

INFERMIERE

oggi

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

N°3

PALAZZO DEI CONGRESSI

EDITORIALE
Guardare oltre
il secchio bucato

FOCUS
A Sanit 2010
ancora protagonisti

CONTRIBUTI
Come vivono il ricovero
gli immigrati cinesi?

DAL COLLEGIO
Tutti i premiati
dell'Ipasvi Cup

Info: 06 4817254 - www.sanit.org

SANIT

Forum Internazionale della Salute
International Health Forum

5-6 Giugno 2010

Palazzo dei Congressi - EUR
INGRESSO GRATUITO

Convegni, Simposi e Mostra espositiva su:
**Prevenzione
Innovazione
Benessere**

IPASVI
ROMA

ICINI
E RAGIO
UOM



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. 3 - LUGLIO-SETTEMBRE 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: settembre 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 **Guardare oltre il secchio bucato**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 **Integrazione e professionalità senza confini: approfondimenti transculturali nella formazione infermieristica**
di Ewa Jajela, Alessandro Stievano, Gennaro Rocco
- 14 **Come vivono il ricovero negli ospedali italiani gli immigrati cinesi?**
di Teresa Compagnone, Elisabetta Forti, Guja Teramo
- 21 **Conoscenza e utilizzo di cure complementari nel paziente oncologico: indagine conoscitiva in alcune realtà romane**
di Carlo Talucci, Veronica Settimi, Anna Rubini, Maria Luisa Rega
- 29 **L'influenza dell'angolazione dell'ago nella pratica dell'insulino-terapia. Una revisione della letteratura**
di Carolina De Vitis, Katia Manocchi
- 35 **Il processo assistenziale nell'infermieristica psichiatrica**
di Ione Moriconi, Sheila Antonio
- 38 **Indagine esplorativa sulla motivazione del personale infermieristico**
di Salvatore Carpentieri

FOCUS

SANIT 2010

- 44 **Sanit 2010, la persona al centro delle scienze e delle cure**
49 **Tanti ospiti, tra ministri e personalità politiche**
49 **E per chiudere in bellezza sul palco "Le matite colorate"**
50 **Quattro giornate all'insegna di formazione, dibattiti e premiazioni**

DICONO DI NOI

- 52 **Infermieri che mancano, infermieri che fuggono**
Un'estate contrassegnata dalle "solite" emergenze

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 56 **Ipasvi Cup 2010 Trionfa il Vannini!**

LETTO PER VOI

- 59 **Integrazione socio-sanitaria**
Un dibattito di grande attualità per il welfare italiano
- 60 **Metodologie e tecniche chirurgiche per infermieri di sala operatoria**
- 60 **Un prestigioso plauso per la rivista "Infermieri Oggi"**

L'AVVOCATO DICE

- 61 **La responsabilità dell'infermiere nella somministrazione del farmaco**

INFERMIERI IN RETE

- 63 **La febbre del dispositivo "mobile" e l'infermieristica**



Guardare oltre il secchio bucato

di Gennaro Rocco

Il secchio della sanità è bucato. Guai però a ritenere che basti un tappo per farlo funzionare. Sarebbe semplicistico e soprattutto ingannevole. Siamo al punto che il *bluff* non tiene più, serve sì una stretta ma anche un piano che guardi lontano. Insomma, via gli sprechi per convogliare energie e risorse verso qualcosa di nuovo. E di radicalmente diverso.

È forse inevitabile che chi vive la sanità in trincea, giorno dopo giorno, a stretto contatto con i cittadini, abbia un approccio differente ai gravi problemi del sistema sanitario a Roma e nel Lazio. Certo l'angolazione non può essere quella di un semplice censore, come invece insistono a mostrarsi la politica e l'establishment sanitario. Tagliare i costi di una macchina che funziona male e pesa troppo sulle tasche dei cittadini è assolutamente necessario. Al cospetto poi della voragine del debito sanitario regionale l'imperativo è assoluto, pena il disfacimento del sistema stesso, l'unico "ombrello" pubblico che abbiamo.

Il punto è che fermarsi a questo non risolve il problema e anzi nemmeno lo affronta.

Misure meramente ragionieristiche come il blocco del *turn over*, il ridimensionamento delle piante organiche e delle posizioni organizzative non pagano perché non abbattano la spesa ma i servizi. E su questi non si può infierire oltre. I numeri sono già da brivido, in particolare la consistenza del personale infermieristico in servizio nelle strutture sanitarie pubbliche e private ha superato ampiamente i limiti di guardia, pregiudicando l'efficienza dei servizi stessi e l'efficacia delle prestazioni agli utenti.

Da ultimo, il "Rapporto Osservasalute 2010" ha registrato la grave carenza di infermieri nell'area metropolitana romana confermando l'allarme lanciato dall'Ocse nei mesi scorsi. Basti citare il paradossale rapporto medici/infermieri calcolato dall'Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni italiane: 32,27 medici e 64,36 infermieri per 10.000 abitanti, in pratica appena due infermieri per ogni medico.

Il Collegio Ipasvi di Roma ha segnalato con una lettera aperta al presidente della Regione Lazio e commissario per la Sanità, Renata Polverini, tutta la gravità della situazione.

Nelle strutture sanitarie pubbliche del Lazio mancano almeno 5.000 infermieri. Significativo il caso del Policlinico Umberto I dove la carenza di organico è di 265 infermieri e 296 tra operatori socio sanitari e operatori di supporto. Il quadro è simile pressoché in tutte le strutture sanitarie romane. Al San Giovanni mancano oltre 120 infermieri, altrettanti al Sant'Andrea, al San Camillo e alla Roma C.

Drammatica è anche la situazione degli Ifo, dove su 330 infermieri ne mancano ben 70.

Non va meglio nelle Asl e nelle Aziende ospedaliere della provincia di Roma e delle altre provincie del Lazio: fra Latina, Frosinone, Rieti e Viterbo il buco di organico per le figure infermieristiche ha già sfondato quota 500.

Il blocco del *turn over* procrastina una tendenza ormai consolidata al ribasso, che negli ultimi tre anni ha prodotto nel Lazio la perdita di migliaia di infermieri. Il risultato è nei paurosi vuoti di organico, nella storica carenza divenuta vera e propria emergenza. E lo scenario fornisce nuove preoccupazioni dai prevedibili effetti delle disposizioni sui pensionamenti contenute nella manovra economica varata dal Governo (dl 78/2010), inducendo molti infermieri ad anticipare entro l'anno l'uscita dal servizio attivo.

Usciamo da un'estate difficilissima, in cui gli infermieri romani e laziali hanno dimostrato una volta di più tutto il loro spirito di abnegazione e il rispetto pieno della *mission* professionale. In una condizione di emergenza assoluta, con gli accorpamenti delle Unità Operative resi necessari nel periodo delle ferie, hanno continuato a garantire i servizi sobbarcandosi una mole di lavoro eccezionale, con prestazioni improprie, turni massacranti e consecutivi, sacrifici personali e familiari molto pesanti e tuttavia indispensabili per assicurare ai cittadini un livello minimo di assistenza.

Non si può continuare così, la strada giusta non è questa. E il tempo stringe maledettamente. C'è la necessità di intervenire con la massima urgenza per evitare che la situazione, già molto difficile, precipiti irrimediabilmente. Riordinare e razionalizzare la spesa sanitaria rappresenta senza dubbio una priorità per

l'Amministrazione regionale, ma ciò deve avvenire senza penalizzare oltremodo gli operatori e gli utenti del Sistema sanitario regionale.

Non è questo che serve. Razionalizzare per innovare, ecco quel che gli infermieri chiedono, ciò che davvero può cambiare in positivo il corso della nostra sanità. La Regione Lazio, sebbene stretta nella morsa di un piano di rientro da lacrime e sangue, ha l'autonomia per farlo. Le occorre però il coraggio di cambiare strada. A cominciare da una profonda revisione del Piano Sanitario Regionale, meno orientato all'ospedalizzazione generalizzata e molto di più al territorio, coltivando i poli ospedalieri d'eccellenza che a Roma non mancano e che, attraverso il regime tariffario della mobilità sanitaria interregionale, possono garantire importanti entrate finanziarie nelle disastrose casse del Ssr. Si può fare ridistribuendo risorse e personale, realizzando finalmente quella rete di servizi assistenziali che in altri Paesi (ma anche in altre Regioni italiane) sono realtà ormai da anni.

Dalla politica vorremmo vedere uno slancio diverso, meno accentratore e più aperto al contributo di chi la sanità la vive e la fa. Vorremmo misurarci con un programma di interventi concreti di razionalizzazione dei servizi e ottimizzazione delle risorse economiche che offra il giusto riconoscimento a figure professionali come la nostra che possono farsi carico della persona malata nella sua complessità, interpretarne i bisogni fisici e psicologici, relazionarsi con la famiglia, assisterla a 360 gradi e quanto più possibile a casa sua, nel suo ambiente sociale e affettivo.

La gestione completa del paziente è una delle chiavi di volta per un'assistenza sanitaria più vicina ai bisogni dei cittadini e anche meno dispendiosa. La sperimentazione di un sistema di

questo tipo, incentrata quindi sulla figura di riferimento infermieristica, è già stata avviata dalla Regione Toscana e sta dando risultati incoraggianti anche sul fronte della spesa. E' il momento di osare pure nel Lazio, di cambiare gli schemi che hanno prodotto inefficienze e sperperi e sposare con decisione la via dell'innovazione.

I modelli non mancano e oggi gli infermieri sono pronti a farsi carico di un'assistenza completa della persona, accompagnandola in tutto il percorso di cura e riabilitazione. Alcune esperienze maturate all'estero tracciano la rotta: assistenza infermieristica domiciliare integrata, assistenza socio-sanitaria integrata, infermieri in farmacia, studi infermieristici associati.

Una rete così può ridurre molto i ricoveri ospedalieri, evitarne i rischi per il paziente, umanizzare le cure, azzerare gli sprechi. Come pure i "codici bianchi" dei Pronto soccorso possono essere trattati a domicilio del cittadino o vicino casa sua.

Comprimere la spesa in modo forzoso non serve se non cambia il sistema. Finisce anzi per ridurre drammaticamente la rete attuale dei servizi senza che a questi vi sia una valida alternativa. E allora: tagliare gli sprechi per investire in cultura sanitaria e formazione del personale. Servono progetti formativi nuovi, più intensi, capaci di coinvolgere gli operatori e di predisporli ad un cambio drastico di rotta, verso un'assistenza che guarda al modello anglosassone, all'integrazione funzionale dei servizi socio-sanitari e dei professionisti.

Chiediamo perciò di programmare e realizzare i servizi in modo innovativo, finanziando specifici progetti di formazione e inserendoli con forme di sperimentazione nelle Aziende sanitarie e ospedaliere di Roma e del Lazio. La sfida che lanciamo alla nuova Amministrazione regionale è proprio questa: guardare un po' più in là del proprio naso.



Integrazione e professionalità senza confini: approfondimenti transculturali nella formazione infermieristica

di Ewa Jagiela, Alessandro Stievano, Gennaro Rocco

BACKGROUND E OBIETTIVI

La crescente complessità del mondo di oggi mette a confronto situazioni globali e locali, generando una sempre maggior commistione tra culture, e deducendo l'irrelevanza dei loro confini (Tortolici e Stievano, 2006).

Si potrebbe parlare di situazioni di **nursing globale**, parafrasando una fortunata espressione coniata da Robertson (1999): il locale e il globale non si escludono, al contrario, il locale deve essere compreso come un aspetto del globale in cui riscoprire tradizioni, usi, costumi, abitudini societarie e consuetudini antropologiche.

Il nostro tempo è caratterizzato da nuovi termini e concetti: alterità, società multietnica, ibridazione, meticciamento.

Tutto questo ci fa riflettere su una società in trasformazione con la quale ognuno di noi, quotidianamente, si confronta, se non altro, in maniera conviviale, dato che *naan, sushi, riso basmati e chutney*, fanno parte della dieta di un gran numero di abitanti delle aree occidentali, si mescolano ai cibi tradizionali nei menù dei ristoranti autoctoni (Callari Galli, Cambi, Ceruti, 2003).

Inoltre, nelle diverse culture, concetti come "salute" e "malattia", proprio per le varieguate manifestazioni dell'alterità umana, hanno assunto, nel tempo, una molteplicità di significati.

Affermare che ogni uomo è persona, vuole dire, quindi, sottolineare che, al di là delle differenze individuali, è un essere: unico, inconfondibile, insostituibile.

È necessario comprendere i bisogni

della persona da porre al centro dell'attenzione, badare ai suoi interessi, comprendere il suo stile di vita, la polifonia dei suoi punti di vista nel vivere gli aspetti della sfera sanitaria.

In questo scenario, l'antropologia assume un'importanza precipua per l'infermiere contemporaneo, facendogli comprendere appieno la concettualizzazione dei bisogni dell'altro.

L'antropologia è in grado di fornire un utile contributo sia alla teoria che alla prassi infermieristica, poiché l'oggetto della ricerca antropologica è l'uomo (Rivière, 1998; Harris, 1990; Ember 2003) ed è all'uomo e alla collettività che si rivolge l'assistenza infermieristica; l'assistenza intesa come risposta ai bisogni fondamentali della persona.

La professione infermieristica non costituisce un mondo a parte, ma mantiene strette relazioni con il

resto della polifonia dei punti di vista, da cui riceve stimoli, richieste e pressioni di varia natura.

Esperto dei bisogni quotidiani e più "personali", **l'infermiere, tra i professionisti della salute, è più in grado di altri di comprendere questi bisogni**, poiché possiede una chiave di accesso privilegiata all'intimo della persona, favorendo così la ricerca della salute stessa (Aletto, Di Leo, 2003).

Oggi, nel mondo della sanità, qualcosa sta cambiando: si comincia a capire che il malato, in qualità di migliore "esperto della propria malattia", in virtù di una rinnovata considerazione della sua *illness* (Maturò, 2007), deve essere interpellato e ascoltato, e, deve divenire, da oggetto di applicazione delle conoscenze scientifiche dell'operatore sanitario, un soggetto protagonista dell'incontro.



Il malato non è più solo sintomi o solo biologia: egli è, a un tempo, identità fisica, morale, culturale, economico-sociale (Cavicchi, 2004).

Nella globalità della professione infermieristica il tema del *nursing* transculturale, quindi, ha un significato importante.

Le risposte, gli atteggiamenti, le pratiche con cui la persona assistita affronta i problemi di salute sono multiple, presentando contorni sfumati e porosi: *fuzzy* (Rolfe 1997; Im, Chee 2003).

Il malato va, quindi, considerato una "risorsa" e, come tale, ascoltato e consultato nell'individuazione dei suoi problemi e dei possibili rimedi (Collière, 1992).

La cultura appare un elemento così tipico della natura umana da essere dato per scontato. Si è totalmente modellati dalla cultura da non renderci conto che essa esiste indipendentemente, che ci sovrasta (Mantovani, 1998, 2004) e che le nostre azioni rispecchiano, di norma, schemi prefissati e dinamiche istituzionalizzate. Qualsiasi espressione dell'uomo non può prescindere dalla particolare matrice culturale della società di appartenenza (ibidem).

Infermieristica transculturale, quindi, è un valore aggiunto della prospettiva della promozione della salute, poiché **sottolinea la centralità del paziente, indipendentemente dalle discriminazioni di qualsiasi specie** (Basso, Perocco, 2003).

La nostra responsabilità nei confronti del singolo utente e della collettività ci impone di compiere l'aggiornamento scientifico continuo per allontanare pregiudizi e credenze ed ipotizzare, in tal modo, modelli nuovi di assistenza per operare in maniera migliore e qualificante.

Imparare sempre è, quindi, una necessità e un obiettivo della società: non si può affrontare la complessità del vivere quotidiano, la velocità dei cambiamenti e la molteplicità delle transizioni, senza un lavoro costante di riflessività e d'apprendimento.

Imparare sempre per orientarsi, per usare le informazioni, per sviluppare le

Variabili	n.	%
Provenienza Campione		
Melito di Porto Salvo (Rc)	50	28,4
San Giovanni-Addolorata (Roma)	74	42,1
San Gerardo-Monza (Mi)	52	29,5
Totale	176	100
Età		
20-30	33	18,8
31-40	66	37,5
41-50	57	32,3
51-60	20	11,4
Totale	176	100
Sesso		
Maschi	47	26,7
Femmine	126	71,6
No risposte	3	1,7
Totale	176	100
Nazionalità		
Italiana	173	98,3
Altra	3	1,7
Totale	176	100
Istruzione		
Diploma infermiere professionale	95	54
Diploma universitario	21	12
Laurea in Infermieristica	50	28,4
Laura magistrale	8	4,5
Altro	2	1,1
Totale	176	100

Tabella 1

competenze necessarie nei diversi contesti, nelle diverse carriere e ruoli, nelle varie stagioni della vita, per sviluppare

un pensiero creativo e responsabile (Alberici, 2002).

Per questo motivo, l'acquisizione di co-



U.O. di appartenenza	n.	%
Pronto soccorso	12	6,8
Medicina	39	22,2
Chirurgia	8	4,5
Ortopedia	17	9,7
Ostetricia e Ginecologia	19	10,7
Pediatria	9	5,1
Camera operatoria	17	9,7
Cardiologia	14	8,0
Urologia	14	8,0
Neurologia	3	1,7
Pneumologia	4	2,3
Neurochirurgia	12	6,8
Dialisi	8	4,5
Totale	176	100
Anni di lavoro	n.	%
meno di 5 anni	32	18,2
da 6 a 10 anni	45	25,6
da 11 a 15 anni	40	22,7
più di 15 anni	59	33,5
Totale	176	100

Tabella 2

Quante lingue straniere conosce?	n.	%
Nessuna	63	35,8
Una	87	49,4
Più di una	26	14,8
Totale	176	100

Tabella 3

Nel suo reparto Lei capita mai di assistere i pazienti di altra nazionalità?	n.	%
Sì	172	97,7
No	4	2,3
Totale	176	100

Tabella 4

noscenze riguardo alla visione antropologica ha rilevanza essenziale: la società multietnica non costituisce attualmente una novità, ma la crescente componente etnica pone, comunque, problemi relazionali nuovi, provoca timori e speranze, chiusure e aperture nei confronti dell' "altro", sollecita la ricerca di modalità di gestione della **convivenza interetnica**.

Il fenomeno dell'immigrazione non ha solamente risvolti assistenziali: il numero di infermieri stranieri sta subendo un incremento costante, tanto che nel 2008 il 28,4% delle nuove iscrizioni presso i collegi Ispasvi sono state sottoscritte da stranieri.

In questo caso, i maggiori incrementi si registrano nel Nord-ovest (35,5% di iscrizioni di stranieri sul totale dei nuovi iscritti); i nuovi iscritti sono, soprattutto, donne e l'età media si colloca sui 32 anni.

Rispetto al Paese di provenienza, emerge come, dal 2004 al 2008, si sia consolidato un flusso proveniente soprattutto dalla Romania, dato che nel periodo indicato, a livello nazionale, si sono iscritti 7.670 infermieri rumeni, pari al 42,2% dei nuovi iscritti stranieri.

Con un divario notevole, seguono gli infermieri: polacchi (2.487 nuovi iscritti, pari al 13,7% dei nuovi iscritti stranieri); i peruviani (1.259 unità, pari al 6,9%); gli albanesi (869 unità, pari al 4,8%) e gli indiani (611 unità, pari al 3,4%).

La transculturalità infermieristica appare, perciò, in crescita, ed è destinata a modificare non soltanto la relazione professionale tra infermieri e tra infermieri e professioni socio-sanitarie, ma anche il rapporto tra il professionista e il cittadino, dato che la relazione tra l'infermiere ed il paziente non può non contenere forme di adattamento, socialmente e culturalmente condizionate (Cipolla, Artioli 2003).

Con questo approfondimento si sono volute raccogliere indicazioni per valutare le conoscenze, le attitudini ed i comportamenti dei colleghi rispetto al concetto di infermieristica transculturale. Inoltre, si è voluto comprendere, come vengono sviluppate le capacità di comu-

Si è mai interessato/a ai problemi dei migranti?	n.	%
Sì	78	44,3
No	98	55,7
Totale	176	100

Tabella 5

Ritiene che i problemi socio-sanitari degli immigrati (quelli legati alla loro domanda di salute) dipendano da	n.	%
Aspetti tecnici (alloggio, lavoro, status giuridico, accesso ai servizi)	109	62
Aspetti della cultura d'origine del migrante (aspettative, modelli)	32	18,2
Aspetti legati alla cultura del paese ospitante (accoglienza o chiusura)	30	17,0
Altro	5	2,8
Totale	176	100

Tabella 6

Pensa che le differenze culturali possano, in qualche modo, influenzare l'attività che l'infermiere svolge?	n.	%
Sì	65	36,93
No	76	43,2
Non ha importanza	30	17,0
Non so	5	2,9
Totale	176	100

Tabella 7

Si è mai trovato in difficoltà nell'assistere un paziente straniero?	n.	%
Sì	108	61,4
No	68	38,6
Totale	176	100

Tabella 8

nicare oltre le barriere culturali e come si gestiscono le situazioni negoziali, intese come un processo di confronto tra diversità.

IL CAMPIONE

Il campione scelto è stato di tipo probabilistico casuale semplice rappresentato da 176 soggetti (infermieri),

così distribuito:

- ospedale San Giovanni-Addolorata, Roma (74 questionari);
- ospedale Tiberio Evoli a Melito di Porto Salvo (Rc)-(50 questionari);
- ospedale San Gerardo di Monza (Mi)-(52 questionari).

I questionari sono stati somministrati nella prima metà del 2009.

Lo strumento utilizzato per tale ricerca è stato composto da 31 domande a risposta multipla, tipo *likert*, con alcune opzioni aperte e redatto in forma anonima (*vedi allegato*).

ANALISI DATI INDICAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE

Il campione studiato era rappresentato da 176 soggetti.

Come si nota dalla Tabella 1, il 28% di adesioni si riferisce a colleghi che svolgono attività professionale di infermiere presso l'ospedale Tiberio Evoli a Melito di Porto Salvo (Rc); il 42 % presso l'ospedale San Giovanni-Addolorata di Roma e il 30% presso l'ospedale San Gerardo di Monza (Mi).

Per quanto riguarda l'età, la frequenza più alta si riferiva alla fascia compresa tra 31 e 40 anni (38%), seguita da quella di età compresa tra 41 e 50 anni (32%). Il 71% del campione è donna, il 27% maschio.

Il 98% del campione è italiano, il 2% di altra nazionalità.

Per quanto riguarda la formazione infermieristica:

- il 54% del campione era in possesso del Diploma di infermiere professionale;
- il 12% del diploma universitario in Infermieristica;
- il 28% aveva la laurea in Infermieristica;
- il 4,5% è in possesso della laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche.

La maggior parte dei partecipanti alla ricerca svolge le proprie attività assistenziali presso unità operative di Medicina (22%), poi da unità operative di Ostetricia e Ginecologia (11%), di Ortopedia e di Sala Operatoria (9%).

Circa il 33% svolgeva il lavoro di infermiere da più di 15 anni, mentre circa il 18% dichiarava meno di cinque anni di servizio.

Se sì, quali sono le maggiori difficoltà incontrate?	n.	%
Comunicazione verbale (non conoscenza della lingua italiana)	99	56,2
Usi e costumi propri	8	4,6
Aggressività	3	1,7
Altro	66	37,5
Totale	176	100

Tabella 9

Secondo Lei, quali sono i bisogni più importanti da soddisfare per un paziente straniero?	n.	%
Fisiologici		
No	96	54,6
Sì	78	44,3
Nessuna risposta	2	1,1
Totale	176	100
Sicurezza		
No	79	44,9
Sì	96	54,5
Nessuna risposta	1	0,6
Totale	176	100
Appartenza		
No	116	65,9
Sì	59	33,5
Nessuna risposta	1	0,6
Totale	176	100
Rispetto verso la cultura		
No	66	37,5
Sì	109	61,9
Nessuna risposta	1	0,6
Totale	176	100
Credo religioso		
Sì	108	61,3
No	67	38,1
Nessuna risposta	1	0,6
Totale	176	100

Tabella 10

Circa il 50% ha dichiarato di conoscere una o più di una lingua straniera, mentre circa il 36% del campione non conosceva altre lingue al di fuori dell'italiano (Tabella 3).
Gran parte dei colleghi ha dichiarato di

non aver mai svolto attività professionale all'estero (91%) e solo una minima parte, ovvero l'8%, ha dichiarato di aver avuto la possibilità di fare questa esperienza. Nella tabella 4, possiamo osservare

come quasi il 98% ha assistito pazienti di altra nazionalità, contro il 2% che non lo ha mai fatto, e che circa il 56% del campione non si è mai interessato approfonditamente dei problemi dei migranti, contro il 44% che dichiara di aver nutrito interesse specifico verso tale tematica (Tabella 5).

Secondo il 62% dei colleghi, i problemi socio-sanitari dell'immigrato dipendono da aspetti sociali quali la precarietà abitativa, il lavoro, lo status giuridico e l'accesso ai servizi sanitari.

Solo il 18% di infermieri associa le difficoltà ad aspetti legati alla cultura d'origine e/o quella del Paese ospitante (Tabella 7).

Secondo il 43%, le differenze culturali non influenzano l'attività che l'infermiere svolge contro quasi il 36% che, invece, non sottovaluta questo aspetto (Tabella 8), tant'è che quasi il 61% dichiara di essersi trovato in difficoltà nell'assistere il paziente straniero (Tabelle 9 e 10).

Così come presentato nella tabella 11, tra i bisogni più importanti da soddisfare per un paziente straniero, si evince che, la maggior parte del campione, ritiene prioritario che ci sia la necessità di rispettare la cultura delle persone (62%), segue, con quasi il 55%, dare rassicurazione sotto vari aspetti, e, quindi, la necessità di soddisfare i bisogni fisiologici (circa il 44%), anche se non pochi infermieri ritengono anche importante il bisogno spirituale (circa il 38%).

Come venir incontro alle problematiche legate all'assistenza dello straniero?

Questo è un tema di dibattito aperto, in quanto, attualmente, sono molti i problemi (a cominciare da quelli linguistici), per riuscire ad effettuare un nursing culturalmente adeguato.

Quasi il 74% degli intervistati afferma che la non conoscenza della lingua italiana comporta tanti problemi legati alla prestazione sanitaria, appellandosi, di conseguenza, a rimedi quali: il comunicare in altro modo cercando di farsi capire (46%); cercare di interpellare chi, tra i colleghi, parla la sua lingua (29%). Secondo quasi l'85% degli infermieri (Tabella 13) sarebbe opportuno che il foglio di consenso informato fosse

La non conoscenza della lingua italiana da parte del paziente straniero è un problema per l'assistenza?	n.	%
Sì	130	73,9
No	37	21,0
Non lo so	8	4,5
Nessuna risposta	1	6
Totale	176	100
Se sì, come si comporta nei confronti del paziente/utente che non parla italiano		
Lo affida ad un altro collega indipendentemente se parla o no la sua lingua	10	5,7
Cerca di interpellare tra i colleghi chi parla la sua lingua	52	29,5
Comunica in altro modo cercando di farsi capire	81	40,6
Lo ignora completamente	1	6
Nessuna risposta	32	18,2
Totale	176	100

Tabella 11

Secondo Lei, sarebbe opportuno che il foglio di consenso informato fosse scritto in italiano e nella lingua parlata dal paziente straniero?	n.	%
Sì	150	85,2
No	13	7,4
Non ha importanza	13	7,4
Totale	176	100

Tabella 12

Sa cosa si intende per <i>nursing</i> transculturale?	n.	%
Sì	100	5,8
No	75	42,6
Nessuna risposta	1	0,6
Totale	176	100

Tabella 13

scritto pure nella lingua parlata dal paziente straniero.

La conoscenza del *nursing* transculturale appare piuttosto sbilanciata

verso il sì (Tabella 14), anche se bisognerebbe verificare cosa s'intenda per conoscenza.

Secondo il campione, infatti, quasi il

43% non conosce tanto tale tematica, e tale percentuale con la successiva domanda di approfondimento è maggiore. Infatti, il 54% non sa chi è **Madaleine Leininger** a confronto di quasi 43% che dichiara di conoscere tale influente studiosa della disciplina (Tabella 15).

Un dato significativo si può evincere nella tabella 17, in cui quasi il 72% non ha mai partecipato alla formazione di tipo interculturale, ma chi vi ha preso parte (circa il 61%), invece, ritiene che tali programmi formativi siano stati d'aiuto per la sua professione. Quasi il 30% di non risposte, probabilmente, sono legate alla non conoscenza dell'argomento (dichiarata prima), seguita dalla voglia di partecipare a questi tipi di evento formativi (circa il 74%).

DISCUSSIONE

Dai dati presentati appare significativo che l'infermiere non ha pienamente consapevolezza del significato profondo di *nursing* transculturale, ma esprime la necessità e la volontà di proseguire con lo studio transculturale allo scopo di dare un'assistenza appropriata e di qualità, visti anche i cambiamenti migratori in atto nella società italiana con la grande enfattizzazione mediatica ed il dibattito politico sempre aperto su tali assunti.

Per sopperire a tali necessità si potrebbe prendere ad esempio virtuoso l'Asl di Brescia che, con l'istituzione del Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (Csi) (El-Hamad, Pezzoli, 2005) cerca di dare risposte di assistenza individualizzata anche ai pazienti altri.

Gli autori ci mostrano che gli obiettivi programmatici del Centro, l'organizzazione ed il suo funzionamento, le caratteristiche delle popolazioni che vi afferiscono e alcune delle attività svolte, quali: la mediazione interculturale e l'orientamento socio-sanitario, l'attività di didattica e di formazione, l'attività di ricerca ed il servizio di psicologia, diventano imprescindibili per un'assistenza attenta all'alterità.

Tra le molteplici attività svolte dall'infermiere, riveste notevole importanza quella preconizzante l'inter-dialogicità tra l'utente e le istituzioni sanitarie. In

Ha mai sentito parlare di Madaleine Leininger?	n.	%
Sì	76	43,2
No	95	54,0
Nessuna risposta	1	6
Totale	176	100

Tabella 14

Secondo Lei, l'antropologia è una disciplina legata all'infermieristica	n.	%
Sì	106	60,2
No	22	12,5
Non ha importanza	1	0,6
Non lo so	47	26,7
Totale	176	100

Tabella 15

Ha mai partecipato a qualche corso/convegno/seminario di formazione interculturale?	n.	%
Sì	40	22,7
No	126	71,6
Nessuna risposta	10	5,7
Totale	176	100
Se sì, Lei sono stati d'aiuto per la Sua professione?		
Sì	108	61,3
No	4	2,3
Non lo so	11	6,3
Nessuna risposta	53	30,1
Totale	176	100
Se no, vorrebbe parteciparvi?		
Sì	130	73,9
No	5	2,8
Non lo so	41	23,3
Totale	176	100

Tabella 16

questo ruolo, difficile da interpretare, **l'infermiere si trova impegnato anche nella gestione dei conflitti culturali e di comprensione linguistica**

con l'utenza, nel tentativo di soddisfare le esigenze di un'utenza vulnerabile spesso con problemi comunicativi di comprensione.

La competenza professionale dell'operatore sanitario infermiere deve essere, allora, adattata al bisogno relazionale dell'utente; perciò, l'acquisizione da parte dell'infermiere, di conoscenze mutuata dall'antropologia culturale, dal *nursing* transculturale, dalla psicologia sociale, dalla psichiatria transculturale, dalla psicologia relazionale, associate alla conoscenza di specifici aspetti etico-deontologici e della normativa vigente in materia di immigrazione e di migrazione internazionale, può ottimizzare le prestazioni erogate agli utenti stranieri.

L'adozione di uno strumento utile per rilevare il livello di competenza su base transculturale ed interculturale del personale infermieristico, può consentire di individuare i contenuti necessari per colmare, le lacune evidenziate, attraverso la progettazione di un appropriato intervento educativo.

L'Italia sta rapidamente trasformandosi in una società multiethnica con la presenza di gruppi provenienti da Paesi di cultura e lingua diversi.

Sembra opportuno capire fino a che punto l'insegnamento di contenuti transculturali/multiethnici venga inserito nei curriculum degli studi di infermieristica.

La ricerca sistematica di supporto a tale articolo dimostra con chiarezza che molte università non hanno ancora inserito pienamente contenuti di carattere transculturale/multiethnico nel percorso degli studi infermieristici.

Inoltre, manca una chiara correlazione fra le discipline che offrono i suddetti contenuti, e ancora di più si dimostra un mancato coordinamento fra la teoria presentata, l'attività di laboratorio specifico e la presenza dello studente nel tirocinio a contatto con le comunità etniche (Ciancio, 2005). Eppure, **gli infermieri, per le caratteristiche peculiari del lavoro e per la stretta interrelazione che intrattengono con le persone assistite, sono in posizione ideale per rispettare la cultura dell'altro.**

Il dibattito sull'ideale conoscitivo a cui deve ispirarsi il *nursing* rimane aperto: il paradigma bio-medico, nonostante i meriti scientifici, non ne esaurisce il senso, soprattutto laddove è rapporto con l'altro e con l'esperienza vissuta di malattia (Maturò, 2007).

I nessi causali su cui si fonda il modello positivista si rivelano, infatti, insufficienti quando si indagano fenomeni caratterizzati da contraddittorietà, instabilità, complessità e variabilità.

Quindi, diventa fondamentale ricercare una nuova nozione di scientificità che possa dare rilevanza e oggettività anche a questi aspetti (Artioli, 2003).

CONCLUSIONI

Il ruolo conquistato con tanta determinazione ed entusiasmo ha permesso alla categoria infermieristica di conquistarsi uno spazio proprio e un'autonomia meritata e - finalmente - riconosciuta (Gamberoni, 2008).

L'assistenza infermieristica è un fenomeno universale, ma le espressioni, i processi ed i modelli variano in base alle culture; i comportamenti, gli obiettivi ed i compiti di assistenza variano con la struttura sociale e con i valori specifici delle persone nelle diverse culture: se si accettano questi concetti di base, il riferimento per l'in-

fermiere diviene non solo "l'uomo", ma "l'uomo nel suo contesto".

L'infermiere dovrebbe rivedere il proprio ruolo alla luce della complessità mondiale e dei documenti internazionali di riferimento riguardanti la salute-malattia.

È necessario prendere atto dell'assistenza del "diverso" e trovare, quindi, modelli di *caring* capaci di plasmarsi sui contesti specifici per ritrovare l'assistenza olistica, quindi, un'assistenza che si strutturi, non soltanto sulla conoscenza tecnica, ma anche sulla conoscenza di aspetti socio-antropologici.

Essere infermiere significa possedere conoscenze e competenze acquisite attraverso la formazione permanente, fondare il proprio operato attraverso la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, progettare e svolgere attività di formazione, promuovere ed attivare la ricerca e la cultura di diffusione dei risultati (Alvaro et al., 2007).

Proporre, dunque, un approccio socio-

antropologico del *nursing* attraverso istituzione di corsi di approfondimento sull'infermiere transculturale.

L'approccio integrato condiviso dall'antropologia culturale e dal *nursing* unisce fortemente le due discipline e pone la persona al centro della relazione, aiutando a comprendere ciò che porta in sé, i suoi bisogni espressi ed inespressi, nel rispetto della sua cultura e religione. L'importanza dell'antropologia nella professione infermieristica può tradursi in una maggiore capacità d'ascolto e di intuizione, in una maggiore comprensione delle differenze e delle similitudini per una migliore comprensione dei bisogni umani.

AUTORI:

Ewa Jagiela, dottoressa magistrale in Scienze infermieristiche-ostetriche;
Alessandro Stievano, dottore magistrale in Scienze infermieristiche-ostetriche;
Gennaro Rocco, direttore centro di formazione "Padre L. Monti" - Idi, Tor Vergata, Roma.

ALLEGATO

Questionario: **"Integrazione e professionalità senza confini. Il ruolo dell' infermiere nella formazione transculturale"**.

Dati sociodemografici

Età:

20-30 31-40 41-50 51-60

Sesso:

M F

Nazionalità: -----

Cittadinanza: -----

Titolo di studio:

scuola regionale D.U. laurea di 1 livello laurea di 1 livello + laurea specialistica
 altro

Unità Operativa:

1. Da quanto tempo svolge il lavoro di infermiere?

meno di 5 anni da 6 a 10 anni da 11 a 15 anni più di 15 anni

2. Quante lingue straniere conosce?

nessuna una più di una

3. Ha mai svolto attività/esperienze lavorative all'estero?

sì no

4. Nel Suo reparto Le capita di assistere i pazienti di altra nazionalità?

sì no

5. Si è mai interessato/ ai problemi dei migranti?

sì no

6. Se sì, in che modo?

mi sono informato/a per motivi professionali altro

7. Conosce la stima della presenza dei stranieri presenti sul territorio italiano?

sì no

8. Ritiene che i problemi socio-sanitari degli immigrati (ed, in particolare, quelli legati alla loro domanda di salute) dipendono maggiormente da:

- aspetti tecnici (alloggio, lavoro, status giuridico, accesso ai servizi)
- aspetti della cultura d'origine del migrante (aspettative, modelli)
- aspetti legati alla cultura del paese ospitante (accoglienza o chiusura)
- altro

9. Dal punto di vista giuridico-amministrativo, gli immigrati hanno attualmente diritto di strutture sanitarie pubbliche come i cittadini italiani?

sì no solo in particolari situazioni solo privatamente non lo so

10. In che modo vede l'appartenenza ad una nazionalità diversa dalla Sua?

- confronto con una cultura diversa
- curiosità di conoscere un modo diverso di vivere
- significato razziale di inferiorità/superiorità
- altro

11. Pensa che le differenze culturali possono in qualche modo influenzare l'attività che l'infermiere svolge?

sì no non ha importanza non lo so

12. Si è mai trovato in difficoltà nell'assistere un paziente straniero?

sì no

13. Se sì, quali sono le maggiori difficoltà incontrate nell'assistere i pazienti stranieri?

- comunicazione verbale (non conoscenza della lingua italiana)
- usi e costumi propri aggressività altro

14. Secondo Lei, quali sono i bisogni più importanti da soddisfare per un paziente straniero? (barrare non più di tre risposte)

fisiologici sicurezza appartenenza rispetto verso la sua cultura credo religioso altro

15. Secondo Lei, ai fini di una buona assistenza, è importante conoscere il credo religioso del paziente?

sì no non lo so

16. Se sì, perché?

17. Dovendo assistere uno straniero, Lei pensa che è più difficile assistere una donna che un uomo?

sì no non lo so

18. Se sì, perché?

19. La non conoscenza della lingua italiana, da parte del paziente straniero, rappresenta un problema importante per l'assistenza?

sì no non lo so

20. Se sì, come si comporta nei confronti del paziente/utente che non parla italiano?

- lo affida ad un altro collega indipendentemente se esso parla o no la sua lingua
- cerca di interpellare tra i colleghi chi parla la sua lingua
- comunica in altro modo cercando di farsi capire
- lo ignora completamente

21. Secondo Lei, la presenza di un'infermiere straniero può indurre un maggior senso di sicurezza e alleviare il senso d'ansia nei pazienti stranieri?

- sì
- no
- non ha importanza

22. Secondo Lei, sarebbe opportuno che il foglio di consenso informato fosse scritto in italiano e nella lingua parlata dal paziente straniero?

- sì
- no
- non ha importanza

23. L'articolo 2.5 del Codice Deontologico dice: "Nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo". Pensa che questo accada nella nostra realtà lavorativa?

- sì
- no
- non lo so

24. Sa cosa si intende per nursing transculturale?

- sì
- no

25. Ha mai sentito parlare di Madaleine Leininger?

- sì
- no

26. Secondo Lei, l' antropologia è una disciplina legata all'infermieristica?

- sì
- no
- non ha importanza
- non lo so

27. Conosce il ruolo del mediatore culturale?

- sì
- no

28. Pensa che sia necessaria la figura del mediatore culturale ai reparti di degenza?

- sì
- no
- non lo so

29. Ha mai partecipato a qualche corso/convegno/seminario di formazione interculturale?

- sì
- no

30. Se sì, Le sono stati d'aiuto per la professione?

- sì
- no
- non lo so

31. Se no, vorrebbe parteciparvi?

- sì
- no
- non lo so

BIBLIOGRAFIA

- Alberici A, *Imparare sempre nella società della conoscenza*, Bruno Mondadori, Milano, 2002.
- Aletto L, Di Leo L, *Nursing nella società multiculturale*, Carocci Faber, Roma, 2003.
- Alvaro R, Amato S, Barbato N, Bozzi M, Petrangeli M, Rocco G, Sasso L, *Strategie Sanitarie applicate alle Scienze Infermieristiche. Organizzazione, didattica e ricerca*, Società Editrice Universo, Roma, 2007.
- Andolfi M, *La mediazione culturale. Tra estraneo e il familiare*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Artioli G, Montanari R, Saffioti A, *Lo sviluppo di strategie relazionali nell'assistenza infermieristica*, *Nursing Oggi*, 3, 36-40, 2002.
- Basso P, Perocco F (a cura di), *Gli immigrati in Europa. Disuguaglianze, razzismo, lotte*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Bauman Z, *Globalizzazione e glocalizzazione*, Armando Editore, Roma, 2005.
- Bon G, *Etica come cultura*, Milano, Lauri edizioni, 2003.
- Callari Galli M, Cambi F, Ceruti M, *Formare alla complessità*, Carocci, Roma, 2003.
- Cavicchi I, *Ripensare la medicina*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
- Cerri P, Gallino L et alia, *Manuale di sociologia*. Utet, 1997.
- Ciancio B, *L'assistenza sanitaria e la diaspora sociale dell'Europa che cambia: gli infermieri e le minoranze etniche si stanno adattando?* *International Nursing Perspectives*, 5(1):27-32, 2005.
- Cipolla C, Artioli G (a cura di), *La professionalità del care infermieristico*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Collière MF, *Aiutare a vivere. Dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica*, Sorbona, Milano, 1992.
- El-Hamad I, Pezzoli MC, *Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI)*, *Infermiere Oggi*, 15(2):42-54, 2005.
- Ember CR, Ember M, *Antropologia culturale, Il Mulino*, Bologna, 2003.
- Fabiotti U (a cura di), *Alle origini dell'antropologia*. Boringhieri, Torino, 1980.
- Fabiotti U, Malighetti R, Matera V, *Dal tribale al globale*, Bruno Mondadori, Milano, 2002.
- Gamberoni L, Lotti A, Marmo G, Gennaro R, Rotondi P, Sasso L, Tousijn W, *L'infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo*. McGrawHill, Milano, 2008.
- Geraci S, *Approcci transculturali per la promozione della salute*, Caritas Diocesana, Roma, 2000.
- Harris M, *L'evoluzione del pensiero antropologico*, Il Mulino, Bologna, 1990.
- Im E, Chee W, *Fuzzy logic and nursing*, *Nursing Philosophy*, 4, 1: 53-60, 2003.
- Leininger M, *Transcultural nursing: concepts, theories, and practices*, MacGraw-Hill, New York, 1995.
- Malizia P (a cura di), *Noi, gli altri, noi versus gli altri*, Effatà Editrice, Torino, 2001.
- Manara DF (a cura di), *Infermieristica Interculturale*, Carocci Faber, Roma, 2004.
- Manara DF, *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*, Lauri, Milano, 2000.
- Mantovani G, *L'elefante invisibile. Tra negazione e affermazione delle diversità: scontri e incontri multiculturali*, Giunti Editore, Firenze, 1998.
- Mantovani G, *Intercultura*, Il Mulino, Bologna, 2004.
- Maturo A, *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, Franco Angeli, Milano, 2007.
- Mazzetti M, *Il dialogo transculturale*, Carocci Faber, Roma, 2003.
- Mercier P, *Storia dell'antropologia*, Il Mulino, Bologna, 1970.
- Motta PC, *Introduzione alle scienze infermieristiche*, Carocci Faber, Roma, 2002.
- Rivière C, *Introduzione all'antropologia*, Il Mulino, Bologna, 1998.
- Robertson R, *Globalization. Social theory and Global Culture*; trad. it. 1999, *Globalizzazione. Teoria sociale e cultura globale*, Trieste, Asterios.
- Rolfe G, *Science, abduction and the fuzzy nurse: an exploration of expertise*, *Journal of Advanced Nursing*, 25, 5:1070-1075, 1997.
- Taguieff PA, *Il razzismo. Pregiudizi, teorie, comportamenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.
- Tortolici BC, Stievano A, *Antropologia e Nursing. Due mondi che si incontrano*, Carocci Faber, Roma, 2007.
- Zammuner VL, *Tecniche dell'intervista e del questionario*, Il Mulino, Bologna, 1998.

IN PILLOLE

Lingua straniera, da piccoli è meglio

*A conferma che imparare una lingua straniera da bambini è meglio (e che da adulti la si dimentica più difficilmente) è uno studio pubblicato su *Psychological Science*, a cura di una gruppo di ricerca dell'università di Bristol (Gb).*

I ricercatori hanno notato che le lingue dimenticate possono nascondersi nella mente più profondamente di quanto si pensi: a sostegno della loro tesi, hanno arruolato volontari madrelingua inglese che da piccoli avevano imparato l'Hindi o lo Zulu.

Dopo averli sottoposti ad alcuni test, hanno scoperto che, anche se all'inizio i soggetti non ricordavano le lingue dimenticate, dopo alcune semplici istruzioni sono riusciti a ritrovare velocemente i vocaboli persi.

Dunque, far imparare le lingue straniere ai bambini è estremamente vantaggioso, anche se poi non si può fare pratica: a quanto pare, anche dopo molti anni, infatti, si possono manifestare le tracce di questo apprendimento e si può migliorare la capacità di imparare, di nuovo, la lingua dimenticata.

Come vivono il ricovero negli ospedali italiani gli immigrati cinesi?

di Teresa Compagnone, Elisabetta Forti, Guja Teramo

ABSTRACT

Questo lavoro si pone l'obiettivo di esplorare il vissuto esperienziale rispetto al ricovero ospedaliero di immigrati cinesi attraverso i loro racconti, e di approfondire le conoscenze su questa comunità, cominciando dalla diaspora cinese a Roma.

Si introducono le basi della medicina cinese e si cerca di spiegare il perché del loro scarso accesso ai servizi.

Materiali e metodi

Revisione della letteratura giornalistica, scientifica e statistiche della Caritas. Ricerca qualitativa fenomenologica utilizzando l'approccio biografico: i dati sono stati raccolti attraverso interviste non strutturate registrate, previo consenso scritto dei partecipanti.

Risultati

Sono state analizzate tre storie di vita dalle quali è emerso una generale soddisfazione verso l'assistenza infermieristica ricevuta negli ospedali italiani, ma un unanime malcontento verso il livello di informazioni sui vari servizi sanitari, sia sulle tipologie sia sulle procedure per accedervi. **La difficoltà principale risulta essere la problematica connessa all'uso della lingua**, specie negli immigrati recenti e clandestini, da cui la necessità di opuscoli informativi dedicati.

È emerso, inoltre, una non comprensione rispetto ai tempi burocratici sanitari italiani, soprattutto se confrontati con il sistema sanitario cinese.

Conclusioni

Attraverso questo lavoro è stato possibile comprendere come gli immigrati cinesi affrontano il ricovero e la malattia, e quali sono le loro considerazioni sull'assistenza sanitaria erogata.

Si è potuto, inoltre, conoscere la comunità cinese, attraverso i loro usi e costumi e le millenarie tradizioni, sfatando, in qualche occasione, miti e leggende infondate, per poter, in seguito, garantire un'assistenza culturalmente più competente.

Parole-chiave: comunità cinese, esperienza di ricovero, fenomenologia, approccio biografico.

INTRODUZIONE

La nostra società sta affrontando cambiamenti culturali importanti, non risparmiando neanche la realtà ospedaliera che si trova, così, ad interagire con

persone appartenenti a culture spesso molto distanti dalla nostra.

Tra le varie etnie presenti sul territorio romano, quella cinese gode di un primato non sempre apprezzato, quello cioè dei luoghi comuni e delle leggende metropolitane: una tra tutte, che i cinesi non si rivolgono ai nostri ospedali, affidandosi, invece, ad ambulatori clandestini gestiti abusivamente da connazionali.

Inoltre, come risulta dai dati della Caritas (Tabella 1), **gli immigrati di nazionalità cinese sono tra i primi come presenza sul territorio italiano. A Roma, in particolare, la loro presenza massiccia è concentrata soprattutto all'Esquilino**, come attività lavorativa, e tra Prenestina e Casilina come luogo di dimora.

Con questa ricerca, oltre a cercare di smentire alcuni di questi luoghi comuni, si è voluta conoscere l'esperienza di

Numero di residenti cinesi per municipio di insediamento					
Municipio	n°residenti	%	municipio	N°residenti	%
I	1.385	4,9	IX	611	6,6
IV	271	2,6	X	483	6,1
V	398	4,4	XI	464	4,4
VI	1.666	13,4	XV	399	3,4
VII	488	4,8	XVII	199	3
VIII	1.140	6,3	XIX	206	1,4

Tabella 1. Fonte: Caritas/Osservatorio Romano sulle migrazioni. Elaborazioni su dati Ufficio Statistica del comune di Roma e dati Istat-Quarto Rapporto 2007

quei cinesi che si rivolgono ai nostri servizi sanitari, per meglio comprendere il loro modo di affrontare la malattia e il ricovero in ospedale, attraverso una serie di interviste non strutturate (tali da permettere una più libera dichiarazione), rispetto all'esperienza in sé, ma pure sui problemi che portano i loro connazionali ad accedere in modo così scarso ai nostri servizi sanitari.

Gli immigrati di nazionalità cinese sono tra i primi come numerosità sul territorio. La loro presenza massiccia stona con il loro scarso accesso ai servizi sanitari.

Dalla ricerca bibliografica è emerso che questo dato trova parziale spiegazione se analizziamo la media d'età di tale popolazione sul nostro territorio. Infatti, **i cittadini cinesi in Italia sono in maggioranza giovani** (tra i 25 e i 45 anni) e, dato di non minore importanza, **lavorano spesso in settori non pericolosi** (ristorazione e laboratori tessili), a differenza di gran parte degli altri immigrati.

Appare abbastanza chiaro, quindi, che il loro accesso ai servizi, sarà inferiore rispetto agli immigrati con una media d'età più alta e che lavorano in settori più pericolosi, come, ad esempio, l'edilizia. Sempre dalla letteratura, è poi emerso che i nostri iter per l'accesso ai servizi sanitari sono più lunghi e con più burocrazia rispetto a quelli cinesi, dove, invece, basta "fare la fila" davanti all'ambulatorio specialistico della patologia di cui si è affetti.

Fin qui la letteratura è ricca di informazioni e inchieste, ma scarse sono le testimonianze dei cinesi che si fanno curare: i motivi possono essere vari, dall'ancor scarso rilievo dell'infermieristica transculturale in Italia, alla "chiusura" del popolo cinese, poco incline a parlare di sé.

Questo lavoro vuole proprio approfondire tale tematica, al fine di ampliare le nostre conoscenze sul loro modo di affrontare il ricovero ospedaliero e - perché no - imparare qualcosa da questa popolazione, ricca di storia e tradizioni millenarie.

In breve, scopo di questa indagine era dare una risposta alle seguenti domande:

- Come vivono i cittadini cinesi il ricovero negli ospedali italiani?



- Come affrontano la malattia e la sofferenza?
- Cosa li spinge a ricorrere ai nostri ospedali e alla nostra medicina, invece di rivolgersi ai loro medici, come fanno molti di essi?
- Perché non esistono dati a sufficienza al riguardo? Loro non parlano o noi non chiediamo?

Queste domande e la scarsità di dati in letteratura hanno fatto nascere l'esigenza e la curiosità di andare a ricercare le risposte che, in quanto infermieri, dobbiamo possedere per erogare la migliore assistenza possibile, anche ad un popolo culturalmente tanto distante da noi.

MATERIALI E METODI

Per questa ricerca qualitativa si era scelto, inizialmente, il metodo fenomenologico di Giorgi, ma poi, a causa della

difficoltà di reclutamento dei partecipanti e della loro timidezza nel rispondere alle domande dell'intervista semi-strutturata, si è optato per l'approccio biografico di stampo fenomenologico (metodo largamente usato in sociologia), in cui si analizzano i racconti di vita delle persone reclutate per estrarne unità di significato.

Tale approccio si è rivelato il più adeguato, poiché non necessita di un gran numero di partecipanti, non si pone il problema della validità (in quanto, solo il narratore possiede le prove di ciò che racconta) e, soprattutto, lascia libero il narrante di raccontare la propria esperienza coi suoi tempi e le sue digressioni, senza i vincoli delle domande. Gli unici dati, sono stati piccoli vincoli di tipo tematico, per rendere il racconto utile ai fini della ricerca.



La raccolta dati è stata effettuata attraverso interviste registrate su nastro (previo consenso informato scritto dell'interessato) e, successivamente, trascritte; di durata variabile (dai 30 ai 60 minuti), a seconda del partecipante e dell'esperienza che raccontava.

Durante la narrazione il ricercatore interagiva con l'intervistato solo per evitare che andasse fuori tema e per far approfondire dati significativi che emergevano.

Le registrazioni, una volta trascritte, venivano distrutte per salvaguardare la privacy del partecipante. Il campione, di età minima di 18 anni, con almeno un'esperienza di ricovero ospedaliero in Italia e con la residenza in Italia, è di tipo propositivo, comprendente cioè soggetti che hanno vissuto l'esperienza in studio.

I criteri di inclusione per poter aderire alla ricerca sono stati:

- conoscenza della lingua italiana;
- cittadinanza cinese;
- immigrati di prima generazione.

Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto "a valanga", grazie all'input iniziale di **Francesca Consolo** (impiegata presso l'Ufficio di Presidenza del XVI Municipio che, dal 1993, si occupa del sociale, prima, presso l'assessorato alle Politiche Sociali del comune di Roma, poi, attraverso la Commissione per l'Immigrazione), che ha permesso un incontro con l'allora presidente della Consulta Cittadina per l'Immigrazione, **Pan Yong Chang**, cittadino cinese residente in Italia da circa 20 anni.

Il contatto con Pan Yong Chang è servito sia come mediazione con i futuri partecipanti, sia per ottenere informazioni

e dati rilevanti sullo stato attuale della comunità cinese a Roma.

A causa della scarsa propensione a parlare di se stessi, i cinesi reclutati sono state solo tre - due donne e un uomo - con un'età media di 45 anni e tutti residenti in Italia da circa 20 anni.

Ai partecipanti è stata inizialmente consegnata la lettera di presentazione della ricerca con i relativi obiettivi, e successivamente è stato fatto firmare il consenso informato e la tutela della privacy, nel quale si informava che la partecipazione era del tutto anonima e che le interviste sarebbero state audio registrate e, una volta trascritte, distrutte, a tutela della riservatezza dei dati.

I racconti, poi, sono stati messi a confronto per estrarre tematiche simili tra loro, in modo da rendere i risultati utili ai nostri fini e il più possibile generalizzabili.

Alla fine, è stata stesa una relazione con le conclusioni della ricerca, nella quale si descrive il modo in cui gli intervistati hanno vissuto il ricovero nei nostri ospedali, mettendo in risalto le sensazioni che ognuno di loro ha provato e le opinioni sull'approccio al nostro modo di fornire assistenza.

RISULTATI

Nelle tre storie prese in considerazione, si incontrano più volte tematiche che accomunano le interviste e che rendono più chiara la visione dei cinesi rispetto al ricovero in ospedale in particolare, ma più diffusamente, sul tipo di assistenza sanitaria erogata in Italia.

Dall'analisi delle tre interviste sono emersi sei temi comuni (Tabella 2).

Temi

- 1 Conoscenza o meno della lingua italiana
- 2 Mancanza di informazione
- 3 Tempi lunghi
- 4 Differente approccio alle cure
- 5 Assistenza infermieristica
- 6 Obbligo di riconoscenza

Tabella 2. Temi comuni ai tre racconti

Analizziamoli uno ad uno:

Conoscenza della lingua italiana

Gli intervistati ammettono che non

hanno avuto problemi durante il ricovero perché parlavano un discreto italiano e affermano che, però, quando questa conoscenza non c'è, le incomprensioni e le difficoltà nella comunicazione possono causare inconvenienti spiacevoli, qualche volta comici:

Primo racconto – *“...A quei tempi non parlavo bene italiano, anzi quasi per niente. Infatti, durante il parto, continuavano a dirmi: ‘Spingi, spingi’, ma io non facevo nulla...”*;

“...In quest' occasione non mi trovai molto bene con le infermiere, forse però era colpa mia: non parlando bene l'italiano non riuscivo a farmi capire e a capire. Sicuramente ci sono stati dei fraintendimenti...”.

Secondo racconto – *“...È troppo lungo e troppo difficile, soprattutto per noi stranieri, in particolare per chi non parla bene l'italiano...”*; *“...Parlando discretamente italiano, sono riuscito a comunicare abbastanza bene...”*; *“...E poi non sapevano come dire ciò che aveva perché non parlavano una parola di italiano...”*.

Terzo racconto – *“...Mi sono trovata sempre bene, sia perché ho trovato infermieri e medici educati e disponibili, sia perché ho sempre parlato bene italiano. Ci ho messo pochissimo ad impararlo: sono portata per le lingue. Se lo avessi parlato poco o male ci sarebbero stati sicuramente problemi, lo vedo con i miei amici che sono da poco in Italia... Li devi sempre accompagnare dal medico!”*.

Il problema della lingua è un problema serio, che va affrontato con decisione e delicatezza, poiché il linguaggio è la prima cosa che caratterizza una persona e il suo appartenere ad un popolo. La difficoltà nell'imparare la lingua del paese ospitante è comune a tutte quelle comunità chiuse che preferiscono stringere legami affettivi e di lavoro con i propri connazionali.

Tali problemi si riscontrano quasi esclusivamente negli immigrati di prima generazione, soprattutto se arrivano nel nostro Paese in età adulta e, spesso, hanno finito il corso di studi in patria.

Ciò, a differenza delle seconde generazioni e dei più giovani che, al contrario, andando a scuola in Italia, apprendono



Figura 1. I luoghi comuni: “I cinesi non muoiono mai”

la lingua e si integrano molto più facilmente.

Mancanza di informazione

Questa tematica è stata affrontata da due intervistati, pur non riguardando loro stessi in prima persona; entrambi si sono fatti portavoce di una condizione generale di tutti gli stranieri, non solo di quelli cinesi, ed, in particolare, riguarda gli irregolari che, per paura, rimangono in disparte, restando all'oscuro anche dei loro diritti:

Secondo racconto – *“...Noi immigrati ci sentiamo, siamo senza informazioni sui servizi sanitari a cui possiamo accedere...”*; *“...Sono tanti i clandestini che conosco che non vanno in ospedale per paura di essere denunciati e rispediti in Cina. Ma perché non esiste un opuscolo in cinese e in altre lingue dove si danno delle informazioni chiare a noi stranieri?...”*.

Terzo racconto – *“...E comunque molti stranieri non sanno neanche da che punto iniziare per farsi visitare!”*.

La mancanza di informazione sull'accesso ai servizi sanitari da parte degli stranieri, è una tematica molto delicata, affrontata con fervore dagli intervistati, che la pongono

come causa prima del mancato utilizzo degli stessi.

In un incontro precedente all'intervista, uno di loro affermò che molti suoi connazionali si rivolgevano a fantomatici medici-guaritori cinesi, non tanto perché avessero sfiducia nella medicina occidentale, ma perché non sapevano come accedervi o avevano paura di farlo.

Tempi lunghi

I lunghi tempi di attesa e l'eccessiva burocrazia che caratterizza il nostro sistema sanitario è un modo di fare e di essere quasi totalmente incomprensibile per i cinesi.

Questo è spiegabile se paragoniamo il loro sistema sanitario al nostro, analizzato proprio grazie ai nostri intervistati (il secondo e il terzo) che descrivono con molta chiarezza e parole estremamente semplici entrambe le situazioni:

Secondo racconto – *“...L'operazione è stata semplice e veloce, ma i problemi si sono verificati prima del ricovero. Voi, in Italia, fate tutto difficile: se una persona sta male deve affrontare un labirinto di burocrazia che spesso si rivela pericolosa per la sua salute. Questa deve prima andare dal medico di base,*

farsi fare la prescrizione per la visita specialistica, poi si deve chiamare il Cup e prenotare la visita che, se sei fortunato, te la danno dopo un mese. Poi lo specialista ti visita e, se ti devi operare, ti mette in lista, così passa altro tempo prezioso!..."; "...In Cina quando stai male, se non sei da pronto soccorso, vai a fare la fila davanti all'ambulatorio dello specialista della tua patologia: se arrivi presto ti visitano, sennò torni il giorno dopo. Meglio aspettare uno o due giorni piuttosto che minimo un mese, no?..."; "...Sono arrivato 'stanco' per tutte le trafile che ho dovuto fare per arrivare al ricovero, trafile che hanno fatto anche ingrandire la mia ciste!...".

Terzo racconto – "...Però di positivo in Cina qualcosa c'è: l'ospedale è più veloce, senza appuntamenti e attese interminabili. Hai mal di schiena da un po' di giorni? La mattina vai all'ospedale, fai la fila e vieni visitato. Se non rientri con l'orario dell'ambulatorio torni il giorno dopo. È più semplice! Mica come da voi che per fare una visita aspetti mesi e poi quando finalmente arriva il giorno non hai più niente!".

Le infinite trafile burocratiche che una persona con un problema di salute deve affrontare per accedere

alla visita specialistica è già difficile e stressante per noi italiani, immaginiamo cosa deve significare per uno straniero, che magari non parla bene l'italiano e che vive la sua condizione di malattia con una difficoltà in più: trovarsi in terra straniera.

Differente approccio alle cure

Dalle interviste è emerso (in due dei tre racconti) la differenza nell'approccio alle cure, inteso come diversità di metodi.

Nella cultura cinese, la medicina tradizionale ha un ruolo fondamentale, spesso messo in sinergia con le cure di stampo occidentale, affinché ogni aspetto della malattia sia affrontato.

Non solo: anche il nostro eccedere con medicinali e interventi invasivi è stato argomento di discussione dei nostri intervistati:

Primo racconto – "...Durante la chemio, all'inizio, vomitavo in continuazione: non riuscivo a mandare giù nulla che subito la rigettavo. Così mi sono rivolta ad un medico cinese in Cina che mi ha prescritto un infuso di erbe da prendere durante la terapia, utili a riportare l'equilibrio a milza e fegato. Ho preferito non parlarne con il mio oncologo italiano, perché ho avuto paura che non capisse...Noi in Cina, per curare i tumori e altre malattie

ci affidiamo sia alla medicina occidentale che a quella cinese, perché la forza sta proprio nell'unione. Infatti, con l'infuso sono stata molto meglio ed ho anche ripreso qualche chilo...".

Secondo racconto – "...Poi da noi non si ricorre immediatamente alla chirurgia o a terapie farmacologiche pesanti. Prima si prova con le erbe e con pratiche tipo l'agopuntura (sempre in ospedale), poi se non ha funzionato si passa a cose più invasive. Certe volte si usano tutte insieme, e di solito funziona sempre..."; "...Noi cinesi, qui in Italia, le usiamo le erbe, ma per piccole cose, come raffreddore o influenza, così non prendiamo troppe medicine: voi ne prendete troppe!...".

Assistenza infermieristica

Tutti gli intervistati sono stati soddisfatti dell'assistenza infermieristica a loro erogata, e non hanno incontrato problemi, relativi alla differenza culturale.

Hanno poi messo a confronto la tipologia di assistenza erogata in Cina con quella in Italia, trovando quest'ultima più completa e "democratica", senza distinzione di condizioni economiche.

Primo racconto – "...Qui ho trovato uno staff ottimo, soprattutto gli infermieri, dei quali mi ha molto colpito il sorriso, nonostante il reparto non fosse dei più allegri..."; "...Gli infermieri da noi non praticano le cure igieniche, né danno da mangiare ai pazienti: per queste cose l'ospedale mette a disposizione un servizio a pagamento di badanti. Se però uno non ha soldi deve, per forza, coinvolgere amici e parenti...".

Secondo racconto – "...Non ho avuto problemi durante il ricovero, tutti sono stati gentili e professionali...".

Terzo racconto – "...Mi sono trovata meglio qui che in Cina con gli infermieri, perché da noi ti trattano bene solo se paghi, se gli dai la mancia. Ma, anche in quel caso, l'assistenza che fate voi è cento volte superiore. Se voleste guadagnare lavorando poco, dovrete venire a fare le infermiere in Cina!".

Tutti gli intervistati si sono mostrati entusiasti che la ricerca fosse dedicata agli infermieri, che considerano elementi di picco della "buona

LUOGHI COMUNI

FANNO FINTA DI NON CAPIRE L'ITALIANO



Molti di loro realmente non comprendono la nostra lingua, in quanto, solitamente, vivono, lavorano e si sposano con i connazionali

Figura 2. I luoghi comuni: "Fanno finta di non capire l'italiano"

LUOGHI COMUNI

**PER CURARSI
VANNO NEI
LORO
AMBULATORI
CLANDESTINI**

Questo problema è reale, ma ad accedervi sono immigrati clandestini che vivono in ambienti socioculturali molto scadenti



Figura 3. I luoghi comuni: "Per curarsi vanno nei loro ambulatori clandestini"

assistenza" ricevuta, affermando che è proprio l'infermiere la figura che è stata loro più accanto durante il ricovero.

Obbligo di riconoscenza

Gli intervistati (il primo e il terzo) parlano di una sorta di debito morale verso chi li assiste o li cura che si estingue attraverso regali, spesso in denaro.

Questi doni assicurano al paziente cinese un'assistenza più attenta e forse più professionale:

Primo racconto – *"Durante il ricovero non ho mai visto il chirurgo che mi ha operato, e questa cosa mi ha fatto rimanere un po' male. In Cina questo non succederebbe mai, ma non tanto perché i medici cinesi sono più buoni dei vostri, ma perché è usanza da noi ringraziare con regali, oltre che con le parole, il medico che ti ha operato e gli infermieri che si sono occupati di te. Per noi è importante farlo e mi è dispiaciuto non poter mostrare la mia gratitudine in questa occasione...";*

"...In Cina ti assistono bene solo se paghi!"

Terzo racconto – *"Mi sono trovata meglio qui che in Cina con gli infermieri, perché da noi ti trattano bene solo se paghi, se gli dai la mancia..."*

Il non poter dimostrare gratitudine verso gli operatori crea loro un forte imbarazzo che, però, ci aiuta a capire che queste azioni rappresentano, per l'assistito, un gesto d'onore, perché il non farlo verrebbe inteso come un "non poterlo fare".

Dalla ricerca è emerso un generale accordo degli intervistati sul fatto che, nelle loro esperienze di ricovero in Italia, hanno ricevuto una buona assistenza, specie infermieristica.

Sono rimasti piacevolmente sorpresi del "prendersi cura in modo globale della persona" da parte degli infermieri italiani, soprattutto se confrontati con i colleghi cinesi che non si occupano dell'igiene e dell'alimentazione del paziente e, secondo le testimonianze degli intervistati, assicurano un'assistenza valida solo previa "mancia".

La riconoscenza in denaro, così, è diventata un modo di fare e di essere che, se non elargita, provoca un'offesa per il paziente, che si sente quasi disonorato: poter dimostrare la propria gratitudine diventa, quindi, un fatto d'onore che si espleta in un: "lo posso".

Una fondamentale differenza tra la cultura cinese e quella italiana è emerso nel descrivere il differente approccio alle cure che i due Paesi

posseggono: gli intervistati parlano di una "sinergia di interventi" - naturali e non invasivi, da un lato e farmacologici ed invasivi, dall'altro - che in patria utilizzano per curare la persona nella sua totalità.

Quando narrano le loro esperienze di malattia e ricovero, spiegano come, pur fidandosi della medicina occidentale e rivolgendosi quasi esclusivamente a medici italiani, non abbandonano i rimedi tradizionali, a volte per i piccoli malanni (come raffreddore o febbre) per evitare farmaci dannosi; altre come coadiuvante durante pesanti cure farmacologiche.

Eppure, malgrado gli intervistati abbiano ricevuto una buona assistenza, grazie anche alla loro conoscenza della lingua italiana che ha permesso una buona comunicazione e comprensione con il personale sanitario, la loro esperienza è stata spesso "rovinata" dalla burocrazia italiana che allunga, inutilmente, i tempi.

I cinesi residenti in Italia si ritrovano risucchiati in un vortice di appuntamenti ed impegnative per prenotare una visita specialistica (spesso, anticamera del ricovero) che, a causa della totale differenza con ciò che accade in Cina nello stesso ambito, non comprendono e non riescono a gestire, né tanto meno a uscirne.

In Cina, il sistema sanitario è fondato su regole e trafiele molto più semplici che non comprendono tempi d'attesa lunghi come i nostri per ottenere una visita medica.

Gli intervistati faticano a comprendere i nostri meccanismi burocratici che vengono visti come parziali "colpevoli" dello scarso accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati cinesi (o, almeno, per quelli regolari).

Un intervistato in particolare afferma di: "essere arrivato stanco" al giorno del ricovero a causa delle interminabili trafiele che ha dovuto fare per potersi operare: trafiele che, come lui stesso afferma: "hanno fatto anche ingrandire la ciste" da asportare.

L'altra metà di colpa per lo scarso accesso ai servizi sanitari degli immigrati cinesi, gli intervistati la imputano alla mancanza di informazioni chiare che, come uno di loro propone, potrebbero

essere date attraverso un opuscolo tradotto in cinese (e pure in altre lingue). Ritornando al problema linguistico, è chiaro che i nostri intervistati, vivendo da molti anni in Italia e parlando più che discretamente la nostra lingua, non hanno incontrato ostacoli dal punto di vista comunicativo, ma nel primo racconto, la donna narra del parto del suo primogenito, avvenuto quando era da poco nel nostro Paese, durante il quale, a causa dell'allora, sua scarsissima conoscenza dell'italiano, il personale di sala parto non riusciva a farle capire che doveva "spingere". Da questo possiamo comprendere quanto **la lingua possa divenire una barriera alla buona assistenza**.

DISCUSSIONE

Attraverso questo lavoro si è voluto intraprendere un viaggio nel mondo degli immigrati cinesi di Roma, attraverso i racconti della loro esperienza di ricovero nelle strutture ospedaliere italiane, da cui hanno preso spunto per presentarci **la loro visione della nostra situazione sanitaria e assistenziale**.

Il quadro che si presenta è **un generale accordo sulla mancanza di informazioni chiare per gli stranieri riguardo alle modalità di accesso ai servizi sanitari e sulla troppa burocrazia** sempre in quest'ambito.

La ricerca è servita anche a sfatare alcuni pregiudizi quali:

- i cinesi non muoiono mai (Figura 1);
- fanno finta di non capire l'italiano (Figura 2);
- per curarsi vanno nei loro ambulatori clandestini (Figura 3).

Dai risultati emersi, appare chiaro che la buona assistenza ricevuta dai nostri intervistati è stata anche merito degli infermieri italiani incontrati durante il ricovero.

Possiamo però discutere sul ruolo che gli infermieri sono chiamati a ricoprire per riempire quel vuoto d'informazione che i partecipanti a questa ricerca hanno comunicato.

Interessante è il suggerimento dato da uno degli intervistati, proponendo di creare un opuscolo tradotto in varie lingue (tra cui il cinese), in cui illustrare sia i vari servizi del Sistema Sanitario Italiano (compresi quelli per gli irregolari), sia le procedure da rispettare per

potervi accedere.

Tale opuscolo potrebbe essere distribuito dagli infermieri stessi sul territorio, in quanto figure di spicco nella comunicazione con la comunità.

La ricerca presenta dei limiti relativi all'esiguità del campione, ma ha il pregio di aver utilizzato un metodo - l'approccio biografico - poco preso in considerazione dagli infermieri.

La speranza degli autori è che questo lavoro possa servire da stimolo per ricerche, sia qualitative che quantitative, utili a creare le conoscenze necessarie per fornire un'assistenza culturalmente competente, anche a quei pazienti appartenenti a culture lontane dalla nostra.

AUTORI

Teresa Compagnone, professore a contratto Med 45, corso di laurea in Infermieristica, università Tor Vergata-sedi Fbf e Smom;
Elisabetta Forti, professore a contratto Med 45, corso di laurea in Infermieristica, università Tor Vergata-sede Fbf ;
Guja Teramo, laureata in Infermieristica, università Tor Vergata-sede Fbf. Libera professionista.

BIBLIOGRAFIA

- Cantarelli M, *Gli infermieri nella ricerca*. Milano: Mc Graw-Hill. 2006.
- Caritas di Roma. *Osservatorio Romano sulle migrazioni: Quarto Rapporto 2007*. Roma: Edizioni Idos; 2008.
- Casti L, Portanova M, *Chi ha paura dei cinesi? Rivolte urbane, economia sommersa, mafia gialla. Quartieri colonizzati, laboratori nascosti, aborti clandestini. Dietro i pregiudizi, vite vere, morti dubbie e miracoli della più impenetrabile comunità straniera d'Italia. Per la prima volta svelati dall'interno*. Milano: Biblioteca Universale Rizzoli. 2008.
- Fain JA, *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*. Milano: Mc Graw-Hill. 2004.
- Tortolici CB, Stievano A, *Antropologia e nursing*. Roma: Carocci Faber. 2007.
- Masera G, *Assistenza transculturale. le ragioni di un'accoglienza le possibilità per una convivenza. per un'infermieristica al servizio della persona*. Neu.31(1): 33-47. 2007.
- Mottini G, *I perché di una medicina transculturale*. Int Nurs Persp. Genn-apr; 7(1): 1-4. 2007.
- Tartaglino D, *Il ruolo dei mutamenti culturali nelle organizzazioni sanitarie*. Int Nurs Persp. Mag- ago; 5(2): 41-43. 2005.
- Tartaglino D, Geraci S, Piredda M, De Benedictis A, *Analisi dei bisogni formativi delle professioni della salute in relazione al fenomeno immigratorio in Italia*. Int Nurs Persp. Magg-ago; 5(2): 61-71. 2005.

Conoscenza e utilizzo di cure complementari nel paziente oncologico: indagine conoscitiva in alcune realtà romane

di Carlo Talucci, Veronica Settimi, Anna Rubini, Maria Luisa Rega

ABSTRACT

Nel corso degli ultimi decenni, nel mondo occidentale, si sta diffondendo l'interesse verso vari tipi di trattamenti, rimedi e filosofie terapeutiche denominato, nel suo complesso, con termini vari: medicine alternative, complementari, integrative, non ortodosse, olistiche e dolci.

È il **paziente oncologico** quello che maggiormente vi ricorre, perché si trova a gestire una serie di sintomi e sequele legate non solo alla patologia di base ma anche alle terapie a cui deve sottoporsi. L'obiettivo di questo lavoro è: indagare la qualità di vita e lo stato di salute generale dei pazienti oncologici sottoposti a terapie tradizionali e verificare la conoscenza delle terapie complementari da parte degli stessi pazienti e fra chi ne usufruisce.

Attraverso uno studio di prevalenza, è stato preso in esame un campione di 100 pazienti oncologici (presso tre strutture sanitarie di Roma) a cui è stato somministrato un questionario sulla qualità di vita e la conoscenza delle terapie complementari.

Da ciò è emerso che l'utilizzo delle terapie tradizionali, e, maggiormente, la chemioterapia rispetto alla radioterapia, influenza la percezione della qualità di vita del paziente oncologico. Inoltre, una discreta percentuale del campione è a conoscenza di **terapie complementari** ma, meno della metà ha deciso di attuarle, traendone beneficio.

In conclusione, è parso chiaro che nelle pratiche di cura quotidiane, quelle **complementari non vengono ancora utilizzate, pur se consentirebbero di proporre prestazioni infermieristiche più qualificate e complete**, nella considerazione "olistica" della persona, della sua più profonda essenza e delle sue dimensioni psicologiche e socio-culturali.

INTRODUZIONE

Il National Institute for Health definisce le **Alternative and Complementary Medicine** (Cam) come: *"Un ampio insieme di conoscenze che comprende modelli di cura, modalità, pratiche e le loro relative teorie e credenze, diverse da quelle intrinseche al sistema sanitario dominante di una particolare società o cultura, in un determinato periodo storico"*.

Le espressioni più comunemente utilizzate per indicarle sono:

- medicina non convenzionale;
- medicina olistica;
- medicina alternativa;
- medicina complementare o integrativa;
- medicina tradizionale;
- medicina dolce o naturale.

In realtà, negli anni '70 e '80, questo nuovo tipo di approccio alla persona fu, inizialmente, indicato come: "medicina alternativa", poiché queste discipline erano – appunto – l'alternativa al sistema convenzionale di cura.

Successivamente, quando i due sistemi (convenzionale e non) cominciarono ad essere utilizzati contemporaneamente, fu introdotto il termine di: "medicina complementare", sostituito, nel tempo, con quello di: "medicina non convenzionale", per distinguerla da quella convenzionale (Tabella 1).

Il principale elemento comune di questi approcci - eterogenei e, talvolta, in contraddizione tra loro, è di avere radici estranee al modello della moderna medicina scientifica, considerato come paradigma di riferimento nei Paesi occidentali.

Lì, dove le statistiche sono disponibili, la medicina complementare viene utilizzata dal 20% al 50% della popolazione e la sua popolarità cresce col passar del tempo (Tabella 2).

In diversi Paesi della Cee, queste medicine trovano, talora, spazio nelle prestazioni dei servizi sanitari pubblici, nel sistema della formazione del personale sanitario e, soprattutto, nel mercato sanitario privato (Tabella 3).

In Australia il 57 % della popolazione usa qualche tipo di medicina complementare (Tabella 4); in Germania il 46%; in Francia il 49 %; in Italia il 35 % (Tabella 5).

Fra il 1991 e il 1997 il ricorso alle erbe medicinali è aumentato del 380% e l'uso delle terapie vitaminiche del 130% (Tabella 6).

Questo aumento è dovuto anche al fatto che le medicine complementari convenzionali siano più efficaci nel trattamento

	PARADIGMA BIOMEDICO	PARADIGMA CURE COMPLEMENTARI
Salute	<p>Il modello biomedico, porta a considerare il funzionamento corporeo complessivo come il risultato del funzionamento dei singoli organi, tessuti e cellule.</p> <p>Questa visione ci spiega perché ci si ammala, ma non giustifica la ragione della malattia.</p> <p>Gli obiettivi terapeutici della medicina scientifica sono spesso indirizzati solamente alla cura della patologia, senza attribuire un senso all'esperienza della malattia intesa come avvenimento che modifica la nostra vita, individuale e collettiva.</p>	<p>Nella prospettiva olistica della medicina complementare la salute risulta uno stato di equilibrio che viene mantenuto attraverso l'interazione continua dell'individuo con il suo ambiente di vita.</p>
Malattia	<p>In merito al concetto di malattia, la medicina ufficiale non ha una teoria generale, ma molte teorie specialistiche per ogni settore, fornendo, così, una visione disgregata dell'uomo.</p>	<p>La malattia viene definita come uno stato di squilibrio tra l'uomo e il suo ambiente.</p> <p>A differenza della medicina biomedica, quella complementare cerca sempre di dare un significato alla malattia che viene interpretata come un processo che si manifesta con determinati sintomi.</p> <p>Il processo e i sintomi sono degli "alleati" che indicano il percorso che l'individuo sta percorrendo, segnano la direzione da seguire sia sul piano fisico che emotivo e psicologico.</p>
Relazione tra medico e paziente	<p>Il processo di cura e il superamento del malessere è, per la maggior parte, azione del medico. Nella migliore delle ipotesi, quando arriva a comprenderle, il paziente acconsente alle decisioni prese dal terapeuta.</p>	<p>Nelle medicine complementari, il soggetto è molto più attivo, il terapeuta diventa un "consigliere", perché il paziente deve trovare dentro di sé la forza di reagire alla malattia per non rendere vana qualsiasi cura.</p> <p>Il processo di superamento del malessere non può essere azione del solo medico.</p> <p>La malattia, essendo il risultato di uno squilibrio personale, richiede un intervento attivo del malato perché comprenda la propria situazione, diventi consapevole del suo stato e dei motivi che lo hanno causato.</p>
Obiettivo principale	Coprire o annullare i sintomi	I sistemi di medicina complementare si sforzano di ricercare e trattare la vera causa che ha portato allo sviluppo della malattia nella persona.

Tabella 1. Differenze tra il modello biomedico e i modelli di cura complementari

delle malattie croniche, nonostante l'omeopatia, ad esempio, possa essere anche molto efficace nel primo soccorso.

Eppure, malgrado la crescente importanza di questo fenomeno è difficile creare una definizione unica ed esauritiva (per l'insieme di queste pratiche, tanto eterogenee), pur avendo come minimo comune denominatore la considerazione dell'essere umano come to-

talità di mente, corpo e anima nel senso olistico del termine [3].

Ne deriva che la salute e la malattia implicano l'integrazione e l'armonia di tutti i livelli di esistenza e, di conseguenza, anche la diagnosi e il trattamento terapeutico devono aver coscienza di ciò e saper intervenire a livello appropriato.

L'olismo non prevede necessariamente modi alternativi di cura: l'im-

portante è che corpo e mente siano considerati come parte di un tutto.

In merito alle modalità di interpretare i concetti di "salute" e "malattia" si riscontrano importanti differenze tra i due paradigmi, così come riportato nella Tabella 1.

La letteratura dimostra come l'utilizzo delle Cam è stato spesso oggetto di studio e come i pazienti ne abbiano tratto beneficio.

Tra questi, è quello oncologico che maggiormente ricorre a tale tipo di cure: questo, perché si trova a gestire una serie di sintomi e sequele legate non solo alla patologia di base, ma anche alle terapie a cui deve sottoporsi.

In Italia, **Orlandi et alia** [11], nel 2007, attraverso uno studio sperimentale con un gruppo di controllo, hanno studiato gli effetti della *pet therapy* sulla depressione nei pazienti sottoposti a trattamento chemioterapico, attraverso la somministrazione di un questionario (versione semplificata del *Kellner's Symptom Questionnaire*) e la rilevazione di alcuni parametri come: la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca e la saturazione dell'ossigeno.

Dallo studio è emerso che la depressione è migliorata solo nel gruppo sperimentale (0.01), così com'è aumentata la saturazione dell'ossigeno ($p = 0.004$), mentre è diminuita nel gruppo di controllo.

Altro esempio di utilizzo delle Cam e della loro efficacia, è stato quello condotto in un reparto di oncologia dell'ospedale di Udine da **Quattrini et alia**, nel 2006 [12], sempre utilizzando un disegno sperimentale per studiare l'ansia dei pazienti, sottoponendoli ad un trattamento di riflessologia plantare. Esaminando i loro livelli di ansia prima e 24 ore dopo il trattamento, attraverso la *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*, si è notato che questi hanno avuto una diminuzione di 7.9 punti per il gruppo sperimentale, rispetto all'0.8 del gruppo di controllo ($p < 0.0001$).

Uno studio, condotto negli Stati Uniti [19], ha permesso di valutare la medicina complementare nei pazienti affetti da cancro e la condivisione della loro scelta con il medico.

Per l'occasione, sono stati reclutati pazienti con diagnosi di cancro entro le due settimane dopo la cessazione del trattamento con le medicine tradizionali.

Fra quelli intervistati, il 91% ha riferito di aver utilizzato almeno una delle varie Cam: di queste le più utilizzate, oltre alle forme di preghiera, sono stati gli esercizi di rilassamento e quelli fisici.

Chi ha fatto più uso di questo tipo di terapia sono state donne sottoposte a

chemioterapia con un elevato livello d'istruzione; la condivisione della loro scelta con il proprio medico curante ha riguardato, in modo particolare, l'utilizzo di diete, massaggi ed erbe.

Altra indagine svolta in America [20] è andata ad indagare la prevalenza e la correlazione tra le Cam e la medicina tradizionale in donne affette da cancro al seno.

Sono state reclutate, attraverso un sondaggio telefonico dal 1998 al 2003, 2022 donne con diagnosi di cancro al seno e, stratificandole per età e utilizzo della tipologia di Cam, sono state misurate la qualità di vita con la scala SF-36 e l'ottimismo con la scala LOT-R.

I risultati hanno dimostrato che il 62% delle persone intervistate hanno utilizzato le Cam (e che queste erano, per lo più, giovani).

La chemioterapia è stata associata, per lo più, a tecniche di rilassamento/immaginazione (inoltre, fra le pazienti che hanno attuato queste tecniche, l'ottimismo ha avuto un punteggio molto alto), mentre la radioterapia è stata associata all'uso di vitamine; farmaci come il tamoxifene sono stati associati all'uso di sostanze omeopatiche.

È stato possibile pure dedurre che le pazienti che hanno praticato lo yoga hanno avuto una qualità di vita, migliore rispetto alle persone che sono ricorse all'utilizzo dell' "energia di guarigione". In America [24], dal 2001 al 2005, è stato condotto anche uno studio sperimentale allo scopo di verificare l'impatto dello yoga su un campione multietnico di donne con cancro al seno (42% afro-americane e 31% ispaniche). Sono state reclutate 128 donne, assegnate in maniera randomizzata (2:1 ratio) al gruppo sperimentale sottoposto immediatamente allo yoga per 12 settimane (84 donne) e all'altro gruppo di controllo sottoposto allo yoga solo dopo 12 settimane (44 donne).

Quasi la metà delle pazienti ricevevano trattamenti medici tradizionali.

I risultati hanno dimostrato che il gruppo di controllo ha avuto un calo di benessere sociale rispetto al gruppo che ha attuato immediatamente l'intervento ($p < 0,0001$) e che, anche per quanto riguarda la qualità di vita in ge-

nerale, il benessere emotivo, sociale e spirituale, ha condotto a risultati favorevoli per il gruppo d'intervento rispetto al gruppo di controllo.

Sempre all'interno dello stesso studio, è stata fatta una seconda analisi riguardante 71 pazienti che non sono state sottoposte ad alcun trattamento medico tradizionale durante il periodo d'intervento con lo yoga: ciò ha portato a risultati ancora migliori rispetto a donne sottoposte ad entrambi i trattamenti.

In Canada, nel 2002 [21], attraverso uno studio sperimentale è stato osservato un approccio di Cam basato sull'utilizzo di un nuovo intervento: il "*Mindfulness-Based Art Therapy*" (Mbat), ovvero l'acquisizione della consapevolezza della malattia basata sull'arte-terapia, avente come obiettivo lo sviluppo psicosociale del paziente affetto da cancro.

Un centinaio di donne con diverse tipologie di cancro, ma stratificate per età, sono state sottoposte a questo tipo di trattamento (da una a otto settimane prima dell'intervento), mentre il gruppo di controllo ha seguito la normale lista di attesa senza alcun tipo di servizio ulteriore.

Rispetto al gruppo di controllo, il gruppo Mbat ha dimostrato una significativa diminuzione dei sintomi di disagio (come misurato dalla *Sintomy Checklist-90-Revised*) e significativi miglioramenti nei principali aspetti della salute connessi alla qualità della vita (misurata in *Medical Outcomes Studio Short-Form Health Survey*).

Lo studio, effettuato attraverso l'impiego della metodologia Mbat, fornisce primi dati che supportano **un possibile ruolo, in futuro, per l'intervento psicosociale come opzione di trattamento per pazienti affetti da tumore.**

OBIETTIVI

Indagare la qualità di vita e lo stato di salute generale dei pazienti oncologici sottoposti a terapie tradizionali e verificare la conoscenza delle terapie complementari da parte degli stessi pazienti e fra chi ne usufruisce.

MATERIALI E METODI

Background

Nel settembre del 2002, il gruppo di

lavoro sulle "Cure Complementari" promosso dalla Federazione nazionale **l'asvi** ha pubblicato un documento che esprime una posizione fondamentalmente favorevole all'integrazione tra l'infermieristica e le cure complementari.

Anche in Italia, l'infermieristica sembra comprendere, ufficialmente, il significato di un nuovo tipo di approccio alla persona, che si integra, anziché opporsi, all'utilizzo di tutte le potenzialità tecniche già fatte proprie dalla professione, senza contrastarne i valori fondamentali, anzi esaltandoli [7].

In un periodo storico in cui la disciplina infermieristica si caratterizza per la ricerca costante di evidenze scientifiche come fondamento della pratica assistenziale (*Evidence-based Nursing*), allo scopo di aumentarne l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza, le cure complementari consentirebbero di proporre prestazioni infermieristiche più qualificate e complete, nella considerazione "olistica" della persona, della sua essenza e delle sue dimensioni psicologiche e socio-culturali.

Ciò è in linea con quanto sostenuto da numerose teorie del *nursing*, a partire dalle teorie esistenziali (come quelle di H.E. Peplau, I. King, M. Levine e C. Roy), per passare alla cosmica (di M. Rogers), o, ancora, alle teorie sociologiche (come quelle di D. Orem e V. Henderson), per concludere con la teoria britannica di N. Roper e dalle sue versioni anche italiane [8].

L'infermiere, proprio per le caratteristiche del modello di cura di riferimento (che pone al centro della relazione terapeutica la persona con i suoi bisogni e le sue potenzialità) si muove in un'ottica di integrazione, utilizzando le risorse della persona per il raggiungimento del benessere per lei possibile.

Le cure complementari riconoscono come elemento fondamentale la creazione di un ambiente relazionale fra curante e paziente.

Ciascun approccio può raggiungere un esito positivo a seconda del malato, della patologia, del malessere, del terapeuta e del contesto: è da questo insieme di cose che si determina la riuscita finale della cura [9].

Attualmente, esistono oltre 300, differenti forme di cura complementare, ma non è stato ancora elaborato un sistema di classificazione universalmente riconosciuto e adottato.

Per quanto riguarda le applicazioni nell'assistenza infermieristica, è possibile individuare tre gruppi:

1. le tecniche di massaggio: infantile, ayurvedico, cinese, riflessologia plantare, shiatsu;
2. le tecniche di rilassamento: musicoterapia, tecniche di respirazione, *training* autogeno, visualizzazione creativa, pensiero positivo;
3. altre tecniche: aromaterapia, cromoterapia, floriterapia, tocco terapeutico [1].

In ogni Paese, ampi gruppi di popolazione usano approcci tradizionali e complementari per mantenere e curare la propria salute.

In molti luoghi, gli infermieri sono stati innovatori di questo movimento.

Alcuni di questi approcci complementari possono far parte di un piano terapeutico e favorire l'assistenza infermieristica [10].

Setting spaziale e temporale

Lo studio è stato condotto dal 15 giugno al 30 settembre 2007, nei Day Hospital (Dh) oncologici di tre strutture ospedaliere romane.

I pazienti sono stati incontrati durante l'esecuzione delle terapie.

Disegno dello studio

Per quest'indagine è stato realizzato uno studio di prevalenza.

La scelta di un disegno di studio quantitativo è stata fatta in virtù di una successiva elaborazione statistica dei dati.

Campionamento

Il campione, probabilistico di convenienza, composto da 100 pazienti (56 donne e 44 uomini) è stato arruolato all'interno di tre strutture ospedaliere differenti (50 persone dal Dh di oncologia di un policlinico Universitario; 35 persone dal Dh di oncologia di un'azienda ospedaliera e 15 persone da una Casa di cura privata).

I criteri di inclusione allo studio sono stati: età compresa fra 30 e 70 anni; diagnosi di tumore; inizio di chemioterapia

(almeno due cicli) o radioterapia, o entrambe; aspettativa di vita superiore ai sei mesi; pazienti non in fase terminale.

Procedura

Lo studio è stato approvato dalle rispettive Direzioni Sanitarie e comitati etici.

I dati emersi sono stati inseriti in un database ed elaborati con *Microsoft Excel 03*, utilizzando le più comuni procedure di statistica descrittiva per estrarre media, *range* e deviazione standard.

Strumenti di ricerca

Per l'informazione ai pazienti circa lo studio è stato utilizzato un colloquio diretto con il paziente ed il ricercatore che gli ha parlato delle finalità dello stesso, dando informazioni e ricevendo la garanzia dell'anonimato.

Se da questo colloquio si otteneva subito il consenso, con la firma dell'apposito modulo, si poteva procedere alla fase successiva di raccolta dati; in caso contrario, se il paziente chiedeva tempo per pensarci, si lasciava il modulo del consenso ed un documento informativo, dando appuntamento al paziente alla sua successiva seduta di terapia.

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario costruito ad hoc per l'indagine.

Lo strumento, dopo una rivisitazione della letteratura, è stato realizzato utilizzando varie scale di indagine e risulta composto da una prima parte: anagrafica; una seconda riguardante l'area fisica in cui si valuta la qualità di vita basata sui suoi bisogni primari e una terza che valuta la dimensione psicologica del paziente ed un'ultima dedicata alla conoscenza delle terapie complementari.

Per la valutazione dell'area fisica (dolore, inappetenza, nausea, vomito, stipsi, dispnea, astenia, insonnia) è stata utilizzata la scala Eortc qlq-c 30 [28]; per l'area psichica (depressione ed ansia) è stato consultato il Sat-p [29]; per l'area funzionale (livello di dipendenza nelle attività della vita quotidiana) è stato utilizzato il questionario Adl [30] e, infine, per l'area relazionale (interazione sociale) è stata consultata la scala Sf-36 e il Sat-p.

Il punteggio di ogni *item* riguardante la

dimensione fisica del paziente è stato calcolato utilizzando una Vas da 0 a 4 (dove 0 rappresenta l'assenza del segno-sintomo e 4 il valore maggiormente espresso di quest'ultimi), così come la sfera funzionale e relazionale. Quest'assegnazione di valore, anche se anomala per la letteratura a riguardo delle Vas, è stata elaborata perché più comprensibile per il paziente, rispetto alla classica da 1 a 5.

La dimensione psichica, invece, (che focalizza l'attenzione sulla depressione, l'ansia e l'insonnia) e le terapie complementari sono indagate attraverso domande con risposte dicotomiche (sì/no).

Più il punteggio della valutazione globale dello stato di salute risultava alto (punteggio massimo: 48), minore risultava la qualità di vita del paziente, poiché inversamente proporzionali.

Dopo una prima stesura, il documento è stato somministrato a cinque pazienti per testarne la validità.

Da questa prima fase dello studio è emersa la difficoltà dei pazienti, nel rispondere agli *item* delle scale, di identificare l'assenza del segno/sintomo con 1: per questo motivo, si è pensato di trasformare i valori della scala di valutazione da 0 a 4, piuttosto che mantenere la classica da 1 a 5.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Qualità della vita e stato di salute generale dei pazienti oncologici sottoposti a terapie tradizionali.

La valutazione globale dello stato di salute dei pazienti sottoposti a terapie tradizionali è differente tra maschi e femmine, mentre, una qualità di vita più bassa si riscontra per i pazienti sottoposti a trattamento di chemioterapia, rispetto a quelli per radioterapia o ad entrambi (tabella 2).

Area da valutare	Media donne	Medie uomini	Ds
Valutazione dell'area funzionale	1.3	1.2	0.84 – 0.89
Valutazione dell'area fisica	5	4.3	4 – 3.1
Valutazione dell'area psichica	3.2	2.2	2 – 1.9
Valutazione area relazionale	0.5	1.3	0.8-0.7
Valutazione globale dello stato di salute	10.1	8.2	5.4 - 4.4

Tabella 2. Qualità di vita in base al sesso: più alto è il punteggio della valutazione globale dello stato di salute, minore è la qualità di vita del paziente

Area da valutare	Solo chemioterapia	Solo radioterapia	Entrambe
Valutazione globale dello stato di salute	M 10.8 Ds 4.9	M 6.0 Ds 3.9	M 8.7 Ds 4.7
Valutazione dell'area fisica	M 5.7 Ds 3.5	M 2.8 Ds 2.6	M 4.4 Ds 3.0
Valutazione dell'area psichica	M 3.2 Ds 2.0	M 1.6 Ds 1.7	M 2.6 Ds 2.0
Valutazione dell'area funzionale	M 1.3 Ds 0.8	M 1.0 Ds 0.2	M 1.2 Ds 0.8
Valutazione dell'area relazionale	M 0.7 Ds 0.8	M 0.5 Ds 0.8	M 0.5 Ds 0.7

Tabella 3. Qualità di vita in base al tipo di trattamento

Si evince che i maschi hanno una qualità di vita più alta delle donne, relativamente a tutte le sottoscale, tranne che per quella relativa all'area relazionale. La percezione che il paziente ha della valutazione globale dello stato di salute dipende dalla terapia attuata (tabella 3), infatti, **la chemioterapia, mediamente, incide maggiormente in senso negativo rispetto alla radioterapia o all'uso di entrambi i trattamenti.**

In letteratura, ad esempio, si riscontra come la riflessologia plantare migliori la qualità di vita dei pazienti sottoposti a cure palliative.

Infatti, Milligan et alia, nel 2002, in Scozia, hanno sperimentato l'utilizzo di questa tipologia di cura, ottenendo un miglioramento della qualità di vita maggiore rispetto al gruppo di controllo che, invece, ha ricevuto un placebo ($p=0.004$) [13].

Sempre nello stesso anno, un altro studio, condotto sempre in Scozia, presso alcune case per anziani, ha dimostrato l'impatto della riflessologia [14] sul

miglioramento della qualità di vita su 20 pazienti affetti da tumore: i risultati positivi, ottenuti nei confronti della riflessologia con una diminuzione dei sintomi fisici ed emotivi, ne hanno suggerito il trattamento in ulteriori ricerche per valutarne ulteriormente i benefici.

Invece, uno studio condotto in Germania [16] è andato a constatare l'effetto delle Cam sulla qualità di vita dei pazienti con neoplasie maligne della mammella.

Da questo, è emerso che il 48.7% delle donne, su un totale di 1030, ha utilizzato le Cam (nello specifico: il 77.3% ha utilizzato l'estratto standardizzato di vischio).

Rispetto a quelle che non hanno usato le Cam (50,1%), le altre donne hanno dichiarato un miglioramento dello stato di salute (35,1%).

I pazienti che effettuano la chemioterapia, manifestano come sintomo più frequente l'astenia e il dolore, meno frequentemente la stipsi. Nella radioterapia, il sintomo più frequente è l'astenia, seguito da nausea; assente, la percezione del dolore.

I pazienti che, invece, si sottopongono ad entrambe i trattamenti, manifestano più frequentemente dolore e astenia, mentre la dispnea è avvertita in misura minore (tabella.4).

Uno studio [25], condotto in America, ha avuto come obiettivo, attraverso un'indagine di tipo qualitativa, indagare il senso di astenia da parte dei singoli pazienti.

Tipologia di terapia	Astenia	Dolore	Nausea	Inappetenza	Dispnea	Vomito	Stipsi
Chemioterapia	M 1.13 Ds 1.02	M 1.13 Ds 1.04	M 1.0 Ds 1.32	M 0.8 Ds 0.97	M 0.4 Ds 0.79	M 0.3 Ds 0.8	M 0.2 Ds 0.4
Radioterapia	M 0.9 Ds 1.0	M 0 Ds 0	M 0.8 Ds 0.8	M 0.76 Ds 1.3	M 0.24 Ds 0.44	M 0.20 Ds 0.41	M 0.48 Ds 0.59
Entrambe	M 1.33 Ds 1.35	M 1.54 Ds 1.0	M 0.33 Ds 0.69	M 0.93 Ds 1.10	M 0.13 Ds 0.40	M 0.13 Ds 0.40	M 0.13 Ds 0.40

Tabella 4. Valutazione dell'area fisica

Sintomatologia	Solo chemioterapia	Solo radioterapia	Entrambe
Insonnia	Depressione	M 0.96 Ds 0.90	M 1.55 Ds 1.21
Ansia	Depressione	M 0.56 Ds 1.07	M 0.73 Ds 1.10
Depressione	Depressione	M 0.32 Ds 0.98	M 1.09 Ds 1.22

Tabella 5. Valutazione dell'area psichica

Condotto in un ambulatorio di una grande area metropolitana, lo studio ha preso in esame dieci pazienti con diagnosi di cancro, sottoposti a chemioterapia, a cui è stato consegnato un nastro-audio con interviste semi-strutturate ed un diario giornaliero da compilare per due settimane.

L'analisi ha permesso di indagare l'astenia secondo le diverse aree tematiche: sensazioni fisiche (come "non posso") e sensazioni emotive. Dall'indagine è emerso che l'astenia era un sintomo non previsto e/o non conosciuto dai pazienti che, dunque, non erano consapevoli e non si preoccupavano di informarsi sulle strategie attuabili per attenuare il sintomo.

I pazienti che si sottopongono alla chemioterapia, rispetto alla radioterapia, hanno una probabilità maggiore di avere nell'ordine insonnia, ansia e depressione. Quelli sottoposti ad entrambe le terapie, invece, soffrono maggiormente di: insonnia, depressione ed ansia.

Un aspetto poco studiato e, se vogliamo, poco affrontato dalle terapie tradizionali è la qualità del sonno dei pazienti: infatti, seppur così importante per la qualità di vita di ogni individuo è quello che in caso di malattia risulta il più trascurato, specie nel caso di pazienti affetti da tumori.

Carlson L.E, Garland S.N [22], nel 2005, hanno studiato gli effetti di un programma di qualità del sonno (Mbsr) su 63 pazienti affetti da patologie oncologiche.

In generale, i disturbi del sonno si sono ridotti significativamente ($p < .001$) e i partecipanti hanno riferito che la loro qualità del sonno è migliorata ($p < .001$). C'è stata anche una significativa riduzione dello stress ($p < .001$), dell'umore disturbato ($p = .001$), della stanchezza ($p < .001$).

Studio analogo, condotto sempre negli Usa [23], ha avuto come obiettivo quello di studiare e misurare l'incidenza delle Cam su pazienti con cancro al seno ed, inoltre, di misurare quanto le associa-

zioni tra fattori medici e psicosociali e l'uso delle Cam sia collegato, o no, alla diagnosi di tumore.

I soggetti inclusi nello studio sono stati 115 donne sottoposte ad almeno un anno di cure mediche.

È stato effettuato un sondaggio con interviste telefoniche sull'uso delle Cam, le motivazioni e il rischio di ripensamento al loro riguardo.

I risultati hanno mostrato che il 69% delle pazienti del campione esaminato le ha usate: di queste, il 73% ha iniziato, o variato, la tipologia in base alla loro diagnosi di cancro.

In conclusione, il ricorso alle Cam è apparso maggiore in questo tipo di patologia, ed i livelli d'ansia diminuiscono tra i soggetti che le utilizzano rispetto a chi non lo fa.

Altra tipologia di Cam è la musicoterapica per il miglioramento del dolore, dell'agitazione, della comunicazione e della depressione.

Romo e Gifford, nel 2007 [26], hanno fatto un'analisi dei costi-benefici della musicoterapia in un hospice: è emerso che essa si addice bene all'interno di un hospice poiché influisce sui quattro settori delle cure palliative (fisiologico, emotivo, sociale, spirituale).

Per i pazienti sottoposti a tal tipo di terapia si è avuto un risparmio di 2984 dollari rispetto a chi non ne è stato sottoposto.

La conoscenza delle terapie complementari

Quasi un quarto del campione preso in esame (37/100, di cui 24 donne e 13 uomini) è a conoscenza delle terapie complementari e quella maggiormente dichiarata è stata la medicina ayurvedica.

ca e l'aromaterapia (15/37); i fiori di Bach (12/37), il massaggio sensoriale (11/37) e la riflessologia plantare (8/37). Il campione, inoltre, ha dichiarato di esserne venuto a conoscenza tramite amici, i media (16/37), i familiari (6/37) e il medico (1/37).

Infatti, uno studio qualitativo è stato condotto in Canada con l'obiettivo di indagare quali informazioni potessero essere utili al paziente per ricorrere, o no, ad una tipologia di Cam.

Sono stati intervistati 27 pazienti che hanno dichiarato di aver cercato informazioni al riguardo attraverso internet, parenti, amici, medici e giornali.

Molte persone hanno espresso che ci sono infinite informazioni sulle Cam, ma poche sono quelle affidabili e, tra queste, i pazienti hanno identificato come maggiormente sicure gli: aneddoti, la letteratura popolare, le prove scientifiche e le testimonianze [27].

Inoltre, dall'indagine è emerso che, tra coloro che sono a conoscenza delle terapie complementari, solo 11/37 ha deciso di attuarle, di cui nove donne e due uomini e tutti hanno riscontrato effetti benefici sul proprio stato di salute.

I restanti (63/100) pazienti (che non erano a conoscenza delle cure complementari, pur messi nelle condizioni di esserlo), dichiarano, comunque, di non volerle attuare.

In effetti, in Inghilterra due studi, inerenti le Cam, hanno posto l'attenzione sul massaggio aromaterapico.

Il primo [17] è andato a constatare la sua efficacia nella gestione dell'ansia e della depressione in pazienti affetti da cancro, attraverso uno studio multicentrico randomizzato da cui è emerso che i pazienti sottoposti al massaggio aromaterapico hanno migliorato il loro stato d'ansia, non immediatamente, ma a distanza di sei settimane, rispetto a chi non ne ha beneficiato.

Il secondo studio [18] ha avuto come obiettivo quello di confrontare gli effetti a quattro settimane di massaggio aromaterapico e di massaggio con olio inerte sui sintomi fisici e psicologici dei pazienti con cancro in fase avanzata.

Utilizzando varie scale di misurazione, per l'intensità del dolore, si è visto che

non ci sono stati significativi benefici a lungo termine nell'uso del massaggio aromaterapico (rispetto al semplice massaggio) sul miglioramento della qualità di vita, dell'ansia e del dolore.

Un altro studio condotto, invece, in Svezia, pubblicato nel 2007 [15], ha dimostrato l'efficacia delle terapie complementari in donne con un'età media di 48 anni con cancro al seno, a distanza di un anno.

I cambiamenti mutuati a distanza di un anno sono stati: apprezzamento della bellezza della vita, introspezione e riflessione sul senso della vita e le modifiche del corpo in seguito alla malattia. Dallo studio è pure emerso che le persone sottoposte a cure complementari sono apparse più orientate ad una crescita personale ed alla riflessione sul senso della vita; mentre l'altro gruppo, che non ha ricevute Cam, ha posto l'attenzione solo sulle modifiche del corpo.

CONCLUSIONI

Le Cam non vengono ancora utilizzate nelle pratiche di cura quotidiana per due motivi: la scarsa conoscenza dei pazienti e la scarsa fiducia dei professionisti sanitari causata da un ridotto bagaglio di evidenze scientifiche al riguardo.

Il tema dei metodi di "prova" di qualsiasi disciplina medica o infermieristica è ancora un campo aperto e lo è ancor di più nelle terapie complementari che, per varie ragioni, sono in ritardo nello sviluppo di una cultura "evidence-based".

Tuttavia, i metodi per raggiungere la migliore evidenza scientifica possibile sono vari e devono essere adattati sempre all'oggetto dello studio.

Perciò, la posizione secondo cui: *"le terapie non convenzionali non vanno approvate finché non daranno prove di efficacia"* (intendendo come prova solo il *trial* clinico randomizzato, controllato ed in doppio cieco), trascura il fatto che lo stesso concetto di "efficacia" non è univoco e non è provabile con lo stesso metodo in tutti i campi della medicina.

Bisogna tener conto che le prove d'efficacia si basano su esperienze che si accumulano nel tempo, come vale per

ogni forma di medicina).

L'importanza degli studi clinici si differenzia in base a vari parametri, tra cui il fatto che vi sono metodi con un'altissima validità interna (ergo, indiscutibili), però hanno difficoltà o più faticosa applicazione nella pratica.

È noto, infatti, che anche nella pratica medica "convenzionale" solo la minoranza dei trattamenti posti in atto sono basati su indiscutibili prove di efficacia.

La pretesa di una prova "preventiva" e indiscutibile di efficacia, nelle terapie "non convenzionali", rischia fortemente di ostacolare, se non di impedire, la ricerca di tipo osservazionale: tipico è il caso dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) da cui sono state escluse, di recente, le prestazioni di terapie complementari.

Invece, l'applicazione di metodiche "non convenzionali" quali omeopatia e tecniche di massaggio, il cui grado di sicurezza è altissimo, andrebbe incentivata in condizioni in cui siano effettivamente valutati i risultati secondo la loro effettività pratica e secondo le ricadute sulla salute pubblica, a medio e a lungo termine.

Il *trial* clinico convenzionale è indubbiamente il *gold standard* per esaminare molte questioni, ma nel campo delle terapie complementari non deve diventare un "monopolio metodologico".

A causa della complessità di molti approcci "non convenzionali", potrebbe essere necessario adattare la metodologia clinica, in modo che le questioni siano affrontate in modo graduale.

In sintesi, la situazione di incertezza su molte pratiche complementari è un dato reale, a conferma della necessità di ulteriori ricerche.

AUTORI

Carlo Talucci, infermiere e tutor clinico presso la divisione di Chirurgia Endocrina, policlinico "A.Gemelli"-Roma;

Veronica Settimi, infermiera presso la divisione di Chirurgia Endocrina, policlinico "A.Gemelli"- Roma;

Anna Rubini, infermiere coordinatore e Tutor Clinico, corso di laurea in Infermieristica, università del Sacro Cuore-Roma;

Maria Luisa Rega, infermiere coordinatore, master di I livello in "Management per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie", università del Sacro Cuore-Roma.

BIBLIOGRAFIA

1. Ripa P, Baffi E, *Le cure complementari e l'infermiere*. Roma: Carocci Faber, 2004.
2. Rossi E, *Grande apertura alle medicine non convenzionali*. La Repubblica 2005, febbraio II.
3. Zingarelli N, *Il Nuovo Zingarelli. Vocabolario della lingua Italiana*. Milano: Zanichelli, 2000.
4. Bensoussan A, *Complementary medicine. Where lies its appeal?*. Med J Aust. 1999 Mar 15; 170 (6) 247-8.
5. Fisher P, Ward A, *Complementary medicine in Europe*. BMJ. 1994 Jul 9; 309 (6947): 107-11.
6. Eisenberg D.M, Davis R.B, Ettner S.L, Appel S., Wilkey S., Van Rompay M., Kessler R.C, *Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey*. Jama- 1998 Nov 11; 280 (18): 1569-75
7. D'Innocenzo M, Massai D, Rocco G, Sasso L, Silvestro A, Valerio G, Vallicella F, *Linee-guida per un percorso di alta formazione*. Ispasvi Roma, 2002.
8. Ebn-Centro Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, *Infermieristica e cure complementari*. 2005.
9. Mitiello L, *Terapie alternative. La cura del gesto*. Professioni Infermieristiche. Apr-Jun; 54(2):66-76. 2001.
10. Oms, *Nursing practice. Serie di rapporti tecnici*. Ginevra 1996, Infermiere-Informazione, n.3-4, Luglio-Agosto 1997, n.860.
11. Orlandi M, Trangeled K, Mambrini A, Tagliani M, Ferrarini A, Zanetti L, Tartarini R, Pacetti P, Cantore M, *Pet therapy effects on oncological day hospital patients undergoing chemotherapy treatment*. Anticancer Res. 2007. Nov-Dec; 27(6C):4301-3.
12. Quattrini R, Zanini A, Buchini S, Turello D, Annunziata MA, Vidotti C, Colombatti A, Brusaferrò S, *Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment: methodology and outcomes*. Nurse Manag. 2006. Mar; 14(2): 96-105.
13. Hodgson H, *Does reflexology impact on cancer patients' quality of life*. Nurs Stand.2000. Apr 19-25;14(31):33-8.
14. Milligan M, Fanning M, Hunter S, Tadjali M, Stevens E, *Reflexology audit: patient satisfaction, impact on quality of life and availability in Scottish hospices*. Int J Palliat Nurs. 2002. Oct; 8(10):489-96.
15. Arman M, Backman M, *A longitudinal study on women's experiences of life with breast cancer in anthroposophical (complementary) and conventional care*. Eur J Cancer Care. 2007. Sep; 16(5): 444-50.
16. Fasching PA, Thiel F, Nicolaisen-Murmann K, Rauh C, Engel J, Lux MP, Beckmann MW, Bani MR, *Association of complementary methods with quality of life and life satisfaction in patients with gynecologic and breast malignancies*. Support Care in Cancer. 2007 Nov; 15(11):1277-84.
17. Wilkinson SM, Love SB, Westcombe AM, Gambles MA, Burgess CC, Cargill A, Young T, Maher EJ, Ramirez AJ, *Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial*. Clinical Oncol. 2007 Feb 10; 25(5): 532-9.
18. Soden K, Vincent K, Craske S, Lucas C, Ashley S, *A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting*. Palliat Med. 2004 Mar; 18(2): 87-92.
19. Yates JS, Mustian KM, Morrow GR, Gillies LJ, Padmanaban D, Atkins JN, Issell B, Kirshner JJ, Colman LK, *Prevalence of complementary and alternative medicine use in cancer patients during treatment*. Support Care Cancer. 2005 Oct; 13(10): 806-11.
20. Buettner C, Kroenke CH, Phillips RS, Davis RB, Eisenberg DM, Holmes MD, *Correlates of use of different types of complementary and alternative medicine by breast cancer survivors in the nurses' health study*. Breast Cancer Res Treat. 2006 Nov; 100(2): 219-27.
21. Monti DA, Peterson C, Kunkel EJ, Hauck WW, Pequignot E, Rhodes L, Brainard GC, *A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer*. Psychooncology. 2006 May; 15(5): 363-73.
22. Carlson LE, Garland SN, *Impact of mindfulness-based stress reduction (Mbsr) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients*. Int J Behav Med. 2005;12(4): 278-85.
23. Matthews AK, Sellergren SA, Huo D, List M, Fleming G, *Complementary and alternative medicine use among breast cancer survivors*. J Altern Complement Med. 2007 Jun; 13(5): 555-62.
24. Moadel AB, Shah C, Wylie-Rosett J, Harris MS, Patel SR, Hall CB, Sparano JA, *Randomized controlled trial of yoga among a multiethnic sample of breast cancer patients: effects on quality of life*. J Clin Oncol. Oct 1; 25(28): 4387-95.
25. Wu HS, Mc Sweeney M, *Cancer-related fatigue: "It's so much more than just being tired"*. Eur J Oncol Nurs. 2007 Apr; 11(2): 117-25.
26. Romo R, Gifford L, *A cost-benefit analysis of music therapy in a home hospice*. Nurs Econ. 2007 Nov-Dec; 25(6): 353-8.
27. Verhoef MJ, Mulkins A, Carlson LE, Hilsden RJ, Kania A, *Assessing the role of evidence in patients' evaluation of complementary therapies: a quality study*. Integr Cancer Ther. 2007 Dec;6(4): 345-53.
28. Holzner B, Bode RK, Hahn EA, Cella D, Kopp M, Sperner-Unterweger B, Kemmler G, *Equating Eortc Qlq-C30 and Fact-G scores and its use in oncological research*. Eur J Cancer. 2006 Dec; 42(18): 3169-77.
29. Majani G, Callegari S, *Test Sat-p-Soddisfazione soggettiva e qualità della vita*. Edizioni Erickson. 1998.
30. Lawton MP, Brody EM, *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist, 1969. Autumn; 9(3): 179-86.

L'influenza dell'angolazione dell'ago nella pratica dell'insulino-terapia

Una revisione della letteratura

di Carolina De Vitis, Katia Manocchi

ABSTRACT

Una buona tecnica per l'iniezione può essere importante per il controllo della glicemia, tanto quanto il tipo e la dose di insulina somministrata.

A fronte di questa considerazione, **in questa ricerca si vuole individuare la tecnica migliore per la somministrazione dell'insulina**, avendo ben chiara l'estrema importanza che riveste un'esatta tecnica dal momento che, per buona parte, migliora l'assorbimento dell'insulina, ergo, la *compliance* del paziente.

Per ottenere un assorbimento ottimale è importante che la somministrazione di insulina sia iniettata nel tessuto sottocutaneo, perché è privo di vasi e, quindi, il passaggio dell'insulina dalla sede di iniezione al sangue circolante avviene per diffusione costante.

I fattori che influenzano l'iniezione di insulina sono:

- strato di tessuto sottocutaneo;
- rotazione del sito di iniezione;
- tecniche di iniezione.

I tre parametri nella tecnica di iniezione, utili a regolare la profondità di iniezione sono:

- lunghezza degli aghi;
- tecnica con/senza pizzico;
- angolo di iniezione.

INTRODUZIONE

La terapia insulinica, unitamente all'autocontrollo glicemico, permette al paziente di raggiungere un buon controllo glicemico, di liberalizzare la dieta a un considerevole grado e di adottare uno stile di vita più flessibile (Chantelau et al, 1998).

Per essere sicura ed efficace la terapia insulinica richiede peraltro, non solo di essere somministrata secondo schemi razionali e il più possibili fisiologici, ma anche **che il paziente sia adeguatamente e sistematicamente educato a farsi carico della gestione della terapia:**

insegnare al paziente come portare avanti il proprio trattamento rappresenta una delle maggiori difficoltà che si riscontrano nell'educazione del paziente diabetico.

L'educazione del paziente alla gestione della terapia insulinica vuole fare in modo che il paziente sia in grado non solo di farsi l'iniezione, ma anche di aggiustare le dosi di insulina.

A tal proposito, alcuni studi hanno suggerito che il modo in cui viene fatta l'iniezione è importante per un buon controllo glicemico quanto la dose e il tipo di insulina somministrata (Partanen 2000 e Strauss 2002).

Per la maggior parte degli educatori, risulta facile insegnare al paziente la tecnica di iniezione; tuttavia, molti pazienti mostrano conoscenze insoddisfacenti. Ad esempio, molti di loro ignorano che esistono differenze regionali nell'assorbimento dell'insulina, specie per le insuline a rapido assorbimento, o che, se l'iniezione è eseguita scorrettamente, l'insulina iniettata può localizzarsi a livello intramuscolare piuttosto che sottocutaneo, o che l'ago della siringa o della penna va cambiato frequentemente e così via (Lacroix & Assal, 1998).

Un'appropriate tecnica di iniezione ed una corretta scelta della lunghezza dell'ago, sono due aspetti fondamentali per assicurare un'iniezione sottocutanea ed evitarne una intramuscolare. È importante che le iniezioni avvengano seguendo i consigli dati dagli infermieri.



Questa ricerca, tuttavia, non vuole soffermarsi sugli aspetti educativi rivolti al paziente diabetico, o sulle sue capacità di aggiustare le dosi di insulina in base alla glicemia riscontrata, bensì sull'individuazione della corretta tecnica di iniezione, su come somministrare l'insulina nel modo migliore, avendo come obiettivo la dimostrazione che una differente tecnica di somministrazione (ovvero, nel caso specifico, un'angolazione di iniezione diversa: 45 o 90 gradi), possa in qualche modo compromettere un buon controllo metabolico. L'impresa, tuttavia, potrebbe essere alquanto ardua, dal momento che, oltre all'angolazione dell'ago, esistono altre variabili che potrebbero alterare un buon controllo metabolico, come già evidenziato nell'*abstract (Guidelines for the administration of subcutaneous insulin)*.

OBIETTIVI

L'obiettivo dello studio è dimostrare che una differente tecnica, ovvero un'angolazione di iniezione diversa, possa influire su un buon controllo glico-metabolico.

MATERIALI e METODI

I dati sono stati acquisiti, negli ultimi dieci anni, attraverso portali e siti informatici a contenuto specifico (Pub Med-Indicizzato Medline, Cochrane Collaboration) con le seguenti *key words*: *diabetes; insulin administration; therapy insulin; insulin needles; injection subcutaneous; absorption insulin e injection technique*;

Fra gli articoli pubblicati nell'intervallo di tempo considerato, sono stati esclusi quelli che hanno evidenziato come fattori influenzabili l'assorbimento dell'insulina: la regione anatomica utilizzata per l'iniezione in relazione al dolore, il diametro dell'ago utilizzato, la somministrazione dell'insulina non sottocutanea (inalata o tramite micro-infusore); al contrario, sono stati inclusi gli articoli che hanno evidenziano come fattori influenzabili l'assorbimento dell'insulina nella somministrazione sottocutanea che garantisce un assorbimento graduale: l'angolazione di iniezione, la profondità di iniezione tenendo

conto della lunghezza dell'ago utilizzato e/o dello spessore dello strato sottocutaneo.

RISULTATI

La tecnica di somministrazione dell'insulina influenza il controllo glicemico più di quanto si creda.

Assorbimento dell'insulina

Per garantire il miglior assorbimento possibile, l'insulina dovrebbe essere iniettata nel tessuto adiposo sottocutaneo (grasso) e non nel derma, nel muscolo o attraversare il peritoneo.

Vari studi hanno dimostrato una differenza nell'assorbimento dell'insulina quando vengono iniettate nel grasso sottocutaneo e nel muscolo: infatti, un'iniezione di insulina intramuscolare ha un assorbimento molto più rapido e può portare ad inaspettate ipoglicemie, che, specie nei bambini e negli anziani, possono comportare convulsioni e deficit cognitivi (nei primi), convulsioni, cadute e/o ipotermie (nei secondi) (King, 2003).

L'assorbimento dell'insulina di breve e media azione è aumentata almeno del 50% se iniettata per via intramuscolare invece che sottocutanea nella coscia, mentre nell'area addominale questa differenza è meno significativa.

Ciò è da attribuire ad un maggior flusso sanguigno nel grasso sottocutaneo dell'addome rispetto al grasso delle cosce (Hanas, 1998).

L'iniezione di insulina nel derma è più dolorosa, il farmaco può fuoriuscire dal sito di iniezione e aumenta la probabilità di una reazione immunitaria dovuta alla stimolazione dei linfociti, quindi, andrebbe evitata (Strauss, 1998; Strauss et al, 1999; Associazione Diabetici-Torino, 2000).

Tecnica di iniezione

Un fattore che influisce in modo significativo nel depositare l'insulina nel giusto strato di tessuto è la lunghezza dell'ago.

L'utilizzo di moderne tecnologie come la Tac, la risonanza magnetica e l'ecografia hanno permesso di sfatare alcuni miti sulle corrette pratiche di iniezione (Strauss, 2002).

In un campione rappresentativo di uomini e donne con il diabete è stato

valutato lo spessore del tessuto sottocutaneo (Sq) tramite Tac: il tessuto sottocutaneo non è così spesso come si pensa. (Figura 1).

Ad esempio, negli uomini, la distanza media dalla pelle alla fascia muscolare del quadrante superiore della coscia (un'area adeguata per iniettare l'insulina) ha un valore di soli 7 mm, e il cuscinio di grasso si assottiglia rapidamente quando ci si sposta verso i lati, anche negli obesi.

In questo modo, il fianco della coscia è un'area ad alto potenziale per iniezioni intramuscolari di insulina a causa del sottile spessore di strato sottocutaneo, pertanto, anche gli aghi di lunghezza standard (12,7 mm) rischiano di andare oltre il sottocutaneo fino allo strato muscolare, soprattutto se inseriti nella pelle a 90 gradi, senza pizzicare. (Strauss, 2000).

Considerando lo spessore del tessuto sottocutaneo, fattore determinante per l'assorbimento dell'insulina, si è reso necessario effettuare degli studi per individuare l'ago con la giusta lunghezza in base alla sede di iniezione e al Bmi (Indice di Massa Corporea) del paziente (Tubiana- Ruffi et al, 1999; Uzun et al, 2001; Schwartz et al, 2004).

A tal proposito, è stato condotto uno studio prospettico su 50 bambini con un Bmi a 60 gradi percentile per confrontare due lunghezze di aghi - 12,7mm e 8mm - per quanto riguarda la comparsa di iniezioni intramuscolari, valutata ecograficamente.

Dai risultati è emerso che la frequenza delle iniezioni intramuscolari era:

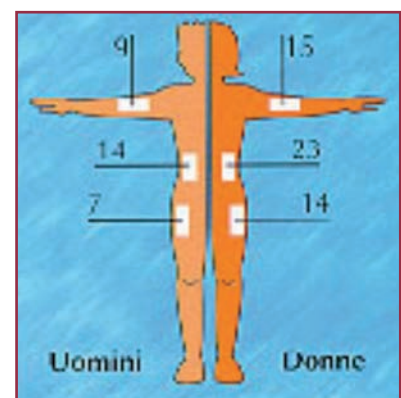


Figura 1. Le distanze medie (in millimetri) tra la cute e la fascia muscolare (spessore di tessuto sottocutaneo)

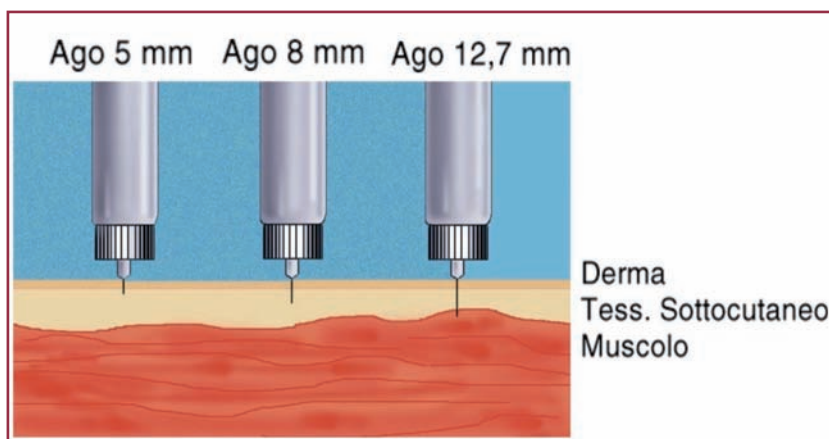


Figura 2. Tipologie di ago

- 86% con l'utilizzo di aghi lunghi 12,7mm;
- 38% con l'utilizzo di aghi lunghi 8mm.

Appare evidente che **la frequenza delle iniezioni intramuscolari è stata assai ridotta con l'utilizzo di aghi lunghi 8mm nelle braccia e nelle cosce che riducono, in modo rilevante, il rischio di iniezione intramuscolare, sia nei bambini o adolescenti con peso normale, sia nei bambini che presentano un Bmi a 60 gradi percentile.** (Tubiana-Rufi et al, 1999).

Sempre in relazione alla lunghezza dell'ago e allo spessore del tessuto sottocutaneo, è stato condotto uno studio multicentrico, randomizzato, in due periodi di prova, confrontando il compenso glicemico e valutando la soddisfazione e la preferenza nell'utilizzo di aghi lunghi 6mm e 12,7mm. L'obiettivo di questo studio è quello di dimostrare se l'utilizzo dei due aghi di lunghezza diversa, possono influire, nel paziente obeso, sulla gestione del diabete mellito.

Il campione è rappresentato da pazienti obesi, con fascia di età compresa tra i 20-73 anni, sia uomini che donne, con un Bmi ≥ 30 ed una HbA_{1c} 10%; tutti hanno utilizzato lo stesso dispositivo di iniezione e sono stati randomizzati a ricevere 12 settimane di terapia utilizzando un sito d'iniezione (coscia o addome) e uno dei due aghi (6mm o 12,7mm) e nelle altre 12 settimane l'utilizzo dell'ago non usato nelle prime dodici.

Risultato: su 62 pazienti - 31 uomini e

31 donne -, 56 pazienti hanno completato il trattamento (ovvero, 24 settimane).

Non sono state evidenziate differenze nel controllo glicemico, tuttavia, i pazienti hanno indicato maggiore soddisfazione per l'ago più corto, dal momento che, quello più lungo provocava lividi e maggior dolore.

In conclusione, in pazienti obesi, l'uso di aghi lunghi 6 mm e 12,7 mm ha prodotto valori equivalenti di HbA_{1c}. (Schwartz et al, 2004).

In riferimento allo spessore del tessuto sottocutaneo nei bambini con diabete di tipo 1, è stato eseguito uno studio per misurare lo spessore del tessuto sottocutaneo a tre principali siti di iniezione e per individuare i siti di iniezione di uso frequente e metodi di iniezione.

Dal momento che **il controllo glicemico è il fattore-chiave per la gestione dei bambini con diabete di tipo 1**, l'iniezione sottocutanea svolge un ruolo importante nel controllo glicemico. Tuttavia, rimangono sempre pochi gli studi che hanno esaminato lo spessore del tessuto sottocutaneo a vari siti di iniezione.

Per lo studio è stato utilizzato un campione di 65 bambini, di età compresa tra 8-16 anni, che frequentavano un campo di diabete nel 2002 (Shin et al, 2006).

Con l'ausilio di una pinza (plicometro) è stato misurato, una sola volta per ogni bambino, lo spessore sottocutaneo del braccio esterno, della coscia anteriore, dell'addome. I siti di iniezione e il metodo di iniezione sono stati osservati per quattro giorni, utilizzando un elenco di controllo.

Risultato: nelle ragazze, i valori medi del braccio esterno, della coscia e dell'addome, sono stati rispettivamente: 18,00-18,00 e 19,75mm; nei ragazzi: 17,00-12,50 e 17,00mm.

Nel 40% dei partecipanti, lo spessore del tessuto sottocutaneo del ventre è stato <12,5mm; rispetto alle ragazze, nei ragazzi, oltre i 14 anni, era statisticamente significativo sottile il tessuto sottocutaneo in tutti i siti di iniezione.

Il metodo di iniezione più frequentemente utilizzato è stato con un angolo di inserzione a 90°.

In conclusione è emerso che, in particolare per i ragazzi, deve essere usato un ago inferiore a 12,5mm, ricorrendo alla tecnica del "pizzico" per diminuire la possibilità di iniezione intramuscolare. (Shin et al, 2006).

Sempre in riferimento al **rischio di iniezioni intramuscolari** nei bambini e negli adolescenti è stato condotto uno studio per dimostrare che, i bambini con diabete di tipo 1 sono a rischio di iniezioni intramuscolare e intradermica: è indispensabile, pertanto, identificare un ago di lunghezza appropriata alle caratteristiche fisiche del bambino ed utilizzare la tecnica corretta di iniezione che permetta l'introduzione dell'insulina nel tessuto sottocutaneo.

In uno studio di Coorte, effettuato da Hofman P.L. et al, nel 2007, sono stati reclutati 72 bambini diabetici (di età compresa tra i 6-14 anni) per lo "studio 1", di cui 37 hanno partecipato anche allo "studio 2".

Nello "studio 1" è stata iniettata aria nell'addome e nella coscia anteriore con la tecnica del pizzico e mediante l'inserimento dell'ago a 90° (perpendicolare) della lunghezza di 6mm e 8mm; nello "studio 2" è stata visualizzata la sede di iniezione di aria mediante ecografia e misurato lo spessore del tessuto sottocutaneo.

Dai risultati è emerso che, nello "studio 1" le iniezioni intramuscolari sono state rilevate nel 32% dei soggetti, e in un ulteriore 22% di aria è stato visualizzato alla fascia muscolare; nello "studio 2" le iniezioni intramuscolari si sono verificate nel 3% dei soggetti e un ulteriore 11% ha rilevato aria nella fascia muscolare.

Iniezioni intramuscolari non si sono verificate in soggetti dove sono stati utilizzati aghi lunghi 6mm, con angolazione a 45° e sollevando la plica cutanea. Pizzicando le pieghe cutanee dell'addome e della coscia, si ha un aumento dello spessore sottocutaneo del 16% e il 6% (nei soggetti molto magri, pizzicando la pelle, effettivamente, il grasso sottocutaneo è ridotto).

In conclusione, sono state osservate iniezioni intramuscolari utilizzando i protocolli standard di iniezione, mentre, utilizzando un ago della lunghezza di 6mm e adottando la tecnica del pizzico, l'iniezione è sicuramente più affidabile dal momento che, inevitabilmente, va nel sottocutaneo. (Hofman et al, 2007).

Per essere sicuri di iniettare nel sottocutaneo e non nel muscolo si deve pizzicare la pelle e inserire l'ago a 90° al centro della piega; in questo modo si solleva la cute dallo strato sottostante di tessuto muscolare e si aumenta la probabilità di un'iniezione sottocutanea. (Figura 3).

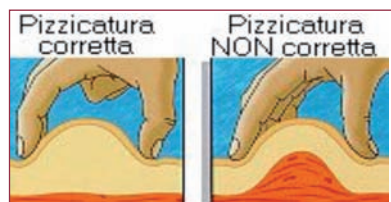


Figura 3. Modalità di "pizzicatura"

La plica cutanea andrebbe rilasciata solo dopo che l'ago è stato ritratto; se si rilascia prima, l'iniezione può essere intramuscolare.

Si ritiene che iniettare il farmaco nella plica di cute sollevata permetta all'insulina di diffondersi meglio, rispetto alla somministrazione del bolo senza sollevare la cute, poiché, in tal caso, il farmaco rimarrebbe in una zona circoscritta.

L'assorbimento può essere influenzato da questi differenti modi di distribuzione (Necton, Dickinson, 2001; Strauss et al, 1999).

È possibile evitare il pizzicotto se si inetta il farmaco con un'inclinazione dell'ago di 45° o se il sito prescelto è la zona dei glutei dove lo strato di grasso è maggiore (Wood et al, 2002).

Per pizzicare in modo corretto bisogna



usare il pollice e l'indice con il medio, sollevando sia la pelle che lo strato sottocutaneo ma non lo strato muscolare (Diabetes Care, 2006). (Figura 3).

DISCUSSIONE

Dopo aver messo in evidenza le variabili responsabili dell'assorbimento dell'insulina, a partire dallo spessore del tessuto sottocutaneo, a seguire dalla zona di iniezione, ci soffermiamo sulla tecnica di iniezione che, in definitiva, rappresenta l'obiettivo della ricerca, volta, appunto, all' "individuazione della corretta tecnica per la somministrazione dell'insulina", ovvero, nello specifico, dell'importanza eventuale dell'angolazione di iniezione come possibile fattore responsabile di un'alterazione dei valori glicemici.

L'educazione del paziente deve essere continua nel tempo, perché, quando si parla di diabete, ci si riferisce, inevitabilmente, ad una malattia che colpisce l'intera persona, in tutti i suoi aspetti (sia fisici che di relazione con gli altri) pertanto, l'educazione del paziente rappresenta l'unica arma in grado non solo di consentire il raggiungimento di un controllo della glicemia ottimale, ma anche un miglioramento complessivo della sua qualità di vita.

Solo negli ultimi dieci anni, la tecnica per la somministrazione dell'insulina è stata affrontata in modo scientifico (Strauss, 2000). La lunghezza dell'ago si sceglie in base

allo spessore di grasso cutaneo; a bambini e ragazzi adulti, adulti molto magri e muscolosi, per esempio, sono consigliati aghi corti: con quelli lunghi si rischierebbe di iniettare l'insulina nel muscolo o in un vaso (cosa che, oltre ad essere più fastidiosa, rende imprevedibili i tempi di azione dell'insulina che dipendono a quel punto dal movimento del muscolo stesso). (Roche Diagnostic Spa-Patient Care, 2006).

Dall'esame della letteratura emerge, innanzitutto, una carenza delle evidenze scientifiche relativamente alla tecnica di iniezione sottocutanea, tuttavia, alcuni studi hanno indicato che la quantità di grasso sottocutaneo e l'appropriata lunghezza dell'ago sono fattori-chiave per il farmaco per il raggiungimento del "tessuto-bersaglio" (Evidence Based Nursing, 2005).

Per effettuare un'iniezione sottocutanea, è consigliabile che le iniezioni "senza pizzicatura" vengano fatte a 45 gradi indipendentemente dalla lunghezza dell'ago, ad eccezione delle natiche, in cui possono essere a 90 gradi.

"Pizzicando", tutte le iniezioni possono essere sia a 45 che a 90 gradi. (Figura 4). Nei soggetti molto magri e nei bambini devono essere usati aghi corti o eseguire la tecnica del pizzico ed iniettare con un angolo di 45 gradi, al fine di evitare iniezioni intramuscolari soprattutto nell'area della coscia (Diabetes Care, 2002; Strauss, 2000).

Nello specifico, in uno studio effettuato su

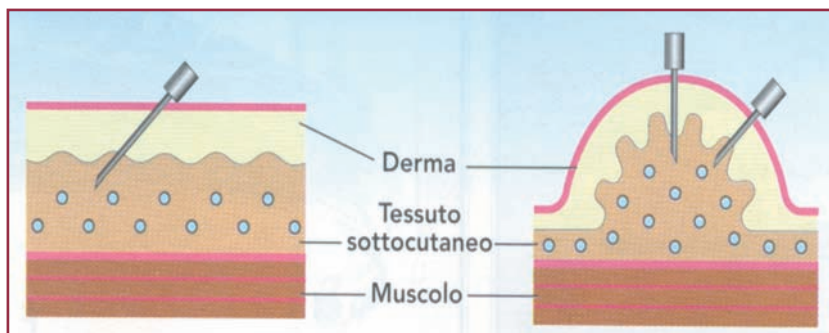


Figura 4. La pelle durante l'iniezione

bambini e adolescenti emerge che nella tecnica di iniezione sottocutanea è importante tener conto dell'angolazione di iniezione (45 o 90 gradi) e della lunghezza dell'ago per evitare un'iniezione intramuscolare (Cocoman & Barron, 2008).

CONCLUSIONI

A fronte di queste considerazioni, non ci sono particolari differenze sulla corretta tecnica d' iniezione relativamente all'angolazione dell'ago, ma quest'ultima deve essere tenuta in debita considera-

zione in rapporto ad altri parametri quali:

- lo spessore del tessuto sottocutaneo (Bmi);
- la lunghezza dell'ago.

È dalla corretta valutazione di questi due parametri che emerge la giusta procedura per la somministrazione dell'insulina in combinazione con la tecnica del "pizzico-non pizzico".

La mancanza di utilizzo di uno di tali elementi può indurre a conseguenze spiacevoli dal momento che un'iniezione

eseguita non correttamente può causare ipoglicemie, reazioni immunitarie all'insulina che, protratte nel tempo, compromettono il controllo metabolico, recando gravi danni alla salute dei diabetici.

Pertanto, **anche nella fase di addestramento del paziente diabetico alla corretta tecnica di iniezione, il personale coinvolto deve sempre tener conto delle caratteristiche fisiche del paziente, evitando la standardizzazione della tecnica** stessa.

È ovvio, quindi, che anche le nozioni e le tecniche apparentemente più facili da apprendere necessitano di continue revisioni per essere consolidate.

AUTORI:

Carolina De Vitis, infermiera presso il distretto sanitario Lama dei Peligni, Asl Lanciano (Vasto);

Katia Manocchi, infermiera presso l'unità operativa di Emodialisi, Asur Zt 13, Ascoli Piceno.

IN PILLOLE

Emicrania, la rivincita del cioccolato

La polvere di cacao potrebbe rappresentare una nuova arma contro l'emicrania grave grazie agli effetti antinfiammatori utili per la prevenzione e la cura: a rivelarlo, i risultati di uno studio condotto dai ricercatori della Missouri State university (Usa), coordinati da Paul L. Durham.

Tuttavia, gli stessi effetti non sarebbero appannaggio del solo cioccolato che, accanto ad un basso contenuto di cacao, presenta molti altri componenti che possono avere un effetto opposto, stimolando la flogosi e peggiorando i sintomi dell'emicrania.

Secondo lo studio, i benefici del cacao puro (theobroma cacao) sono legati alla sua capacità di ridurre la risposta infiammatoria.

Attraverso un esperimento condotto sui ratti (in cui la polvere di cacao è stata capace di reprimere le proteine associate ai processi che innescano le infiammazioni all'origine dell'emicrania), è stato dimostrato che il cacao conterrebbe sì sostanze fitochimiche che danno sollievo dal dolore, ma solo se consumato puro: la cioccolata in barrette o sotto altra forma può, invece, produrre l'effetto contrario.

Lo stesso gruppo di ricerca sta ora effettuando ricerche circa l'azione della polvere di cacao sull'ipertensione e la regolazione dei processi metabolici.

BIBLIOGRAFIA

- Becton Dickinson, *Insulin injection guide and glucose control for health professionals- Educational Brochure*. Oxford, Becton Dickinson editor. 2001.
- Chantelau E, Shiffers T, Shutze J & Hansen B, *Effect of patient- select intensive insulin therapy on quality of life*. Patient Education and Counseling. Vol. XXX, n. II, pp.167-173. 1998.
- Cocoman A & Barron C, *Administering subcutaneous injections to children: what does the evidence say?*. Journal of children's and young people's nursing. Vol. II, n. II, pp. 84-89. 2008.
- Diabetes Care, *Insulin Administration*. Vol. XXV, supp 1, pp.112-115. 2002.
- Diabetes Care, *Guida all'iniezione di insulina*. Bd-Medical. 2006.
- Evidence Based Nursing, vol. II, n. III, pp.122-130. 2005.
- Hanas R, *Insulin- Dependent Diabetes in Children, Adolescents and Adults*. Uddevalla, Sveden Piara Hb. 1998.
- Hofman PL, Lawton SA, Peart, JM, Holt JA, Jefferies CA, Robinson E & Cutfield WS, *An angled insertion technique using 6-mm needles markedly reduces the risk of intramuscular injections in children and adolescents*. Diabet Med, vol. XXIV, n. XII, pp.1400-1405. 2007.
- Lacroix A & Assal JP, *L'education therapeutique des patients*. Ed. Vigot. 1998.
- Ns190 King L, *Subcutaneous insulin injection technique*. Nursing Standard, vol. XVII, n. XXXIV, pp. 45-52. 2003.
- Partanen T & Rissanen A, *Insulin injection practices*. Practical Diabetes International, vol. XVIII, n.VIII, pp. 252-254. 2000.
- Progresso Diabete-Federazione nazionale Diabete Giovanile, *Tecnica di iniezione, siti di iniezione*. 2002.
- Roche Diagnostic Spa, *Patient Care*. Marzo 2006.
- Shin H & Mi Ja K, *Issues and innovations in nursing practice*. Journal of Advanced Nursing, vol. LIV, n I, pp. 29-34. 2006.
- Schwartz S, Hassman D, Shelmet G, Sievers R, Liang G & Lyness W, *A multicenter, open-label, randomized, two- period crossover trial comparing glycemic control, satisfaction, and preference achieved with a 31 gauge x 6mm needle versus a 29 gauge x 12,7mm needle in obese patients with diabetes mellitus*. Clinical Therapy, vol. XXVI, n.X, pp. 1663-1678. 2004.
- Strauss K, Hannel I, Parkes JL, Ginsberg B& Jamal R, *Ultra-Short (5mm) insulin needles: trial results and clinical recommendations*. Practical Diabetes International, vol. XVI, n.VII, pp. 218-222. 1999.
- Strauss K, *Guidelines for Appropriate Use of Short Insulin Needles*. Becton Dickinson Europe, vol. XV (IV, D), pp. 181-184. 1998/2000.
- Strauss K, *Insulin Injection in the Arm or Thighs: Do These Sites Need Specific Recommendations?*. Educational Brochure, Becton Dickinson Europe. 2002.
- Tubiana Rufi N, Belardi N & Du Pasquier- Fediavsky L, *Short needle (8mm) reduce the risk of intramuscular injection in children with tipe 1 diabetes*. Diabetes Care, vol. XXII, n.X, pp. 1621-1625. 1999.
- Uzun S, Inane N & Azal O, *Determining optimal needle length for subcutaneous insulin injection, journal of diabetes nursing*. Vol.V, n. III, pp. 83-87. 2001.
- Wood L, Wilbourne J & Kyne-Grzebalski D, *Administration of insulin by injection*. Pratical Diabetes International, vol. IXX, n.II (supplemento), pp. 51-54. 2002.

benvenuti

welcome

bienvenidos

espanol

english

www.ipasvi.roma.it

Siamo anche su Televideo Rai 3 alla pagina 439

Il processo assistenziale nell'infermieristica psichiatrica

di Ione Moriconi, Sheila Antonio

ABSTRACT

Il concetto di infermiere psichiatrico come custode e figura di controllo dei malati mentali rinchiusi in un manicomio, dovrebbe ormai essere già superato.

Tale articolo, tuttavia, ha lo scopo di sottolineare il ruolo come operatore professionista con competenza e autonomia propria e specifica, che ha il fine di promuovere, mantenere, ristabilire - o riabilitare - la salute mentale dell'individuo, sviluppando delle strategie efficaci per rispondere alle esigenze immediate o potenziali del paziente, attraverso un approccio metodologico scientifico.

Nel suo agire professionale, l'infermiere si avvale di un procedimento comune a tutte le discipline scientifiche: il processo logico e sistematico del *Problem Solving* finalizzato alla soluzione dei problemi che è stato tradotto per la nostra professione in processo assistenziale che rappresenta il fondamento della pratica allo scopo di fornire un quadro concettuale che consenta agli infermieri di identificare lo stato di salute dei pazienti ed aiutarli a soddisfare i propri bisogni, individuando il piano di azione infermieristico al fine di raggiungere gli obiettivi.

INTRODUZIONE

L'assistenza infermieristica psichiatrica, nel corso della storia, ha subito delle trasformazioni importanti che hanno determinato il passaggio da un'assistenza semplice, per mansioni, a un'assistenza complessa, basata su un nuovo approccio con il paziente e sulle qualità delle prestazioni attuata per mezzo di una metodologia scientifica.

In ambito psichiatrico, l'infermiere si trova a confrontarsi con pazienti che

hanno difficoltà di comprensione e comunicazione, pertanto, nell'identificare i bisogni (non sempre concreti e visibili), l'operatore deve saper riconoscere e interpretare il contenuto dei suoi pensieri, le paure, le ansie e i desideri.

Ciò significa instaurare una **relazione empatica**, utilizzandola **come strumento terapeutico** in tutto il percorso assistenziale.

Il processo infermieristico è una serie di fasi ed azioni pianificate che mirano a soddisfare i bisogni e a risolvere i problemi degli individui che non sono ipotetici e decisi dall'infermiere, ma reali ed evidenziati dalla raccolta dati che inizia con il processo.

Inoltre, le soluzioni proposte non sono tutte equivalenti, ma vengono privilegiate quelle che risultano più attendibili e convalidate dalla letteratura, oltre che dalla soluzione del momento.

FASI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

Accertamento psichiatrico

È il punto di partenza del processo di *nursing*.

Consiste nell'identificazione dei problemi psicosociali, dei punti di forza e delle inquietudini del paziente e del modo in cui questi incidono sulla sua salute.

L'accertamento psichiatrico prevede la raccolta ordinata e l'interpretazione accurata delle informazioni, dati soggettivi e dati oggettivi, attraverso il colloquio psichiatrico, la valutazione dello stato mentale, l'esame obiettivo e le verifiche diagnostiche.

La raccolta dei dati avviene durante ogni interazione tra infermiere e paziente e tramite la consultazione delle altre fonti disponibili.

Il colloquio psichiatrico fornisce infor-

mazioni sulle alterazioni comportamentali, sull'anamnesi emotiva e sociale e sullo stato mentale del paziente allo scopo di raccogliere informazioni per accertare il funzionamento psicologico, comprendere i sistemi di *coping* e instaurare un rapporto terapeutico col malato.

In psichiatria, il colloquio rappresenta certamente lo strumento fondamentale sia per la conoscenza che per la trasformazione del paziente.

Esso comprende:

l'anamnesi psicosociale (convinzioni, rapporti interpersonali, stile di vita, dieta, ritmi del sonno, uso di alcol, droga, farmaci, tabacco, scuola e lavoro, pratiche religiose, hobby, attività sessuale);

l'anamnesi psichiatrica (pregressi disturbi psicologici, episodi di violenza, episodi di delirio, tentativi di suicidio, precedenti trattamenti psichiatrici e risultati);

l'anamnesi familiare (le abitudini familiari, i metodi adottati per educare i bambini, il sostegno emotivo ricevuto durante l'infanzia, la salute fisica ed emotiva dei membri della famiglia come storie di abuso di sostanze, alcolismo, violenza, diabete mellito, alterazioni della funzione tiroidea).

Inoltre, è sicuramente necessario garantire un ambiente adeguato (il paziente deve sentirsi a proprio agio) spiegando al paziente lo scopo del colloquio, rassicurarlo sulla riservatezza, chiedere se desidera la presenza di un familiare, chiedere come preferisce ci si rivolga a lui, capire quali risultati il paziente si aspetta dal trattamento.

È importante garantire ascolto, obiettività e rispetto, stabilire obiettivi chiari, prestare attenzione alle reazio-

ni del paziente e ai segnali non verbali; stabilire i valori culturali e le credenze del paziente, evitare di formulare ipotesi sull'influenza degli eventi pregressi, controllare i valori personali in modo da evitare che compromettano il giudizio professionale, controllando le reazioni. Quindi, fare un colloquio psichiatrico vuol dire una piena conoscenza sia della psicopatologia generale, sia della propria dimensione personale, nonché acquisizione della capacità di osservazione e di comprensione.

L'osservazione infermieristica assume un significato più ampio di quello comune, poiché prevede l'utilizzo di tutti i sensi, di tutte le abilità e conoscenze.

L'infermiere osserva i pazienti in modo specifico, ricorrendo alle sue conoscenze sull'assistenza infermieristica, alla valutazione fisica, alle scienze di base e sociali, alla fisiopatologia.

Le abilità intellettuali e decisionali sono necessarie quando si tratta di stabilire quali dati servono per una valutazione completa.

La valutazione dello stato mentale è uno strumento per accertare disfunzioni psicologiche e per accertare le cause psicopatologiche.

Esso consente all'infermiere di programmare interventi di *nursing* adeguato attraverso l'accertamento del:

livello di coscienza (ovvero, risposta a stimolazioni, grado e qualità dei movimenti, contenuto e coerenza del linguaggio verbale, apertura dell'occhio e il contatto dello sguardo);

l'aspetto generale (peso, colorito, condizione della cute, odore, corporatura e alterazioni fisiche evidenti, postura. Osservare qualsiasi discrepanza tra l'osservazione oggettiva e la percezione che il paziente ha della propria salute. Osservare il contegno del paziente e il modo in cui si pone in relazione agli altri. Osservare se il paziente è collaborativo, diffidente, imbarazzato, ostile o troppo aperto. Il linguaggio del corpo può rivelare tensione, rigidità o irrequietezza);

l'umore (osservare la disposizione generale dell'individuo, e il modo in cui questa viene espressa. Chiedere al paziente come si sente e valutare nel contempo l'espressione del viso e la postura);



Una scena della fiction Rai dedicata a Franco Basaglia: "C'era una volta la città dei matti"

le capacità intellettuali (valutazione qualitativa e dei contenuti. Analizzare incoerenze, risposte illogiche, il modo di parlare, interruzioni, volume, alterazioni del tono, risposte monosillabiche); il giudizio (consiste nella capacità di valutare possibili scelte e trarre conclusioni);

di introspezione (capacità di effettuare un'auto-valutazione realistica); di percezione (interpretazione della realtà e utilizzo dei sensi);

il tipo di pensieri (osservare le capacità di ragionamento astratto, di formulare giudizio o risolvere problemi, test. Valutare l'orientamento, la rievocazione immediata o ritardata, la memoria recente o remota, il livello di attenzione, la comprensione, la formazione dei concetti e le conoscenze generali).

Attraverso il colloquio e la valutazione dello stato mentale si potranno osservare significativi mutamenti del comportamento.

I segni e sintomi-chiave comprendono le alterazioni dell'appetito, del livello energetico, della motivazione, dell'igiene, della propria immagine, dell'autostima, del sonno, dell'impulso sessuale. È importante, inoltre, accertarsi di eventuali segni di comportamenti autodistruttivi.

I test diagnostici (esami di laboratorio invasivi, esami di laboratorio non invasivi, test psicologici) aiutano a formulare una diagnosi accurata, analizzano qualsiasi turba fisiologica latente, stabili-

scono la normalità delle funzioni renale ed epatica prima che il paziente assuma i farmaci psicotropi prescritti, ne determinano i livelli terapeutici, stabiliscono se il soggetto fa uso di sostanze psicoattive.

Diagnosi infermieristica

La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte delle persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali, si può differenziare da quella medica perché essa descrive la patologia di organi specifici, raccoglie informazioni sui segni e sintomi del processo di malattia ed offre modi per comunicare richieste di trattamento.

La diagnosi infermieristica non è altro che l'atto clinico dell'identificazione dei problemi, ma anche la loro definizione; costituisce la base su cui scegliere gli interventi infermieristici e si ottiene dall'analisi dei dati soggettivi e oggettivi raccolti durante l'accertamento.

Le diagnosi possono essere:

- **reali**, quando la condizione della persona o della famiglia o della collettività è stata convalidata dai dati raccolti dall'accertamento;
- **di rischio**, quando una persona, una famiglia o una comunità è più vulnerabile rispetto ad altre in condizioni uguali o simili;
- **a sindrome**, formulato quando la persona è in una situazione di complessità assistenziale;
- **di benessere**, relativo a persona,

famiglia o comunità che ha le potenzialità per mantenere o aumentare il proprio stato di benessere.

I gruppi diagnostici comprendono: la percezione della salute, la nutrizione, l'eliminazione, l'attività e l'esercizio fisico, il riposo e il sonno, l'aspetto cognitivo e percettivo, la percezione del sé, il ruolo e le relazioni, la sessualità, la tolleranza allo stress e le modalità per affrontare situazioni problematiche, i principi e i valori.

Le diagnosi infermieristiche offrono un linguaggio comune che permette di attuare l'azione di assistenza necessaria al paziente e aiuta l'infermiere a concettualizzare il tipo di risposta umana del paziente che può essere affrontata, tramite il *nursing*, anche in un contesto interdisciplinare.

Pianificazione

Tutta la fase progettuale del processo infermieristico, l'accertamento, la diagnosi e l'identificazione degli obiettivi, culmina nella formulazione di un piano d'assistenza infermieristica.

Questa fase è incentrata sulle esigenze specifiche del paziente, tenendo conto dei suoi punti forza e delle sue debolezze, esortarlo a partecipare alla determinazione degli obiettivi raggiungibili e all'assistenza stessa, deve includere interventi attuabili e rientrare nell'ambito della pratica infermieristica applicabile.

Obiettivo della pianificazione infermieristica dell'assistenza è l'uso migliore delle risorse disponibili al fine di aiutare la persona a raggiungere i risultati attesi.

Gli obiettivi devono essere appropriati, collegati direttamente alla diagnosi infermieristica e riflettere i desideri del paziente, della famiglia e dell'infermiere; perché la formulazione degli obiettivi sia efficace, questi devono essere valutabili, realistici e formulati in modo

tale che il paziente e la famiglia possano comprenderli.

Gli interventi stabiliti, possono essere di breve o di lungo termine (strategie, azioni e attività) e richiedere la collaborazione di altre professioniste (medici, assistenti sociali, dietisti, fisioterapisti)

Il programma assistenziale può essere rivisto e aggiornato secondo necessità; funge da guida scritta e da base documentale per l'assistenza garantendo la continuità.

Attuazione

Nella quarta fase del processo infermieristico si realizza concretamente l'assistenza infermieristica. Inizia dopo la stesura del programma assistenziale e termina nel momento in cui gli obiettivi stabiliti sono stati raggiunti.

Prima di attuare qualsiasi intervento, l'infermiere dovrà sottoporre il paziente ad un ulteriore accertamento per valutare se gli interventi stabiliti sono - e continuano - ad essere appropriati.

Nella fase di attuazione, l'infermiere mette in atto le abilità necessarie per far fronte alle diagnosi infermieristiche del paziente e per risolvere i suoi bisogni di salute.

Pertanto le competenze richieste da parte dell'infermiere sono:

cognitive (conoscenza della pratica clinica corrente e delle tecniche di base);
affettive (conoscenza degli aspetti legati alla comunicazione verbale, non verbale e l'empatia);

psicomotorie (azioni infermieristiche tradizionali quali il rilevamento dei parametri vitali e somministrazione della terapia);

organizzative (attività di consulenza, abilità gestionali, sapere delegare).

Valutazione

Durante questa fase, viene accertata l'efficacia del piano di assistenza.

Essa consiste nella raccolta di dati soggettivi e oggettivi sugli obiettivi identifi-

cati durante la fase di programmazione: tali dati andranno analizzati per stabilire se gli obiettivi siano stati conseguiti completamente, parzialmente o non siano affatto stati raggiunti.

La valutazione deve coinvolgere il paziente e/o i familiari per poter stabilire se la diagnosi non è più valida, altrimenti, se gli obiettivi non fossero stati raggiunti o raggiunti solo parzialmente si dovrà rivalutare il programma, il periodo di tempo fissato e gli obiettivi.

L'analisi costante del nostro piano di assistenza, attraverso la valutazione promuove un meccanismo di *feedback*, permettendoci, in un clima di assoluta circolarità ed elasticità, di modificare obiettivi ed interventi, rivalutandoli costantemente.

Infine, è importante documentare il momento e il modo in cui gli obiettivi sono stati raggiunti.

CONCLUSIONI

Il processo di *nursing* è una serie definita di azioni, eseguita per raggiungere gli obiettivi dell'assistenza infermieristica, mantenere il benessere e/o fornire la necessaria e qualificata assistenza in base alla situazione, per consentire all'utente di recuperare il proprio benessere o contribuire alla sua qualità di vita.

Le prestazioni infermieristiche non possono essere più improvvisate, ma **vanno pensate e programmate.**

Orientati da ciò, gli infermieri si presentano sempre più capaci di ricercare, scegliere e proporre le modalità giuste per conseguire risultati efficaci e di qualità.

AUTORI

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

Sheila Antonio, studentessa III anno corso di laurea in Scienze infermieristiche, università di Roma "La Sapienza" - canale C.

BIBLIOGRAFIA

Lalli N, *Il primo colloquio psichiatrico*. Liguori Editore, 2001.

Krupnick S, Wade A, *Piani di assistenza in Psichiatria*. Milano, Mc Graw-Hill, 1996.

Betti M, Di Fiorino M, *Psichiatria e igiene mentale ruolo e funzioni dell'infermiere*. Mc Graw-Hill editore.

Pelagalli V, Raimondi R, *Il processo di assistenza infermieristica e la pianificazione assistenziale*. Progetto Penelope Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico Sant'Orsola-Malpighi.

Marchionni M, *Il processo infermieristico*. Pubblicato su InfermieriOnline il 18/9/03.

Indagine esplorativa sulla motivazione del personale infermieristico

di Salvatore Carpentieri

ABSTRACT

In questo studio viene trattato il tema della motivazione al lavoro nella professione infermieristica. Sulla base di una "mappatura" delle diverse teorie ci si è avvalsi come strumento di indagine di *item ad hoc* per la rilevazione di quali leve motivazionali siano, oggettivamente, ritenute più importanti dal professionista infermiere operante presso il dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche del policlinico "Umberto I" di Roma.

Scopo dell'indagine è rilevare le aree attinenti i fattori stimolanti al fine di un'utilizzazione operativa da parte del coordinatore infermieristico, tenuto conto della letteratura sull'argomento.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto presso il dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche del policlinico "Umberto I" di Roma ed è stato rivolto a 50 infermieri (30 donne e 20 uomini) che sono stati invitati ad indicare l'importanza attribuita agli aspetti proposti nell'indagine, con riferimento a tre diversi momenti della carriera lavorativa di ciascuno, apponendo una o più preferenze.

Al fine di una maggiore conoscenza del gruppo, abbiamo chiesto: sesso; titolo di studio; carriera lavorativa e percezione del riconoscimento del proprio ruolo di infermiere.

Ecco il questionario:

"Gentile professionista, ti chiedo pochi minuti del tuo tempo da dedicare a questa indagine esplorativa

sulla 'Motivazione e aspettative nel tuo lavoro'.

Tale studio rappresenta uno strumento di indagine necessario per permettere la realizzazione della mia tesi finale per il master universitario in: 'Management infermieristico per le funzioni di coordinamento'.

Ti chiedo, pertanto, di indicare l'importanza da te attribuita agli aspetti proposti nell'allegato che troverai di seguito, con riferimento a tre, diversi momenti della tua carriera lavorativa, apponendo una o più preferenze con una 'x'.

Ti ringrazio per la preziosa collaborazione e ti ricordo la garanzia dell'anonimato".

Aspetto	Al primo impiego	Dopo 5/10 anni di lavoro	Dopo 25/30 anni di lavoro
Rapporto inter-personale colleghi			
Riscontro alle rimostranze			
Formazione e addestramento			
Supervisione da parte del capo			
Prospettiva di carriera			
Riconoscimenti (premi, lodi, etc)			
Sicurezza sul lavoro			
Sicurezza del posto			
Retribuzione			
Ambiente di lavoro (orario, ubicazione dell'azienda, etc...)			

Sesso

- M
- F

Da quando tempo lavori in questa Azienda?

- Da 0 a 12 mesi
- Da 1 a 5 anni
- Da 5 a 10 anni
- Da oltre 10 anni

Il tuo diploma di infermiere lo hai conseguito attraverso:

- Corso regionale Asl
- Corso universitario

Da quanti anni svolgi questa professione?

- Da 0 a 12 mesi
- Da 1 a 5 anni
- Da 5 a 10 anni
- Da oltre 10 anni

Ti senti riconosciuto nella veste di professionista competente?

- Sì
- No
- Talvolta

Aspettative nel lavoro

Indica, apponendo una o più "X" nella casella corrispondente l'importanza da te attribuita negli aspetti elencati nella griglia che segue, con riferimento a tre diversi momenti della tua carriera.

Nel primo momento ricorda il tuo primo impiego (prima colonna); nel secondo, immaginati di avere già alcuni anni di esperienza (seconda colonna); nel terzo, immaginati con 30 anni di esperienza (terza colonna).

Quali sono gli aspetti del lavoro che contano di più, per te?"

Nella seconda parte sono stati proposti dieci *item* a cui ogni professionista indicava l'importanza attribuita, riferendosi a tre diversi momenti di carriera: nel primo momento, viene proposto il primo impiego; nel secondo, fase centrale di carriera con cinque/dieci anni di lavoro e nel terzo, a fine carriera.

In particolare i dieci aspetti proposti, e da collocare a scelta nei tre diversi periodi temporali già citati, erano, nell'ordine:

- rapporto inter-personale con i colleghi;
- riscontro alle rimostranze;
- formazione e addestramento;
- supervisione da parte del capo;

i. • AL PRIMO IMPIEGO	ii. • DOPO 5/10 ANNI DI LAVORO	iii. • DOPO 25/30 ANNI
• Rapporto con i colleghi 18	• Retribuzione 13	• Rapporto con i colleghi 11
• Formazione 13	• Riscontro Rimostranza 13	• Sicurezza ambiente lavoro 11
• Sicurezza del posto 11	• Rapporto con i colleghi 12	• Retribuzione 11
• Retribuzione 10	• Sicurezza ambiente Lavoro 10	• Sicurezza del posto 10
• Riconoscimenti 9	• Sicurezza del posto 10	• Riscontro Rimostranza 7
• Supervisione 8	• Ambiente di Lavoro 10	• Riconoscimenti 7
• Carriera 7	• Riconoscimento Professionale 8	• Ambiente di Lavoro 7
• Ambiente di Lavoro 7	• Supervisione 6	• Formazione 5
• Sicurezza ambiente Lavoro 7	• Formazione 5	• Carriera 5
• Riscontro Rimostranza 3	• Carriera 3	• Supervisione 4

Tabella 1. Uomini

- prospettiva di carriera;
- riconoscimenti (premi, lodi, etc.);
- sicurezza dell'ambiente di lavoro;
- sicurezza del posto;
- retribuzione;
- ambiente di lavoro (orario, ubicazione dell'azienda, etc.).

ANALISI DEI DATI

Le infermiere si sentono riconosciute professionalmente più dei colleghi uomini (il 60% contro il 45%): il 37% di queste ha risposto "talvolta" (gli uomini, il 30%) e solo il 3% non si sente riconosciuta (gli uomini non si sentono riconosciuti per una percentuale pari al 25%).

E' risaputo che avere un buon rapporto con i colleghi di lavoro risulta un ele-

mento significativo per mantenere serenità e tranquillità, oltre a consentire una migliore produttività ed efficienza sul lavoro: ciò sembra caratterizzare pienamente la "filosofia lavorativa" degli intervistati che, con frequenza costante, sottolineano questo aspetto più degli altri (lo fanno, oltretutto, in tutta la trilogia del periodo lavorativo, sin dal primo impiego, quasi a voler dimostrare che il rapporto interpersonale con gli altri è di per sé garanzia di adattamento e sviluppo alla nuova realtà lavorativa). Non meno importante, l'aspetto retributivo che occupa sempre le prime posizioni, seguito dalla formazione (intesa come i continui corsi di aggiornamento, peraltro resi obbligatori a tutti i professionisti sanitari con il programma di

i. • AL PRIMO IMPIEGO	ii. • DOPO 5/10 ANNI DI LAVORO	iii. • DOPO 25/30 ANNI
• Retribuzione 22	• Rapporto con i colleghi 23	• Rapporto con i colleghi 21
• Rapporto con i colleghi 21	• Retribuzione 20	• Retribuzione 20
• Riscontro Rimostranza 20	• Ambiente di Lavoro 16	• Ambiente di Lavoro 17
• Formazione 19	• Formazione 15	• Riconoscimenti 16
• Riconoscimento Professionale 18	• Riconoscimenti 15	• Formazione 13
• Sicurezza del posto 18	• Ambiente di Lavoro 15	• Sicurezza del posto 12
• Supervisione 16	• Carriera 14	• Carriera 11
• Ambiente di Lavoro 16	• Riscontro Rimostranza 13	• Supervisione 11
• Carriera 11	• Sicurezza del posto 13	• Sicurezza ambiente Lavoro 11
• Sicurezza ambiente Lavoro 10	• Supervisione 12	• Riscontro Rimostranza 10

Tabella 2. Donne

1. AL PRIMO IMPIEGO	2. DOPO 5/10 ANNI DI LAVORO	3. DOPO 25/30 ANNI
• Rapporto con i colleghi 22	• Rapporto con i colleghi 20	• Rapporto con i colleghi 17
• Retribuzione 17	• Retribuzione 19	• Retribuzione 17
• Formazione 17	• Ambiente di Lavoro 15	• Ambiente di Lavoro 13
• Riconoscimento Professionale 14	• Riscontro Rimostranza 14	• Carriera 9
• Riscontro alle Rimostranze 13	• Formazione 11	• Riscontro Rimostranza 8
• Ambiente di Lavoro 13	• Sicurezza del posto 11	• Sicurezza ambiente lavoro 8
• Sicurezza del posto 12	• Sicurezza ambiente lavoro 11	• Riconoscimenti 8
• Carriera 10	• Carriera 9	• Sicurezza del posto 8
• Supervisione 9	• Riconoscimenti 9	• Formazione 7
• Sicurezza ambiente Lavoro 8	• Supervisione 8	• Supervisione 5

Tabella 3. "Ti senti riconosciuto professionalmente?". Risposta: "Sì"

1. AL PRIMO IMPIEGO	2. DOPO 5/10 ANNI DI LAVORO	3. DOPO 25/30 ANNI
• Sicurezza del posto 5	• Sicurezza del posto 4	• Rapporto con i colleghi 4
• Supervisione 4	• Rapporto con i colleghi 3	• Retribuzione 3
• Rapporto con i colleghi 3	• Sicurezza ambiente Lavoro 3	• Sicurezza del posto 3
• Riconoscimenti 3	• Ambiente di Lavoro 3	• Sicurezza ambiente Lavoro 3
• Retribuzione 2	• Retribuzione 3	• Formazione 3
• Formazione 2	• Riscontro Rimostranza 2	• Ambiente di Lavoro 1
• Ambiente di Lavoro 2	• Supervisione 2	• Carriera 1
• Sicurezza ambiente Lavoro 2	• Riconoscimenti 2	• Riconoscimenti 1
• Carriera 2	• Formazione 1	• Riscontro Rimostranza 0
• Riscontro Rimostranza 0	• Carriera 0	• Supervisione 0

Tabella 4. "Ti senti riconosciuto professionalmente?". Risposta: "No"

1. AL PRIMO IMPIEGO	2. DOPO 5/10 ANNI DI LAVORO	3. DOPO 25/30 ANNI
• Sicurezza del posto 5	• Sicurezza del posto 4	• Rapporto con i colleghi 4
• Supervisione 4	• Rapporto con i colleghi 3	• Retribuzione 3
• Rapporto con i colleghi 3	• Sicurezza ambiente Lavoro 3	• Sicurezza del posto 3
• Riconoscimenti 3	• Ambiente di Lavoro 3	• Sicurezza ambiente Lavoro 3
• Retribuzione 2	• Retribuzione 3	• Formazione 3
• Formazione 2	• Riscontro Rimostranza 2	• Ambiente di Lavoro 1
• Ambiente di Lavoro 2	• Supervisione 2	• Carriera 1
• Sicurezza ambiente Lavoro 2	• Riconoscimenti 2	• Riconoscimenti 1
• Carriera 2	• Formazione 1	• Riscontro Rimostranza 0
• Riscontro Rimostranza 0	• Carriera 0	• Supervisione 0

Tabella 5. "Ti senti riconosciuto professionalmente?" Risposta: "Talvolta"

Educazione Continua in Medicina, Ecm). Va notata, inoltre, l'adeguatezza dell'ambiente di lavoro in cui si esplica il ruolo

di ciascuno e che, certamente, influisce positivamente quando le condizioni generali di ubicazione e l'orario sono

congrui, stimolando puntualità e fors'anche incoraggiando la presenza costante dei lavoratori.

Le donne al primo impiego, sembrano ricercare più sicurezza materiale, sottolineando, più di ogni altro, quest'aspetto che ritroviamo, con frequenza molto alta, in tutti e tre i periodi di tempo. L'aspetto relazionale del rapporto coi colleghi emerge incontrastato a metà e a fine carriera. (tabelle 1 e 2)

L'aspetto formativo mostra una frequenza costante e rilevante per le professionalità che, sin dal primo impiego, sottolineano l'aspetto del riconoscimento professionale.

La rappresentazione maschile, in particolare, sottolinea le relazioni interpersonali (specie al primo impiego e a fine carriera), valorizzando l'aspetto materiale della retribuzione solo dopo i cinque/dieci anni di pari livello con il contesto emotivo delle rimostranze.

I professionisti uomini si rilevano molto attenti alla formazione, in particolare, all'inizio della carriera; la frequenza, però, diminuisce drasticamente al maturare della carriera, dove subentrano l'importanza o altri aspetti proposti, come la sicurezza dell'ambiente lavorativo e la stabilità del posto.

La carriera ha una frequenza bassa sia per gli uomini che per le donne.

I colleghi che si sentono "riconosciuti" professionalmente esprimono senza remore la componente relazionale, ossia il rapporto con i colleghi al primo posto che emerge sin dal primo impiego e a fine carriera: esso va di pari passo con la componente materiale rappresentata dall'aspetto retributivo.

La formazione e l'aggiornamento professionale vengono valorizzati dopo i 25/30 anni, quasi come a intendersi nell'acquisire nuove conoscenze professionali da legare e confrontare all'ormai piena esperienza lavorativa.

Il controllo del proprio operato, ossia la "supervisione da parte del capo" rivela una frequenza bassa nel contesto del riconoscimento ed è citato solo nell'ambiente del primo impiego.

Le relazioni interpersonali degli interessati che lavorano presso l'Azienda, è citato sin dai primi anni, e qui, sin dal primo impiego.

L'aspetto retributivo in particolare viene menzionato sin dai neoassunti dei primi cinque anni che dal personale ormai con esperienza decennale. (Tabelle 3, 4, 5).

CONCLUSIONI

Il coordinatore infermieristico è il perno centrale per promuovere la motivazione del gruppo nell'ambito dell'assistenza infermieristica tendendo al massimo livello di qualità.

Se il professionista gode di opportunità atte a sviluppare i fattori di motivazione (quali, ad esempio, un buon rapporto con i colleghi, la crescita professionale, la for-

mazione, la partecipazione attiva alle decisioni da prendere, l'informazione e la condivisione degli obiettivi aziendali da raggiungere, la partecipazione al gruppo di lavoro), allora, la sua performance sarà influenzata in senso positivo.

Nell'ambito del lavoro, finiamo per trascorrere gran parte del nostro tempo, talvolta in misura maggiore di quello dedicato alla nostra famiglia e ai nostri affetti. Pertanto, avere un buon rapporto con i colleghi di lavoro risulta un elemento significativo per mantenere serenità e tranquillità interiore, oltre a consentire maggiore produttività ed efficienza.

Tutto ciò sembra caratterizzare pienamente la "filosofia lavorativa" degli intervistati che, con frequenza costante, sottolineano questo aspetto più degli altri e, oltretutto, in tutta la trilogia del periodo lavorativo (ovvero, sin dal primo impiego), quasi a voler dimostrare che il rapporto interpersonale con gli altri è di per sé garanzia di adattamento e sviluppo alla nuova realtà lavorativa.

AUTORE:

Salvatore Carpentieri, infermiere professionale policlinico Umberto I, Roma - master in Coordinamento.

BIBLIOGRAFIA

Megginson L, Mosley D, Pietri P, *Management, concetti e applicazioni*. Milano: Franco Angeli. 2002.

Calamandrei C, Orlandi C, *La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*. Milano: McGraw Hill. 2002.

Novara F, Rozzi R, Sarchinelli G, *Psicologia del lavoro*. Bologna: Il Mulino. 1983.

Collegio Ispasvi di Roma, *La nuova regolamentazione dell'esercizio della professione infermieristica: profilo professionale, Codice Deontologico, ordinamento didattico, percorsi formativi, leggi e decreti di interesse infermieristico*. Roma, 2007.

IN PILLOLE

L'apnea notturna si batte a tavola

Il problema delle apnee notturne colpisce, negli Stati Uniti, circa 12 milioni di persone ed è correlato spesso ad ipertensione arteriosa e patologie cardiovascolari.

Dopo una serie di accurati studi, i ricercatori di sei atenei americani, guidati dal professor Gary Foster della Temple university (Usa), sono riusciti a dimostrare che perdere peso riduce le apnee. Per arrivare a questa considerazione, gli scienziati hanno monitorato 265 pazienti obesi con diabete di "tipo II", tra i 45 e i 75 anni. Tutti lamentavano un'apnea notturna severa.

Quindi, li hanno sottoposti ad una dieta, abbinata all'attività fisica.

Dopo un anno, i soggetti a dieta avevano perso circa nove chili ciascuno e il 13,6 % del gruppo aveva, addirittura, sperimentato una completa remissione dell'apnea notturna.

I risultati del test dimostrerebbero che, eliminando i chili in eccesso, si possono ottenere notevoli benefici per quanto riguarda il fenomeno delle apnee notturne e, di conseguenza, effetti positivi sulla salute cardiologica e sul benessere generale.

Dal Collegio gli auguri al professor Guzzanti



Il periodico "Panorama della Sanità" ha dedicato, ad agosto, un numero monotematico al professor Elio Guzzanti, che ha compiuto novant'anni. Eminente studioso, ex ministro, di recente ha accettato il ruolo di garante all'interno del neonato Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Di seguito, riportiamo l'intervento scritto per l'occasione dal presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco.

La figura di un professionista dell'assistenza a tutto tondo è il frutto recente di un'idea antica: garantire protezione sociale attraverso un sistema sanitario pubblico, completo e solido.

Dopo decenni di impegno e sacrifici, spesso ben poco valorizzati, gli infermieri sono oggi divenuti a pieno titolo gli artefici primari dell'assistenza. E' stato un percorso lungo e disseminato di ostacoli, anche culturali. Tuttavia negli ultimi anni la professione infermieristica ha segnato in Italia uno sviluppo davvero straordinario, trasformandosi radicalmente a suon di conoscenze e competenze, fino a meritare sul campo il riconoscimento giuridico di professione intellettuale dotata di piena autonomia e responsabilità.

Oggi gli infermieri sono laureati, esprimono capacità professionali esclusive in campo socio-sanitario, hanno una formazione di alto livello e competenze sviluppate nelle università, nella ricerca, nella didattica. Si sono dotati di un moderno Codice deontologico che raccoglie le difficili sfide etico-professionali dei nostri tempi. E da ultimo è nato a Roma il primo "Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica", un progetto che lancia la professione all'avanguardia dello scenario sanitario internazionale,

per migliorare le performance degli operatori e dei gruppi professionali in campo assistenziale con un sistema rigoroso di certificazione delle competenze.

La vecchia figura dell'infermiere professionale è archiviata dalla Storia, evoluta ormai in una figura specialistica, autonoma, con capacità manageriali e organizzative, di riferimento per l'esercizio clinico e il coordinamento dei servizi. La nuova natura professionale dell'infermiere è legata anche allo sviluppo della libera professione, sempre meno correlata all'ambiente ospedaliero e sempre più integrata sul territorio, laddove i cittadini vivono e chiedono di essere assistiti.

A ben guardare, è la storia di un coraggioso percorso professionale che il professor Elio Guzzanti ha intravisto già molto tempo fa, indicando nella centralità dell'assistenza e nella sua continuità attraverso lo sviluppo dei servizi territoriali la chiave di volta di una sanità moderna, più efficace e vicina alle esigenze della popolazione. Su questa strada, non senza affrontare a viso aperto resistenze anacronistiche e spesso interessate, il professor Guzzanti ha sempre incoraggiato e stimolato gli infermieri. Lui, insigne medico, ha spinto costantemente per lo sviluppo e la valorizzazione della professione infermieristica quale componente assistenziale primaria del processo complessivo di cura, dalla sala operatoria fino all'assistenza domiciliare.

E' una sintonia totale quella che lega gli infermieri italiani al professor Guzzanti e al suo concetto della sanità pubblica, un afflato ideale che lui stesso rinverdisce con il suo ultimo studio su "L'Assistenza primaria in Italia" che mette in luce, fra gli altri, l'aspetto fondamentale del lavoro di squadra fra le professioni sanitarie per rispondere ai principi di equità, universalità e sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

Gennaro Rocco

Affrettati ad attivare gratis la tua casella di 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 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.

Focus

Sanit 2010



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

AL PALAZZO DEI CONGRESSI DELL'EUR, QUATTROMILA PRESENZE PER L'ANNUALE APPUNTAMENTO DELL'IPASVI PER PARLARE DI COME AFFRONTARE LE SFIDE DELL'INFERMIERISTICA MODERNA

Sanit 2010, la persona al centro delle scienze e delle cure

Nelle quattro giornate di Sanit, al Palazzo dei Congressi dell'Eur, esperti e politici si sono confrontati sui grandi temi della scienza e della cura infermieristica per il nuovo millennio.

Una sfida che il collegio Ipasvi di Roma ha accettato, curando come di consueto un ricco programma formativo a beneficio di infermieri e studenti.

MARTEDI' 22 GIUGNO

La dignità della persona nel fine vita

Non è possibile che proprio una medicina altamente tecnologizzata, con le sue te-

rapie automatizzate, oggi, condanni il malato terminale all'isolamento: la dignità della persona nel fine vita è donarle, pazientemente, del tempo, per dargli conforto.

Quanto è importante, per il malato incurabile, una dedizione umana che duri fino alla fine! La dedizione del medico e degli infermieri (dedizione non sovvenzionata dal Ssn, né acquistabile dal paziente) che è più preziosa di molti medicinali.

Questo è, forse, l'ultimo, grande dono che si può fare ad una persona sofferente.

Ora sappiamo che anche un malato terminale, ormai incapace di parlare, può ascoltare; sappiamo che il contatto corporeo può comunicargli conforto, anche quando non è capace di muoversi.

La prima giornata formativa si è posta l'obiettivo di:

- dimostrare che è fuori discussione l'illiceità morale di ogni eutanasia anche quando la giustificazione è in un sistema sanitario in grave difficoltà di risorse;
- promuovere una professionalità attenta all'uomo e per l'uomo, in cui la



professione infermieristica, attraverso la norma deontologica, sia salda sui valori e sui principi ispiratori del *nursing* moderno;

- rendere consapevoli i partecipanti e gli ospiti del convegno che gli infermieri sono interlocutori preferenziali nelle tematiche di bioetica, proprio per la loro posizione privilegiata di mediatori.

Il presidente del Collegio Ipasvi di Roma, **Gennaro Rocco**, nel suo intervento di apertura, ha ribadito come la professione infermieristica abbia vissuto - e stia vivendo - una trasformazione radicale: da professione ausiliaria, esecutrice di compiti assegnati da altri professionisti a professione intellettuale, responsabile del processo di assistenza alla persona.

L'infermiere, dunque, è un *soggetto attivo*, che agisce in prima persona, con autonomia di scelta e responsabilità, entro una cornice valoriale in cui il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale poter assistere e perseguire la salute intesa come bene assoluto della persona ed interesse peculiare della collettività.

Un concetto di "responsabilità" ben presente all'interno del nuovo Codice Deontologico, come sottolineato nell'intervento della consigliera **Angela Basile**: a lei, infatti, è toccato ricordare l'etimologia di questo termine. Dal latino "*spondeo*", il cui senso originario era quello di assumere un impegno solenne. Un impegno quasi di tipo "religioso".

E della qualità e sacralità della vita nella persona umana (altro tema "caro" al nuovo Codice) ha trattato, con estrema perizia, il direttore dell'Istituto di Bioetica di Roma, **Antonio G. Spagnolo**; mentre il consigliere Ipasvi, **Mario Esposito**, ha parlato del: "Prendersi cura della persona nel momento difficile del vivere".

Interventi che hanno preparato la vasta platea all'atteso intervento della presidente nazionale della Federazione, **Annelisa Silvestro**, che si è soffermata sul recente pronunciamento dell'Ipasvi sul "fine vita", chiedendo ai politici presenti l'impegno a dare agli infermieri ita-



L'intervento del ministro della Salute, Ferruccio Fazio

liani la possibilità di richiamarsi a quanto previsto dall'articolo 8 del proprio Codice Deontologico che recita: "*L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della 'clausola di coscienza', facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito*".

Sul delicato argomento, vanno segnalate anche le relazioni della responsabile formazione Antea, **Chiara Mastroianni**, a proposito di cure palliative, e di **Angela Chiaretti** e **Massimo Carru** (rispettivamente, dal policlinico Umberto I e dal dipartimento "P. Stefanini") sulla visione della morte nelle diverse culture del mondo.

Nel pomeriggio, invece, spazio alla presentazione delle recenti iniziative messe in campo dall'Ipasvi per lanciare il francobollo che Poste Italiane ha dedicato alla professione infermieristica e che è stato presentato ufficialmente a Roma, in occasione della Giornata internazionale dell'Infermiere e della maratona benefica "*Race for the cure*", alle Terme

di Caracalla (*di cui abbiamo dato ampio rilievo sullo scorso numero della rivista*).

L'alta adesione degli infermieri della Capitale all'evento sottolinea non solo la soddisfazione per questo riconoscimento, ma la condivisione di un progetto di grande rilevanza sociale: quello che Komen-Italia porta avanti da anni per sostenere le donne colpite dal tumore del seno e ridurre, con la prevenzione, l'incidenza della mortalità.

Valorizzare il ruolo degli infermieri in questo contesto è fondamentale perché sono presenti e attivi in ogni segmento del sistema sanitario, e, soprattutto, sono al fianco dei malati 24 ore su 24.

La responsabile dell'ufficio stampa della Federazione, **Emma Martellotti**, ha quindi presentato un filmato della manifestazione con i momenti più significativi, illustrando, tra gli altri aspetti, la vasta copertura mediatica dell'evento.

E proprio a proposito del francobollo, va segnalato il simpatico e apprezzatissimo intervento dell'attore e doppiatore **Pino Insegno**, che, per il secondo anno consecutivo, si è "concesso" alla platea di Sanit, confermando il suo saldo rapporto di amicizia e di stima con gli infermieri romani.



I consiglieri Stefano Casciato, Carlo Turci, Nicola Barbato, Mario Esposito

MERCOLEDÌ 23 GIUGNO

Modelli organizzativi infermieristici in ospedale e qualità delle cure

Un'azienda sanitaria che punta all'eccellenza non può sottovalutare il peso che l'assistenza infermieristica ha sulla percezione dell'utente, sui risultati e sui costi.

Il modello assistenziale influenza variabili come il carico di lavoro, la soddisfazione del lavoratore, l'autonomia professionale, permette il passaggio ad un lavoro per obiettivi, migliora la qualità dell'assistenza e influenza la soddisfazione dell'utenza.

Con l'obiettivo di:

– presentare delle realtà virtuose che

applicano modelli organizzativi innovativi;

– porre a confronto esperienze e risultati inerenti l'applicazione pratica di modelli assistenziali; proporre soluzioni gestionali innovative, la seconda giornata di Sanit è stata introdotta dall'intervento della coordinatrice infermieristica al Bambin Gesù, **Fatima Massucci** che ha presentato l'esperienza del *week hospital* all'interno del dipartimento di Nefrologia-Urologia.

Una pratica che ha incrementato il *turn over* dei pazienti, riducendo i tempi di degenza, ottimizzando la distribuzione delle risorse infermieristiche e delle sale operatorie e contribuendo ad una generale diminuzione dei costi di gestione.

A seguire, una tavola rotonda sulle prospettive del panorama sanitario regionale.

Prima della pausa pranzo, spazio alla premiazione del Torneo di calcio a cinque Ipasvi Cup (vedi articolo presente nel Focus).

La sessione pomeridiana, poi, ha visto il susseguirsi di numerose relazioni, tutte su aspetti specifici dei nuovi modelli organizzativi infermieristici sul territorio.

Si è parlato, infatti, di indice di complessità assistenziale con **Gianluca d'Agostino e Alessandro Montevocchi** dell'ospedale Sant'Andrea e di **team nursing** con **Alessia Mancini** dell'Usl Roma-D.

Quindi, **Lucia Mitello e Angelo Pochini** hanno illustrato le modalità di ge-

stione dell'accoglienza nel percorso di ricovero al San Camillo-Forlanini, dov'è stato costituito un team di accoglienza animato principalmente da infermieri, detti "ottimizzatori". Il team lavora alla definizione della migliore collocazione del malato, dialogando con le strutture più adatte a soddisfare le sue esigenze. Il ricercatore dell'università di Tor Vergata, **Alessandro Sili**, ha, quindi, parlato della figura del coordinatore delle attività assistenziali.

Il direttore del servizio infermieristico dell'Asl Roma-B, **Antonella Leto**, è partita dalla recente esperienza dell'ospedale Sandro Pertini per affrontare il tema della gestione dell'assistenza per intensità di cure.

Grazie a **Diego Ceci e Marisa Veneziano** (rispettivamente, del Sant'Andrea e dell'Umberto I) è stata approfondita la figura dell'infermiere esperto clinico di *wound care*.

Di *primary nursing* (il sistema organizzativo sperimentato in Usa per fornire un'assistenza basata sulla relazione tra professionista e persona da assistere) ha relazionato **Maria Grazia Montalbano** (Lusan Srl).

La giornata si è chiusa con la presentazione dei primi risultati della ricerca multicentrica sul benessere organizzativo, a cura di **Andrea Maccari** (Asl Roma-B), una tematica oggetto di uno progetto specifico del neonato Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica.



Il senatore Lucio D'Ubaldo



Il senatore Cesare Corsi

GIOVEDÌ 24 GIUGNO

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

Una giornata nata con l'obiettivo di acquisire conoscenze in merito al Psr riguardo le cure primarie, l'integrazione e la continuità dei servizi; conoscenze sui principali modelli organizzativi per l'integrazione e la continuità dei servizi territoriali, valorizzando il ruolo e le opportunità dell'infermiere; discutere sulle esperienze di colleghi che hanno messo in atto o collaborato alla realizzazione di servizi integrati per la persona.

Il *focus* sull'assistenza territoriale finalizzata al miglioramento della qualità della vita, alla prevenzione delle sequele invalidanti della malattia cronica e dei ricoveri impropri è stata al centro delle discussioni di tutta la mattinata.

Una mattinata caratterizzata dalla vivacità del confronto politico tra il responsabile nazionale per la Sanità del Pdl, senatore **Cesare Corsi** e del presidente dell'Asp Lazio (Azienda di Sanità Pubblica), senatore **Lucio D'Ubaldo**.

Dibattito preceduto da un incisivo intervento del presidente Rocco sull'allarmante stato in cui versa la sanità laziale e seguito dai preziosi dati sulla popolazione della nostra regione, raccolti e illustrati dalla segretaria del collegio Ispasvi di Roma, **Maria Grazia Proietti**.

Dalle parole dei due senatori è emersa la tendenza ad una sempre maggiore deospedalizzazione, a vantaggio dell'incremento di servizi sanitari su scala territoriale.

Un processo, questo, in cui anche le farmacie sono chiamate a svolgere un ruolo attivo di primo presidio sanitario a contatto con il cittadino.

Proprio del ruolo che l'infermiere avrà nella farmacia del futuro ha parlato il consigliere Ispasvi **Nicola Barbato**.

Il pomeriggio è stato animato da numerosi interventi relativi ad esperienze di servizi innovativi sul territorio messe a punto nella regione Lazio: da "Una struttura residenziale a gestione infermieristica" (**Luigia Carboni**, Asl Roma-G) a "Scheda di dimissione infermieri-



Il presidente Rocco con il sottosegretario alla Salute Roccella

stica per la continuità assistenziale" (**Maurizio Zega** dell'Asp).

L'infermiera **Angela Giubilei** ha quindi introdotto il concetto di Pac (Pacchetto Ambulatoriale Complesso), ossia un modello organizzativo del sistema delle cure che risponde alla necessità di affrontare i problemi clinici in modo integrato.

L'esperienza degli ambulatori infermieristici distrettuali è stata raccontata da **Anna Maria Longano**, dell'Asl Roma-A; mentre, il *case management* in assistenza domiciliare è stato affrontato da **Fabio Siru**, dell'Asl Roma-D.

Le figure innovative dell'infermiere di prossimità e del *care-manager* nella prevenzione cardiovascolare sono stati oggetto delle relazioni di: **Tiziana Galardi**, **Laura Culmone** e **Francesca Russo**.

A chiudere la giornata, il consigliere **Mario Esposito** con il: "Progetto educativo per l'infermiere in sanità pubblica".

VENERDÌ 25 GIUGNO

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

Pensare e agire in una prospettiva globale è tra le impellenze del terzo millennio.

Questa considerazione ha notevoli risvolti teorico-etico-pratici per tutti i pro-

fessionisti sanitari, a cominciare proprio dagli infermieri che hanno sempre rivestito un ruolo importante nello stare vicino (*to care*) all'individuo in salute-malattia.

La notevole presenza di stranieri in Italia (circa quattro milioni di immigrati) pone nuove sfide assistenziali, fatta di assistenza individualizzata e solistica ad un cittadino sempre diverso, con bisogni che cambiano rispetto alle traiettorie esistenziali, con identità sempre mutevoli. Nella società complessa in cui l'infer-



La vice presidente Pulimeno



Andrea Costanzo con il Comandante generale dei Nas, Cosimo Piccinno

miere si trova ad esperire la sua opera professionale, la sua nozione d'identità professionale è multipla, dinamica e riflette la varietà di fili intrecciati che ristrutturano nella sua formazione professionale e nel suo processo di apprendimento per tutta la vita professionale.

L'identità professionale sempre cangiante, ibrida, liquida, presuppone un nuovo processo di identità professionale non più caratterizzato da schemi di riferimento noti e rassicuranti (dal lavoro nello stesso *setting* assistenziale e clinico per un lungo periodo di tempo o per tutta la vita), ma una realtà fatta di nuove sfide e scommesse, un mondo fatto di incontri dialogici con l'altro, per costruire percorsi di assistenza transculturali, attenti alle dinamiche della persona,

ma anche ricchi di specifico infermieristico, esperito in autonomia funzionale e, al contempo, in forte integrazione con gli altri attori del processo di cura.

L'ultima giornata di Sanit è stata dedicata proprio al tema dell'integrazione degli infermieri stranieri e del, cosiddetto, *nursing* transculturale, ovvero, l'impiego delle competenze infermieristiche in contesti lontani dal Paese natio, come accade in scenari di guerra, di progetti di cooperazione internazionale, in operazioni internazionali di Protezione Civile.

Il presidente **Gennaro Rocco**, in apertura, ha illustrato come la percentuale di infermieri stranieri iscritti ai Collegi Ipasvi in Italia sia arrivata al 9,9% del totale, pari a: 35.991 unità.

Di questi, quasi la metà è di origine extracomunitaria: un dato significativo che deve essere analizzato anche in termini di arricchimento culturale della professione. Non a caso, proprio in seno al collegio Ipasvi di Roma è nata l'Ait (Associazione Infermieristica transculturale), il cui presidente, **Alessandro Stievano**, ha illustrato le finalità, durante un intervento seguito da una discussione aperta ai partecipanti.

Nel corso della mattinata, l'infermiere **Massimo Spalluto** ha illustrato il ruolo di Emergency nell'integrazione degli scenari emergenziali; il responsabile della forma-

zione dell'Asl Roma-A, **Paolo Tarantino**, invece, ha chiarito i punti salienti dei recenti progetti in favore delle donne migranti e delle vittime di tratte e torture.

Dall'infermiera **Ewa Jagiela** è arrivata la proposta di istituire un master di primo livello in "Infermieristica transculturale" per formare la figura di infermiere esperto di processi culturali e comunicativi.

Gli interventi del pomeriggio sono stati animati, principalmente, da marescialli e luogotenenti infermieri, in forza all'ospedale militare del Celio di Roma, al comando operativo Interforze e alla Scuola di Sanità militare di Roma.

A loro, chiamati ogni giorno ad operare sul campo, è andato il compito di affrontare delicate tematiche come: "Il *triage nelle forward operations*"; "Il management sanitario a bordo dei vettori marittimi per il soccorso dei feriti in mare"; la gestione delle urgenze ortopediche e il trattamento del piede colpito da mina; l'infusione intraossea in emergenza; l'assistenza transculturale al paziente pediatrico.

Gli interventi sono stati a cura di: **Mario Falomi, Alessandro Rizzo, Renato Silei, Salvatore Vecchio; Danilo Cardella; Tonino Caporali; Oronzo Chialà; Silvio Marasco e Francesco Campagna.**

(sintesi a cura di Tiziana Mercurio)



I ministri Meloni e Fazio seguono il dibattito insieme alla presidente della Regione Polverini

Tanti ospiti, tra ministri e personalità politiche



Da sinistra: la presidente della Regione Lazio, **Renata Polverini**; il ministro **Ferruccio Fazio**; il presidente del Collegio Ipsavi di Roma, **Gennaro Rocco**; il ministro **Giorgia Meloni**.

Il 22 giugno scorso, durante il convegno inaugurale che il Collegio Ipsavi di Roma ha tenuto per Sanit 2010, il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, ha dichiarato che entro la fine dell'anno il disegno di legge che trasforma i Collegi in Ordini professionali sarà reale.

Così, come altri due impegni nella sua agenda: la legge 69, sull'inserimento degli infermieri in farmacia e il confronto sui numeri della programmazione universitaria: "Oggi, gli atenei assicurano non più di 14mila infermieri laureati all'anno, contro un fabbisogno di circa 22mila unità".

"Non possiamo non apprezzare gli impegni ribaditi, ancora una volta, dal ministro - ha commentato il presidente Ipsavi Roma, **Gennaro**

Rocco - e ci auguriamo che si traducano, presto, in atti conformi alle nostre aspettative: la partecipazione al convegno di tante autorità attesta la loro, grande attenzione".

Il ministro per la Gioventù, **Giorgia Meloni**, ha ribadito il suo impegno a sostegno delle opportunità concrete che la professione infermieristica offre ai ragazzi.

E anche il presidente della Regione, **Renata Polverini**, ha voluto esprimere la sua vicinanza agli infermieri:

"Sostengo la categoria soprattutto per due motivi: in primis, perché l'ho vista all'opera e poi, perché, visitando gli ospedali, i pazienti mi dicono che, anche se pochi, fate sempre tantissimo".

E per chiudere in bellezza sul palco "Le matite colorate"

I partecipanti ai convegni Ipsavi sono stati "omaggiati" anche dall'esibizione del coro "Le matite colorate", composto da 50 bambini e ragazzi dai 6 ai 18 anni, che svolge da oltre dieci anni la sua attività presso la Basilica romana di Santa Croce in Gerusalemme, sotto la direzione artistica di Padre Luca M. Zecchetto e la direzione musicale del Maestro Germano Neri. Il nome è un omaggio alla "piccola Matita nelle mani di Dio" la Beata Madre Teresa di Calcutta, che nel maggio del '96 benedisse i primi passi del coro, da quel giorno madrina ufficiale. Da allora più di 500 tra bambini e ragazzi hanno cantato nel coro, indossando i cinque colori del logo, rappresentativi del carattere multi-etnico e dell'universale impegno missionario. Il repertorio prodotto spazia dalla musica pop alla musica sacra. "Le matite colorate" rappresentano un progetto artistico-musicale, che si realizza attraverso la produzione discografica editoriale e la messa in scena di spettacoli dal vivo. L'obiettivo è quello di trasmettere la passione per il canto e

per la musica, in un dialogo collaborativo con l'altro. Attraverso la preparazione degli spettacoli ciascuno è chiamato a confrontarsi con le proprie possibilità espressive, con la propria timidezza o esuberanza, nel contempo viene sollecitata la creatività e si dà spazio alla fantasia.



Un momento dell'esibizione del coro "Le matite colorate"

Quattro giornate all'insegna di fo



Il presidente Rocco introduce la cerimonia di premiazione del torneo "Ipasvi Cup" (servizio a pag. 56).



Un momento della premiazione delle squadre partecipanti.



Tiziana Foschi insieme al presidente Rocco, alla direttrice del corso di laurea al Forlanini Loredana Fabiani e al tesoriere del Collegio Rodolfo Cotichini.



Tiziana Foschi con gli organizzatori del torneo.



Anche quest'anno Pino Insegno si è soffermato a firmare autografi con gli infermieri e gli studenti presenti a Sanit.



Il presidente Rocco e Tiziana Foschi con una parte dello staff che ha gestito le iscrizioni e l'accREDITAMENTO alle giornate formative.

ormazione, dibattiti e premiazioni



Il presidente Rocco con la vicepresidente del Parlamento europeo Roberta Angelilli.



Il presidente Rocco con il generale Alberto Germani, direttore del policlinico militare di Roma "Celio", e il tesoriere Cotichini.



Il luogotenente Mario Falomi, la professoressa Rosaria Alvaro, il luogotenente Francesco Campagna, la direttrice Loredana Fabiani e l'infermiera Ewa Jagiela.



Francesca Diamanti (Cittadinanzattiva Lazio), Gennaro Rocco (Ipsavi Roma), Antonella Santullo (Asl Rimini), Giovanni Leonardi (Ministero della Salute), Maria Grazia Montalbano (Lusan) e Gerardo D'Amico (Rai-tv).



L'arrivo al convegno inaugurale della presidente della Regione Renata Polverini, lievemente infortunata, accompagnata dal consigliere Tosini.



Il giornalista Rai Luciano Onder.

Infermieri che mancano, infermieri che fuggono Un'estate contrassegnata dalle "solite" emergenze

Un'estate caldissima sul fronte infermieristico anche per i mass media. Niente dimenticatoio stavolta, piuttosto riflettori accesi ad ampio raggio sulla professione. Nel bene e nel male, s'intende.

24 ORE
Sanità

Interessante, ad esempio, l'approfondimento pubblicato da **Il Sole 24 Ore-Sanità** (5/08/10) sul rapporto medici-infermieri. *"See&treat, diritto d'infermieri"* è il titolo. Un focus su "I rapporti medici-nursing e modelli di responsabilità sperimentati in alcune Regioni". Il messaggio che emerge è racchiuso nel sommario: "Contano competenze e norme regolatorie e non le 'tradizioni professionali'".

Gli infermieri, da qualche anno in testa alla graduatoria delle professioni più ricercate sul mercato del lavoro, mantengono il primato assoluto anche nel 2010. **Italia Oggi** (2/08/10) pubblica i dati elaborati da Unioncamere sulle cosiddette professioni *high-skill*: "E sempre più emergenza nelle corsie degli ospedali - scrive il quotidiano economico -. Lo rileva Unioncamere che fa la classifica delle professioni più ricercate dalle aziende. Infermieri sempre più introvabili. Si appesantisce il deficit di professionisti. Soprattutto al Nord". **Il Corriere della Sera** (30/07/10) allarga il podio della graduatoria e pone gli infermieri al vertice delle richieste insieme a "informatici, ingegneri, esperti di marketing e baristi".

IL SECOLO XIX I giovani italiani sembrano aver capito e affollano le segreterie per l'iscrizione ai corsi universitari. Le professioni sanitarie primeggiano anche nelle scelte delle matricole. Richieste in netto aumento ovunque, da Roma a Milano, da Palermo a Genova. **Il Secolo XIX** (27/08/10) accende i riflettori sul *"Salone dell'immatricolazione"* in corso nel capoluogo ligure. Scrive: "Università, 3.403 iscrizioni ai corsi di indirizzo sanitario. Annata record per l'Università di Genova, con un boom di iscrizioni nelle facoltà a numero chiuso. A primeggiare sono i corsi di laurea in professioni sanitarie come infermieristica, fisioterapia, logopedia".

Ma, come ogni estate, la cronaca riprende il sopravvento. Inesorabile, l'arrivo della canicola riaccende l'emergenza di personale nelle strutture sanitarie pubbliche e private. Il caldo torrido e le ferie finiscono per complicare ulteriormente una situazione già esplosiva. **La Repubblica** (10/08/10) lancia l'al-

larme a Roma e titola: *"Sanità reparti chiusi per ferie"*. Salvo spiegare nel pezzo che le ferie c'entrano poco: "Ad agosto è vietato ammalarsi - si legge -. Il rischio è di arrivare in ospedale e non trovare medici e infermieri. Dal Policlinico Umberto I al San Giovanni è emergenza, con letti parcheggiati nei corridoi e centinaia di malati in attesa di essere visitati. La situazione è al collasso non solo per le ferie estive del personale, ma anche a causa del blocco del turn-over imposto dalla manovra finanziaria del governo e dal mancato rinnovo dei contratti che ha mandato a casa migliaia di dipendenti in tutto il Lazio". Qualche giorno prima **Il Corriere della Sera** (6/08/10) aveva riferito della grave carenza di infermieri all'Umberto I: *"L'allarme dei sindacati: Umberto I al collasso, mancano 400 infermieri. La denuncia di Cgil, Cisl e Uil: subito la deroga al blocco del turn over"*.

L'emergenza personale non risparmia gli altri ospedali del Lazio. **Il Messaggero** (22/08/10) descrive la difficile situazione del Sud Pontino: *"Pochi infermieri, i sindacati insorgono"*. Si legge nell'articolo: "Dopo le proteste per il pronto soccorso dell'ospedale San Giovanni di Dio a Fondi, il malcontento si estende anche ai nosocomi di Formia, Gaeta e Minturno, soprattutto per la carenza di personale infermieristico in questo periodo della stagione di massimo sovrappollamento delle strutture sanitarie". **Il Tempo** (18/08/10) rilancia l'allarme alle porte della Capitale: *"A Tivoli vietato ammalarsi. Poco personale e reparti chiusi, infermieri in prestito da Subiaco"*.

Latina
OGGI

Quotidiano di Latina, di Formia e provincia

Latina Oggi (17/08/10) fotografa così la situazione: "E' crisi infermieri nella Asl Roma H. Dai Castelli al litorale, passando per Albano e Anzio, fino ad arrivare al nosocomio ed agli ambulatori di Velletri, scarseggia il personale professionale infermieristico, generando non pochi disagi per l'utenza dei servizi sanitari. In servizio, fanno sapere dalle strutture, ce ne sono circa 1.300 ma ce ne vorrebbero almeno 500 in più per operare nella normalità".

IL TEMPO Emergenza anche nei Pronto soccorso della Regione. **Il Tempo** (17/08/10) riferisce di un Ferragosto di fuoco a Rieti: *"Odissea al Pronto soccorso"*. Si legge: "Sette ore di attesa al Pronto soccorso del De Lellis nella giornata del 14 agosto. E la nottata non è trascorsa meglio. Medici ed infermieri ce l'hanno messa tutta ma la storia è la stessa che si ripe-

te ogni anno, a causa delle ferie estive e della cronica carenza di organici. Per snellire le visite, almeno quelle meno serie, qualcuno ha preferito essere dirottato alla Guardia medica. Altri ancora hanno rinunciato, nella speranza di un'automedicazione consigliata dal farmacista di turno".

Il Messaggero Ci scappa perfino la denuncia. **Il Messaggero** (15/08/10) titola: "Turni massacranti, scatta la denuncia". Il caso arriva dal Pronto soccorso di Terracina. "Il pronto soccorso dell'ospedale di Terracina non riesce più a reggere i ritmi incessanti di lavoro causa carenza di personale e un medico decide di inviare due esposti alla Procura di Latina. E già, non ce la fanno più neanche loro, i medici, che con doppi e anche tripli turni devono garantire 24 ore su 24 il servizio di pronto soccorso del Fiorini che serve un bacino di utenza di oltre 140mila persone che nel periodo estivo raddoppia. Dalla Asl, però, non arrivano rinforzi e così il medico ha deciso di rivolgersi alla magistratura per sottolineare come siano a rischio non solo gli operatori ma i pazienti che arrivano nella struttura".

CORRIERE DELLA SERA Non va meglio nelle Maternità. **Il Corriere della Sera** (26/08/10) titola: "Gestanti in barella? Mancano ostetriche, occorrono concorsi". E scrive: "Personale che d'estate scarseggia, i concorsi per ostetriche cancellati d'improvviso. Posti letto tagliati - denunciano i sindacati - anche per via di ristrutturazioni dei reparti che durano più del previsto. Ecco perché d'estate è così difficile partorire nella Capitale. Dal San Camillo al Sant'Eugenio non c'è ospedale romano che non abbia problemi".

Una situazione davvero molto difficile su cui i media accendono i riflettori sin dall'inizio dell'estate, riprendendo gli appelli lanciati a più riprese dai rappresentanti della professione sugli effetti dell'imminente varo della manovra correttiva dei conti pubblici e delle contestuali misure circa l'età pensionabile delle donne dipendenti pubbliche.

Fa un certo scalpore, ad esempio, la "sveglia" fatta risuonare a metà estate dalla presidente nazionale Ipsavi con un suo intervento sul portale web della Federazione. **Italia Oggi** (20/07/10) lo registra titolando: "Infermieri: è allarme per 13.500".

"Circa 13.500 infermieri pronti a lasciare la professione per schivare le nuove regole sulle pensioni contenute nella manovra economica (dl 78/2010). E' questo l'allarme lancia-

to dall'Ipsavi sul portale di categoria. Scrive la presidente Annalisa Silvestro: 'Il nostro gruppo professionale deve interrogarsi sulle conseguenze della manovra e di alcuni importanti provvedimenti ad essa connessi, quali l'innalzamento dell'età pensionabile delle pubbliche dipendenti'".



Ospite della trasmissione televisiva di **RaiNews24** "Ippocrate" (20/6/10), il presidente del Collegio Ipsavi di Roma,

Gennaro Rocco, commenta così una delle misure più controverse della manovra economica, i 10 miliardi in meno di trasferimenti alle Regioni: "Per il personale sanitario la situazione è già molto problematica e con ulteriori tagli è destinata ad aggravarsi. Si parla di 200 mila gli operatori sanitari in meno nei prossimi due anni e mi chiedo come potrà essere assicurata l'assistenza sanitaria. In Italia abbiamo un gap di almeno 40mila infermieri, c'è il rischio concreto di tagli ai servizi. La difficoltà economica esiste, ma va razionalizzata". Su come fare aggiunge: "Riorganizzare con scelte coraggiose sull'ospedalizzazione e investimenti sul territorio. E con gli infermieri in prima linea. I codici bianchi del Pronto soccorso possono essere trattati a domicilio del cittadino o vicino casa sua. Alcuni modelli sperimentati all'estero ci indicano la strada: assistenza infermieristica domiciliare integrata, assistenza socio-sanitaria integrata, infermieri in farmacia, studi infermieristici associati. Una rete così può ridurre molto i ricoveri ospedalieri e gli sprechi".

La Regione Lazio è alle prese con il maxi debito sanitario. Fra decreti commissariali, impegni e tagli l'estate ribolle di proteste da parte degli operatori e dei sindacati e i media tengono desta la loro attenzione. **La Repubblica** (28/07/10) titola: "Precari e 118, battaglia in Regione". E spiega: "La seduta straordinaria del Consiglio regionale sulla sanità si apre con le trombette della Cgil, davanti alla Pisana per denunciare gli effetti dei tagli proprio alla sanità regionale. Tra i 'nodi' quello dell'Ares 118. Il sindacato descrive così la situazione aggravata dalle ferie: mancano 159 medici, 478 infermieri, 579 barellieri/soccorritori".

Il Messaggero (30/07/10) affonda il colpo sull'Ares 118 Lazio e in un'inchiesta ne denuncia sprechi e costi eccessivi. Gli operatori della postazione Ares 118 di via Treviso insorgono per primi. Invisano una dettagliata lettera alla redazione, al presidente della Regione Lazio e al direttore generale dell'Ares con la quale confutano punto per punto i dati e le conclusioni dell'inchiesta giornalistica. Fissano

qualche utile punto fermo: gli infermieri non sono paramedici; l'Ares 118 non c'entra nulla con il trasporto secondario svolto dalle diverse "Croci" private; una spesa media di cento euro per soccorso salvavita è più che accettabile; nell'ultimo Piano regionale l'Ares ha già subito forti tagli di budget; il terzo operatore in ambulanza è spesso indispensabile. E ancora il ruolo dei volontari e la querelle sugli straordinari "obbligatorî". Lamentano infine la scarsa attenzione dei media sui "miracoli" che gli operatori del 118 riescono a fare ogni giorno per garantire la vita dei cittadini.

Intanto a Milano si grida alla fuga dell'infermiere. **Il Giorno** (26/08/10) titola: "Stipendi da fame, grande fuga degli infermieri". Nel servizio si spiega: "Lasciano Milano alla volta del Canton Ticino dove un camice bianco su tre proviene dalla Lombardia". In una tabella vengono fissati i numeri che innescano il fenomeno: "Ottomila posti vuoti in regione e 4mila a Milano secondo Ipasvi, 2.700 posti vuoti in regione secondo il Pirellone, 1.300 euro lo stipendio medio di un infermiere, 2.500 euro la busta paga degli infermieri in Svizzera, 2.600 posti richiesti dalla Regione nei corsi universitari per infermieri, 1.700 posti assegnati dal Ministero, 120 euro l'incentivo agli infermieri per rinunciare al trasferimento in Svizzera".

IL GIORNO È sempre **Il Giorno** (26/08/10) a pubblicare un interessante spaccato dell'immigrazione infermieristica in Lombardia. "Ogni mese 50 diplomati extracomunitari si iscrivono all'Albo", titola il quotidiano milanese. E fornisce cifre e conclusioni: "Sono oltre 18 mila gli infermieri professionali lombardi. Di questi gli extracomunitari sono cinquecento, ma il numero del personale infermieristico non italiano è destinato ad aumentare. Ogni mese sono cinquanta gli infermieri extracomunitari che ottengono il riconoscimento del diploma ottenuto nel loro Paese e si iscrivono all'albo professionale. La gran parte sono peruviani, romeni, polacchi, in numero minore provengono da Egitto, India, e Filippine. Tutti sono in Italia con regolare permesso di soggiorno. Solo una piccola parte è residente all'estero, ma intende trasferirsi nel nostro Paese. Allo stato attuale, la gran parte di questi infermieri non comunitari operano in strutture private. Al solo San Raffaele ne sono assunti oltre un centinaio. Così com'è accaduto negli ospedali della vicina Svizzera, dove oltre il 50% del personale infermieristico non è cittadino elvetico, anche in Italia è determinante aprire le porte al personale non comunitario".

CIOCIARIA

Tornando al Lazio, **Ciocciaria Oggi** (26/08/10) riferisce di un altro "fenomeno" che sta a cuore agli infermieri: la mobilità negata. Il quotidiano del Frusinate titola: "Una sentenza che ha fatto rumore, gli infermieri ottengono il trasferimento". La vicenda riguarda un gruppo di colleghi del Cassinate in servizio a Roma. Si legge: "Il Tribunale di Roma ha accolto il ricorso presentato da diversi infermieri, bloccati dal mancato arrivo del nulla osta della Regione, negli ospedali romani, pur avendo i requisiti per chiedere ed ottenere il trasferimento presso l'ospedale di Cassino". E ancora: "Nel caso in esame, le Aziende sanitarie romane, a seguito della vicenda del blocco della mobilità del personale con il decreto commissariale Marrazzo, sebbene prima autorizzate, avevano negato il nulla osta al trasferimento. Con il ricorso avverso alla decisione, gli infermieri hanno ottenuto la condanna delle Asl ed il loro trasferimento".

Da un'aula del Tribunale di Milano arriva un'altra sentenza di tutto interesse per gli infermieri. Ne riferisce con un ampio servizio **Italia Oggi** (12/08/10), che titola: "In ospedale vince la trasparenza". L'occhiello recita: "Il Tar della Lombardia impone di consegnare i registri infermieristici e medici relativi a un paziente". Nel servizio spiega così gli estremi della vicenda: "L'interessato ha diritto di avere copia della documentazione relativa al registro delle consegne infermieristiche, alla turnazione dei medici, agli ordini di servizio del personale medico e infermieristico. Così ha deciso il Tribunale amministrativo per la Lombardia (sentenza, sezione III, Milano, n.3322 del 2 agosto 2010) accogliendo il ricorso del vedovo di una signora deceduta durante la degenza".

Fra ondate d'afa e nubifragi, i media si misurano perfino con la figura dell'infermiere eroe. Non capita spesso e l'attimo va colto. Due casi su tutti: una bimba nata in ambulanza dalla madre morta e l'infermiera "antistupro". Se ne occupano diffusamente quotidiani e tv. Sul primo caso **Il Corriere della Sera** (25/08/10) titola: "Il cesareo in ambulanza decisione eroica". Riporta le parole del primario di Terapia intensiva dell'ospedale di Como: "Noi abbiamo cercato di curarla al meglio. Ma la piccola deve la vita soprattutto all'eroicità degli operatori del 118 che hanno deciso di farla nascere sull'ambulanza mentre soccorrevano altri feriti in lotta tra la vita e la morte".

Sull'altro caso i media si scatenano: Sempre **Il Corriere della Sera** (21/08/10): "Tenta di stuprare un'infermiera".

Ma lei si libera con una mossa di judo". Si legge: "Un colpo al braccio, tanto forte da piegare il polso e costringere il suo aguzzino a mollare il coltello. Un'altra mossa poi per atterralo e metterlo definitivamente al tappeto. S'è difesa così un'infermiera filippina di 61 anni con la passione del judo da un tentativo di stupro avvenuto in un appartamento di via Ippodromo". Lo stesso giorno **La Repubblica** scrive: "Infermiera e cintura nera di judo blocca stupratore e lo fa arrestare". Il Giornale titola: "Tenta di violentarla, ma lei lo stende con una mossa di judo". E spiega: "L'anziana infermiera, esperta in arti marziali, ha messo al tappeto il cingalese che l'aveva aggredita. E poi l'ha fatto arrestare". Gli fa eco Libero: "Infermiera sessantenne esperta di judo. Tenta di stuprarla: lei è cintura nera e lo mette ko".

Ma dagli "infermieri-eroi" di oggi a quelli di un tempo ce ne corre!

L'estate 2010 ce lo ha ricordato segnando il centenario della morte dell'eroina per eccellenza della nostra professione, la sua stessa ispiratrice: Florence Nightingale. Molti gli articoli commemorativi pubblicati a ridosso della ricorrenza. Ne



citiamo uno per tutti, quello dato alle stampe da **Avvenire** (11/08/10) con il titolo: "E l'Angelo dei malati copiò le suore italiane". Si legge nel

servizio: "Se l'antica passione di assistere gli ammalati si è

elevata a dignità professionale nella persona di tanti benemeriti infermieri e infermiere, il merito è di una donna che fino a cento anni fa ha 'illuminato' il volto di tanti ammalati con il suo amore cristiano e la sua precisione lavorativa. Il 13 agosto è il centenario della morte di Florence Nightingale (spirò nel sonno), la fondatrice della prima scuola per preparare future infermiere, chiamata 'la signora della lampada' perché visitava i suoi pazienti armata di un lume: questa immagine è rimasta famosa tanto che compare sulla banconota da dieci sterline".

Infine, a margine di Sanit 2010 (*vedi focus*), da segnalare la lunga intervista che il periodico **Panorama della Sanità** ha dedicato al presidente Rocco, dal titolo un po' provocatorio: "Verso una sanità cittadino-cetrica".

"È un modello per noi concettualmente valido, sia in una realtà ospedaliera che territoriale - argomenta il presidente del Collegio di Roma -. I bisogni socio-sanitari della persona vanno valutati nella loro globalità. Il ruolo del medico è insostituibile, ma lo è anche quello dell'infermiere, del fisioterapista; ciò che conta è la valutazione di quale sia il bisogno del cittadino, e tutti noi professionisti dobbiamo avere l'umiltà di porci in una logica di servizio e non in una logica di potere".

IN PILLOLE

L'apnea notturna si batte a tavola

Il problema delle apnee notturne colpisce, negli Stati Uniti, circa 12 milioni di persone ed è correlato spesso ad ipertensione arteriosa e patologie cardiovascolari.

Dopo una serie di accurati studi, i ricercatori di sei atenei americani, guidati dal professor Gary Foster della Temple University (Usa), sono riusciti a dimostrare che perdere peso riduce le apnee. Per arrivare a questa considerazione, gli scienziati hanno monitorato 265 pazienti obesi con diabete di "tipo II", tra i 45 e i 75 anni. Tutti lamentavano un'apnea notturna severa.

Quindi, li hanno sottoposti ad una dieta, abbinata all'attività fisica.

Dopo un anno, i soggetti a dieta avevano perso circa nove chili ciascuno e il 13,6 % del gruppo aveva, addirittura, sperimentato una completa remissione dell'apnea notturna.

I risultati del test dimostrerebbero che, eliminando i chili in eccesso, si possono ottenere notevoli benefici per quanto riguarda il fenomeno delle apnee notturne e, di conseguenza, effetti positivi sulla salute cardiologica e sul benessere generale dei processi metabolici.

Ipasvi Cup 2010 Trionfa il Vannini!

Martedì 22 maggio 2010 si è conclusa la terza edizione del torneo di calcio a cinque riservato ad infermieri e studenti in Scienze infermieristiche, ed intitolato alla memoria degli indimenticati amici e colleghi Enrico Grassi e Luigi Patrizi.

Una finale molto equilibrata ha visto prevalere i ragazzi del M.G.Vannini per 1-0 contro i rappresentanti dell'Associazione Infermieristica Transculturale. Entrambe le compagini erano alla loro prima partecipazione, e certo non avrebbero potuto sperare di meglio che raggiungere la finalissima al primo tentativo.

Nella finale per il terzo posto il San Filippo Neri, campione uscente, ha sconfitto ai tempi supplementari il Cristo Re, che invece si era aggiudicato la prima edizione del torneo.

Un ringraziamento va comunque a tutte le squadre partecipanti, quest'anno ben 14, che con impegno e la giusta dose di agonismo si sono sfidate sui campi di Roma Nord (zona Ottavia) e Roma Sud (Casilina) rendendo ogni partita della competizione "tirata" e dall'esito incerto.

Le premiazioni, per il terzo anno consecutivo, hanno avuto luogo nel corso di Sanit, alla presenza del presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco.

Di seguito, riportiamo l'elenco dei premiati e l'albo d'oro del torneo, la cui quarta edizione inizierà in autunno. (vedi locandina)

Luigi Di Bartolomeo

Elenco delle squadre premiate

Prima classificata: M.G.Vannini
 Seconda classificata: Associazione Infermieristica Transculturale
 Terza classificata: San Filippo Neri

Capocannoniere: Marco Buffone (Cristo Re)
Miglior giocatore: Marco Buffone (Cristo Re)
Miglior portiere: Francesco Gallo (Cristo Re)
Premio fair-play: Bluenails Sant'Andrea

Albo d'oro

2008: Cristo Re
 2009: San Filippo Neri
 2010: M.G.Vannini

IPASVI CUP 2011

3° Memorial Enrico Grassi - Luigi Patrizi

Torneo di calcio a 5 riservato a squadre composte da Infermieri e studenti Infermieri.

Possibilità da parte di ogni squadra di iscrivere 2 giocatori non infermieri o studenti, comunque professionisti nell'ambito sanitario.

Inizio del torneo ad ottobre 2010 e svolgimento in due fasi.

- Prima fase: ottobre-novembre 2010
- Seconda fase: marzo-maggio 2011

Svolgimento del torneo su due campi (al raggiungimento di un numero minimo di 12 squadre).

Per informazioni sulle modalità d'iscrizione e sul regolamento contattare: Luigi (339.7326143 - ggdibba@libero.it).



Seventh Bridge

In piedi: Luca Pizzo, Gabriele Ardito, Sergio Del Monaco. *In ginocchio:* Francesco Rinaldi, Luca Laterza. *Altri giocatori:* Fabrizio Burgio, Mattia Tiberi, Marco Biancotti, Mirco Paternoster.



Associazione Infermieristica Transculturale

In piedi: Marcello Turi, Daniele Antonelli, Alessandro Stievano, Nasser Saidi Hajnyaz, Davide Valente. *In ginocchio:* David Ceci, Jacopo Centini. *Altri giocatori:* Nelson Albuquerque, Luis Albuquerque, Mir Mansour Mosallee, Matteo Persichelli, Francesco Biondi.



Bluenails Sant'Andrea

In piedi: Flavio Mastrodonato, Massimo Fanucci, Stefano Ciavatta. *In ginocchio:* Giovanni Baù, Giuseppe Carlucci, Antonio Casadidio, Andrea Martini. *Altri giocatori:* Stefano Ioni, Luca Tesoniero, Francesco Dalla Bernardina.



Aniarti

In piedi: Andrea Di Bari, Ludovico Contarini, Gianluca Salinaro, Nicolò Palazzolo. *In ginocchio:* Alessandro Sortino, Fabrizio Trovarelli. *Altri giocatori:* Federico Salvadei, Marco Rizzo.



Castelli Romani

In piedi: Daniele Roccia, Alessandro Garofolo, Salvatore Roccia. *In ginocchio:* Emanuele Kirileison, Emanuele Sileri. *Altri giocatori:* Giovanni Pagliarini, Roberto Roccia, Paolo Lestingi.



Aurelia Hospital

In piedi: Stefano Altomonte, Donato Martella, Giordano Maturilli, Simone Mercuri. *In ginocchio:* Fabio Rubino, Andrea Proietti, Francesco Rosolino. *Altri giocatori:* Fabio Caramelli, Enrico Rizzo.



Collegio di Roma

In piedi: Riccardo Pergolini, Mauro Galluccio, Maurizio Fiorda, Luigi Di Bartolomeo. *In ginocchio:* Mario Tiberi, Domenico Salvatori, Dario Di Tommaso.



Cristo Re

In piedi: Francesco Gallo, Marco Orsini, Graziano Faticoni. *In ginocchio:* Dario Dessi, Marco Buffone. *Altri giocatori:* Massimiliano Orsini, Daniele D'Agostino.



San Filippo Neri

Da sinistra: Federico Brughitta, Marco Carosella, Daniele Minni, Mauro Ficini, Gianni Danieli, Fabio De Reya. *Altri giocatori:* Fabio Marino, Valerio Cuccus, Gianpaolo Angelini.



M.G. Vannini

In piedi: Massimo Carbone, Emanuele Caratelli, Giovanni Carbone, Daniele Capri. *In ginocchio:* Giuseppe Di Vendra, Aniello Manzo, Stefano Liporace. *Altri giocatori:* Marco Scipioni, Giuseppe Manelfi, Damiano David, Pasqualino Minotti, Luca Patacchiola, Gianpaolo Tavani.



San Giovanni

In piedi: Fabio D'Agostino, Angelo Morelli, Giuliano Iori, Raimondo Grossi. *In ginocchio:* Paolo Mazzuca, Alessandro Vitale, Gaia Mancini. *Altri giocatori:* Francesco Frongillo.



Nursind

In piedi: Alessandro Paoletti, Massimiliano Di Biagio, Fabio Talucci, Sergio Ciciarelli, Paolo Lorizio. *In ginocchio:* Salvatore Di Gregorio, Yari Gitti, Bruno Gitti, Maurizio Carbonetti.



Sant'Andrea

In piedi: Alessandro Vigneri, Umberto Giudice, Marco Lozzi, Francesco Tricomi, Massimiliano Bellini. *In ginocchio:* Antonio Mattia, Roberto Franzellitti, Alberto Rocchi. *Altri giocatori:* Piero Nuccio, Antonio Bonfitto, Rossella Cocola.

Integrazione socio-sanitaria Un dibattito di grande attualità per il welfare italiano

I processi di riforma del welfare, in atto da diversi anni in Italia, hanno aumentato in modo significativo l'esigenza di integrare i servizi.

Uno degli snodi principali dell'integrazione riguarda il coordinamento e la collaborazione tra servizi sociali e servizi sanitari.

I settori sanitario e sociale hanno confini molto estesi e mutevoli; obiettivi, finalità, modalità di funzionamento ed attori di entrambi i settori sono, infatti, dinamici e, spesso, organizzati secondo modelli e pratiche professionali e lavorative diverse.

In Italia, in particolare, parlare di settore sanitario e di settore sociale significa fare riferimento ad ambiti molto frammentati e diversificati e fortemente condizionati dall'evoluzione delle normative e dei sistemi di welfare regionali e locali.

La diffusione di approcci multidimensionali alle patologie sanitarie e sociali che fanno emergere la natura pluridimensionale di molti problemi e la necessità, in una stagione di razionalizzazione e di crescenti ristrettezze economiche, di limitare le inefficienze dovute alla duplicazione degli interventi sociali e sanitari e, soprattutto, alla vaghezza con cui sono spesso definiti i confini tra i due campi di intervento.

L'emergere, infine, di una crescente sensibilità ed attenzione da parte dei cittadini e dei beneficiari dei servizi nei confronti della qualità e della completezza dei servizi che induce ad un aumento delle richieste e della pressione nei confronti di approcci olistici di diagnosi e presa in carico.

Un nodo importante da sciogliere è relativo all'identificazione degli attori che rappresentano il settore sanitario e quello sociale; un secondo contesto con cui l'integrazione sociosanitaria è chiamata al confronto è quello dei sottosistemi organizzativi e gestionali che compongono il settore sanitario e quello sociale; un terzo, importante contesto di riferimento dell'integrazione socio-sanitaria riguarda, infine, le modalità attraverso cui la collaborazione tra sociale e sanitario può divenire operativa.

La discussione su questo argomento è stata, fino ad oggi, molto ricca ma anche frammentata: questo volume si propone di fare una sintesi della situazione e di fornire le chiavi di lettura e gli elementi conoscitivi necessari per una trattazione analitica della tematica; costituendo uno strumento di grande interesse sia per decision makers e operatori dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, sia per studenti e persone che vogliono essere introdotte all'argomento.



Il volume si divide in sei sezioni: la prima ha carattere introduttivo; la seconda, si concentra sulla descrizione più dettagliata degli attori e dei livelli dell'integrazione socio-sanitaria; con la terza sezione si entra nel merito delle caratteristiche e modalità, e degli strumenti di attuazione dei diversi livelli dell'integrazione socio-sanitaria, soffermandosi sull'integrazione istituzionale; la quarta si prefigge di descrivere i meccanismi, gli strumenti e gli ambiti dell'integrazione gestionale; nel quinto, è analizzato e descritto gli strumenti, le modalità e le possibili,

principali dinamiche dell'integrazione professionale; nella sesta ed ultima sezione sono riportati alcuni approfondimenti tematici relativi a come funziona e a come può avvenire, in concreto, l'integrazione socio-sanitaria in alcune aree di intervento esemplificative.

Questi i temi trattati:

- definizione, principi e quadro normativo;
- gli attori e i livelli dell'integrazione socio-sanitaria;
- l'integrazione istituzionale;
- gli accordi di programma, la conferenza dei servizi e le convenzioni;
- la pianificazione;
- l'integrazione gestionale;
- la delega;
- il distretto socio-sanitario;
- il sistema informativo;
- i protocolli d'intesa;
- il lavoro d'equipe;
- il case management.

Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti e metodi a cura di Giorgio Bissolo e Luca Fazzi

Carocci Faber Editore (27,60 euro)

Il ricavato delle vendite del volume sarà interamente devoluto all'Ail

Metodologie e tecniche chirurgiche per infermieri di sala operatoria

Questo testo o meglio questa "antologia" di contributi offre un quadro di riferimento chiaro, semplice, trasparente, limpido ma nello stesso tempo esauriente sui protocolli e procedure di assistenza infermieristica in alcune tipologie di interventi chirurgici.

Nel primo contributo, "Sterilizzazione", si introducono gli aspetti salienti del confezionamento e delle prove a cui sottoporre i materiali da sterilizzare. Negli altri contributi, invece, sono elencate con chiarezza le tecniche, i tempi, le metodologie per differenti interventi chirurgici che vanno dalla chirurgia e chirurgia urologica, alla ginecologia e uro ginecologia, all'ortopedia, all'otorino, all'oculistica per finire con la cardiologia. Molto interessante è anche la parte finale che descrive lo strumentario utilizzato nei vari interventi chirurgici descritti in precedenza.

Da questa breve introduzione emerge con chiarezza la bontà del progetto editoriale che vede tra i suoi autori e curatori profes-



ni competenti delle sale operatorie del San Carlo di Nancy - Gruppo Idi Sanità.

Il libro assume una valenza ancor più speciale e piena di valori etico-morali se pensiamo che tutti i proventi saranno destinati all'associazionismo di solidarietà. Con questo testo si rende comprensibile il grande lavoro svolto da colleghi e altri operatori sanitari preparati che hanno aiutato migliaia di persone nel loro difficile cammino di salute nei momenti più critici della loro vita.

Il volume (208 pagine) è edito direttamente dall'Idi e viene venduto al prezzo di 20 euro, che saranno devoluti ad una Onlus.

Per informazioni e acquisti: 349.7828050

Alessandro Stievano

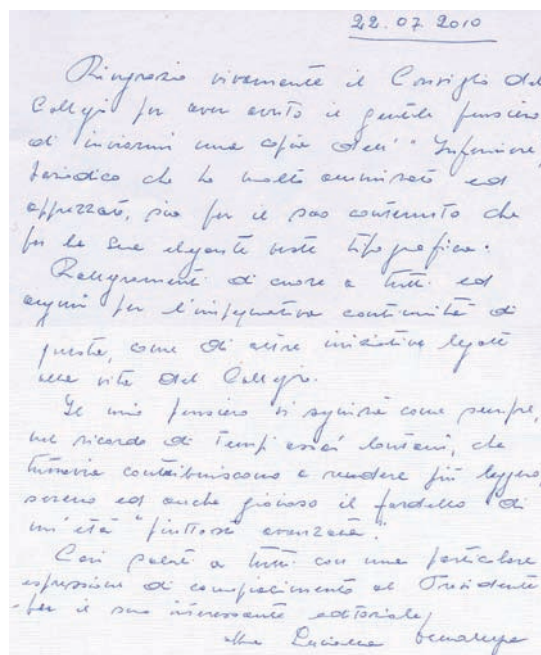
Un prestigioso plauso per la rivista "Infermiere Oggi"

È una lettera di congratulazioni che ha rallegrato particolarmente la redazione e il Collegio tutto, quella pervenuta a inizio agosto a firma di **Luciana Demanega**, storica presidente della Federazione nazionale Ispasvi dal 1967 al 1982.

La missiva, datata 22 luglio, è stata scritta di getto, a mano, dalla Demanega dopo aver ricevuto presso la sua residenza di Trento alcune recenti copie del nostro periodico.

Un lavoro che è stato ritenuto molto valido, dall'alto di un'esperienza decennale e di una consolidata appartenenza al Collegio di Roma.

Ecco alcuni passaggi della lettera: "Ringrazio vivamente il Consiglio per aver avuto il gentile pensiero di inviarmi una copia del periodico che ho molto apprezzato, sia per il suo contenuto che per la sua elegante veste grafica. [...] Il mio pensiero vi seguirà come sempre, nel ricordo di tempi assai lontani, che tuttavia contribuiscono a rendere più leggero, sereno ed anche gioioso il fardello di un'età piuttosto avanzata!".



La responsabilità dell'infermiere nella somministrazione del farmaco

Il Tar (Tribunale amministrativo regionale) della Toscana è il giudice di primo grado che si è occupato del caso di una Asl che, con alcuni ordini di servizio, aveva ordinato ad alcuni suoi dipendenti non infermieri (e neppure con qualifica di infermieri generici) di procedere alla somministrazione di farmaci per via orale ai "dimoranti" presso il Centro diurno di socializzazione per disabili dell'Azienda ove si svolgono attività di riabilitazione, socializzazione e integrazione di soggetti disabili. I farmaci sarebbero comunque stati somministrati a fronte di prescrizione del medico e di autorizzazione dei familiari. Tra le varie difese della Asl (per come sono state riferite in sentenza), questa mi risulta piuttosto ostile: "la somministrazione dei farmaci per via orale, non accompagnata da alcuna attività curativa, non rientra nelle competenze specifiche dell'infermiere professionale ma dell'infermiere generico, il quale non abbisogna di una specifica prescrizione medica per la somministrazione dei farmaci prescritti".

Mi risulta ostile anche perché, oltre al tentativo confuso di distinguere la somministrazione di farmaci dalla cura del malato, i soggetti cui era stato ordinato di somministrare farmaci non erano neppure infermieri generici (che, lo ricordiamo, nel profilo hanno tra le competenze anche quella di somministrare di farmaci).

Il Tar respinge le difese dell'Asl in considerazione del fatto che in relazione alla finalità del Centro (la socializzazione e integrazione) ed allo stato anormale dei destinatari dei servizi (trattasi di soggetti con disabilità) e trattandosi di somministrare medicine che la sentenza definisce "particolari" e cioè antiepilettici, cardiotonici psicofarmaci.

Secondo il giudice, infatti, la valutazione del momento della loro somministrazione richiede sicuramente una qualificazione oltre che una esperienza professionale, per cui tale somministrazione che hanno gli infermieri, mentre è del tutto estranea ai compiti di personale con qualifiche diverse.

La sentenza del Tar viene impugnata dalla Asl ed è decisa dal Consiglio di Stato, giudice di secondo grado che, con la sentenza del 9 marzo 2010 n. 1384, anch'esso respinge ogni difesa dell'Asl.

Il Consiglio di Stato pone l'accento sul fatto che il Centro socio-riabilitativo in questione, pur non essendo una struttura sanitaria in senso stretto, si occupa comunque di soggetti che per la loro disabilità versano in uno stato anormale. Quindi **la somministrazione di farmaci antiepilettici, cardiotonici psicofarmaci "richiede la valutazione del momento della loro somministrazione e perciò una qualificazione oltre che esperienza professionale non posseduta" da coloro**

cui era stato ordinato di procedere alla somministrazione dei suddetti farmaci.

Secondo il Consiglio di Stato è irrilevante che il Centro in questione non abbia carattere sanitario in quanto per la somministrazione di questa tipologia di farmaci agli ospiti del Centro comporta l'esigenza di una valutazione delle condizioni della persona al momento della somministrazione per cui tale atto può essere svolto solo da personale infermieristico che è l'unico che abbia i requisiti di professionalità e di esperienza. Questa statuizione del Consiglio di Stato è importante perché conferma due aspetti della professione infermieristica che abbiamo sempre sottolineato.

Il primo è che l'infermiere non è un esecutore acritico della prescrizione diagnostica o terapeutica. L'infermiere "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche" e questo obbligo di garanzia è un obbligo diretto verso il malato e vincola l'infermiere ad un comportamento che è quello di conoscere il progetto diagnostico e terapeutico e di adoperarsi affinché questo sia attuato al meglio.

Anche il Codice deontologico si pone su questa linea dove,





all'articolo 3, afferma che: *“La responsabilità dell’infermiere consiste nell’assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo”*; all'articolo 22, afferma che: *“L’infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l’assistito”*; e all'articolo 20 afferma che: *“L’infermiere ascolta, informa, coinvolge l’assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell’esprimere le proprie scelte”*.

L'aspetto dell'esperienza, se vogliamo, è quello meno codificato.

L'articolo 1 della legge n. 42 del 1999, nel delineare i criteri di definizione dell'autonomia e della responsabilità dell'infer-

miere, si riferisce, come è noto, al profilo professionale, al codice deontologico e alla formazione base e post base.

Il Consiglio di Stato distingue espressamente la “qualificazione” dell’infermiere dalla sua esperienza.

Ora, mentre la qualificazione si può intendere come il suo status di soggetto abilitato, l'esperienza deve essere intesa, invece, come “professionalità” in senso ampio e non solo come “esperienza sul campo”. La professionalità dell’infermiere la rileviamo bene sempre nel codice deontologico che impone all’infermiere di orientare sempre l’assistenza al bene dell’assistito (art. 7); all’obbligo di agire con prudenza e di non nuocere (art. 9); l’obbligo di fondare il proprio operato su conoscenze valide e ag-

giornate e sulla ricerca (artt. 11 e 12); la capacità di assumersi le responsabilità in base al proprio livello di competenza (art. 13).

Appare chiaro che l'esperienza cui fa riferimento la sentenza in commento è proprio questa e il “livello di competenza” è dato dalla capacità dell’infermiere di prestare la migliore assistenza, di valutare il progetto diagnostico e terapeutico e di capire/valutare le condizioni del paziente proprio nel momento in cui si sta compiendo l’atto terapeutico.

Mi fa piacere quindi aver segnalato questa sentenza che pone un piccolo tassello alla comprensione della professione infermieristica e aiuta a capire quanto il codice deontologico sia all'avanguardia su questo punto.

Avv. Alessandro Cuggiani

La febbre del dispositivo “mobile” e l’infermieristica

Speso abbiamo considerato questa rubrica come l’infermieristica legata ad internet, ed alle informazioni che si possono recuperare o condividere.

Come è vero che abbiamo spesso considerato internet come fruibile solo attraverso il computer. Ora, con la sempre maggior diffusione di telefoni cellulari sempre più sofisticati, dai palmari ai pocketPC, si rende necessario rimodulare il concetto statico a favore delle nuove tecnologie. Allo stato attuale, tre sono le piattaforme che si contendono il mercato, e di conseguenza anche il nostro interesse, in quanto più diffuse e fruibili: **Android** (telefoni con Sistema operativo do Google), **Apple** (iPhone ed iPad con Sistema Operativo iOS) e **Windows Mobile** (telefoni con Sistema Operativo omonimo). Ad eccezione di Apple, per le altre piattaforme potete scegliere modelli differenti di telefono. In questo numero ci occupiamo parzialmente di Apple ed iPhone/iPad, con applicazioni testate appositamente per i lettori.

PUBMED

PUBMED ON TAP è una applicazione gratuita che permette la consultazione di Medline/Pubmed con tutte le referenze annesse: gratuita (versione LITE), ma limitata alla visualizzazione di soli dieci record. Per la versione “full”, bisogna acquistare la versione completa al costo di 2 euro e 39 centesimi. La stessa cosa vale per PUBSEARCH e la versione PLUS (2.99 euro, ma con i link ai full text). E’ una risorsa dal valore inestimabile per chi accede periodicamente a questa famosa banca dati, visto il costo irrisorio “una tantum” dell’applicazione full. Da avere.

EPOCRATES

Il servizio gratuito si chiama Epocrates Rx Free, e consente la ricerca in uno dei database più famosi e fruibili al mondo: prerogativa essenziale è la ricerca dei principi attivi farmacologici, le interazioni conosciute, la ricerca delle pillole/comprese attraverso la forma - il colore - la consistenza... il colesterolo (attraverso l’applicazione collaterale STAT CHOLESTEROL, gratuita). Non da meno le funzioni di ricerca per patologie e infezioni, che offre ulteriormente anche tabelle riassuntive con indicazioni terapeutiche e di posologia. Per professionisti, disponibili pacchetti avanzati a partire da 99 euro/anno.

BLACKBAG

Letteralmente, nella “borsa nera”, troviamo un news reader, ovvero un aggregatore di news RSS online, comodo e di buona lettura. Si parte con le news tematiche da scegliere (nursing, emergency medicine, psychiatry, surgery, ecc...) e subito l’applicazione comincia a scaricare dal web i record minimali delle notizie aggregate nell’ambito desiderato. Se interessati agli articoli, con un semplice click si accede all’articolo comprensivo di abstract. Per avere articoli di alto impatto scientifico, in full text, talvolta è richiesto un pagamento aggiuntivo di qualche euro, ma non è la norma. Disponibili, sempre gratuitamente, anche media come video ed audio.

ESP Mobile (<http://profinf.net>)

“Emergency Solutions in Pain”, applicazione rigorosamente e completamente gratuita, offre aggiornamenti scientifici dal mondo della ricerca sulla gestione del dolore. Riservato quasi esclusivamente a professionisti sanitari, espressamente citati gli infermieri. Da annoverare, la possibilità di ascoltare una radio online tematica sull’argomento.

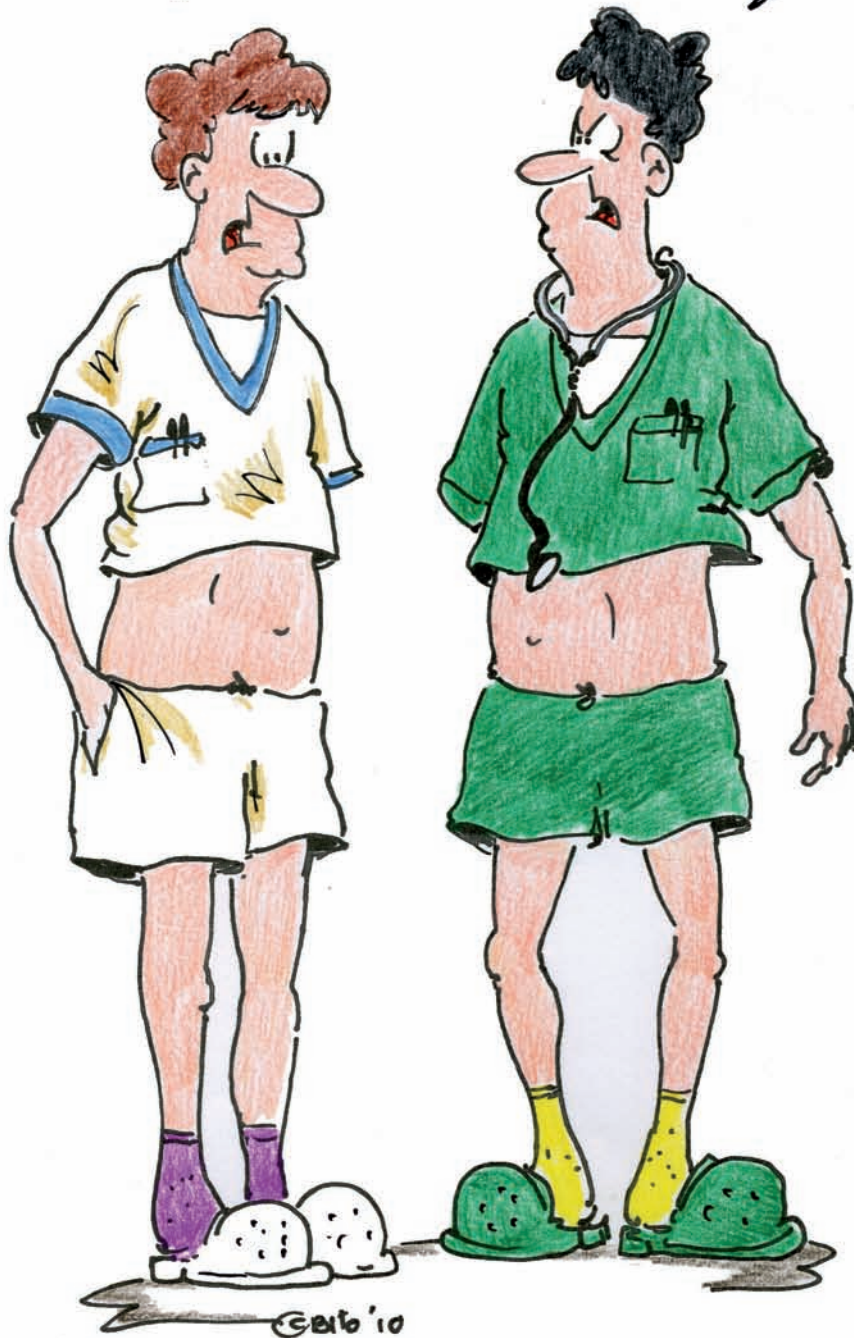
Se volete segnalarci applicativi per iPhone, Android o Windows Mobile inerenti all’infermieristica ed alla medicina, contattate direttamente l’autore via email.

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



GLI INFERMIERI NON POSSONO PIÙ
ESSERE I SOLI A PAGARE IL
PREZZO DELLA CRISI!

NON POSSIAMO FARCI
TAGLIARE PIÙ NULLA!



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.

III Congresso Nazionale AIT

27 novembre 2010

Hotel Villa Carpegna
Via Pio IV,6 (Villa Doria Pamphili)
Rome (Italy)

DIGNITÀ DELLA PERSONA UMANA E ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Con il patrocinio di

Associazione Italiana Sociologia • Istituto Nazionale per la
Promozione della Salute, delle Popolazioni Migranti ed il
contrasto delle malattie della Povertà (INMP) • Associazione
Medici di origine straniera in Italia • Società Italiana di
Medicina delle Migrazioni