INFERMIERE oggi

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

N°4

EDITORIALE
Un coraggioso colpo di reni in stile hollywoodiano

FOCUS
Il terzo congresso nazionale dell'Ait

CONTRIBUTI
Il tirocinio clinico e il tutoring: indagine descrittivo-osservazionale comparativa sulla qualità percepita

DAL COLLEGIO
Tre lettere aperte alla presidente Polverini

Anno XX - N. 4 - ottobre/dicembre 2010 - Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro. Poste italiane SpA - Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in. L. 27/02/2004 n°46) art.1. comma2. DCB Roma

ISSN 2037-4364

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. 4 - OTTOBRE-DICEMBRE 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: dicembre 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 **Un coraggioso colpo di reni in stile hollywoodiano**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

3 **Il tirocinio clinico e il tutoring: indagine descrittivo-osservazionale comparativa sulla qualità percepita**
di Vanna Centomini, Stefano Di Carlo, Emanuele Spinelli

11 **L'approccio infermieristico alla misurazione di *utilities e preferences* nel trattamento riabilitativo nel paziente parkinsoniano: *Time Trade Off e Standard Gamble***
di Domenico Savatori, Roberta Gianferro, Teresa Compagnone, Giuseppina Carovillano

16 **Infezioni ospedaliere: formati e in-formati**
di Eduardo Mazza

22 **Il *boonding* in terapia intensiva neonatale**
di Francesca Plaja, Maria Cannovo

25 **Gestione infermieristica degli strumenti e dell'ambiente post-broncoscopia**
di Valentina Di Giacomo, Carmen Sasso, Estibaliz Solarzano

28 **L'efficacia della ventilazione non invasiva sulla qualità della vita dei pazienti affetti da Sla**
di Serena Valle

32 **L'esame clinico-pratico degli studenti in Infermieristica Sintesi dell'esperienza condotta presso il Centro Idi-Irccs di Roma**
di Claudia Uras, Donatella de Lisi, Gennaro Rocco

36 **Indagine conoscitiva tra i giovani di una scuola superiore Valutazione dei risultati**
di Alessandro Porri

FOCUS
A Roma il terzo congresso nazionale dell'Associazione Infermieristica Trasculturale

44 **Dignità della persona umana e assistenza infermieristica**
46 **"In un Paese sempre più vecchio e multietnico crescerà il fabbisogno infermieristico"**
48 **Stranieri, risorsa per l'Italia**
50 **Centro di Eccellenza, le attività di ricerca e formazione entrano nel vivo**

DICONO DI NOI

51 **Ci lasciamo alle spalle "il solito autunno caldo"**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

55 **Tre lettere alla Polverini sul rischio di misure penalizzanti per la professione**
58 **Nasce Ailpi, l'associazione degli Infermieri Liberi Professionisti**

LETTO PER VOI

59 **Introduzione alla sociologia della salute**
60 **Alla scoperta dell'articolo 32**

L'AVVOCATO DICE

61 **"Il collegato" e le modifiche all'organizzazione del lavoro infermieristico**

INFERMIERI IN RETE

63 **La febbre del dispositivo "mobile" e l'infermieristica (seconda parte)**

Un coraggioso colpo di reni in stile hollywoodiano

di Gennaro Rocco

Come nei film d'azione dal finale hollywoodiano: il protagonista in bilico sul precipizio guarda giù e da quello sguardo spaventato trova l'ultima energia per il colpo di reni che lo salva. Lo scenario che il nostro sistema sanitario ha davanti è un po' così. Serve uno scatto robusto e coraggioso per salvarlo. Certo, il lieto fine non è così scontato come nei film. Perciò bisogna impegnarsi. Bisogna farlo davvero e tutti.

La difficilissima crisi economica e politica del nostro paese, la condizione dei conti sanitari della Regione Lazio e le misure programmate per arginare il debito, ci prospettano ancora momenti molto difficili. Eppure, al contempo, possono offrirci un campo inedito d'azione, un terreno tutto nuovo dove riorganizzare l'intera rete assistenziale su basi diverse, più vicine alle esigenze di salute dei cittadini, più efficienti ed efficaci.

Cogliere l'occasione significa allora dare quel colpo di reni. Forse siamo all'ultima spiaggia. Gli infermieri lo affermano da tempo, inascoltati. Ma ora sono gli eventi stessi, prevedibili e infatti previsti, a darci manforte. Non c'è altra strada che quella di una rivisitazione generale dell'erogazione delle prestazioni sanitarie agli utenti. Salta il principio che ha sempre regolato il nostro sistema: non più le strutture sanitarie come luoghi che determinano le prestazioni ma il cittadino finalmente al centro dei servizi. Non si tratta di una formula astratta ma di esempi concreti già realizzati all'estero e sperimentati con successo anche in Italia.

Lo avevamo previsto e propugnato tempo fa, indicando in una sanità più prossima e penetrata nel territorio la via giusta per fornire servizi migliori ai cittadini. Gli ospedali organizzati per complessità dell'assistenza o per intensità di cura; lo sviluppo di un sistema *hub-spooke* che attraverso una raggiera di servizi territoriali è in grado di intercettare sul nascere la domanda di salute. E' quanto di meglio le esperienze internazionali ci mostrano per contenere i ricoveri ospedalieri, abbatterne la spesa e umanizzare l'assistenza con ottimi risultati sul piano clinico ed epidemiologico.

Finalmente l'idea di riorganizzare la rete dei servizi sanitari secondo nuove logiche comincia a prendere piede in tutta Italia e anche il Piano di riordino sanitario della Regione Lazio, proprio in questa chiave, prevede l'attivazione delle Udi, le Unità di Degenza Infermieristica.

L'occasione è concreta ed è frutto di una congiunzione storica del tutto favorevole. La necessità di ribaltare un sistema tradizionalmente "ospedalocentrico" e "medicocentrico" come il nostro si sposa perfettamente con la straordinaria stagione di crescita e di sviluppo dell'Infermieristica. Ne scaturisce un professionista che ha competenze, conoscenze e caratteristiche sempre più affinate e qualificate, una figura che si fa carico di maggiori responsabilità tecniche, giuridiche e umane e che attende ancora un riconoscimento di pari livello sotto il profilo economico e della carriera. Questo sì che è uno scandalo!

Anche la diatriba che nelle ultime settimane si è accesa fra alcuni Ordini provinciali dei medici e le Regioni Emilia Romagna e Toscana che, fra le prime in Italia, hanno normato sistemi innovativi di assistenza e di soccorso, conferma che il sistema procede comunque nella direzione che da sempre gli infermieri indicano.

Il *casus belli* è rappresentato dai programmi avviati in alcune strutture ospedaliere dalle due Amministrazioni Regionali in base a linee guida o protocolli approvati dai rispettivi Assessorati: il progetto "*See & Treat*" in Toscana; i programmi *"Perimed"* in Emilia Romagna, i percorsi cosiddetti *"Fast track"* sperimentati in Friuli ed in altre regioni d'Italia *(le schede sui tre progetti in questione sono riportate a pagina 64)*. Queste sperimentazioni introducono l'utilizzo avanzato della risorsa infermieristica nei servizi di emergenza e in fase preoperatoria, delegando espressamente all'infermiere la gestione di processi e la messa in atto di interventi che peraltro il Profilo professionale, poi recepito dalla nota legge 42/99, ci riconosce fin dal 1994, definendo l'assistenza infermieristica di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa e dotandola di autonoma responsabilità professionale.

Lo stesso sistema attuale dell'emergenza-urgenza attribuisce al personale infermieristico qualificato il compito di intervenire con atti assistenziali curativi e salvavita ma anche di inquadramento diagnostico, come ormai di uso comune con il triage al Pronto Soccorso. Ciò, ovviamente, a condizione che il professionista abbia una formazione specifica e agisca in base ai protocolli operativi definiti congiuntamente con i colleghi medici.

Eppure le sperimentazioni avviate in Toscana ed Emilia Romagna hanno suscitato reazioni risentite e polemiche, fino a scomodare le

Procure della Repubblica di Bologna e di Firenze con un esposto dell'Ordine dei medici di Bologna che ipotizza addirittura "l'esercizio o il concorso nell'esercizio abusivo della professione medica" a carico delle due Regioni per via degli infermieri, tutti selezionati e specificamente formati, impegnati nei tre programmi. Si è arrivati a parlare di "esondazione" della pratica infermieristica in campo medico, di "tracimazione" di ruoli e competenze dell'area medica e di possibili effetti di natura penale (*la rubrica "Dicono di noi" ne riferisce in questo numero*).

Gli stessi Ordini regionali dei medici hanno mostrato al loro interno posizioni diverse sulla vicenda, segnatamente contrastanti. C'è chi si arrocca su posizioni corporativistiche gridando alla lesa maestà e chi guarda con pragmatismo alle esperienze maturate ormai da anni in Gran Bretagna e in altri Paesi a sanità avanzata, in un'ottica, quella che preferiamo, di una sinergica interazione tra la figura medica e quella infermieristica. Oggi la formazione degli infermieri, specie in settori cruciali come quello dell'emergenza, ha raggiunto livelli rilevanti e si concretizza in azioni responsabili e integrate con gli altri componenti dell'équipe, primi fra tutti i medici.

Non vogliamo entrare nel merito della querelle che vede contrapporsi i medici e i loro organismi rappresentativi più direttamente interessati. Pensiamo che in questo momento non sia giusto e dunque non lo faremo. Osserviamo semmai che la professionalità e le capacità sviluppate dagli infermieri in termini di qualità e appropriatezza delle prestazioni sono ampiamente apprezzate dai cittadini, dalle istituzioni e pure dalla gran parte dei medici. Gli esempi positivi che ogni giorno arrivano dall'organizzazione del Servizio 118 e dall'esperienza del triage in Pronto Soccorso spiegano che è possibile spingere il livello di integrazione fra infermieri e medici ben al di là di quanto non accada oggi in molti ambiti sanitari.

Siamo consapevoli che la buona sanità non è una caratteristica medica ma organizzativa. Da molti anni ormai (per legge dal 1999), la nostra professione ha perso l'inadeguato appellativo di "ausiliaria" per diventare una vera "professione sanitaria", completa e autonoma. Noi infermieri siamo pienamente proiettati nella logica del servizio al cittadino e crediamo fermamente nel possibile miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni. Non vogliamo chiuderci in una sterile difesa dei nostri ambiti professionali né tantomeno rivendicare competenze altrui. Piuttosto, ci sentiamo parte integrante di un progetto complessivo socio-sanitario per la salute. E ci attendiamo, questo sì, che anche tutte le altre figure professionali coinvolte si adeguino e collaborino.

Questa grande coesione e chiarezza di intenti gli infermieri l'hanno mostrata in tutte le sedi e in ogni occasione. Anche dai lavori dell'ultimo Consiglio Nazionale straordinario della Federazione Ipasvi, convocato a Bologna proprio sul caso sollevato dall'Ordine regionale dei medici emiliano, è giunta l'indicazione unanime a non alimentare lo scontro con i rappresentanti della professione medica, almeno fino a quando la vicenda rimarrà confinata all'interno di quella categoria, nell'ambito di un confronto fra posizioni che riteniamo anzi salutare per gli stessi medici.

Noi infermieri abbiano la presunzione di poter dire che ci siamo messi in gioco già da molto tempo. Che oggi lo facciano anche i medici, non ci dispiace affatto. Se fra questi finiranno col prevalere le logiche corporative e le "solite" resistenze al cambiamento, vorrà dire che tutta la sanità avrà perso l'occasione storica per evolversi in sistemi più appropriati e più vicini alle esigenze dei cittadini. Auspichiamo che non sarà così e comunque non ingaggeremo "guerre di religione" con altre categorie professionali.

Con i medici vogliamo e dobbiamo andare d'accordo perché lavoriamo gomito a gomito ogni giorno. E' il nostro senso di responsabilità ad imporcelo. Quindi, se dibattito deve esserci ci sia pure. Quel che non potremmo sopportare è un nuovo attacco all'autonomia della nostra professione, conquistata con i denti a prezzo di grandi sacrifici e che con la stessa grinta siamo determinati a difendere fino in fondo. Non solo e non tanto per difendere i nostri interessi quanto quelli di tutta la comunità.

Il tirocinio clinico e il tutoring: indagine descrittivo-osservazionale comparativa sulla qualità percepita

di Vanna Centomini, Stefano Di Carlo, Emanuele Spinelli

ABSTRACT

Il tirocinio clinico associato al sistema tutoriale rappresenta l'elemento formativo essenziale affinché lo studente si avvii al completamento della propria figura professionale.
Proprio in virtù della grande importanza attribuitagli è necessario rilevare, mediante un'indagine descrittivo-osservazionale-comparativa, la qualità percepita del tirocinio clinico infermieristico presso l'Aco San Filippo Neri, comparando il punto di vista di infermieri e studenti.
Questo studio è stato effettuato mediante l'utilizzo di un questionario somministrato sia agli studenti che agli infermieri, ed è diretto ad esplorare gli aspetti relativi all'accoglienza dello studente in reparto, all'attività tutoriale ed alle relazioni infermiere/studente/ degente.

INTRODUZIONE

Il tirocinio

Il termine tirocinio indica un'esperienza pratica presso un'azienda la cui durata varia nel tempo, il cui scopo è orientare e formare il tirocinante per una specifica professione.

Il tirocinio nei settori dell'infermieristica rappresenta, in sinergia con la parte teorica, l'elemento formativo determinante, poiché costituisce la principale occasione per l'acquisizione delle competenze pratiche specifiche.

Il tirocinio consente allo studente di applicare le conoscenze apprese durante i percorsi teorici; di sviluppare capacità decisionali; ampliare le capacità cognitive; acquisire competenze relazionali col paziente e con l'equipe; integrare la teoria con la pratica.

Purtroppo oggi, a causa di molteplici fattori (fra cui: la ristrettezza delle risorse e lo scarso interesse a strutturare un tirocinio con requisiti corrispondenti alle esigenze formative dello studente), spesso si evidenzia una discrepanza tra ciò che viene insegnato nella teoria e ciò che viene poi svolto nella pratica clinica, con conseguente compromissione del percorso formativo.

Tutto ciò incide negativamente la qualità formativa dello studente: si rende necessario, quindi, integrare la teoria con la pratica, entrambi aspetti essenziali di un'unica filosofia.

Il tutor clinico può essere la soluzione che colma il *gap* tra teoria e pratica/tirocinio.

Il tutoraggio

Si comincia a parlare della figura del *tutor* nell'ambito universitario nel 1980 con Dpr n.382, mentre, successivamente, con la Legge del '90 n.341, art. 13, venne stabilito l'obbligo, per le università, di istituire un Sistema di Tutoraggio.

Nel campo infermieristico, si distinguono due importanti tipologie di figure tutoriali:

1. il *tutor* didattico, ovvero una persona che può avere compiti relativi alla formazione universitaria dello studente, altresì, può svolgere e pianificare corsi nonché organizzare alcune lezioni di base nel campo infermieristico;
2. il *tutor* clinico che ha la funzione di formazione dei discenti in ambito clinico e la responsabilità di infondere concetti generali assistenziali.

Il tutor clinico si interessa della persona nella sua totalità: valuta le sue conoscenze teoriche ed aiuta lo studente ad acquisire le abilità pratiche e le competenze affettive e relazionali.

Questa figura, quindi, non solo è capace di infondere abilità e contenuti al tirocinante, ma è persona attenta nel dimostrare come sapersi relazionare col paziente, evidenziando l'efficacia del proprio intervento infermieristico come processo non casuale, ma frutto di un ragionamento clinico.

Il *tutor* trasmette i principi base della pratica clinica, caso per caso; analizza quali sono le evidenze scientifiche che lo spingono a compiere un intervento infermieristico anziché un altro; si relaziona anche su problemi etici che possono attuarsi nella pratica clinica e tende a far sviluppare, nello studente, un senso critico finalizzato alla crescita continua.

Affinché il discente acquisisca tali competenze, è fondamentale che l'organizzazione universitaria non trascuri il momento d'insegnamento pratico, sostenendolo attraverso il *tutoring* e promuovendo un sistema di valutazione e miglioramento continuo della qualità dello stesso che può essere realizzato monitorando, in modo continuativo, i processi ed i risultati ottenuti.

In quest'ottica di miglioramento, si è deciso di misurare la percezione della

qualità del tirocinio clinico e le applicazioni della figura del *tutor* clinico, prima dell'introduzione di quelli dedicati e appositamente formati, esplorando sia il pensiero degli studenti che degli infermieri in 26 Unità operative dell'Aco San Filippo Neri di Roma.

Lo studio quindi si prefigge due scopi:

1. fornire una panoramica generale riguardante la "percezione dello standard qualitativo del tirocinio clinico infermieristico";
2. valutare la percezione dell' "utilità del *tutor* clinico in reparto".

STRUMENTI E METODI

Disegno della ricerca

Per questo studio è stata adottata un'indagine descrittivo-osservazionale comparativa.

Ambito della ricerca

La ricerca è stata effettuata presso il San Filippo Neri di Roma, all'interno di 26 Unità operative, di cui dieci di "area critica" e 16 di "degenza".

Campione

Questo studio è stato condotto su due campioni di convenienza: uno, costituito da 99 infermieri del San Filippo Neri (pari al 20% della popolazione studiata) e l'altro, da 91 studenti del I-II-III anno del corso di laurea in Infermieristica presso l'università Cattolica del Sacro Cuore (pari al 91,9% della popolazione studiata).

Strumenti

Il questionario in argomento era già stato sperimentato e, dall'anno accademico 2005/2006, utilizzato per valutare sistematicamente la qualità del tirocinio infermieristico presso l'università di Tor Vergata-sede di Ostia (di cui si ringrazia la dottoressa Teresa Compagnone, allora direttore di sede, per la cortese concessione).

Al questionario è stata allegata una lettera di presentazione in cui, oltre ringraziare l'utente per la collaborazione, vengono indicati la qualifica professionale del ricercatore, lo scopo del questionario e la garanzia dell'anonimato.

Il questionario (allegato 1) è articolato in due parti:

1. La prima parte è costituita da 15 *item* costruiti per valutare la qualità percepita del tirocinio clinico.

Ogni criterio presente nel questionario è stato valutato con una scala Likert che i soggetti indagati utilizzavano per indicare la frequenza con cui ritenevano che il comportamento preso in esame si fosse verificato.

Le risposte possibili erano: "sempre"; "spesso"; "raramente", "mai" e "non applicabile"(n.a.), a cui stato attribuito un valore numerico:

"sempre"=6; spesso=4; raramente=2; mai=0 e n.a.=0

Il n.a. è un'opzione utilizzata nel caso in cui la procedura non fosse presente o eseguita nell'Unità operativa oggetto di indagine.

È stato stabilito pure che, in base alla media dei valori ottenuti, la qualità percepita del tirocinio verrà qualificata come:

0<inadeguato<=2<parz. adeguato<=4 <adeguato<= 6

2. La seconda parte, invece, è costituita da tre domande che mirano a valutare l'utilità del *tutor* clinico in reparto e quali siano le caratteristiche più importanti che tale figura professionale dovrebbe possedere.

La somministrazione del questionario è avvenuta, per gli studenti, alla fine del periodo di tirocinio programmato nel mese di maggio; per gli infermieri, nel periodo compreso fra il 19 maggio e l'8 agosto 2009.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Per quanto riguarda l'età degli infermieri essa risulta compresa fra i 21 ed i 60 anni; l'età media è di 41anni; la mediana, 40 e la moda, 39. (Grafico 1). L'anzianità media di servizio, invece, è di 15 anni, così come moda e mediana. (Grafico 2).

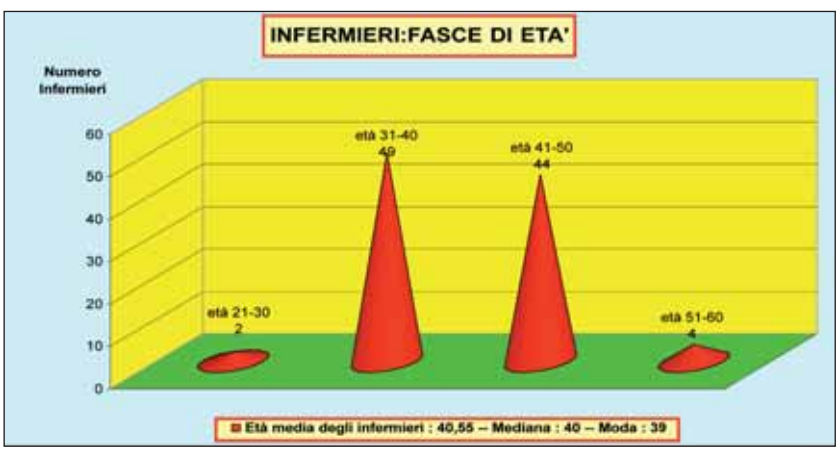


Grafico 1 - Classi di età degli infermieri

Grafico 2 - Anzianità di servizio degli infermieri

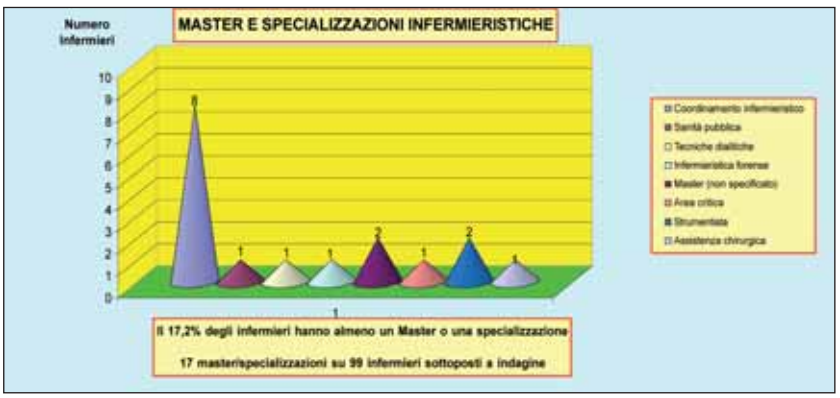


Grafico 3 - Formazione complementare degli infermieri

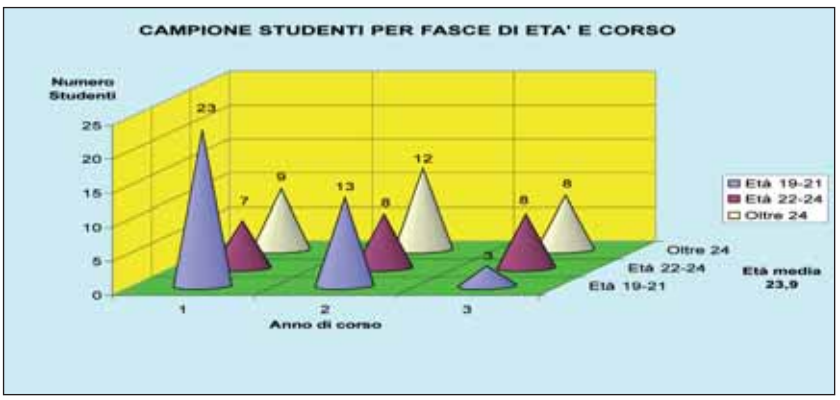


Grafico 4 - Fasce di età rispetto all'anno di corso degli studenti

Numero criteri	Descrizione
1	Accoglienza in tirocinio
2	Trasmissione informazioni
3-4-5	Acquisizione competenze tecnico-comunicative
6	Presenza in visita
7-8-9-11	Documentazione infermieristica/raccolta e registrazione dati
10-12-13	Relazioni interpersonali
14-15	Raggiungimento obiettivi previsti

Tabella 1. Raggruppamenti dei criteri del questionario

Analizzando la formazione complementare notiamo come il 17,2% degli infermieri costituenti il campione (ovvero, 17 su 99) sono in possesso di almeno un master e/o specializzazione. (Grafico 3).
Il campione degli studenti è rappresentato da 39 del primo anno, 33 del secondo e 19 del terzo anno e la loro età media è di: 23,9 anni. (Grafico 4).

ANALISI E DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Per facilità di lettura, si è deciso di raggruppare i criteri del questionario in base alla loro affinità. (Tabella 1).
La percezione complessiva della qualità del tirocinio, degli infermieri e degli studenti del I, II e III anno, presenti in tutti i reparti oggetto di indagine, è rappresentata dal grafico 5.
La media dei valori rilevati dalla percezione degli infermieri è: 4,08 che corrisponde ad "adeguato"; mentre gli studenti hanno un percezione media pari a: 3,36 che corrisponde a "parzialmente adeguato".
Nel punto 1, il grafico evidenzia come studenti e infermieri non riconoscano la figura del *tutor*, tuttavia nei punti 3, 4 e 5 appare evidente come riconoscano appieno le funzioni relative all'attività tutoriale.
Probabilmente, questo è dovuto ad una mancata formalizzazione della figura del *tutor*.
Il grafico, nel punto 2, mostra un'elevata discordanza percettiva: secondo il personale infermieristico, l'attività mirata a spiegare agli studenti il quadro clinico dei pazienti al cambio turno viene svolta "frequentemente"; mentre gli studenti affermano che l'attività in questione ha "rara ricorrenza".
Probabilmente, gli infermieri per quest'attività non reputano i tirocinanti come soggetti integrati e ciò consente loro di ritenere che la spiegazione del quadro clinico dei pazienti agli studenti sia la semplice "osservazione" del consueto scambio di informazioni tra infermieri durante il cambio del turno.
Ma questo non soddisfa pienamente gli studenti che hanno un'aspettativa diversa, determinando la discordanza percettiva di cui sopra.
Il criterio 6 mostra come lo studente

segua in maniera "mediamente ricorrente" la visita medica, ma non è specificato con quale ruolo.
Nei punti 7, 8, 9 ed 11, il grafico mostra come l'intero campione studiato abbia coscienza della presenza di una documentazione infermieristica in reparto, fatta eccezione per una piccola quota di infermieri e di studenti che ne negano l'esistenza.
Lo sviluppo successivo della curva evidenzia la coincidente percezione nell'affermare come la compilazione della documentazione infermieristica avvenga in "maniera costante" da parte degli infermieri; mentre tale compito è svolto "raramente" dagli studenti che, comunque, raccolgono, con una frequenza "media", i dati di interesse infermieristico.
Ciò potrebbe indicare che l'infermiere non ritenga questa attività parte integrante degli obiettivi formativi del tirocinante, oppure che lo studente non sia in grado o autorizzato ad utilizzare la documentazione in uso nell'Uo.
A seguire, vi sono i criteri 10, 12 e 13 volti ad esplorare, in modo indiretto, la comunicazione tra infermiere e studente.
I punti in questione mettono in risalto percezioni contrastanti (ad esclusione del criterio 13) sulle quali sarebbe opportuno un approfondimento e conseguenti interventi.
Presumibilmente, le discordanze sopra elencate (10 e 12) sono dovute alla convinzione del personale infermieristico che gli studenti possano apprendere le modalità comunicative attraverso "l'osservazione", mentre i tirocinanti vorrebbero essere maggiormente coinvolti e guidati nell'attività.
Diversamente, il criterio 13 mostra la concorde percezione nell'affermare come l'infermiere risponda in "modo esauriente" alle domande poste dallo studente, mettendo in evidenza una comunicazione efficace se adeguatamente stimolata.
Ed, infine, i criteri 14 e 15 relativi al raggiungimento degli obiettivi e alla richiesta di competenze non previste che evidenziano come, probabilmente, gli infermieri non siano sempre completamente a conoscenza delle esatte attività che lo studente può o non può espletare.

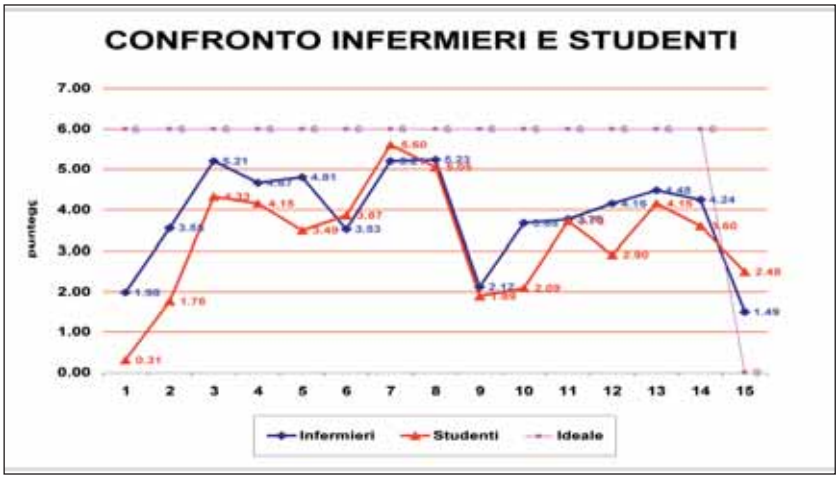


Grafico 5 - Confronto infermieri-studenti

0<inadeguato<=2<parz. adeguato<=4 <adeguato<= 6

	Media	Moda	Mediana
Qualità tirocinio percepita infermieri	4,08=adeguato	5,21	4,24
Qualità tirocinio percepita studenti	3,36=parz. adeguato	3,52	4,15

Il grafico 6 confronta gli studenti dei tre anni di corso per analizzare se - e come - cambia la percezione della qualità del tirocinio man mano che ci si avvicina al completamento del percorso formativo.
L'andamento generale del grafico è prevalentemente uniforme e coincidente in molti punti, anche se sono presenti alcune, importanti discordanze nei criteri 9 e 11.
Il primo mostra una caduta del valore con un evidente frazionamento, che fa intuire due percezioni distinte: gli studenti del III anno affermano che in maniera "mediamente ricorrente" adempiono alla compilazione della documentazione infermieristica; viceversa, gli studenti del I e II anno dichiarano come l'attività in questione ricorra "meno frequentemente", attestandosi su livelli bassi.
Presumibilmente, gli studenti del III anno adempiono maggiormente a questa attività poiché, durante il percorso di studi, vi è stato un processo di crescita e responsabilizzazione, anche se, complessivamente, ancora insufficiente.
Ciò potrebbe essere dovuto allo scarso interesse dello studente o allo scarso coinvolgimento dello studente da parte dell'infermiere su attività erroneante ritenute di secondo piano.
Il criterio 11 evidenzia un frazionamento

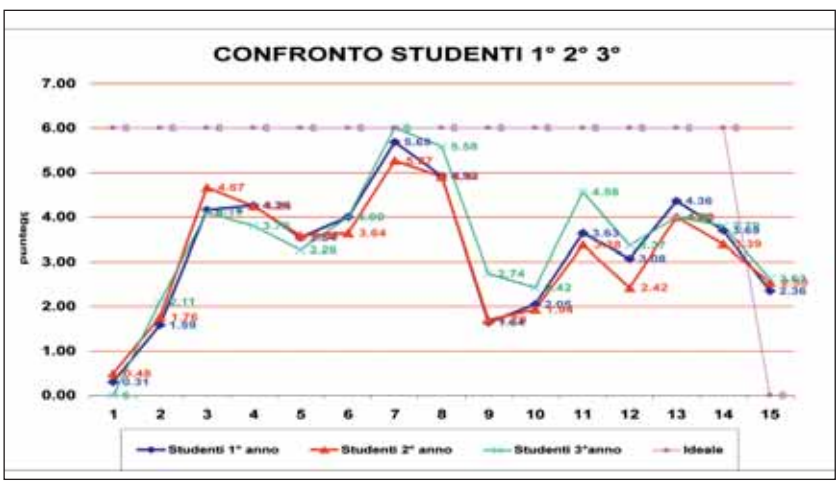


Grafico 6 - Confronto della percezione della qualità del tirocinio nei tre anni di corso

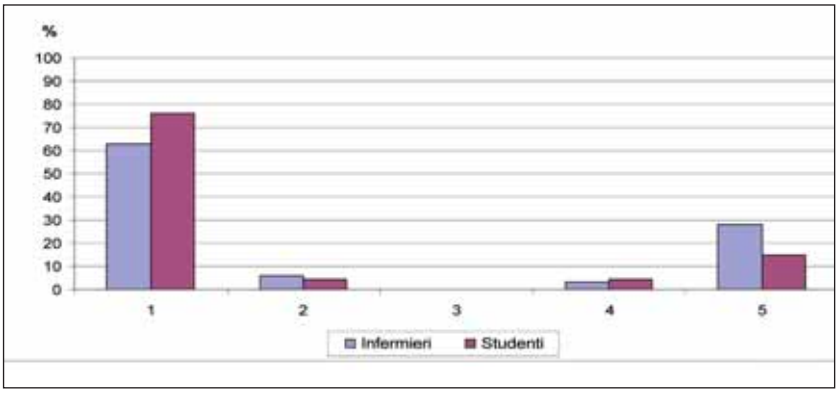


Grafico 7 - Percentuali della risposta alla domanda: *"A Suo parere vi è una differenza significativa quando in turno c'è un infermiere tutor*?"

Sì, a mio parere, vi è una differenza significativa quando in turno c'e' un infermiere *tutor*
No, anche gli altri infermieri sono disponibili
No, alcuni *tutor* non sono disponibili
No, dipende dall'infermiere *tutor*
No, non ci sono infermieri *tutor*

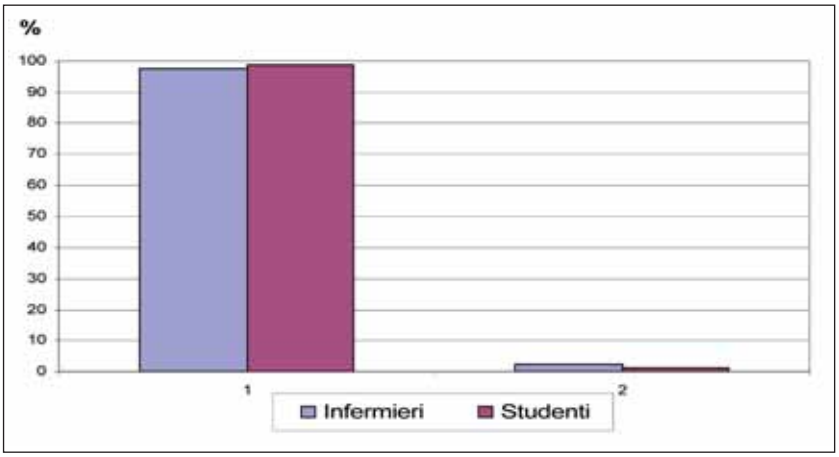


Grafico 8 - Percentuali della risposta alla domanda: *"Secondo Lei sarebbe utile avere un infermiere tutor*?"

delle percezioni delle classi relativamente alla frequenza con la quale gli studenti raccolgono i dati di interesse infermieristico: gli studenti del III anno affermano che l'attività in questione è svolta "abbastanza frequentemente"; viceversa gli studenti del I e II anno si attestano su standard medi, affermando una "minor ricorrenza" dell'attività.
Anche in questo caso, è evidente che gli studenti del III anno, presumibilmente, adempiono maggiormente a questa attività poiché, durante il percorso di studi, vi è stato un processo di crescita e responsabilizzazione, anche se ancora non completo, per una maggiore consapevolezza delle funzioni proprie del ruolo.
La seconda parte del questionario comprendeva i criteri: 16, 17 e 18.
Con il 16 si chiedeva agli infermieri e agli studenti se vi fosse una differenza nel tirocinio determinata dalla presenza dell'infermiere *tutor* diurno. (Grafico 7).
Il grafico mostra come il *tutor* clinico determini un'elevata differenza, poiché il 62,89% degli infermieri e il 75,86% degli studenti lo confermano.
Solo una piccola percentuale - il 6,18% degli infermieri e il 4,60% degli studenti - non sono d'accordo nella sua essenzialità; probabilmente ritenendo che ogni infermiere possa ricoprire la carica di educatore e supervisore.
Il 27,83% degli infermieri ed il 14,94% degli studenti ha negato l'esistenza nella struttura ospedaliera di tale figura professionale.
Il 3,10% degli infermieri ed il 4,60% degli studenti ha dichiarato che la differenza significativa apportata in turno dipende unicamente dall'infermiere *tutor*.
Nessuno ha risposto "No, alcuni *tutor* non sono disponibili".
Tali valori sono in contrasto con la frequente non applicabilità riscontrata nel criterio numero 1, dalla quale si desume che gran parte degli studenti e degli infermieri non identificano nell'infermiere la figura del *tutor*, forse perché non ancora istituzionalizzata.
Diversamente, dai dati sopraelencati sembrerebbe che questa figura venga riconosciuta e ritenuta importante.
Probabilmente, tale contrasto si verifica perché sia gli infermieri che gli studenti sono fermamente convinti che la presenza in reparto del *tutor* clinico apporterebbe una rilevante e significativa differenza, e di fatto, come confermato anche dal criterio seguente, l'attività tutoriale viene svolta anche se non formalizzata.
Il quesito posto dal criterio 17 interroga infermieri e studenti sull'utilità dell'infermiere *tutor*.
Dai dati rilevati, è evidente come la quasi totalità degli infermieri (97,83%) e degli studenti (98,90%) ritenga che la presenza del *tutor* clinico in reparto sarebbe molto utile. (Grafico 8).
L'ultimo criterio, il 18, aveva l'intento d'indagare l'importanza di alcune caratteristiche dell'infermiere *tutor* attraverso la domanda: "*In una scala da uno a dieci che grado di importanza attribuisce ad ognuna delle seguenti caratteristiche che un tutor dovrebbe possedere?*". (Grafico 9 e 10).
I grafici 9 e 10 mostrano la concorde percezione riguardo il livello d'importanza delle caratteristiche citate.
Entrambe le parti riconoscono tali caratteristiche come requisiti fondamentali di un *tutor* clinico, attribuendo a ciascuna di esse elevati gradi di importanza.
Probabilmente, sia gli infermieri che gli

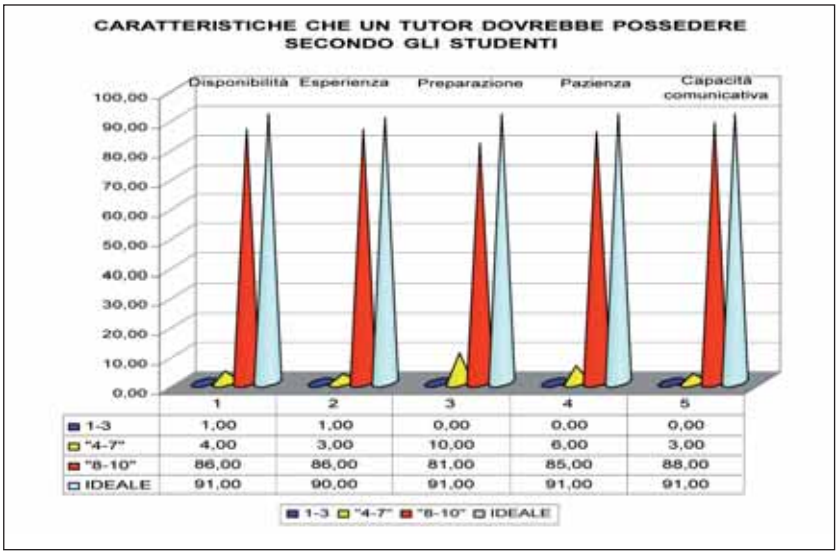


Grafico 9 - Le caratteristiche necessarie del *tutor* clinico secondo gli studenti

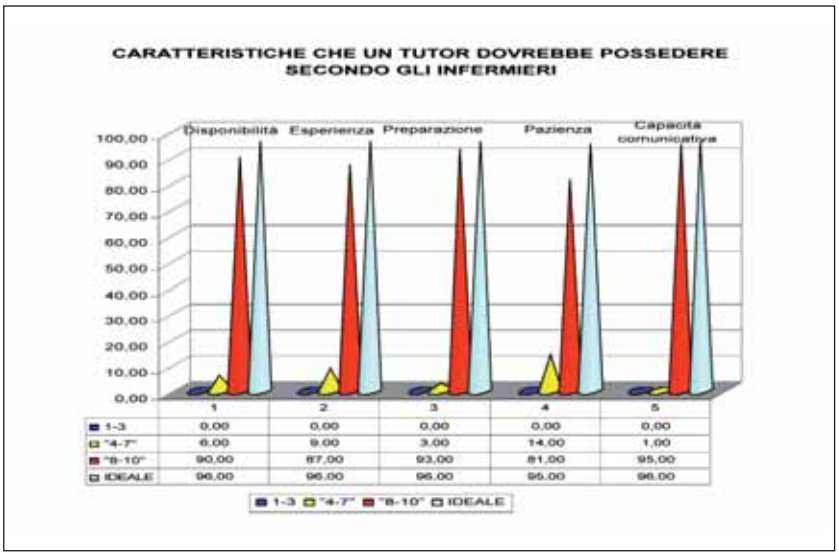


Grafico 10 - Le caratteristiche necessarie del *tutor* clinico secondo gli infermieri

studenti sono coscienti dell'ampio corredo di capacità che un *tutor* clinico dovrebbe possedere, vista l'elevata importanza che tale figura possiede durante tutte le fasi di formazione del discente in ambito clinico.

CONCLUSIONI

La ricerca effettuata, finalizzata ad esplorare la percezione della qualità del tirocinio e l'attività di *tutoring*, malgrado l'ampio campione ed i risultati ottenuti, non si può considerare esaustiva, né generalizzabile, ed è sicuramente auspicabile che, in futuro, se ne possano approfondire alcuni aspetti, soprattutto dopo l'inserimento dei *tutor*.

Tale indagine è stata, però, molto utile per fotografare una situazione esistente nelle Unità operative prese in esame in merito all'argomento studiato. In particolar modo, sono stati molto interessanti i dati relativi alle singole Unità operative che permetteranno di attuare le strategie opportune per agevolare l'inserimento del *tutor*.

I dati raccolti ed elaborati hanno dimostrato che, malgrado la figura del *tutor* clinico non sia ancora istituzionalizzata, le sue funzioni vengono riconosciute e svolte poiché legate alla professionalità degli infermieri che sentono di doversene far carico. Certamente, ciò non può essere sufficiente per garantire una qualità e un percorso di formazione rispondente ai moderni criteri pedagogici: pertanto, sarebbe utile riorganizzare il tirocinio.

I limiti di questa ricerca sono dati dal fatto che ogni criterio, pur nella sua pertinenza, concretezza e chiarezza, non riesce ad esplorare fino in fondo un contesto che dovrebbe essere approfondito anche con altre metodologie.

Certamente, una prima misurazione era indispensabile per permettere di comprendere le criticità e i punti di forza su cui lavorare, allo scopo di migliorare le attività di tirocinio e di *tutoring*, poiché il futuro di ogni professionista si costruisce su un'adeguata formazione di base.

Nonché, su una formazione continua.

AUTORI:

Vanna Centomini, direttore servizio assistenza infermieristica ed ostetrica San Filippo Neri, Roma; professore a contratto Med 45-Corso di laurea in Infermieristica all'università Cattolica di Roma;

Stefano Di Carlo, coordinatore tecnico pratico; professore a contratto Med 45 corso di laurea in Infermieristica all'università Cattolica di Roma;

Emanuele Spinelli, laureato in Infermieristica presso l'università Cattolica di Roma (sede San Filippo Neri), infermiere presso policlinico Agostino Gemelli di Roma.

ALLEGATO 1- Il questionario infermieri/studenti

Valutazione della qualità del tirocinio clinico

REPARTO_____DATA _____ ANNI DI SERVIZIO _____ ETA' _____ SPECIALIZZAZIONI/MASTER/LAUREA _____	Infermiere
REPARTO_____DATA _____ ETA'_____ ANNO DI CORSO _____ GIORNI PROGRAMMATI _____ GIORNI EFFETTIVI _____	Studente

Per ogni criterio, apponga una X sull'avverbio che più ritiene appropriato
(e n.a. = non applicabile, nel caso fosse necessario)

1. All'inizio del tirocinio, lo studente viene accolto dall'infermiere *tutor*?
sempre spesso raramente mai na

2. L'infermiere, all'inizio del turno, spiega agli studenti le condizioni dei pazienti e le consegne ricevute dal collega del turno precedente
sempre spesso raramente mai na

3. In caso di tecniche espletate per la prima volta, l'infermiere spiega allo studente la procedura
sempre spesso raramente mai na

4. L'infermiere esegue la tecnica insieme allo studente finché lo stesso non diventa autonomo
sempre spesso raramente mai na

5. In caso di autonomia dello studente, l'infermiere ne supervisiona le attività
sempre spesso raramente mai na

6. Lo studente segue la visita medica insieme all'infermiere
sempre spesso raramente mai na

7. Esiste una documentazione infermieristica
sì no

8. La documentazione infermieristica viene compilata dall'infermiere
sempre spesso raramente mai na

9. Lo studente compila la documentazione di interesse infermieristico
sempre spesso raramente mai na

10. L'infermiere dimostra allo studente come instaurare un rapporto di fiducia
sempre spesso raramente mai na

11. Lo studente raccoglie i dati di interesse infermieristico
sempre spesso raramente mai na

12. L'infermiere guida lo studente nell'identificazione dei bisogni del paziente
sempre spesso raramente mai na

13. L'infermiere risponde, in modo esauriente, alle domande dello studente
sempre spesso raramente mai na

14. Lo studente è messo nella condizione di raggiungere gli obiettivi previsti
sempre spesso raramente mai na

15. Vengono richieste allo studente competenze non previste dagli obiettivi
sempre spesso raramente mai na

16. A mio parere, vi è una differenza significativa quando in turno c'è un infermiere *tutor*
sì no

17. Secondo Lei sarebbe utile avere un infermiere *tutor*?
sì no

18. Indichi il grado di importanza delle seguenti caratteristiche che un infermiere *tutor* dovrebbe possedere

A)	Disponibilità	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B)	Esperienza	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C)	Preparazione specifica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D)	Pazienza	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E)	Capacità comunicativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
F)	Altro_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

BIBLIOGRAFIA

Alvaro R, *Lo studente infermiere e la funzione tutoriale*. Infermiere Oggi. 2009; 34-37
Balestri E, Borgi C, Nucchi M, *La centralità del tirocinio clinico nella preparazione del futuro professionista*. Nursing Oggi. 2007; Vol. IV: 28-33
Binetti P, Flora C., Ferrazoli F, *Il tutorato come strategia di valorizzazione personale: lo studente come risorsa*. International nursing perspectives; 2002. Vol. 2: 151-155
Binetti P, *Il tutorato nel corso di laurea per infermieri: analisi modelli possibili*. International nursing perspectives; 2002. Vol II: 123-133
Cleto C, *La valutazione della qualità in sanità: alcune riflessioni teoriche*. Difesa sociale; 2006. Vol. I-II: 11-32
De Marinis M.G, *Il tutorato: una relazione per lo sviluppo personale e professionale dello studenti*. International nursing perspectives; 2002. Vol. II: 119-121
De Marinis M.G, Mazzaroni O, Piredda M, *Il tutor clinico tra competenze e formazione*. International nursing perspectives; 2002. Vol. II: 135-140
Eulogio C, *Sperimentazione didattica di un sistema tutoriale nei Corsi di Laurea in Infermieristica*. Nursing Oggi; 2006. Vol. III: 28-33
James A, *La ricerca infermieristica*. Milano, McGraw-hill. 2004
Scalorbi S, Burrai F, *La qualità del tirocinio nel corso di laurea in Infermieristica*. Professioni Infermieristiche; *200*. Vol. II: 67-73
Sperrazza S, *Nursing, la funzione del tutor clinico. Una visione nel passato, nel presente e una proiezione nel futuro*. Infermiere Oggi; 2008. Vol. II: 8-13

L'approccio infermieristico alla misurazione di *utilities e preferences* nel trattamento riabilitativo nel paziente parkinsoniano: *Time Trade Off e Standard Gamble*

di Domenico Salvatori, Roberta Gianferro, Teresa Compagnone, Giuseppina Carovillano

ABSTRACT

Molto poco è stato scritto sul *nursing* neurologico che riguardi il Parkinson e che possa indirizzare verso il *best nursing practice* in questo campo.

Il Parkinson rappresenta oggi la parte di gran lunga prevalente della patologia esistente nella nostra popolazione, sia in termini di diffusione che di gravità dei quadri clinici correlati: il suo esito risulta essere spesso letale, in tempi più o meno brevi, e comunque sempre invalidante.

Utilizzando una classificazione efficace, grazie alla loro relativa semplicità, i metodi di misurazione presi in considerazione - *Time Trade Off (Tto)* e *Standard Gamble (Sg*) - possono offrire un'interessante alternativa ai metodi classici finora utilizzati.

INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione, specie nei Paesi industrializzati, ha costituito il fattore principale per una maggiore evidenziazione del Parkinson, tra le cause della perdita di autonomia.

Tuttavia, la sua incidenza è stata in gran parte regolata da altri meccanismi attinenti la sua origine, pertanto è stato necessario fornire un'assistenza sempre più competente da parte degli infermieri nei confronti dei pazienti con patologie cronico-degenerative.

Per questo motivo, si è sempre alla ricerca di nuove misurazioni per valutare il reale stato di salute dei pazienti con tali patologie.

L'analisi più utilizzata per realizzare delle scale di valutazione attendibili è l'Analisi Costo-Utilità: l'**Acu** è una tecnica che massimizza il rapporto utilità/costi (o minimizza quello costo/utilità) di due alternative (interventi sanitari) in cui l'utilità è espressa in termini fisici e, in particolare, in termini di *Quality adjusted life years* (Qalys), cioè anni di vita guadagnati grazie all'intervento, ponderati per la qualità della vita.

Tale forma di valutazione "economica" si focalizza, in modo particolare, sulla qualità/utilità (preferenza) dei risultati conseguiti in termini di salute ottenuta o di problemi di salute evitati grazie a programmi o interventi terapeutici.

Spesso i termini: "utilità", "valore" e "preferenza" vengono utilizzati in maniera interscambiabile, anche se, in effetti, esistono differenze terminologiche: in realtà, l'utilità e i valori esprimono tipi diversi di preferenze.

In base a come viene formulata la domanda all'utente (condizioni di certezza o incertezza), egli esprimerà una preferenza, assegnandole un valore.

In seguito all'aumento dell'interesse assistenziale, si è reso necessario far emergere valutazioni dello stato di salute del parkinsoniano utilizzando una classificazione efficace. Così, grazie alla loro relativa semplicità, i metodi di misurazione presi in considerazione - Tto e Sg - offrono un'interessante alternativa ai metodi classici finora utilizzati.

La ricerca in letteratura di indagini che affrontassero lo studio di queste due *utilities*, attraverso motori di ricerca interna.

Le caratteristiche invalidanti della patologia e l'insorgenza precoce delle disabilità correlate al paziente affetto da Parkinson necessitano di una continua e specifica assistenza infermieristica.

Lo studio condotto ha lo scopo di sperimentare e mettere a confronto Tto e Sg, al fine di rilevare il reale stato di salute dei parkinsoniani, partendo dalla valutazione che il paziente ha della propria malattia, per poter così garantire inter-

venti appropriati derivanti dall'applicazione di linee-guida condivise, sia a livello nazionale che internazionale.
Le *utilities* utilizzate, se efficaci, potrebbero essere in grado di tradursi nel miglioramento del processo di cura, dell'autonomia del paziente e della sua soddisfazione.
Il ruolo dell'infermiere è fondamentale nei confronti di questi pazienti che vanno visti sotto un complesso quadro riabilitativo: gli aspetti psicologici, sociali e familiari, infatti, possono incidere in maniera determinante sulla loro riabilitazione motoria.
Ergo, ogni parkinsoniano va "contestualizzato" nella sua realtà.

MATERIALI E METODI

Per questo studio, è stato scelto un campionamento non probabilistico di convenienza, poiché tale tipo di campione riesce a raccogliere dati da soggetti prontamente disponibili e di facile accessibilità.
I pazienti, tutti in regime di ricovero, sono stati classificati secondo le scale: *Hoehn and Yahr stages* (**H&Y**) ed il ***Mini mental state:***

- La scala H&Y consente di quantificare l'evoluzione della gravità dei sintomi della malattia, riferendosi ad un criterio diagnostico - la unilateralità - ed ad un criterio legato all'evoluzione della malattia: la perdita della stabilità posturale;
- *Mini mental state* è un test per la valutazione dei disturbi dell'efficienza intellettiva e della presenza di deterioramento intellettivo.

Sono stati inclusi nello studio i pazienti compresi, rispettivamente, nei tre punti per la scala H&Y stages e tra i 13 e i 15 punti per il *Mini mental state* che hanno valori corrispondenti, in entrambe le scale, ad un "livello medio" di progressione della malattia.
Altri fattori presi in considerazione sono stati: età, sesso, se il paziente vive solo o con familiari che lo accudiscono e se ha patologie concomitanti che l'avrebbero limitato nella partecipazione al test.
Dallo studio, invece, sono stati esclusi i pazienti con uno stato cognitivo compromesso.
I pazienti (23), sono stati reclutati presso il "reparto Lepanto" dell'ospedale San Giovanni Battista-Acismom di Roma, previo consenso informato.
Il tempo complessivo impiegato per lo studio è stato dal 5 giugno al primo ottobre 2009.
E' stata richiesta - ed ottenuta - un'autorizzazione per lo studio al Comitato Etico del San Giovanni di Dio-Smom di Roma.

STRUMENTI

Le scale di valutazione utilizzate sono state la **Sg**: scommessa; e la **Tto**: alternative temporali.
(Figura 1 e 2).

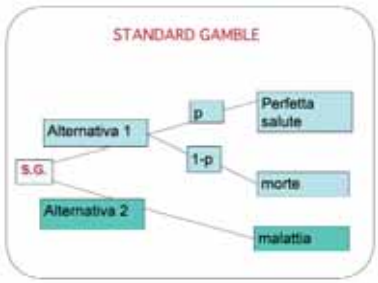


Figura 1 - Scala di *Standard Gamble*

Figura 2 - Scala *Time Trade Off*

Per non creare false aspettative nei pazienti, le scale sono state presentate come un "gioco" a cui i pazienti erano invitati a partecipare.
La prima - la Sg - è stata somministrata con la seguente modalità: è stato chiesto ai partecipanti di dare un valore in percentuale sul loro stato di salute percepito e, successivamente, se erano interessati a migliorarlo.
A quanti volevano migliorare la propria situazione è stato proposto di sperimentare una nuova cura che avrebbe avuto come conseguenza buona salute o morte certa.
La buona salute è stata presentata in percentuale: il gioco avrebbe avuto termine quando la percentuale proposta avrebbe soddisfatto il "giocatore".
La seconda - la Tto -, invece, è stata proposta così: è stato chiesto ai partecipanti di dare un valore in percentuale al loro stato di salute. A seguito di un'immaginaria, nuova cura gli è stato proposto se per aumentare lo stato di salute avrebbero rinunciato a degli anni di vita.
Raggiunto l'equilibrio tra miglioramento della salute e riduzione di anni di vita, il gioco terminava.
I dati sono stati inseriti dapprima su griglie cartacee, poi è stato costruito un "data set" di *Access* e, quindi, i dati sono stati analizzati col software statistico Spss.

IL CAMPIONE

Il campione analizzato era rappresentato da quindici uomini e otto

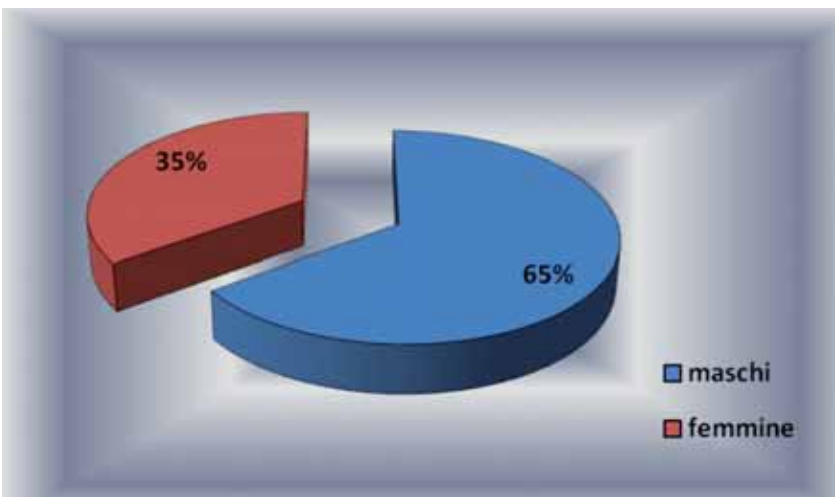


Grafico 1 - Sesso del campione

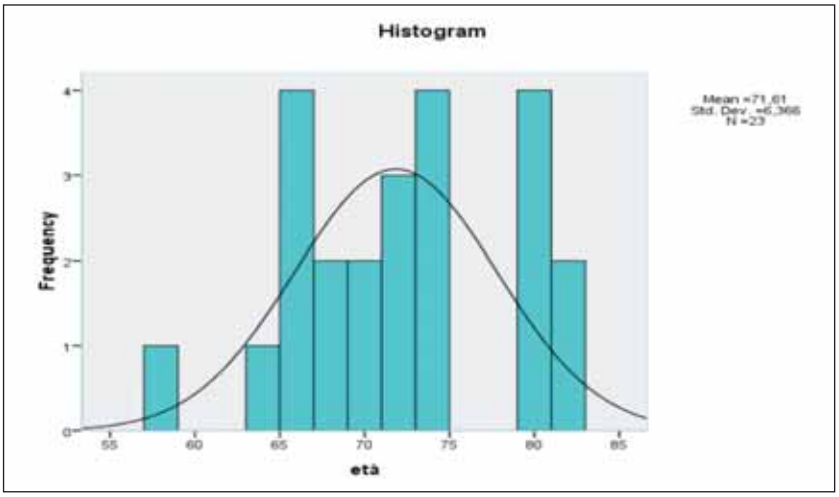


Grafico 2 - Classi di età

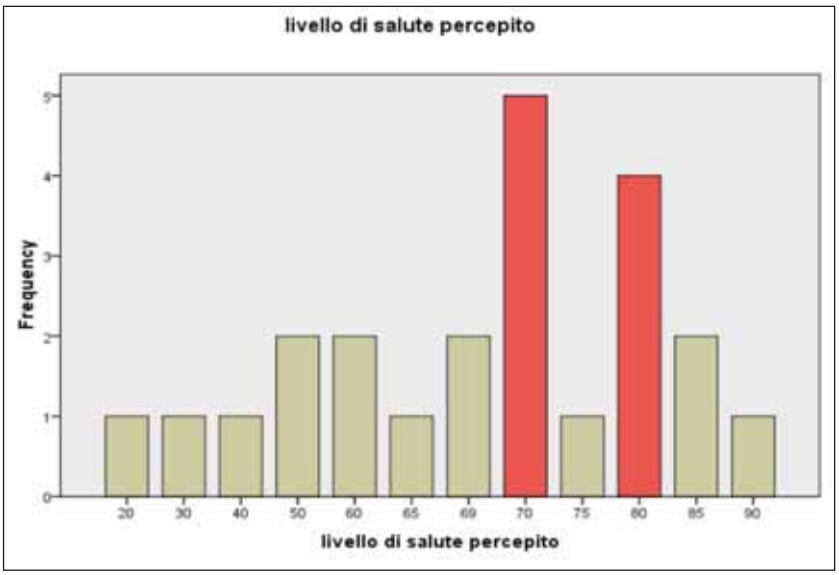


Grafico 3 - Salute percepita prima del gioco

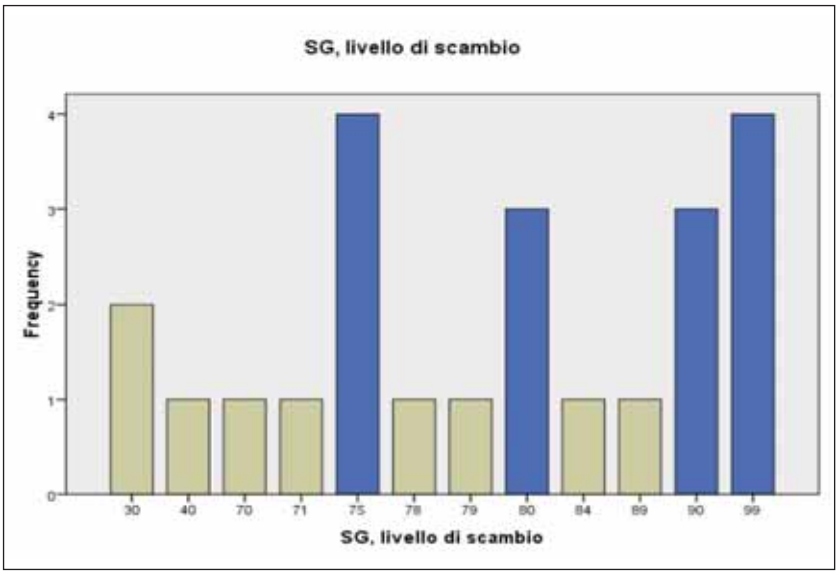


Grafico 4 - Livelli di scambio dopo il primo test

femmine, per una percentuale di 65% a 35%, a favore dei maschi. (Grafico 1).
La distribuzione dell'età, evidenziata dal grafico 2, denota una media di 71 anni circa, una moda di 65 anni ed una deviazione standard di circa 6.

ANALISI E DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Lo stato di salute percepito dai pazienti prima del gioco è descritto da due picchi modali: 70% e 80%, percentuali alte rispetto ad una malattia invalidante come il Parkinson.
La media si colloca al 66%; la mediana al 70%, così come la moda.
La deviazione standard è del 17,753% ed il *range* va dal 20% al 90%. (Grafico 3).
Al termine del primo test (Sg) si sono evidenziati quattro livelli importanti di scambio: 75%, 80%, 90% e 99%. (Grafico 4).
La media è al 77,26%, la mediana dell'80% e la moda al 75%.
La deviazione standard è del 20%, partendo da un minimo di 30% fino a un massimo di scambio al 99%.
Dopo il secondo test (Tto) sono emersi, rispetto alla domanda iniziale, tre livelli di scambio: 75%, 89% e 99%. (Grafico 5).
La media al 79%; la mediana all'84% e la moda al 99%.
Deviazione standard del 18,5%, partendo da un minimo del 30% fino ad un massimo di scambio del 99%.
Il test ha rivelato che i pazienti preferiscono vivere un tempo limitato (al massimo dai cinque ai dieci anni) ma con una maggiore qualità di vita.
Il grafico 6 mostra una media degli anni vinti (ovvero, anni che i pazienti sperano di raggiungere in un miglior stato di salute) di 8,09%; una mediana di 8% e una moda di 5%.
Deviazione standard di 3,3%, con un *range* da tre a 15%.
La Sg e la Tto, ancora poco diffusi in Italia per i pazienti parkinsoniani, si sono distinti per la loro efficienza, efficacia, flessibilità e adattamento all'assistenza infermieristica per la misurazione dello stato di salute della popolazione dei parkinsoniani in trattamento riabilitativo intensivo, risultando, inoltre, di facile e veloce applicazione.

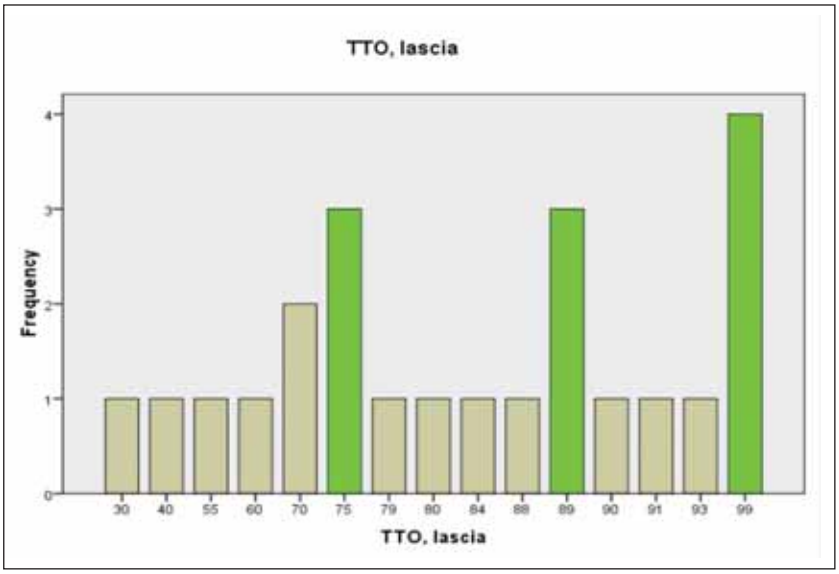


Grafico 5 - Livelli di scambio dopo il secondo test

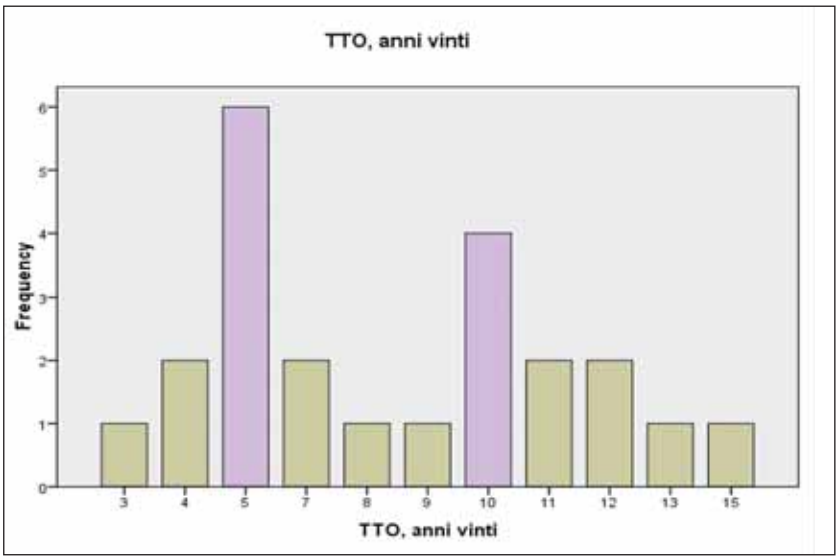


Grafico 6 - Media degli anni vinti

Lo studio ha evidenziato che entrambe le *utilities* sono capaci di misurare la reale percezione di salute del paziente, poiché non si evidenzia una differenza statisticamente significativa ($p<0.05$).
Questi due strumenti, quindi, possono significare un ulteriore passo avanti e un sostegno nelle competenze infermieristiche, aiutando gli infermieri a progettare un'assistenza riabilitativa e un sostegno quotidiano in particolar modo a quei soggetti che, alla fine del test, risultano meno coscienti del loro stato.

LIMITI E RACCOMANDAZIONI

Nell'esaminare i risultati dello studio, occorre tener conto del fatto che molti dei pazienti che hanno accettato di sottoporsi al test avevano un'età superiore - od uguale - ai 75 anni.
Pertanto, il gioco dello scambio va analizzato alla luce della minor speranza di vita che, presumibilmente, caratterizza quella fase dell'esistenza.
Se si dovesse ripetere lo studio, si raccomanda, dunque, di svolgerlo includendo e analizzando pazienti con un'età media inferiore.
Occorre sottolineare che i pazienti con patologie concomitanti, nonché quelli che vivono da soli, tendono a giocare in modo differente.
Perciò, l'esame dei risultati va effettuato tenendo conto anche di tutti, questi altri fattori.

CONCLUSIONI

L'idea comune che si ha del paziente parkinsoniano è che viva nella rassegnazione della sua malattia, sperando solo che non peggiori rapidamente.
Nello svolgimento del test, invece, si è rilevato una loro, insospettata voglia di mettersi in gioco.
I pazienti che mantengono un'autonomia ancora elevata, pur modificando radicalmente il loro stile di vita, la accettano ma non rinunciano a combatterla; cercano di rendersi utili, aiutando chi ha una percentuale di malattia più rilevante.
E' desumibile che test o giochi ricreativi, possano essere utili ai parkinsoniani per stimolarli a migliorare la percezione della loro salute.
I risultati hanno portato alla conclusione che entrambe le scale possono considerarsi valide, tenendo in considerazione determinati limiti e raccomandazioni per i successivi approfondimenti.
Inoltre, può essere un'invitante opportunità per gli infermieri che vogliono migliorare la riabilitazione di tutti i giorni, avendo chiare le aspettative dei pazienti, non solo nelle attività pratiche (come la cura della propria persona) ma anche nel sostegno psicologico.
Guardando con un ampio spettro queste *utilities*, non è illecito credere di utilizzarle, con successo, in tutti i pazienti con patologie cronico-degenerative.

AUTORI:
Domenico Salvatori, infermiere ospedale San Giovanni Battista Acismom, Roma;
Roberta Gianferro, dirigente sanitario responsabile Segreteria tecnico-cientifica Comitato Etico ospedale San Giovanni Battista-Acismom, Roma;
Teresa Compagnone, professore a contratto Med 45, corso di laurea in Infermieristica-università di Tor Vergata sedi Fbf e Acismom, Roma;
Giuseppina Carovillano, professore a contratto Med 45, corso di laurea in Infermieristica-università di Tor Vergata-Acismom, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Azione Parkinson Grosseto-onlus, Pipari, *Manuale per la riabilitazione del paziente parkinsoniano.* Mediprint, Roma. 2001.
Bergamini L, Bergamasco B, Mutani R, *Manuale di neurologia clinica.* Terza edizione, Libreria Cortina, Torino. 2001.
Bonuccelli U, *La Malattia di Parkinson. Diagnosi e terapia all'esordio.* Primula Multimedia, Pisa. 1999.
Cambier J, Masson M, Dehen H, *Neurologia.* Masson, Milano. 2001.
Cavazzuti F, *Geriatria e Gerontologia. Obiettivi e Metodi assistenziali*". Casa Editrice Ambrosiana, Milano. 2000.
De Grandis D, Freddi A, *Neurofisiopatologia e riabilitazione.* Marrapese, Roma. 1988.
Fain James A, *La ricerca infermieristica, leggerla, comprenderla e applicarla.* Mc Graw-Hill. 2004.
Fazio C, Loeb C, *Neurologia.* Società Editrice Universo, Roma. 1996.
Formica M.M, *Trattato di neurologia riabilitativa.* Vol.II. Marrapese Editore, Roma. 1985.
Frascatelli M, *Neurofisiopatologia in riabilitazione.* Edizione Minerva Medica, Torino. 2003.
Givannini P, *Il Morbo di Parkinson. Cos'è e cosa fare.* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.1994.
Hartman E, *Parkinson approccio riabilitativo multidisciplinare.* Editrice Speciale Riabilitazione, Milano. 2002.
Jankovic J.J, Tolosa E, *Parkinson's disease and movement discorde.* Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia (Usa). 2002.
Massini R, Longhi C, Marchetti P, Passeretti F, Recine U, *Medicina Interna.* Mc Graw-Hill. 2005.
Masur H, *Neurologia-Scale e punteggi.* Edi-Ermes, Milano. 1999.
Piccirilli M, *Parkinson disease. Attualità e prospettive.* Editorial Srl, Assisi. 1998.
Reiner T, *Il morbo di Parkinson. Domande e risposte.* Cic-Edizioni Internazionali. 1998.
Riccelli I, Gatta N, *Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica.* Rossini Editrice, Firenze. 1990.
Richard G.A, *Superare il Parkinson.* Editori Riuniti, Roma. 2001.
Sterzi R, Versari P, Bottini G, *Neurologia e neurochirurgia per infermieri professionali.* Sorbona, Milano. 1995
Stocchi F, *Morbo di Parkinson. Strategie terapeutiche e qualità della vita del malato.* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma. 1998.
Valobra G.N, *Trattato di medicina fisica e riabilitazione.* Utet, Milano. 1992.

IN PILLOLE

Un esercito buono di cellule staminali soccorre il fegato

Parte dal policlinico Gemelli di Roma una nuova strada terapeutica per riparare il fegato danneggiato.
Uno studio realizzato dall'equipe del professor Antonio Gasbarrini, docente di Medicina Interna al Sacro Cuore e Dirigente medico presso l'Unità operativa di Medicina Interna e Gastroenterologia del "Gemelli", pubblicato sulla rivista "Digestive and Liver Disease", rivela che esiste un esercito di cellule staminali che, dal midollo osseo, si mette in marcia nel sangue per andare a riparare il fegato quando è seriamente compromesso da patologie gravi, o quando una parte di tessuto epatico
viene asportata chirurgicamente per rimuovere tumori o altre lesioni.
Tali cellule aiutano l'organo a rigenerarsi quando da solo non ce la fa più a sostenere il processo auto-rigenerativo, cioè quando ha terminato le staminali interne a disposizione.
"La scoperta è importante - ha detto il professor Gasbarrini -, perché indica la via verso nuove terapie per stimolare il processo naturale di riparazione del fegato assistito dalle cellule staminali del midollo osseo: attraverso fattori di crescita, per esempio, si potrebbe intensificare il lavoro delle staminali del midollo per ottenere la riparazione di un fegato molto compromesso che da solo non ce la fa". "In questo modo - hanno aggiunto le ricercatrici, Maria Assunta Zocco e Annachiara Piscaglia, dell'Istituto di Patologia medica della stessa università che hanno condotto la ricerca - si potrà trattare con resezione chirurgica del fegato un maggior numero di pazienti, anche molti di quelli oggi ritenuti in operabili, perché hanno un tessuto epatico troppo compromesso".

Infezioni ospedaliere: formati e in-formati

di Eduardo Mazza

ABSTRACT

L'infezione ospedaliera (Io) o "nosocomiale" è un'infezione insorta durante o dopo il ricovero che non era presente, o era solo in incubazione, al momento del ricovero, ma che da esso è determinata. Essendo di elevato impatto sulla qualità del servizio offerto agli utenti ricoverati e sui costi sanitari, risulta, però, essere, da decenni, al centro dell'attenzione del Sistema sanitario nazionale e delle organizzazioni europee del settore (Tabella 1).

La figura infermieristica, nodo focale per la qualità delle cure assistenziali erogate al paziente, ha funzione di sorveglianza, educazione e prevenzione delle I.o. Per questo motivo, emerge la necessità di verificare periodicamente a campione, utilizzando appropriati strumenti di indagine, il livello di conoscenza e di responsabilità degli operatori delle Unità Operative (Uo), in riferimento all'applicazione degli strumenti e delle procedure per la prevenzione ed il controllo delle Io.

INTRODUZIONE

Le infezioni ospedaliere, oggi indicate come "Infezioni correlate alle pratiche assistenziali" (Icpa), **rappresentano, da sempre, una sfida per gli infermieri** e, non a caso, l'incidenza di alcune tipologie di infezioni (sepsi, polmoniti, infezioni da catetere venoso centrale, infezioni urinarie e del sito chirurgico) è stata inserita tra gli indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica.

Queste insorgono spesso quale risultato di interventi sanitari; possono essere acquisite durante il ricovero in ospedale o in altri contesti sanitari e sociosanitari, ed essere contratte dai pazienti, dal personale sanitario e pure dai visitatori.

Ancora oggi, le infezioni costituiscono un'importante causa di morbilità e mortalità; rappresentano una delle principali complicazioni conseguenti al ricovero; sono un rilevante problema di sanità pubblica ed hanno costi umani e sociali rilevanti.

Infatti, nonostante l'identificazione dei principali fattori di rischio, la definizione di metodi di prevenzione appropriati, la disponibilità di nuovi presidi profilattici e terapeutici e la riduzione della durata del numero dei ricoveri, non si è assistito, globalmente, ad una riduzione della loro frequenza.

In Italia le prime raccomandazioni nate per una strategia metodologica di lotta alle Io vennero emanate già nel 1970. In seguito, l'Oms le definì come "prioritarie" per il raggiungimento della salute nel 1984.

Nel 1985, il ministero della Sanità elaborò le linee-guida per la lotta con la Circolare n.52/1985: con questa normativa si trovano indicazioni relative a misure di controllo delle Io attraverso sistemi di sorveglianza mirati, e attraverso comitati di controllo definiti come organi di consulenza della Direzione Sanitaria.

Tuttavia, non esiste ancora un sistema di sorveglianza nazionale che, alla stregua dei Paesi anglosassoni, fornisca stime della prevalenza o dell'incidenza delle Icpa, sebbene i dati pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità stimino che, su un totale di 9 milioni e mezzo di pazienti ricoverati l'anno, il 5-8% svi-

Tabella 1

luppi un'infezione ospedaliera, e di questi, uno su 100 ne muore.
Molti studi sono concordi nell'attribuire questo "insuccesso" ad un insufficiente adeguamento "di sistema" professionale, organizzativo e, soprattutto, formativo delle strutture sanitarie, nonostante l'elaborazione di linee-guida e protocolli specifici da parte delle Aziende Sanitarie e l'istituzione del Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere (**Cio**).
Il Cio svolge da tempo un ruolo fondamentale nella sorveglianza delle infezioni con studi periodici per l'individuazione del rischio, per la definizione della strategia da intraprendere, nonché per la verifica della corretta e tempestiva applicazione dei programmi di sorveglianza ed il controllo della loro efficacia.
Questi strumenti sono di indubbia e rilevante importanza, ma, in uno scenario così complesso ed articolato, è importante assicurarsi che la formazione di tutte le figure professionali che intervengono nella cura della persona sia di qualità.
Nell'era della pratica basata sulle prove di efficacia (*Evidence Based Practice*), **agli infermieri è richiesta flessibilità e capacità di rinnovamento delle proprie conoscenze** e in una azienda sanitaria, dove i risultati dipendono soprattutto dalle potenzialità della risorsa umana, l'infermiere coordinatore rappresenta la figura-chiave nel management dell'Unità Operativa per il suo ruolo di congiunzione tra l'aspetto umano e tecnico-specialistico e quello gestionale e di coordinamento.
Da tali considerazioni scaturisce lo studio oggetto di questo articolo riferibile ad una Uo campione di chirurgia; con l'obiettivo di verificare il livello di conoscenza e la qualità della formazione ricevuta dagli operatori sulle Io, al fine d'individuare la corretta strategia da attuare per il miglioramento dei parametri di sicurezza e di qualità dell'assistenza erogata.

MATERIALI E METODI

L'Unità operativa di chirurgia sottoposta ad indagine rientra in una struttura ospedaliera considerata dal Servizio sanitario nazionale: "Ospedale di rilievo nazionale di alta specializzazione", realizzata, negli anni '60, secondo le più moderne tecniche ingegneristiche e oggetto di continui interventi di adeguamento.
La Uo in esame è già stata interessata integralmente da lavori di ristrutturazione, che hanno contribuito al miglioramento dei parametri ambientali di qualità e di sicurezza.
Attualmente, ha una disponibilità di 24 posti letto, ripartiti in dieci stanze di degenza, tipologicamente distinguibili in: camere da uno, due, tre e quattro posti letto, provvisti di impianto di riscaldamento, condizionamento e servizio igienico.
Il modello organizzativo assistenziale è riconducibile al "*team nursing*" o "organizzazione per piccola equipe"; l'organico infermieristico è composto da: un infermiere coordinatore, 14 infermieri e quattro ausiliari; l'assistenza è ripartita su tre turni.
Il piano assistenziale in reparto comprende solo la fase pre e post operatoria, per la fase intra-operatoria è previsto un "percorso standard del paziente" nel reparto operatorio, in osservanza degli standard e delle procedure per la preparazione ed il mantenimento del campo sterile.
Lo strumento di indagine utilizzato è stato un questionario anonimo, autorizzato dalla Direzione Sanitaria e distribuito a tutto il personale sanitario della Uo, corredato da una lettera di accompagnamento nella parte introduttiva, esplicativa dell'obiettivo dell'indagine.
E' stato scelto il questionario poiché, come "intervista strutturata", è l'elemento principe dell'indagine sociologica, e, al contempo, è anche il mezzo migliore per la trasformazione dei dati qualitativi in quantitativi, al fine di un'elaborazione statistica finale.
Il questionario, comprensivo di 15 *item*, è stato somministrato a tutto il personale sanitario: medico, infermieristico e ausiliario dell'Uo (Tabella 2).
Si è deciso di comprendere nella ricerca tutto il personale sanitario (malgrado il personale infermieristico rappresenti il 75% del campione) per ottenere un quadro generale ed omogeneo della situazione, per conseguire un percepibile miglioramento dei parametri qualitativi dell'assistenza.
La somministrazione si è svolta in una settimana e la partecipazione del personale è stata molto soddisfacente, poiché tutti gli intervistati hanno risposto in maniera completa alle domande.
Sono stati previsti tempi adeguati per la compilazione, mentre, per l'elaborazione dei dati, è stato utilizzato il software "Excel".

Tabella 2

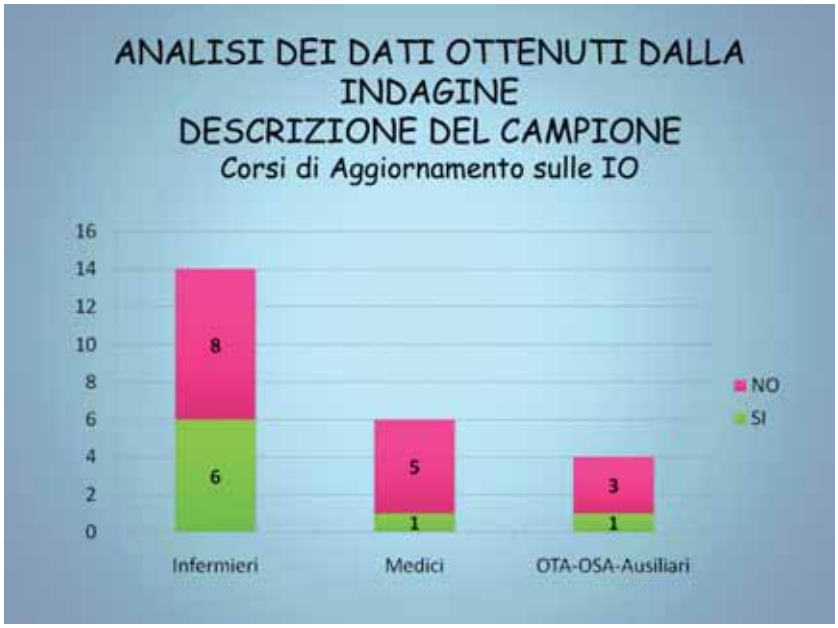


Tabella 3

RISULTATI

Dall'analisi della scheda anagrafica è stato possibile rilevare che circa il 70% del personale presta servizio in reparto da più di cinque anni ed ha partecipato ad un corso di aggiornamento sulle Io (Tabella 3).

I quesiti contenuti nella prima parte del questionario di indagine (Q1-Q6) erano relativi all'ambito delle conoscenze, per verificare la qualità della formazione ricevuta (la chiave di lettura è sottolineata con l'indicazione percentuale delle risposte scelte).

Q1. Viene definita come "Infezione ospedaliera":

a. Un'infezione in incubazione al momento del ricovero (8%)
b. Un'infezione contratta in comunità
c. Un'infezione contratta in ospedale dal paziente ricoverato, che non era né manifesta, né in incubazione al momento del ricovero (92%)
d. Un'infezione che può insorgere a distanza di almeno tre anni dalla dimissione.

Q2. Il Cio o Clio è:

a. Il Comitato Internazionale Ospedaliero (21%)
b. Il Comitato Interdisciplinare Ospedaliero (8%)
c. Il Comitato di Lotta alle Infezioni Ospedaliere (67%)
d. Il Centro per l'Innovazione Organizzativa Ospedaliera.

Q3. Quale opzione ritiene errata tra le seguenti.
Un programma di Sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere (I.o) ha come finalità:

a. Fornire informazioni sui fattori che contribuiscono significativamente all'insorgenza delle infezioni (14%)
b. Finalizzare e orientare gli interventi di prevenzione e di controllo (46%)
c. Individuare la categoria professionale maggiormente responsabile delle infezioni (33%)
d. Monitorare l'adesione alle misure di controllo attivate nella Struttura (7%).

Risulta evidente dall'analisi delle risposte fornite ai quesiti Q1, Q2 e Q3 che la maggior parte degli intervistati ha acquisito una buona conoscenza di cosa sia un'infezione ospedaliera e ne individua gli organismi preposti alla rilevazione e al controllo, non riuscendo, però, in molti casi, ad indicarne correttamente le finalità.

Analizzando invece i quesiti successivi, Q4 e Q5, e le relative selezioni, è importante evidenziare che l'80% degli operatori dimostra di non essere a conoscenza che all'interno della Uo in cui lavora vi è un medico referente per le Io (Tabella 4), anche se ne individua correttamente le funzioni.

Emerge dunque una grave carenza già al primo livello di sorveglianza e rilevazione delle Io, col rischio di omissione della segnalazione dell'evento morboso.

Q4. Nell'Unità operativa in cui lavora è presente un medico referente per le Io:

Sì ☐ (25%) No ☐ (46%) Non so ☐ (29%)

Q5. Tra le opzioni elencate, la funzione del medico referente per le infezioni ospedaliere nell'ambito della propria Uo è quella di:

Tabella 4

a. Segnalare al servizio di Medicina Preventiva i casi di sospetta infezione ospedaliera (21%)
b. Essere l'unico responsabile della prevenzione delle infezioni ospedaliere (4%)
c. Rilevare, interagendo con i propri colleghi ed il personale infermieristico, l'eventuale insorgenza di sintomi o segni di sospetta infezione ospedaliera (75%)
d. Segnalare alla Asl di competenza i casi di sospetta infezione ospedaliera

Q6. Quali, tra quelle indicate, ritiene siano le misure più efficaci per il controllo delle infezioni:
a. Misure di sorveglianza (4%)
b. Precauzioni standard (4%)
c. Precauzioni per "modalità di trasmissione" (17%)
d. Tutte le precedenti (75%)

La seconda parte del questionario d'indagine conteneva *item* concernenti la pratica clinica.
I dati forniti dal Cio aziendale non riportavano casi di infezioni rilevati nella Uo analizzata nell'arco temporale di riferimento e risultano, pertanto, in netto contrasto con quanto emerge dalle risposte forniteci dagli operatori che segnalano, invece, la presenza di infezioni in reparto.

Q7. Ci sono infezioni nell'Unità operativa in cui lavora?
Sì ☐ (62%) No ☐(34%) Non so ☐(4%)
Q8. Se sì, riguardano: (*più di una risposta*)
a. La ferita chirurgica (53%)
b. Le batteriemie
c. Le infezioni delle vie urinarie
d. Le polmoniti
e. altro……

Q9. In una scala da uno a dieci, Le è possibile fare una stima indicativa di quante infezioni sono state rilevate nel corso del 2008? *(con una x segnare la casella prescelta)*
Dalle risposte ai quesiti Q7, Q8 e Q9 risulta, infatti, che nel corso del 2008 sono state rilevate in media cinque infezioni, quasi tutte riferibili alla ferita chirurgica, la cui segnalazione al Cio aziendale sarebbe stata omessa.

Tabella 5

Q10. La prescrizione inappropriata di antibiotici conduce:
a. Ad un aumento delle resistenze batteriche (92%)
b. Ad una riduzione dei costi ospedalieri (4%)
c. Ad una riduzione degli effetti negativi sul paziente
d. Ad una riduzione delle resistenze batteriche (4%)

Q11. Nell'Azienda sanitaria in cui lavora sono presenti linee-guida riguardanti la prevenzione delle infezioni?
Sì☐(64%) No ☐ (9%) Non So ☐(27%)

Q12. Se sì, citarne almeno una…

L'osservazione delle risposte ai quesiti Q11 e Q12 evidenzia incertezza tra gli operatori nel ricordare se all'interno dell'Azienda sanitaria siano state stilate linee-guida per la prevenzione
delle infezioni e mette in luce sostanziali carenze formative nell'indicarne correttamente almeno una. (Tabelle 5 e 6)
Nei successivi quesiti conclusivi, Q13, Q14 e Q15 appare evidente che vi è una diffusa confusione nell'individuazione degli strumenti operativi idonei da adottare per la riduzione del rischio infettivo.

Q13. Nell'Unità operativa in cui lavora sono presenti protocolli scritti di natura igienico- organizzativa:
Sì☐ 45% No ☐(25%) Non so ☐(29%)

Q14. Se sì, riguardano: (*più di una risposta*)
a. La pulizia (6)
b. I disinfettanti (5)
c. Lo smaltimento dei rifiuti (10)
d. Il lavaggio delle mani (7)
e. La profilassi antibiotica (1)
f. Le infezioni della ferita chirurgica (1)
g. Altro……

Q15. Quale tra le seguenti affermazioni pensa sia errata:
a. Il lavaggio delle mani è da ritenersi la misura più importante nel controllo delle infezioni ospedaliere (12%)
b. Non vi è alcuna evidenza scientifica che il lavaggio delle mani è in grado di prevenire le infezioni ospedaliere (42%)
c. Un rigoroso intervento sul lavaggio delle mani è in grado di prevenire circa il 40% delle infezioni ospedaliere (23%)
4. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'igiene delle mani rimane la misura primaria per ridurre le infezioni associate alle prestazioni sanitarie (23%).

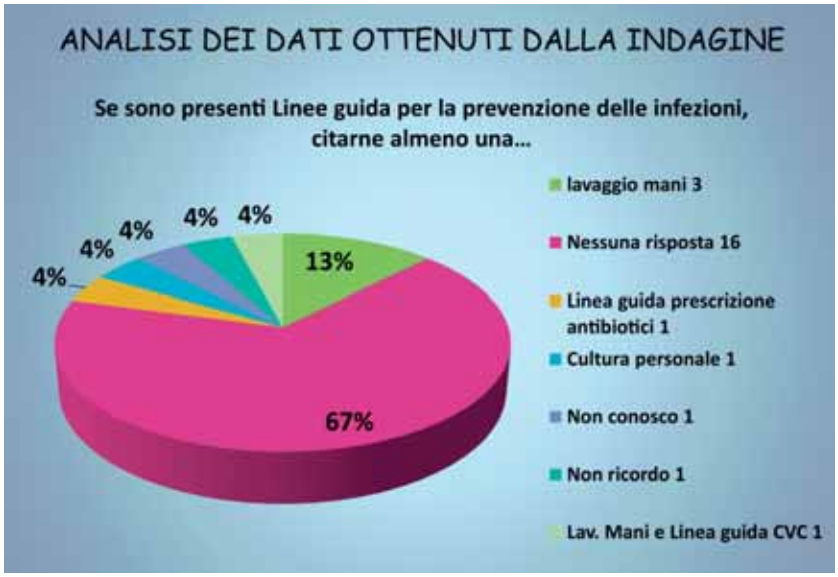


Tabella 6

CONCLUSIONI

Le complicanze infettive associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria sono frequenti, hanno un elevato impatto clinico ed economico e sono, in parte, evitabili con l'adozione di misure di provata efficacia.

Per questo motivo, l'insorgenza di una complicanza infettiva evitabile nel corso dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria rappresenta, oggi, uno dei principali problemi di sicurezza del paziente.

Gli organismi nazionali che si occupano di tali tematiche hanno già avviato, da alcuni anni, progetti mirati ad armonizzare gli interventi di carattere generale per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni, quali la sorveglianza, i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie per il controllo delle infezioni, le linee-guida, i programmi formativi e quelli di comunicazione del rischio.

Questi interventi hanno l'obiettivo di costruire un "quadro di regole comuni" capaci di assicurare la sorveglianza ed il controllo del rischio infettivo ma, parallelamente, anche di promuovere **la cultura della sicurezza del paziente** da parte di istituzioni sanitarie e dei singoli professionisti.

È opportuno, a tal fine, sperimentare e trasferire nell'operatività del sistema sanitario interventi in grado di accrescere la percezione del rischio infettivo, individuare l'esistenza di criticità, promuovere l'adozione di interventi immediati, assicurare, nel concreto, l'adozione di pratiche sicure, mirando esclusivamente ad una "formazione di qualità" con la programmazione periodica di interventi di verifica e aggiornamento del personale sanitario a tutti i livelli di responsabilità.

Con questo studio si è voluto comprendere quanto, in termini di conoscenza, sia in possesso del personale sanitario.

Ciò che è emerso è stata una sottostima del problema e "non conoscenza" del fenomeno, con la conseguente omissione delle segnalazioni al Cio, la parziale individuazione di figure mediche ed infermieristiche che siano di raccordo tra l'unità operativa e la direzione sanitaria, la mancanza della figura dell'infermiere addetto al controllo delle Io, la scarsa conoscenza ed applicazione delle linee guida e dei protocolli igienici.

Senza dimenticare la carenza di informazioni relative a comportamenti corretti, soprattutto per quanto concerne: il lavaggio delle mani, il vestiario, l'igiene personale, l'assunzione di cibi e bevande e la presenza di visitatori.

L'indagine conoscitiva svolta nella Uo-campione rappresenta la "Fase 1" di un piano di azione articolato in tre fasi programmato di concerto col Cio aziendale e la Direzione Sanitaria, assieme al Servizio di Formazione e Sviluppo Aziendale, del Servizio Infermieristico Aziendale e del Coordinatore infermieristico e già avviato in reparto allo scopo, dunque, non solo di rilevare le criticità esistenti nel sistema, ma di offrire una proposta efficace per il loro superamento.

La "Fase 2" ha avuto come obiettivo generale quello di rendere consapevoli del proprio ruolo, con azioni formative, i diversi protagonisti: caposala, infermieri, medici referenti, servizio infermieristico, personale di supporto.

Gli argomenti specifici sono stati trattati con le finalità di: sensibilizzare gli operatori sulle problematiche relative alle Io, di sottolineare l'importanza di un intervento formativo e con la compilazione di un elenco dettagliato di argomenti da approfondire per promuovere la partecipazione attiva e propositiva degli operatori.

A conclusione di questa fase è stata richiesta la stesura di un documento sintetico da trasmettere al Servizio aziendale di Formazione e Sviluppo.

La "Fase 3" ha avviato l'intervento formativo in reparto con la trattazione di argomenti concernenti non solo gli aspetti epidemiologici, clinici, gestionali e organizzativi, ma anche la conoscenza degli organismi interni coinvolti nella prevenzione delle Io.

È stata, infine, richiesta la formulazione di idee e proposte per la realizzazione di strumenti operativi più efficaci per la prevenzione e il controllo del rischio infettivo.

L'obiettivo finale del progetto è la corretta organizzazione del lavoro secondo i contenuti appresi e le risorse disponibili per il miglioramento dei parametri di sicurezza e della qualità dell'assistenza.

AUTORE:

Eduardo Mazza, infermiere presso il policlinico universitario "Agostino Gemelli" di Roma, master di I livello in Management Infermieristico per le Funzioni di Coordinamento.

BIBLIOGRAFIA

Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze (2000). *Procedure protocolli e line- guida di assistenza infermieristica.* A cura di Claudio Spairani e Tiziana Lavalle. Milano, Ed. Masson.

Azienda Ospedaliera Padova, Ulss 16. *Linee-guida per la prevenzione delle infezioni delle infezioni del sito chirurgico.* 2005.

Artioli G, Montanari R, Saffioti A, *Counseling e professione infermieristica*. Roma, Carrocci Faber, 2004.

Bailey Kenneth D, *Metodi della ricerca sociale*. Bologna, Il Mulino, 1982.

Barbuti S, *Microbiologia delle infezioni chirurgiche.* Ann. Ital. Chir. 1988; LX(0), 9-12.

Colasanti P, Martini L, Raffaele B, Vizio M, *La prevenzione delle infezioni ospedaliere procedure, linee-guida, protocolli.* Roma, Carrocci Faber, 2004.

Canu C, *La formazione manageriale nella professione infermieristica: dal corso per Afd al Master in Management per le funzioni di coordinamento.* Management Infermieristico 2005; 3:6-7.

Carosi G, Pan A, *Monitoraggio delle infezioni in ambito comunitario e ospedaliero*. Riv Med Lab-JLM 2002; vol. III, n.2.

Center for disease Control and Prevention-Draft, *Guideline for the prevention of surgical site infection.* Notice, Atlanta-Usa, 1998.

Fabiano G, Pezzolla A, Filograna M.A, Ferrarese F, *Fattori di rischio di infezione in chirurgia.* Ann Ital Chir 2004 ; LXXV,1:11-12.

Finzi G. et al, *Le infezioni ospedaliere.* Roma. Il Pensiero Scientifico Editore. 2006.

Finzi G. et al, *Governo e gestione dell'igiene nelle strutture sanitarie*. Roma. Il Pensiero Scientifico Editore. 2006.

Gandini T, *Le competenze e le valorizzazione del patrimonio umano in sanità. Una proposta per definire le competenze dell'infermiere con funzioni di coordinamento.* F.Angeli ed. 2005.

Garibaldi R.A, Cushing D, Lere T, *Risk factors for postoperative infections.* Ann J Med 1991; 91(3B): 158-163.

Garner J.S, R.N, M.N, Hospital Infections Program Centers for Infectious Disease Center for Disease Control (Cdc), *Guideline for Prevention of Surgical Wound Infections*, 1985.

Gibson F, *Dr. Ignaz Semmelweiss and the Allgemeines Krankenhaus*. Chapter Seven, 2008.

Gordon M, *Nursing diagnoses: process and application*. New York, McGraw-Hill. 1987.

Istituto Superiore di Sanità. Moro M.L, Gandin C, Bella A, Siepi G, Petrosillo N, *Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani*. Rapporti Istisan 01/4. 2001. (pag. 70).

Mangiadi J.R, Marcovici R, *History of Hospital Acquired Infections.* Optimus Services Llc, 2007.

Mangram A.J, Horan T.C, Pearson M.L, Silver L.C, Jarvis W.R. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee, *Guideline for Prevention of Surgical Site Infection*. 1999.

Martini L, *Metodologia nella sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere in area chirurgica.* Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere. 2004. Vol.XI (3).

Moro M.L, Nascetti S. e il Coordinamento inter-regionale del Progetto Inf-Oss, *Infezioni correlate all'assistenza sanitaria, il progetto Inf-Oss.* Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere. 2006. Vol.XIII, n.4: 88-93.

Neuhauser D, *Surgical experience, hospital size and severity adjusted mortality: James Y. Simpson,1869.* Qual. Saf. Health Care. 2005; 14:67-68.

Nhs National Institute for health and Clinical Excellence, *Surgical site infection. Prevention and treatment of surgical site infection.* 2008.

Norman G.R, Streiner D.L, *Biostatistica*. Milano, casa editrice Ambrosiana. 2000.

Il *boonding* in terapia intensiva neonatale

di Francesca Plaja, Maria Cannovo

ABSTRACT

L'attaccamento tra esseri umani ha una funzione protettiva, significativa per tutta la durata della vita umana.
Per questo motivo, la carenza delle cure genitoriali si associa, spesso, ad un difficile sviluppo del bambino.
In Terapia intensiva neonatale, tale carenza può essere prevenuta attraverso vari strumenti e tecniche, fra cui:

- una buona comunicazione;
- incoraggiando il contatto tra neonato e genitori;
- utilizzando indumenti per rendere gradevole la vista del neonato intubato e con accessi venosi;
- utilizzo di nidi e rulli di contenimento;
- intervento multidisciplinare volto ad aiutare i genitori;
- cura dell'ambiente e dei rumori;
- personalizzazione delle culle termiche;
- *minimal touch*;
- *wrapping*;
- saturazione sensoriale.

INTRODUZIONE

La qualità delle cure che i genitori forniscono al proprio bambino ha una forte influenza sul suo benessere psico-fisico, a tal punto che, se risultano inadeguate, possono rappresentare l'origine di numerose situazioni di disagio.
In particolare, **è centrale il legame tra il bambino e la madre**, in quanto è lei a fornire il maggior accudimento quando il figlio è piccolo.
E' stato definito con il termine "***boonding***" **-** "attaccamento" **-** il legame che si crea tra il bambino e la figura che, più di tutte, si occupa di soddisfare i suoi bisogni, sia nutrizionali che affettivi: la madre.

Secondo le teorie di John Bowlby, l'attaccamento tra esseri umani ha una funzione protettiva. significativa per tutta la durata della vita umana: la carenza di cure genitoriali si associa spesso ad un difficile sviluppo del bambino.
Eppure, fin da piccoli, qualcuno dei neonati può presentare difficoltà nell'apprendimento e nella gestione delle emozioni: essi fanno fatica a stare al passo con i coetanei e, spesso, manifestano reazioni aggressive e incontrollate.
Nel periodo dell'adolescenza, questi individui sono più frequentemente esposti ad eventi traumatici e mostrano una certa difficoltà ad affrontare i problemi della vita quotidiana.

MATERIALI E METODI

Il comportamento complementare a quello di "attaccamento" del bambino è "il prendersi cura", che si esprime come disponibilità, comprensione e intervento quando insorgono difficoltà per il piccolo.
Per i familiari e per il neonato che si trovano in un ambiente ospedaliero è importante sentire che il nucleo familiare sia parte attiva del processo di guarigione.
Quindi, **la buona comunicazione sulle condizioni del bambino è un diritto**.
Alcune difficoltà che si riscontrano nel dialogo con i genitori sono legate sia alle modifiche nella struttura familiare

(coppie sempre meno giovani, con uno o al massimo due figli; fecondazioni assistite dopo lunghi periodi di pregressa sterilità ed attesa), che alla diffusione di conoscenze di carattere medico-sanitario, specie grazie al web.
Queste difficoltà si acuiscono quando la situazione si presenta particolarmente critica, quale può essere, ad esempio, quella di una nascita pretermine.
I genitori vivono un vero e proprio shock, passano momenti di incredulità, negazione e poi, anche di angoscia e rabbia.
Il raggiungimento dell'ultima fase, quella di accettazione ed adattamento alla nuova realtà, può richiedere molto tempo.
Come possiamo aiutare il neonato pretermine e la sua famiglia a recuperare la normale relazione che viene interrotta dall'evento "ospedalizzazione"?
Per instaurare una relazione d'aiuto è importante mostrare un vero interesse e una comprensione empatica nei confronti di chi ci è di fronte.
Dopo aver assicurato al neonato pretermine la termoregolazione e la ventilazione, bisognerà consentire alla mamma e al papà di vedere e toccare il proprio figlio.
E' importante accompagnare entrambi i genitori a vedere il neonato il più presto possibile, per evitare che prevalgano fantasie e sentimenti negativi che possono essere più drammatici della realtà.
Nell'accogliere il genitore a vedere il neonato, svolge un ruolo comunicativo importante il modo in cui il personale sanitario lo accudisce.
Il neonato pretermine si presenta con dimensioni corporee ridotte e circondato da molta strumentazione tecnologica (culla termica, saturimetria, lampade per fototerapia…) e, spesso, necessita di uno o più accessi venosi.
La sua sola vista potrebbe già determinare sensi di colpa nei genitori: angoscia, paura e sgomento potrebbero, sulle prime, addirittura inibire le capacità di pensare e di agire.
L'infermiere può presentare il neonato in un nido contenitivo, con un cappellino e dei calzini o scarpine che alleviano la fragilità di quel corpicino e la dipendenza dalle macchine.

L'intervento di un'equipe multidisciplinare deve essere rivolto ad aiutare i genitori a "riconoscere" il proprio bambino, il proprio dolore e la propria paura.
A loro va offerto il sostegno a ritrovare il nuovo equilibrio che la situazione richiede.
La mamma deve avere la possibilità di vedere, toccare ed accarezzare il proprio bambino ed il personale infermieristico deve mettere in evidenza tutti gli aspetti fisiologici positivi e che rientrano nella normalità.
I genitori gradiscono essere informati sulle funzioni essenziali svolte dai macchinari: ciò gli permette di ridurre il senso di separazione.
Spiegare l'importanza di alcune procedure ed attività di reparto fa accettare meglio, in alcuni periodi, la loro assenza.
Il personale infermieristico può adattare l'ambiente alle necessità del piccolo: le luci abbassate e i rumori ridotti, per esempio, diminuiscono lo stress del bebé e dei genitori.
L'accudimento del neonato ed una postura atta a favorire l'autoconsolazione (nido) possono attenuare il senso di separazione sia dall'una che dall'altra parte della famiglia.
L'impiego del *wrapping* (tecnica, largamente diffusa in Tin, che consiste in un contenimento posturale con articolazioni naturalmente flesse e stabilizzazione corporea degli arti superiori lungo la linea mediana) riduce lo stress conseguente a procedure dolorose.
La personalizzazione delle culle termiche con oggetti che non ostacolino le procedure e il livello di asepsi necessaria (carillon, immagini sacre, disegni…) contribuisce all'identificazione del proprio bambino, da parte dei genitori, nella sua unicità.
Il contatto è essenziale per i neonati e l'essere manipolati può essere un'intrusione o può procurare sollievo.
Durante l'esecuzione di varie procedure si può effettuare la saturazione sensoriale che consiste nel massaggiare il neonato, parlargli, agganciare attivamente lo sguardo e fargli annusare odori profumati (C.V. Bellieni-Siena).
Lo scopo di tale tecnica è quello di escludere lo stimolo nocicettivo cutespino-talamico.
Con l'osservazione, l'infermiere decide come e quando toccare l'assistito, secondo il momento e la risposta personale di questo; possibilmente, eseguendo tutte le manovre fastidiose contemporaneamente, al fine di non procurare ulteriore disturbo (*minimal touch*).

CONCLUSIONI

La relazione infermiere/neonato/famiglia rappresenta uno speciale rapporto di aiuto, che implica responsabilità e gratifiche.

Attraverso il progredire della relazione, l'infermiere favorisce la crescita della relazione di "attaccamento", migliorando la qualità della comunicazione tra madre e figlio, indipendentemente dal tempo del contatto mamma-neonato.

Bisogna promuovere la qualità della comunicazione *care giver*/neonato affinché l'intervento assistenziale abbia esiti positivi e duraturi che possano influenzare significativamente lo sviluppo psichico del bambino.

Con intuizione, esperienza e scienza, **l'infermiere attua un'assistenza mirata alla presa in carico della famiglia,** producendo interazioni di gruppo, facilitando la comunicazione e formando la base di una relazione di *nursing* umanistico.

AUTORI:

Francesca Plaja, infermiera, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, terapia intensiva neonatale;

Maria Cannovo, infermiera, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, terapia intensiva neonatale.

BIBLIOGRAFIA

Bowlby J, *Attaccamento e perdita*. Boringhieri Editore, Torino.1975

Bowlby J, *Una base sicura*. Cortina Editore, Milano. 1988

Langher V, *Neonati a rischio, processi comunicativi e possibili interventi*. In D'Alessio M, *Il neonato*. Carocci, Roma. 2001

Petruccelli I, Ricci M.E, *La teoria dell'attaccamento: le origini e i concetti chiave*. In D'Alessio M, *Il neonato*.:Carocci, Roma. 2001

Spinati S, *Infermiere del bambino*. Edi Ses, Napoli. 1995

Landini A, *La teoria dell'attaccamento in ambito evolutivo*. Disponibile presso: www.centroeducativomilani.it/articolo3.htm

IN PILLOLE

Tumori resistenti, ecco la proteina bersaglio

I risultati di un importante lavoro condotto dai ricercatori dell'Istituto nazionale Tumori del "Regina Elena" di Roma sono stati pubblicati sulla rivista internazionale "Cancer Cell". *Il lavoro individua la proteina Che-1 come possibile bersaglio per bloccare la crescita di cellule tumorali resistenti ai trattamenti chemioterapici.*

Identificata e clonata alcuni anni fa dagli stessi ricercatori del "Regina Elena", essa svolge un ruolo fondamentale in caso di danno al Dna, promuovendo la trascrizione del noto gene p53, la cui attivazione induce alla riparazione del Dna danneggiato o alla morte cellulare programmata (apoptosi), nel caso il danno sia irreparabile.

In molti tumori, tuttavia, p53 è presente in una forma mutata – detta, mtp53 - che, non solo non è più in grado di arrestare la crescita delle cellule malate, ma svolge anche un importante ruolo nel favorire la proliferazione tumorale.

"Forti delle scoperte precedenti su Che-1 - spiega Maurizio Fanciulli, responsabile del gruppo di ricerca -, abbiamo voluto verificare se questa proteina potesse regolare anche la trascrizione di p53 mutata, ed abbiamo avuto risposte affermative. In pratica, come Che-1 attiva p53 nelle cellule normali, allo stesso modo, attiva p53 mutata nelle cellule cancerose. A questo punto, abbiamo testato gli effetti del silenziamento di Che-1 su vari tipi di cellule, utilizzando la metodica dell'Rna interference. *Ciò che abbiamo osservato è che, senza Che-1, le cellule tumorali che esprimono p53 mutata muoiono. In pratica, in assenza di Che-1, anche p53 mutata non viene più espressa, per cui si attivano nella cellula dei percorsi alternativi di riparazione del danno che portano, finalmente, alla morte cellulare, arrestando la progressione del tumore e causandone addirittura la riduzione. Il lavoro conferma che i meccanismi che, normalmente, dovrebbero contrastare la crescita neoplastica sono spesso usati dai tumori a proprio vantaggio. Inoltre, poiché i chemioterapici standard basano la loro efficacia proprio sul corretto funzionamento del meccanismo di morte programmata innescato da p53, i nostri studi spiegano perché questi farmaci risultino così poco efficaci in tutti quei casi in cui nei tumori è presente p53 mutata".*

Gestione infermieristica degli strumenti e dell'ambiente post-broncoscopia

di Valentina Di Giacomo, Carmen Sasso, Estibaliz Solorzano

PROCEDURE DI DECONTAMINAZIONE E DISINFEZIONE

La gestione infermieristica di una procedura broncoscopica prevede anche la conoscenza di tutte le fasi della pulizia, disinfezione e manutenzione degli strumenti (accessori, fibroscopi, carrello endoscopico).

I pazienti ed il personale operante in endoscopia, sono soggetti a due diversi rischi:

1. infettivo: i principali germi presenti in ambito endoscopico sono: Mycobacterium tubercolosis; virus Epatite B e C; Hiv; Pseudomonas aeuroginosa;
2. tossico: esposizione a sostanze chimiche disinfettanti come: decontaminanti, Gluteraldeide 2/20% e detergenti.

È, quindi, necessario procedere alla disinfezione degli strumenti e accessori secondo le vigenti linee-guida.

Per questo motivo, in un servizio d'endoscopia si procederà a sterilizzazione e disinfezione di livello elevato.

L'endoscopio, infatti, nel caso di una sua non ottimale disinfezione, può diventare veicolo di trasmissione di germi, ergo di un potenziale pericolo non solo per il paziente, ma anche per gli operatori del settore.

Non a caso, nella letteratura scientifica sono segnalati numerosi casi di infezioni ospedaliere imputabili a disinfezione impropria di endoscopi. Ne consegue la necessità di adeguati protocolli di pulizia e disinfezione degli stessi e delle macchine lava-endoscopi.

La pulizia

Il processo di pulizia degli strumenti endoscopici prevede l'esecuzione di determinate manovre:

- prelavaggio;
- decontaminazione e test di tenuta;
- asciugatura

Prelavaggio

È effettuato al termine dell'esame per rimuovere i residui organici che potrebbero essere rimasti sulla guaina esterna, all'interno dei canali operativi e nelle valvole.

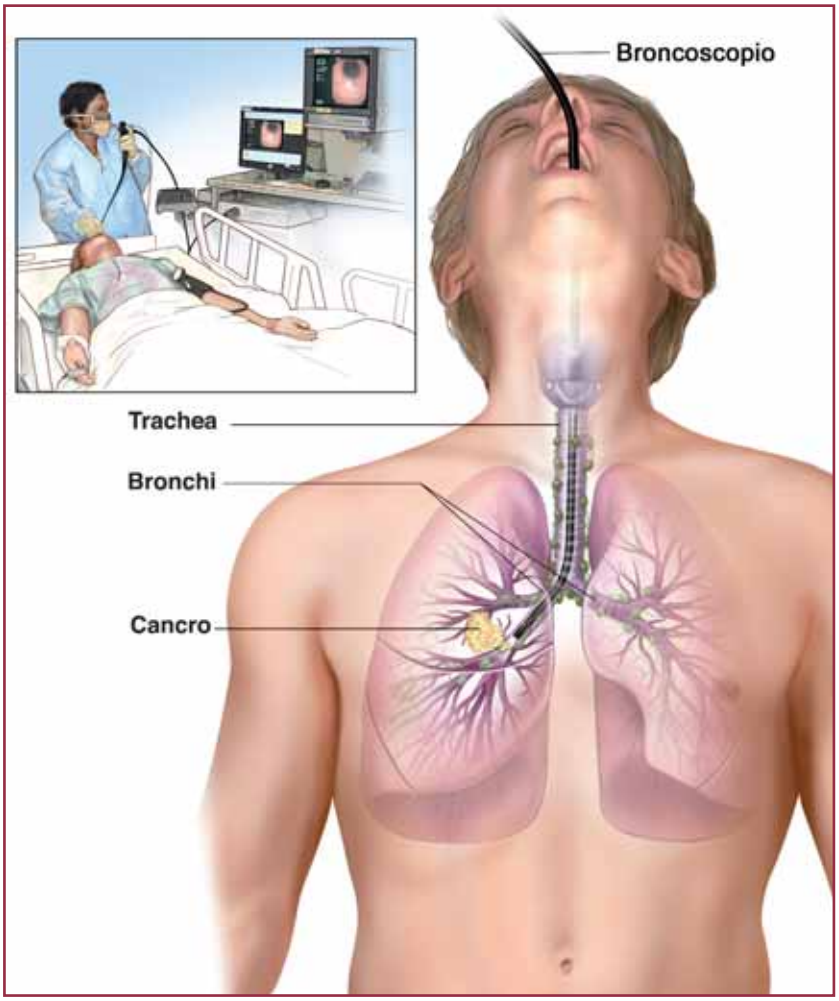
Il prelavaggio manuale deve essere eseguito immediatamente dopo l'uso dello strumento, si effettua, così, nella sala endoscopica:

1. spegnendo la fonte luminosa ed il processore;
2. scollegando il cavo di connessione dell'endoscopio al processore;
3. aspirando la soluzione fisiologica 500 ml per almeno 15 secondi attraverso il canale operativo fino a che il liquido aspirato non appaia chiaro e privo di ogni residuo organico visibile. Questa manovra consente, contemporaneamente, la fuoriuscita di acqua sia dal canale dell'aria che da quello dell'acqua, impedendo che residui di vario tipo (sangue, frustoli, materiale biologico vario) ne possano determinare l'otturazione;
4. passare una garza umida per una grossolana pulizia esterna dell'endoscopio;
5. scollegare l'endoscopio dalla fonte di luce.

Decontaminazione dello strumento e test di tenuta

Dopo il prelavaggio si passa nella sala dedicata alla pulizia e si procede alla decontaminazione dello strumento sempre con proteolitico:

1. Poggiare interamente l'endoscopio nell'apposito contenitore rigido, nella zona sporca, riducendo al minimo le torsioni;
2. fare la prova di tenuta manuale dello strumento per assicurarsi che non abbia subito danni durante l'utilizzo (n.b., il test di tenuta ha lo scopo di verificare che non vi siano perdite: fori sulla guaina esterna dell'endoscopio o anche nel canale operatore; l'operazione si compie collegando uno sfigmomanometro con raccordo prossimale specifico per insufflare aria "dentro" l'endoscopio (180 mmHg): se la pressione del manometro scende, il test di tenuta è positivo, pertanto va individuata la perdita e avviata la procedura per la riparazione. A test di tenuta negativo si procede con la decontaminazione manuale dell'endoscopio e alla sua disinfezione);
3. riempire il contenitore di acqua e detergente enzimatico alla corretta diluizione (Proteozim Plus 400- il contenuto di un tappo in tre litri d'acqua);
4. rimuovere le valvole: quella del canale bioptico è da buttare, mentre la valvola di collegamento all'aspirazione va passata con l'apposito scovolino ed immersa nel contenitore con la soluzione di Proteozim;.



5. passare, più volte, l'apposito spazzolino sia nel canale operativo sia nel bioptico, facendolo scorrere per tutta la lunghezza. Accertarsi che la punta dello spazzolino fuoriesca dall'estremità distale dell'endoscopio e poi ritirarlo. Ispezionare lo spazzolino prima dell'uso: spazzole logorate, curve, piegate e con angoli appuntiti possono rovinare il canale dell'endoscopio o non garantirne una pulizia efficace;
6. collegare i due orifizi dei due canali all'adattatore per il lavaggio manuale e, con una siringa (20 o 50 ml a cono piccolo), iniettare la soluzione enzimatica detergente nei canali e assicurarsi che il liquido vi resti dentro;
7. lasciare in immersione tutto lo strumento per almeno 10 minuti;
8. risciacquare l'esterno dell'endoscopio e tutti i canali interni con acqua.

Asciugatura

Se lo strumento deve essere disinfettato manualmente, questa manovra è indispensabile per evitare la diluizione del disinfettante e quindi la riduzione della sua efficacia.

Afferrare lo strumento sollevando prima l'impugnatura e poi le due parti distali per permettere la fuoriuscita dell'acqua; asciugare i canali interni, aspirando o insufflando aria, e tamponare l'endoscopio esternamente con una garza o un telino che non lasci residui di fibre.

DISINFEZIONE E STERILIZZAZIONE

In alcuni centri endoscopici la disinfezione degli strumenti avviene manualmente, altri centri sono dotati di apparecchiature automatiche.

In caso di **disinfezione manuale** si procede a:

– indossare mascherina,guanti, sovracamice, areare il locale;
– dopo la procedura di pulizia, immergere lo strumento, le valvole, gli accessori (spazzolini, contenitori…) in una soluzione di Glutaraldeide alcalina attivata al 2%;
– riempire con la soluzione di Glutaraldeide i canali operativi;
– chiudere il recipiente con un tappo (vapori soluzione) e lasciare immersi gli strumenti per il tempo indicato dalla casa produttrice.

Disinfezione tra un esame e l'altro, tempo minimo di immersione: 30 minuti.
Sterilizzazione dello strumento: tempo minimo di immersione 10 ore.
Il materiale di pulizia viene disinfettato dopo ogni utilizzo.
L'utilizzo di macchine permette un lavaggio ripetuto, dinamico e costante dei canali interni.
Alcune macchine utilizzano la glutaraldeide già diluita e pronta per l'uso, altre sono dotate di serbatoi per il disinfettante e per il detergente che vengono diluiti al momento dell'uso.
Ogni macchina lavastrumenti ha in dotazione delle slitte-adattatrici che vanno collegate allo strumento per l'irrigazione dei canali interni.

In caso di **disinfezione automatica** si procede a:

– indossare mascherina, guanti, sovracamice, areare il locale;
– posizionare lo strumento nell'apposito cestello (non serve asciugare lo strumento);
– avviato il programma, la lavaendoscopi esegue: pre-lavaggio, risciacquo, insufflazione di aria, disinfezione, svuotamento del disinfettante, risciacquo e asciugatura.

RIORDINO E PULIZIA CARRELLO ENDOSCOPICO

Dopo ogni esame, si ha il compito di riordinare il banco di lavoro, gettare ogni materiale monouso e pulire quello non monouso.

Al termine della giornata lavorativa, la sala viene riordinata per diminuire il rischio d'infezioni, ripristinare il materiale usato e lasciare la sala endoscopica pronta al prossimo uso (urgenza o routine).

La zona lavaggio non può essere individuata nella stessa sala in cui si eseguo-

no gli esami endoscopici, ma deve essere un ambiente adibito a questo uso esclusivo (D.Lgs. 626/94 e successive modifiche ed integrazioni).
La sala lavaggio deve essere organizzata in modo tale da permettere la separazione dell'area dove avviene la fase di prelavaggio e pulizia dello strumento (zona sporca), da quella dove avvengono tutte le manovre dopo la disinfezione (zona pulita).

Stoccaggio degli strumenti
Prima di riporre gli strumenti, al termine della giornata, è opportuno lubrificare i pistoncini con del silicone liquido e passare lo strumento sia nei canali interni che nella parte esterna con alcool a 70°. Tale manovra consente, nel periodo di non utilizzo, di eliminare le eventuali gocce d'acqua rimaste che permettono la proliferazione di numerosi germi, in particolare batteri *gram* negativi.
Dopo l'asciugatura, gli strumenti vanno riposti in luoghi al riparo dalla polvere e da possibili contaminazioni. Luoghi che consentano lo stoccaggio verticale dello strumento.

PULIZIA DELL'AMBIENTE ENDOSCOPICO

La pulizia ambientale favorisce una diminuzione della carica microbica.
Nelle sale endoscopiche sono presenti arredi, piani d'appoggio, lavandini, contenitori utilizzati per il lavaggio degli strumenti e degli accessori, apparecchiature elettromedicali, etc.
Per evitare la diffusione della polvere nell'ambiente, le superfici devono essere pulite con acqua e detergente.
Tra un esame e l'altro, e ogni qualvolta sia necessario, l'infermiere ha il compito di pulire le superfici utilizzate, garantendo all'utente successivo l'utilizzo di materiale pulito.
Disinfettare la colonna contenente la fonte di luce, il processore ed il video al termine della procedura
Per ogni tipo di sala, deve essere programmata una pulizia idonea: diversa dovrà essere la pulizia della sala d'attesa rispetto alla sala endoscopica e quella di trattamento dello strumentario, in quanto, queste ultime, saranno da considerare come aree critiche.

AUTORI:
Valentina Di Giacomo, infermiera Unità di Terapia Intensiva, università Campus Bio-medico di Roma;
Carmen Sasso, infermiera Unità di Terapia Intensiva, università Campus Bio-medico di Roma;
Estibaliz Solorzano, infermiera Unità di Terapia Intensiva, università Campus Bio-medico di Roma.

BIBLIOGRAFIA

Crow S, *Practical Innovations.* Aorn Journal 1993, 58: 771-774
Meeker M.H, Rothrock J.C, *Assistenza e trattamento del paziente chirurgico.* Utet, Milano,1997
Brunner L.S, Suddarth D.S, *Nursing medico chirurgico.* Ambrosiana, Milano, 2001
Aa.Vv. *Il paziente critico.*Ambrosiana, Milano,1997
Mehta A.C, Seballos R, Walsh A, Hall G, Yen-Lieberman B.R, *Steris system process in the sterilization of fiber-optic broncoscope.* Abstract, 8th World Congress for Broncology, 1994, p. 147
Larsson L, Forsell M, Brandberg A, *Testing of a new method of sterilizing of reusable medical device.* Asaio Journal 1995; 41: 146-151
Rutula W.A, *Disinfection and sterilization: What's new.* Presented at Apic Meeting, Las Vegas, June 1995
Liva C, *Accreditamento Servizio Endoscopia Digestiva.* Sied

L'efficacia della ventilazione non invasiva sulla qualità della vita dei pazienti affetti da Sla

di Serena Vale

ABSTRACT

La Sclerosi laterale amiotrofica (Sla), chiamata anche malattia di Gehrig o, genericamente, malattia del motoneurone, è una patologia neurodegenerativa a carattere rapidamente progressivo la cui eziologia resta ancora ignota.

La combinazione di segni clinici e strumentali di disfunzione dei motoneuroni superiori e inferiori in diversi distretti corporei permette la diagnosi clinica della malattia.

Il trattamento di questi pazienti, da un punto di vista strettamente medico (che mira a trovare una cura) è assolutamente insoddisfacente.

Per questo, le tecniche di riabilitazione e le cure palliative costituiscono un importante – pur se non sempre riconosciuto – elemento del trattamento dei pazienti Sla.

Uno dei sintomi più importanti della Sla, che può essere presente già al momento della diagnosi, **è la debolezza che colpisce i muscoli respiratori e bulbari** dei pazienti e che, generalmente, li conduce alla morte.

La sensazione di fame d'aria e la paura di morire soffocati è una delle cose che più spaventa i pazienti affetti da questa terribile malattia, nonché uno dei fattori che ne condizionano maggiormente l'aspetto psicologico.

La debolezza dei muscoli respiratori è un sintomo, spesso sottovalutato, all'esordio della malattia. Si manifesta, inizialmente, con apnee ostruttive del sonno, sonnolenza diurna, emicrania mattutina, fluttuazioni del tono dell'umore, disturbi della concentrazione, fino ad una vera e propria difficoltà respiratoria con dispnea ed ortopnea.

È stato dimostrato, inoltre, che l'ipoventilazione ha delle conseguenze sulle funzioni esecutive, visuo-spaziali e sulla memoria dei pazienti.

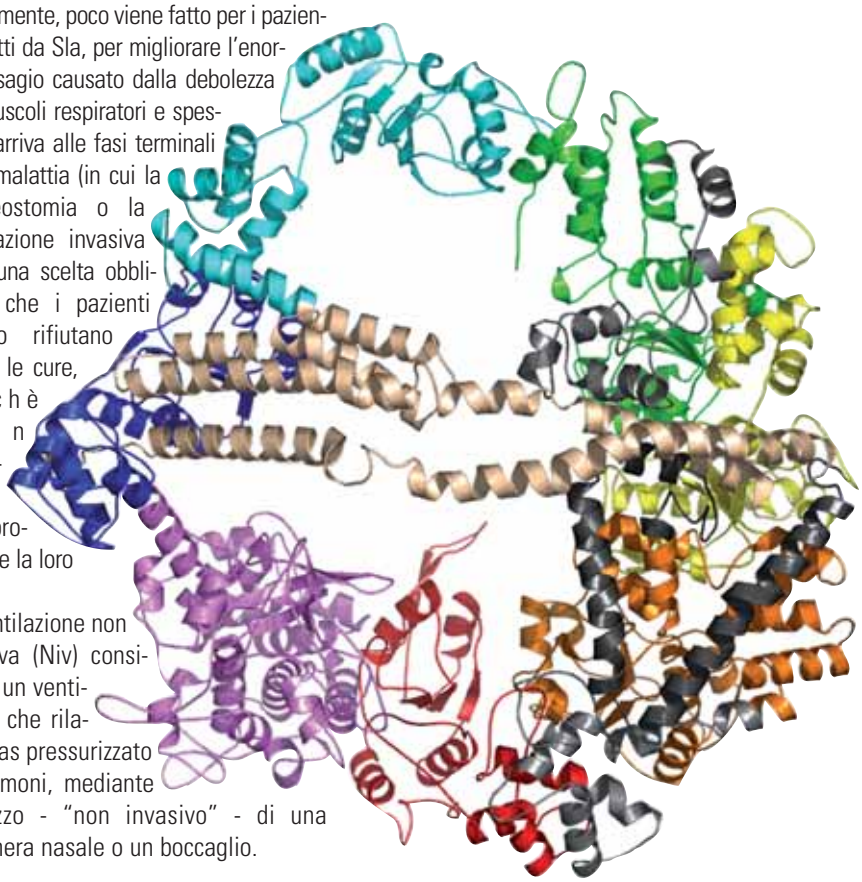
La compromissione cognitiva, ovviamente, peggiora ulteriormente lo stato di salute fisica e mentale ed ha un peso emotivo enorme anche su coloro che li accudiscono.

Attualmente, poco viene fatto per i pazienti affetti da Sla, per migliorare l'enorme disagio causato dalla debolezza dei muscoli respiratori e spesso si arriva alle fasi terminali della malattia (in cui la tracheostomia o la ventilazione invasiva sono una scelta obbligata) che i pazienti spesso rifiutano anche le cure, perchè non desiderano prolungare la loro vita.

La ventilazione non invasiva (Niv) consiste in un ventilatore che rilascia gas pressurizzato ai polmoni, mediante l'utilizzo - "non invasivo" - di una maschera nasale o un boccaglio.

Dalla letteratura in materia **è emerso che un precoce utilizzo della Niv potrebbe evitare alle persone affette da Sla il disagio di una serie di sintomi iniziali** che tanto negativamente influenzano il già difficile decorso della loro malattia.

La Niv viene, ovviamente, preferita dai pazienti che, grazie ad essa, possono migliorare il loro problema respiratorio, pur continuando a svolgere una vita pressoché normale.



Autori	Ricerca Scientifica	Titolo	Commento
Lyall R.A, Donaldson N, Fleming T, Wood C, Newsom-Davis I, Polkey M.I, Leigh PN, Moxham J[8]	Neurology. Volume LVII, n.1, pag. 153-6. July, 10, 2001.	*"A prospective study of quality of life in Als patients treated with non-invasive ventilation".*	In questo articolo gli autori, utilizzando un questionario SF-36, hanno studiato la qualità della vita di 16 pazienti ventilati affetti da Sla. Dai loro dati, emerge che la Niv a pressione positiva migliora il punteggio nel dominio "vitalità" di circa il 25% per un periodo di 15 mesi, malgrado la progressione della malattia.
Butz M, Wollinsky K.H, Wiedemuth-Catrinescu U, Sperfeld A, Winter S, Mehrkens H.H, Ludolph A.C, Schreiber H[9]	American journal of physical medicine and rehabilitation. Volume LXXXII, n.8, pag 597-604, August, 2003.	*"Longitudinal effects of non-invasive positive-pressure ventilation in patients with amyotrophic lateral sclerosis".*	In questo studio prospettico di coorte tedesco vengono studiati 30 pazienti con diagnosi di Sla sottoposti a Niv a pressione positiva, per dieci mesi. Intanto, venivano effettuati test di funzionalità respiratoria e valutati, tramite un questionario, sintomi di ipoventilazione legati alla qualità della vita (qualità del sonno, sonnolenza diurna, faticabilità fisica e mentale, depressione). Dall'analisi dei dati risulta che la ventilazione non invasiva a pressione positiva dà un prolungato beneficio sui sintomi e sugli indici di qualità della vita per la Sla e dovrebbe essere offerta a tutti i pazienti con disturbi respiratori durante il sonno e con disfunzione dei muscoli inspiratori.
Kaub-Wittemer D, Steinbüchel N, Wasner M, Laier-Groeneveld G, Borasio G.D[7]	J Pain Symptom Manage. Volume XXVI, n.4, pag: 890-6. Ottobre, 2003	*"Quality of life and psychosocial issues in ventilated patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregiver".*	Questo studio sottolinea l'efficienza della Niv come cura palliativa dell'ipoventilazione cronica nei pazienti affetti da Sla. Vengono messi a confronto 32 pazienti trattati con Niv e 21 pazienti con ventilazione invasiva mediante tracheotomia (Tv). I dati mostrano che, per entrambi, c'è un miglioramento della qualità della vita (QoL), ma il carico per i caregiver dei secondi è maggiore. Il 30% dei caregiver di pazienti con ventilazione invasiva ritiene la propria QoL inferiore a quella dei malati seguiti.
Bourke S.C, Tomlinson M, Williams T.L, Bullock R.E, Shaw P.J, Gibson GJ[10]	Lancet of Neurology. Volume V, n.2, pag. 140-147 January, 9, 2006.	*"Effects of non-invasive ventilation on survival and quality of life in patients with amyotrophic lateral sclerosis: a randomised controlled trial".*	Questo studio-controllo randomizzato, eseguito su 41 pazienti affetti da Sla (a 22 dei quali veniva assegnata la ventilazione non invasiva (Niv) e a 19 le cure standard), rivela che nei pazienti con disfunzioni bulbari minori (n=20) la Niv migliora numerosi aspetti della qualità di vita ed aumenta la sopravvivenza media di 205 giorni, con mantenimento della qualità di vita per la maggior parte di questo periodo. La Niv migliora gli indici di qualità di vita anche nei pazienti con funzioni bulbari più compromesse, ma non gli conferisce il beneficio della sopravvivenza.

Mustfa N, Walsh E, Bryant V, Lyall R.A, Addington-Hall J, Goldstein L.H, Donaldson N, Polkey M.I, Moxham J, Leigh P.N[5]	Neurology. Volume LXVI, n.8, pag. 1211-7. April, 25, 2006.	*"The effect of non-invasive ventilation on Als patients and their caregiver".*	In questo studio viene analizzata la qualità di vita (QoL), per un anno, di 13 pazienti affetti da Sla con debolezza dei muscoli respiratori che hanno ben tollerato la Niv ed, in parallelo, 15 pazienti della stessa età, e con stessa gravità di malattia, che non presentavano debolezza dei muscoli respiratori. Venivano, inoltre, testati 38 *caregiver*, di cui 21 assistevano pazienti con Niv, sette pazienti non trattati con Niv e dieci pazienti senza debolezza dei muscoli respiratori. Dai risultati emerge che: la sopravvivenza media dei pazienti non trattati con Niv era più breve di quella dei pazienti trattati (una media di 18 giorni contro 278); che un ampio *range* degli indici di QoL migliorava entro un mese dall'inizio della Niv e durava per un anno; che la Niv non aveva conseguenze sulla maggior parte degli aspetti di QoL dei *caregiver* e non incrementava il loro carico lavorativo o lo stress.
Lechtzin N, Scott Y, Busse AM, Clawson LL, Kimball R, Wiener CM[11]	Amyotroph Lateral Scler. Volume VIII, n.3, pag:185-8. June, 2007.	*"Early use of non-invasive ventilation prolongs survival in subjects with Als".*	In questo recente studio vengono messi a confronto 25 pazienti con Sla che hanno iniziato l'uso della ventilazione non invasiva a pressione positiva (Nppv) precocemente (quando la loro Capacità Vitale Forzata, Fvc, era >= al 65%) e 67 pazienti che hanno iniziato la Nppv quando la loro Fvc era al di sotto del 65%. I risultati mostrano che la sopravvivenza media, dalla diagnosi alla morte, è significativamente più lunga (circa un anno) nei pazienti che iniziano la Nppv prima.

Inoltre, visto il suo basso costo, la maneggevolezza e la semplicità di utilizzo, la Niv riduce notevolmente il carico assistenziale e lo stress psicologico di chi presta assistenza a questi pazienti. Da ciò ne deriva la possibilità di un miglioramento della qualità di vita sia dei pazienti affetti da Sla che dei loro *caregiver*.

Da qui, la decisione di effettuare una mini revisione della letteratura dal titolo: "Qualità della vita nei pazienti con Sla, sottoposti a Niv".

MATERIALI E METODI

La ricerca degli articoli scientifici è stata eseguita inserendo le parole chiave: *Amiotrofic Lateral Sclerosis, Non invasive ventilation, Quality of life,* nel motore di ricerca Medline, e prendendo in considerazione, analizzandoli, i sei più significativi e recenti studi randomizzati (dal 2001 al 2007) emersi da tale ricerca.

RISULTATI

I risultati della ricerca bibliografica sono stati annotati in questa tabella riassuntiva.

CONCLUSIONI

Dai lavori scientifici esaminati emerge l'enorme beneficio fisico e psicologico che tutti i pazienti affetti da Sla potrebbero trarre dall'utilizzo della Niv.

Nei pazienti con Sla sottoposti precocemente a Niv, in cinque di questi studi, infatti, si evidenza un significativo miglioramento della qualità della vita ed in due di essi, addirittura, un prolungamento della sopravvivenza.

Dalla personale esperienza in un reparto di Neurologia, ho potuto osservare quanto il disturbo respiratorio causi ai pazienti affetti da Sla, fin dall'inizio, un'ansia incontrollata ed un cattivo umore che toglie loro molto del coraggio di cui, invece, hanno bisogno per affrontare la malattia.

Purtroppo, però, raramente viene proposto loro l'utilizzo della Niv, un presidio in realtà semplice che non comporterebbe un grosso impegno, né da parte del paziente né da parte di chi se ne prende cura, ma della cui utilità evidentemente si conosce ben poco.

Va sottolineato quanto sia importante

che ogni operatore sanitario prenda coscienza che in patologie incurabili a prognosi infausta, come la Sla, l'unica possibilità di aiutare questi pazienti è quella di migliorare la qualità della loro vita e quella di chi si prende cura di loro. Non bisogna arrendersi all'inesorabilità di questa malattia e, vista l'assenza di cure, lasciare il paziente al proprio destino, ma adoperarsi con tutti i mezzi a disposizione (e tutte le cure palliative esistenti) per alleviare le sofferenze di questi sfortunati pazienti.

Bisogna, insomma, che entri nella coscienza comune che **è dovere di ogni operatore sanitario cercare di migliorare, per quanto possibile, il tempo che resta da vivere ai pazienti affetti da Sla,** e che è un loro diritto arrivare alla morte nella maniera più dignitosa possibile.

AUTORE:
Serena Vale, laureata in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Uoc Neurologia, Policlinico Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Beretta S, Ferrarese C, *Amyotrophic lateral sclerosis: a multidisciplinary approach.* Journal of Medicine and the person. 2(2): 67-68. 2004
Causarano I.R, *Le cure palliative in neurologia: come, dove e quando.* Neurol Sci. 26:S127–S131. 2005.
Borasio G.D, Voltz R, Miller R.G, *Palliative care in amyotrophic lateral sclerosis.* Neurol Clin. 19(4): 829-47. 2001.
Pautex S, Janssens J.P, Vuagnat H, Conne P, Zulian G.B, *Management of patients with amyotrophic lateral sclerosis.* Swiss Med Wkly. 135(41-42): 626-9. 2005.
Mustfa N, Walsh E, Bryant V, Lyall R.A, Addington-Hall J, Goldstein L.H, Donaldson N, Polkey M.I, Moxham J, Leigh P.N, *The effect of non-invasive ventilation on Als patients and their caregivers.* Neurology. 66(8): 1211-7. 2006
Vianello A, *La ventilazione non invasiva.* DM n.156. Periodico Uildm-Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare. 2005.
Kaub-Wittemer D, Steinbüchel N, Wasner M, Laier-Groeneveld G, Borasio G.D, *Quality of life and psychosocial issues in ventilated patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers.* J Pain Symptom Manage. 26(4): 890-6. 2003.
Lyall R.A, Donaldson N, Polkey M.I, Leigh P.N, Moxham J, *Respiratory muscle strength and ventilatory failure in amyotrophic lateral sclerosis.* Brain. 124(Pt 10): 2000-13. 2001.
Butz M, Wollinsky K.H, Wiedemuth-Catrinescu U, Sperfeld A, Winter S, Mehrkens H.H, Ludolph A.C, Schreiber H, *Longitudinal effects of non-invasive positive-pressure ventilation in patients with amyotrophic lateral sclerosis.* Am J Phys Med Rehabil. 82(8): 597-604. 2003.
Bourke S.C, Tomlinson M, Williams T.L, Bullock R.E, Shaw P.J, Gibson G.J, *Effects of non-invasive ventilation on survival and quality of life in patients with amyotrophic lateral sclerosis: a randomised controlled trial.* Lancet Neurol. 5(2): 140-7. 2006.
Lechtzin N, Scott Y, Busse A.M, Clawson L.L, Kimball R, Wiener C.M, *Early use of non-invasive ventilation prolongs survival in subjects with Als.* Amyotroph Lateral Scler. 8(3): 185-8. 2007.
Chiò A, Silani V, *Italian Als Study Group.* J Neurol Sci. 15;191(1-2): 145-50. 2001.
Amyotrophic lateral sclerosis care in Italy: a nationwide study in neurological centers. J Neurol Sci. 15;191(1-2): 145-50. 2001.

IN PILLOLE

Braccati da virus? Una questione di geni

Il tallone d'Achille di chi è costantemente minacciato da infezioni virali sarebbero alcuni geni.
Un gruppo di scienziati italiani, infatti, ha identificato alcune varianti geniche (139, in totale) che definiscono la predisposizione alle infezioni virali.
Lo studio è frutto della collaborazione tra l'Istituto scientifico "Eugenio Medea", quello "Don Gnocchi" e l'università degli Studi di Milano, ed è stato pubblicato sulla rivista "PLoS Genetics".
I ricercatori, dopo aver analizzato più di 600mila varianti genetiche di 52 popolazioni, hanno capito che alcune varianti geniche aumentano la suscettibilità alle infezioni virali, mentre altre proteggono.
"L'identificazione di varianti geniche che modificano la predisposizione alle infezioni virali o la loro severità è fondamentale per lo sviluppo di nuovi approcci terapeutici e di vaccini", hanno spiegato gli autori della ricerca. Lo studio è stato basato principalmente sull'idea che le popolazioni che vivono in aree geografiche diverse siano state esposte a carichi virali differenti e, di conseguenza, a pressioni selettive diverse che hanno contribuito a determinare la frequenza di alcune varianti genetiche. Tali varianti si sono dimostrate più frequenti nelle popolazioni che abitano regioni dove il carico virale è più alto. Utilizzando questo approccio, sono stati identificati 139 geni umani che modulano la suscettibilità alle infezioni virali..

L'esame clinico-pratico degli studenti in Infermieristica
Sintesi dell'esperienza condotta presso il Centro Idi-Irccs di Roma

di Claudia Uras, Donatella de Lisi, Gennaro Rocco

INTRODUZIONE

Gli studenti iscritti al corso di laurea in Infermieristica presso l'Idi-Irccs, frequentano il tirocinio per il 70% del totale delle ore previste dagli ordinamenti didattici prevalentemente in sede e presso l'ospedale San Carlo.
Il restante 30% in centri di eccellenza di altre aziende ospedaliere e servizi territoriali: una scelta che ha lo scopo di consentire lo sviluppo di una capacità di confronto e di *benchmarking* tra diverse culture organizzative ed approcci assistenziali.
Nella nostra realtà accademica, sono evidenti alcune criticità che mostrano un gap tra la formazione infermieristica teorica e quella pratica.
La prima era data dalla quasi totale assenza di relazione tra i docenti delle discipline teoriche e gli infermieri che nei reparti prendono in carico gli studenti in tirocinio: la parte prevalente dei docenti di discipline infermieristiche era - ed è ancora - rappresentata da ottimi professionisti, cultori delle materie che insegnano, ma che non sono presenti nelle Unità Operative (Uo) in cui gli studenti apprendono la pratica clinica.
La seconda consisteva nell'insufficiente partecipazione degli infermieri delle Unità Operative ai programmi educativi. Le stesse schede con gli obiettivi formativi (più volte modificate durante il corso degli anni per renderle il più possibili pratiche e di semplice uso da parte dei coordinatori), spesso non erano nemmeno conosciute dagli stessi infermieri di reparto.
La terza era che, malgrado i grandi miglioramenti avvenuti nel corso degli anni, era ancora presente l'antica tradizione di utilizzare gli studenti anche per attività improprie e, talvolta, vicariali.
Poiché l'obiettivo educativo dell'infermieristica a livello universitario **è di coltivare negli studenti le capacità di pensare in modo** creativo e **critico, promuovendo l'auto-sviluppo, l'istruzione/formazione teorica e la pratica infermieristica devono essere necessariamente** combinate ed **integrate.**
In base a tali premesse, due anni fa è stato elaborato un progetto, in virtù del quale è stato sostituito l'esame di tirocinio in laboratorio con un esame di tirocinio in reparto.
Ciò, al fine di provare a ridurre il gap tra la teoria e la pratica, affrontando le criticità evidenziate.
Prima dell'avvio del progetto, l'attività del laboratorio infermieristico presso il centro Idi era affidata ad infermieri che non partecipavano né alla formazione teorica né all'esame di tirocinio presso il reparto.
In sostanza, lo studente aveva un rapporto di preparazione teorica con i docenti infermieri, poi svolgeva la pratica

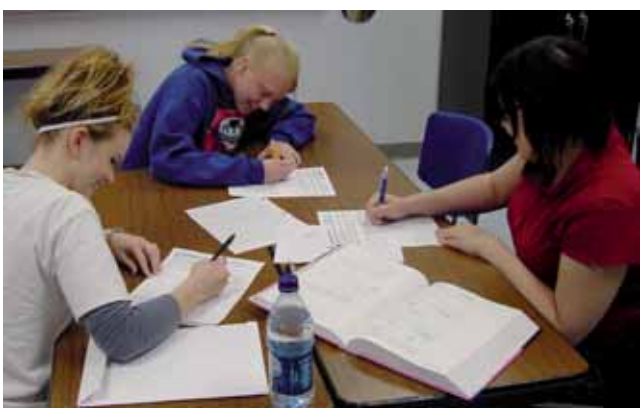
presso i reparti con gli infermieri di turno ed, infine, era esaminato da altri docenti.
In questo modo, però, accadeva che le nozioni teoriche apprese non coincidevano con l'esperienza pratica: al momento dell'esame finale, lo studente non sapeva se doveva far riferimento a quanto appreso nella teoria o nella pratica.
Il progetto, allora, prevedeva l'introduzione della figura del *tutor* clinico che viene coinvolta nell'insegnamento e nella simulazione nel laboratorio della sede del Centro, e che segue lo studente nel corso della pratica clinica.
Il *tutor* è presente e partecipa anche all'esame di tirocinio che viene, poi, svolto direttamente nelle Unità Operative dove egli lavora.
Per la realizzazione del progetto si sono svolte le seguenti attività:
individuare le Unità Operative dell'Idi dove effettuare lo studio;
scegliere i *tutor* clinici;
implementare il laboratorio infermieristico presso il nostro Centro;
realizzare un nuovo sistema di valutazione teorico-pratica degli studenti infermieri presso le Unità Operative individuate;
elaborare la documentazione necessaria.

Individuazione dei tutor clinici
La scelta dei *tutor* clinici e la selezione dei reparti è avvenuta in base all'esperienza maturata come coordinatori del Centro e sulla base di ciò che gli studenti dei precedenti corsi avevano riferito riguardo al tirocinio pratico.
Il nostro progetto è stato illustrato prima ai coordinatori, poi agli infermieri particolarmente idonei. La scelta dei quattro *tutor* clinici è caduta su nostri ex studenti, sia perché già in possesso della nostra impostazione metodologica, sia perché più motivati.
Successivamente, il progetto è stato esposto alla direzione infermieristica che l'ha accolto con entusiasmo e pienamente condiviso.

Implementazione del laboratorio teorico/pratico infermieristico
Il laboratorio teorico-pratico infermieristico è un ambiente di apprendimento che ha l'obiettivo di sviluppare il pensiero creativo e critico dello studente e di migliorare le competenze cliniche.
Il gruppo di studenti (massimo 12) è guidato, a seconda delle circostanze, da:
– *tutor* pedagogici (coordinatori didattici);
– *tutor* clinici (infermieri delle Uo);
– *tutor* alla pari (studenti di II e III anno di corso).
Le metodologie didattiche utilizzate nel **laboratorio teorico** sono:
– elaborazione di documentazione infermieristica;
– *briefing;*
– *de briefing;*
– relazioni;
– ricerche bibliografiche.
Nell'ambito delle attività del **laboratorio pratico** sono effettuate:
– simulazioni con manichini e presidi ed, in alcuni casi, direttamente con i pazienti;
– discussione dei casi clinici;
– risposte a quesiti educativi ed organizzativi.
Fino al 2008, l'attività di laboratorio infermieristico era svolta da infermieri che, con l'impiego di manichini ed altri presidi, insegnavano le procedure.
Ma avveniva sovente che gli studenti, una volta giunti nei reparti, non riscontrassero le medesime procedure apprese.
Così, nel corso dell'esame finale, alcuni di loro rispondevano secondo le nozioni teoriche conosciute (non sempre corrette, se confrontate con le più recenti conoscenze disponibili in letteratura), altri secondo la pratica appresa (anche questa non sempre corretta).
Era necessario, quindi, migliorare sia la selezione dei docenti infermieri che la formazione teorico-pratica corretta (non solo degli studenti, ma pure di alcuni infermieri dei reparti).
In attuazione del progetto, insieme ai *tutor* prescelti, si è preso in considerazione alcuni argomenti di cui esaminare il materiale didattico dei docenti, ricercato gli ultimi studi scientifici sulle procedure trattate e, infine, affidare ai tutor le esercitazioni pratiche, mediante alcune simulazioni, con gruppi di non più di dodici studenti (per un totale di 220).
Ciascun argomento è stato trattato in apposita sessione.

IL PROGETTO

L'esperimento formativo messo a punto al Centro Idi è stato articolato in due fasi.
La prima fase è iniziata a gennaio 2009, con gli studenti del II anno della laurea in Infermieristica e con l'individuazione dell'Unità Operativa oncologica dell'Idi-Irccs.
Qui, sono stati scelti due *tutor* clinici, formati per svolgere sia attività didattica in laboratorio che per seguire lo studente nel corso del tirocinio in reparto e sia per valutarlo (mediante una scheda appositamente elaborata) all'esame finale.
Nel luglio 2009, abbiamo iniziato il nuovo sistema di valutazione teorico-pratica degli studenti del II anno di corso presso il reparto, con i seguenti obiettivi:
– valutare oggettivamente lo studente;
– verificare le sue capacità di applicare le conoscenze teoriche alla pratica-clinica;
– comprendere le sue capacità di analizzare la documentazione clinica ed effettuare le opportune riflessioni;
– rilevare le sue abilità relazionali;
– coinvolgere maggiormente il personale infermieristico di reparto nel percorso formativo dello studente.



L'elaborazione della scheda di valutazione, per assegnare il voto finale, è avvenuta sommando tutti i punteggi ottenuti dallo studente.
La scheda ha preso in considerazione tre aree: cognitiva, relazionale e abilità pratiche, suddividendo, ognuna di queste, in cinque ambiti a cui è stato attribuito, via via, un punteggio.
(Allegato 1).
Nella seconda fase, iniziata a gennaio 2010 per gli studenti del I anno, è stato selezionato un altro reparto ed individuati altri due *tutor* che vi lavoravano.
Anche questi ultimi sono stati opportunamente formati ed hanno svolto attività di laboratorio con la medesima metodologia prima illustrata.
In questa fase si è provveduto anche a redigere un nuovo libretto di tirocinio clinico per lo studente.
Perché?
Prima, lo studente aveva una scheda di valutazione costituita da un foglio contenente gli obiettivi del tirocinio e la valutazione del coordinatore della Uo.
La scheda era consegnata dallo studente al coordinatore e questi, dopo aver redatto il giudizio alla fine del tirocinio, la consegnava al Servizio Infermieristico.
Spesso, accadeva, però, che la scheda fosse smarrita o che fosse riconsegnata incompleta e, poiché, esse erano esaminate dai coordinatori didattici del Centro (che ne tenevano conto anche per l'esame finale di tirocinio), la loro mancanza o incompletezza ne pregiudicava il giudizio.
Il libretto di tirocinio, così, ha lo scopo di informare i coordinatori ed i *tutor* clinici sugli obiettivi che lo studente deve raggiungere nell'arco dei tre anni di corso; annotare in modo continuativo e dettagliato le attività programmate e svolte dallo studente (di laboratorio, di ricerca); raccogliere sia le ore complessivamente svolte nei reparti assegnati sia le valutazioni conseguite.
In questo modo, il coordinatore dell'unità operativa e il *tutor* clinico possono già avere una conoscenza globale delle esperienze pregresse dello studente e delle valutazioni conseguite in merito, sicché possono, a loro volta, redigere una valutazione più meditata.
Lo studente affida il libretto al coordinatore o *tutor* clinico dell'Unità Operativa durante il periodo di tirocinio e, a differenza della precedente scheda, esso viene restituito allo studente che lo consegna al coordinatore didattico che provvede all'archiviazione dei dati nel sistema informatico del Centro o dell'università.
Così, il rischio di smarrimento è ridotto e, in ogni caso, i dati, via via, archiviati sono salvi.
Dalle cinque sessioni di esami effettuate nell'ambito di questa esperienza, sono emerse alcune carenze in relazione alle quali appaiono necessari interventi correttivi.
Poiché, tra gli argomenti rivisti assieme ai *tutor* e trattati in laboratorio non erano state incluse le procedure asettiche od altre, abbiamo riscontrato che proprio su tali argomenti gli studenti hanno mostrato maggiori insufficienze.
Ad esempio, alcuni di loro commettevano errori grossolani: impugnavano le siringhe in modo scorretto; non erano in grado di preparare correttamente e in sicurezza le fleboclisi; non svolgevano con attenzione le procedure asettiche ed utilizzavano in modo scorretto i guanti monouso.
Inoltre, si è verificata spesso una scarsa capacità di relazionarsi con il paziente, l'insufficiente conoscenza dei farmaci ed il ridotto controllo emotivo.
Da qui, la necessità di implementare l'attività di laboratorio infermieristico.
Va sottolineato che altri errori sono pure determinati da materiale didattico obsoleto o insegnamenti scorretti (non solo teorici, ma anche clinici) e che alcuni studenti, anche italiani, incontravano difficoltà nel leggere la documentazione clinica e nell'individuare i veri bisogni dei pazienti.

CONCLUSIONI

Al fine di migliorare la qualità delle prestazioni clinico-pratiche degli studenti, riteniamo opportuno implementare le attività di laboratorio sulle carenze individuate, sollecitando i *tutor* ad un attento controllo delle attività durante il tirocinio.
Questi dovrebbero rivolgere particolare attenzione agli studenti che presentano maggiori difficoltà di apprendimento, qualsiasi siano le loro motivazioni (ignoranza della lingua italiana, timidezza, scarsa intraprendenza).
Dovrebbe esservi un riconoscimento formale della figura del *tutor*.
È necessaria, inoltre, la presenza dei coordinatori didattici nei reparti durante il periodo del tirocinio, affinché si possa intervenire sia nei confronti dello studente che per la formazione continua degli stessi infermieri, evitando il reiterarsi di procedure scorrette.
La nostra presenza servirebbe anche a coinvolgere gli infermieri per reclutare altri *tutor* e ridurre il *gap* tra il mondo accademico e quello clinico.
Dalle carenze individuate, nasce anche l'esigenza della formazione continua dei docenti d'infermieristica ed una scelta di testi di studio più aggiornati.
Dall'esperienza maturata attraverso questo progetto, ne è scaturito un secondo,di più ampio respiro, che prevede, come punto di arrivo, la costituzione del: "Dipartimento per la formazione infermieristica clinica" che consenta ad ogni Uo di provvedere alla formazione degli studenti infermieri, all'inserimento dei neo-assunti ed a motivare il personale infermieristico. Poiché la mancanza di risorse economiche, materiali e temporali non ha permesso di verificare queste attività, ci si è orientati, allora, verso un progetto "flessibile" che consiste nella formazione degli studenti sul campo con la nostra costante presenza nei reparti (la "flessibilità" terrà conto della situazione organizzativa e di risorse esistenti in ciascun settore).
Sarà opportuno, poi, valutare se l'impatto di questa nuova metodologia apporterà modifiche, sia per migliorare l'apprendimento e le performance dello studente, che nell'assistenza ai pazienti.

AUTORI:
Claudia Uras e Donatella de Lisi, coordinatrici didattiche dei corsi di laurea in Infermieristica;
Gennaro Rocco, direttore Centro di Formazione "Padre Luigi Monti", Idi-Irccs di Roma.

ALLEGATO 1 - Scheda di valutazione dell'esame di tirocinio

Il punteggio va da 1 a 5 (1 è il minimo, 5 il massimo)

studente _____

argomento_____

competenza pratica

tempo di esecuzione

					correttezza nell'esecuzione
					sicurezza nell'esecuzione
					Errori nell'esecuzione
					Competenza cognitiva
					Valutazione del materiale
					Conoscenza della procedura
					Valutazione del rischio di esecuzione
					Raccolta dei dati (cartella clinica, domande al *tutor*, etc.)

competenza relazionale

					Appropriatezza del linguaggio scientifico
					Partecipazione emotiva
					Interazione con il paziente
					Interazione con il *tutor*

Totale _____

Indagine conoscitiva tra i giovani di una scuola superiore Valutazione dei risultati

di Alessandro Porri

ABSTRACT

Per effettuare corretti interventi di prevenzione sociale è importante, oltre allo studio del territorio e la definizione del *target*, il continuo monitoraggio del fenomeno tossicodipendenza che ci permette di modificare e, nel caso, adeguare la tipologia e/o la modalità di intervento.

Nei vari anni di attività del Ser.T, gli interventi di prevenzione sul territorio sono stati molteplici.

Gli adolescenti non sono educati a crescere in un mondo senza droghe, ma in un ambiente caratterizzato dall'assunzione, anche legale, di sostanze (farmaci, tabacco, alcool).

Ciò contribuisce a produrre la convinzione di una "non pericolosità" delle stesse.

Il nostro intervento nelle scuole, oggi, tenendo conto di quest'evoluzione e dell'abbassamento dell'età di assunzione, si rivolge, rispetto al passato, alle prime classi.

Nell'ambito degli interventi realizzati nelle scuole del territorio, per l'anno scolastico 2008/09, è stata effettuata una "ricerca-intervento" per **sondare il livello di conoscenza dei ragazzi sugli effetti delle sostanze comunemente più usate**.

È stato utilizzato il questionario Qps *(Allegato 1),* precedentemente predisposto e revisionato dalla nostra equipe. L'ipotesi iniziale da verificare con la ricerca è stata: *"I ragazzi oggi non sono adeguatamente informati sugli effetti delle sostanze sull'organismo"* che, al termine, è stata confermata.

I ragazzi del nostro campione sono risultati avere conoscenze distorte - o errate - sulle sostanze, sfatando la convinzione che oggi i giovani sappiano tutto.

INTRODUZIONE

Questa tipologia d'interventi in ambito scolastico fa parte, storicamente, delle attività proprie del nostro Ser.T.

Nel tempo, l'evoluzione del "fenomeno droga", modificatosi sia nella tipologia delle sostanze che nella modalità di assunzione, i continui cambiamenti del mondo giovanile, le esperienze di prevenzione accumulate anno dopo anno nell'azione di lavoro, hanno fatto sì che gli interventi proposti si evolvessero per rimanere il più possibile attinenti al contesto reale in cui andavano ad inserirsi, passando da interventi che, inizialmente, erano solo di prevenzione primaria a interventi più complessi, che si andavano ad integrare con quelli di prevenzione secondaria.

Gli adolescenti non sono educati a crescere in un mondo senza droghe, ma in un ambiente caratterizzato dall'assunzione, anche legale, di sostanze (farmaci, tabacco, alcool) e ciò contribuisce a produrre la convinzione di una "non pericolosità" delle stesse.

Il nostro intervento, oggi, tenendo conto di quest'evoluzione e dell'abbassamento dell'età di assunzione, si rivolge, rispetto al passato, alle prime classi.

METODO

Abbiamo usato dei test/questionari anonimi, somministrati da docenti precedentemente formati e proceduto per sei fasi, fino al Re-test.

I FASE: somministrazione di un questionario (Qps) a risposte chiuse (vero/falso/non so) per valutare il grado di conoscenza degli effetti correlati all'uso delle sostanze.

II FASE: correzione dei questionari ed elaborazione statistica dei dati effettuata per gruppo-classe
(a cura degli operatori Ser.T.).

III FASE: incontri di informazione su argomenti specifici di tipo scientifico relativi ai meccanismi d'azione delle sostanze, alle conseguenze legali e alle motivazioni all'uso.

Gli incontri avvengono per singola classe, impostati in modo da riprendere ed evidenziare le conoscenze distorte dei ragazzi ed intervenire con un'adeguata informazione, basata sull'evidenza scientifica. Si è scelto di realizzare l'intervento per piccoli gruppi e senza la presenza degli insegnanti per favorire la discussione tra i ragazzi sui comportamenti d'uso.

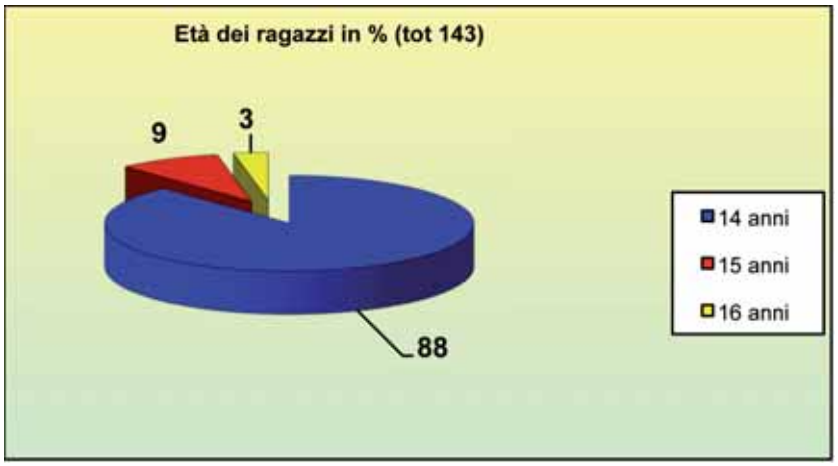
L'equipe è formata da un infermiere, uno psicologo ed un'assistente sociale.

IV FASE: ripetizione della somministrazione dei questionari iniziali, a cura degli insegnanti (Re-test) per verificare il grado di apprendimento posteriore alle discussioni con gli esperti.

V FASE: correzione questionari Re-test (a cura degli operatori Ser.T.) e confronto delle percentuali d'errore tra questi ed il primo test.

Valutazione dei risultati ottenuti per verificare l'apprendimento delle conoscenze.

Per ridurre la percentuale d'errore e ove necessario, gli operatori del Ser.T. effettuano un ulteriore intervento informativo nelle classi.



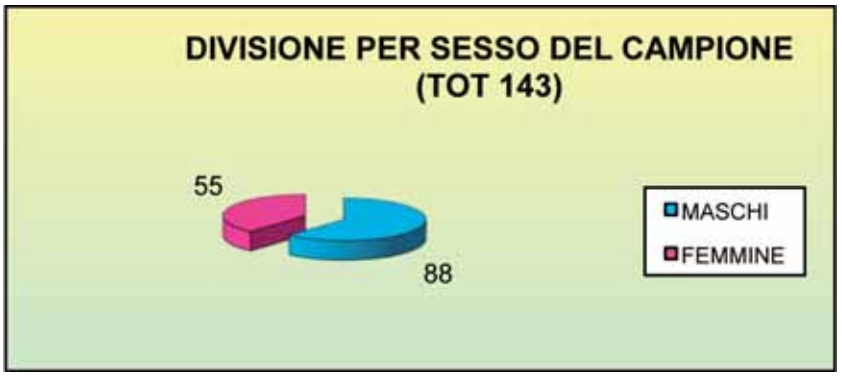


Figure 1 e 2 - Caratteristiche demografiche del campione

VI FASE: valutazione finale e restituzione dei risultati dell'intervento degli operatori Ser.T. ai docenti, con integrazione degli elementi emersi nel gruppo classe durante l'incontro.
Restituzione dei Re-test ai ragazzi da parte degli insegnanti.

MATERIALI

Nell'ambito di tale tipologia di interventi, riportiamo i dati relativi all'anno scolastico 2008/09.
È stato utilizzato il questionario Qps (allegato I) precedentemente elaborato e revisionato dalla nostra equipe.
Il questionario, testato su alcune classi per verificarne la fedeltà e la chiarezza, è composto da 38 *items* a risposta chiusa (vero/falso/non so).
Non ci siamo limitati a inserire come alternative solamente le risposte "v" o "f", ma abbiamo incluso quella "ns" per evitare la possibilità di una risposta casuale.
I questionari sono stati corretti mediante apposite griglie elaborate con programma *Excel*.
Sono stati esclusi dalla ricerca due questionari perché non compilati correttamente.
Il questionario testa le conoscenze relative alle sostanze d'abuso: Thc, tabacco, allucinogeni, ecstasy, cocaina, eroina, psicofarmaci, doping, alcool, associazioni tra sostanze, e le conoscenze relative al concetto di droga, all'aspetto legale e alla trasmissione dell'Hiv.

La ricerca ha preso in considerazione le classi prime dell'Itg "M.Amari" per un totale di 143 studenti: di questi, 88 sono maschi e 55 femmine, di età compresa tra i 14 e i16 anni, con la presenza nel campione del 9% di ripetenti.
L'ipotesi iniziale da verificare con la ricerca è stata: "*I ragazzi, oggi, non sono adeguatamente informati sugli effetti delle sostanze sull'organismo*".
Se è luogo comune dire che i giovani sanno tutto, la nostra esperienza ci ha suggerito che le informazioni ai ragazzi arrivano sempre in modo superficiale, erroneo e distorto dai mass media o dal gruppo dei pari.

ANALISI DEI DATI

I dati raccolti sono stati riassunti in una tabella riportante le risposte non corrette suddivise tra errate ("e") e non so ("ns"). *(Allegato 2).*
L'errore totale (Tot) è la risultante di "e" + "ns".
Gli stessi dati, poi, sono stati espressi sotto forma di valore percentuale.
Per valutare l'efficacia del nostro intervento informativo, è stato poi somministrato, di nuovo, lo stesso questionario.
In generale, la percentuale totale iniziale di errore % "e" + % "ns" del test è risultata del 52%.
Un valore che si è abbassato notevolmente dopo gli interventi informativi effettuati dagli operatori del Ser.T. nelle classi, fino a ridursi, nei Re-test al 19%.
È stata valutata anche la percentuale totale di errore per singolo settore, in

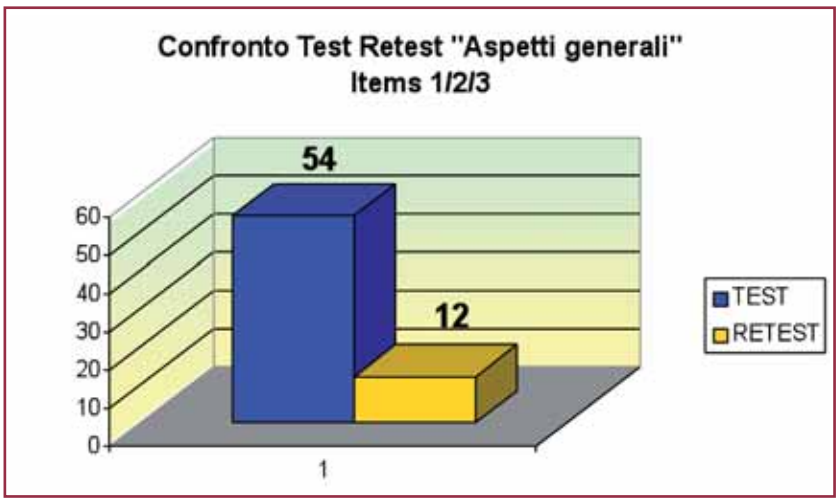


Figura 3 - Confronto percentuali di errori fra test e Re-test. Concetti generali

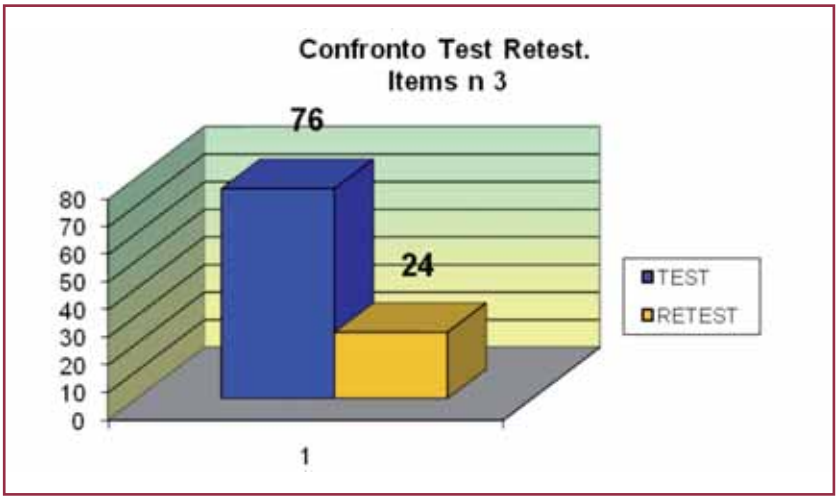


Figura 4 - Confronto percentuali errori test. Risposte all'*item* 3

modo da individuare in quale area ne era presente il maggior numero e confrontata con quella del Re-test per valutare l'eventuale cambiamento.

Dai risultati emersi nella prima somministrazione, risulta una percentuale totale di errore elevata per le domande relative agli allucinogeni (76%), ecstasy (57%), psicofarmaci (62%).

Essendo queste le sostanze più utilizzate tra i giovani che comportano i rischi maggiori, risulta importante un'adeguata conoscenza e la consapevolezza di quelli legati anche al solo uso occasionale.

Un'alta percentuale totale di errore (63%) è stata riscontrata negli *items* relativi alla legge, rilevando che, oggi, i giovani sottovalutano le conseguenze legali dei propri atti.

Significative, le percentuali di errore riscontrate nell'area tabacco (55%), alcool (49%), cocaina (48%) e anche quelle relative a Thc, doping, Hiv, tutte intorno al 40%.

In particolare, dall'analisi della situazione di partenza, rilevata con il questionario, si evidenzia una percentuale di errore sugli aspetti generali conoscitivi delle sostanze del 54% (*item* 1/2/3; poi, nel *Re-test, il 12%).*

Nel dettaglio, il 76% dei ragazzi *(Re-test, il 24%)* è convinto che: "*Una volta assunta una sostanza, ci si rende conto se i riflessi sono rimasti uguali o cambiano"* (*item* 3), sottolineando la convinzione che si possano controllarne gli effetti.

Alta è la percentuale di errore sull'ecstasy, in particolare sui rischi legati al contenuto "incerto" (80%; Re-test, 32%) *(item* 27).

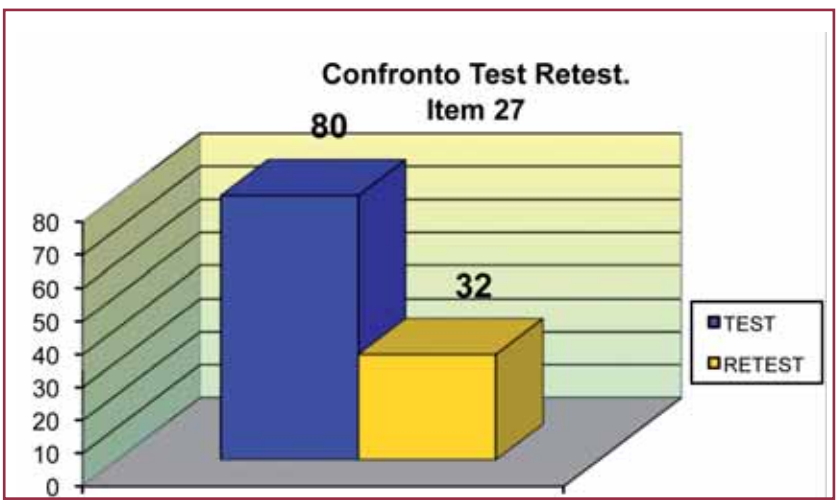


Figura 5 - Grafico confronto percentuale fra errori test e Re-test. Risposte all'item: "*La composizione chimica dell'ecstasy è nota?*"

La composizione originaria dell'ecstasy (anfetamina e mescalina) è sostituita o accompagnata continuamente da altre sostanze chimiche.

Nelle varie pasticche presenti sul mercato possiamo trovare: caffeina, psicofarmaci, morfina e perfino tracce di eroina.

Ultimamente, sono state sequestrate anche compresse composte da anfetamine e viagra.

I ragazzi che consumano tali "pasticche" spesso si trovano ad assumere una sostanza diversa da quella scelta, trovandosi a vivere effetti inaspettati ed esponendosi maggiormente al rischio.

Il rapporto esistente ecstasy e le malattie sessualmente trasmesse risulta sottovalutato per il 68% dei ragazzi (Re-test, 32%) (*item* 25).

Ormai, **da più di qualche anno, gli studi hanno evidenziato che, tra gli adolescenti, la causa maggiore di trasmissione dell'Hiv è dovuta ai rapporti sessuali non protetti.**

Spesso, questo accade in contesti dove si consumano ecstasy o altre sostanze eccitanti, proprio perché, sotto l'effetto di esse, i ragazzi non prestano attenzione al prendere precauzioni.

Ancora, risulta essere molto basso il grado di consapevolezza dei ragazzi sulla pericolosità dell'uso della cocaina.

Per molti, il tossicodipendente è solo colui che usa eroina (all'*item* 31 il 48% dei ragazzi ha, infatti, risposto che: "*Il rischio di overdose è legato solo all'uso di eroina";* nel Re-test la percentuale è scesa fino al 5%).

Il 45% dei ragazzi (Re-test, 23%) non ritiene che la cocaina possa dare disturbi psichiatrici gravi (*item* 29), ed il 38% pensa che: "*l'uso occasionale di cocaina non provoca danni"* (*item* 30). Fortunatamente, questa percentuale, dopo il nostro intervento, è scesa sino 4%.

Dal nostro campione, è emerso che i danni da fumo da tabacco sono sottovalutati (55%; Re-test, 24%) (*item* 9-12).

Durante gli incontri, è risultato che, in realtà, specie tra i fumatori, ben pochi conoscono la reale composizione chimica di una sigaretta.

In particolare, (*item* 10), non sanno che uno dei componenti è il polonio, la

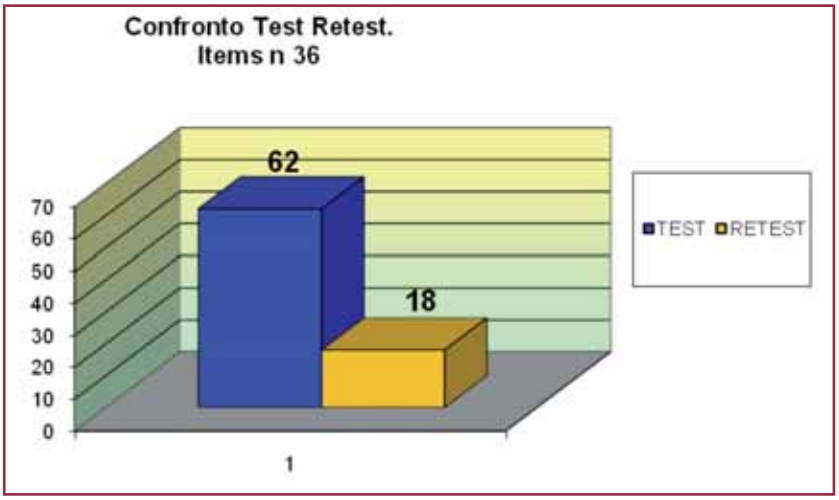


Figura 6 - Grafico confronto percentuali errori test/Re-test sull'*item*: *"Sbronzarsi una volta a settimana provoca danni"*

stessa sostanza radioattiva che si sprigiona quando si è sottoposti ad una radiografia.

Dopo il nostro intervento, l'errore totale dall'82% si è ridotto al 31%, nel Re-test.

Utile è stata la riflessione seguita all'*item* 11, ovvero: "l'inquinamento atmosferico è causa di malattie polmonari più del tabacco" nel quale è stato rilevato il 64% di errore totale (Re-test, 28%). Durante gli interventi, è stato proiettato un filmato, appositamente individuato, che illustrava come il valore delle polveri sottili che si accumulavano in una stanza, a seguito del fatto che una persona fumava per circa un ora, era un valore ben 100 volte superiore a quello che, se registrato da apposite centraline antinquinamento, porta alla chiusura del traffico nelle centro delle grandi città.

Migliori sembrano essere le conoscenze relative all'alcol (*item* 32-38), anche se su alcuni *item* vi sono dei picchi di errore che fanno arrivare la percentuale totale di errore dell'area al 49%.

In questo settore si è riscontrata la percentuale più bassa di errore totale nei Re-test, che è scesa fino al 9%.

Sicuramente, l'utilizzo di filmati appositamente creati, col linguaggio dei giovani (ed insieme ai ragazzi stessi, in un momento diverso), **ha suscitato maggior interesse**, favorito l'attenzione, i tempi dell'attenzione stessa, **influendo sul miglior apprendimento**.

Risulta elevata la percentuale di errore totale sull'*item* 34: "*L'eliminazione dell'alcool è accelerata dal caffè, da una doccia etc.*".

Durante gli incontri, si è potuto riscontrare che su questo *item* ci si è dovuti confrontare con vere e proprie credenze popolari e "leggende metropolitane", come ad esempio, quella che per smaltire una sbornia occorreva bere del latte, o un caffè con limone o, ancora, fare lunghe corse.

Il lavoro effettuato nelle classi ha permesso di ridurre, in questo *item*, la percentuale totale di errore dall'83% nel test all'11% nel Re-test.

Risulta superficiale l'atteggiamento rispetto all'abuso occasionale 62% (*item* 36; Re-test, 18 %), sottovalutando il rischio di sbronzarsi anche una volta a settimana.

Risulta una percentuale netta di errore tutto ciò che concerne gli aspetti relativi alla legge 63% (Re-test, 33%) (*item* 16-19).

I ragazzi hanno la convinzione che lo spaccio, la detenzione e la cessione di ecstasy e cocaina preveda pene inferiori rispetto a quello di eroina (*item* 19), come a voler sottolineare che la "vera" droga sia solo questa.

Possiedono questa convinzione errata il 66% dei soggetti. (Figura 7).

Nell'intervento di prevenzione primaria effettuato, il questionario è stato uno strumento importante. L'azione degli operatori Ser.T. è stata impostata proprio tenendo conto dell'analisi della situazione di partenza, relativa alle informazioni scientifiche rilevate dai questionari somministrati ai ragazzi, dai risultati dei Re-test e integrati con eventuali segnalazioni problematiche segnalate dai docenti.

Gli incontri sono stati realizzati per ogni singola classe, per poter tener conto degli elementi specifici di ogni, "singola realtà", favorendo le dinamiche di gruppo e facendo emergere atteggiamenti e stili di vita relativi al consumo di stupefacenti.

Globalmente, le classi si sono mostrate interessate e partecipi agli incontri (anche se più attiva è stata la partecipazione dei ragazzi che frequentano il corso di geometri).

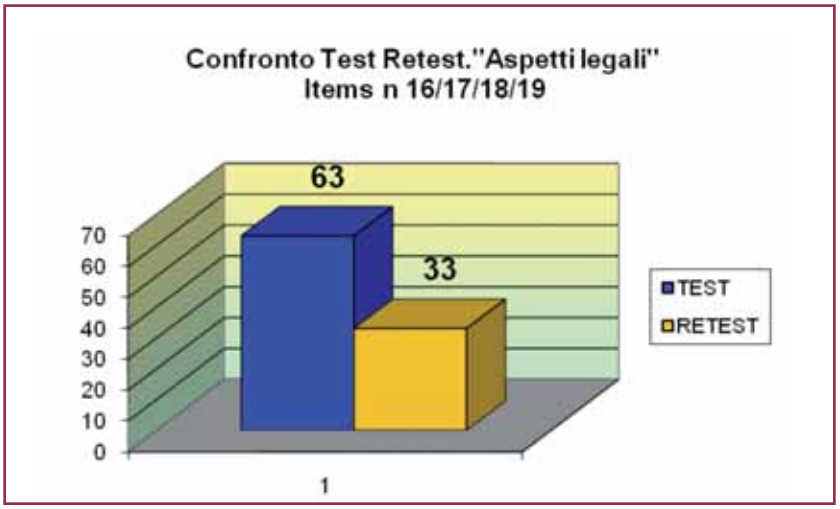


Figura 7 - Grafico confronto percentuali errori test/Re-test. Aspetti legali

VALUTAZIONI DEI RISULTATI

Al termine della ricerca, effettuata nel corso dell'anno scolastico 2008/09, l'ipotesi iniziale è stata confermata.
I ragazzi del nostro campione oggetto d'indagine sono risultati avere conoscenze distorte o errate sulle sostanza, sfatando la convinzione che, oggi, i giovani sappiano tutto.

Si è potuto constatare che, dove l'informazione testata era completamente assente (con preponderanza della risposta: "non so") è stato più semplice intervenire.
Diventa sicuramente più complesso un intervento che deve modificare le conoscenze errate già interiorizzate dai ragazzi.

Tale aspetto ha, ulteriormente, sottolineato l'importanza d'informare i giovani nel modo più scientificamente corretto e il prima possibile, usando le modalità più idonee per gli adolescenti .

AUTORE:
Alessandro Porri, infermiere al Ser.t. Asl Rm-h, Ciampino; master in Coordinamento.

Allegato 1 – Il questionario

Asl RMH, distretto H3, Ciampino
A.S. 2008/09 Istituto …… …….
Classe ……

❑ **M** ❑ **F**

Q.P.S. (Questionario prevenzione scuole)

1. *Si definisce droga ogni sostanza capace di alterare l'equilibrio biochimico delle cellule nervose*
2. *L'effetto di una droga è totalmente prevedibile*
3. *Una volta assunta una sostanza, ci si rende conto se i riflessi sono rimasti uguali o cambiano*
4. *Chi non si buca non rischia di contrarre il virus Hiv*
5. *E' possibile contrarre l'Aids attraverso un singolo rapporto sessuale*
6. *L'uso di hashish e marijuana riduce la capacità d'apprendimento e memoria*
7. *Il "farsi le canne" può provocare incidenti stradali*
8. *L'uso di hashish può dare allucinazioni*
9. *Fumare meno di dieci sigarette al giorno (tabacco) provoca danni*
10. *Trenta sigarette al giorno equivalgono a 300 radiografie all'anno*
11. *L'inquinamento atmosferico è causa di malattie polmonari più del tabacco*
12. *Il fumo associato all' alcol aumenta il rischio del tumore*
13. *Gli anabolizzanti, accrescono la massa muscolare, aumentano la prestazione fisica*
14. *Gli anabolizzanti possono dare dipendenza*
15. *L'atleta che si "dopa", se seguito da medici sportivi competenti, non corre rischi per la salute*
16. *Il possesso di droga per uso personale non è un reato, ma comporta sanzioni amministrative*
17. *L'uso personale di hashish non comporta sanzioni come per l'eroina e la cocaina in quanto "droga leggera"*
18. *La vendita, l'acquisto e il possesso di droga per uso non personale sono reati puniti con la reclusione da sei a 20 anni*
19. *Lo spaccio, la detenzione e la cessione gratuita di cocaina o di ecstasy, legalmente prevedono una pena inferiore rispetto a quella di eroina*
20. *Gli psicofarmaci venduti in farmacia non sono droghe*
21. *L'Lsd (trip,acidi, micropunta…ect.) altera la capacità di giudizio e la percezione di pericolo*
22. *Usare Lsd o Ketamina stando soli , fa correre gli stessi rischi che usarle stando in gruppo*
23. *Usare ecstasy saltuariamente non provoca danni*
24. *In alcuni casi, anche una sola dose di ecstasy può essere letale*
25. *L'ecstasy può costituire un rischio per il contagio dell'Aids*
26. *L'assunzione di ecstasy innalza la temperatura corporea*
27. *La composizione chimica dell'ecstasy è conosciuta*
28. *L'uso di cocaina provoca danni cerebrali permanenti*
29. *La cocaina può causare disturbi psichiatrici gravi*
30. *L'uso occasionale di cocaina non provoca danni*
31. *Il rischio di overdose è legato soltanto all'uso di eroina*
32. *L'uso associato dell'alcool con altre sostanze (eroina-tranquillanti) può provocare overdose*
33. *L'alcol "aumenta la forza", "fa buon sangue" e "aumenta la virilità"*
34. *L'eliminazione dell'alcol è accelerata dal caffè, da una doccia fredda…*
35. *A stomaco vuoto l'alcol si assorbe più velocemente*
36. *Sbronzarsi una volta alla settimana provoca danni*
37. *L'alcol modifica il funzionamento del nostro cervello*
38. *L'alcol diminuisce i riflessi del guidatore*

Istituto Tecnico "M. AMARI"

Otto classi I: 143 studenti - Anno Scolastico 2008/2009

ITEMS	E	NS	TOT	%E	% NS	%TOT TEST	%TOT RE-TEST
1	14	49	63	9,8	34,3	44	5
2	34	26	60	23,8	18,2	42	7
3	68	41	109	47,6	28,7	76	24
4	32	47	79	22,4	32,9	55	28
5	13	23	36	9,1	16,1	25	11
6	14	40	54	9,8	28,0	38	13
7	20	51	71	14,0	35,7	50	18
8	10	43	53	7,0	30,1	37	11
9	28	31	59	19,6	21,7	41	23
10	23	94	117	16,1	65,7	82	31
11	31	60	91	21,7	42,0	64	28
12	18	31	49	12,6	21,7	34	15
13	12	37	49	8,4	25,9	34	8
14	21	56	77	14,7	39,2	54	22
15	18	26	44	12,6	18,2	31	12
16	49	50	99	34,3	35,0	69	35
17	36	66	102	25,2	46,2	71	38
18	13	52	65	9,1	36,4	45	26
19	13	82	95	9,1	57,3	66	35
20	53	36	89	37,1	25,2	62	21
21	21	80	101	14,7	55,9	71	31
22	47	70	117	32,9	49,0	82	38
23	18	45	63	12,6	31,5	44	11
24	17	34	51	11,9	23,8	36	9
25	37	60	97	5,9	42,0	68	32
26	30	55	85	21,0	38,5	59	23
27	29	86	115	20,3	60,1	80	32
28	22	52	74	15,4	36,4	52	22
29	12	53	65	8,4	37,1	45	23
30	23	31	54	16,1	21,7	38	4
31	19	49	68	13,3	34,3	48	5
32	7	57	64	4,9	39,9	45	9
33	20	43	63	14,0	30,1	44	9
34	47	72	119	32,9	50,3	83	11
35	35	40	75	24,5	28,0	52	11
36	35	54	89	24,5	37,8	62	18
37	22	35	57	15,4	24,5	40	4
38	7	21	28	4,9	14,7	20	3
TOTALI MEDIE PERCENTUALI				18%	34%	52	19

E = errore - NS = non so - TOT = F+NS

BIBLIOGRAFIA

Caplan G, *Principles of Preventive Psychiatry.* London: Tavistoc. 1964.

Misesti P, *Per una nuova prevenzione* . La Meridiana. 2008.

Jean Parquet P, *La prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive.* Articolo dalla rivista "Animazione Sociale". Febbraio 1999; p. 35-55.

Della Scala S, *Modelli di Prevenzione e trattamenti delle dipendenze.*

Shiner M, *Defining Peer Education.* Journal of Adolescence ,1999.

Pellai A, *Educazione tra pari. Manuale teorico-pratico di empowered peer education.* Erickson 2002.

Guelfi G.P, Scaglia M, Spiller V, *Il colloquio motivazionale nella dipendenza da alcol e droghe.* 2001.

Di Clemente R.J, *Predictors of Hiv-preventive sexual behavior in a light-risk adolescent population: the influence of perceived peer norms and sexual communication on incarcerated adolescents: consistent use of condoms.* Journal of adolescent health, p.385-390. 1991.

Celata C, Dentico M.G, Speranza S, *Promozione del benessere e prevenzione delle dipendenze.* In Barilaro A., Celata C., *Attori di prevenzione. Da un'esperienza territoriale, un metodo di lavoro possibile contro le dipendenze*". Franco Angeli, Milano. 2000.

Maggiolini A, Grassi R, *Droghe e culture adolescenziali: una ricerca sugli atteggiamenti degli adolescenti verso le droghe.* In Maggiolini A, *Sballare per crescere? La prevenzione delle droghe a scuola.* Franco Angeli, Milano, 2003.

Amato L, *Osservatorio EpidemiologicoRme-Atti V Conferenza nazionale sulle Politiche Antidroga.* Roma, 15 settembre 2009.

EMERGENZA DONAZIONE SANGUE

"Gli infermieri devono dare il buon esempio a tutti"

In Italia in generale, ma in modo particolare nelle grandi regioni, come il Lazio, continua a persistere l'atavica mancanza di sangue.
La grave carenza di emoderivati più volte denunciata da tutti, oggi per l'ospedale Sant'Andrea, da sempre orientato verso la chirurgia, è un problema particolarmente gravoso che subisce quotidianamente.
Qui, gli effetti di tale situazione, spesso, provocano anche ritardi nell'esecuzione di interventi chirurgici per gravi patologie neoplastiche (ergo, non rimandabili).
"Per esempio - ha spiegato la dottoressa Silvana Campini, vicepresidente dell'associazione 'Donatori Sant'Andrea' - durante l'estate del 2010 si sono verificate vere e proprie interruzioni dell'attività chirurgica, causate dall'indisponibilità di sangue".
Dunque, l'invito per incrementare le donazioni di sangue ed a partecipare alla raccolta è rivolto a tutti, ma, più di altri, è rivolto al personale sanitario, delle scuole mediche ed infermieristiche, nonché agli allievi: tutte realtà già orientate verso la *mission* sociale.

focus

A Roma il terzo congresso nazionale dell'Associazione Infermieristica Transculturale

Collegio Provinciale IPASVI di Roma

IL 27 NOVEMBRE SI E' TENUTO A ROMA IL TERZO CONGRESSO NAZIONALE DELL'ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA TRANSCULTURALE

Dignità della persona umana e assistenza infermieristica

Come coniugare il concetto di dignità della persona umana alla pratica quotidiana dell'assistenza infermieristica intesa nella sua universalità, in un contesto in cui l'assistito è sempre più spesso un anziano non autosufficiente, un migrante, una donna vittima di violenza, un bambino con gli occhi a mandorla?

Il terzo congresso nazionale dell'Associazione infermieristica trans cultuale (Ait) ha mosso i suoi passi da questo complesso e impegnativo interrogativo.

I lavori, durati l'intera giornata di sabato 27 novembre, si sono svolti a Roma, presso il centro congressi dell'Hotel Villa Carpegna, alla presenza del vice presidente dell'associazione, **Alessandro Stievano**, del presidente del Collegio Ipasvi di Roma, **Gennaro Rocco**, e di numerose personalità del mondo accademico, politico, sociale e professionale.

A partire dal quadro fornito in apertura da Rocco sull'impatto del nursing transculturale in Italia (*vedi intervento nelle pagine seguenti),* il dibattito è immediatamente entrato nel vivo, affrontando il tema del valore della dignità nella pratica infermieristica. A moderare, insieme a Stievano, il ricercatore dell'università di Bologna, **Antonio Maturo**, secondo il quale "la professione infermieristica, oggi, risponde meglio di altre ai nuovi bisogni di salute di una popolazione sempre più mutevole nella sua articolazione sociale ed etnica. L'infermieristica odierna, però, decisamente progredita, rischia di perdere il contatto con la persona: ciò - si è chiesto Maturo - ingenererà una crisi di senso di una professione che ha fatto del contatto un suo punto distintivo rispetto all'approccio più visuale del medico?".

E il contatto si concretizza in un rapporto privilegiato e speciale con ogni paziente, al di là delle sue condizioni economiche, sociali, razziali. Tutto all'insegna della dignità, come ha spiegato **Ann Gallagher**, dell'University of Surrey, che non a caso insegna "Etica della ricerca".

Come promuovere la dignità nella professione infermieristica quotidiana?

"Dopo le tante denunce di malasanità - ha spiegato - il governo inglese sta lottando per promuovere maggiormente la dignità della persona dal punto di vista sia del malato che di quello dei professionisti sanitari. Per promuovere il concetto, è stato addirittura istituito *l'infermiere della dignità.* Per promuovere la dignità tra i malati, è stata premiata anche la creatività del personale che si è adoprata per aiutarli ad affrontare meglio la degenza. Persone, luoghi e processi *(people, places & processes)* sono le tre 'P' che caratterizzano il concetto di dignità inglesi".

Per il filosofo **Andrew Edgar**, dell'università di Cardiff, la dignità è diritto inalienabile: tutti hanno pari dignità alla nascita. "Ma c'è poi una dignità come qualità psicologica: in tanti, spesso vengono umiliati, offesi, calpestati. Spesso - ha argomentato - riesce difficile rispettare la dignità altrui. Se, al pronto soccorso arriva un uomo ubriaco, riceve il medesimo trattamento di un paziente sobrio? È una vera sfida continuare a rispettare, in qualsiasi circostanza, l'altro, in tutte le sue sfaccettature. Ma bisogna farlo in virtù non già del rispetto verso il singolo, ma per il rispetto verso la propria professione".

Alla consigliera Ipasvi **Angela Basile** è quindi toccato chiudere la prima parte della mattinata, declinando i precedenti interventi rispetto al tema del corpo malato e del fine vita: "Il professionista sanitario si trova davanti alla finitezza umana più spesso di altri: la relazione con l'altro è sempre una sorta di negoziazione. Anche quando il paziente non è più

I partecipanti alla prima sessione dei lavori del congresso

in grado di darsi dignità deve farlo. Difatti, la parola 'dignità', nel nuovo Codice Deontologico, è al centro di ben due articoli: il 3 e il 42: a dimostazione che è il valore fondamentale di ogni atto sanitario, che è anche atto umano. Dignità come valore ontologico della persona e non transeunte".

Si è quindi proceduto ad affrontare il tema della diversità, a scandagliare da molteplici punti di vista cosa significhi, oggi, interagire con l'altro.

Si è quindi proceduto ad affrontare il tema della diversità, a scandagliare da molteplici punti di vista cosa significhi oggi, interagire con "l'altro".

Giovanni Bertin, dell'università Ca' Foscari di Venezia, ha spiegato come stanno cambiando i sistemi di Welfare: "Siamo in una fase di riduzione o perlomeno di ridefinizione, dopo il periodo espansivo degli anni Novanta. Dal *Welfare state* a un *Welfare mix*, dovuto sia a fattori esogeni (globalizzazione, crisi post industriale), che a fattori endogeni (trend demografico, nuovi bisogni, cui rispondere attraverso una rivalorizzazione della dimensione umana del sociale)".

La ricaduta pratica di cosa significhi oggi Welfare è pane quotidiano per **Alessandra Sannella** ricercatrice Istituto nazionale per la salute delle popolazioni migranti e per il contrasto della povertà, chiamata dall'Ait a fornire la sua testimonianza.

"Ci occupiamo di processi di marginalità, dei *nuovi consumatori di Welfare*, come i migranti, percepiti non come un problema ma come un fenomeno. La povertà è una malattia trasmissibile, un veicolo verso le patologie più acute. E noi ci impegniamo per favorire l'accesso al Ssn, con l'aiuto di mediatori transculturali, abbattendo le barriere linguistiche e culturali. Abbiamo intrapreso azioni anche all'estero, come in Etiopia, con ben 17 infermieri, che animano programmi di prevenzione presso le popolazioni maggiormente a rischio dal punto di vista sociale e sanitario".

L'intervento del professor Edgar, ospite straniero insieme alla professoressa Gallagher

Veronica Agnoletti, dell'università di Bologna, ha quindi parlato di alcune tipologie di medicine non convenzionali, introdotte in Italia dall'Atto di Terni nel 2002, come atti medici a tutti gli effetti. "Ma manca una legge nazionale che le inquadri nei Lea e ciò è causa di disuguaglianza - ha denunciato -. I maggiori fruitori sono cittadini di status medio-elevato, visti gli elevati costi, la scarsa visibilità, il fatto che non sono rimborsabili. Eppure la Cassazione ha recentemente ribadito la libertà di scelta terapeutica del cittadino. Pensiamo soprattutto ai cittadini stranieri in Italia, abituati a trattamenti alternativi…".

A chiudere la mattinata, **Linda Lombi** dell'università di Bologna, che ha affrontato il tema della relazione tra stili di vita e disuguaglianze sociali, dimostrando, dati alla mano come gli stili di vita salutari non siano distribuiti equamente, ma appannaggio dei livelli di censo e di istruzione medio-alti. "Lo stile di vita - ha concluso - non risulta definito autonomamente dal singolo individuo, ma è sempre più influenzato dall' appartenenza alla classe sociale, e ciò è ancor più vero per i migranti presenti nel nostro Paese".

E proprio ai migranti è stata dedicata la prima parte della sessione pomeridiana, con la presentazione dell'annuale rapporto della Caritas *(vedi lo speciale nelle pagine seguenti)* e una tavola rotonda che ha visto la partecipazione, insieme al presidente del Collegio **Gennaro Rocco** e al consigliere **Nicola Barbato**, dei senatori **Paola Binetti** e **Cesare Cursi**, nonché del presidente dell'Associazione Medici Stranieri in Italia, **Foad Aodi**. A moderare il dibattito, il consigliere Ipasvi **Stefano Casciato** e il consigliere Ait **Paolo Tarantino**.

L'INTERVENTO

"In un Paese sempre più vecchio e multietnico crescerà il fabbisogno infermieristico"

Riportiamo i passaggi principali dell'intervento di apertura del Congresso, affidato al presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco.

"L'immigrazione è un fenomeno globale, di vaste proporzioni determinato da ragioni demografiche, economiche e politiche di straordinaria importanza.
Nessuna società è statica, e la storia d'Europa, al pari di quella di ogni continente, è caratterizzata ad ogni suo stadio da significativi movimenti migratori.
Attualmente, sono 4.235.000 i cittadini stranieri residenti in Italia
Nel 2010 saranno 4.919.000 (un immigrato ogni dodici residenti). L'aumento stimato è di tre milioni nell'ultimo decennio, per un totale di oltre 150 lingue parlate sul nostro suolo nazionale.
La loro presenza è distribuita uniformemente su tutto il territorio, con picchi nelle grandi città.
La concentrazione più alta si trova nelle aree metropolitane di Milano e Roma.
Venendo alla nostra professione, secondo i dati degli Albi provinciali. in Italia ci sono 6,1 infermieri ogni mille abitanti. Un dato insufficiente che conferma le stime fornite dall'Ocse che collocano l'Italia al 23° posto (su trenta) per dotazione infermieristica dietro a Paesi come Spagna, Ungheria e Repubblica Ceca.
Una realtà che appare anche peggiore se si considera che l'Italia è uno dei Paesi più vecchi del mondo ed ha per questo un fabbisogno infermieristico verosimilmente più elevato.
La dotazione infermieristica in Italia risulta peraltro molto variabile a livello territoriale, evidenziando situazioni di particolare difficoltà in diverse regioni: prima fra tutte la Campania che dispone di appena 4,9 infermieri per mille abitanti
A sostenere la dotazione infermieristica contribuiscono in modo consistente gli stranieri che ormai costituiscono il 10% di tutti gli infermieri.
Gli stranieri non sembrano tuttavia svolgere una "funzione compensativa" .
La loro presenza appare infatti mediamente più significativa nelle regioni con maggiori risorse infermieristiche mentre risulta più contenuta nelle regioni con disponibilità più limitate.
In regioni come il Trentino Alto Adige, il Friuli Venezia Giulia, il Lazio, l'Emilia Romagna, con disponibilità relativamente più elevate, la quota degli stranieri supera del 50% la media nazionale.
Al contrario in Campania, Calabria e Sicilia, le regioni con le minori disponibilità infermieristiche, la presenza di stranieri non arriva alla metà della media nazionale
Gli infermieri stranieri sono presenti soprattutto nel Centro-Nord con punte che superano il 15% e più nel Friuli e nel Lazio.
In tale contesto, la società scientifica Aipt promuove, elabora e realizza iniziative tec-

L'intervento del presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco

nico-scientifiche per il progresso culturale, lavorativo, sociale ed economico della collettività e degli infermieri.
L'Ait effettua, curandone eventualmente la pubblicazione, studi e ricerche nelle discipline professionali infermieristiche, con particolare attenzione alle ricerche transculturali.
In questa ottica ha organizzato convegni, congressi, tavole rotonde, seminari, iniziative didattiche ed audiovisive, corsi di formazione.
Ha in programma l'attivazione di corsi di specializzazione, di perfezionamento e di aggiornamento ed altre attività similari, nel campo della salute e dell'infermieristica transculturale.
Il Piano operativo della Società scientifica prevede la creazione di punti di incontro e di accoglienza solidale, la programmazione di ulteriori occasioni di aggiornamento, la predisposizione di servizi di orientamento, informazione e assistenza per una migliore integrazione degli infermieri immigrati.
L'Ait sostiene, inoltre, la promozione dei rapporti di scambio e collaborazione con altre organizzazioni nazionali e internazionali che perseguono obiettivi simili: proporre esperienze che permettano di mantenere

Il presidente Gennaro Rocco con il filosofo Andrew Edgar

e sviluppare i vincoli di identità nazionale e culturale, nel rispetto delle cure originarie, per una migliore integrazione in Italia degli infermieri stranieri immigrati, e per lo sviluppo globale della personalità di ogni individuo
L'Ait tutela i diritti degli infermieri immigrati, facilitando la loro permanenza in Italia attraverso servizi di orientamento, informazione e formazione, per meglio integrare gli scopi istituzionali e le informazioni fornite dagli Enti infermieristici e della salute italiani.
L'Ait è dunque aperta a tutti gli infermieri che condividono lo spirito e gli ideali esposti, che si riconoscono nello statuto ed intendono collaborare per il raggiungimento dei suoi obiettivi".

Gennaro Rocco

LA PUBBLICAZIONE
L'infermiere a tutela della centralità della persona nella rete dei servizi

In occasione del terzo congresso nazionale dell'Ait è stato presentato ufficialmente il volume, edito dall'Ipasvi di Roma: "Prevenzione, integrazione e continuità delle cure – L'infermiere a tutela della centralità della persona nella rete dei servizi".
Si tratta di una pubblicazione (292 pp.) che raccoglie gli atti di uno dei convegni organizzati dal Collegio durante Sanit 2009, il forum annuale della Salute.
In tutto, dodici interventi, curati dal presidente Gennaro Rocco e dalla segretaria Maria Grazia Proietti, con il contributo di Sabrina Meuti.
Partendo dalla normativa di riferimento e dalle strategie nazionali e regionali per la prevenzione, l'integrazione e la continuità delle cure, viene affrontato l'approccio infermieristico da questi tre diversi punti di vista.
Temi quanto mai legati alle attività dell'Ait: non a caso, la prima parte del volume presenta contributi che trattano il fenomeno migratorio, il sostegno alle donne straniere, il ruolo dei consultori.
Vengono presentati anche progetti-pilota che vedono l'infermiere protagonista, come nel caso del progetto di prevenzione cardiovascolare nella Ausl Rm/E, in cui viene introdotta la figura del care manager, o dell'uso della telemedicina per garantire la continuità assistenziale, soprattutto in presenza di pazienti in avanzato stato d'età.
Si tratta di strumenti indispensabili per affrontare l'immediato futuro della professione, a partire dal nuovo Piano sanitario regionale, che introduce nuove modalità organizzative, puntando molto sulla prevenzione e su una sanità sempre più radicata nel territorio, anziché arroccata in aziende ospedaliere tradizionali.
Il volume è disponibile presso i locali del Collegio, in viale Giulio Cesare 78 a Roma (metro Ottaviano), Per prenotazioni e informazioni, contattare la consigliera Matilde Napolano: 339.1607334

focus

DOSSIER CARITAS MIGRANTES

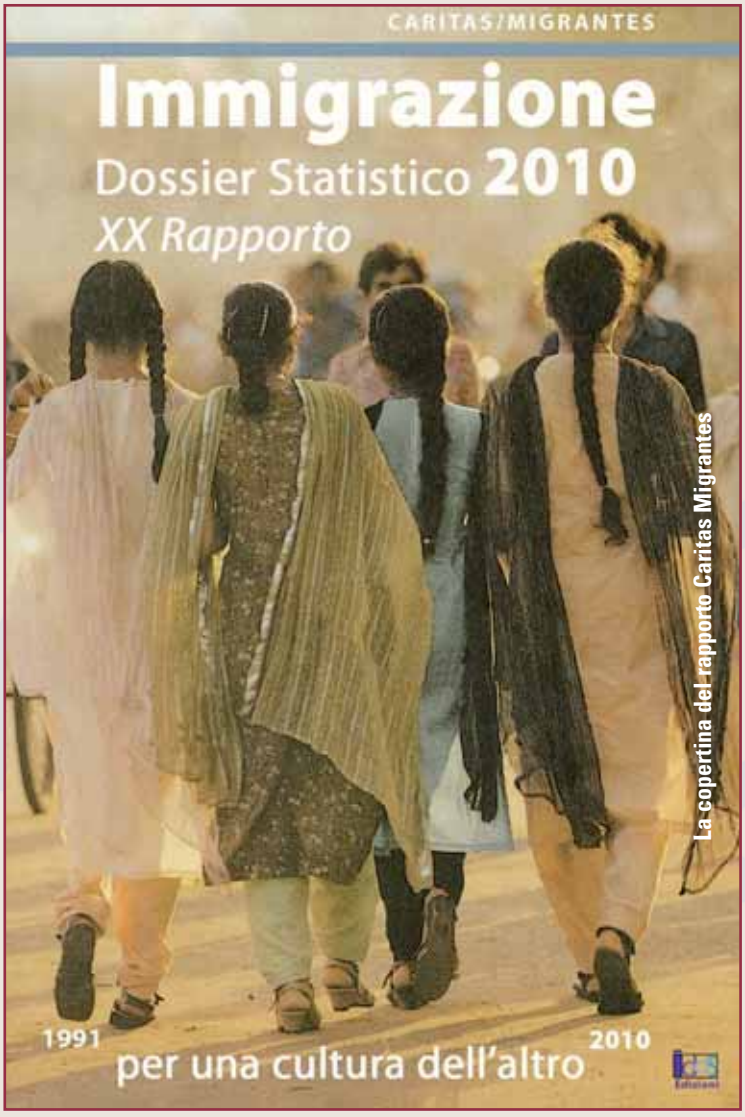
Stranieri, risorsa per l'Italia

Oggi l'immigrazione in Italia è un fenomeno strutturale: esso è una realtà organica della società.
Una politica seria di integrazione deve, pertanto, prendere il posto di posizioni miopi e propagandistiche, ormai antistoriche.
Il XX Dossier statistico Caritas-Migrantes ci dice che **in Italia vivono circa cinque milioni di stranieri**: cosa che ha ricadute positive sia sull'impatto demografico che economico.
Presentato a Roma, il Dossier compie un ulteriore passo avanti sul cammino di analisi e conoscenza reciproca fra italiani e stranieri, scevra di pregiudizi.
Questo, raccogliendo e analizzando dati ed indagini da diverse fonti.
Tuttora, gli italiani hanno un'idea errata della reale entità della presenza migratoria nel Paese: gli intervistati , in media, hanno detto che essi incidono per il 25% sulla popolazione residente e che i clandestini sono più numerosi dei regolari.
Ma i dati Istat, all'inizio del 2010, registrano 4.235.059 immigrati residenti in Italia (il 7% della popolazione totale). Considerando anche gli irregolari (circa mezzo milione) si arriva a 4.919.000.
Di questi, **oltre la metà proviene dall'Europa (53,6%)**, oltre un quinto dall'Africa (22%); un sesto dall'Asia (16,2%); l'8,1% dall'America e un residuale 0,1% dall'Oceania.
Il gruppo nazionale **più numeroso è quello romeno (21%)**; seguito dall'albanese (11%); marocchino (10%); cinese (4,5%); ucraino (4,1%) e dagli altri, in percentuali minori.
La maggioranza degli immigrati vive al Nord (61,6% dei residenti); un quarto nel Centro (25,3%) e solo il 13,1% al Sud.
Quasi un quarto risiede **in Lombardia** (982,225), ma un numero altrettanto consistente si registra nel Lazio (497.940), nel Veneto (480.616) e in Emilia-Romagna (461.321).
Rispetto agli uomini, le immigrate sono in maggioranza (51,3%), con picchi massimi in Campania (58,3%) e minimi in Lombardia (48,7%).
E i minori? Tra gli stranieri, la loro incidenza è pari al 22% del totale, anche se in Lombardia arriva al 24,5% (mentre in Campania scende al 17,4%).
Senza dimenticare che, nel 2009, i figli nati in Italia da madre straniera sono stati circa 94mila (il 13,6% del totale delle nascite nell'anno), di cui 77.148 da entrambi i genitori immigrati.
Nell'insieme, **i nati da genitori stranieri sono 572.720.**
Tra i tanti dati del Dossier, significativi quelli relativi all'economia nazionale.
Si scopre, così, che **gli immigrati assicurano all'economia italiana un contributo notevole**: sono circa il 10%

I partecipanti alla tavola rotonda durante la presentazione del rapporto Caritas Migrantes a cura di Franco Pittau

degli occupati come lavoratori dipendenti e nel 3,5% dei casi, sono, addirittura, titolari delle imprese (del 7,2% di quelle artigiane).
Incidono per l'11,1% del Pil e pagano 7,5 miliardi di euro di contributi previdenziali.
Anche per loro la crisi si è fatta sentire: complessivamente, nel 2010, su dieci, nuovi disoccupati, tre sono immigrati; tuttavia, svolgendo lavori umili, in qualche modo, sono stati "protetti".
La grande regolarizzazione di settembre 2009, poi, è stata efficace solo parzialmente: secondo il Censis, a luglio 2010, nel settore domestico, due immigrati su cinque lavoravano ancora in nero.
L'apporto positivo degli immigrati all'economia del Paese è testimoniato dal rapporto tra spese pubbliche sostenute per loro a fronte delle tasse e contributi pagati.
Secondo il Dossier, le uscite a carico dello Stato, per loro, sono di circa 10 miliardi di euro (2,4 miliardi per i regolari e 400 milioni per gli irregolari; 2,8 miliardi per la scuola, 450 milioni per i servizi comunali, 200 milioni per l'edilizia, 2,5 miliardi per le carceri e Centri di identificazione ed espulsione, 400 milioni per prestazioni familiari previdenziali e 600 milioni per le pensioni).
Le entrate dagli immigrati superano, invece, **gli 11 miliardi di euro**: 2,3 milioni di tasse, un miliardo di Iva, 100 milioni per il rinnovo dei permessi di soggiorno e per le pratiche di cittadinanza, 7,5 miliardi di euro per contributi previdenziali.
Tant'è che negli anni 2000, il bilancio annuale Inps è stato in attivo proprio grazie ai contributi degli immigrati: infatti, se la loro retribuzione media è di circa 12mila euro l'anno, i loro contributi, nello stesso periodo, sono di quattromila euro.

Tiziana Mercurio

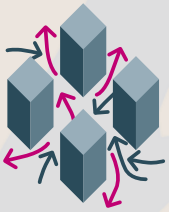


La copertina del rapporto Caritas Migrantes

La prima edizione del Dossier Statistico Immigrazione, nel 1991, fu voluta da monsignor Luigi Di Liegro, allora direttore della Caritas romana, cui poi si sono affiancate la Caritas nazionale e la Fondazione Migrantes.
L'iniziativa esprimeva la sensibilità della comunità ecclesiale nei confronti di un "segno dei tempi" in cui si configuravano le linee del cambiamento in atto Italia, in Europa e nel mondo.
Il Dossier suscitò subito grande interesse e questa prima raccolta organica dei dati statistici rispondeva sia alle esigenze degli operatori sociali, dei funzionari pubblici che quelle dei giornalisti.
Da allora, fino ad oggi, il rapporto con le strutture pubbliche è stato molto stretto, ma sempre nell'ambito dell'autonomia critica.
Poi, col tempo, le pagine del Rapporto sono aumentate, suscitando, spesso, l'apprezzamento di altri Paesi europei, dove non è disponibile un sussidio tanto completo.
In questo ventesimo anniversario, come attestano i tre concetti scelti per l'introduzione (crisi, criminalità e integrazione), nel Dossier si è voluto portare chiarezza sui motivi ricorrenti di contrapposizione tra gli italiani e di avversione agli immigrati.

I PROGETTI IN CORSO STANNO COINVOLGENDO MIGLIAIA DI INFERMIERI, DIRIGENTI E UNIVERSITARI

Centro di Eccellenza, le attività di ricerca e formazione entrano nel vivo



I progetti del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica iniziano a dare i primi frutti, a pochi mesi dalla loro approvazione da parte del Consiglio direttivo del Collegio Ipasvi di Roma.

Il Centro è dunque già pienamente operativo, e vede da subito una straordinaria quantità di energie al lavoro, grazie anche al coinvolgimento di università italiane e straniere, personalità del mondo scientifico e culturale, ricercatori, rappresentanti delle istituzioni, una rete di consulenti a trecentosessanta gradi.

In particolare, la **"Ricerca multicentrica sul benessere organizzativo degli infermieri in servizio presso le Aziende sanitarie di Roma e provincia**" ha registrato la raccolta di ben 2.836 questionari.

Attraverso questo strumento di indagine, si mira a diffondere il concetto di salute organizzativa nell'ambito delle strutture sanitarie, creando una rete di amministrazioni interessate allo sviluppo e all'approfondimento delle tematiche riguardanti il benessere dei lavoratori. È possibile così misurare anche i rischi psicosociali riguardanti le variabili legate al clima organizzativo e agli stili di convivenza sociale all'interno di Asl, cliniche e ospedali. L'obiettivo principale è sensibilizzare i dirigenti dell'Area assistenziale e tecnica sull'importanza del clima organizzativo come substrato di miglioramento della soddisfazione degli infermieri e delle persone assistite, innescando un circolo virtuoso.

Il progetto **"La sicurezza nell'area dell'emergenza: i requisiti quali-quantitativi della comunicazione a supporto della diminuzione del rischio di errore e della qualità delle cure"** ha invece coinvolto circa 600 professionisti. Al "San Camillo" sono stati compilati 327 questionari, al "Sant'Andrea" 100 e al "Sant'Eugenio" 170. La comunicazione e i processi decisionali sono infatti tra le principali attività del personale di emergenza. Studi dimostrano che l'89% del tempo di attività di medici e infermieri nell'emergenza è dedicato ad attività di comunicazione, di cui la maggioranza caratterizzato da comunicazione verbale, ma anche comunicazioni telefoniche, note scritte, informatiche. L'obiettivo del progetto è ridurre il rischio di errore e di *near miss* nella comunicazione tra operatori sanitari, attraverso l'identificazione di format comunicativi atti a ridurre le *memory failure* e a garanzia della *safety* e della *security* di pazienti e operatori.

Quasi giunto a conclusione, poi, il progetto **"Ascoltare il silenzio"** (sul vissuto delle donne vittime di violenza che si rivolgono alle strutture sanitarie). Attraverso un certosino lavoro di ascolto e di indagine sul campo, si è aperto un prezioso spazio di dialogo tra le donne vittime di violenza e la comunità professionale infermieristica, con la finalità non solo di raccogliere più dettagliatamente il loro vissuto e la loro percezione dell'assistenza ricevuta ma anche di restituire loro la dignità nel riconoscimento dei loro bisogni, nel dare testimonianze delle aspettative e delle necessità deluse così come delle buone pratiche e delle azioni appropriate, allo scopo di raccogliere elementi di cambiamento e miglioramento per una piena presa di responsabilità da parte della comunità professionale infermieristica, ma anche dell'intero sistema di strutture sanitarie. I primi risultati del progetto sono stati presentati il 25 novembre scorso, in concomitanza con la Giornata internazionale contro la violenza sulle donne.

Altri dati fondamentali per leggere meglio la realtà in cui oggi l'infermiere esercita la propria professione stanno scaturendo dal progetto **"Qualità della vita nella famiglie italiani colpite da casi di *stroke*"**. *Lo stroke*, infatti, rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di disabilità nella popolazione adulta. Un evento che non interessa solo il paziente che ne è colpito ma anche la famiglia e, all'interno di questa, il *caregiver*. Lo scopo dello studio è di valutare la qualità di vita (Qdv) ed i vissuti nei pazienti e nei *caregiver* nel periodo del primo anno dopo lo *stroke*. Si stanno studiando circa 500 pazienti e relativi *caregiver* dal momento della dimissione dalle Unità di riabilitazione.

Sono già tre, infine, i progetti avviati dal Polo Formazione dei Ricercatori. Il primo, **"Metodologia della ricerca infermieristica"**, è rivolto in questa prima edizione agli infermieri docenti nei corsi di laurea in Infermieristica (25 partecipanti), affinché acquisiscano competenze da spendere a loro volta in favore della formazione alla ricerca scientifica dei giovani infermieri. Il corso di formazione teorico-pratica è articolato in cinque moduli, di cui tre già realizzati, e si concluderà nel mese di febbraio 2011. Per consentire nel prossimo futuro una fruizione più ampia il Centro di Eccellenza sta progettando una formazione mista, residenziale e on line.

Il secondo, **"Bibliografia e ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche"**, è un corso gratuito, che sintetizza le esperienze di anni del gruppo di lavoro sulla biblioteca e l'indicizzazione della letteratura infermieristica. Ha avuto un buon successo, con 25 partecipanti, e a grande richiesta si prevede di ripeterlo per più edizioni nel 2011. Lo stesso dicasi per la terza iniziativa, il **"Corso d'inglese per la ricerca bibliografica"**, articolato in dieci lezioni di tre ore (120 euro per 20 partecipanti).

Per il 2011 il Polo Formazione dei Ricercatori prevede l'avvio di ulteriori iniziative, in particolare riguardanti l'Evidence-Based Nursing, in collaborazione con il Polo della Pratica Clinica.

Sul prossimo numero della rivista, Focus speciale dedicato a tutte le attività del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica.

Ci lasciamo alle spalle "il solito autunno caldo"

Un autunno 2010 che lascia in bocca un retrogusto amaro, sebbene addolcito dalla crescente attenzione che i mezzi d'informazione mostrano di avere per i problemi della professione, inascoltati solo fino a poco tempo.
Così, sulla lunga scia di un'estate drammatica per la gravissima carenza di personale, l'ultima parte dell'anno si apre all'insegna del solito paradosso: strutture sanitarie disperate per la mancanza di infermieri e colleghi che ingrossano le fila dei disoccupati.
L'anomalia richiama l'attenzione degli organi di stampa che individuano nell'emergenza infermieristica l'immagine stessa delle contraddizioni del Paese.
Per arginare i vuoti di organico si ricorre addirittura al "prestito professionale".

IL TEMPO **Il Tempo** del primo settembre 2010 fotografa così la situazione alle porte della capitale: "*Infermieri contesi tra ospedali. Tivoli, personale ridotto all'osso: Subiaco chiede indietro i paramedici 'prestati'*".
A Roma il licenziamento degli infermieri precari della Asl Rm/C scatena reazioni e proteste. **Il Messaggero** del 12 settembre titola: "*Cto-Sant'Eugenio: unione contro la carenza di infermieri*". Riferendo dell'imminente scadenza di contratto per 19 colleghi, il quotidiano romano sottolinea: "*Si tratta di personale sanitario che opera nei servizi di medicina, pronto soccorso e rianimazione e ne garantisce il funzionamento*".

IL MATTINO Intanto, a Napoli la situazione si scalda. **Il Mattino** del 10 settembre scrive: "*Asl 3 occupata dagli infermieri precari. Hanno occupato la direzione dell'Asl Napoli 3-Sud, depositato un esposto alla polizia e minacciano proteste sempre più estreme. Sono i 120 infermieri precari che si preparano a trascorrere la terza notte tra le mura della sede aziendale a Castellamare di Stabia, divenuta la roccaforte della ribellione contro la loro mancata stabilizzazione*".

Il Sole 24 ORE Sanità **Il Sole 24 Ore-Sanità** del 16 settembre dedica ampio spazio all'appello congiunto che infermieri e medici lanciano alla politica affinché rifaccia i conti sul fabbisogno reale di personale sanitario e provveda di conseguenza. "*Allarme organici*" è il titolo. Il sommario recita: "*Per gli infermieri è un problema antico, per i medici lo spettro da scongiurare: la carenza di professionisti comunque allarma. E i presidenti della Federazione nazionale degli Ordini dei medici e della Federazione dei Collegi Ipasvi sono d'accordo: occorre rivedere la programmazione alla luce dei nuovi bisogni del Ssn e degli italiani*". Sullo stesso numero, vengono pubblicati i dati delle iscrizioni ai corsi di laurea di area sanitaria per il nuovo anno accademico. Si legge: "*Caccia grossa alla laurea sanitaria. In 14 anni, boom di domande: +242%. Il 44% degli studenti cerca un lavoro in camice. I test di ammissione alle lauree di area sanitaria per il 2010-2011 confermano la corsa al lavoro in camice dei giovani: nell'ultimo anno, domande e posti crescono in media del 10%. Unica frenata quella delle richieste per Odontoiatria, ma dal 1997-1998, primo anno dei diplomi universitari per le professioni, le domande per un posto da infermiere, ostetrica, tecnico-sanitario sono cresciute del 316%, quelle per diventare medico, del 209% e del 107% le richieste per Odontoiatria*".
E' sempre **Il Sole 24 Ore-Sanità** del 20 settembre a mettere a fuoco il crescente impiego in Italia di infermieri stranieri: "*In corsia più infermieri dall'Est. Secondo l'ultimo monitoraggio dell'Ipasvi, oggi, su quasi 370mila operatori sanitari iscritti alla Federazione, il 10% (37.269) proviene da altre nazioni. Di questi, sono donne l'86%. In particolare, oltre la metà degli infermieri immigrati sono comunitari (21.223) e i restanti 16.046 provengono da paesi extra-Ue. Rilevante il dato degli infermieri rumeni nel nostro Paese (11.350), i professionisti stranieri più rappresentati nella categoria. Nella classifica generale degli infermieri provenienti da altri paesi seguono: i polacchi (3.644), gli svizzeri (2.943), i peruviani (2.211), i tedeschi (1.959), gli indiani (1.564), gli albanesi (1.506), i francesi (1.144) e gli spagnoli (835)*".
Sul fronte della cronaca, loro malgrado, gli infermieri conquistano le prime pagine dei quotidiani e i titoli di apertura di tg e gr.
Commuove la sfortunata storia dell'infermiera di 49 anni travolta e uccisa da un'auto pirata sulla A/24, mentre cercava di soccorrere alcune persone rimaste coinvolte in un incidente stradale. Giornali e tv ne raccontano gli sviluppi fino all'individuazione del pirata: **La Repubblica** del 14 settembre 2010 scrive: "*Si tratta di un pensionato di 63 anni che vive a Subiaco. Dopo 6 giorni di accertamenti tecnici, partiti dalle tracce lasciate sull'asfalto e arrivati ai fotogrammi delle telecamere passando a quelle elettroniche lasciate dagli automobilisti in transito, è arrivata la svolta*".

la Repubblica

Una serie di casi di presunta malasanità invade la cronaca nazionale nel giro di pochi giorni.
Con i medici, finiscono nei guai anche molti colleghi, spesso oggetto di processi mediatici inutilmente violenti e denigratori. La lista degli episodi incriminati si allunga col secondo caso a

CORRIERE DELLA SERA Messina. Scrive il **Corriere della Sera** del primo settembre: "*Abortisce nel bagno del Policlinico: sette indagati. Sette, tra medici e infermieri, indagati per non aver assistito una paziente ricoverata per un aborto terapeutico. La donna avrebbe partorito nel bagno dell'ospedale. Al suo fianco, solo la madre: nessuno dei medici si sarebbe presentato in quanto obiettori di coscienza. Ancora un'inchiesta sulla ginecologia del Policlinico dove due medici si sono azzuffati in sala parto*".

Libero Due vicende che gettano un'ombra lunga sui sanitari e che i media rilanciano con allegro sadismo. **Libero**, nella stessa data, titola: "*Due nuovi casi sospetti*". E spiega: "*La Procura di Messina continua ad indagare sia sulla rissa in sala parto, sia su altri due episodi. La commissione parlamentare sugli errori sanitari ha chiesto una relazione all'assessorato regionale alla Sanità*".

LA STAMPA I riflettori dei media si accendono, senza pietà, su svariati casi.
Tocca a Roma. **La Stampa** del primo settembre 2010 scrive: "*Liti in sala parto, indagine a Roma. Una coppia denuncia: le ostetriche avevano discusso, nostro figlio è morto in 48 ore. Inchiesta per omicidio colposo*". Poi a Bologna: "*Detenuto muore alla Dozza, inchiesta della Procura*" titola **Il Resto del Carlino** del giorno dopo, che aggiunge: "*La Procura ha aperto un'inchiesta per far luce sul decesso di un detenuto di 44 anni morto lunedì alla Dozza. L'uomo aveva accusato dolori al petto: visitato dagli infermieri, era stato rimandato in cella*".

Il Messaggero Altro caso, a Torino, pochi giorni dopo. **Il Messaggero** dell'8 settembre lo racconta così: "*Trasfusione: donna muore. Indagine alle Molinette. Un altro caso di malasanità, frutto di un errore umano. Due sacche di sangue erano state appoggiate al fianco del lettino di una donna di 77 anni, ricoverata in gravi condizioni presso il pronto soccorso di chirurgia dell'ospedale Molinette di Torino. Uno degli infermieri di turno ha dato per scontato che fossero destinate a lei. Senza verificare l'identità, come prevede il protocollo, ha iniziato la trasfusione. Tre minuti più tardi, la donna ha avuto una crisi respiratoria. La signora, dopo due giorni e mezzo di coma, è deceduta nella notte*".
Il **Corriere della Sera** sottolinea il fatto che la donna fosse un'infermiera in pensione: "*La vittima è un'ex infermiera. Il medico sarà sospeso. Sembra quasi una beffa del destino, la fine di Irene Guidi, 77 anni, morta probabilmente per una trasfusione sbagliata all'ospedale Molinette di Torino. Sarà l'autopsia a fare luce sulla causa esatta del decesso*".
A Napoli, un'altra brutta storia. **Il Mattino** del 24 settembre 2010 titola: "*Giù dalla barella, muore in ospedale: 15 indagati*". E spiega: "*Vittima una donna di 80 anni. Sotto inchiesta medici, infermieri e la badante dell'anziana. Quindici indagati per la morte di una 85enne, deceduta dopo la caduta da una barella nel reparto diagnostica del Cardarelli. La Procura ipotizza il reato di omicidio colposo*".
Intanto, dopo la pausa estiva, riprende quota l'attività parlamentare e, con questa, la polemica sui decreti attuativi della nuova legge che prevede la presenza degli infermieri nelle farmacie.

ItaliaOggi **Italia Oggi** del 28 settembre titola: "*L'infermiere lavora anche in farmacia. Dm in dirittura. Dubbi dall'Ipasvi*". E spiega: *"Infermieri e fisioterapisti a breve faranno il loro ingresso nelle farmacie italiane per fornire prestazioni ai singoli assistiti, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri. Limiti e competenze sono contenuti nel decreto ministeriale concernente l'erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali che sarà inviato nei prossimi giorni alla conferenza Stato-Regioni per l'approvazione e poi essere firmato dal ministro della salute, Ferruccio Fazio, e quindi pubblicato in Gazzetta Ufficiale. In sostanza, le farmacie potranno mettere a disposizione per le attività di assistenza domiciliare infermieri e fisioterapisti (per residenti e domiciliati), in base alle prescrizioni del medico di medicina generale o del pediatra. Ed è proprio questa limitazione che non piace agli infermieri. Il punto, come sottolinea Annalisa Silvestro, presidente Ipasvi, è che: 'Il decreto riduce l'assistenza infermieristica a quattro attività quando l'infermiere potrebbe svolgere ben più ampie funzioni all'interno delle farmacie' ".*
La Regione Lazio è alle prese col Piano di rientro per sanare lo spaventoso debito sanitario accumulato negli anni. A fine settembre, la governatrice, Renata Polverini, presenta il suo Piano. Per giorni, i media ribalzano cifre e commenti, scontri e proteste a non finire.
I titoli dei quotidiani offrono un ampio ventaglio di colorazioni e sfumature. **Libero** del primo ottobre: "*Tagliati 2.865 posti letto; 24 ospedali diventano presidi, in provincia di Roma 921 unità in meno*" ; **Il Messaggero**: "*Sanità, ecco il piano Polverini. Riorganizzare 24 ospedali e riconvertire 2.865 posti letto. La presidente: 'Non aumenteremo le tasse. Riconversione per 24 piccoli ospedali e 2.800 posti letto' "*; **Il Tempo**: "*Addio ai posti*

letto inutili. Così, riparte la sanità laziale. Il Piano di riordino è indispensabile per ottenere lo sblocco dei 420 milioni di fondi Fas e l'aumento delle aliquote Irpef e Irap. Ora, la palla passa ai tecnici del Ministero".

I tagli alla rete dei presidi ospedalieri non piacciono soprattutto nelle province. Nei giorni seguenti i quotidiani nazionali e locali raccontano le proteste con grande risalto. Ecco alcuni esempi.

Il **Corriere della Sera** del 4 ottobre: "*La governatrice: 'Finalmente abbiamo l'opportunità di rivoluzionare il sistema'. Ospedali, è protesta nelle province*"; **Il Tempo** dello stesso giorno: " '*Migliorerò la sanità*'. *Ma la provincia esplode*"; **Ciociaria Oggi** sempre del 4 ottobre: "*Ignorato il territorio. Polemiche e contestazioni per il piano di riordino della sanità regionale*"; Il **Corriere di Viterbo** del 6 ottobre: "*Infermieri in rivolta per i tagli*"; Il **Corriere di Rieti** del 13 ottobre: "*In difesa degli ospedali oggi la manifestazione a Roma. Cittadini incatenati davanti al Marini*".

A metà ottobre, poi, la drammatica vicenda, nella metro Anagnina di Roma, che spezza i sogni della giovane infermiera romena Maricica Hahaianu, 32 anni. La sua storia e la sua tragica fine commuovono a lungo la comunità infermieristica e l'intera opinione pubblica.

Avvenire del 13 ottobre 2010 titola: "*Lite per la precedenza al bar, infermiera in coma per un pugno*". Subito, confortati dalle immagini registrate dalle telecamere interne, i media si concentrano sul tempo trascorso dal pugno ricevuto dalla giovane collega e l'arrivo dei primi soccorritori.

Il **Corriere della Sera** scrive: "*Grave per un pugno. I pendolari del metrò non la soccorrono. Un'infermiera colpita per una lite, aggressore ai domiciliari*". **Il Giornale**, sempre del 13 ottobre gli fa eco: "*In coma per un pugno, i passanti se ne fregano. Incredibile la scena ripresa dalle telecamere alla stazione Anagnina di Roma: un 20enne discute per la fila con un'infermiera romena, poi la colpisce con un diretto. Lei cade e batte la testa, la gente passa e la ignora. È stata operata, ma è gravissima*". **Libero** aggiunge: "*Alemanno s'infuria: 'Adesso denuncio chi stava a guardare*' ".

Giornali e tv seguono per 48 ore il destino di Maricica. **Qn** del 15 ottobre annuncia: "*L'infermiera pestata tra la folla è in coma irreversibile*"; **L'Unità** scrive: "*Finisce in dramma il pugno nel metrò: Maricica è in coma irreversibile*". Il 16 ottobre i quotidiani riferiscono che Maricica non ce l'ha fatta. Titola il **Corriere della Sera**: "*E' finita l'agonia dell'infermiera picchiata nel metrò*".

I riflettori dei media si spostano sul giovane che ha sferrato il pugno omicida e divampa la polemica su quale sia per lui la giusta misura restrittiva.

Dopo pochi giorni, di Maricica, della famiglia e di quella giovane vita spezzata non parla quasi più nessuno, se non per poche righe sui funerali celebrati "a casa", in Romania.

Infermieri ancora sotto pressione, visto che, ad un anno dalla morte di Stefano Cucchi, il giovane morto nel reparto penitenziario dell'ospedale Pertini di Roma, l'inchiesta sulle responsabilità del personale sanitario arriva al bivio del rinvio a giudizio, mentre i media s'infiammano, gridando ad un nuovo "caso Cucchi" e chiamando in causa, ancora una volta, il personale infermieristico del penitenziario e dell'ospedale Pertini. **Libero** del 27 ottobre titola: "*Anoressico muore in cella. Sei indagati. A Roma si profila un nuovo caso Cucchi. Un giovane di 31 anni di Viterbo è morto nel carcere romano di Regina Coeli per arresto cardiaco provocato da squilibrio elettrolitico. Anche la sua morte sarebbe dovuta a negligenze imputabili a chi doveva garantirne lo stato di salute*".

Il **Corriere della Sera** aggiunge: "*Carceri, requisitoria sui 13 imputati. Sospetti su un altro decesso. Il pm: Cucchi non fu curato. Nuovo caso a Regina Coeli*".

Deve intervenire la Procura, con una nota alle agenzie per chiarire i contorni della vicenda.

Il lancio di **Omniroma** del 27 ottobre recita: "*Non siamo di fronte a un nuovo caso Cucchi perché non si sono verificate vessazioni in ambiente penitenziario né maltrattamenti. L'indagine, che è ancora in fase interlocutoria, è del tutto diversa dal caso Cucchi*". E ancora: "*L'inchiesta in questione vede indagati sei medici e un infermiere della struttura sanitaria interna al carcere di Regina Coeli per omicidio colposo, e non personale medico dell'ospedale Sandro Pertini*".

Lo stesso giorno, il caso di Stefano Cucchi riconquista le prime pagine dei giornali con la richiesta di rinvio a giudizio degli imputati – fra cui tre infermieri - formulata dal pubblico ministero.

Il **Messaggero** scrive: "*La morte di Cucchi, il pm: processare medici e guardie carcerarie. Chiesti 12 rinvii a giudizio tra medici, infermieri e secondini. Il pm: 'In quelle condizioni non dovevano portarlo al Pertini'. Le accuse: lesioni aggravate, falso, abuso d'ufficio, abbandono d'incapace e omissione*". **Avvenire** titola: "*Caso Cucchi, chiesto processo per nove sanitari e tre agenti*".

Non solo cronaca giudiziaria, però.
Gli infermieri cominciano a far notizia anche in altri ambiti, come quello professionale.
L'iscrizione obbligatoria all'Albo, come garanzia dei requisiti professionali per poter esercitare l'attività infermieristica attrae sempre più l'attenzione.

Il **Corriere del Veneto** del 9 ottobre titola: "*Non si iscrivono all'Albo, infermieri rischiano il posto. Controlli dei Nas in corsia*". Con un trafiletto, il quotidiano veneto richiama le sanzioni fissate dalla normativa: "*Prevista la condanna fino a sei mesi o una multa da 103 a 516 euro*".
All'inizio di novembre è un esposto della Federazione regionale dei medici dell'Emilia Romagna alle Procure di Bologna e di Firenze ad accendere un nuovo caso giudiziario-mediatico. Contestando tre progetti sperimentali avviati dalle Regioni Toscana ed Emilia Romagna, che prevedono l'utilizzo di infermieri appositamente formati per la gestione di alcune emergenze e per la fase chirurgica preoperatoria, l'esposto arriva ad ipotizzare il reato di esercizio abusivo della professione medica a carico delle due Amministrazioni regionali. Gli stessi medici si dividono tra favorevoli e contrari e i rispettivi Ordini provinciali assumono posizioni contrapposte. Cinque Ordini provinciali emiliani si schierano contro l'esposto e quello di Firenze approva decisamente la sperimentazione avviata.
I media non perdono l'occasione per gridare allo scoppio di una nuova guerra fra medici e infermieri che in realtà non c'è, considerato che il contrasto resta tutto interno agli organismi rappresentativi della professione medica. Se ne occupano i maggiori quotidiani, le tv, le radio, i siti web. Particolare rilievo viene dedicato al caso dai quotidiani toscani ed emiliani. Qualche esempio: **La Nazione** (10/11/10) scrive "L'infermiere fa il dottore. L'Ordine dei medici va in procura - L'accusa dell'esposto: esercizio abusivo della professione". **Il Corriere Fiorentino** (10/11/10) spiega: "Infermieri al posto dei medici, rivoluzione al pronto soccorso – Sperimentazione di sei mesi. L'Ordine di Firenze è d'accordo, esposto dall'Emilia". **Il Corriere di Bologna** (4/11/10) titola: "Infermieri contro dottori: esposto sorprendente".
A **Il Sole 24 Ore** del 27 ottobre non sfugge il repentino avvicendamento al vertice dell'Ente previdenziale autonomo degli infermieri. Si legge: "*Cambio al vertice Enpapi, la cassa previdenziale degli infermieri. Ieri pomeriggio il Cda, convocato d'urgenza, ha votato la mozione di sfiducia nei confronti del presidente Mario Schiavon, assente alla riunione. Al suo posto, è stata eletta Erminia Bari, che ricopriva la carica di vicepresidente*".
Se le liti fra il personale sanitario in corsia, in sala parto o in camera operatoria stuzzicano oltremodo gli istinti sensazionalistici della stampa, è vero anche che, talvolta, la comunicazione professionale funziona. È il caso dello speciale pubblicato dal settimanale **Gente** del 2 ottobre che titola: "*Il nostro team anti-litigi*". E spiega: "*In ospedale una strategia contro le risse - Dopo le liti che hanno causato tragici casi di malasanità, nuova iniziativa a Lecco: 'Grazie ai nostri mediatori le tensioni si risolvono prima di entrare in sala operatoria. Sono già 21 i conflitti affrontati' *".
Per chiudere, una menzione speciale per l'ampio servizio pubblicato da **Il Corriere della Sera** del 12 ottobre sulle nuove professioni con il titolo: "*Il welfare cambia le professioni, la riscossa dei nuovi infermieri. La sanità tra privatizzazione e nuove tecnologie*".
Lo studio confronta il ruolo e la percezione di tre diverse professioni. Si legge: "*Le hanno definite professioni in subbuglio. E la sintesi è utile per fotografare il movimento incerto e contraddittorio di almeno tre lavori, quello dell'insegnante, dell'infermiere e dell'assistente sociale. La dimensione umana si scontra con le nuove esigenze tecnico-manageriali, lo Stato non è più l'unico datore di lavoro e i percorsi professionali di crescita sono tutti da costruire. Però chi vuole rivalutare le professioni del welfare non può limitarsi a una difesa becera dello status di dipendente pubblico, deve stare dentro il gioco del cambiamento*".
Riguardo agli infermieri, il servizio evidenzia fra l'altro: "*Nella sanità il cambiamento è molto più profondo che nella scuola. Sia la privatizzazione sia la riorganizzazione tecnico-organizzativa (dai contratti ai turni) si sono fatte sentire di più. Lo dimostrano le numerose cliniche private e case per anziani che si sono affiancate agli ospedali pubblici come sbocco lavorativo. Assieme all'aumento dell'autonomia e all'irrobustimento delle competenze tecnico-operative. Per essere pienamente convinti della tendenza positiva imboccata dalla loro professione, gli infermieri aspettano altre due discontinuità: un inquadramento retributive meno penalizzante e la fine dell'invisibilità sociale*".

Tre lettere alla Polverini sul rischio di misure penalizzanti per la professione

Sono stati mesi molto movimentati, gli ultimi, sul fronte del riordino della Sanità laziale. Il commissario straordinario per il rientro dal deficit, nonché presidente della Regione, Renata Polverini, ha firmato numerosi decreti che dal 2011 avranno immediati effetti sull'organizzazione del Sistema sanitario regionale in tutti i suoi aspetti. Il Collegio Ipasvi di Roma, attraverso tre distinte lettere aperte (che qui vi proponiamo in ordine cronologico) ha sollecitato l'attenzione della Polverini su tre argomenti che stanno molto a cuore agli infermieri, nell'ottica di un sempre maggiore impegno al fianco del cittadino per meglio interpretare e soddisfare la sua domanda di salute.

SU CARENZE DI ORGANICO E BLOCCO DEI TURN OVER

Egregio Presidente,

il Collegio Ipasvi di Roma e Provincia, in linea con il suo ruolo istituzionale e con la volontà di contribuire a garantire prestazioni sanitarie di qualità ai cittadini-utenti del Servizio Sanitario Regionale, torna a segnalarLe l'assoluta insostenibilità della carenza degli organici infermieristici nella gran parte delle strutture di cura e assistenza di Roma e del Lazio. La situazione nei reparti e nelle corsie ha ormai superato i livelli di guardia e prospetta il rischio concreto di dover ridurre considerevolmente l'attività fino al definitivo blocco di interi servizi ospedalieri ed extra ospedalieri.

In un siffatto quadro, è fin troppo semplice prevedere che l'impatto del disposto blocco del *turn over per* il personale sanitario avrà ricadute pesantissime sulle prestazioni erogate all'utenza, con un inaccettabile aumento di responsabilità e rischi professionali per gli operatori in servizio legati ai turni ripetuti, alla mancanza di riposo, ai carichi di lavoro sproporzionati e alle mansioni improprie che devono sobbarcarsi per assicurare la funzionalità delle strutture e dei servizi stessi.

I primi effetti del citato blocco del *turn over* per il personale infermieristico, con il mancato rinnovo dei contratti a tempo determinato scaduti, mostrano tutta la loro potenzialità esplosiva in uno scenario, quello della nostra regione, dove già mancano all'appello almeno 4.500 infermieri.

Al pauroso vuoto aperto in questi ultimi anni negli organici infermieristici delle Aziende sanitarie e ospedaliere, si aggiunge così un ulteriore elemento di criticità che minaccia di far saltare una dopo l'altra le già fragili maglie che formano la rete dell'assistenza sanitaria a Roma e nel Lazio, e che oggi tengono solo grazie all'abnegazione e allo spirito di sacrificio profuso dallo scarso personale in servizio. Il tutto, al cospetto di un'offerta professionale infermieristica assai consistente, che finisce paradossalmente per ingrossare le fila degli infermieri laziali disoccupati, sotto-occupati o impiegati in modo inadeguato.

La situazione è estremamente grave e pericolosa, innanzi tutto per i cittadini.

Gli infermieri di Roma e Provincia, egregio Presidente, Le chiedono perciò un atto di coraggio e di responsabilità.

Consapevoli del difficile compito che Ella ha assunto per risanare il sistema sanitario regionale in termini economici e finanziari, La invitano a disporre con la massima urgenza le opportune deroghe al blocco del turn-over del personale sanitario, cominciando dalle figure professionali di gran lunga più carenti: gli infermieri appunto.

A tal fine, nello spirito di una fattiva collaborazione che da sempre contraddistingue i suoi rapporti istituzionali con la Regione Lazio, il Collegio Ipasvi di Roma e Provincia torna a sollecitare la possibilità di un incontro con la S.V. per contribuire alla messa a punto di misure urgenti che possano arginare l'imminente rischio di una drammatica emergenza.

Con i più cordiali saluti.

Il Presidente
Gennaro Rocco

SUL TAGLIO ALLE UNITA' OPERATIVE E ALLE POSIZIONI ORGANIZZATIVE

Egregio Presidente,

su istanza degli infermieri iscritti al Collegio Ipasvi di Roma e Provincia e d'intesa con il Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio, Le rappresento la forte preoccupazione del comparto infermieristico circa gli effetti del drastico ridimensionamento delle Unità operative e delle Posizioni Organizzative e di coordinamento previsto dal Decreto commissariale 49/2010 in attuazione dei criteri di cui al Decreto 34/2010.

Se confermata nella misura fissata dalle previsioni, tale riduzione comporterebbe una profonda alterazione dei livelli funzionali di assistenza e del governo stesso delle Aziende sanitarie e ospedaliere della Regione. E' prevedibile inoltre che la fusione della funzione di coordinamento di due o più Uo, così come disposto dai citati Decreti, determinerà ripercussioni dirette nelle relazioni interne, con possibili turbolenze tra il personale.
In particolare, il ruolo dei Coordinatori di Servizi/UU.OO. merita un'attenta riflessione in virtù della funzione che essi svolgono in ordine alla programmazione, alla formazione, al coordinamento e al controllo delle attività infermieristiche, tecniche e ausiliarie di carattere professionale, assistenziale e domestico-alberghiero.
A queste figure sono demandate, in via esclusiva e con le responsabilità professionali del caso, funzioni delicatissime e assolutamente centrali per l'assistenza alla persona malata, ma anche per il perseguimento degli obiettivi aziendali. E' infatti attraverso i Coordinamenti che le direttive impartite dai vertici aziendali si interfacciano con il personale infermieristico, tecnico, ausiliario e con gli Ota divenendo operative.
Con la prevista marcata riduzione delle Unità operative e delle Posizioni organizzative e di coordinamento, sui residui Coordinatori di Servizi/Uo graverebbero carichi di lavoro e responsabilità oggettivamente improponibili. La fusione di più Uo comporterebbe infatti un aumento esponenziale delle interazioni e delle attività, necessariamente con più tempo da dedicare alle attività di controllo, verifica, supervisione e consulenza nei confronti dei propri collaboratori. Inoltre, la più vasta organizzazione, le maggiori e più complesse decisioni da assumere finirebbero per sovraccaricare il Coordinatore inficiandone l'azione e i risultati.
Per quanto esposto, a nome del Consiglio Direttivo del Collegio Ipasvi di Roma e in linea con le indicazioni del Coordinamento dei Collegi Provinciali Ipasvi del Lazio, Le chiedo di attivarsi affinché la Regione Lazio non proceda in base ai criteri fissati con i citati Decreti se non dopo un'ampia e approfondita concertazione con le rappresentanze professionali delle figure più direttamente coinvolte.
In virtù di ciò, resto a completa disposizione per ogni utile contributo e confido nella sensibilità e nella lungimiranza della Sua Persona.
Cordiali saluti

Il Presidente
Gennaro Rocco

SUL RIDIMENSIONAMENTO DELLE DIREZIONI INFERMIERISTICHE

Egregio Presidente,

nelle scorse settimane, con le lettere aperte del 18 ottobre e del 3 novembre, abbiamo invocato il Suo intervento circa l'insostenibilità della carenza degli organici infermieristici nella gran parte delle strutture di cura e assistenza di Roma e del Lazio che mette a rischio la sopravvivenza di servizi e reparti, oltre che sul prevedibile effetto negativo sui livelli funzionali di assistenza dovuto al drastico ridimensionamento delle Unità operative e delle Posizioni organizzative e di coordinamento previsto dal Decreto commissariale 49/2010.
Siamo purtroppo costretti a sollecitare nuovamente un risoluto intervento della S.V. per scongiurare la paventata riduzione o ridimensionamento delle DirezioniiInfermieristiche, strutture queste di primaria importanza per la tenuta dell'intera rete assistenziale sanitaria regionale.
Interpretando le preoccupazioni degli infermieri iscritti al Collegio Ipasvi di Roma e Provincia e d'intesa con il Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio, con l'intento di contribuire a garantire prestazioni sanitarie dignitose ai cittadini-utenti del Ssr, siamo a chiederLe di intervenire con la massima urgenza e autorità per scongiurare i tentativi in atto di delegittimare la positiva esperienza del modello organizzativo collegato alle Direzioni infermieristiche.
Archiviare a suon di tagli tale preziosa esperienza, confortata da risultati concreti quanto verificabili, comporterebbe una profonda alterazione dei livelli funzionali di assistenza e ulteriori gravi difficoltà nel governo delle Aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Lazio.
In questa chiave, registriamo segnali allarmanti da alcune Aziende che, come nel caso della Asl Rm/B, nel novero delle misure da adottare per razionalizzare la quantità e l'organizzazione delle Strutture complesse, punterebbero a ridimensionare le Direzioni infermieristiche alla stressa stregua di altre Strutture complesse segnatamente di area medica, in molti casi effettivamente sovradimensionate.
Tale scelta avrebbe effetti dirompenti sulla corretta organizzazione dei servizi infermieristici e potrebbe spingere anche altre Aziende sanitarie ad emulare un criterio che appare alquanto sbrigativo e superficiale per comprimere i costi e azzerare gli sprechi. E ciò proprio mentre altre Regioni marciano spedite verso il potenziamento del sistema che riconosce nella Dirigenza infermieristica uno dei cardini portanti

dell'organizzazione ottimale dei servizi, con benefici di tutta evidenza in campo sanitario ed economico.
L'orientamento a contenere quanto più possibile il numero delle Strutture complesse ci trova in piena sintonia e a più riprese gli infermieri hanno segnalato gli eccessi a cui in molte Asl si è arrivati. Tuttavia, nella condivisibile e inevitabile politica di razionalizzazione dei costi sanitari, le Direzioni infermieristiche non possono essere considerate alla stregua di altre Strutture Complesse, che per quantità e competenze spesso sovrapponibili offrono l'opportunità di accorpamenti e riorganizzazioni funzionali.
Nel caso delle Direzioni infermieristiche, infatti, si tratta di pianificare e coordinare le attività un'area vasta ma unica, che necessita di una "cabina di regia" per poter funzionare a dovere, secondo le attese dei cittadini e in linea con i moderni criteri di economicità ed efficacia delle prestazioni sanitarie.
Dunque il nostro auspicio, e al contempo il nostro pressante invito affinché la Regione Lazio intervenga in tal senso, è che si dia corpo alla necessaria riduzione dei costi, si eliminino le Strutture Complesse non necessarie, ma si compia ogni sforzo per garantire personale e risorse adeguate alle Direzioni Infermieristiche che in questi anni, sebbene fra mille difficoltà operative, hanno dimostrato di avere un ruolo determinante per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi e che dunque vanno difese e potenziate.
Per quanto esposto, a tutela dell'autonomia professionale degli infermieri ma soprattutto nell'interesse dei cittadini-utenti, esprimiamo la forte preoccupazione dei Collegi Ipasvi del Lazio e Le chiediamo di attivarsi affinché la Regione Lazio non penalizzi oltremodo le Direzioni infermieristiche e, con queste, una riorganizzazione virtuosa dell'offerta sanitaria.
Confidando nella Sua sensibilità e certi di un Suo risolutivo intervento, restiamo a disposizione per ogni utile contributo e confronto.

Il Presidente
Gennaro Rocco

Nasce Ailpi, l'associazione degli Infermieri Liberi Professionisti

Si è costituita di recente, da un'idea maturata all'interno di un gruppo di liberi professionisti, l'**Ailpi**, associazione che riunisce gli infermieri italiani.

L'idea è quella di realizzare un organismo libero e ad adesione volontaria, capace di raccogliere esponenti di ogni ripartizione territoriale nazionale, affidando ad ognuno di loro il ruolo di interlocutore presso i colleghi di quell'area, consentendo loro, così, di esprimere maggiormente le proprie particolarità e problematicità.

La prima finalità dell'Associazione è quella di essere la forma più diretta ed efficace di espressione della professione e dei liberi professionisti.

Il referente per il Lazio è il tesoriere del Collegio Ipasvi di Roma, **Rodolfo Cotichini**.

Il gruppo dei soci fondatori è convinto che la professione infermieristica sia troppo importante per dividersi su argomentazioni fallaci, quali i numeri o il fatturato economico: per crescere insieme e sperimentare, bisogna dialogare il più serenamente possibile.

L'Ailpi punta, nel tempo, a divenire una società scientifica per divulgare l'esercizio libero della professione, attraverso pubblicazione di testi, riviste e altro.

Il suo programma, per il prossimo biennio, sostanzialmente, può essere sintetizzato così:

– rendersi visibili alla professione nel suo insieme. A tal fine, è stata inviata una mail a tutti i Collegi e, in primis, alla presidente della Federazione Ipasvi, Annalisa Silvestro;
– creare aggregazione affinché i colleghi possano incontrarsi, conoscere le varie modalità di esercizio sul territorio, gli ambiti in cui ognuno opera.

Ciò potrebbe consentire di scoprire ambiti di esercizio infermieristico a molti ancora sconosciuti;

– conoscere e capire le problematiche che possono rendere difficile l'esercizio professionale e individuare, insieme, possibili soluzioni, valutando le diverse proposte.

Ailpi può diventare una "palestra" in cui accogliere idee e sperimentare nuovi percorsi/progetti;

– incontrare i liberi professionisti e dialogare con loro in merito alle molteplici tematiche che attengono all'esercizio infermieristico in regime di libera professione, quindi, occuparsi non solo del fare, del lavoro, del mercato, ma anche di promuovere la cultura della libera professione;
– aggiornare i colleghi, costruendo con loro e per loro percorsi formativi specifici sulle nostre istanze, poiché sappiamo che l'aggiornamento è un dovere deontologico che deve procedere con le evidenze scientifiche e le istanze sociali, al fine di fornire la migliore risposta alle necessità delle persone. L'aggiornamento aumenta la cultura dell'esercizio autonomo, la capacità di assunzione di responsabilità nell'agire di ognuno, l'elaborazione di una scelta consapevole di organizzazione e gestione della propria professione e del proprio tempo.

Tutte queste finalità potranno consentire realmente di adoperarsi perché l'esercizio autonomo infermieristico non sia un ripiego, una fornitura di "manodopera qualificata a basso costo" e al servizio di "caporali" vari che, della nostra professione, fanno spregio, in funzione di un mero business sulla pelle degli infermieri.

L'impegno è volto a **sostenere l'esercizio cosciente di un professionista che non vuole essere solo un infermiere autonomo** preparato e competente, **ma un protagonista del panorama sanitario-sociale**, collaborando con le istituzioni e con tutti gli altri professionisti che intervengono nell'assistenza alla persona, contribuendo a fornire risposte globali ai bisogni sempre più complessi e diversificati dell'utenza.

Nessuno salva il mondo da solo, ma tutti insieme, forse, possiamo migliorarlo!

Altro obiettivo importante per Ailpi è quello di essere d'aiuto ai colleghi nel comprendere maggiormente l'importanza di costruirsi una posizione previdenziale che permetta futuri più sereni: quindi, lavorare in sinergia col Ente di previdenza e assistenza infermieristica – Enpapi – , promuovendo la cultura del risparmio.

Queste, in sintesi, le proposte.

Tuttavia, è fondamentale che i Colleghi sentano la necessità di incontrarsi per dialogare di professione e di esercizio autonomo degli infermieri: diversamente, quest'iniziativa sarà solo l'impegno di alcuni!

L'Ailpi ha tante idee ambiziose, ma, saggiamente, vuole procedere a piccoli passi, senza contrapporsi a niente e nessuno. Piuttosto, intende collaborare con le rappresentanze professionali e, in particolare, con la Federazione Ipasvi ed i Collegi tutti, che sono i primi ad occuparsi della nostra professione.

Questo, nella convinzione che migliorare l'esercizio libero professionale e la visibilità dei liberi professionisti voglia dire collaborare a migliorare la professione infermieristica nel suo insieme.

La professione rimane il primo pensiero e obiettivo per tutti, affinché si possa erogare alla persona la migliore assistenza possibile, nel rispetto delle sue e delle nostre scelte.

Intanto, si può visitare il sito dell'associazione: **www.ailpi.it**

LETTO *per* VOI

Introduzione alla sociologia della salute

Dopo anni di difficile decollo, la sociologia della salute si è affermata nel nostro paese come disciplina specifica dotata di ampio riconoscimento e in grado di orientare l'azione dei professionisti della salute.
Il presente manuale – destinato a infermieri che già operano in *setting* assistenziali pubblici e privati e infermieri in formazione nei corsi di laurea base e nei corsi post-base – rappresenta un testo introduttivo alla sociologia della salute che, attraverso un approccio interdisciplinare, uno sguardo policentrico e un taglio divulgativo, affronta le principali tematiche concernenti il rapporto tra
salute e società.
Nella prima parte si analizzano i nodi cruciali della sociologia della salute e della malattia, quali il rapporto tra teoria, empiria, spendibilità; i paradigmi sociologici della salute; il corpo; il rapporto medico-paziente; le disuguaglianze di salute; la promozione del benessere; il rapporto tra immigrazione e salute; i sistemi sanitari nei paesi avanzati.
Nella seconda parte si discutono alcune questioni che riguardano da vicino la professione infermieristica, come il rapporto interprofessionale con i medici e con le altre professioni sanitarie; i cambiamenti legislativi che hanno coinvolto gli infermieri in special modo negli ultimi vent'anni; la comunicazione con il paziente; i percorsi di formazione interculturale; il ruolo dell'infermiere nell'assistenza di comunità e alla famiglia in senso esteso, l'assistenza infermieristica nelle situazioni di vulnerabilità e marginalità.
In conclusione vengono delineati alcuni scenari di cambiamento e di prospettiva per la professione infermieristica.
Il volume è curato da Linda Lombi - dottore di ricerca in Cociologia e assegnista di ricerca presso
l'università degli studi di Bologna - e da Alessandro Stievano, docente di Teorie del nursing e Metodologia della ricerca in corsi di base e post base per l'università degli studi di Roma "Tor Vergata".

Introduzione alla sociologia della salute
Manuale per la professione infermieristica
a cura di Linda Lombi e Alessandro Stievano
Franco Angeli Editore

LETTO *per* VOI

Alla scoperta dell'articolo 32

Questo testo offre un quadro di riferimento chiaro, semplice, esaustivo, sui principali riferimenti informativi per il diritto alla salute del cittadino in Italia.
Il libro è nato dai suggerimenti e dai problemi emersi da un decennio di contatti quotidiani con gli ascoltatori dei programmi 'Articolo 32 ' e 'Ippocrate' su Rai News 24 del giornalista Gerardo D'Amico.
Partendo dall'articolo 32 della Costituzione, che *enuncia in modo cristallino: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*, si enunciano i diritti del malato, in accordo a vari documenti stilati da varie associazioni anche a livello europeo ed i diritti del ricoverato in ospedale.
Inoltre, si offre una panoramica dell'assistenza domiciliare con particolare attenzione alla terapia del dolore ed alle cure palliative, per arrivare all'accesso ai farmaci, ed al diritto di usufruire di protesi ed altri ausili.
Negli altri contributi, invece, sono elencati utili riferimenti per l'assistenza psichiatrica, l'assistenza agli anziani, le malattie rare e l'Hiv, la donazione di sangue ed organi, internet e la telemedicina.
Da questa breve disamina emerge con chiarezza la terapia informativa che questo libro propone ai cittadini; proprio in questa direzione, i codici deontologici del medico e dell'infermiere costituiscono due utili appendici alla fine della pubblicazione.
La lettura assume una valenza ancor più speciale se pensiamo che di informazioni chiare, ad hoc, il cittadino ne ha sempre più bisogno, soprattutto in una società sempre più complessa dove il diritto alla salute senza disuguaglianze e con eguale possibilità di fruizione ed accesso deve diventare la sfida del prossimo futuro.

Alessandro Stievano

La salute in tasca
Guida per difendere il proprio diritto alla salute
di Gerardo D'Amico
Mursia 2010

Per informazioni e acquisti: 349.7828050

Il "collegato" e le modifiche all'organizzazione del lavoro infermieristico

In questi giorni si sta molto parlando del cosiddetto "collegato lavoro": si tratta della legge 4 novembre 2010 n. 183 pubblicata in Gazzetta ufficiale il 9 novembre 2010, S.O. 243/L, un provvedimento normativo complesso che cambierà il mondo del lavoro in modo significativo.

Cercherò con questo articolo di segnalare le norme che incideranno sulla professione infermieristica direttamente o indirettamente (ossia sul rapporto di lavoro) passando in rassegna le fattispecie più significative. Trascurerò, invece, tutte le modifiche alle leggi poste a tutela dei lavoratori dipendenti licenziati illegittimamente. Si tratta, infatti, di un gruppo di norme a se stante, estremamente complesso, che necessita di cognizioni tecnico-giuridiche elevate che merita delle considerazioni a parte che mi riprometto di diffondere in un prossimo mio intervento. Esaminiamo le modifiche.

Lavoro sportivo internazionale

E' stato integrato l'art. 27 testo unico delle norme sull'immegrazione (d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286) nel senso che i medici gli infermieri e ogni altro professionista sanitario "al seguito di delegazioni sportive internazionali" in occasione di manifestazioni agonistiche organizzate da organismi nazionali e internazionali riconosciuti (il Coni, le Federazioni, il Comitato Olimpico Internazionale, società/associazioni riconosciute da questi organismi), sono autorizzati a svolgere la pertinente attività, in deroga alle norme sul riconoscimento dei titoli esteri, nei confronti dei componenti della rispettiva delegazione o gruppo organizzato e limitatamente al periodo di permanenza della delegazione o del gruppo.

Orario di lavoro - Una riflessione sulla reperibilità

Sono state apportate modifiche all'apparato sanzionatorio del d.lgs. n. 66 del 2003. Le modifiche sulle sanzioni non sarebbero di per sé stesse significative ma offrono a chi vi scrive la possibilità di fare qualche riflessione sul tema dell'orario che per esperienza è uno dei più delicati e sentiti dagli infermieri.

Nell'incidere sull'apparato sanzionatorio (che viene diversamente articolato e ne esce più variegato) il legislatore ha inteso confermare l'importanza della disciplina dell'orario di lavoro.

Tra le norme sanzionate vi è l'articolo 7 sul riposo giornaliero che prevede il diritto del dipendente ad un riposo di undici ore consecutive ogni ventiquattro ore.

Aveva suscitato scalpore la (sempre recente) modifica per cui a questa regola (del riposo consecuitvo di undici ore) facevano eccezione le attività caratterizzate da regimi di reperibilità (articolo 41, comma 4, D.L. n. 112 del 2008).

La norma così modifica aveva ingenerato il sillogismo interpretativo per cui siccome il Ccnl integrativo della sanità pubblica del 20 settembre 2001 (articolo 7) per le professioni sanitarie non mediche (tra cui quelle infermieristiche) aveva previsto il regime della reperibilità, allora gli infermieri non avrebbero più avuto diritto al riposo giornaliero di undici ore consecutive.

A mio avviso la norma deve essere interpretata nel senso che è confermata la regola generale: tutti gli infermieri (e in generale tutti i dipendenti) hanno diritto ad un riposo giornaliero consecutivo di undici ore. L'eccezione, invece, deve essere limitata al solo personale dei reparti in cui si applica il regime di reperibilità e nel più ristretto ambito della giornata in cui cade il turno di reperibilità.

In altre parole, prendiamo ad esempio un infermiere addetto ad una qualsiasi unità operativa con attività continua ove sia istituzionalizzata la reperibilità. Poniamo per ipotesi che questo infermiere abbia svolto il turno della mattina iniziato alle 7 fino alle 14 e sia posto in reperibilità per la notte dalle 21 fino alle 7.

Di per sé la reperibilità non è attività lavorativa quindi se l'infermiere non viene chiamato a rendere la prestazione di lavoro allora il periodo di reperibilità è considerato riposo e si ha diritto alla sola indennità.

Se, invece, l'infermiere viene chiamato a rendere la prestazione di lavoro, allora essa prestazione è retribuita come straordinario perché egli ha già reso la prestazione ordinaria/normale nel turno della mattina.

Affinché ciò potesse avvenire, occorreva però abbattere il limite del riposo giornaliero di undici ore consecutive proprio perché si poneva in contrasto con il regime della reperibilità: se la reperibilità si applica a quei lavoratori che hanno già svolto un turno di lavoro, allora la chiamata ad una attività lavorativa nel

corso della giornata sarebbe stata illegittima.
Tornando al nostro esempio, l'infermiere in reperibilità chiamato la notte ipotizziamo alle ore 23, essendo cessato dal suo turno normale alle ore 14 si sarebbe ripostato solo nove ore consecutive anziché undici ore.
Posso concludere ribadendo che l'eccezione al riposo giornaliero è limitata solo al caso dell'infermiere che che è inserito quel giorno nel turno di reperibilità e che sia stato chiamato a rendere la prestazione di lavoro.

La Mobilità triennale (art. 13, comma 2)

La Mobilità triennale è una "variante" della Mobilità del personale delle Pubblica Amministrazione già disciplinata dall'art. 30 del d.lgs. n. 165 del 2001 (Testo unico delle leggi in maria di pubblico impiego) che è il sistema normale ricoprire posti vacanti in organico nella Pubblica Amministrazione mediante cessione del contratto di lavoro di dipendenti appartenenti alla stessa qualifica in servizio presso altre amministrazioni, che facciano domanda di trasferimento.
Il nuovo istituto di mobilità triennale introdotto dal "collegato lavoro", va distinto anche dalla mobilità "intercompartimentale" che consiste nella domanda di mobilità ad esempio di un infermiere da una Asl ad un'altra Asl.
La mobilità di cui ci occupiamo riguarda il trasferimento per passaggio diretto di un infermiere da una ASL, ad esempio, verso un ministero o un istituto previdenziale pubblico, cioè ad una P.A. di un diverso comparto.
Questa è la norma: "*Le pubbliche amministrazioni, per motivate esigenze organizzative, risultanti dai documenti di programmazione previsti all'articolo 6, possono utilizzare in assegnazione temporanea, con le modalita' previste dai rispettivi ordinamenti, personale di altre amministrazioni per un periodo non superiore a tre anni, fermo restando quanto gia' previsto da norme speciali sulla materia, nonche' il regime di spesa eventualmente previsto da tali norme e dal presente decreto*".
In sostanza, una Asl o una Azienda ospedaliera potrebbero accertare nel documento programmattico gli effettivi fabbisogni di infermieri (secondo la procedura prevista dall'articolo 6, d.lgs. 165/2001 da effettuarsi anche con la consultazione delle organizzazioni sindacali) e richiedere ad un'altra Pubblica Amministrazione altro personale infermieristico in assegnazione temporanea (per un tempo non superiore a tre anni).

Modifiche alla disciplina del trattamento dei dati personali

La modifica più rilevante è quella che introduce all'articolo 19 (Principi applicabili al trattamento di dati diversi da quelli sensibili e giudiziari) del codice della privacy il comma 3-bis: "*Le notizie concernenti lo svolgimento delle prestazioni di chiunque sia addetto a una funzione pubblica e la relativa valutazione sono rese accessibili dall'amministrazione di appartenenza. Non sono invece ostensibili, se non nei casi previsti dalla legge, le notizie concernenti la natura delle infermita' e degli impedimenti personali o familiari che causino l'astensione dal lavoro, nonche' le componenti della valutazione o le notizie concernenti il rapporto di lavoro tra il predetto dipendente e l'amministrazione, idonee a rivelare taluna delle informazioni di cui all'articolo 4, comma 1, lettera d)*".
Da una prima lettura **sembra che il Legislatore abbia inteso considerare che le mansioni del pubblico dipendente non rientrino fra i dati personali** e che, a richista di chiunque (e c'è da chiedersi se questo vale anche per il privato cittadino), devono essere rese accessabili dall'amministrazione datore di lavoro.

Il part time

Il pubblico dipendente che chiedeva la trasformazione del rapporto di lavoro da *full time* a part time, aveva diretto a tale trasformazione che avveniva "automaticamente" (articolo 1, comma 58, L. 23 dicembre 1996, n. 662).
Con l'entrata in vigore del Dl 112 /2008 si era perso l'automatismo e la concessione del part time era diventata un atto discrezionale della Pubblica Amministrazione che poteva negarla per conflitto di interessi o per "grave pregiudizio" al funzionamento dell'amministrazione.
Secondo la nuova disciplina, oggi le Pubbliche Amministrazioni possono sottoporre a nuova valutazione i provvedimenti di concessione della trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale già adottati prima della data di entrata in vigore del citato decreto-legge n. 112 del 2008.
Questo significa, ma si tratta di una primissima lettura, che se un infermiere aveva ottenuto la trasformazione del contratto da full time a part time, ebbene oggi questa trasformazione potrà essere "riconsiderata" e se l'Azienda dovesse valutare che la concessione del part time ha arrecato pregiudizio al funzionamento della Pubblica Amministrazione, allora potrà provvedere trasformandolo nuovamente in contratto full time.

* * * * *

Il "collegato lavoro" apporta molte altre rilevanti novità che esamineremo nel corso dei prossimi numeri.

Avv. Alessandro Cuggiani

La febbre del dispositivo "mobile" e l'infermieristica (seconda parte)

Lo scorso numero abbiamo affrontato per la prima volta qualcosa di diverso dal web; qualcosa che sta cambiando davvero il modo di vedere internet come qualcosa legato intimamente ai computer casalinghi o aziendali, per vederlo proiettato sul mondo "mobile", su qualcosa di fruibile subito e in qualsiasi luogo ci troviamo. Ma non si tratta solo di applicazioni legate al web, ma anche applicazioni che ci permettono di avere servizi mobili a vario uso.
Non a caso abbiamo parlato esclusivamente di applicazioni per iPhone; abbiamo tentato di recuperare informazioni pubbliche su dispositivi mobili dei più disparati, ma purtroppo l'unica piattaforma che fornisce applicativi legati alla medicina e all'infermieristica con un ventaglio variegato sembra essere proprio quella. Per completezza di informazione, stiamo attendendo notizie da parte dei fornitori meno famosi come Windows Mobile e Android.
Attendendo, passiamo in rassegna altre applicazioni di *e-health* legati alla piattaforma della mela, ovvero dell'iPhone. Ricordiamo che tutte le applicazioni segnalate sono disponibili sull'Apple Store, gratuitamente o a pagamento, attraverso il programma iTunes scaricabile gratuitamente.

- **Peso fetale**

Ovviamente non utile per tutti, ma per gli addetti ai lavori, questa applicazione ci permette di effettuare una stima del peso fetale nella condizione istantanea, attraverso alcuni parametri biometrici rilevati in diagnostica. L'applicazione, dal costo di 1,59 euro, permette anche di inviare il risultato per posta elettronica alla persona interessata. Gli utilizzatori, l'hanno valutata positivamente (cinque stelle su cinque) con commenti molto positivi.

- **iPharmacy**

Vincitrice di molteplici premi come migliore applicazione legata alla medicina destinata ad operatori del settore ma anche ai consumatori finali, questa rappresenta una delle tante che offrono "prontuari" farmaceutici di sostanze e medicinali distribuiti in commercio, insieme alle posologie ed agli effetti indesiderati. Oltre diecimila sostanze recensite, dosi, tempi di somministrazione, overdosi, effetti indesiderati, avvertenze e controindicazioni, tutto quello che si necessita sull'argomento. Il costo è di 79 centesimi di euro, sempre in Apple Store.

- **iGeneric Free**

Dalla stessa società produttrice dell'applicazione precedente, ovvero la SigmaPhone LLC, troviamo l'utilissima, ed altrettanto gradita per la gratuità, iGeneric Free: più di seimila sostanze recensite che hanno effetti equivalenti in terapia, con la possibilità di visualizzarle per *brand*, ossia casa farmaceutica, oppure per sostanza o per effetto terapeutico/curativo. Anche qui, informazioni sulle dosi, effetti collaterali e indesiderati, avvertenze e controindicazioni, modalità di somministrazione, ecc.

Ricordiamo che è un'applicazione gratuita.

- **Farmacia: il prontuario**

Concludiamo con questa italianissima applicazione destinata, come da nome, al Prontuario Farmaceutico Italiano. Più di 18.000 farmaci in commercio, compresi gli ospedalieri ed anestesiologici. Tra le solite informazioni, come nelle precedenti recensite, si descrivono anche il tipo di ricetta necessaria, la classe Ssn, le note Aifa e, se è possibile, il rimborso Iva. Chiaramente più a portata per un medico, anche in infermieristica trova ambiti di utilità. Costa 2,99 euro .

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

PER SAPERNE DI PIU'

FAST TRACK In Pronto Soccorso (Friuli Venezia Giulia)

Il progetto Fast Track prevede la razionalizzazione dei percorsi terapeutici e assistenziali dei pazienti che si rivolgono al Pronto Soccorso per le problematiche di minore gravità con lo scopo di: - diminuire il disagio dei pazienti;
- ridurre lo stress degli operatori sanitari spesso costretti a lavorare in situazioni di forte tensione;
- migliorare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni erogate ai pazienti gravi.
Per saperne di più: http://www.ars.sanita.fvg.it/portale/dettaglioProgetto.asp?IDSessione=&IDLingua=1&IDScheda=2

SEE & TREAT (Toscana)

Si tratta di una nuova modalità organizzativa per affrontare i problemi clinici "minori". Infermieri esperti, opportunamente formati, affiancati per i sei mesi di sperimentazione da un medico tutor, gestiranno e daranno risposta a una serie di problematiche minori, definite e approvate dal Consiglio sanitario regionale: per esempio, piccole ferite e abrasioni, contusioni minori, ustioni solari, punture di insetti, rinite, congiuntivite, ecc.
In carico agli infermieri, anche le dimissioni.
Gli infermieri che lavoreranno negli ambulatori See & Treat hanno seguito un corso di formazione regionale di 180 ore.
Per saperne di più: http://www.regione.toscana.it/regione/export/RT/sito-RT/Contenuti/sezioni/salute/visualizza_asset.html_190085459.html

PERIMED (Emilia Romagna)

Riguarda un nuovi modello organizzativo applicato alla medicina perioperatoria, che, nel rispetto di competenze e responsabilità dei diversi professionisti, prevede modalità assistenziali integrate e condivise.
Per saperne di più: http://www.saluter.it/news/regione/lusenti-esposto-ordine-medici-immotivato-e-fuorviante/?searchterm=perimed

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. parola^{2}) 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 accompagnante da brevi ma esaurienti didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento. Diagrammi e illustrazioni dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da permetterne la riproduzione senza modificazioni.

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:
ad es. per "ad esempio"
n. per "numero"
p./pp. per "pagina/pagine"
vol./voll. per "volume/volumi"
et al. per indicare altri autori dopo il sesto nelle bibliografie.

L'acronimo è un genere particolare di abbreviazione. La prima volta che si incontra un acronimo in un testo è sempre necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi - ad es. Associazione Raffredati d'Italia (Ari).
Evidentemente, ciò non vale per sigle oramai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti – ad es. Usa e non U.S.A.

DATE E NUMERI

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1° gennaio (non I 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 Ipasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

auguri

COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA

viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma - metro Ottaviano
Tel. 06.37511597 r.a. - Fax 06.45437034
Email: collegio@ipasvi.roma.it
televideo Rai3 pag. 439 - www.ipasvi.roma.it

Orari apertura uffici:
Lunedì e giovedì: 8.30-12.30 e 14.30-17
Martedì, mercoledì, venerdì: 8.30-12.30