LA DESTRA (Francesco Storace, Roberto Buonasorte)

SINISTRA ECOLOGIA E LIBERTÀ (Luigi Nieri, Filiberto Zarratti)

LISTA PANNELLA-BONINO (Giuseppe Rossodivita, Rocco Bernardo)

LISTA CIVICA CITTADINI/E PER BONINO (Giuseppe Celli)

FEDERAZIONE DELLA SINISTRA (Ivano Peduzzi, Fabio Nobile)

PARTITO SOCIALISTA ITALIANO (Luciano Romanzi)

VERDI (Angelo Bonelli)



benvenuti

welcome

bienvenidos

español

english

www.ipasvi.roma.it

Siamo anche su Televideo Rai 3 alla pagina 439

Focus

**Assemblea annuale,
bilancio e Sanit 2010**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

**AL CENTRO CONGRESSI CAVOUR ASSEMBLEA ANNUALE
DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA**

Un anno di traguardi raggiunti malgrado la crisi istituzionale

Al Centro Congressi di via Cavour, il 18 marzo scorso, si è tenuta l'assemblea annuale ordinaria degli iscritti del Collegio Ipasvi di Roma.

Un appuntamento importante a cui, da sempre, oltre ai numerosi colleghi, prendono parte i vertici del Collegio capitolino per fare il punto sullo stato della professione infermieristica in Italia, ma soprattutto nel Lazio, sulle attività svolte, in svolgimento e da svolgere.

Il presidente **Gennaro Rocco**, coadiuvato dalla vice presidente **Ausilia M. Lucia Pulimeno**, dalla segretaria **Maria Grazia Proietti**, e dal tesoriere, **Rodolfo Cotichini** (a cui è andato il compito di illustrare il Conto consuntivo dell'anno 2009 e del Bilancio preventivo 2010), ha illustrato, mediante un'ampia relazione e la proiezione di numerose *slide*, lo "stato dell'arte" della sanità laziale, dal punto di osservazione infermieristico.

LA CARENZA DI PERSONALE

L'esercizio professionale, malgrado le tante, nuove leve formate negli atenei romani, **continua a soffrire dell'annosa carenza**, dovuta tanto al blocco delle assunzioni e della mobilità, quanto al precariato.

Invero, pur nella consapevolezza delle problematiche che sbloccare la mobilità comporta, non si può negare il diritto di un professionista a trasferirsi da una azienda all'altra; né ci si potrà esimere dall'intervenire per affrontare e risolvere, una volta per tutte, la questione della precarietà con concorsi pubblici e, nel privato, con assunzioni dirette a tempo indeterminato. Senza dimenticare l'importanza dell'ap-

plicazione della **legge 43** per l'assegnazione dei percorsi di carriera per gli infermieri specialisti (art. 6, legge 43/06), visto che in quanto a carriera organizzativa e dirigenziale molto è stato già fatto, ma non così per la quella clinica.

Per farlo, sarà necessario trovare, oltre ad un impegno - forte - da parte delle organizzazioni sindacali, la disponibilità della nuova classe politica chiamata a governare la Regione nei prossimi cinque anni. Ai nuovi amministratori, anche il compito di attivare nuovi corsi di Oss, così come stabilito dalle direttive regionali, prevedendone il corretto impiego nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie, residenziali e sul territorio.

Insomma, **la questione infermieristica, nell'alveo sanitario capitolino, deve divenire una delle priorità amministrative.**

FORMAZIONE

Per quanto attiene alla **formazione di base**, restano insufficienti i posti attivati nelle sedi centrali e in quelle convenzionate. In alcune di queste, poi, mancano, addirittura, requisiti di struttura e di qualità adeguati: pochi sussidi didattici e servizi come biblioteche, sale lettura, aule di informatica, mensa, e molto altro.

La politica, finora, si è mostrata latitante rispetto alla fondamentale questione finanziaria delle sedi, pubbliche e private (afferenti al Ssr) che non percepiscono alcun finanziamento per l'attività formativa: non a caso, le tasse degli studenti vengono riversate totalmente all'università. Così com'è vero che, a fronte di tutor assolutamente insufficienti e pochi incenti-

vati rispetto agli standard previsti, anche i docenti delle sedi convenzionate non sono stabilizzati e non rientrano a pieno titolo, per questo motivo, tra quelli universitari.

Analizzando da vicino le cattedre assegnate ad infermieri nelle cinque università romane emerge che: alla Sapienza (I Facoltà), c'è un professore associato; alla Sapienza (II Facoltà), un ricercatore; a Tor Vergata, un professore associato ed un ricercatore; alla Cattolica, nessuno ed al Campus Bio- Medico, un professore associato e due ricercatori.

In tali frangenti, per ottenere qualche risultato: bisognerà sollecitare:

- l'aumento dei posti da mettere a bando per compensare almeno il *turn over* e per garantire una progressiva copertura delle carenze esistenti;
- gli atenei a bandire nuovi posti di associati e ricercatori;
- le strutture scolastiche, dopo l'assegnazione ed il trasferimento di fondi alle sedi decentrate,
- che potrebbero investire nell'acquisizione di docenti e *tutor* o in nuovi servizi agli studenti.

Gli ordinamenti didattici ed i regolamenti delle cinque università romane sopra citate, sedi di facoltà di Medicina e Chirurgia, di concerto con la Federazione Ipasvi, dovranno essere rivisti alla luce dell'esperienza di questi anni e delle nuove normative nazionali (vedi decreti Miur), per proporre un confronto serio, volto a migliorare i contenuti e gli obiettivi formativi dei corsi.

Oggi, la laurea specialistica, tranne che al Campus Bio-Medico, è attiva presso:

- la Sapienza (I e II Facoltà);



relative a

- Blocco assunzioni
- Blocco mobilità
- Definizione di politiche sanitarie e di strategie di gestione dei modelli organizzativi (come previsto dalla legge)
- Implementazione dei dipartimenti infermieristici e team di lavoro per la continuità

- Tor Vergata (qui, attivo anche il dottorato di ricerca in Scienze infermieristiche);
- Università Cattolica.

I master di I livello (i principali in: Management, Area Critica, Infermieristica forense, Sanità pubblica, Ricerca, Geriatria, Infermieristica di famiglia, Cure palliative, Endoscopia digestiva), invece, sono numerosi in tutti gli atenei, anche se, in futuro, è lecito pensare di svilupparli ulteriormente, specie quelli ad indirizzo clinico che, in genere, sono i più carenti.

Altra storia, invece, per la formazione specialistica e continua (**Ecm**) visto che sia gli eventi che i piani formativi aziendali risultano ancora assolutamente insufficienti; il problema dei congedi e dei costi è irrisolto; le incertezze sul ruolo regionale nell'Ecm (provider, tipologia formativa, crediti ecc.) ed il condizionamento dei ritardi nazionali, ha influenzato **il Piano regionale della formazione continua** che, difatti, è **indietro nell'attuazione**.

ORDINISTICA

Nel 2009, sembrava davvero che il passo che avrebbe portato i Collegi Ipasvi a divenire un unico Ordine professionale degli Infermieri (come già accade per tante al-

tre categorie di lavoratori italiani) fosse vicino, e, invece, malgrado una certa apertura in tal senso, da parte del ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, e la velocità con cui, dal Parlamento al Senato, stanno procedendo i disegni di legge *ad hoc*, bisognerà aspettare ancora.

Non è tuttavia errato sottolineare che il Collegio Ipasvi di Roma, già da tempo, si comporta come un Ordine professionale in tutto e per tutto, tanto sul fronte della tutela degli iscritti, quanto su quello del controllo; tanto su quello della verifica dell'iscrizione, che sulla gestione e controllo sulle morosità.

Con questo, resta intesa la necessità di dover contribuire alla revisione e l'ammmodernamento dei Collegi, delle loro funzioni e del loro ruolo pubblico a cui, va, comunque riconosciuto l'esercizio del potere disciplinare e l'erogazione di Ecm.

RAPPORTI ISTITUZIONALI NAZIONALI E INTERNAZIONALI

Il Collegio Ipasvi di Roma ha, anzitutto, continuato a rafforzare la propria presenza sul territorio, cercando interlocutori privilegiati soprattutto negli assessorati alla Sanità e alla Formazione della Regione;

presso il Comune di Roma; il tribunale penale e civile.

Lo stesso si può affermare degli ottimi rapporti con le aziende e le altre strutture socio-sanitarie pubbliche e private; l'università, le associazioni professionali; le società scientifiche infermieristiche e non; gli altri Ordini e Collegi; il Cup; Enpapi; le associazioni dei cittadini ("Marta Russo", "Peter Pan", Cittadinanza Attiva, CoDiCi, etc.); Ong e Onlus con cui partecipa in talune iniziative.

Confronti qualificati necessari (scientifici ed umani, specifici della propria *mission*) nell'ottica di un organismo che sta crescendo sempre di più, cercando di radicarsi nei settori più disparati per diffondere le proprie ragioni, presenza ed operosità.

Se il 2008/09 è stato il biennio di un rinnovato impegno sul versante delle pubbliche relazioni, attraverso la **stampa ed i mass-media** in genere, l'Ipasvi Roma conferma questa tendenza ad una maggiore apertura verso la stampa, la tv, la radio con servizi radiotelevisivi; comunicati stampa, l'immane ed aggiornato televideo ed il web che, attualmente, sono anche "strumenti" per farsi conoscere meglio dagli utenti; in-



terfacciarsi col mondo, ascoltare le richieste e farsi sentire.

La rivista del Collegio, **"Infermiere oggi"** (cartacea e scaricabile on line), raccoglie sempre nuovi consensi. Partita, l'anno scorso, con un non più derogabile *restyling* grafico, oggi raccoglie nuove sfide, affrontando continui potenziamenti dei contenuti, alla ricerca di contributi di sempre maggiore rilevanza scientifica

Le fanno da corollario, la newsletter; la collana "Arcobaleno" e la recente Carta dei servizi.

Nell'era della "rete", poi, il **web** non poteva che svilupparsi: oltre ai servizi di nuova istituzione (certificati on line, Pec, la Posta Elettronica Certificata, ed altro), si sono evoluti i servizi, diciamo così, "tradizionali" offerti agli iscritti (notizie in evidenza, concorsi, iscrizioni corsi, Ecm, multimedia).

Per dare qualche numero, **le visite al sito dell'Ipsavi, nel 2009, sono state: 1.300.000** (nel 2008, erano un milione), con un incremento del 39% dei nuovi visitatori (di cui: il 74% accede dai motori di ricerca; il 25% attraverso il traffico diretto e solo l'1% attraverso altre fonti di traffico, link, e-mail).

Le pagine più visitate, oltre alla *homepage*, riguardano:

- > concorsi;
- > calendario eventi Ecm;
- > pagina dei Master;
- > rivista "Infermiere oggi" on line;

- > contatti;
- > biblioteca;
- > Ilisi;
- > collana "Arcobaleno" on line.

Le connessioni, pur se in maggioranza dall'Italia, coinvolgono ben 78 Paesi nel mondo. I cybernauti risultano così suddivisi (in migliaia):

- > 300 dall'Italia;
- > 437 dalla Romania;
- > 302 dagli Usa;
- > 243 dal Regno Unito;
- > 190 dalla Svezia;
- > 178 dalla Spagna;
- > 146 dalla Francia;
- > 133 dal Brasile;
- > 113 dal Belgio;
- > 110 dall'Irlanda.

E, così, di seguito, fino ai quattro contatti dal Sudan.

Si tratta, nel 60% dei casi, di "visitatori di ritorno" (ovvero, quelli che avevano già contattato i nostri indirizzi); mentre, il restante 40% si compone di nuovi visitatori.

Le lingue più utilizzate: italiano; inglese/americano; polacco; spagnolo e rumeno.

Fra i servizi forniti dal sito web dell'Ipsavi, la **newsletter** che, se al numero 1 del 2009 contava 2.277 utenti, oggi, al numero 12 del 2009 ne conta ben 2.580 (+ 303 utenti): un numero soggetto a fluttuazioni per cambi di indirizzi.

Sono stati circa 70 gli **eventi** formativi, in tutto.

Quelli **Ecm**, nel 2009, **51**, per un totale di 5.640 partecipanti (110,5 partecipanti in media per evento) per un totale di 34.019 numeri di Ecm erogati.

Grazie, poi, al neonato **Centro di Eccellenza per la Cultura Infermieristica e la Ricerca**, alla **Fepi** (Federazione Europeas Professioni Infermieristiche), ed il **Ceplis**, il Collegio ha intensificato le sue relazioni con altri Paesi (soprattutto, col Nord-America e l'Europa); le università e le istituzioni sanitarie autoctone.

Relazioni che si sono concretizzate, spesso, in viaggi di studio in grandi capitali internazionali, volti allo scambio ed all'arricchimento professionale, sperando di "importare", a casa, l'avanguardia della pratica – e della scienza – infermieristica.

SERVIZI ED ATTIVITÀ DEL COLLEGIO IPASVI

La sede del Collegio Ipsavi di Roma, in viale Giulio Cesare 78, per la quantità e la qualità dei servizi offerti agli iscritti, è sempre più un punto di riferimento per tutti gli infermieri della regione, sia per espletare una serie di funzioni burocratiche, che per favorire l'aggiornamento professionale, la crescita culturale e sociale, l'assistenza legale ed amministrativa.

Il 2009, si è caratterizzato per l'assenza totale di interlocutori in Regione Lazio per problematiche "scottanti", relative a: blocco assunzioni e mobilità; definizione di politiche sanitarie e di strategie di revisione dei modelli organizzativi; implementazione dei dipartimenti infermieristici e bandi di concorsi per la dirigenza.

Meglio è andata a livello nazionale a proposito di: recupero del settore scientifico disciplinare di scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche; la possibilità di inserire infermieri in farmacia e altri servizi sul territorio; la libera professione e governo clinico; lo stato giuridico del personale docente dei corsi di laurea e dipendente del Ssn e il riavvio dell'iter parlamentare per l'istituzione degli Ordini. Inoltre, il 2009 è stato l'anno:

- del nuovo codice deontologico;
- del congresso nazionale della Federazione;
- del rinnovo delle cariche direttivo nazionale Ipsavi;

– del rinnovo delle cariche *board* della Fepi.

Sotto il profilo della formazione universitaria ed Ecm, confermato il trend di aumento dell'offerta formativa dei corsi di base; l'apertura di nuove sedi convenzionate e i nuovi master (con qualche criticità per quelli di area clinica); sono stati attivati nuovi posti di dottorato di ricerca in scienze infermieristiche e stabilizzati dei posti nelle lauree specialistiche.

Finalmente, al nastro di partenza anche il nuovo sistema Ecm con: accreditamento dei *provider*; formazione sul campo; autoformazione; potenziamento del ruolo degli Ordini e Collegi e del CoGeAPS; dossier formativi.

A ragion veduta, il tutto dovrebbe tradursi in un più efficace sistema di educazione continua e nella facilitazione alla partecipazione dei professionisti agli eventi formativi.

L'attività istituzionale 2009 è constata di:

- 18 Consigli direttivi;
- 14 riunioni del Collegio dei Revisori dei Conti;
- 11 sedute di esami comunitari;
- 8 sedute di esami extracomunitari;
- 56 richieste di commissioni esami di laurea, per 108 rappresentanti nominati;
- 97 verifiche di iscrizione all'albo richieste da strutture;
- sanitarie, dall'Autorità Giudiziaria e dai Nas;
- 24 convocazioni ai sensi dell'art. 39;
- 4 censure;
- 4 cancellazioni per motivi disciplinari;
- 1.600 richieste di verifica della validità titoli di studio;
- 1.900 verifiche anagrafiche di Roma e provincia;
- 1.600 richieste di casellari giudiziari di nuovi iscritti.

Comparando alcuni dati dello scorso anno con quelli di oggi, nel 2008, le richieste di verifica di validità dei titoli di studio e quelle di casellari giudiziari per i nuovi iscritti sono state, rispettivamente, 414 e 1.338 (nel 2009, di 1.600 per entrambe).

L'ufficio legale ha fornito 211 consulenze agli iscritti; 220 consulenze telefoniche e 153 interventi legali.

Le tematiche prevalenti hanno riguardato:

sicurezza (rischio professionale, orario di lavoro straordinario, standard assistenziali, piante organiche), responsabilità ed autonomia (attività improprie e nuove responsabilità nell'era del post-mansionario).

La biblioteca, che ha un patrimonio di 165 testate di riviste; 71 titoli di riviste straniere (inglesi, canadesi americane e francesi, di cui sette di nuova acquisizione); 24 titoli di riviste italiane in abbonamento e 70 titoli di riviste italiane ricevute in omaggio dagli editori, o in regime di scambio con altri collegi, ha espletato un'attività con 1.273 utenti (+ 4,77%); una consultazione banca dati Cinhal di 244 (+ 6,19%) e 161 (+31,96%) utenti alle postazioni internet gratuite a disposizione. L'incremento medio negli accessi è stato del + 12,55%.

Oltre all'acquisizione di altre 65 opere monografiche; l'abbonamento a Cinahl (e fors'anche al servizio "Document delivery") e ai nuovi servizi documentali attraverso il portale www.ipasvi.roma.it, per il 2010, è previsto l'acquisto delle licenze Cinhal da offrire, gratuitamente, a tutti gli infermieri iscritti al Collegio Ipasvi di Roma.

Con esse si potrà accedere alla banca dati direttamente da casa propria o dal posto di lavoro, con il semplice uso di una *password* personale.

Intanto, per facilitare agli utenti l'accesso alla biblioteca, si è incrementato il servizio di indicizzazione delle riviste Italiane di Scienze infermieristiche "**Progetto Illisi**"

(Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche con il coinvolgimento di numerosi nuovi colleghi coinvolti) e sono stati realizzati nuovi corsi di indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche e numerosi altri sono previsti per il 2010.

Mentre, i nuovi servizi di richiesta certificati di iscrizione on line e recapito a domicilio tramite posta (servizio gratuito) e la **Pec** (Posta elettronica certificata) gratuita per tutti gli iscritti al collegio Ipasvi di Roma (dall'11/02/2010 all'11/03/2010, mail certificate attivate: 2.012) sono già "a pieno regime", per il futuro sarà necessario un completamento della pianta organica con consulenze a trecentosessanta gradi: legali, amministrative contabili, informatiche; di ufficio stampa e di biblioteconomia (nella speranza di prorogarne l'apertura in sede).

IL CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA

Il complesso confronto della professione sul piano internazionale, l'ulteriore crescita dell'Unione Europea e il conseguente ampliamento dei confini per la libera circolazione dei professionisti, costringe gli infermieri italiani a misurarsi con le altre esperienze nazionali, nonché con le difficoltà (la lingua, anzitutto) che molti colleghi europei ed extracomunitari incontrano operando nelle nostre strutture.

La difesa delle direttive di settore e la ri-



forma delle professioni, per questo, restano nodi decisivi da sciogliere; mentre la difficoltà del confronto internazionale si propone con forza anche sui titoli abilitanti all'esercizio della professione infermieristica: fra i sistemi di accreditamento in uso nei vari Paesi, la disparità con quello italiano è inaccettabile ed è chiaro che, nell'impossibilità di livellare "in basso" il grado di competenza professionale, si dovrà cercare di essere ancora più severi nella valutazione dei titoli di accreditamento dei colleghi stranieri nel cui Paese d'origine, spesso, non vengono rispettate le stesse, severe regole di formazione imposte, invece, agli italiani.

Nel **contrastare**, in maniera sempre più forte, **il mercimonio delle abilitazioni professionali** e al fine di formare una nuova generazione di infermieri, incoraggiati nella ricerca clinica e capaci di riformare la professione, il 7 marzo 2009, primo esempio in Europa, è nato il **Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica** che sta muovendo i primi passi con progetti già approvati ed avviati per il 2010.

Eccone alcuni:

- costruzione di un modello per la valutazione del *core competence* infermieristico nell'esame di abilitazione professionale;
- studio e realizzazione di un sistema di classificazione e consultazione delle tesi di laurea;
- ricerca multicentrica sul benessere organizzativo degli infermieri in servizio presso le aziende sanitarie di Roma e provincia;
- 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 continuità assistenziale nella croni-

ca: definizione dei bisogni educativi dei pazienti e dei *caregiver* per la riduzione degli accessi impropri e l'adesione al trattamento;

- qualità di vita nelle famiglie italiane un cui componente sia stato colpito da *stroke*;
- 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;
- il vissuto delle donne vittime di violenza che si rivolgono alle strutture sanitarie;
- il mancato rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali ed il *distress* infermieristico: un'analisi multicentrica Italia/Gran Bretagna;
- infermieri clinici e ricerca infermieristica;
- metodologia della ricerca infermieristica;
- bibliografia e ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche: teoria e prassi per le procedure tecniche di ricerca e accesso alle risorse;
- la revisione della letteratura scientifica riguardante argomenti di infermieristica
- il miglioramento della pratica assistenziale attraverso l'utilizzo di infermieri clinici esperti in *evidence based practice*.

CONCLUSIONI

Visti i risultati fin qui ottenuti ed il riconoscimento che colleghi italiani ed europei hanno voluto tributare all'intraprendenza organizzativa del Collegio Ipasvi di Roma, si può affermare che tanto è stato fatto. E con successo.

Oggi, quando si parla di infermieri si allude a professionisti che hanno spinto la loro formazione al massimo livello; persone di-

verse dal passato, con qualifiche nuove, titolari esclusivi dell'assistenza, capaci di coordinare altre figure sanitarie.

Pure, però, tanto resta da fare: nel prossimo futuro, al fine di ottenere per tutti gli infermieri eguale dignità e peso di rappresentanza sociale, bisognerà consolidare i traguardi ottenuti e tradurli nella pratica di ogni giorno.

Bisognerà stare accanto, crescere e, magari... correre accanto alle persone.

Così come accaduto per l'annuale maratona "Race for the cure" a sostegno della prevenzione e la lotta ai tumori al seno. Nel 2009 vi parteciparono 43mila persone, quest'anno si è toccata quota cinquantamila, anche perché l'evento si è svolto in concomitanza con le celebrazioni della Giornata internazionale dell'Infermiere. Una giornata che ha visto un altro, prestigioso riconoscimento per la nostra professione: **l'emissione di un francobollo dedicato alla figura dell'infermiere** e al suo ruolo-chiave nella società odierna. I fondi raccolti tramite la vendita dei francobolli e le quote di iscrizione alla maratona sono andati a progetti di ricerca, di educazione, prevenzione e sostegno delle donne operate al seno; a borse di studio a giovani ricercatori; programmi di formazione permanente in senologia per infermieri.

L'immagine del francobollo è stata rappresentata anche nella locandina della Giornata internazionale dell'Infermiere che i collegi Ipasvi, tradizionalmente, diffondono anche nelle strutture del nostro Sistema sanitario nazionale.

Sperando che, con il contributo di tutti, sia lecito immaginare un futuro più roseo per tutti gli infermieri e per i pazienti che, quotidianamente, curano con competenza e dedizione.

(sintesi a cura di Tiziana Mercurio)

La relazione del Collegio dei Revisori dei Conti

CONTO CONSUNTIVO ANNO 2009

I sottoscritti componenti del Collegio dei Revisori dei Conti:

Gianfranco Del Ferraro (Presidente) Alessandro Stievano e Stefano Di Carlo (Componenti)

Angelina Palumbo (revisore Supplente) hanno visionato e approvato, nella seduta congiunta con il consiglio direttivo, del 2 marzo 2010, il conto consuntivo 2009, che nello specifico espone:

- entrate di esercizio che ammontano ad € **2.716.636,67**, dove le entrate riscosse sono pari a € **2.447.804,50** e le entrate da riscuotere sono pari a € **268.832,17**;
- uscite di esercizio che ammontano ad € **2.369.326,75**, dove le uscite pagate sono pari ad € **2.011.709,40** e le uscite da pagare sono pari ad € **357.617,35**;
- un avanzo di amministrazione dell'esercizio pari ad € **347.309,92** che sommato all'avanzo di amministrazione dell'anno precedente ed inclusi gli storni dei residui, porta ad un avanzo di amministrazione al 31/12/2009, pari € **1.703.855,49**.

Per quanto riguarda i criteri di valutazione utilizzati nella redazione del rendiconto generale inerenti alle entrate, questi sono stati:

- in quanto alle immobilizzazioni (di materiali, arredi e mobilio) il criterio è del costo storico e del loro sistematico ammortamento in ogni esercizio in relazione alla loro residua possibilità di utilizzazione;
- per quanto riguarda i crediti da avere (le quote da riscuotere dai morosi), il criterio è il loro presumibile valore di realizzo;

- in quanto alle rimanenze dei beni destinati alla rivendita (opuscoli e libri), il loro costo di acquisto è il loro prezzo di vendita.

Le uscite più significative per il bilancio del collegio sono rappresentate dalle seguenti voci:

- 1) Prestazioni istituzionali** (costituite dalla gestione della rivista "infermiere oggi", dagli aggiornamenti professionali, dalla gestione della biblioteca e dalle quote spettanti alla Federazione) per un totale di € **1.054.238,67**.
- 2) Spese per il personale in servizio presso il Collegio** per un totale di € **227.941,92**.
- 3) Acquisto di beni e servizi** (consulenze legali, amministrative, informatiche etc.) per un totale di € **201.087,59**.
- 4) Spese per le attività svolte dagli organi dell'ente** (consiglio direttivo e dei revisori dei conti), per un totale di € **150.172,28**.

- 5) Spese per il funzionamento degli uffici** (affitto, luce, riscaldamento, spese postali, telefoniche, pulizia) per un totale di € **196.595,01**.

Il conto consuntivo chiude quindi con una consistenza di cassa di fine esercizio di € **1.427.905,78**.

Tale disponibilità rappresenterà la quota necessaria che verrà poi utilizzata per far fronte alle spese del primo trimestre 2010, come per ogni esercizio di questo Ente, in attesa del rinnovo delle iscrizioni.

Durante l'anno 2009 il Collegio dei Revisori dei Conti si è riunito nel corso di incontri periodici mensili e ha effettuato verifiche sulle spese affrontate, sulle attività di aggiornamento, sulle consulenze ed ha effettuato controlli a campione dei documenti relativi al personale e ai movimenti bancari.

In tale sede sono state formulate le opportune osservazioni, suggerimenti, appunti e note come risulta dai verbali che vengono redatti durante ogni incontro.



Da tali verifiche si è riscontrato una corretta tenuta dei libri contabili nonché la rispondenza della documentazione giustificativa esaminata, e delle scritture contabili.

Il Collegio dei Revisori dei Conti prende qui atto che il rendiconto dell'esercizio 2009 è stato redatto in modo chiaro, puntuale e preciso sia per quanto riguarda le entrate che per quanto riguarda le uscite.

Pertanto, il collegio dei revisori dei conti esprime parere favorevole all'approvazione del conto consuntivo dell'anno 2009.

PREVENTIVO ANNO 2010

Il conto preventivo dell'anno 2010 prevede entrate per € **2.873.850,00** ed uscite per € **3.413.779,72** con un utilizzo dell'avanzo di amministrazione degli esercizi precedenti pari ad € **539.929,72**. Nelle previsioni, il maggiore incremento delle entrate è quasi totalmente costituito dalle quote di iscrizione pari a € **2.338.350,00** corrispondenti a **27878** iscritti e da **1.500** nuovi iscritti previsti. Per quanto attiene le uscite maggiori si ritiene di considerare quelle dell'anno passato e cioè:

- le quote spettanti alla Federazione, la

distribuzione e preparazione della rivista "Infermiere oggi";

- aggiornamenti professionali e ricerca;
- spese per il personale del Collegio e per il funzionamento degli uffici e di tutta l'attività ad esso correlata.

Pertanto, il collegio dei revisori dei conti preso atto di ciò esprime parere favorevole all'approvazione del bilancio preventivo per l'anno 2010, così come è stato sottoposto in data odierna all'assemblea degli iscritti.

Roma lì, 18/03/2010

Il Collegio dei Revisori dei Conti

Bilancio 2010

Rendiconto finanziario: le entrate

DESCRIZIONE	RENDICONTO FINANZIARIO - USCITE						Differenze sulle previsioni
	PREVISIONI			SOMME IMPEGNATE			
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	PAGATE	DA PAGARE	TOTALE	
TRASFERIMENTI PASSIVI							
ONERI FINANZIARI							
Interessi passivi	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ONERI TRIBUTARI							
Irpef e altri tributi	€ 100.000,00		€ 100.000,00	€ 66.205,53	€ 25.003,61	€ 91.209,14	€ 8.790,86
Nettezza urbana	€ 3.500,00		€ 3.500,00	€ 2.721,19	€ 108,00	€ 2.829,19	€ 670,81
Totale	€ 103.500,00	€ -	€ 103.500,00	€ 68.926,72	€ 25.111,61	€ 94.038,33	€ 9.461,67
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI							
Rimborsi vari	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 615,00		€ 615,00	€ 1.385,00
Totale	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ 615,00	€ -	€ 615,00	€ 1.385,00
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI							
Fondo spese impreviste	€ 70.000,00	€ 12.657,92	€ 57.342,08				€ 57.342,08
Totale	€ 70.000,00	€ 12.657,92	€ 57.342,08				€ 57.342,08
TRATTAMENTO FINE RAPPORTO							
Trattamento di fine rapporto	€ 15.000,00		€ 15.000,00	€ 11,84	€ 10.760,26	€ 10.772,10	€ 4.227,90
Totale	€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 11,84	€ 10.760,26	€ 10.772,10	€ 4.227,90
ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI							
Rimborso quote esattoria				€ -	€ -	€ -	€ -
Totale				€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE USCITE CORRENTI	€ 2.531.610,63	€ -	€ 2.531.610,63	€ 1.593.399,37	€ 342.061,53	€ 1.935.460,90	€ 596.149,73
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE							
ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI							
Ristrutturazione sede							
Totale							
ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE							
Acquisto mobili e arredi	€ 30.000,00		€ 30.000,00			€ -	€ 30.000,00
Programmi e attrezzature	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 1.424,33	€ 466,80	€ 1.891,13	€ 18.108,87
Totale	€ 50.000,00	€ -	€ 50.000,00	€ 1.424,33	€ 466,80	€ 1.891,13	€ 48.108,87
CONCESSIONI DICREDITI ED ANTICIPAZIONI							
RIMBORSI DI MUTUI							
RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE							
ESTINZIONE DEBITI DIVERSI							
ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE							
Fondo spese elezioni							
ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI							
TOTALE USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 50.000,00	€ -	€ 50.000,00	€ 1.424,33	€ 466,80	€ 1.891,13	€ 48.108,87
RENDICONTO FINANZIARIO - USCITE							
DESCRIZIONE	PREVISIONI			SOMME IMPEGNATE			Differenze sulle previsioni
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	PAGATE	DA PAGARE	TOTALE	
TITOLO III - PARTITE DI GIRO							
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO							
Ritenute fiscali e previdenziali	€ 180.000,00		€ 180.000,00	€ 165.098,84	€ 8.746,07	€ 173.844,91	€ 6.155,09
Altre partite di giro	€ 320.000,00		€ 320.000,00	€ 251.786,86	€ 6.342,95	€ 258.129,81	€ 61.870,19
TOTALE USCITE PER PARTITE DI GIRO	€ 500.000,00	€ -	€ 500.000,00	€ 416.885,70	€ 15.089,02	€ 431.974,72	€ 68.025,28
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	€ 3.081.610,63		€ 3.081.610,63	€ 2.011.709,40	€ 357.617,35	€ 2.369.326,75	€ 712.283,88
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE DELL'ESERCIZIO						€ 347.309,92	
TOTALE GENERALE	€ 3.081.610,63		€ 3.081.610,63			€ 2.716.636,67	



Bilancio 2010

Rendiconto finanziario: le uscite

DESCRIZIONE	RENDICONTO FINANZIARIO - ENTRATE						Differenze sulle previsioni
	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE		TOTALE	
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	RISCOSE	DA RISCOUTERE		
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI							
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI							
Quote iscrizioni	€ 1.995.825,00		€ 1.995.825,00	€ 1.731.423,72	€ 264.401,28	€ 1.995.825,00	€ -
Quote nuovi iscritti	€ 75.000,00		€ 75.000,00	€ 111.285,00		€ 111.285,00	€ 36.285,00
Tasse iscrizioni	€ 90.000,00		€ 90.000,00	€ 135.003,00	€ 187,00	€ 135.190,00	€ 45.190,00
Totale	€ 2.160.825,00		€ 2.160.825,00	€ 1.977.711,72	€ 264.588,28	€ 2.242.300,00	€ 81.475,00
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI							
Corsi di aggiornamento	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 15.120,00		€ 15.120,00	€ 5.120,00
Totale	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 15.120,00	€ -	€ 15.120,00	€ 5.120,00
QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI ONERE PARTICOLARI GESTIONI							
Rilascio tessere	€ 200,00		€ 200,00	€ 710,00		€ 710,00	€ 510,00
Certificati e trasferimenti	€ 5.500,00		€ 5.500,00	€ 10.089,00		€ 10.089,00	€ 4.589,00
Totale	€ 5.700,00		€ 5.700,00	€ 10.799,00	€ -	€ 10.799,00	€ 5.099,00
TRASFERIMENTI CORRENTI							
Totale							
ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI							
Vendita pubblicazioni	€ 500,00		€ 500,00	€ 1.131,70		€ 1.131,70	€ 631,70
Totale	€ 500,00		€ 500,00	€ 1.131,70	€ -	€ 1.131,70	€ 631,70
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI							
Interessi attivi	€ 6.000,00		€ 6.000,00	€ 5.973,97	€ 3.465,90	€ 9.439,87	€ 3.439,87
Totale	€ 6.000,00		€ 6.000,00	€ 5.973,97	€ 3.465,90	€ 9.439,87	€ 3.439,87
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI							
Recuperi e rimborsi	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 409,94	€ -	€ 409,94	€ 1.590,06
Totale	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 409,94	€ -	€ 409,94	€ 1.590,06
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI							
Entrate varie	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 5.461,44	€ -	€ 5.461,44	€ 4.461,44
Totale	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 5.461,44	€ -	€ 5.461,44	€ 4.461,44
TOTALE ENTRATE CORRENTI	€ 2.186.025,00	€ -	€ 2.186.025,00	€ 2.016.607,77	€ 268.054,18	€ 2.284.661,95	€ 98.636,95
TITOLO II - ENTRATE CONTO CAPITALE							
ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI							
Alienazione immobili	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ALIENAZIONE DI IMMOBILI TECNICHE							
Vendita mobili ed arredi	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
RISCOSSIONE DI CREDITI							
TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE							
ASSUNZIONE DI MUTUI							
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI							
TOTALE ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TITOLO III - PARTITE DI GIRO							
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO							
Ritenute fiscali e previdenziali	€ 180.000,00		€ 180.000,00	€ 173.844,91	€ -	€ 173.844,91	€ 6.155,09
Altre partite di giro	€ 320.000,00		€ 320.000,00	€ 257.351,82	€ 777,99	€ 258.129,81	€ 61.870,19
TOTALE ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 500.000,00	€ -	€ 500.000,00	€ 431.196,73	€ 777,99	€ 431.974,72	€ 68.025,28
TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE	€ 2.686.025,00	€ -	€ 2.686.025,00	€ 2.447.804,50	€ 268.832,17	€ 2.716.636,67	€ 30.611,67
UTILIZZO AVANZO DI AMMINISTRAZIONE	€ 395.585,63		€ 395.585,63				
TOTALE GENERALE	€ 3.081.610,63		€ 3.081.610,63			€ 2.716.636,67	
TITOLO I - USCITE CORRENTI							
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE							
Gettoni riunioni Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei conti	€ 45.000,00		€ 45.000,00	€ 19.840,00	€ 7.680,00	€ 27.520,00	€ 17.480,00
Gettoni partecipazione Consiglio Nazionale e seminari	€ 60.000,00		€ 60.000,00	€ 43.696,28	€ -	€ 43.696,28	€ 16.303,72
Rimborsi spese	€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 13.205,78	€ 2.950,00	€ 16.155,78	€ 13.844,22
Gettoni e indennità attività Organi Direttivi	€ 140.000,00		€ 140.000,00	€ 40.420,00	€ 18.660,00	€ 59.080,00	€ 80.920,00
Assicurazioni organi statutari	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 3.720,22	€ -	€ 3.720,22	€ 1.279,78
Spese elezioni Organi Direttivi			€ -				
Totale	€ 280.000,00	€ -	€ 280.000,00	€ 120.882,28	€ 29.290,00	€ 150.172,28	€ 129.827,72
ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO							
Stipendi e oneri riflessi	€ 175.000,00	€ 3.704,95	€ 178.704,95	€ 165.689,64	€ 13.015,31	€ 178.704,95	€ -
Assicurazioni personale	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 4.182,01	€ -	€ 4.182,01	€ 817,99
Fondo incentivazione	€ 50.000,00		€ 50.000,00	€ 44.184,96	€ -	€ 44.184,96	€ 5.815,04
Corsi di formazione	€ 6.000,00		€ 6.000,00	€ -	€ 870,00	€ 870,00	€ 5.130,00
Totale	€ 236.000,00	€ 3.704,95	€ 239.704,95	€ 214.056,61	€ 13.885,31	€ 227.941,92	€ 11.763,03
USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI							
Abbonamenti RAI e riviste	€ 7.500,00		€ 7.500,00	€ 5.396,01	€ -	€ 5.396,01	€ 2.103,99
Compenso per la riscossione	€ 40.000,00		€ 40.000,00	€ 31.959,90	€ 6.590,25	€ 38.550,15	€ 1.449,85
Consulenze legali	€ 45.000,00		€ 45.000,00	€ 17.901,00	€ 17.901,00	€ 35.802,00	€ 9.198,00
Consulenza amministrativa	€ 34.000,00		€ 34.000,00	€ 26.839,98	€ 5.367,99	€ 32.207,97	€ 1.792,03
Consulenza professionale occasionale	€ 60.000,00		€ 60.000,00	€ 25.194,00	€ 19.507,36	€ 44.701,36	€ 15.298,64
Consulenza informatica	€ 25.000,00		€ 25.000,00	€ 9.960,00	€ 10.729,81	€ 20.689,81	€ 4.310,19
Manutenzioni e riparazioni	€ 50.000,00		€ 50.000,00	€ 13.368,69	€ 9.585,60	€ 22.954,29	€ 27.045,71
Acquisto tessere distintivi bolli	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 786,00	€ -	€ 786,00	€ 9.214,00
Totale	€ 271.500,00	€ -	€ 271.500,00	€ 131.405,58	€ 69.682,01	€ 201.087,59	€ 70.412,41
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI							
Affitto luce e riscaldamento	€ 124.000,00		€ 124.000,00	€ 113.718,41	€ 1.756,02	€ 115.474,43	€ 8.525,57
Cancelleria e stampati	€ 25.000,00	€ 4.054,72	€ 29.054,72	€ 17.294,72	€ 11.760,00	€ 29.054,72	€ -
Spese postali e telefoniche	€ 40.000,00		€ 40.000,00	€ 32.581,27	€ 88,00	€ 32.669,27	€ 7.330,73
Spese di pulizia	€ 18.000,00		€ 18.000,00	€ 13.200,00	€ 1.200,00	€ 14.400,00	€ 3.600,00
Spese bancarie e di c/c postali	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 1.401,43	€ -	€ 1.401,43	€ 598,57
Spese varie	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 1.361,36	€ -	€ 1.361,36	€ 3.638,64
Archiviazione e gestione documenti	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 1.147,08	€ 1.086,72	€ 2.233,80	€ 7.766,20
Totale	€ 224.000,00	€ 4.054,72	€ 228.054,72	€ 180.704,27	€ 15.890,74	€ 196.595,01	€ 31.459,71
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI							
Aggiornamenti professionali	€ 580.000,00		€ 580.000,00	€ 327.088,89	€ 92.775,77	€ 419.864,66	€ 160.135,34
Rivista "Infermiere oggi"	€ 190.000,00		€ 190.000,00	€ 146.251,35	€ 36.816,08	€ 183.067,43	€ 6.932,57
Biblioteca	€ 90.000,00		€ 90.000,00	€ 59.404,33	€ 7.397,50	€ 66.801,83	€ 23.198,17
Promozione immagine (pubblicità)	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 2.000,00
Commissioni di studio	€ 100.000,00		€ 100.000,00	€ 40.490,00	€ 18.400,00	€ 58.890,00	€ 41.110,00
Spese di rappresentanza	€ 40.000,00		€ 40.000,00	€ 18.151,31	€ -	€ 18.151,31	€ 21.848,69
Quote spettanti Federazione	€ 257.610,63	€ 4.898,25	€ 262.508,88	€ 248.280,63	€ 14.228,25	€ 262.508,88	€ -
Progetto qualità Collegio ISO 9000	€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 8.716,56	€ -	€ 8.716,56	€ 21.283,44
Rassegna stampa	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 13.414,00	€ 2.824,00	€ 16.238,00	€ 3.762,00
Iniziative di solidarietà	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 15.000,00	€ 5.000,00	€ 20.000,00	€ -
Totale	€ 1.329.610,63	€ 4.898,25	€ 1.334.508,88	€ 876.797,07	€ 177.441,60	€ 1.054.238,67	€ 280.270,21

focus

**DAL 22 AL 25 GIUGNO
AL PALAZZO DEI CONGRESSI DI ROMA**

Torna Sanit, infermieri ancora una volta protagonisti

Il Palazzo dei Congressi di Roma (zona Eur) ospiterà dal 22 al 25 giugno 2010 la settima edizione di Sanit, il Forum internazionale della Salute.

Una manifestazione alla quale, da sempre, l'Ipasvi di Roma partecipa con un ruolo di primo piano, sia per la qualità degli eventi formativi organizzati, sia per il numero di infermieri coinvolti (circa 11mila nell'edizione 2009).

Diversi gli obiettivi della manifestazione:

- rendere partecipi, coinvolti e consapevoli i cittadini rispetto a quelli che sono i grandi temi della sanità italiana con particolare riferimento a: prevenzione primaria, secondaria e terziaria, stili di vita salutari, sport, terza età, sana sicura e corretta alimentazione, organizzazione dei servizi, corretto uso dei farmaci, medicina e territorio, traguardi della ricerca sanitaria e potenzialità future;
- rendere partecipi, coinvolti e consapevoli gli operatori del comparto sanitario di ogni livello, oltre che dei grandi temi cui al punto precedente, anche rispetto a quelle che sono le grandi priorità della Sanità Pubblica: professionalità, competenza, aggiornamento e qualità dei servizi, trasparenza, sicurezza, ottimizzazione delle risorse nell'ambito delle esigenze di budget, orientamenti di politica sanitaria.

Inoltre, Sanit rappresenta il contesto adatto all'incontro dove le imprese e gli enti possono instaurare contatti interpersonali, valutare l'impatto e la soddisfazione dell'utenza e degli operatori riguardo i propri prodotti e servizi, controllare l'efficacia del marketing e creare approcci innovativi e mirati.

Circa 32mila persone partecipano gratuitamente alla sesta edizione del 2009, visi-

tando l'area espositiva e prendendo parte alle iniziative organizzate dalle numerose realtà pubbliche e private presenti.

Sanit rappresenta infatti il più grande evento istituzionale e il punto d'incontro per l'Universo della Salute. Lo scorso anno, 28mila operatori di settore hanno partecipato al fitto e interessante programma scientifico coordinato dal Ministero della Salute e sviluppato in collaborazione con i principali enti ed associazioni nazionali e regionali. Cinquanta convegni hanno rilasciato gratuitamente crediti formativi Ecm, rappresentando un importante ed unico percorso di formazione ed aggiornamento per gli operatori sanitari che, nei quattro giorni di manifestazione hanno potuto apprendere novità, perfezionare le proprie conoscenze e capacità, condividere strategie e venire in contatto con gli esperti delle materie rappresentati ai massimi livelli.

Sanit, conferma dunque la propria caratteristica di rivolgersi sia agli operatori del settore che al grande pubblico degli utenti con servizi, consulenza e mostra di buone pratiche. La parte espositiva infatti, dove enti pubblici e privati portano in mostra le proprie attività, è in parte dedicata alla prevenzione, sia con check up gratuiti per tutti i visitatori, sia con un'ampia area espositiva dedicata alle buone pratiche del progetto Guadagnare Salute.

Nelle pagine seguenti, troverete il programma dettagliato dei quattro eventi formativi a cura del Collegio Ipasvi di Roma. Un convegno per ciascuna giornata.

Per iscrizioni e informazioni, rivolgersi alla segreteria del Collegio (in viale Giulio Cesare, 78 a Roma – tel. 06.37511597) o consultare il sito web www.ipasvi.roma.it



Uno dei convegni organizzati dal Sanit lo scorso anno

Gli eventi formativi a cura dell'Ipasvi

MARTEDI' 22 GIUGNO 2010

**La dignità della persona
nel fine vita**

MERCOLEDI' 23 GIUGNO 2010

**Modelli organizzativi infermieristici
in ospedale e qualità delle cure**

GIOVEDI' 24 GIUGNO 2010

**Nuovi modelli organizzativi
per l'assistenza sul territorio
e qualità delle cure**

VENERDI' 25 GIUGNO 2010

**La multiculturalità. Differenti punti di vista:
integrazione e ricchezza dell'assistenza
infermieristica**

SEDE: Palazzo dei Congressi - Roma EUR
PROGRAMMA COMPLETO E ISCRIZIONI: www.ipasvi.roma.it
FAX: 06/45.43.70.34

Posti disponibili per ogni edizione:
850 infermieri - 100 infermieri pediatrici - 50 assistenti sanitari
Costo: gratuito ma con iscrizione obbligatoria
Eventi accreditati Ecm

**L'ISCRIZIONE DA' DIRITTO A PARTECIPARE A TUTTE LE INIZIATIVE
DEL VII FORUM INTERNAZIONALE DELLA SALUTE**

Più di quattromila infermieri romani hanno già attivato la posta certificata!



È scaduto il termine ultimo per comunicare al Collegio la propria casella di posta elettronica certificata (PEC), obbligatoria per tutti i professionisti.

Con l'intento di promuovere fra gli iscritti la più ampia diffusione della PEC e per incentivarne quanto più possibile l'utilizzo, il Collegio di Roma ha deciso di venire in soccorso dei Colleghi che non l'abbiano ancora attivata, offrendo gratuitamente una nuova casella PEC (con dominio @PEC.IPASVI.ROMA.IT), a tutti coloro che ne faranno richiesta.

Per chiedere l'attivazione della nuova casella di posta elettronica certificata basta seguire alcune semplici istruzioni descritte successivamente.

Il sistema richiederà oltre al codice fiscale, 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 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 che gli iscritti hanno ricevuto entro la fine di febbraio, assieme ad 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 infatti 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 attraverso un'apposita ricevuta, che costituisce a tutti gli effetti 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 Ispasvi di Roma è lieto di offrirla a sua volta a tutti gli iscritti.

Per richiederla:

- collegarsi al sito internet dedicato per la richiesta, ovvero <http://www.gigapec.it/wrapper/convenzioni.html> e seguire le istruzioni a video;
- inserire il codice fiscale e il numero di iscrizione all'Albo di Roma (solo numeri, ovvero se IP-77890 sarà 77890);
- successivamente saranno necessari: i tuoi dati completi, un documento di identità valido, e un indirizzo di posta elettronica tradizionale (o personale/aziendale) dove verranno recapitati i moduli di adesione al servizio che successivamente andranno rispediti via fax al gestore, datati e firmati, assieme alla fotocopia del documento di identità precedentemente comunicato;
- terminato il flusso di attivazione, l'utente riceverà 2 email: una di avvenuta attivazione contenenti i parametri tecnici per usare la nuova mailbox, un'altra contenente la modulistica da compilare e spedire via fax. La nuova mailbox sarà subito funzionante, ma disattivata se non saranno inviati i moduli al gestore.

Ricordiamo che, essendo una mailbox certificata, è strutturata per essere utilizzata solamente inviando e ricevendo da altre mailbox certificate; se si intende utilizzarla anche come posta elettronica tradizionale, si può attivare l'opzione attraverso il pannello di controllo dedicato, chiamato "gestione mail" all'indirizzo descritto nella lettera di attivazione.



E' la prima volta che accade una cosa del genere nel nostro Paese.

Un riconoscimento importante alla nostra professione per il qualificatissimo contributo che essa dà per la promozione della salute e nell'assistenza alle persone.

Il francobollo presentato ufficialmente in occasione della mini maratona di Roma "Race for the cure 2010" rappresenta perfettamente la dedizione che dimostriamo ogni giorno sul posto di lavoro e il rapporto privilegiato che ogni infermiere ha con il cittadino in difficoltà.

Siamo al fianco professionalmente e umanamente di chi, come le donne colpite da tumore del seno, affronta percorsi terapeutici lunghi e difficili.

E proprio le donne, insieme agli infermieri, sono stati i veri protagonisti dell'evento del 16 maggio scorso a Roma, dove cinquantamila persone hanno indossato la pettorina di Race for the cure e hanno corso o passeggiato per dare un sostegno concreto alla ricerca e ai programmi di prevenzione. L'iniziativa ha obiettivi prettamente solidali e prevede altre tappe, da Bari a Bologna e a Napoli.

Il sovrapprezzo del francobollo dedicato agli infermieri servirà a finanziare la ricerca contro i tumori mammari. Un quarto dei fondi ottenuti dalla Komen attraverso il sovrapprezzo è destinato anche al sostegno della formazione e dell'aggiornamento degli infermieri in oncologia, con programmi concordati con l'Ipasvi.

L'emissione del francobollo celebrativo della professione infermieristica arriva subito dopo la **Giornata internazionale dell'infermiere** del 12 maggio scorso, data in cui la Federazione nazionale Collegi

Ipasvi ha lanciato la campagna "**Affranca la vita! - Gli infermieri italiani al fianco delle donne che lottano contro il tumore del seno**". Acquistando il francobollo a 90 centesimi anziché a 60, si contribuisce alla buona riuscita di questa grande campagna sociale.

La maratona è finita, è stata un grande successo, e intendiamo raccontarla nelle pagine che seguono con tante immagini che solo in parte daranno l'idea dell'immensa emozione che ha provato chi vi ha partecipato di persona.

Tuttavia, non è tardi per "essere della partita": sul sito internet e presso gli uffici di Poste Italiane è infatti ancora possibile acquistare il francobollo speciale o il kit completo, con materiale commemorativo. Il francobollo è stato stampato in tredici milioni e cinquecentomila esemplari. Il bozzetto è stato realizzato da Cristina Brusaglia.



A partecipare alla maratona anche.... il Collegio Ipasvi di Roma

Gli infermieri romani sfidano la pioggia e "do



Maria Grazia Cucinotta, Rosanna Banfi, Gennaro Rocco

È stata una grande giornata di sport e di solidarietà. Andando più in là di ogni più rosea aspettativa, almeno settemila infermieri del Collegio Ipasvi di Roma e di tutta Italia hanno partecipato, domenica 16 maggio, alla mini-maratonata "Race for the Cure". Cinque chilometri di corsa (o due di passeggiata), che dalle Terme di Caracalla hanno visto le strade della Capitale riempirsi di bandiere e striscioni dell'Ipasvi. La manifestazione, organizzata annualmente dalla fondazione Komen, contribuisce alla raccolta di fondi per la ricerca sul tumore al seno. In occasione di questo evento, è stato presentato anche il francobollo dedicato alla professione infermieristica emesso da Posteitaliane per la Giornata internazionale dell'infermiere. Il sovrapprezzo del francobollo ser-



Rosanna Banfi, Maria Grazia Cucinotta circondate da infermieri



La firma della cartolina affrancata Ipasvi



Giovani testimoni alla "Race"

dominano" la maratona alle Terme di Caracalla

virà a finanziare la ricerca contro i tumori mammari. Un quarto dei fondi ottenuti dalla Komen attraverso il sovrapprezzo è destinato anche al sostegno della formazione e dell'aggiornamento degli infermieri in oncologia, con programmi concordati con l'Ipsavi.

"Ci riconosciamo nell'immagine offerta al grande pubblico dal francobollo celebrativo della nostra professione – ha commentato il presidente del Collegio di Roma, Gennaro Rocco –: rappresenta bene la dedizione che dimostriamo ogni giorno sul posto di lavoro e il rapporto privilegiato con il cittadino in difficoltà. Siamo al fianco professionalmente e umanamente di chi, come le donne colpite da tumore del seno, affronta percorsi terapeutici lunghi e difficili".



La Cucinotta con il francobollo Ipsavi. Alla sua sinistra, la presidente della Federazione, Annalisa Silvestro



Infermieri romani in marcia



Eliana Marino della Fondazione Komen Italia



Marcello Bozzi, Barbara Mangiacavalli e Ciro Carbone del Comitato Centrale Ipsavi

Il racconto fotografico



La cerimonia di premiazione



Un altro momento della premiazione, alla presenza del sottosegretario alla Presidenza del Consiglio con delega allo Sport, Rocco Crimi



Migliaia di palloncini rosa vengono lanciati e si torna a casa, felici e orgogliosi



Rosanna Banfi firma una maxi-cartolina per il mese di maggio. Insieme a lei, Maria Grazia

di una giornata perfetta



Lo stand dell'Ipasvi è stato tra i più attivi, con migliaia di visite e di gadget distribuiti



Il presidente della Komen Italia, Riccardo Masetti, tra l'ambasciatore americano David H. Thorne e l'ambasciatrice dell'Onu



o fatti volare al termine della manifestazione:
di aver partecipato ad un evento indimenticabile!



Loredana Fabriani, Lia Pulimeno e Annarita Mengaroni tra le autorità invitate alla manifestazione



a affrancata con il francobollo dedicato agli
Cucinotta



Il presidente del Collegio di Roma, Gennaro Rocco
con il presidente della Regione Lazio, Renata Polverini

La compagnia teatrale COMICI al Politeama di Catanzaro

Siamo partiti col treno delle 6.45 dalla stazione Termini sabato 15 maggio alla volta del Politeama di Catanzaro, dove si sarebbe svolta, la stessa sera, la manifestazione a scopo benefico "Artisti per caso": medici e operatori sanitari provenienti da diverse aziende ospedaliere d'Italia sono stati invitati lì per esibirsi in una disciplina artistica alternativa rispetto a quella consueta e nobile di professionisti del settore sanitario. Il ricavato della vendita dei biglietti è stato devoluto all'associazione "Medici per l'Africa", alla scuola di spettacolo per ragazzi diversamente abili "Fabbrica dei sogni", nonché ai volontari del "Conventino" di Sant'Antonio di Catanzaro. Alla manifestazione abbiamo preso parte con enorme entusiasmo e piacere anche noi del gruppo COMICI, incoraggiati dal presidente Gennaro Rocco.

La nostra è una compagnia teatrale neo costituita di infermieri che afferisce alle attività del Collegio Ipasvi di Roma. Per l'occasione abbiamo proposto un medley di "Aggiungi un posto a tavola".

L'accoglienza esemplare ha onorato e incoraggiato la nostra prima esibizione pubblica. Al Politeama di Catanzaro abbiamo vissuto con intensità ogni momento:

Il culmine si è raggiunto col fragore e lo scroscio incessante degli applausi a scena aperta!

Tanti ringraziamenti durante e dopo per tutti, per tutto... perché la gioia di essere lì e di aver avuto modo di portare il nostro contributo di operatori sanitari alla manifestazione dallo scopo benefico, si è incontrata con la gratitudine e l'ammirazione di chi era ad assistere seduto in platea o in piedi dietro le quinte. Ovviamente alle tre del mattino, spenti i riflettori e i microfoni, tutti a festeggiare "a tavola" insieme anche alle madrine della serata Margot Sikabonji e Beatrice Fazi, (due delle protagoniste della fiction di Rai Uno "Un medico in famiglia"), attrici adorabili e sensibili ai temi del sociale che hanno ulteriormente omaggiato con complimenti ed elogi e col loro affetto il contributo artistico degli infermieri

della compagnia del Collegio di Roma. Il giorno dopo eravamo puntuali, come sempre, sui nostri luoghi di lavoro: fieri professionisti infermieri tra le corsie degli ospedali di Roma con la nuova consapevolezza di essere in grado di portare nel sociale il proprio contributo anche in forma diversa. Il Collegio ci ha dato modo grazie all'incontro, al confronto e alla condivisione professionale, di arrivare a scoprire anche ulteriori passioni in comune. Ci ha unito, in primis, nel lavoro ed ora ci ha regalato la possibilità di fare del bene anche in un altro modo: mettendoci a disposizione di associazioni Onlus (come quella dei genitori dei bambini dell'oncologia pediatrica del policlinico Gemelli di Roma che ci ha segnalato all'evento) o di progetti che abbiano la finalità di arrivare a raccogliere offerte per aiutare chi è in difficoltà. Senza contare che l'appartenenza ad una compagnia teatrale può costituire un ausilio per gli stessi infermieri che ne fanno parte, dal punto di vista delle dinamiche relazionali (coesistenza in un gruppo e nelle sue dinamiche), organizzative (lavoro per obiettivi) e comportamentali (gestione dell'emotività), come insegna la "teatro terapia".

Barbara Patarini



Torna alla ribalta la grave carenza di infermieri: un'emergenza che la stampa amplifica a titoli allarmati

Puntuale come un *tourbillon* torna alla ribalta mediatica la grave carenza di infermieri. Un'emergenza che tocca lo Stivale da un estremo all'altro e che la stampa fotografa con titoli ripetuti quanto allarmati.

C'è n'è per tutte le latitudini, comprese realtà territoriali dove il servizio sanitario è notoriamente più efficiente (come alcune aree del Nord).

Messaggero Veneto E' il caso del Friuli Venezia Giulia. Scrive il **Messaggero Veneto** (2/4/10) nella cronaca di Udine: "La situazione della sanità in provincia è drammatica: gli infermieri non riescono neanche a garantire le prestazioni assistenziali di base come, ad esempio, l'igiene personale dei pazienti. Non ci sono le condizioni necessarie per operare". Un vero e proprio grido d'allarme, l'ennesimo. Al Centro non va meglio.

Roma EPolis In vista della Pasqua, si leva alta la protesta del personale sanitario precario del Pertini di Roma. **E-Polis** (2/4/10) riferisce così la protesta: "Mancano infermieri. Dal 26 marzo al 5 aprile saranno interinali gli infermieri che garantiranno uno straccio di assistenza nelle corsie dell'ospedale Pertini, la cui carenza di personale infermieristico è talmente grave da non permettere, evidentemente, il normale svolgimento delle attività di assistenza quotidiane durante il periodo delle festività pasquali". E ancora: "Ci chiediamo se e quando questa Regione intenda prendere atto di una situazione di carenza gravissima di infermieri nelle strutture della sanità pubblica del Lazio, una situazione talmente insostenibile da non garantire, ormai, neanche più i livelli minimi di assistenza ai cittadini e che espone i pochi infermieri rimasti nelle corsie ad una condizione di continua insicurezza a causa dell'aumento indiscriminato dei carichi di lavoro e dei turni di servizio".

Stessa musica anche in Sardegna.

LA NUOVA **La Nuova Sardegna** (26/3/10) titola: "Reparti senza infermieri".

Spesso, poi, quei pochi colleghi in servizio devono inventarsi proteste clamorose per poter lavorare.

IL MATTINO E' il caso segnalato a Napoli da **Il Mattino** (3/3/10): "Caos barelle, gli infermieri si autoconsegnano". Si legge: "Prima in assemblea con toni durissimi, poi la decisione: i trenta infermieri del reparto di medicina d'urgenza del Cardarelli si sono autoconsegnati. In pratica continueranno a prestare servizio dopo aver timbrato il cartellino ma sono in stato di agitazione per la situazione dei barellati. Risponde così lo staff paramedico all'invasione di barelle che ha raggiunto il record la scorsa settimana con trenta pazienti allattati e ben cinquantatre in lettiga, sistemati nei corridoi".

Il Messaggero Altro tema caldo della primavera 2010 è il mancato incontro tra la necessità di personale infermieristico e la disponibilità di quest'ultimo sul mercato del lavoro. **Il Messaggero** (3/4/10) approfondisce il tema cruciale dello squilibrio tra l'offerta e la domanda di professionisti laureati, sottolineando come la figura infermieristica resti fra le più ricercate in assoluto. Titola il quotidiano romano: "Lauree, squilibrio tra domanda e offerta: mancano medici, infermieri e ingegneri". "Abbiamo frotte di giovani laureati che non trovano lavoro, ma allo stesso tempo aziende che cercano laureati pressoché introvabili - si legge nell'articolo -. E' questo uno dei tanti paradossi italiani, che pesa sulle spalle di una generazione che fatica a farsi strada. Colpa degli errori di programmazione, delle lauree facili e di quel sistema universitario che invece di premiare il merito ha preferito fare cassa con gli immatricolati, non importa quali. Ma ora i nodi vengono al pettine. "C'è uno squilibrio tra domanda e offerta di laureati, con un esubero nel settore politico-sociale, psicologico, letterario, linguistico e biologico. Resta insoddisfatta, invece, la domanda nei settori economico-statistico, sanitario e ingegneristico, che ancora promettono sbocchi - ha detto **Claudio Gentili**, direttore *Education* di Confindustria -. Mentre la disoccupazione giovanile cresce, ci sono aziende che cercano laureati introvabili. Quali le figure carenti sul mercato? In testa ci sono gli infermieri, i fisioterapisti e gli addetti alla meccanica e all'elettronica". E aggiunge: "In particolare sono appetibili le lauree medico-sanitarie, a cominciare dal ramo infermieristico, dalla fisioterapia e dalle tecniche legate alla medicina. Qualche cifra: nel 2009, erano previste dalle aziende sanitarie 4.480 assunzioni di infermieri, ma non c'erano abbastanza laureati in infermieristica: ne mancavano 2.670, pari al 59,6% degli addetti di cui c'era richiesta. Stessa situazione per la fisioterapia, che registra una difficoltà di reperimento del 43,7%; percentuale che passa al 37,7% per i progettisti metalmeccanici e di elettronica. Scarseggiano anche i farmacisti, la cui difficoltà di reperimento è del 34,6%".

CORRIERE DELLA SERA Scrive sullo stesso tema il **Corriere della sera** (19/3/10): "Infermieri e ingegneri: 2.900 per la sanità privata". Si legge nel sommario: "Aumentano le richieste di nuove professionalità. Non solo medici, richiesti anche operatori socio-sanitari". E nell'articolo: "L'età media si allunga e il settore della salute offre, a breve e lungo termine, nuove opportunità di impiego. Infermieri, medici, paramedici. Tecnici di laboratorio e operatori. La sanità privata cerca giovani talenti. Complice l'età media degli italiani che continua ad allungarsi, la qualità della vita in costante miglioramento e la maggior frequenza con cui si ricorre a controlli e cure mediche. E dunque il settore sanitario of-

fre a breve, medio e lungo termine opportunità e prospettive occupazionali. Mentre nell'immediato ha fame di infermieri ed operatori".

IL TEMPO Infermieri introvabili, dunque. Eppure alcune storie raccontano una verità diversa. **Il Tempo** (20/3/10) offre una visione alternativa della difficoltà di reperimento di personale infermieristico da parte delle aziende sanitarie e titola: "Infermiere a spasso. La laurea non basta". Nell'articolo si legge: "C'è un luogo comune da sfatare: chi si laurea in infermieristica (corso di laurea triennale) trova subito lavoro perché c'è una carenza cronica di infermieri negli ospedali. La carenza c'è, il contratto di lavoro no. Per rientrare dal pesante deficit in cui versa il sistema sanitario del Lazio, la Finanziaria 2009 ha previsto il blocco delle assunzioni.

"In realtà sono anni che non si assume più nessuno - precisa Daniela Pastelli, 27 anni, infermiera neolaureata all'università Cattolica -. In ospedale si trovano solo contratti da libero professionista senza nessuna forma di assicurazione. Per cui se ti fai male o danneggi qualcuno paghi in prima persona. La logica è tanto lavoro, tanto guadagno".

E così ha optato per un contratto di quattro mesi con la società (...) di Roma: "Il lavoro mi piace molto, ma sono qui da tre mesi e non ho visto un euro. Resto fiduciosa, ma certo è dura. Il lavoro? Turni di dodici ore (8-20 o 7-19) e, a volte, anche il notturno".

Come sempre, anche negli ultimi mesi, abbiamo dovuto lottare contro informazioni sbagliate e capziose, giudizi approssimativi e prese di posizione pubbliche irricevibili per il nostro ambito professionale. Citiamo un paio di esempi.

A cominciare dalle dichiarazioni pubbliche di un noto esponente politico candidato alle elezioni regionali del Lazio (non riferiamo il nome in questa sede dopo aver risposto al diretto interessato nell'immediatezza dei fatti), secondo cui - come riportato da agenzie e organi di stampa - le lunghe attese ai Pronto soccorso: "sono spesso causate da un codice assegnato sulla base di una fugace dichiarazione del paziente e, quando va bene, con un controllo da parte del personale paramedico che non ha l'abilitazione professionale per esprimere una diagnosi".

La diffusione mediatica dell'incauta dichiarazione ha costretto i Collegi Ipasvi del Lazio, riuniti nel Coordinamento regionale, a reagire duramente con l'interessato e attraverso gli stessi organi di informazione. "In un sol colpo l'onorevole (...) ha cancellato almeno tre lustri di storia dell'infermieristica - recita un passaggio del comunicato diramato dai Collegi -. Ci definisce ancora paramedici, forse ignorando che oggi siamo laureati e spesso specializzati e che la nostra è l'unica figura abilitata ad approcciare i pazienti perché specificatamente formata a questa complessa attività. Non può essere liquidata così l'ormai assodata espe-

rienza del triage, utilizzata in tutti i Paesi a sanità avanzata, che assegna proprio all'infermiere la valutazione delle condizioni del paziente e l'attribuzione del relativo codice di priorità. Sostenere oggi che debba essere un medico a farlo significa dimenticare che il triage infermieristico è nato proprio per abbattere i tempi d'attesa e per rendere disponibili per le visite e gli interventi tutti i medici in forza ai Pronto soccorso".

il Giornale **Il Giornale** riesce poi a far indignare gli infermieri due volte nello stesso giorno (12/2/10). Il primo titolo è "Il caso: infermiera fannullona dovrà lavorare 6 mesi gratis".

Scorrendo l'articolo, non occorre entrare nel merito della vicenda per capire che la protagonista del caso giudiziario in questione è una fisioterapista e non un'infermiera: a conferma dell'incredibile ignoranza che ancora avvolge la nostra professione al cospetto dei mass media.

Il secondo titolo è ancor più disarmante: "Nel Lazio addetti alle pulizie curano i pazienti".

Il quotidiano milanese, nella sua edizione romana, riferisce di: "lavoratori assunti con contratti di appalto per le pulizie che, invece, svolgono attività di ausiliari sanitari (infermieri o portanti)". Inevitabile, anche in questa occasione, una dura reazione da parte degli infermieri.

Il presidente del Collegio Ipasvi di Roma, **Gennaro Rocco**, ha perciò inviato una severa nota di protesta al direttore de **Il Giornale**, contestando l'affermazione che: "confondendo gli infermieri col personale ausiliario, ignora anni di storia della professione infermieristica, risulta priva di fondamento, alimenta una grave disinformazione e suona come denigratoria per l'intera categoria degli infermieri".

Da qui, la richiesta di un'adeguata rettifica della notizia, peraltro prontamente esaudita.

Infermiere protagoniste del circo mediatico a metà marzo, quando sui maggiori quotidiani, radio e tv di tutta Europa, rimbalza, dall'Olanda, una notizia che, pruriginosa come poche, trova ampio spazio sui media italiani.

QN Una citazione per tutti, quella del titolo di **QN-Quotidiano nazionale** (15/3/10): "Olanda, infermiere in rivolta: «Niente sesso»". Spiega il testo: "Stop alle richieste di prestazioni sessuali da parte dei pazienti alle infermiere. Contro un'abitudine che pare essere molto diffusa in Olanda, è sceso in campo il sindacato del personale infermieristico che presta assistenza negli ospedali e a domicilio. Con una campagna che ha come motto «traccio la linea qui», ovvero «oltre non si va». La protesta del personale infermieristico è nata - come riporta la versione inglese on line del quotidiano **Handelsblad** - dalla

presa di posizione di Aline Saers, una dirigente dell'organizzazione Per Saldo, che si occupa tra l'altro delle esigenze delle persone bisognose di assistenza continua, come disabili e malati cronici. Davanti al caso di un'infermiera di 24 anni, indignata per le richieste sessuali avanzate da un suo paziente di 42 anni assistito a domicilio, Sears ha candidamente commentato: «I pazienti sono liberi di richiedere, le infermiere di rifiutare».

Vasta eco sui media nazionali anche per il caso dell'infermiera londinese alla quale è stato vietato di portare il crocifisso al collo.



L'**Avvenire** è stato il quotidiano che ha seguito più da vicino il caso e i suoi sviluppi giudiziari, fino al pronunciamento della magistratura inglese dell'aprile scorso (8/4/10), quando ha

titolato: "I giudici bocciano il ricorso: l'infermiera non porterà il crocifisso". Si legge nel servizio: "Sconfitta. L'infermiera cristiana che è ricorsa al tribunale per ottenere il diritto di portare al collo una catenina con il crocifisso sul posto di lavoro e sancire il suo stato di vittima di discriminazione religiosa, ha perso la causa contro i suoi datori di lavoro. Secondo il regolamento dell'ospedale dove Shirley Chaplin è impiegata, il Royal Devon and Exeter Hospitals Nhs Trust, è proibito allo staff a contatto con i pazienti indossare catenine per ragioni di sicurezza. Dopo il verdetto del giudice, la Chaplin ha dichiarato ai giornalisti che questo è «un giorno molto triste per gli impiegati cristiani». L'infermiera, 54 anni, che intende ora fare appello alla decisione del tribunale, ha proseguito: «La legge non sembra essere dalla parte dei cristiani». Ma per l'ospedale del Devon, dove la Chaplin lavora da oltre dieci anni, l'infermiera non avrebbe alcun motivo di sostenere di essere stata discriminata. «Abbiamo offerto alla Chaplin la possibilità di indossare la croce come spilla all'interno di una tasca, ma si è rifiutata. Non abbiamo niente contro il crocifisso, è solo una questione di prevenzione». La Chaplin, che oggi torna in servizio dopo la sospensione, ha già avvertito che non è disposta ad accettare compromessi. «Torno al lavoro - ha detto uscita dal tribunale - e nessuno mi impedirà di continuare a portare la croce al collo». Ma nel frattempo è stata relegata a lavoro d'ufficio per impedirle di stare a contatto diretto con i pazienti".

Infine un maggio esplosivo sul fronte della cronaca con gli infermieri in primo piano. Commuove l'Italia la morte di Mariarca Terracciano, 45 anni, la collega in servizio all'ospedale San Paolo di

Napoli, artefice di una clamorosa protesta per sollecitare il pagamento del suo stipendio da parte della Asl. Fino a pochi giorni prima, Mariarca si era fatta prelevare 150 ml di sangue ogni mattina per significare che "stanno giocando con la nostra pelle". Poi, il 10 maggio, l'improvviso malore mentre era al lavoro, tre giorni di agonia in Rianimazione e la morte. I quotidiani si scatenano per giorni in una ridda di titoli, interpretazioni e commenti: "Si svena per protesta: muore infermiera" (**Il Mattino** - 14/5/10); "Si toglie il sangue per protesta. Il giallo dell'infermiera morta" (**Corriere della sera** - 15/5/10); "Svenarsi per un diritto" (**La Repubblica** - 15/5/10); "Muore dissanguata aspettando lo stipendio" (**Libero** - 15/05/10); "Si toglie il sangue perché l'Asl non paga, muore infermiera" (**Avvenire** - 15/5/10); "Si era svenata per lo stipendio, è morta l'infermiera-pasionaria" (**Epolis** - 15/5/10); "E' morta l'infermiera che si svenò per protesta" (**Il Secolo d'Italia** - 15/5/10); "Si toglieva il sangue per protesta. Muore infermiera napoletana" (**Liberazione** - 15/5/10); "Il caso dell'infermiera di Napoli - Per il lavoro si può soffrire, ma non morire" (b - 15/5/10); "L'infermiera coraggiosa" (**Il Fatto** - 15/5/10). Il giorno dei funerali i media rilanciano il grido di dolore e di rabbia di parenti, amici e colleghi di Mariarca: "E' stata abbandonata". Nel clamore delle dirette tv e dei titoli cubitali, è un piccolo giornale locale (**La Voce di Manduria** - 19/5/10) a sottolineare l'ultimo affronto a Mariarca: "Infermiera morta per protesta, ai funerali nessuno della Asl".

A metà mese parte il rituale tiro al piccione sulla categoria per il caso del presunto serial killer di Roma, al quale vengono attribuiti dieci delitti compiuti in due anni. Sospettato numero uno è un ex infermiere del Gemelli, trasferitosi poi in una casa di cura di Guidonia, già in carcere per l'omicidio di una collega scomparsa nel 2001. Il caso, ancorché orribile, è troppo ghiotto per il circo mediatico. Che infatti si scatena. Nei titoli si ripete il riferimento alla professione: non un comune serial killer ma un "infermiere serial killer", fa più impressione e si vende di più! Qualche esempio: "Serial killer sospettato ex infermiere omicida" (**Il Giornale** - 19/05/10); "Il nuovo giallo romano. Inchiesta sul serial killer, sospetti su un infermiere" (**Il Messaggero** - 19/5/10); "Così l'infermiere killer preparava le dosi letali" (**La Repubblica** - 19/05/10). Siamo ormai troppo smalizati per credere che se si fosse trattato di un medico, un biologo o un farmacista il trattamento sarebbe stato lo stesso.

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

Prosegue in questo numero la rubrica sul ruolo delle donne nel soccorso ai feriti della Repubblica Romana del 1849. La ricerca è a cura di Giuseppe Micheli, insegnante di Storia della Medicina e Mario Bannoni, ricercatore.



Margaret Fuller

La storia di Margaret Fuller

La giornalista e scrittrice americana Margaret Fuller, sposata segretamente con il nobile Giovanni Angelo Ossoli, era tra i pochi stranieri rimasti a Roma.

Giornalmente, per portare assistenza ai feriti ricoverati negli ospedali dei quali era stata nominata responsabile e per documentare il pubblico americano su quanto accadeva con i reportage che inviava al *New York Tribune*, sfidava le bombe e le granate francesi che quali non erano dirette solo verso le mura dove era di servizio il battaglione del marito, sottufficiale della Guardia Civica mobilitata, ma cadevano anche e soprattutto in città, al punto che i consoli stranieri presenti a Roma elevarono una vibrata protesta al Generale Oudinot, comandante degli assediati.

Tra queste, Margaret Fuller, che era stata nominata, espressamente dalla Belgiojoso, proprio lo stesso giorno dell'attacco francese. Non esiste la nomina ufficiale in italiano, ma la lettera che Margaret ricevette è riportata in inglese nelle sue memorie e, tradotta come segue:

Comitato di soccorso pei feriti, lunedì 30 aprile 1849. Miss Fuller, piazza Barberini, 60.

"Cara signora Fuller, siete nominata Regolatrice dell'ospedale FateBene Fratelli. Recatevi lì alle dodici, se la campana dell'allarme non abbia prima suonato. Quando arriverete lì, riceverete tutte le donne che verranno per i feriti, e date loro le vostre istruzioni, così che siate sicura di avere un certo numero di loro notte e giorno. Possa Dio aiutarci.

Cristina Trivulzio di Belgiojoso".

Il nome di Margaret Fuller appare anche in un altro documento ufficiale, questa volta in italiano.

In esso è chiaramente specificato quale sia il compito affidato a lei, come ad ogni altra direttrice (o regolatrice, come allora si diceva):

"La direttrice proposta ad ogni ambulanza prenderà nota di tutto, onde in nulla abbia a difettare l'assistenza ai feriti. Essa si associerà nella direzione quelle delle sue compagne che se ne mostreranno più capaci per darsi con loro il cambio nelle ore di sua assenza".

Non sappiamo come e quando la Fuller fosse incaricata di curare l'organizzazione anche dell'ospedale per i convalescenti all'interno del Quirinale, ma presso l'archivio di Stato di Roma troviamo una lettera del 22 giugno in cui vengono richieste al Ministero dell'Interno:

"per questa ambulanza del Quirinale un centinaio di sedie, due tavole grandi, una dozzina di tavolini da camera, ed una cinquantina di comode, vi prego pertanto a provvederle e vi auguro salute e fratellanza".

In effetti, la Fuller si occupava anche dell'assistenza ai convalescenti presso il Quirinale:

"È concesso alla signora Margaret Fuller di circolare liberamente nei giardini del Quirinale e di condurvi con sé qualche convalescente. Roma 28 giugno '49".

Una lettera di Margaret del 10 giugno 1849 indirizzata al cognato Channing ci informa dell'assistenza che la Fuller prestava ai feriti: *"Dal 30 aprile vado quasi giornalmente agli ospedali (l'uso del plurale è significativo del fatto che Margaret Fuller si occupava sia del Fatebenefratelli sia del Quirinale) e, benchè abbia sofferto perchè prima non avevo idea, di come fossero terribili le ferite da arma da fuoco e la febbre vulneraria, tuttavia mi ha fatto piacere e, un grande piacere, trovarmi con gli uomini: difficilmente,*



Gaetano Belvederi, *Ballo intorno all'albero della libertà*, Museo civico del Risorgimento di Bologna

ce n'è qualcuno che non sia mosso da uno spirito nobile. Molti, particolarmente fra i lombardi, sono il fiore della gioventù italiana. Quando cominciano a star meglio, porto loro libri e fiori; leggono e parliamo".

Riguardo al Quirinale scrive: "Il palazzo del Papa... adesso è adibito ai convalescenti. In quei bei giardini, cammino con loro: uno fasciato, un altro con le stampelle. Il giardiniere fa funzionare tutti i giochi d'acqua per i difensori della Patria e raccoglie fiori per me, loro amica... Le signorine di famiglia, ragazze molto giovani, erano piene d'entusiasmo per i sofferenti, patrioti feriti e volevano recarsi all'ospedale per dare il proprio aiuto. Salvo le tre soprintendenti, ad aiutare là erano ammesse solo signore sposate, ma il loro aiuto è stato accettato. Allora, anche la loro governante desiderò andare e, dato che poteva parlare parecchie lingue, è stata ammessa alle stanze dei soldati feriti, a far loro da interprete, dato che le infermiere non conoscevano altra lingua che l'italiano e molti di questi poveri uomini stavano soffrendo, perché non potevano far capire i propri bisogni. Alcuni sono francesi, alcuni tedeschi e molti polacchi... Quella giovane signora ha passato là parecchie notti".

I contrasti

La seguente lettera al ministro dell'Interno proviene dal Soprintendente Generale di Sanità che riportava i reclami dei Priori di alcuni ospedali:

"Frequenti reclami giungono a questa Soprintendenza Generale, relativi tutti alla pessima condotta tenuta dai malati militari negli ospedali di Santo Spirito e di San Gallicano. Persuasioni, dolcezza di modi, ragioni finora valsero a nulla. Gli abusi da non potersi più oltre tollerare".

D'altro avviso era, invece, la Belgiojoso:

"Cittadino Ministro. I gravi inconvenienti accaduti nell'ospedale di San Gallicano, gli insulti di cui sono quotidianamente assaliti, tanto i nostri feriti, quanto le persone che li assistono, e la mala voglia evidente del direttore di questo ospedale, autore volontario di tutti codesti inconvenienti, ci costringono a chiedervi istantemente a sostituire immediatamente un nuovo rettore al direttore attuale".

In effetti, nel suo rapporto del 23 maggio, scrive:

"In Santo Spirito, a cagione d'esempio, nel braccio aperto ai feriti e vigilato dalla Cittadina Modena, che è quanto ora assai meglio tenuto che non gli altri bracci, si lagnano i feriti che la disposizione della sala e la soverchia altezza delle finestre (insieme all'inveterata costumanza di mai aprirle) impedisce il rinnovarsi dell'aria; che il chiasso degli inservienti, degli impiegati dei visitatori, etc, etc, a loro toglie ogni riposo; che la biancheria oltre l'essere ruvida e grossolana è sudicia e puzza anche quando viene in dietro dal bucato; che i vasi da notte non si puliscono più che una volta al giorno, e le cassette ogni tre o quattro giorni; che il vitto e le bibite sono disgustosi al sommo. Dicono quei feriti che senza l'assistenza delle donne da questo Comitato ad dette alle ambulanze, essi non avrebbero potuto reggere ai patimenti d'ogni genere cui sono in preda".

Evidentemente, il confronto con gli altri bracci dell'ospedale, non tenuti dalle donne del Comitato, pone qualche problema d'invidia, perché cominciano ad arrivare critiche più esplicite: "Cittadino Ministro,

la maggior parte della comunità di Santo Spirito, siccome dal reclamo, si oppone alla invasione muliebre che tutto di si esercita nell'ospedale medesimo. Senza voler partecipare per intero allo sdegno dei studenti, pregovi voler prendere in considerazione quanto da quelli si reclamo... La Comunità nostra è abbastanza sdegnata per l'aristocrazia e despotismo spiegato dalle femmine che qui si dice presiedere all'ambulanza... Per costumanze antiche quanto la fondazione dell'ospedale, ai Caporali spettano due tavolini. Uno di questi, oggi, si vorrebbe togliere... non vegga la Comunità nostra a seguito della sua dignità sedere a tavolino (quasi esercitando i diritti maggiori dell'ospedale) una donna cui l'ingegno né basta, nè a tanto può mai bastare".

Seguono 28 firme, oltre quella del direttore, dottor Giovanni Negri. Entrati i francesi a Roma, l'assistenza ai feriti continuò per molti giorni.

**Giuseppe Micheli
Mario Bannoni**

Il rischio di violenza nelle aziende a danno degli operatori sanitari

Nello scorso numero ho introdotto il tema del monitoraggio degli eventi sentinella, focalizzando l'attenzione sulla creazione del sistema di rilevazione e di gestione del rischio e in particolare sulle raccomandazioni emanate dal Ministero della salute per la migliore gestione del rischio. Ritengo di proseguire in questa opera di diffusione di un'opera importante e per questo riporto, soltanto con alcune chiose e aggiustamenti sistematici, il testo della raccomandazione. In questo scritto prendo in considerazione una raccomandazione particolare, la numero 8, che tratta il rischio di violenza a danno degli operatori sanitari.

Obiettivo della raccomandazione è quello di prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono e individua il seguente evento sentinella: "Morte o grave danno in seguito a violenza su operatore" deve essere segnalato secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del ministero della Salute.

La fattispecie degli atti di violenza sugli operatori sanitari ha un inquadramento giuridico complesso: da un lato quello degli infortuni sul lavoro (il datore di lavoro è responsabile per i danni subiti dal lavoratore) e dall'altro la responsabilità per fatto illecito in capo all'autore dell'aggressione.

La questione degli atti di violenza è significativa e interessante per certo tutti. Infatti, come rileva il Ministero, gli episodi di violenza contro operatori sanitari possono essere considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

La raccomandazione va oltre il semplice incoraggiamento all'approfondimento del tema e anzi traccia un sistema di valutazione e di prevenzione del rischio utilizzabile anche ai fini della valutazione giuridica della responsabilità.

Il contesto generale identificato dal Ministero muove dalla constatazione per cui nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza. Tra questi assume particolare rilevanza il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte.

È interessante il rilievo statistico riportato dalla raccomandazione secondo cui **gli infortuni accaduti nelle strutture ospedaliere italiane e denunciati all'Inail per qualifica professionale e modalità di accadimento nell'anno 2005 ammontano a 429**, di cui 234 su infermieri e 7 su medici.

Gli ambiti di maggiore rischio individuati dalla raccomandazione riguardano le aree dei servizi di emergenza-urgenza; le strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali; i luoghi di attesa; i servizi di geriatria; i servizi di continuità assistenziale. È stato rilevato che i soggetti maggiormente a rischio di violenza sono i medici, gli infermieri e gli operatori socio sanitari in quanto (e questo è il fattore di rischio più importante) sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga.

Oltre al suddetto, principale, fattore di rischio, concorrono all'incremento degli atti di violenza i seguenti fattori:

- l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- la diffusione dell'abuso di alcol e droga;
- l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;
- lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;





- Uso di arma
- Contatto fisico
- Lesione e/o morte

Azioni

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune. A tal fine, le strutture sanitarie devono mettere in atto un programma di prevenzione della violenza che dovrebbe comprendere almeno le azioni di seguito riportate. La raccomandazione traccia le linee essenziali per la predisposizione del programma di prevenzione e ad essa, nel suo testo integra-

le, faccio rinvio per non appesantire questo articolo.

* * * * *

La vincolatività della raccomandazione

Il Ministero, attraverso la raccomandazione, invita la Direzione aziendale a favorire lo sviluppo e l'implementazione dei precetti in essa contenuti, mentre le Direzioni aziendali che decidano di non utilizzare la presente Raccomandazione devono predisporre una propria procedura per prevenire atti di violenza a danno degli operatori. A prescindere dall'attuazione o meno della raccomandazione, all'ente è comunque raccomandato di monitorare attivamente gli interventi attuati rispetto alla procedura adottata per prevenire atti di violenza a danno degli operatori e quindi favorire la segnalazione degli eventi sentinella tramite specifiche procedure aziendali. L'evento sentinella "Morte o grave danno in seguito a violenza su operatore" deve essere segnalato secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del ministero della Salute.

* * * * *

A questo punto posso inserire alcune mie considerazioni sulla tematica degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari. L'importanza dell'atto in commento si rileva nel fatto che ogni azione prevista è volta alla prevenzione, mentre nel nostro ordinamento in questi casi la tutela prevista è fondamentalmente di tipo risarcitorio e, quindi, "a danno avvenuto". È vero che, ad esempio, in materia di sicurezza sul lavoro il legi-

- ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici);
- presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme;
- mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;
- scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture.

Naturalmente i fattori di rischio variano da struttura a struttura, dipendendo da tipologia di utenza, di servizi erogati, ubicazione, dimensione.

* * * * *

Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione (vedi elenco sottostante) può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.

- Uso di espressioni verbali aggressive
- Impiego di gesti violenti
- Minaccia
- Spinta

slatore impone una serie obblighi di prevenzione. Tuttavia non si rinviene nulla sulla materia specifica, ossia la violenza nei confronti degli operatori sanitari. Quindi l'obbligo di prevenzione nel sistema normativo rimane un obbligo generale (che in parte deriva dal d.gs. n. 81 del 2008 e in parte dall'art. 2087 cod. civ.): il datore di lavoro deve fare tutto quello che è in suo potere di fare per evitare che il danno ai proprio personale dipendente ma senza prevedere delle condotte specifiche cui il datore di lavoro è obbligato.

Orbene per tornare al nostro caso, le strutture sanitarie sono obbligate a prevenire che un paziente aggredisca un operatore sanitario ma non è scritto nulla a proposito di quali atti debbano essere adottati, essendo rimesso tutto alla discrezionalità del datore di lavoro.

La raccomandazione si inserisce proprio in questo punto, e a mio avviso comporta una limitazione alla discrezionalità del datore di lavoro. Abbiamo visto, infatti, che il Ministero non "obbliga" ma "invita le Aziende al rispetto della raccomandazione e comunque obbliga all'adozione di atti positivi in proposito volti a disciplinare espressamente la tutela del personale contro le aggressioni dei pazienti. A questo punto, la raccomandazione del Ministero si pone come atto di tutela più avanzato e si pone quale vero e proprio parametro nella valutazione processuale delle responsabilità in casi analoghi. In altre parole, non essersi adeguati alla raccomandazione o non aver adottato almeno un atto organizzativo altrettanto idoneo (seppure diverso dalla raccomandazione) configurerà da oggi in poi una ipotesi di responsabilità per non aver posto in essere la tutela giuridicamente dovuta.

Avv. Alessandro Cuggiani

La presente Raccomandazione è stata elaborata dal dottor Paolo Cantaro e dal dottor Salvatore Scarlata dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino di Catania.

L'Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi (Alessandro Ghirardini, Roberta Andrioli Stagno, Rosetta Cardone, Guerino Carnevale, Susanna Ciampalini, Angela De Feo, Giorgio Leomporra, Carmela Matera, Giuseppe Murolo, Maria Concetta Patisso, Claudio Seraschi) del Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ha curato la revisione insieme alla dott.ssa Piera Poletti ed al "Gruppo di lavoro per la sicurezza dei pazienti".

La Raccomandazione è stata quindi sottoposta ad un processo di consultazione con esperti delle seguenti Società Scientifiche, Ordini e Collegi Professionali, Centri ed Istituzioni che si ringraziano per la collaborazione fornita: ANMDO, Croce Rossa Italiana, FIASO, FISM, FNOMCeO, FNCO, IPASVI, ISPEL, SIAARTI, SIC, SIGO, SIMG, SIMEU, SIQuAS-VRQ, SIP, Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale, Società Italiana di Psichiatria, Società Italiana Sistemi 118, INAIL, SIMLII, Società di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Centro di Riferimento per la regione Lazio per la promozione della salute delle popolazioni migranti, senza fissa dimora, nomadi e a rischio emarginazione.

IN PILLOLE

Ok i protocolli per attacchi di asma e anafilassi

I due protocolli per la gestione dell'attacco acuto dell'asma e dell'anafilassi hanno superato tutte le verifiche esterne (approvazione dalla Federazione nazionale Ispasvi – febbraio 2010) e interne (UO Risk Management, Direzione Sanitaria - marzo 2010). E' stato predisposto il Piano operativo di implementazione dei protocolli in alcune postazioni campione dell'Ares 118, come previsto dal progetto "Piano operativo per la realizzazione del percorso formativo di postazioni campione per l'implementazione dei protocolli "La gestione del paziente con anafilassi e con attacco acuto d'asma nella rete dell'emergenza territoriale".

Le postazioni concordate con i Direttori CCOOPP di Roma Provincia e Rieti sono:

Roma e provincia

- Ardea, Anzio, Nettuno, Pomezia (responsabile medico Andrea Annunziata)
- Fregene, Palidoro, Ladispoli, Fiumicino, Civitavecchia (Cri inclusa) (responsabile medico Stefania Onorini)
- Albano, Frascati, Genzano, Velletri (responsabile medico Alessandro Caminiti)

Rieti

- Rieti (responsabile medico Alfredo Galante).

Infermieristica nelle missioni umanitarie

Una delle prerogative dell'assistenza è proprio quella di prestare soccorso alle popolazioni bisognose di aiuto a vario titolo. Durante le calamità naturali, o peggio ancora durante le guerre, le popolazioni tutte generalmente si stringono solidalmente attorno a quelle colpite, e le assistono come possono.

L'infermieristica non è da meno, ed è una professione richiestissima durante le maxiemergenze suddette, ma soprattutto nel post-emergenza, dove bisogna "ricostruire", o costruire da capo, dove non c'è mai stato niente.

Prendendo spunto dalla stretta collaborazione con l'**Associazione Infermieristica Transculturale** (www.infermieristicatransculturale.com) ed il Collegio Ipasvi di Roma che hanno promosso un riuscitissimo evento formativo Ecm dal titolo "Integrazione negli scenari emergenziali: il ruolo dell'associazionismo sanitario" lo scorso 27 febbraio 2010 e in replica il 10 maggio 2010, abbiamo ascoltato le bellissime ma altrettanto dure esperienze di **Emergency** (www.emergency.it) nell'ospedale di Kabul (reclutamento alla voce "lavora con noi"), differenti ma dalla *mission* comune da **Medici Senza Frontiere** (www.medicisenzafrontiere.it reclutamenti alla voce "parti con noi") di cui ci forniva le esperienze infermieristiche nel recente dramma ad Haiti.

Ma molte sono le realtà che partecipano con opere di volontariato all'assistenza alle popolazioni svantaggiate o di guerra, con personale infermieristico; senza pretesa di esaudività, elenchiamo l'importantissima e storica **Croce Rossa Italiana** (<http://www.cri.it>) con i numerosi corpi di volontari e militari, con missioni in Italia e in terre straniere, oppure la **Protezione Civile** (www.protezionecivile.it) per la preziosa presenza capillare sul territorio nazionale, anche se sembra non recluti direttamente personale infermieristico o sanitario, pur avendo un "servizio rischio sanitario" nell'organigramma ufficiale. A tale scopo, invece, e a stretto contatto con la Protezione Civile, esiste **Cives** (www.cives-onlus.org), istituita nel 1998 per volontà della Federazione nazionale Collegi Ipasvi, ora torna a pieno regime e supporto per attività di Protezione Civile ed emergenze sanitarie in Italia e all'estero. Purtroppo, però, sono attualmente attivi pochi nuclei provinciali.

Smile Train Italia (www.smiletrain.it) recluta infermieri per missioni mirate alle popolazioni del Congo, con particolare predilezione a bambini con malformazioni da labiopalatoschisi;

ProjectAbroad chiede sostegno con offerte di viaggi solidali in quasi tutto il mondo (www.projects-abroad.it/destinazioni/cambogia-volontariato-estero per un viaggio solidale sanitario in Cambogia, ma anche in Senegal, se preferite); **Chaarria Mission Hospital (Kenia)** ci arricchisce dal blog <http://chaariahospital.blogspot.com>, ma se vi ricordate, l'avevamo anche recensito sulla homepage del nostro sito lo scorso anno, e l'autrice del sito è la collega Nadia Monari.

Si chiude la rassegna, per mancanza di spazio a disposizione, con l'Ains, l'associazione pavese storica, nata da infermieri, che realizza progetti sociali, sanitari ed edilizi in Guatemala (<http://ainsonlus.blogspot.com>)

A cura di Fabrizio Tallarita
Webmaster del Collegio Ipasvi di Roma
webmaster@ipasvi.roma.it



CHE PROCEDURA AVETE
APPLICATO PER L'ATTIVAZIONE
DEL PERSONALE REPERIBILE?



Orto '10

NORME EDITORIALI

Quali regole seguire per pubblicare un articolo su “Infermiere Oggi”

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

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.

Con il patrocinio di:



Presidenza del Consiglio dei Ministri



Ministero della Salute



Ministero delle Politiche
Agricole Alimentari e Forestali



Ministero per le Pari Opportunità



Regione Lazio



Comune di Roma

SANiT

7 Forum Internazionale della Salute
International Health Forum



22-25 Giugno 2010

Roma - Palazzo dei Congressi - EUR

Piazza John Kennedy, 1 - ingresso gratuito

Segreteria Organizzativa:  **SEADAM**

Via Barberini, 3 - 00187 Roma - Tel. 06 4817254 - Fax 06 42013310 - info@seadam.it

www.sanit.org