

INFERMIERE

oggi

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

N°1



EDITORIALE

Qualità e sicurezza, investiamo e prepariamo il conto

CONTRIBUTI

Gli infermieri e i turni usuranti

FOCUS

Assemblea annuale del Collegio Ipasvi di Roma

DAL COLLEGIO

La Biblioteca Digitale è in rete per gli iscritti

INFERMIERE *oggi*

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma

Direzione - Redazione - Amministrazione
Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

Direttore responsabile
Gennaro Rocco

Segreteria di redazione
Nicola Barbatto, Stefano Casciato, Mario Esposito,
Matilde Napolano, Carlo Turci

Comitato di redazione
Angela Basile, Bertilla Cipolloni, Rodolfo Cotichini, Stefano Di Carlo,
Gianfranco Del Ferraro, Maurizio Fiora, 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 XXI - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2011

STAMPA: Artigrafiche Boccia SpA
Via Tiberio Claudio Felice, 7 - 84131 Salerno
e-mail: info@artigraficheboccia.com
Progetto grafico: EDS Roma
Foto: Mario Esposito; Fotolia

Finito di stampare: marzo 2011

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 **Qualità e sicurezza, investiamo e prepariamo il conto**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 **L'infermiere di famiglia: indagine conoscitiva sulle opinioni dei medici e dei loro assistiti**
di Alessandra Ferranti
- 10 **Operatori in oncologia e malattie: carico emotivo e burn-out Strategie di clima organizzativo**
di Laura Mendo
- 17 **Gli infermieri e i turni usuranti**
di Emilia Marsala
- 25 **Strategie di coinvolgimento di utenti e familiari nei reparti psichiatrici a porte aperte. L'esperienza di Trento**
di Francesca Plaja, Maria Cannovo
- 25 **Gestione infermieristica degli strumenti e dell'ambiente post-broncoscopia**
di Maurizio Davi
- 31 **Proposta di dotazione organica per un pronto soccorso di un Dea di II livello di Roma**
di Cristian Vender
- 36 **Empatia e comunicazione: azione terapeutica e relazione d'aiuto**
di Fabio Burul, Arianna Camilloni

FOCUS

- 41 **ASSEMBLEA ANNUALE DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 53 **La Biblioteca Digitale è in rete per gli iscritti del Collegio Ipasvi di Roma**

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 55 **Cure palliative e terapie del dolore, ok a nuove linee guida**
56 **Un decalogo contro il boom dei parti cesarei**

DICONO DI NOI

- 57 **La polemica con i medici, il dramma di Maricica e le "solite" infermiere sexy**

L'AVVOCATO DICE

- 61 **Le cure sanitarie all'estero**

INFERMIERI IN RETE

- 63 **La febbre dei dispositivi "mobile" e l'infermieristica (parte terza)**

64 VIGNETTA DEL MESE



Qualità e sicurezza, investiamo e prepariamo il conto

di Gennaro Rocco

In questo nostro strano tempo, immersi in una crisi di beni e di valori che decliniamo sempre più su scala "globale", impariamo perfino a misurarci con i concetti che regolano le leggi dell'economia. Politici e media ce li propinano a vagonate e in tutte le salse, ci erudiscono sulle strategie, le manovre, le riforme da fare per battere il mostro della crisi. Ci spiegano quanto sia importante spingere sugli investimenti proprio quando il momento appare critico, puntare sull'innovazione e la qualità, contrastare la concorrenza al ribasso acquisendo conoscenze e nuove abilità.

I Governi, almeno in gran parte dei Paesi occidentali, parlano di manovre "anticicliche" che, sebbene finora abbiano mostrato la sola faccia dei tagli di spesa, sono destinate ad investire sulla conoscenza proprio per invertire il trend economico e occupazionale. È una svolta culturale più che tecnocratica quella che l'economia chiede agli Stati di compiere: ribaltare il piano del ragionamento secondo cui alla crisi si risponde solo stringendo la cinghia.

Scopriamo così di aver precorso i tempi. Non tanto nel sottolineare come da tempo gli infermieri romani invocassero questo tipo di svolta, quanto piuttosto per averla adottata come obiettivo e realizzata nel proprio ambito professionale. Perciò oggi possiamo offrirvi come esempio, indicare per una volta noi alla politica e agli economisti come, in un frangente drammatico come quello che vive la sanità regionale, può innescarsi un percorso "anticiclico" che investe sulla professionalità.

È la svolta che con insistenza chiediamo di compiere alla Regione Lazio. Con questa serve uno scatto deciso sul piano contrattuale, per riconoscere finalmente agli infermieri il livello di professionalità che in tanti anni di lotta e sacrifici hanno conquistato e che, nonostante gli storici successi sul piano legislativo, non riescono a concretizzare.

La cinghia che si stringe ci preoccupa, sì, ma non ci deve spaventare. Abbiamo imboccato una direzione che, per sua natura, è a senso unico: crescere sempre professionalmente e culturalmente. Il che comporta uno sforzo ma garantisce due grandi vantaggi: la sicurezza dei pazienti e quella di noi operatori, due questioni essenziali per un sistema sanitario che funzioni.

Dal livello in cui la professione infermieristica è giunta, i cittadini si aspettano moltissimo in termini di qualità dell'assistenza. Per la gente la sicurezza delle prestazioni è scontata e se non viene assicurata gli operatori meritano sanzioni durissime. Ecco che quello del contenzioso legale diviene un terreno di scontro sempre più numeroso e drammatico per gli effetti che può riservare ai singoli professionisti, spesso chiamati a rispondere di situazioni addebitabili piuttosto alla carenza degli organici, delle attrezzature, alle difficoltà operative o alle condizioni strutturali dei luoghi.

Qualità e sicurezza è il binomio da inseguire. Sono due aspetti fondamentali del nostro lavoro, trascurarli può trasformarli in pericolose gabbie da cui è difficile uscire. L'interesse di ogni professionista è quello di aggiornarsi per migliorare il servizio ai cittadini ma anche per tutelarsi opportunamente sul fronte medico-legale. Impegnarsi in questa direzione significa acquisire le chiavi per liberarsi definitivamente dagli effetti nefasti di tali gabbie.

Da qui lo sforzo davvero grande che il Collegio sta attuando in questi mesi per coinvolgere sempre più colleghi nello studio, nell'approfondimento, nella ricerca.

Il punto è tenere fermo il timone: affermarci come professionisti per poter affermare i nostri diritti, nell'interesse dei cittadini assistiti. I progetti di ricerca, i corsi di aggiornamento, gli eventi formativi e i nuovi straordinari strumenti di accesso al sapere infermieristico messi a disposizione di tutti gli iscritti offrono questa importante opportunità. La risposta entusiasta di migliaia di infermieri romani e della provincia che, interagendo direttamente dal Collegio, dall'ospedale o dalla Asl di appartenenza, hanno scelto di raccogliere la sfida della conoscenza e della professionalità ci incoraggia molto a proseguire su questa strada. Con il Focus di questo numero, "Infermiere Oggi" fa il punto su un anno di intensa attività che ha visto il Collegio di Roma impegnato sui diversi fronti della formazione, dell'aggiornamento, della ricerca infermieristica. Un anno segnato da un inedito boom di iscrizioni ai corsi e ai progetti di ricerca, oltre che da una straordinaria partecipazione attiva di moltissimi iscritti alle iniziative messe in campo su tutto il territorio.

EDITORIALE

Insieme a un numero crescente di colleghi ben motivati, al già ampio ventaglio di servizi agli iscritti che da anni caratterizza il nostro Collegio, abbiamo aggiunto novità che ci consegnano alla ribalta internazionale delle scienze infermieristiche, come la prima biblioteca digitale on line d'Italia riservata agli infermieri. E' fra le prime iniziative del genere al mondo, completamente gratuita per tutti gli iscritti. E' uno strumento straordinario per la diffusione e l'implementazione della ricerca, proprio come il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica che continua ad ricevere consensi e adesioni in tutto il mondo. Mette a disposizione in modo semplice ed immediato il meglio della letteratura scientifica e dell'Ebn internazionale, centinaia di riviste e pubblicazioni specialistiche, le principali banche dati d'interesse infermieristico, gli indici di letteratura scientifica più qualificati. Un servizio d'eccellenza offerto a chi vuol fare della ricerca e dell'evidenza scientifica l'investimento culturale della sua vita.

Lo scenario che ci si para davanti è quello dei frangenti storici cruciali. Il bivio: si decolla verso il futuro (che significa sempre più professionisti preparati, sanità territoriale e servizi di vicinanza al cittadino) o si perde definitivamente la bussola della sanità pubblica. Serve una profonda riorganizzazione di competenze e ruoli. La nostra comunità professionale è pronta a farsi carico di nuove responsabilità e dimostra di mettercela tutta.

Con risultati tangibili. Investiamo nel sapere scientifico per assistere al meglio la popolazione, garantire ai cittadini un livello adeguato di sicurezza e assicurare a noi stessi i necessari strumenti di autotutela.

In questo quadro, abbiamo la netta impressione che la politica ci osservi piuttosto sbigottita. Forse non capisce il nostro sforzo o forse non ha ben chiaro da che cosa muova e dove sia diretto. Molto c'è ancora da fare sul piano contrattuale, sul trattamento economico, che resta avvilente per una figura di livello qualificato come è oggi la nostra. Perciò non rinunciamo a reclamare quanto ci spetta e anzi andiamo oltre, cercando di imporre ad

una politica fin troppo racchiusa nei freddi ragionierismi contabili la forza delle nostre rinnovate competenze e capacità professionali.

Ecco che mentre la politica taglia risorse alla sanità, riduce i servizi, persevera nel bloccare il turn over del personale, costringe gli operatori a quotidiani miracoli per non far naufragare la rete dell'assistenza, gli infermieri dimostrano sul campo la loro serietà investendo tempo ed energie nella cultura professionale. Dal libro alla corsia, dalla corsia al libro, utilizzando anche le nuove tecnologie, stiamo mostrando all'intero mondo delle professioni sanitarie un percorso di crescita che non ha eguali e che comincia ad esserci riconosciuto anche a livello internazionale. Dovrà accorgersene prima o poi anche la politica nostrana, distratta finora da logiche di gestione poco appropriate e molto dispendiose.

Negli ultimi mesi ci siamo rivolti a più riprese e con diversi accorati appelli alla presidente della Regione Lazio esortandola ad intervenire con la massima urgenza per arginare la drammatica carenza di personale infermieristico negli ospedali e nei servizi territoriali pubblici.

Un'emergenza che si trascina da troppo tempo e che ostacola lo sforzo che la nostra comunità professionale sta sostenendo per la sicurezza delle prestazioni assistenziali ai cittadini. Su questo fronte abbiamo ricevuto ampie garanzie, reiterate e pubbliche, dalla presidente Polverini. Attendiamo ancora però, che agli impegni assunti seguano conseguenti azioni concrete.

L'investimento culturale che coinvolge migliaia di colleghi consegna alla nostra famiglia professionale l'onere e l'onore della best practice, del sapere per saper fare, del rigore scientifico coniugato all'umanità del rapporto con l'assistito e alla sua sicurezza. Gli infermieri hanno raccolto la sfida con piglio positivo e sono determinati a vincerla. Attenzione però: presto presenteranno il conto, finalmente parametrato sul loro effettivo valore. E da quel momento la politica e le istituzioni non potranno più tirarsi indietro.



L'infermiere di famiglia: indagine conoscitiva sulle opinioni dei medici e dei loro assistiti

di Alessandra Ferranti

ABSTRACT

L'infermiere di famiglia è un professionista della salute che opera sul territorio, all'interno di un ambulatorio di medicina generale.

Egli progetta, attua e valuta interventi infermieristici di promozione, prevenzione, educazione e formazione, sia all'individuo che alla collettività (Dm 739/94); sostiene, inoltre, interventi di ricerca, indagini epidemiologiche nel contesto territoriale e nella famiglia, e promuove azioni educative e preventive oltre che curative (Silvestro et al, 2009).

Al fine di raccogliere le esperienze e i punti di vista dei medici di medicina generale (Mmg) e dei loro assistiti, in merito alla figura dell'infermiere di famiglia e alle possibilità d'integrazione con l'attuale organizzazione della medicina di base e per valutare quanto effettivamente il contesto sia pronto ad accogliere questa figura, è stata condotta un'indagine nel periodo compreso tra novembre 2009 e gennaio 2010.

Il campo d'indagine della ricerca è stato il quartiere Gianicolense, che costituisce una parte del IV distretto, nella Asl Rm/D, nell'ambito del quale si sono reclutati i Mmg e i loro assistiti.

In seguito, per aumentare il numero di cittadini intervistati, si è allargato il campo alle sale di attesa degli ambulatori appartenenti all'ospedale San Giovanni Calibita.

Tra gli 84 medici contattati, solo dieci hanno aderito alla ricerca.

I cittadini reclutati per l'indagine sono stati in tutto 50: 12 negli ambulatori di medicina generale e 38 nelle sale di

attesa degli ambulatori dell'ospedale Fatebenefratelli.

Dopo aver ottenuto il consenso informato, sono state condotte delle interviste semi-strutturate, in modalità "face to face".

Dall'analisi dei risultati sono emersi temi importanti quali: la scarsa conoscenza della futura figura dell'infermiere di famiglia; il bisogno, da parte dei medici, di una maggiore collaborazione tra le varie figure professionali per rispondere meglio ai bisogni della popolazione; la necessità dei cittadini di ricevere un'adeguata informazione per poter accedere a prestazioni infermieristiche svolte autonomamente, senza dover passare necessariamente attraverso il medico.

INTRODUZIONE

La Comunità Europea ha stabilito per il XXI secolo una serie di obiettivi, tra cui quello 15 del documento politico che

riguarda la promozione della salute (vedi box).

Tra le varie figure professionali da promuovere spicca la figura dell'infermiere di famiglia.

In Italia, egli non è ancora completamente operante come tale, anche se si comincia a percepire la necessità nell'ambito di alcune *primary care*, come l'Adi (Assistenza domiciliare integrata). L'aumento dell'età media e delle malattie croniche, negli ultimi anni, hanno portato un incremento considerevole di pazienti non autosufficienti.

L'infermiere di famiglia sarà vicino all'individuo, aiutandolo ad adattarsi e ad accettare la sua disabilità, restando vicino a lui e ai suoi familiari anche nel momento della morte (Abbatecola-Andreoni, 2000).

Dalla letteratura emerge che all'infermiere di famiglia, figura non ancora ben definita nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale (Ssn), sarà richiesta

OBBIETTIVO 15. UN SETTORE SANITARIO INTEGRATO

In molti Stati Membri è necessario un sistema sanitario più integrato, con una maggiore enfasi sull'assistenza sanitaria di base, con al centro **infermieri ben addestrati**, che forniscano un ampio ventaglio di consigli sullo stile di vita, sostegno e servizi domiciliari a un limitato numero di famiglie.

Servizi più specializzati dovrebbero essere forniti da un medico di famiglia che, insieme agli infermieri, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale per problemi sanitari locali. La libertà di scelta di questi due dovrebbe essere una prerogativa dei singoli cittadini, mentre l'obiettivo principale della coppia medico/infermiere dovrebbe essere l'attivo sostegno nell'auto-cura.

Una politica e programmi sanitari della comunità dovrebbero garantire un sistematico coinvolgimento dei settori locali e delle organizzazioni non governative nel promuovere stili di vita più sani, un ambiente più sano e un sistema di servizi sanitari e sociali efficienti a livello locale.

DOMANDE AI MEDICI

1. Sa che l'infermiere è un professionista in possesso della laurea in infermieristica?
2. Ritiene importante la figura infermieristica nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base? Perché?
3. Le è mai capitato che qualche suo paziente per sé o per un parente abbia chiesto assistenza infermieristica? Se sì, può dire, in generale, verso chi li ha indirizzati? (Privati, associazioni, cooperative)
4. Se avesse la possibilità di collaborare con un infermiere del Ssn, come lo vedrebbe inserito nell'organizzazione del suo ambulatorio?
5. Quali sono i bisogni assistenziali dei suoi assistiti a cui potrebbe rispondere l'infermiere?
6. È a conoscenza del fatto che presso la Asl Roma D è attivo un ambulatorio infermieristico? Conosce i servizi prestati?
7. Le è capitato di inviare dei pazienti presso l'ambulatorio infermieristico della Asl Roma D?
8. Il suo studio è collegato con un ambulatorio infermieristico?
9. Nel suo studio sono presenti altri medici di medicina generale specialisti? Quali?
10. Nel suo studio sono presenti professionisti delle professioni sanitarie? Quali?

dalla difficoltà nell'ottenere delle interviste durante l'attesa negli ambulatori di medicina generale (difficoltà legata soprattutto alla diffidenza e/o riservatezza che molte persone hanno dimostrato).

Le interviste sono state precedute da un colloquio informativo di dieci minuti, e dalla consegna del materiale informativo, insieme al quale si è richiesto di compilare un questionario strutturato, con l'obiettivo di valutare le caratteristiche socio-demografiche del campione: età, sesso, tipo di istruzione, città di nascita di medici e pazienti ed un questionario con dieci domande per i medici (Tabella 1) e 13 domande per i pazienti (Tabella 2), per descrivere le opinioni delle persone assistite e dei Mmg, in merito alla figura dell'infermiere di famiglia e alle possibilità di integrazione con l'attuale organizzazione della medicina di base.

A ciascun partecipante è stato consegnato il foglio del consenso informato, nel rispetto del Dlgs 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Tabella 1

DOMANDE AGLI ASSISTITI

1. Può descrivere secondo Lei chi è l'infermiere?
2. Sa qual è il percorso formativo per diventare infermiere?
3. Secondo Lei in che modo può lavorare l'infermiere insieme al medico?
4. Ritiene utile la presenza dell'infermiere negli ambulatori di medicina generale? Se sì, perché?
5. Ha mai avuto necessità per Lei o per un suo parente di dover ricorrere alle cure di un infermiere? Per il soddisfacimento di quali bisogni assistenziali?
6. In che modo ha ottenuto l'assistenza di cui aveva bisogno?
7. Nel caso ne avesse avuto necessità, ha avuto difficoltà nel reperire un infermiere per ricevere assistenza infermieristica? Se sì, che tipo di difficoltà ha riscontrato?
8. Le sembra facile oggi poter accedere a cure infermieristiche al di fuori dell'ospedale o delle case di cura?
9. Si è mai rivolto all'infermiere per chiedere consigli riguardo la prevenzione di alcune malattie come il diabete o l'ipertensione, oppure per tutelare la propria salute o quella dei suoi familiari? Se non lo ha mai fatto, perché?
10. Pensa che sia utile istituire a livello di Ssn la figura dell'infermiere di famiglia, nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base?
11. Prima di questa intervista aveva mai sentito parlare dell'infermiere di famiglia?
12. Ha dei suggerimenti affinché questa nuova figura di infermiere possa offrire un servizio migliore nell'ambulatorio di medicina generale?
13. Cosa pensa si possa fare per diffondere nell'opinione pubblica l'immagine di un infermiere professionista, autonomo e responsabile?

Tabella 2

Le risposte ottenute nella fase della raccolta dati sono state riportate su di una tabella excell, utilizzando il metodo della codificazione sostanziale (Fain, 2004) attraverso la quale è possibile assegnare ad ogni risposta data un codice alfanumerico corrispondente ad un determinato concetto (Tabella 3). I dati che descrivono il campione degli intervistati sono consultabili nelle tabelle 4 e 5.

RISULTATI

Dall'analisi delle interviste rivolte ai pazienti è risultata evidente la scarsa conoscenza della nuova figura dell'infermiere di famiglia (Grafico 1), sebbene molti dei soggetti intervistati abbiano dimostrato un grande interesse per l'argomento, tanto che nessuno di loro ha rifiutato l'intervista.

Dalle domande ai cittadini è emerso, inoltre, che la divulgazione di informazioni relative alla suddetta figura pro-



Tabella 3. Esempio di codificazione sostanziale

fessionale dovrebbe avvenire prevalentemente attraverso l'utilizzo di mass-media e campagne di informazione, finalizzate a diffondere nell'opinione pubblica la consapevolezza e la conoscenza della nuova figura professionale, ma soprattutto della figura dell'infermiere stesso.

È stata sottolineata anche l'importanza della **collaborazione infermiere-**

medico-Ssn, per il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione. Secondo gli intervistati è il Ssn che dovrebbe garantire l'assistenza territoriale, mettendo a disposizione dei cittadini tutti gli strumenti finalizzati ad un'assistenza fornita da personale esperto e qualificato.

Emerge l'esigenza che l'infermiere di famiglia sia presente negli ambulatori di

Sesso	2 (F)	8 (M)						
Fascia età	3 (41-50)	5 (51-60)	2 (61-70)					
Specializzazioni	1 nessuna	2 malattie infettive	2 malattie del fegato	1 cardiologia	1 sanità pubblica	1 oncologia	1 senologia	1 medicina interna
Ecm	1 nessuno	9 vari						
Anzianità di servizio	1(10 anni)	3 (11-20 anni)	2 (21-30 anni)	4 (più di 30 anni)				
Anzianità di servizio IV distretto	3 (< 10 anni)	4 (11-30 anni)	3 (> 30 anni)					
Numero assistiti	6(<1000)	4(>1000)						
Età media propri assistiti	8(< 50 anni)	2(> 60 anni)						

Tabella 4. Dati dei medici

SessoFascia di età	6 (18-30)	8(31-40)	4(41-50)	7(51-60)	8(61-70)	10(71-80)	7(>80)
Sesso	F (24)	M(26)					
Titolo di studio	10 Licenza elementare	11 Licenza media inferiore	23 Licenza media superiore	4 Laurea	1 Nessuna risposta	1 Nessun titolo di studio	
Professione	2 Studente	18 Lavoratore 8 (M)	23 Pensionato	5 Disoccupato	2 Nessuna risposta		

Tabella 5. Dati degli assistiti

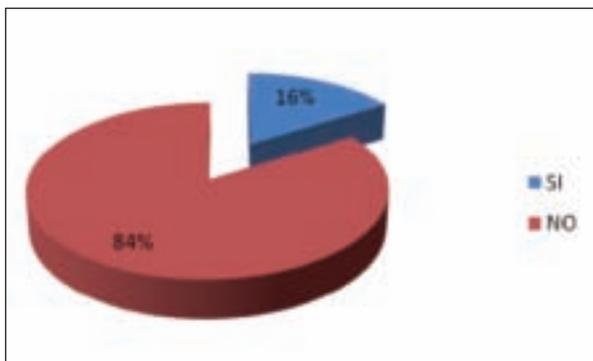


Grafico 1. Risposte alla domanda n.11 agli assistiti: "Prima di questa intervista aveva mai sentito parlare dell'infermiere di famiglia?"

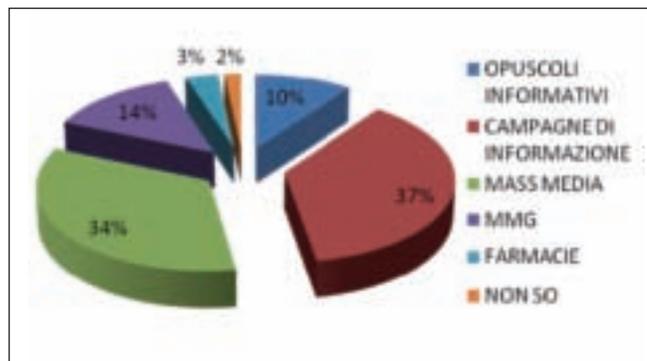


Grafico 2. Risposte alla domanda n.13 agli assistiti: "Cosa pensa si possa fare per diffondere nell'opinione pubblica l'immagine di un infermiere professionista, autonomo e responsabile?"

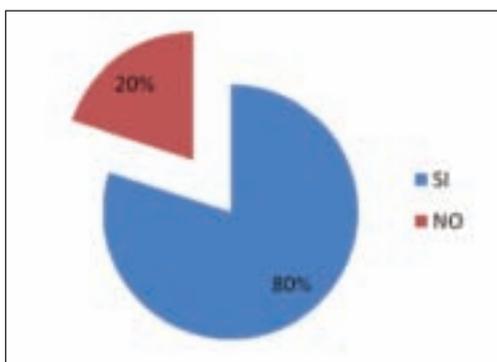


Grafico 3. Risposte alla domanda n.3 ai medici: "Le è mai capitato che qualche suo paziente per sé o per un parente abbia chiesto assistenza infermieristica?"

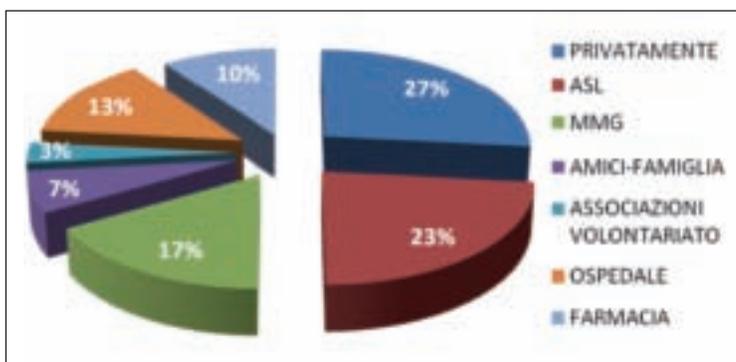


Grafico 4. Risposte alla domanda n.6 agli assistiti: "In che modo ha ottenuto l'assistenza di cui aveva bisogno?"

medicina generale come dipendente delle aziende sanitarie per fornire un'assistenza che è un diritto di tutti. Dall'indagine sono emersi temi importanti quali:

- il bisogno da parte dei medici intervistati di una maggiore collaborazione tra le varie figure professionali, per ottimizzare l'assistenza;
- la necessità da parte dei cittadini di ricevere un'adeguata informazione, intesa come strumento d'integrazione alla prestazione;
- la difficoltà, a livello territoriale, di poter accedere a cure infermieristiche svolte autonomamente, senza dover passare necessariamente attraverso il medico. (Grafico 2)

Nonostante le grandi lacune di informazione, **l'indagine ha fatto emergere un dato importante: il grande apprezzamento per l'attività e per la professionalità delle infermiere/i e della loro "capacità di risolvere i proble-**

mi" con estrema competenza, autonomia, responsabilità, professionalità.

Lo stesso dato è confermato anche nelle risposte dei medici: otto su dieci affermano di avere molte richieste di assistenza infermieristica da parte dei propri assistiti (Grafico 3).

Secondo quanto emerso dalla ricerca, sia i medici che i pazienti affermano la grande importanza - nonché la necessità - della presenza di un infermiere di famiglia all'interno degli ambulatori di medicina generale, soprattutto in seguito ai grandi cambiamenti socio-demografici a cui va incontro la popolazione (aumento delle patologie cronico-degenerative ed invecchiamento).

Da ciò risulta evidente che l'infermiere di famiglia dovrebbe garantire, assieme al Mmg, la continuità assistenziale, attraverso:

1. collaborazione con tutti gli operatori dell'ambulatorio di medicina generale, per la gestione e la solu-

zione dei bisogni socio-sanitari dei cittadini;

2. educazione della persona (per quanto possibile) e dei *caregiver* per quanto concerne i comportamenti più adeguati a gestire i problemi di salute;
3. promozione e partecipazione alle iniziative per mantenere e migliorare le condizioni di salute;
4. informazione sulla modalità di accesso ai servizi socio-sanitari;
5. continuità delle cure dopo la dimissione;
6. miglioramento degli esiti clinici, della qualità della vita e promozione dell'autonomia nella cronicità;
7. ricerca di un elevato grado di soddisfazione dei pazienti e delle famiglie rispetto il modello assistenziale;
8. rinforzo della rete di collaborazione tra ospedale e servizi territoriali;
9. promozione di un ambiente di cura e lavoro centrato sulla persona.

Dalle domande poste ai cittadini si osserva come sia frammentato l'accesso alle cure infermieristiche nel territorio (Grafico 4), fattore che dimostra come la mancanza di informazione e conoscenza degli utenti sulla presenza degli infermieri al di fuori dell'ospedale costituisca un'importante barriera per l'accesso alle prestazioni infermieristiche.

Nonostante il limite legato alla scarsità del campione, lo studio fornisce importanti notizie circa il bisogno di informazioni da parte dell'utente.

Fattore, questo, che rappresenta per gli infermieri uno stimolo costante ad aggiornarsi, per fornire risposte soddisfacenti ed appropriate ai cittadini.

CONCLUSIONI

Dopo aver analizzato le risposte degli intervistati, si può affermare che la maggior parte dei soggetti, sia medici che pazienti, non conosce la figura dell'infermiere di famiglia, rimanendo ancora oggi molto legati al concetto di infermiere = esecutore di mansioni.

Con il presente lavoro, si è cercato di indagare come, all'interno di una comunità, i pazienti e i Mmg vivano e percepiscano la professione infermieristica nell'ambito dell'assistenza territoriale in generale e, nello specifico, per quanto riguarda la nuova figura dell'infermiere di famiglia.

Dall'analisi effettuata sul contesto delle attuali cure territoriali è emersa la necessità e l'opportunità di una maggiore vicinanza ai bisogni e alle necessità dei cittadini e tale opportunità potrebbe essere colta proprio nel contesto italiano dall'introduzione dell'infermiere di famiglia, la cui istituzione si fonda, in modo particolare, sulla profonda evoluzione che la professione infermieristica ha raggiunto negli anni, attraverso un percorso legislativo molto complesso.

Nonostante sia emersa la **scarsa**

conoscenza dell'infermiere di famiglia, **tutti i medici interpellati ritengono molto importante che tale figura sia presente negli ambulatori di medicina generale**, che, con le proprie competenze, collabori con il medico, al fine di garantire un'assistenza ottimale e completa alle persone, senza dimenticare che l'individuo, la famiglia, la comunità sono i fruitori dei servizi, la ragione fondante dell'esistenza e lo scopo ultimo di essi (Gobbi, 2003).

Proprio in questa prospettiva, e attraverso la modifica del generico concetto di infermiere (spesso ricco di luoghi comuni e stereotipi), il contributo dell'infermiere di famiglia può essere decisivo per il potenziamento di servizi realmente fruibili dalle persone e dalle loro famiglie (Saraceno, Naldini, 1998).

Un ruolo decisivo nell'implementazione delle cure primarie può - e deve - essere giocato proprio dall'infermiere di famiglia e di comunità.

Introdurre la figura dell'infermiere di famiglia nell'ambulatorio di medicina generale permette all'ambulatorio stesso di poter erogare prestazioni altrimenti non possibili.

Gli utenti possono accedere con facilità all'ambulatorio di medicina generale che, in genere, è situato vicino alle proprie case, rivolgendosi a professionisti di fiducia e in un ambiente quasi sempre familiare, gestendo le cure all'interno della propria famiglia ed abitazione.

Sebbene il campione di soggetti coinvolti non sia numeroso e non rappresenti la popolazione di Roma e del Lazio, la risposta a questo studio può rivelarsi un utile strumento di indagine conoscitiva, sia per quanto riguarda la definizione di un ruolo che qui in Italia è ancora poco conosciuto, sia per quanto riguarda le prospettive future.

Emerge un quadro certamente poco chiaro per quanto concerne la nuova figura professionale, ma senza dubbio

omogeneo, per quanto concerne le attività, i tipi di intervento e la volontà di progredire.

Al termine della ricerca, si ritiene fondamentale, per lo sviluppo futuro dell'infermiere di famiglia, stabilire forme contrattuali più idonee a dare risultati efficaci.

Ciò si potrebbe realizzare (come già accade per i medici di medicina generale) attraverso accordi collettivi nazionali o regionali che prevedano una forma di accreditamento presso il Ssn, per una serie definita di prestazioni assistenziali. In questo caso, l'infermiere di famiglia svolgerebbe attività libero professionali nei confronti delle Aziende Sanitarie (Cipolla et al, 2002).

L'infermiere di famiglia sarà, quindi, colui che, insieme al Mmg, fungerà da "filtro" verso le cure secondarie e terziarie, migliorando non solo in termini di *outcome* di salute, ma anche in termini di contenimento della spesa.

Resta da capire se la politica sanitaria nazionale e in particolare della regione Lazio vorrà avviare, concretamente, la medicina di famiglia che, senza dubbio, può contribuire a migliorare sia la qualità dell'assistenza ai cittadini che del lavoro stesso svolto da medici e infermieri.

Questo articolo è la sintesi della tesi di laurea in Scienze Infermieristiche discussa dall'autrice nella sessione di marzo 2010. Relatori: Giovanna Finocchi, direttore sede Fatebenefratelli, corso di laurea in Infermieristica, università T or Vergata (Roma); Concetta Di Mercione, docente di Infermieristica e Ebn, sede Fatebenefratelli, corso di laurea in Infermieristica, università T or Vergata (Roma).

AUTORE:

Alessandra Ferranti, laureata in Scienze Infermieristiche, università di Tor Vergata (Roma), marzo 2010.

BIBLIOGRAFIA

- Abbatecola G e Andreoni B, *Assistenza domiciliare integrata*. Milano, edizioni Masson 2000.
- Cipolla C, Girelli G, Altieri L, *Valutare la qualità in sanità*. Milano, Angeli. 2002.
- Dolci D, *Dal trasmettere al comunicare*. Torino, Sonda. 2002.
- Fain J, *La ricerca infermieristica leggerla, comprenderla e applicarla*. Milano, Mc Graw-Hill. 2004.
- Organizzazione Mondiale della Sanità, *Report on the Primary Health Care Conference*. 1978
- Passera O, *Assistenza infermieristica, storia sociale*. Milano, Ambrosiana. 1993.
- Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. *Decreto Ministero della Sanità*, 14/09/1994, n.739. (G.U. 09.01.1995, n.6)
- Gobbi P, *Privacy e professione infermieristica*. Mc Graw-Hill. 2003.
- SALUTE 21: I 21 obiettivi dell'Oms Europa per il XXI secolo. *Obiettivi, strategie, azioni, indicatori*. Sintesi a cura di Luigi Resegotti.
- Sasso L, Gamberoni L, Ferraresi A, Tibaldi L, *L'infermiere di famiglia*. Mc Graw-Hill. 2005.
- Saraceno C, Naldini M, *Sociologia delle famiglie*. Bologna, Il Mulino. 1998.
- Federazione nazionale Ispasvi, *Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009*, a cura di A.Silvestro. McGraw-Hill. 2009.

IN PILLOLE

Morbillo, rosolia e tetano sempre in agguato

Nonostante la diffusione dei rispettivi vaccini, morbillo, rosolia e tetano sono ancora presenti in Italia: tra il 2007 e il 2008, si sono verificati oltre cinquemila casi di morbillo, in particolare fra ragazzi intorno ai 17 anni d'età, con complicanze che hanno provocato anche morti.

Nel 2008, sono stati riportati 58 casi di rosolia in donne in gravidanza mai vaccinate.

Pure il tetano continua a far paura e colpisce ogni anno decine di persone, soprattutto donne anziane che, ferendosi in modo banale e non avendo una copertura vaccinale specifica, contraggono la malattia.

I dati sono emersi a Roma nel corso di un convegno sulla vaccinazione, organizzato da Donneinrete, presso l'Istituto Superiore di Sanità, che ha richiamato numerosi e titolati esperti.

“Le diverse vaccinazioni attive nel nostro Paese - ha spiegato Stefania Salmaso, direttore del Centro di Epidemiologia, Sorveglianza e Prevenzione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità - hanno ottenuto, negli ultimi anni, risultati poco omogenei: ottimi per quanto riguarda i bambini, con una copertura superiore al 95%, meno positivi per le altre fasce d'età. Oggi, i piccoli ricevono quasi sempre vaccini che proteggono contro sei malattie: poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B, Haemophilus influenzae di tipo B (Hib). Si tratta di patologie quasi azzerate; ma è anche importante proseguire con le vaccinazioni: idea, questa, che la popolazione fatica a fare propria, poiché di pari passo alla scomparsa delle malattie contro cui ci si vaccina, si perde la cognizione del guadagno e risaltano i rischi, che esistono, anche in proporzione inferiore rispetto al pericolo di malattia”.

Gli ultimi dati indicano, appunto, che i risultati migliori e consolidati sono stati raggiunti per le vaccinazioni della prima infanzia: più del 95% dei piccoli entro il primo anno d'età è stato vaccinato contro difterite, tetano, polio, pertosse, Hbv e Hib, mentre l'87% dei bimbi, nel secondo anno di vita, si è sottoposto al vaccino contro morbillo, rosolia e parotite. Per lo pneumococco, la copertura con il vaccino 7-valente è del 55%, mentre per il meningococco C è del 36,9%.

Gli esperti sostengono che la riflessione dovrebbe riguardare anche la non obbligatorietà di alcune vaccinazioni. “La proposta di vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia - ha sottolineato Salmaso - non è recente, ma non ha mai goduto dell'obbligo vaccinale. La popolazione spesso considera l'obbligo di vaccinazione come un 'marcatore' d'importanza, per cui, se non esiste una legge, è come se l'immunizzazione non fosse importante”.

Operatori in oncologia e malattie: carico emotivo e *burn-out* Strategie di clima organizzativo

di Laura Mendo

INTRODUZIONE

Scopo di questo lavoro è condurre un'indagine sulla condizione psicologica degli operatori che lavorano in campo oncologico.

In particolare, anche in base ai più recenti avanzamenti in tema di rischi psicosociali derivanti dall'ambiente di lavoro.

Sono stati esaminati due aspetti: il primo riguarda la diffusione del fenomeno del *burn-out*, ovvero quella particolare condizione di esaurimento emotivo e motivazionale che colpisce facilmente gli operatori delle "relazioni di aiuto" (e, fra questi, maggiormente quelli per cui queste relazioni comportano un impegno emotivo rilevante, come nel caso di quelli in ambito oncologico).

A tale scopo, è stato utilizzato il questionario *Maslach Burnout Inventory* (Mbi) per un'indagine sul campo.

Il secondo ha voluto porre l'attenzione tanto sugli approfondimenti riguardanti alcune strategie di *coping* usate dagli operatori, quanto sull'eventuale peso psicologico conseguente al coinvolgimento e sul vissuto di fronte alla malattia in situazioni concrete, oltre a raccogliere valutazioni e suggerimenti sulle *best practice* che andrebbero attuate dai diversi servizi.

Ciò, nel tentativo di identificare quali possano essere gli interventi mirati che un coordinatore di un servizio di oncologia può adottare per migliorare il clima organizzativo e, conseguentemente, diminuire il rischio di *burn-out* degli operatori.

Le evidenze provenienti dalla letteratura

scientifico in materia indicano, infatti, nel clima generale un predittore di esiti in termini di:

- soddisfazione lavorativa;
- salute lavorativa vs *burn out*/stress;
- soddisfazione del soggetto.

Si è tentato, inoltre, di capire quali siano i maggiori disagi e soddisfazioni degli operatori, per cercare di focalizzare i fattori scatenanti o appaganti durante l'attività lavorativa.

Anche su questi versanti si è preferito indagare con uno strumento strutturato: un questionario di intervista auto-costruito all'uopo: l'indagine ha coinvolto un campione di 135 operatori, fra medici ed infermieri, appartenenti a dodici centri oncologici del Nord e Centro Italia.

Nell'ultima parte del lavoro, abbiamo realizzato un'intervista al coordinatore della struttura che, dall'elaborazione dei dati riguardanti il livello di *burn-out*, è risultata più in "buona salute".

PREMESSA

Il termine *burn-out* indica uno stato di disagio lavorativo che colpisce principalmente le *helping profession*, ovvero quelle professioni che si occupano della relazione di aiuto (infermieri, medici, psicologi, psichiatri, assistenti sociali, insegnanti).

La maggior parte degli autori che si sono occupati di *burn-out* ritiene sia un fenomeno complesso, a componente prevalentemente psichica, che si instaura in risposta ad una condizione prolungata di stress lavorativo.

Il termine *burn-out* trova la sua prima

applicazione pratica nel giornalismo sportivo anglosassone degli anni '30, per descrivere il brusco calo di rendimento di un atleta di successo che, pur mantenendo una perfetta forma fisica, non riesce più ad ottenere apprezzabili risultati sportivi, a causa della diminuzione di stimoli motivazionali.

Lo studio, poi, ha subito nel tempo, una complessa evoluzione da parte degli studiosi.

La più nota, fra questi, è sicuramente Christina Maslach, docente di Psicologia e vice rettore dell'università di Berkeley in America.

Da tempo, la Maslach si occupa di tale fenomeno nelle aziende e nel campo socio-sanitario e la sua posizione è che non sia tanto lo stress ad assumere una valenza di barriera difensiva, bensì la sua trasformazione in atteggiamenti di distacco emozionale e di comportamento "meccanico" dell'operatore.

Secondo la sua definizione, si tratta di una reazione di difesa alla tensione emotiva cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare, quando questi hanno dei problemi o motivi di sofferenza.

Nei lavori di Christina Maslach sono descritti tre gruppi sintomatologici:

1. esaurimento emotivo;
2. depersonalizzazione dell'utente;
3. ridotta realizzazione professionale.

L'esaurimento emotivo è l'aspetto centrale del *burn-out* e la manifestazione più evidente di questa sindrome.

Porta l'operatore a sentirsi svuotato, stanco del proprio lavoro.

È la sensazione di tensione e di inaridi-

mento emotivo dovuti alla percezione di eccessive richieste rispetto alle risorse disponibili. L'operatore sente di non avere più nulla da offrire a livello psicologico, sente una privazione dell'energia necessaria per affrontare persone o progetti.

La depersonalizzazione è la risposta negativa alla richiesta dell'utente.

Consiste in un atteggiamento di freddezza, distacco, e spesso di cinismo.

Indifferenza, comportamenti disinteressati o di rifiuto verso il cliente sono il tentativo di proteggere se stessi dall'esaurimento e dalla delusione, riducendo al minimo il coinvolgimento nel lavoro.

Di conseguenza, l'operatore limita la quantità e la qualità dei propri interventi professionali, al punto da rispondere evasivamente alle richieste d'aiuto e sottovalutare, o negare, i problemi del paziente.

Le modalità impersonali che hanno ormai sostituito l'efficacia e la competenza nel trattare con i pazienti, producono nell'operatore un senso di colpa.

La ridotta realizzazione personale ad un senso di inadeguatezza che porta il lavoratore a giudicare negativamente sé stesso e il proprio operato nei confronti dell'utenza.

Egli si percepisce come inadeguato e incompetente sul lavoro, perde la fiducia nelle proprie capacità, sente di non riuscire a realizzare qualcosa di valido. Calano così la motivazione e l'autostima e possono emergere sintomi di depressione.

Dagli studi condotti dalla Maslach è emerso che le tre dimensioni del *burn-out* costituiscono una sorta di "reazione a catena", innescata dal sovraccarico emotivo cui questi lavoratori sono quotidianamente sottoposti, relativamente alle seguenti condizioni:

1. posti dinnanzi a relazioni lavorative percepite come troppo forti, gli operatori sperimentano una sensazione di stanchezza psichica che si configura come esaurimento emotivo;
2. in risposta a tale situazione, mettono in atto un atteggiamento di difesa con cui provano a limitare il proprio coinvolgimento fino a porre, fra sé e gli utenti, un vero e proprio muro che

li fa apparire freddi, distaccati e talvolta cinici;

3. da tutto ciò può derivare la sensazione di non svolgere il proprio lavoro in maniera adeguata e, di conseguenza, un sentimento di scarsa realizzazione professionale.

Anche le caratteristiche di personalità dell'operatore sembrano avere un ruolo nell'insorgenza della sindrome, tuttavia, secondo la Maslach ad incidere maggiormente su di essa sono le caratteristiche delle relazioni interpersonali che il lavoratore intrattiene tanto con gli utenti quanto con colleghi e superiori.

L'effetto del *burn-out* esprime un deterioramento che colpisce i valori, la dignità, lo spirito e la volontà delle persone, come una sorta di "erosione dell'anima".

Misurare il *burn-out* ha lo scopo di monitorare alcuni contesti lavorativi maggiormente a rischio e poter così studiare delle metodologie per prevenire e proteggere i lavoratori sanitari, creando, nell'organizzazione, delle condizioni ottimali, per evitarne, o almeno limitarne, l'insorgenza.

MATERIALE E METODI

L'osservazione, indirizzata ad un'area della medicina "complessa" come quella oncologica, ha voluto sondare, attraverso il test della Maslach se, come indica la letteratura scientifica, vi sia una consistenza del fenomeno del *burn-out*.

Nella seconda parte, attraverso un questionario auto-costruito ed un'intervista a risposta libera, sono state esaminate cinque aree:

1. strategie di *coping*;
2. paura della malattia;
3. coinvolgimento emotivo e stress;
4. suggerimenti sulle buone pratiche organizzative per il supporto agli operatori;
5. disagi e soddisfazioni incontrate durante l'attività professionale.

Il campione iniziale (circa 25 strutture) è stato selezionato dopo contatti presi per via telefonica, informatica o personale e i questionari, di tipo postale, sono stati inviati in un plico contenente al suo interno una busta pre-affrancata per facilitare il ritorno del materiale compi-

lato. La distribuzione è avvenuta tra aprile e luglio 2008 e la partecipazione è stata del 74%.

L'adesione è stata significativa tra gli infermieri mentre fra i medici vi è stata un'auto-selezione e, in tre strutture, nessuno di loro ha partecipato.

Per creare una situazione di scelta "tipo random", sono state prese in considerazione solo le strutture che hanno inviato il materiale compilato entro una data limite prefissata.

Il campione finale è rappresentato da 12 strutture, per un campione totale di 135 operatori, medici ed infermieri, attivi presso Unità Operative (Uo) oncologiche del Nord e Centro Italia.

Sono stati esclusi gli *hospice* (strutture sanitarie per malati terminali) per ottenere un campione omogeneo.

Per questa ricerca sono stati utilizzati due strumenti:

1. il Maslach Burnout Inventory (Mbi), standardizzato per l'analisi del *burn-out*;
2. questionario auto-costruito all'uopo per l'analisi degli aspetti riguardanti la condizione psicologica.

Nella sanità italiana, e non solo, si è fatto largo uso dell'Mbi per le indagini sul *burn-out*.

La sua validità è stata testata su un campione costituito da 1779 soggetti: in particolare, il campione normativo è costituito da 748 operatori del settore sanitario (191 della salute mentale, 155 sociali e 683 insegnanti).

La funzione primaria di questo strumento è quella di analizzare il modo in cui gli operatori dei servizi socio-sanitari percepiscono il proprio lavoro e le persone con cui vengono a contatto.

L'Mbi consiste in un questionario, in forma anonima, formato da 22 item che prevedono modalità di risposta basate su una scala che valuta la frequenza di comparsa di determinati sintomi o comportamenti:

L'aggregazione dei giudizi trasformati in punteggi, permette di costruire tre distinte sottoscale:

1. l'esaurimento emotivo (Ee) che esamina la sensazione di inaridimento emotivo ed esaurimento per il proprio lavoro;
2. la depersonalizzazione (Dp) che

Il livello di burn-out su 135 operatori è risultato il seguente:

Livello burn-out	Esaurimento emotivo (Ee)	Depersonalizzazione (Dp)	Realizzazione personale (Rp)
Elevato	24 o +	9 o +	0 - 29
Medio	15 - 23	4 - 8	30 - 36
Basso	0 - 14	0 - 3	37 o +

Livello burn-out	Ee	Dp	Rp
Alto	24 o +37%	36%	50%
Medio	15 - 2330%	21%	26%
Basso	0 - 1433%	42%	24%

misura una risposta fredda ed impersonale nei confronti degli utenti del servizio;

- la ridotta realizzazione personale (Rp) che valuta la sensazione relativa alla propria competenza ed al desiderio di successo nella professione.

Dopo aver dato un valore a ciascuna risposta ed avere così ottenuto un punteggio, si andrà a valutare il livello di burn-out corrispondente.

Secondo la classificazione dell'Mbi:

- livello alto di burn-out: valore di Ee e Dp alto e Rp basso;
- livello medio di burn-out: valore medio delle tre sottoscale;
- livello basso di burn-out: valore di Ee e Dp basso e Rp alto.

Il questionario auto-costruito formulava le seguenti domande di ricerca: (vedi questionario)

Dal grafico 1 si riscontra la presenza del fenomeno del burn-out, relativo al totale degli operatori intervistati, che si evidenzia, con particolare prevalenza, nella

sottoscala della realizzazione personale (50%); discreta evidenza nell'esaurimento emotivo (37%) e nella depersonalizzazione (36%).

Una preoccupante parte risulta a rischio di sviluppare il fenomeno (30%; 21%; 26%).

Per contro, si rileva che un 42% dei presi in esame, non presenta atteggiamenti di distacco e/o di cinismo nei confronti degli utenti che assiste.

Area 1: strategie di coping

L'82% degli operatori si confronta con i colleghi rispetto agli aspetti emotivi che incontra sul lavoro. Il 63%, quando è a casa, parla del proprio lavoro. Il 20% sente l'esigenza di parlare con amici e parenti del proprio stato di salute.

Area 2: paura della malattia

Il 68% si sottopone regolarmente a esami di controllo per conoscere il proprio stato di salute.

Il 57% riferisce che il timore per la propria salute aumenta quando assiste dei coetanei.

Il 44% afferma che se cambiasse lavoro

viverebbe più sereno rispetto al timore della malattia.

Il 31% pensa che anche i più piccoli segnali del corpo possano rappresentare dei sintomi.

Il 29% consulta il medico solo per sapere la sua opinione circa alcuni sospetti.

Il 25% pensa di avere più paura di ammalarsi rispetto alle persone che frequenta.

Il 23% ricorre all'ausilio di farmaci non appena rileva un sintomo sospetto.

Il 23% pensa di trasmettere ansia ai familiari nei confronti della malattia.

Il 23% dopo essere stato rassicurato da un medico preferisce il parere di un altro.

Il 18% non si sottopone agli esami di screening preventivi per timore.

Area 3: coinvolgimento emotivo e stress

L'87% degli intervistati ha affermato che, affrontando quotidianamente il malato oncologico, sente la necessità di svago e di vivere la vita al meglio.

Il 63% pensa ai propri assistiti anche quando ha terminato il turno di lavoro.

Il 52% sostiene che il medico curante ha riscontrato in loro problemi di salute correlati allo stress.

Il 27% pensa di assorbire le paure degli utenti che assiste.

Area 4: valutazioni e suggerimenti sulle best practice organizzative per supportare gli operatori

L'80% degli intervistati ha dichiarato di non sentirsi supportato psicologicamente dalla struttura lavorativa.

L'86% afferma che sarebbe utile istituire corsi di preparazione psicologica per affrontare il quotidiano con il malato oncologico.

Il 77% giudica importante la presenza di equipe psicologiche di supporto agli

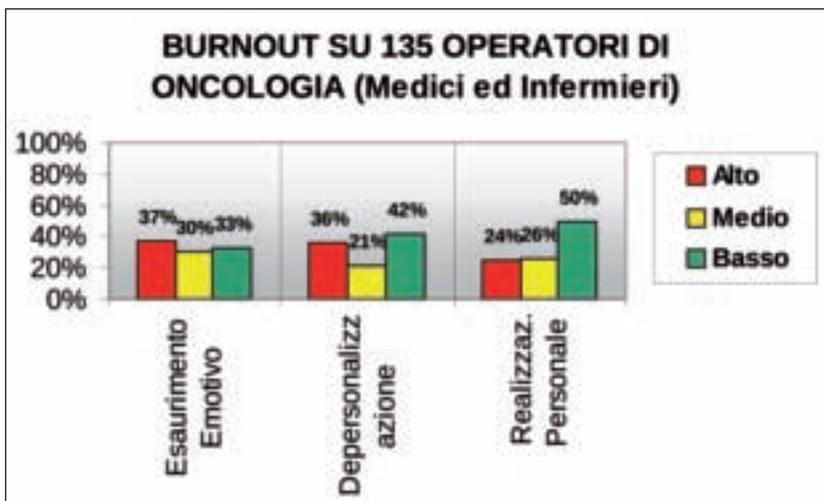


Grafico1. Livello di burn-out

operatori. Il 76% dichiara che la somministrazione di test di pre-inserimento agli operatori neo assunti in oncologia, possano rappresentare uno strumento di rilevante efficacia al fine di identificare professionisti emotivamente preparati.

Il 73% asserisce che sarebbe utile attivare centri di ascolto e/o gruppi di auto aiuto.

Il 68% reputa favorevole l'attività di counseling.

Il 4% ritiene che una buona incentivazione potrebbe derivare da uno stipendio più gratificante.

Il 2% gradirebbe che venissero implementati i protocolli operativi.

Agli intervistati è stato, poi, chiesto di esprimere i disagi e le soddisfazioni personali che riscontrano maggiormente sul lavoro. Ecco le risposte più ricorrenti.

Disagi:

- il carico psicologico 40%
- la carenza di risorse umane 24%
- il senso di impotenza 23%
- la mancanza di privacy e inadeguatezza strutturale 13%

Soddisfazioni:

- la riconoscenza/gratitudine dei pazienti e familiari 36%
- il buon rapporto con i pazienti 29%
- il senso di utilità 24%
- il miglioramento/guarigione del paziente 11%

DISCUSSIONE

Dai dati emersi, si evince che una cospicua percentuale di operatori impegnati in area oncologica, così come già indicato dalla letteratura scientifica, risulta essere colpito dal fenomeno del *burn-out*, mentre una preoccupante parte è ad alto rischio di svilupparlo.

Analizzando, nello specifico, i dati raccolti si rileva quanto segue:

Burn-out alto

- nella sottoscala Esaurimento emotivo (Ee), il 37% degli operatori presenta inaridimento ed esaurimento emotivo. La sensazione, quindi, di non avere più nulla da offrire a livello psicologico, la privazione di quell'energia necessaria per poter affrontare le problematiche degli assistiti;
- nella sottoscala Depersonalizzazione



(Dp), il 36% degli operatori manifesta un comportamento freddo ed impersonale nei confronti degli utenti del proprio servizio: esso può identificarsi in distacco e, a volte, in cinismo verso il paziente. Per un senso di protezione verso se stesso, l'operatore riduce il proprio coinvolgimento nel lavoro, divenendo evasivo rispetto alle richieste di aiuto;

- nella sottoscala della Realizzazione personale (Rp), il 50% degli intervistati sente di non realizzare niente di valido in ambito lavorativo: l'operatore perde la fiducia in sé, con conseguenze psicologiche talvolta gravose, come il calo dell'autostima e/o sintomi di depressione.

Burn-out medio

Il valore medio nelle tre sottoscale, rispettivamente il 30%, il 21% e il 26%, indica operatori a rischio di *burn-out*: si trovano pertanto in una fase intermedia dove, idonee misure preventive, potrebbero impedire l'evoluzione del fenomeno.

Burn out-basso

Il 33% degli operatori non si sente emotivamente esaurito, il 42% non presenta segni di depersonalizzazione nei confronti dell'utenza, ma solo il 24% si sente realizzato sul lavoro.

Alcuni risultati ottenuti dal questionario di intervista auto-costruito appaiono molto significativi: gli operatori utilizzano strategie di coping mirate a scaricare

il proprio stato d'animo nella propria sfera sociale e familiare traslando, all'interno di esse, le problematiche lavorative ed emotive che incontrano nel quotidiano.

Infatti, il 63% racconta in famiglia del proprio lavoro; il 20% sente l'esigenza di parlare con amici e parenti del proprio stato di salute e l'82% degli operatori si confronta con i colleghi rispetto agli aspetti emotivi che incontra sul posto di lavoro.

È forte, pertanto, l'esigenza di scarico emotivo.

I dati relativi alla paura dell'operatore nei confronti della malattia neoplastica mostrano come l'ansia generata dal continuo contatto con la sofferenza induca comportamenti di controllo come: sottoporsi regolarmente ad esami per monitorare il proprio stato di salute (68%) o, anche se meno frequente, consultare il medico solo per sapere la sua opinione circa alcuni sospetti (29%) e ricorrere all'ausilio di farmaci non appena è rilevato un sintomo sospetto (23%) fino a comportamenti ossessivi come il reiterare i consulti medici (23%).

Sono presenti condotte di auto-castrazione che si manifestano nel desiderio di cambiare lavoro (44%) ed ipocondria (31%).

Per contro, appare elevata la consapevolezza della fonte di ansia che li porta inevitabilmente a reagire con timore nei suoi confronti: infatti, il 57% afferma di essere intimorito dalla malattia quando

assiste persone coetanee; il 44% pensa che se cambiasse lavoro vivrebbe più sereno; il 31% che anche i più piccoli segnali del corpo possano rappresentare dei sintomi di malattia; il 25% pensa di avere più paura di ammalarsi rispetto alle persone che frequenta e il 23% infine, di trasmettere ansia ai familiari nei confronti della malattia.

Le risposte relative al coinvolgimento emotivo e lo stress mettono in evidenza situazioni analoghe: l'87% degli intervistati ha affermato che, affrontando quotidianamente il malato oncologico, sente la necessità di svagarsi e di vivere la vita al meglio; il 27% pensa di assorbire le paure degli utenti che assiste; il 63% pensa ai propri assistiti anche quando ha terminato il turno di lavoro e il 52% riferisce che alcuni problemi di salute (gastrite, contrazioni muscolari, insonnia, cefalea) stati diagnosticati dal medico curante come conseguenza dello stress.

Un dato da evidenziare per spiegare il disagio degli operatori di oncologia, è che l'80% degli intervistati non si sente supportato dalla struttura lavorativa e richiede di poter usufruire di un valido e continuo supporto all'attività professionale, insieme ai corsi di preparazione psicologica (86%), equipe psicologiche di supporto agli operatori (77%), centri di ascolto e/o gruppi di auto aiuto (73%) e attività di counseling (68%).

Interessante è il fatto che il 76% auspica la somministrazione di test di selezione per neo assunti in oncologia, per identificare professionisti emotivamente preparati.

La risposta libera ha evidenziato quanto il carico psicologico venga vissuto come disagio durante l'attività lavorativa (40%), seguito da: carenza delle risorse umane (24%); senso di impotenza rispetto alla sofferenza del paziente e della famiglia (23%); mancanza di privacy e le strutture inadeguate (13%).

Le maggiori soddisfazioni che l'operatore dichiara di ottenere dalla sua professione sono, al 36%,

la riconoscenza e la gratitudine dei pazienti e dei loro familiari,

seguite dall'importanza del buon rapporto che si instaura con i pazienti (29%); il senso di utilità che deriva dalla cura e dall'assistenza che offre agli utenti (24%) e l'11% dalla soddisfazione per il miglioramento o la remissione del paziente.

Per quanto riguarda l'intervista al coordinatore della struttura, sembrerebbe prioritario il limitare, quanto più possibile, l'eventuale conflittualità fra gli operatori della equipe, attraverso la promozione di una cultura organizzativa che favorisca la delle emozioni, il rispetto delle reciproche professionalità, la partecipazione consapevole al lavoro di equipe.

La funzione della leadership risulta decisiva per consentire cambiamenti positivi, specie nella risoluzione di conflitti, ma appaiono facilitanti gli incontri guidati da una figura esterna al gruppo che abbia competenze in materia di comunicazione e di gestione delle emozioni nelle situazioni critiche.

CONCLUSIONI

I risultati dell'indagine, benché sommaria e condotta in tempi ristretti, sembrano confermare i dati provenienti dalla letteratura scientifica in tema di diffusione del *burn-out* in ambito oncologico.

In particolare, almeno il 50% dei rispondenti manifesta sentimenti di *burn-out* con punte maggiori nella Realizzazione personale (50%), ma con discreta evidenza anche nell'Esaurimento emotivo (37%) e Depersonalizzazione (36%).

L'approfondimento su alcuni aspetti riguardanti la condizione psicologica degli operatori mostra una percezione diffusa di necessitare di un supporto psicologico sistematico che possa aiutarli a sostenere, con meno dolore personale, la sofferenza di un paziente e/o ad elaborare la sua perdita.

Si è potuto osservare, benché il tema richieda un maggiore approfondimento e affinamento della ricerca, come lo

stress emotivo degli operatori impegnati in oncologia esiti frequentemente in condotte evitanti o di controllo e con preoccupazioni ipocondriache che, pur trattandosi di strategie di coping particolarmente efficaci, possono rappresentare un rischioso stato "pre-morboso" dal punto di vista psicopatologico.

Sul versante delle implicazioni per la salute, così, appare cruciale, come fattore protettivo, il perseguimento del benessere organizzativo attraverso, innanzitutto, una leadership attenta agli aspetti psicologicamente più critici del lavoro oncologico, che chiama direttamente in causa il ruolo del coordinatore delle professioni sanitarie.

L'intervista al coordinatore di un'Unità Operativa virtuosa fornisce, quindi, alcuni suggerimenti su *best practice* che, empiricamente, sono messe in relazione alla più bassa manifestazione di *burn-out*.

In tal caso, il fattore organizzativo e il senso di appartenenza sembrano i punti di forza.

Tuttavia, è utile prima di arrivare a delle generalizzazioni, un raffronto fra le esperienze più estese che, però, al momento, esula dalle finalità di questo lavoro.

Se ve ne fosse bisogno, infine, le risposte degli operatori ai questionari di intervista evidenziano, ancora una volta, l'importanza del fattore umano e della relazione empatica con il paziente affetto da malattia oncologica e **la conseguente necessità per l'operatore, infermiere o medico, di acquisire nella propria professionalità sempre maggiori abilità, non solo sul versante del sapere e del "saper fare", ma anche su quello del "saper essere".**

AUTORE:

Laura Mendo, coordinatrice presso l'Uo di Traumatologia d'urgenza/Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva d'urgenza Asl 4 Chiavarese (Ge).

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV, *Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie Iconas. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale, Metodi e strumenti*. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Bologna 2006.
- Biondi M, Costantino A, Grassi L, *La mente e il cancro. Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali* Pensiero Scientifico editore, Roma 1995.
- Selmi S, Lini C, *Non si può scegliere di non comunicare. Quaderni di cure palliative*. 1, II, gennaio -marzo, 1994.
- Tamburini M, *La dimensione psicologica in oncologia*. Divisione di Psicologia-Istituto nazionale Tumori di Milano.
- Società Italiana di Psico-oncologia, *Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica*. 1998.
- Grassi L, Marasso G, *Psico-oncologia: passato, presente, sviluppo futuri*. on line Italia, 2008.
- Watzlawick P., Helmick Beavin J, Don Jackson D, *Pragmatica della comunicazione umana: studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Astrolabio Ubaldini 1971.
- Aitini E, *La comunicazione in oncologia: problematiche relative alla comunicazione della diagnosi di tumore e alle informazioni conseguenti nei vari momenti della malattia neoplastica*.
- Degni O, *Gestire lo stress. Lega Italiana contro i disturbi d'ansia da agorafobia e da attacchi di panico*.
- Ponticelli P, *I processi di coping nell'adattamento allo stress*. PsicoLab, Laboratorio di ricerca e sviluppo in Psicologia.
- Grampaolo S, Gualtieri E, Fuggetta L, *Corso di Psicosomatica, Materiali per il corso*. cura degli studenti di Psico-Oncologia, università di Torino, facoltà di Psicologia. .Accademico 2001/02.
- Bezerra Rodrigues A, Correa Chaves E, *Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses*. University of São Paulo, School of Nursing, Faculty, Hospital Israelita Albert Einstein School of Nursing, Brasil. Jan-Feb;16(1):24-8
- Bellomo A, *La sindrome del burn-out*
- Maslach C, *Professional Profile*
- Maslach C, *La sindrome del burn-out: il prezzo dell'aiuto agli altri*. Cittadella Editrice, Assisi. 1992.
- Maslach C, Leiter P, *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Feltrinelli, Milano. 2000.
- Franci A, Corsi M, *Il gradimento per la medicina di famiglia. Problemi metodologici ed aspetti applicativi*. Edizioni Summa. 2003, p.71.
- Gentile S, *Il disagio degli operatori sanitari: la sindrome del burn-out*. Università di Siena, A. Accademico 2005/06.
- Grassi L, Biondi M, Costantini A, *Manuale pratico di psico-oncologia*. Il Pensiero Scientifico. Roma, 2003.
- Lecce F, *La sofferenza psichica nella malattia neoplastica*. Laboratorio di ricerca e sviluppo in psicologia.
- Petrova G.G, Todorova M.T, Mateva N.G, *Prerequisites for the occurrence of burn-out syndrome in oncology nurses* Department of Health Care, medical university-Plovdiv, Bulgaria. Med (Plovdiv). 2005;47(2):39-44.
- Majer V, *La storia del progetto Uniclima*. Università degli Studi di Firenze.
- Marasso G, Tomamichel M, *La sofferenza psichica in oncologia. Modalità di intervento*. Carocci. Roma, 2005.
- Nhs, Working Together. *Securing a quality workforce for the NHS*, 1998
- Allegra C.J, Hall R, Yothers G, *Prevalence of Burnout in the U.S. Oncology Community: Results of a 2003 Survey, Journal of Oncology Practice*. Vol I, n.4 (november), 2005: pp. 140-147.

IN PILLOLE

Staminali, quando il grasso è alleato della salute

Un recente progetto di ricerca realizzato a Roma, fra il Regina Elena e il San Gallicano, rivaluta le cellule del grasso come i importanti alleate della salute.

Lo studio, pubblicato sulla rivista *Cell T rasplantation*, fornisce evidenze circa il fatto che le cellule staminali adulte del tessuto adiposo aumentano la rigenerazione dei tessuti stessi.

I ricercatori romani hanno osservato i meccanismi di rigenerazione dei tessuti dopo aver isolato cellule staminali adulte prelevate dall'adipe di pazienti sottoposti a un autotrapianto di lipoaspirato. Si è confermato così che le cellule staminali adulte purificate prelevate dal tessuto adiposo mantengono le loro caratteristiche di staminali per un lungo periodo di coltura in vitro.

Le cellule sono state isolate e purificate dal grasso aspirato di 15 pazienti trattati tramite autotrapianto di tessuto adiposo, a seguito di mastectomia o quadrantectomia.

Le cellule staminali derivate da questi tessuti si sono caratterizzate per l'espressione dei markers di staminalità e per la loro capacità di differenziare in tessuto adiposo in vitro a breve e lungo termine. Dopo i tre mesi di coltura in vitro, si è osservato che le cellule staminali adipose non sono più proliferanti e non vanno in senescenza indicando che sono in attesa di differenziare qualora venissero spinte a farlo con lo stimolo adeguato.

L'idea è che possano essere applicate per una terapia cellulare finalizzata ad incrementare l'efficienza del trapianto autologo di tessuto adiposo in tutti i casi di chirurgia conservativa o di ricostruzione dei tessuti dopo traumi, mastectomie, ulcere, radioterapia e interventi chirurgici di varia natura.

Gli infermieri e i turni usuranti

di Emilia Marsala

ABSTRACT

Negli ultimi anni, la figura dell'infermiere è stata interessata da numerosi cambiamenti, sia a livello legislativo che operativo, che stanno conducendo ad una modificazione delle responsabilità e dei compiti affidati.

In tale clima di cambiamento, **l'interesse del personale infermieristico è indirizzato non solo verso l'individuazione delle specifiche competenze e dei carichi di lavoro, ma anche verso i problemi della organizzazione del lavoro in generale** (nell'ottica di un ruolo più attivo e di collaborazione con il personale medico), della qualità del servizio erogato, della sicurezza e della salute.

Il personale sanitario, da sempre, è una delle categorie di lavoratori con un'operatività continua nelle 24 ore: questo lo ha reso sempre sensibile ed attento alle novità normative e contrattuali in tema di orario di lavoro (quindi, di turnistica), non solo per motivi prettamente assistenziali, ma anche perché direttamente e profondamente condizionanti la qualità di vita, delle prestazioni sanitarie, la salute psico-fisica e le relazioni sociali e familiari.

La necessità di ogni realtà sanitaria di avere sempre presenti professionisti nelle 24 ore della giornata, ha prodotto, nel tempo, una variegata tipologia di turni, di rotazioni e di modalità, di rientri e di riposi compensativi, per garantire il bilanciamento tra debito e credito orario e per garantire turni di reperibilità diurni e notturni, feriali e festivi.

Il lavoro a turni desincronizza i lavoratori rispetto ai ritmi circadiani generali della loro vita: sono, infatti, coinvolti i ritmi biologici del corpo (diversi fra giorno e notte, mattina e sera) e i ritmi sociali, della famiglia e della società.

Da decenni, la scienza studia ed analizza gli effetti dei turni di lavoro sulla vita degli uomini, che alterano i ritmi dettati dalla natura, individuando patologie e disturbi, che, a lungo andare, danneggiano la salute e rendono l'attività lavorativa più pesante e pericolosa.



Nella ricerca sono state utilizzate varie parole-chiave, combinate in modi diversi: *circadian rhythm; shift-work; night work; nurse; lifestyle; sleep*, combinate tra loro mediante: "and" e "or".

Nella ricerca sono state utilizzate varie parole-chiave, combinate in modi diversi: *circadian rhythm; shift-work; night work; nurse; lifestyle; sleep*, combinate tra loro mediante: "and" e "or".

INTRODUZIONE

Il servizio di assistenza sanitaria richiede un numero elevato di servizi medico-infermieristici che devono essere erogati 24 ore su 24.

Ciò rende necessaria l'articolazione della presenza di operatori su diversi turni di lavoro e, parallelamente, è

necessario un particolare livello di controllo e di gestione del personale, perché questa necessità può avere un impatto negativo sulla salute del singolo infermiere, del suo gruppo di riferimento e sulla continuità dell'assistenza. L'interesse rivolto al ruolo delle persone che partecipano alla produzione di servizi sanitari e socio-sanitari è dovuto alla riconosciuta importanza del fattore umano nella realizzazione sia di obiettivi di efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza, sia di condizioni di personalizzazione e umanizzazione dei servizi e delle prestazioni offerti.

Ai fini dello studio della sua organizzazione, *l'azienda può essere considerata un sistema socio-tecnico*, ossia costituito da persone (le risorse umane) e tec-

nologie (mezzi strumentali e know how). Il comportamento aziendale è, in funzione delle variabili ambientali, esterne al sistema organizzativo (e relative ad aspetti socio-economici, giuridici e culturali dell'ambiente in cui esso opera e delle variabili di contesto) ed interne al sistema organizzativo in cui si riscontrano:

- le variabili umane, relative alle caratteristiche delle persone che operano nel sistema (qualificazione, atteggiamenti, motivazione);
- le variabili sociali, ossia, l'insieme delle relazioni interpersonali che si creano all'interno del sistema organizzativo e le variabili tecniche, relative alle tecnologie impiegate;
- le variabili organizzative, ossia, le modalità attraverso cui si realizzano le connessioni tra gli elementi del sistema organizzativo, definendone specifici attributi (ruoli organizzativi) indipendentemente dalle persone che li impersonano (tra le variabili organizzative vanno considerate: la struttura; i sistemi, o meccanismi, operativi; lo stile di leadership o, più in generale, la cultura organizzativa).

Anche la divisione del lavoro si sostanzia in:

- scomposizione dei processi aziendali in attività elementari e nel raggruppamento di queste ultime in compiti secondo un qualche criterio logico o tecnico;
- assegnazione dei compiti alle posizioni, ossia ai ruoli definiti all'interno dell'azienda; i compiti assegnati ad una posizione costituiscono le sue mansioni;
- assegnazione di una o più persone a ciascuna posizione, creando così gli organi aziendali.

In tale contesto, in seguito al processo di aziendalizzazione del settore sanitario, all'infermiere e agli altri operatori sanitari è spesso richiesto l'espletamento di orari di servizio che implicano un'attività a ciclo continuo, coincidente con le 24 ore.

Questa ciclicità, conosciuta col nome di "turno", è divenuta una componente essenziale di alcune professioni sanitarie e determina, com'è noto, oggettive condizioni di disagio.

Per questo motivo, il legislatore ha assoggettato i turni ad una specifica disciplina normativa.

Per capire meglio come si svolge il lavoro in ospedale e, quindi, in cosa consistono i turni, si deve dapprima considerare il personale necessario.

Per poterlo quantificare in una certa unità operativa, si deve tener presente il carico di lavoro, ovvero la quantità di lavoro necessario alle diverse qualifiche in un certo periodo di tempo, dato un contesto operativo e un periodo di riferimento, per trattare i casi che vengono sottoposti all'unità.

Si deve, quindi, far riferimento alle condizioni della domanda e alla produzione dei servizi.

Per quanto riguarda le condizioni della domanda in campo infermieristico, si intendono i bisogni specifici di assistenza infermieristica dei pazienti che si soddisfano mediante prestazioni quantitativamente e qualitativamente definibili.

La necessità di ridefinire lo standard di assistenza infermieristica nelle degenze ospedaliere consegue a due importanti evoluzioni:

1. nella normativa della professione infermieristica (che ora garantisce all'infermiere la diretta responsabilità e la gestione delle attività di assistenza e delle funzioni di supporto);
2. nell'evoluzione degli ospedali verso un modello per complessità/intensità di cura e di assistenza.

La vita in ospedale è caratterizzata da ritmi quotidiani che rispecchiano precise necessità organizzative:

i pazienti saranno subito coinvolti in questi ritmi ed è bene che conoscano, in linea di massima, le attività svolte ed in quali fasce orarie.

Il personale infermieristico di assistenza lavora, di norma, su tre turni di otto ore: il cambio turno è alle 7, alle 14 e alle 21.

Una giornata-tipo dell'infermiere si compone di tali scadenze:

- ore 7 - inizio dell'attività assistenziale: rifacimento letti; prelievo sangue; rilevamento temperatura corporea; terapia e visita medica;
- ore 7.30/8 - colazione;
- ore 11.45/12.15 - pranzo;

ore 14/17.30 - attività assistenziale: terapia intramuscolare, endovenosa, orale; attività di assistenza infermieristica svolta sul paziente: rilevamento pomeridiano della temperatura corporea; indagini diagnostiche specialistiche e strumentali; trasferimenti e dimissioni;

ore 18/18.15 - cena;

ore 21.30 - riposo.

Si deve poi tenere in considerazione l'attività del reparto, considerando, in particolare, il numero medio di interventi all'anno.

Abbandonato il concetto di pianta organica predefinita, **la legislazione fissa l'obbligo di definire il fabbisogno di personale attraverso la rilevazione del carico di lavoro**, ma, in realtà, oggi prevale la necessità di contenere i costi e, per questo, la rilevazione dei carichi di lavoro, è utilizzata come indicatore ricavato da percorsi di negoziazione basati su vecchie norme.

Una diversa modalità per definire il fabbisogno assistenziale è mutuabile dalla letteratura, e in particolare dal rapporto "To Err is Human" ("Sbagliare è umano") dell'Institute of Medicine che ha documentato come errori e inefficienze dell'assistenza sanitaria siano la causa diretta del decesso negli ospedali Usa di 100 mila pazienti l'anno.

A seguito di questo rapporto, l'attenzione è stata rivolta anche all'attività infermieristica, essendo **gli infermieri gli operatori di assistenza che più frequentemente i pazienti incontrano e con i quali trascorrono la maggior parte del tempo** di cura.

Si è avviato così il dibattito sul *nurse-to-patient* ratio ottimale, ovvero su quale debba essere il numero di pazienti per ciascun infermiere presente nelle degenze ospedaliere necessario per minimizzare il rischio che una situazione di understaffing sia causa di mortalità ed eventi avversi.

Va considerato che il fattore umano svolge un ruolo essenziale nel raggiungimento della customer satisfaction dovuta alle criticità che la sua gestione, nelle aziende di servizi pubblici, presenta ancor più nel processo di erogazione dei servizi (infatti, le imprese di servizi pubblici svolgono soprattutto servizi ter-



ziari, ovvero connotati dall'assenza di tangibilità e di misurabilità).

Questa tipologia d'attività comporta la creazione d'innumerabili relazioni tra il personale di front-line (chi è incaricato di svolgerle) e l'utente finale, spesso chiamato a partecipare attivamente perché il servizio possa avere un esito positivo.

La creazione di una **relazione tra soggetti erogatori e utenti** determina che la qualità percepita sia fortemente influenzata dall'esito di tale relazione: le motivazioni, le abilità, le competenze, l'atteggiamento, la cortesia, la professionalità con cui gli individui operano, comportano il risultato, quasi indipendentemente dalle strutture dell'azienda. L'articolazione delle presenze, secondo una turnistica prefissata, deve assolutamente prendere in considerazione le implicazioni riguardanti la vita professionale, unitamente a:

- i bisogni dei pazienti,
- il numero di infermieri necessari per rispondere ai bisogni dei pazienti o della comunità,

- i bisogni personali degli infermieri,
- le disposizioni della legge e/o gli accordi o contratti collettivi.

La complessità dei servizi sanitari richiede sempre più competenza gestionale: il medico, l'infermiere, il tecnico sanitario sono chiamati, oltre che a fornire prestazioni sanitarie di alto livello specialistico, a individuare le priorità, l'economicità e i tempi di realizzazione. Questo fenomeno spinge alcuni ruoli verso l'acquisizione di competenze di progettisti di sistemi organizzativi per essere in grado di coordinare e gestire le risorse umane e tecnologiche affidate al servizio in cui operano e a progettare e sperimentare nuovi modelli organizzativi per un'assistenza che tenga conto dei bisogni del cliente/utente e risulti in sintonia con le strategie e gli obiettivi dell'organizzazione.

I turni di lavoro sono un importante strumento organizzativo, che permette di conciliare l'esigenza di continuità del servizio al malato nelle 24 ore e l'inevitabile e necessaria discontinuità del servizio pre-

stato da ciascun operatore.

Essi giocano un ruolo importante per quanto riguarda le diverse, possibili modalità di impiego del personale che si traducono, concretamente, in livelli di efficienza ed efficacia dell'assistenza erogata, nonché nel mantenimento di adeguate condizioni di lavoro per gli operatori.

Parlando di organizzazione dei turni di lavoro, dobbiamo inevitabilmente riferirci al termine management infermieristico, sinonimo di scienza della direzione, che ha come punto saliente il processo decisionario.

Il management si concentra sull'organizzazione e, all'interno di questa, riunisce persone che possono concorrere per uno o più obiettivi comuni.

Nel considerare il management, sono di fondamentale importanza le risorse umane e, per un management positivo, sono importanti le conoscenze che riguardano gli aspetti socioantropologici, psicologici ed etici dell'individuo.

Dal punto di vista infermieristico il management può essere definito così:

"...L'arte è lo scienza per ottenere prestazioni per mezzo e da infermieri in gruppi formalmente organizzati, in vista degli obiettivi dei gruppi, attraverso l'assunzione continua di decisioni sull'assistenza infermieristica, decisioni concepite come scelte tra possibili alternative", in cui il termine "arte" viene utilizzato per le caratteristiche soggettive delle persone che si esprimono nella creatività, nell'abilità ad interpretare e realizzare, indipendentemente e talvolta più efficacemente, che con lo studio sistematico.

Il termine "scienza", invece, ha significato di affidarsi alla osservazione, raccolta dati e analisi delle informazioni raccolte, con conseguente sviluppo di ipotesi per formulare teorie da utilizzare, poi, per concretizzare la *mission* e la *vision*.

Questo processo è costituito da una serie di fasi che, partendo da certi dati e operando un'analisi e una valutazione delle conseguenze e sulla convenienza delle soluzioni possibili rispetto ad un determinato obiettivo, permettono di effettuare una scelta.

Il processo in questione è costituito da sei fasi:

1. l'individuazione e la definizione del problema;
2. l'analisi del problema;
3. la ricerca e l'esame di ipotesi alternative tra di loro;
4. la scelta della migliore soluzione;
5. l'attuazione della decisione;
6. la valutazione.

Oltre ad assicurare una distribuzione funzionale alla domanda di assistenza, l'articolazione dei turni deve anche assicurare condizioni di lavoro non dannose al personale stesso.

Per la determinazione dei turni, il coordinatore deve così tener conto:

1. della quantità di personale, distinto per qualifica, necessario nelle varie fasce orarie della giornata ed in rapporto ai vari giorni della settimana;
2. la quantità di personale disponibile, tenendo conto delle ore contrattuali di lavoro;
3. la quantità media di personale che, assentandosi per diversi motivi, crea la necessità di sostituzione per

garantire la continuità del servizio.

Secondo un rapporto del Bureau International du Travail (Bit)/Oms sulle condizioni di lavoro, il lavoro notturno e il sistema dei turni sono tra i fattori che causano i problemi più gravi in tutti i servizi infermieristici del mondo.

Secondo questo stesso rapporto, inoltre, la responsabilità per la vita dei pazienti provoca nello staff infermieristico esaurimento fisico e tensione nervosa.

La disciplina del lavoro notturno contenuta nel D.lgs. n.532 del 1999 è stata da ultimo modificata da quella contenuta nel D.lgs.n.66/2203 (artt.11-15). Si considera "periodo notturno" quello effettuato nell'arco temporale di almeno sette ore consecutive (che comprende il periodo che va dalla mezzanotte alle cinque del mattino), mentre è "lavoratore notturno" chi, durante tale periodo, svolge almeno tre ore del suo lavoro giornaliero impiegato in modo normale. In carenza di riferimento giornaliero, è lavoratore notturno quello che durante il periodo notturno svolge abitualmente una parte del proprio lavoro definita dai contratti collettivi o, in mancanza, per almeno 80 giorni all'anno.

Il lavoro notturno non può superare le otto ore di lavoro (nelle 24), salva l'individuazione, da parte dei contratti collettivi, anche aziendali, di un periodo di riferimento più ampio, su cui calcolare la media.

Per i lavori che comportano rischi particolari o rilevanti tensioni fisiche o mentali, il limite è di otto ore, nel corso di ogni periodo di 24 ore (non è, dunque, consentito il calcolo in media).

La programmazione dei turni del personale di ogni singola unità operativa viene effettuata con criteri assai diversi nelle varie realtà.

Tradizioni storiche, abitudini consolidate dell'organizzazione e del personale, fattori contingenti interni (in particolare, la carenza di personale) o anche esterni all'ospedale (come il grado di accentrimento demografico del bacino territoriale, gli orari dei mezzi pubblici di trasporto) influiscono sulle articolazioni dei turni adottati, la cui programmazione si scontra con le difficoltà.

Fattore cruciale è l'adattabilità dei turni

di servizio al variare del carico di lavoro dell'unità operativa, con conseguente situazione alternata di iperattività o inattività, con uso ottimale delle risorse disponibili: un disagio notevole, tanto per il personale che per l'utenza.

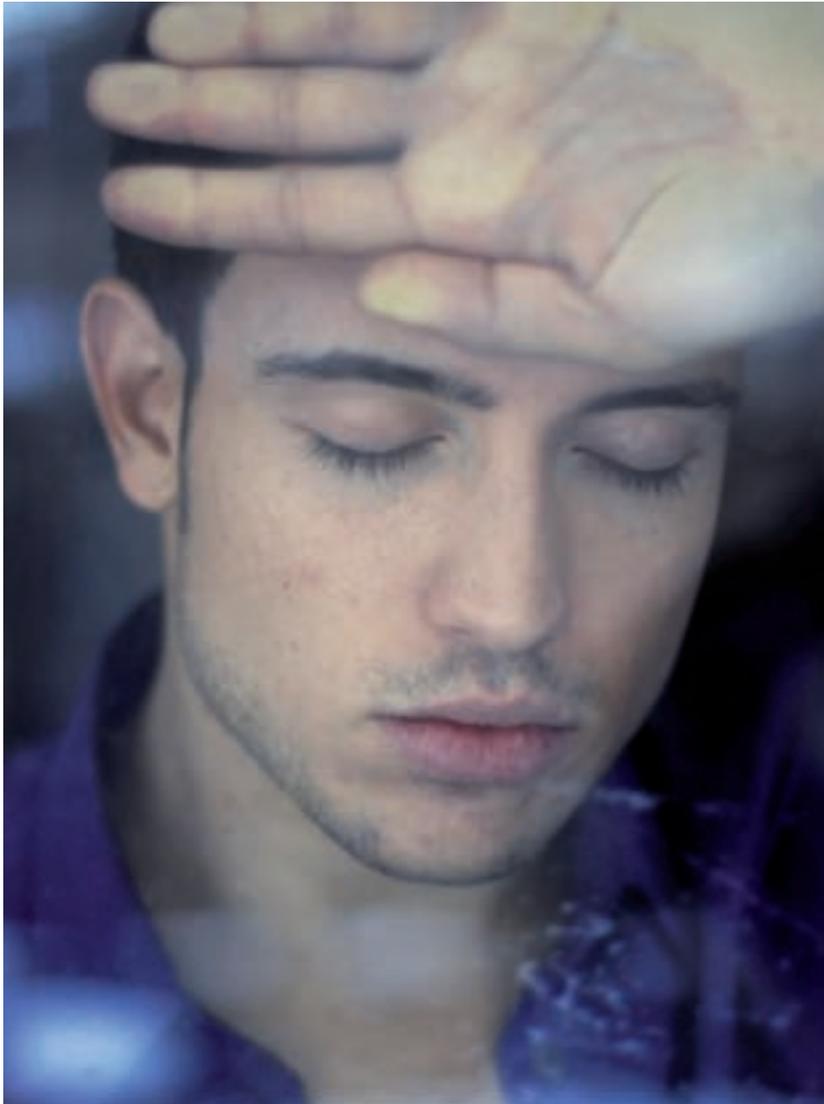
Per creare una turnazione efficace ed efficiente, si deve, quindi, prendere in considerazione l'insieme delle problematiche della distribuzione temporale del lavoro, metodi e strumenti operativi per valutare la situazione e scegliere quindi la tipologia più adatta e stendere concretamente la progressione dei turni di servizio per una data unità operativa. Per farlo, bisogna prendere in considerazione i vincoli che legano la progettazione dei turni:

- numero minimo di lavoratori per ciascun turno;
- vincoli fra turni diversi (non assegnare due turni alla stessa persona nello stesso momento);
- vincoli fra turni analoghi (carico di lavoro minimo e massimo per ogni lavoratore; distanza minima fra turni consecutivi; numero massimo di turni consecutivi; numero massimo di turni consecutivi identici; numero di giorni liberi o riposi; ferie, permessi e malattie; gestione del weekend; categorie e abilità specifiche dei lavoratori, reparti; preferenze o richieste dei lavoratori; lavoratori che devono o non devono lavorare insieme; vincoli su periodi di tempo più lunghi dell'orizzonte; schemi ciclici di turni e influenza dello storico, ovvero dei turni in giorni precedenti).

L'organizzazione della turnazione del lavoro dipendente è un problema decisionale complesso e quello in ambito sanitario, poi, è quello più difficile in assoluto a causa di molte complicazioni. I primi vincoli da tenere presenti sono quelli sanciti dalle leggi nazionali, dai contratti collettivi nazionali di lavoro e dalla società.

Si rischia di ricorrere eccessivamente allo straordinario e di violare, inconsapevolmente, qualche norma: un sistema di supporto alle decisioni costruisce differenti soluzioni nel rispetto dei vincoli e aiuta ad individuare la soluzione ottimale.

La definizione dei turni ha un note-



vole impatto sulla qualità e sul costo del lavoro.

Nel settore dei servizi, tali turni devono osservare regole complesse, di natura e origine disparata (come: leggi fisiche, legislazione nazionale, regionale, contratti nazionali, contrattazione locale, regole di buon senso o legate all'organizzazione del lavoro, usi specifici).

In genere, nelle diverse Unità Operative, il compito della gestione dei turni viene assegnato all'infermiere con mansioni di coordinatore.

Per loro, va tenuta presente anche la capacità personale di interazione con gli altri lavoratori del mondo sanitario, poiché i lavoratori entrano maggiormente e quotidianamente in contatto con i coordinatori, che, pertanto, devono possedere doti di comunicazione e motivazione,

oltre che capacità di far partecipare gli operatori, ottenendone l'adesione e collaborazione, ai processi decisionali a beneficio dell'intera organizzazione.

La funzione di coordinamento, pertanto, non può consistere, solo nella redazione di turni di servizio, nell'acquisizione dei farmaci, nella concessione di ferie, nel richiedere interventi tecnici; ma pure in capacità di programmazione ed organizzazione più appropriata possibile all'ambiente di riferimento, alla tipologia dell'utenza, delle prestazioni (poiché, il processo di erogazione di prestazioni sanitarie è incentrato sull'utente, allo scopo di integrare gli interventi necessari per costi); senza dimenticare la tipologia dell'equipe infermieristica.

In quest'ambito, la pianificazione degli interventi attraverso il coordinamento

dei vari operatori acquista grande importanza.

Una buona turnazione si definisce sulla base di criteri complessi, molteplici e conflittuali, relativi a:

- costi (fissi e variabili, ordinari e straordinari);
- livello di servizio (qualità e regolarità);
- soddisfazione del personale.

Da qui, la necessità di sviluppare un "approccio modellistico".

Lo strumento di pianificazione si compone di:

- base di dati per gestire dati e soluzioni;
- algoritmo di ottimizzazione per pianificare i turni in base a dati e preferenze;
- sistema di reportistica;
- interfaccia utente.

Vanno presi in considerazione, perciò, alcuni problemi che il processo di aziendalizzazione ha introdotto: se non l'organizzazione dipartimentale in sé, il modo in cui si è realizzata; le dotazioni organiche delle singole divisioni e l'organizzazione delle guardie e delle notti.

Siamo sicuri che aver sguarnito molti reparti specialistici dei turni di guardia notturni abbia tutelato la qualità del servizio?

Il pronto soccorso ha un'organizzazione adeguata rispetto alle necessità dell'utenza?

Troppe decisioni sono state prese - e vengono prese - unilateralmente dalle direzioni sanitarie, senza consultazioni preventive delle organizzazioni sindacali.

CONTENUTO E METODOLOGIA

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

Data la notevole quantità di articoli reperiti presso le banche dati, la scelta è caduta sui testi che avevano una valenza specifica sulla salute del personale infermieristico turnista; sulla presenza dell'abstract per la consultazione; sulla possibilità di avere il testo completo.

I limiti della ricerca riguardano la datazione (gli ultimi tre anni), la popolazione adulta, i tipi di documento ad esempio: studi randomizzati, revisioni sistemati-

che, metanalisi, etc., la pertinenza dell'argomento e la lingua del testo in inglese e/o italiano.

Nel presente studio si è cercato di eseguire una revisione critica della letteratura che prende in esame i problemi del personale infermieristico correlati al lavoro a turni.

RISULTATI

Negli ultimi anni, numerosi studi hanno dimostrato che la privazione di sonno diminuisce la qualità delle performance cognitive e psicomotorie di medici ed infermieri assegnati al turno di notte.

In particolare, è stato pubblicato sugli *Annals of Emergency Medicine*, uno studio clinico controllato randomizzato, realizzato dai ricercatori della *Stanford university School of Medicine* che ha dimostrato che una "pausa-sonno" nel mezzo del turno migliora notevolmente queste performance.

La ricerca ha coinvolto 49 volontari (25 medici e 24 infermieri), dell'ospedale *Veterans Affairs Palo Alto Health Care*, California, a cui era stato assegnato il turno di notte, dalle 19.30 alle 7.30.

I partecipanti sono stati divisi in due gruppi: uno di controllo, i cui membri hanno lavorato senza interruzione, ed uno di sperimentazione, i cui membri hanno potuto riposare mezz'ora a metà turno (verso le 3 del mattino).

Alla fine del turno, alle 7.30 del mattino successivo, tutti sono stati sottoposti ad una serie di test: una simulazione di guida di 40 minuti; un test di memoria scritto di 10 minuti; una simulazione al computer dell'inserzione di un catetere endovenoso periferico e un questionario Nasa per la misurazione degli stati d'animo come: rabbia, confusione, fatica, tensione e depressione.

Il gruppo di sperimentazione ha riportato una minor diminuzione della qualità delle performance, un minore livello di affaticamento e un inferiore grado di sonnolenza.

I membri di questo gruppo, inoltre, hanno completato più rapidamente l'inserzione del catetere endovenoso e si sono dimostrati più attenti e prudenti nel test di guida in cui i membri del gruppo di controllo hanno causato incidenti virtuali violenti e frequenti, chiuso

ripetutamente gli occhi per più di trenta secondi e lasciato ciondolare il capo più di una volta.

Dallo studio è emerso che **stare in piedi per più di 24 ore ha gli stessi effetti dell'ubriacarsi**; caffeina e nicotina possono mascherare i sintomi della sonnolenza, ma dormire per un poco restituisce, davvero, parte del sonno perduto.

Dal lavoro descritto emerge, poi, che i ricercatori stanno portando avanti, nello stesso ospedale, un progetto di "pause-sonno programmate".

Altri interessanti lavori riguardano l'insorgere di cancro al seno nelle lavoratrici notturne.

Gli esperti ritengono che le donne con alta incidenza di cancro hanno alterati i livelli di estrogeni e progesterone-correlati e, cosiddetta, inversione bianco-nero a lungo termine.

Ciò implica un certo disordine per il corpo, provocando la disfunzione del sistema neuroendocrino, squilibrio di estrogeni e progesterone che possono portare a fibromi uterini, cancro endometriale e cancro del seno.

L'effetto cancerogeno, o comunque negativo, delle mansioni lavorative notturne potrebbe, quindi, avere a che fare con la risposta dell'organismo alla luce. E la chiave di tutto starebbe nella ghiandola pineale del cervello che, grazie all'alternanza ritmata dell'esposizione luce-buio, produce l'ormone melatonina, fondamentale antiossidante dell'organismo e protettore del Dna.

Chi lavora di notte, alterando il bioritmo luce-buio, impedirebbe, dunque, al cervello di produrre questo ormone nel modo giusto e, per questo motivo, si ammalerebbe più facilmente.

Un altro fattore determinante sembrerebbe essere la mancanza di sonno: dormire poco e male, **andare a letto quando il sole sorge e svegliarsi quando tramonta indebolirebbe le difese immunitarie e renderebbe il fisico più vulnerabile rispetto a fenomeni cancerogeni**.

In un altro studio è stato indagato il rapporto tra ritmo circadiano (il ciclo di 24 ore dei processi fisiologici degli esseri viventi) e incidenza del tumore, sia rispetto all'uomo che agli animali.

Processi fisiologici, processi psicologici e processi sociali hanno dimostrato avere una variazione ritmica durante la giornata (questi sono i, cosiddetti, ritmi circadiani, poiché ruotano nell'intera giornata).

L'allontanamento dal normale pattern diurna, ad esempio, con un picco di attività durante la notte non comporta necessariamente cambiamenti nei ritmi circadiani, ma la persistenza relativa dei ritmi circadiani ha applicazioni importanti per i turni, poiché il lavoro notturno richiede un adattamento con processi fisiologici psicologici e sociali che non sono in sincronia con il turno.

Di conseguenza, il lavoro in turno può alterare i diversi aspetti della salute, efficienza e benessere del lavoratore.

Certo, astensione dal fumo, alimentazione corretta, lavorare in un ambiente non inquinato, rifuggire da sedentarietà: questo fa parte di un "tutto" di abitudini di vita che possono diminuire il rischio e quindi l'incidenza dei tumori.

Ad essi, si aggiunge il rispetto dei turni di sonno e veglia: l'importanza del ritmo circadiano, e delle proteine ad esso legate, interessa sempre di più l'oncologia sperimentale.

Molte delle funzioni biologiche dell'essere umano (e degli animali) seguono un pattern ciclico nelle 24 ore, regolato da qualcosa che si può definire un "pacemaker" circadiano nell'ipotalamo.

La melatonina è un ormone prodotto nella ghiandola pineale o ipofisi, secreta al buio e durante le ore notturne. Da tempo, si è sviluppato il concetto che questo ormone possa essere tra gli agenti protettivi da alcuni tumori.

Secondo gli studiosi, nelle lavoratrici che hanno lavorato a lungo di notte (ad esempio oltre sei anni) il rischio aumenta, arrivando al 70% in più rispetto alle colleghe occupate nelle ore diurne.

È stato postulato che ciò fosse, in parte, dovuto alla ridotta produzione di melatonina, a cui sono soggette le lavoratrici dei turni di notte; certo, il sonno non basta: bisogna dormire anche di notte.

Alterazioni dei parametri fisiologici sono stati studiati da Su e collaboratori. Oltre al ritmo veglia-sonno e a quello di variazione della temperatura centrale, anche numerosi, altri parametri fisiolo-

gici sono sottoposti a oscillazioni circadiane; le concentrazioni di componenti urinari o plasmatici (calcio, sodio, idrogeno, magnesio, potassio, creatinina), la frequenza cardiaca e respiratoria, la pressione arteriosa, i tassi ormonali, i tassi di mediatori chimici, le prestazioni sensori-motorie.

I ritmi biologici sarebbero innati, autonomi e auto-sostenuti, ma il loro periodo verrebbe, tuttavia, mantenuto al valore imposto da sincronizzatori esterni che è effettuata continuamente da fattori fisici (variazioni di illuminazione, di temperatura, di umidità o di ionizzazione dell'aria), da fattori sociali o da fattori più complessi, di ordine culturale.

La sincronizzazione scompare nelle esperienze in cui le condizioni ambientali si mantengono costanti: in tal caso, il periodo biologico di 24 ore tende ad allungarsi di circa un'ora per ciclo e la percezione del tempo è progressivamente perturbata (tale disturbo può essere limitato dalla vita in gruppo, fatto che mette in evidenza il ruolo del "sincronizzatore" sociale).

Infine, la sincronizzazione può spostarsi rispetto al ciclo giorno-notte, come nel caso del personale navigante dell'aeronautica che attraversa i fusi orari.

In questi casi, è necessario un periodo di transizione, nel corso del quale i ritmi biologici tendono a riaggiustarsi (periodo che varia a seconda della situazione e degli individui), così dopo ciascuna rotazione di squadra nel lavoro a turno, o durante i periodi di riposo, il sonno ritorna sistematicamente ad essere notturno.

I risultati del presente studio hanno evidenziato un'alta prevalenza di ipertensione arteriosa in soggetti che svolgevano lavoro a turni diurni e notturni; bassa, invece, nei soggetti con attività esclusivamente diurne.

È evidente che il lavoro a turni, in particolare quello comprendente il lavoro notturno, determina effetti negativi sulla salute.

È poi interessante, rispetto ai danni biologici che porterebbe il lavoro notturno, una sentenza della Corte di Cassazione riguardante il risarcimento dei danni biologici ad un dipendente che aveva

manifestato una grave patologia depressiva ed era stato poi effettivamente licenziato per l'impossibilità da parte della ditta di impiegarlo in altra posizione lavorativa.

Per la Corte di Cassazione:

"...La persistenza nell'adibizione costante a turni notturni, che, secondo accertamenti di merito correttamente svolti, aveva dato causa (resa prevedibile dalla certificazione Usl sopra ricordata) alla depressione del lavoratore, costituisce indubbiamente un elemento di colpa rilevante anche sotto il profilo penale (lesioni colpose) con conseguente responsabilità civile della datrice di lavoro, anche per il danno morale".

CONCLUSIONI

La direttiva europea 93/104 definisce che cosa si intende per :

- **orario di lavoro:** qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni, ...
- **periodo di riposo:** qualsiasi periodo che non rientra nell'orario di lavoro;
- **periodo notturno:** qualsiasi periodo di almeno sette ore, definito dalla legislazione nazionale e che comprenda in ogni caso l'intervallo tra le ore 24 e le ore 5;
- **lavoratore notturno:** qualsiasi lavoratore che durante il periodo notturno svolga almeno tre ore del suo tempo di lavoro giornaliero, impiegato in modo normale; ma anche

qualsiasi lavoratore che possa svolgere durante il periodo notturno una certa parte del suo orario di lavoro annuale, definita a scelta dallo Stato membro interessato.

Importante è la definizione di **lavoro a turni** come qualsiasi metodo di organizzazione del lavoro a squadre in base al quale dei lavoratori siano successivamente occupati negli stessi posti di lavoro, secondo un determinato ritmo (compreso quello rotativo), che può essere di tipo continuo o discontinuo, e che comporti la necessità, per i lavoratori, di compiere lavoro ad ore differenti su un periodo determinato di giorni o

settimane; e, quindi, anche quella di **lavoratore a turni** come qualsiasi lavoratore il cui orario di lavoro sia inserito nel quadro del lavoro a turni.

La stessa Direttiva Europea 93/104 riconosce che l'organismo umano è più vulnerabile di notte nei riguardi di alterazioni ambientali e che certe forme stressanti di organizzazione del lavoro e lunghi periodi di lavoro notturno possono essere deleteri per la salute.

Il turno di notte mette allo scoperto i problemi critici e tali problemi diventano discriminanti circa la possibilità di raggiungere standard di prestazioni accettabili per qualità e sicurezza.

L'adeguamento al lavoro notturno e la tolleranza nei confronti dei suoi possibili effetti variano ampiamente tra i lavoratori, ma, in linea generale, il lavoro notturno rappresenta un fattore di rischio negativo per la salute dei lavoratori, in quanto l'organismo risulta più vulnerabile durante la notte, poiché il livello di vigilanza viene alterato dalla povertà di stimoli e dall'affaticamento conseguente per l'attività lavorativa.

I problemi posti dal lavoro notturno riguardano vari aspetti interconnessi: biologico, lavorativo, medico e sociale. L'aspetto "lavorativo" riguarda l'alterazione dell'efficienza lavorativa, con conseguenti errori e incidenti. Il grado di efficienza dei lavoratori notturni viene compromesso principalmente da due fattori: dalla perturbazione del ritmo circadiano, con conseguente deficit di sonno e affaticamento (tra le 4 e le 6 del mattino, il tasso di incidenti dovuti a fatica, che coinvolgono autocarri, è dieci volte superiore al tasso diurno, quando il traffico è maggiore).

L'aspetto medico è costituito dalla modificazione dello stato di salute.

Inoltre, si deve osservare che, il lavoro notturno è un "costo" per il lavoratore che, dovendo faticare, spesso da solo, riceve, da subito, un pregiudizio alla sua vita di relazione e presumibilmente, nel medio e lungo periodo, subisce delle conseguenze anche per altri aspetti concernenti la salute.

A questo proposito dobbiamo ricordare che il Decreto ministeriale 739/94 afferma che:

"l'assistenza infermieristica è di carat-

tere preventivo, curativo, palliativo, riabilitativo e di natura tecnica, relazionale, educativa e che l'infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica secondo un approccio globale".

"Essere responsabile" è una qualità del sentire di chi è impegnato e capace di rispondere delle proprie azioni. Mettere in atto la responsabilità non significa solo rendere conto di ciò che si è fatto, ma anche pianificare, progettare e riprogettare gli interventi e le azioni da porre in atto, prevenendone i risultati.

L'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività e, quando più operatori interagiscono, coniuga le competenze professionali: ciò, però, solo se è messo nelle condizioni di farlo.

Le aziende, perciò, devono tener conto che, se il paziente, nel momento in cui si

rivolge alla struttura sanitaria, riceve, al contrario, un danno dall'atto sanitario, avviene un fallimento non solo e non tanto della singola prestazione, ma dell'intero sistema di cura, di cui viene compromessa l'immagine, importantissima in uno scenario tanto competitivo. D'altro canto, gli operatori devono ricordarsi sempre che i danni che il paziente può subire a causa di chi risente del lavoro usurante rientrano nel rischio sanitario, ma non per questo deresponsabilizzano.

Va ricordato che, **attualmente, parlare di "qualità delle cure" significa parlare non solo di efficienza ed efficacia delle prestazioni, ma, soprattutto, di sicurezza del servizio offerto.**

Per ovviare agli inconvenienti, a volte seri, del lavoro notturno sarebbe bene seguire alcune regole:

– cercare di lavorare durante la notte

- in ambienti bene illuminati;
- dormire durante il giorno, ricreando il più possibile la condizione di buio;
- mantenere un lungo periodo di sonno, eventualmente, seguito da un breve riposo, evitando di dormire a intervalli;
- alimentarsi durante il lavoro notturno non con semplici spuntini, ma con un pasto (ricordando che però pasti abbondanti e ricchi di carboidrati inducono facilmente la sonnolenza);
- evitare l'abuso di caffeina e alcool durante la notte e di sonniferi durante il giorno.

AUTORE:

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

BIBLIOGRAFIA

- Auteri E, *Management delle risorse umane. Fondamenti professionali*. Terza edizione, Milano, Guerini e Associati, 2001.
- Ceroni C et al, *Rapportarsi ai pazienti: valenza e significato delle abilità sociali del nursing*. Rivista dell'infermiere, 1, 2001.
- Franzese E, Nigri G, *Night work as a possible risk factor for breast cancer in nurses. Correlation between the onset of tumors and alterations in blood melatonin level*. Prof. Inferm. 2007 Apr-Jun; 60(2):89-93.
- Haneklin C, Aretino G, *Pensiero organizzativo e azione manageriale*. Cortina-Ed., Milano. 2000.
- Kolstad HA, *Nightshift work and risk of breast cancer and other cancers. A critical review of the epidemiologic evidence* Scand J Work Environ Health. 2008 Feb;34(1):1-3.
- Nakata JA, Saylor S, *Management style and staff nurse satisfaction in a changing environment*. Nursing Administration Quarterly, 18/3/1994
- Smith-Coggins R, Howard SK et al, *Improving alertness and performance in emergency department physicians and nurses: the use of planned naps*. Ann Emerg Med 2006; 48(5):596-604.
- Su TC, Lin LY, Baker D, Schnall PL, Chen MF, Hwang WC, Chen CF, Wang JD, *Elevated Blood Pressure, Decreased Heart Rate Variability and Incomplete Blood Pressure Recovery after a 12-hour Night Shift Work*. J Occup Health. 2008 Jul 25.
- Vanzetta M, Vallicella F, Caldana P, *La gestione delle risorse umane*. McGraw Hill, Milano, 2008

IN PILLOLE

Rischia l'udito chi viaggia in cabriolet

Un originale studio americano accende l'allarme udito per gli appassionati di auto cabriolet.

A mettere in guardia i patiti delle vetture scappottate, sono gli esperti della Saint Louis university School of Medicine con la loro ultima pubblicazione sul Journal of Laryngology and Otology.

Secondo i ricercatori statunitensi, percorrere strade di campagna a 100 chilometri orari espone a livelli di rumore più appropriati per una discoteca.

Anche scendendo a 65 chilometri orari i fan delle spider sono sottoposti ad un volume altissimo, simile al frastuono di un cantere. Viaggiare poi alla massima velocità equivale addirittura ad avere una sirena della polizia o un martello pneumatico a un metro di distanza.

La raccomandazione dei ricercatori, quando si viaggia su questo tipo di vetture, è di proteggere le orecchie in modo adeguato.

Strategie di coinvolgimento di utenti e familiari nei reparti psichiatrici a porte aperte. L'esperienza di Trento

di Maurizio Davi

INTRODUZIONE

È ormai largamente accettata l'idea che la genesi di quadri gravi di disabilità psichica o di disordini dello sviluppo psico-mentale sia di tipo multifattoriale e che gli interventi in ambito psichiatrico debbano quindi essere multidisciplinari e di diverso tipo: riabilitativo, psicoterapeutico, medico-farmacologico, assistenziale ed anche educativo.

L'applicazione della legge 180, nel lontano 1978, che ha portato alla chiusura degli ospedali psichiatrici, ha, certamente, cambiato la visione della Psichiatria.

La concezione di "malattia psichiatrica" da inguaribile e puramente clinica, si è evoluta verso una concezione "riabilitativa" che valorizza le risorse della persona.

Ogni individuo per modificare stili di vita o affrontare una malattia deve sviluppare la capacità di:

- interpretare in modo positivo gli eventi della vita;
- trasformare l'evento doloroso o che crea disagio in una "forma altra" dalla quale egli può ripartire realizzando comunque il "proprio progetto";
- costruire attivamente contesti di vita "sani".

Attualmente, nella maggior parte dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (Spdc) non vi sono strategie di coinvolgimento degli utenti alla cura: in queste strutture, infatti, il trattamento si basa quasi esclusivamente sulla terapia farmacologica.

Quest'ultima, però, pur essendo efficace negli episodi psicopatologici acuti, è

poco utile nell'aiutare i pazienti ad acquistare maggiore consapevolezza dei problemi connessi con l'insorgenza della crisi e non aiutano, inoltre, a migliorare le capacità di interazione con l'ambiente e a sviluppare una progettualità post-dimissione.

Da diversi anni, in alcuni Spdc si sta cercando di superare i limiti di pratiche basate esclusivamente sull'accudimento, sulla custodia e sull'uso del farmaco, per promuovere la responsabilità personale, in un'ottica di "cogestione" della malattia anche in fase acuta, secondo la convinzione che "nessuno è privo di risorse".

A questo proposito, già da diversi anni nel Spdc di Trento si stanno utilizzando pratiche utili a supportare gli utenti verso processi di cambiamento e di sviluppo positivo.

Alcune di queste pratiche sono: la Terapia cognitivo-comportamentale (basata sul modello stress-vulnerabilità-coping), il progetto "Ufe" (basato sui principi dell'*empowerment*) e la pratica di tenere le porte aperte.

OBIETTIVO

Attraverso l'esperienza del Spdc di Trento si propone l'esplorazione di alcune strategie di coinvolgimento di utenti e familiari nei reparti psichiatrici a porte aperte.

SPDC A PORTE APERTE

In Italia, i reparti psichiatrici con le porte aperte (ovvero, non chiusi a chiave) che non fanno uso di metodi di contenzione sono ancora una minoranza. (Tabella 1). I reparti psichiatrici che utilizzano meto-

di di lavoro tradizionali (porte chiuse e utilizzo di mezzi di contenzione fisica) sono ancora l'80%.

In altri Paesi europei, i servizi ospedalieri per pazienti psichiatrici acuti che hanno le porte aperte sono più diffusi, come risulta da studi condotti in Inghilterra (in particolare, a Londra) dove tale misura viene presa dal 75% delle strutture.

Altre rilevazioni portate a termine nell'Europa dell'Est (Ungheria, Romania, Slovacchia e Slovenia) hanno evidenziato che solo un 21% dei pazienti psichiatrici valutati nel census day si trovava in un reparto a porte chiuse.

Alcuni studi che hanno messo a confronto strutture con porte aperte e quelle con porte chiuse hanno evidenziato un maggior gradimento delle persone ricoverate negli Spdc a porte aperte.

In uno studio di Van Der Merwe e al., le porte chiuse sono state associate, addirittura, ad un aumento dell'aggressività dei pazienti, alla diminuzione della soddisfazione, all'aumento della severità dei sintomi e a quello degli episodi di fuga.

In uno studio effettuato a Trento che, attraverso un questionario (tratto da *Journal of Clinical Nursing* e tradotto in italiano da Salvi - Csm Trento), andava ad esaminare la percezione degli utenti ricoverati in Spdc riguardo vantaggi/svantaggi di un reparto *con porte aperte*, è emerso che con le porte chiuse aumenterebbero il senso di frustrazione, paura, demotivazione, oppressione, depressione. *Lavorare con le porte aperte significa più umanità e un clima più disteso*, meno situazioni pericolose e di rottura,

1SPDC MATERA	8	A	Non frequenti	Porte aperte sempre (chiuso se TSO)
SPDC PORTOGRUARO	15	A	Non frequenti	Porte aperte h 8-20 (TSO controllati a vista)
SPDC CALTANISSETTA	13+2	A	Non frequenti	Porte aperte h 8-21 (TSO controllati a vista)
SPDC SIENA	8	A	Non frequenti	Porte aperte h 8-21 (TSO controllati a vista) sist di allarme
SPDC ROMA	15 fino a 22	A	Non frequenti	Porte aperte h 8-01 (TSO controllati a vista)
SPDC PESCIA	6	A	(3-4 al mese)	Porte aperte h 7-21 (TSO controllati a vista)
SPDC GROSSETO	10 (6 + 4DH)	A	Non frequenti	Porte aperte h 7-21 (chiuso se TSO o situaz. di crisi acuta)
(ex) SPDC GORIZIA (CSM 24 ore)	12	A	(1 ogni 2-3 mesi)	Porte aperte sempre (CSM nelle 24 ore)
SPDC CAGLIARI	27	A	Non frequenti	-
SPDC MESTRE	12	B	Non frequenti	-
SPDC VENEZIA	12	B	-	-
SPDC PERUGIA	24	B-D	-	-
SPDC ODERZO	-	B	-	-
SPDC BOLZANO	10	A	-	Porte aperte sempre
SPDC TRENTO	15	D	Non frequenti	-
SPDC ALESSANDRIA	15	D	-	-
SPDC S. MARCO IN LAMIS	-	D	-	-
SPDC ISEO	-	D	-	-
SPDC TREVISO	-	D	-	-

Tabella 1. Classificazione reparti psichiatrici in Italia

Classe A: porte aperte e no concentrazione; classe B: porte chiuse e no concentrazione; classe D: progetto porte aperte in corso

o agiti aggressivi. Questo, a vantaggio di tutti quei criteri (auto-responsabilizzazione, non violenza, auto-determinazione, co-gestione e conoscenza della propria malattia, partecipazione al progetto terapeutico, conoscenza di sé, condivisione delle esperienze) indispensabili per ottenere una maggior collaborazione degli utenti al processo di cura e creare i presupposti per uno sviluppo positivo di un individuo che sia in grado

di affrontare gli avvenimenti dolorosi che possono averlo condotto al ricovero. Di fatto, nessuno può sensatamente sostenere che legare una persona al letto rappresenti una misura terapeutica. Toresini afferma che *la chiave di ogni successo terapeutico sta nella capacità di stabilire una relazione positiva con il paziente* ed è proprio "l'alleanza terapeutica" il veicolo principale della relazione.

È difficile credere che una persona a cui abbiamo legato mani e piedi si possa fidare di noi.

La dimensione terapeutica rappresenta, quindi, l'unica garanzia di miglioramento delle condizioni del paziente e, di conseguenza, una strategia per una possibile diminuzione dei farmaci. Pullia afferma che, sicuramente, è molto più facile legare il paziente, piuttosto che utilizzare strategie di contenimento

basate sulla relazione e tecniche non violente di intervento sulla crisi.

È molto più facile chiudere le porte del Spdc, piuttosto che convincere un paziente a non allontanarsi; è molto più facile prorogare un Trattamento Sanitario Obbligatorio (Tso), piuttosto che convincere un paziente ad accettare le cure in regime volontario.

Certamente, la gestione di un paziente aggressivo senza strumenti di contenzione fisica è senza dubbio più complessa; tuttavia, ciò rappresenta l'unico modo per stabilire una compliance su cui innestare la nascita di un processo terapeutico.

Il "non legare" è un indicatore molto sensibile ed attendibile:

- di un clima di lavoro interno rispettoso sempre della dignità delle persone, operatori e pazienti, della professionalità degli operatori infermieri e medici;
- della garanzia di rispetto e mantenimento di parametri di struttura quali lo stato degli spazi di vita per i pazienti e di lavoro per gli operatori e il numero degli operatori in servizio;
- di buone e fluide relazioni fra reparto e l'organizzazione complessiva dell'ospedale generale, dai reparti di degenza al Pronto Soccorso .

Non legare e operare con la porta aperta può certamente esporre al rischio obiettivo che qualche paziente inevitabilmente si allontani senza aver concordato l'uscita con gli operatori.

Tosesini afferma che, per la sua esperienza, nel 90% dei casi, i pazienti che sanno che per un motivo o per l'altro (o in base ad una negoziazione serrata o in base a documentazione di avvenuto Tso), di fatto, non è consentito loro di allontanarsi senza consenso dal reparto, alla fine ci rinunciano quasi sempre, più o meno di buon grado.

Nel Spdc di Merano, per esempio, vengono messe in atto determinate procedure, attenzioni ed accorgimenti tali che gli allontanamenti non siano più frequenti di quelli negli Spdc a porte chiuse.

Va sottolineato che il "no restraint" e la porta aperta mai rappresentano un disinteresse da parte del personale a capire la sofferenza di chi fa fatica a



rendersi conto di aver bisogno di cure, ma, viceversa, rappresenta una ragione in più per instaurare una relazione terapeutica con l'utente: costringe e ci si auto-costringe a stare con il paziente.

La negoziazione è lo strumento che gli operatori sanitari usano per tentare di collaborare col malato, senza avere nei suoi confronti un atteggiamento impositivo, paternalistico o comunque squalificante.

Essa, consente di instaurare una relazione positiva, terapeuticamente ed eticamente efficace.

La negoziazione parte dalla disponibilità degli operatori sanitari di lasciare emergere, ascoltare ed accogliere le aspettative del malato e si distende in un confronto tranquillo tra ciò che l'operatore può offrire terapeuticamente (nel tentativo di trovare un'area di sovrapposizione e di convergenza) e la richiesta e le aspettative dell'utente.

Attraverso la capacità di negoziare, si gioca la possibilità di costruire una buona "alleanza terapeutica" che consente il coinvolgimento e la collaborazione tra malato ed infermiere per un progetto comune.

Sulla porta si ascolta, si rassicura, si instaurano delle relazioni d'aiuto con il paziente, si parla dell'uscire, delle motivazioni di ciascuno per le quali è importante rimanere in un luogo di cura, si innescano talvolta delle comunicazioni di tipo ironico, a volte si legge insieme una rivista o si parla di sport o di musica. Il paziente insomma tiene in "ostaggio" la persona che sta sulla porta, che è costretta, a volte anche con un po' di cuore in gola, ad accettare e a mantenere aperta la relazione con l'utente, evi-

tando che il proprio lavoro si riduca ad espletare mere pratiche burocratiche.

La porta chiusa è, certamente, oltre ad una barriera fisica, un messaggio di barriera relazionale e terapeutica che rinforza stereotipi di pericolosità.

Viceversa, riuscire a tenere la porta aperta, attraverso un sensato sistema di alleanze e la scelta di tutti gli operatori (e con responsabilità), rappresenta un riconoscimento dei diritti del cittadino-utente ed un indicatore di buona professionalità.

IL PROGETTO PORTE APERTE A TRENTO

Il progetto porte aperte del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Trento è nato nel 2007 in coerenza con le pratiche e la cultura dell'empowerment del "Fare assieme", già da anni presenti all'interno del servizio.

All'interno del Spdc si è formato un gruppo di lavoro multidisciplinare formato da rappresentanti di tutto il Servizio (medici e operatori del reparto, medici e operatori delle équipe territoriali, pazienti, famigliari e cittadini coinvolti).

Dopo aver effettuato un'attenta revisione della letteratura si è cercato un confronto reale con le esperienze italiane "no restraint", recandosi in visita in alcuni Spdc che lavorano già con le porte aperte.

Alcuni rappresentanti del gruppo si sono recati nei reparti psichiatrici di Mantova, Siena, Arezzo, Portogruaro, Merano e Pescia.

Gli incontri successivi (più di una trentina, dal 2007 ad oggi) hanno avuto lo scopo di mettere a fuoco le questioni

cruciali, di riferire le sintesi dei confronti con le esperienze italiane di cui sopra, di partecipare a delle occasioni formative sull'argomento.

Il confronto tra i membri dell'equipe è stata ulteriormente stimolato da uno studio effettuato a Trento che indagava i "bisogni formativi del personale nei reparti psichiatrici a porte aperte" e dalla distribuzione (anche ad utenti e familiari) di un questionario sui "vantaggi/svantaggi riguardo l'apertura delle porte del reparto psichiatrico".

I risultati, discussi in una riunione generale all'interno del servizio, hanno esPLICITATO questioni spinose in tema di sicurezza, responsabilità, coinvolgimento relazionale, di potere all'interno della relazione di cura.

Queste tematiche sono state, successivamente, affrontate nell'ambito di un incontro specifico con il supporto della Medicina legale e della magistratura.

Al fine di favorire la realizzazione di questo progetto, il lavoro del gruppo è stato supportato, oltre che dall'intera Unità operativa, anche dell'Azienda sanitaria attraverso la realizzazione di cambiamenti organizzativi (creazione di un "gruppo crisi") e l'avviamento di lavori di ristrutturazione del reparto che termineranno nel 2011.

La creazione di un'Area Criticità ha permesso di: favorire una stretta comunicazione tra reparto ospedaliero-Centro salute mentale-Day Hospital-Centro Diurno; valutare quotidianamente il livello di complessità del Spdc (riunioni quotidiane integrate tra Spdc e Centro salute mentale, rotazione del personale, supporto diurno di operatori del CSM, in caso di utenti in Trattamento Sanitario Obbligatorio); favorire l'utilizzo di strumenti per il miglioramento continuo della qualità (hot situation per il monitoraggio delle situazioni critiche, scheda di valutazione del clima di reparto, programmi personalizzati integrati nella "Scheda rosa", scala monitoraggio dell'aggressività manifesta).

Le modifiche strutturali sono state avviate, invece, al fine di: creare maggiori spazi con la possibilità di svolgere attività ricreative per/con gli utenti (palestra, gruppi mutuo aiuto, ping pong, calcetto), favorire delle strategie

per evitare allontanamenti non autorizzati, avere una maggior visibilità sulla porta d'ingresso (spostamento dell'ambulatorio infermieristico con posizionamento di una vetrata).

Il progetto di apertura delle porte effettuato dall'equipe di Trento in questi anni può considerarsi apripista di un percorso riproducibile ovunque.

Presupposti fondamentali per realizzare al meglio il progetto porte aperte in Spdc sono:

1. la volontà di attuare tale politica, una chiara direttiva dipartimentale che enunci gli obiettivi da perseguire e che dia alle strutture le necessarie risorse ambientali e umane;
2. un Dipartimento di Salute Mentale con fluidi collegamenti tra le varie strutture che lo compongono;
3. una equipe unica fra ospedale e territorio (Area criticità);
4. degli Spdc con un numero di posti letto ridotto (10-12 al massimo);
5. dei Centri di Salute Mentale aperti 24 ore su 24 e sette giorni su sette;
6. delle residenze esterne con un numero ridotto di utenti e in grado di affrontare le crisi dei pazienti con il supporto del servizio territoriale;
7. una pertinente dotazione di personale territoriale (per essere in grado di supportare il reparto in caso di bisogno);
8. un redditizio rapporto con i medici di base e un buona collaborazione con il Centro salute mentale.

LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

Nei reparti psichiatrici di diagnosi e cura tradizionalmente si attuano delle pratiche che tengono poco conto delle strategie a medio-lungo termine che dovrebbero caratterizzare l'assistenza dei pazienti gravi.

La finalità dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo in Spdc è quella di stimolare processi di cambiamento e di sviluppo positivo nei pazienti cercando di favorire processi di responsabilizzazione.

La *terapia cognitivo-comportamentale* (Tcc) è un approccio orientato al problema e alla gestione di persone con

disturbi mentali o psicologici che si basa sul modello stress-vulnerabilità-coping. Ciascuno ha una propria particolare vulnerabilità in condizione di stress, intesa come reazione psicobiologica a eventi e a situazioni di vita definite fattori stressanti (*stressor*).

Le strategie di coping (l'insieme di pensieri e comportamenti (con le emozioni collegate) con cui le persone affrontano i fattori stressanti per cercare di ridurre l'impatto negativo sulla mente e sul corpo.

Secondo questo modello, si otterranno esiti migliori sia riducendo la vulnerabilità allo stress (ad esempio, mediante i farmaci), sia portando i pazienti a scegliere e a mettere in atto strategie di coping più efficaci.

Il *coping* può essere definito come il processo attivo con cui la persona, attraverso un'auto-valutazione delle proprie capacità e delle motivazioni personali, fronteggia situazioni stressanti ed è capace di dominarle.

Nel Spdc di Trento, la Terapia cognitivo comportamentale basata sul modello stress-vulnerabilità-coping è stata avviata nel 2004 allo scopo di sviluppare una partecipazione attiva ed informata dei pazienti, partendo dal presupposto che l'utente è il primo esperto della sua malattia.

L'obiettivo di tutti gli incontri è quello di permettere una condivisione tra il gruppo degli operatori e quello dei pazienti, al fine di rendere partecipe quest'ultimo delle decisioni che riguardano la sua cura partendo dall'esperienza della crisi che ha determinato il ricovero. La Terapia cognitivo comportamentale nel gruppo dei pazienti ricoverati ha permesso una conoscenza più precisa dei pazienti attraverso la gestione di uno spazio di comunicazione aperta tra i pazienti e gli operatori.

Questa viene effettuata in gruppo ogni mattina (minimo quattro utenti) e viene condotta da due operatori formati tra infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica e medici.

Alcuni dei moduli proposti sono: "cosa è successo prima del ricovero", "stress-vulnerabilità", "psicofarmaci" e "segnali precoci di crisi".

Dati SPDC Trento	2003 (no TCC)	2004 (TCC)	2005 (TCC)	2006 (TCC)	2007 (TCC)	2008 (TCC) agg. 31/10/08
Episodi di aggressività	Agitazione totale: 203 Se stessi: 55 Proprietà: 111 Persone: 111 Verbali: 144	Agitazione totale: 206 Se stessi: 44 Proprietà: 102 Persone: 167 Verbali: 150	Agitazione totale: 60 Se stessi: 3 Proprietà: 27 Persone: 40 Verbali: 50	Agitazione totale: 53 Se stessi: 5 Proprietà: 25 Persone: 42 Verbali: 38	Agitazione totale: 38 Se stessi: 0 Proprietà: 25 Persone: 23 Verbali: 32	Dati in elaborazione
Numero TSO	TN:12	TN:5	TN:5	TN:7	TN:7	TN:7
Revolving door	TN:55	TN:38	TN:20	TN:33	TN:31	TN:25
Numero operatori formatiTCC		4 infermieri, 2 medici, 1 EP	6 infermieri, 2 medici, 1 EP	8 infermieri, 2 medici, 1 EP	9 infermieri, 2 medici, 1 EP, 1 Terp	9 infermieri, 2 medici, 1 EP, 1 Terp
Soddisfazione utenti	Non rilevato	3,8	3,9	4,0	4,1	4,1

Tabella 2. Indicatori di risultato della Tcc dal 2004 al 2008 nel Spdc di Trento

In uno studio, vengono riportate le valutazioni di efficacia della Tcc in pazienti psicotici acuti durante il ricovero in Spdc. Il disegno era di tipo pre-post.

È stato fatto un confronto delle variabili in studio tra il 1997 e il 1998 (anno di introduzione della Tcc): numero dei pazienti revolving door (riammissioni), Tso, episodi di violenza, contenzioni fisiche, fughe dal reparto, clima del reparto e opinioni dei pazienti nell'ultimo trimestre del 1998.

Al gruppo di Tcc hanno partecipato 385 pazienti, ognuno dei quali ha preso parte, in media, a quattro sessioni del gruppo.

I risultati hanno evidenziato una diminuzione dei Tso e dei revolving door di un terzo; una riduzione di più del 50% degli episodi di aggressività; la completa scomparsa delle contenzioni fisiche e degli allontanamenti non autorizzati dal reparto. Il clima del reparto è nettamente migliorato e l'opinione dei pazienti sull'utilità dell'intervento di gruppo è stata molto favorevole.

È verosimile che l'intervento di gruppo Tcc conduca gli utenti verso processi di cambiamento e di sviluppo positivo e riduca gli episodi di violenza, perché contribuisce a creare un clima di collaborazione e di maggiore conoscenza tra i pazienti e con gli operatori.

Esso, inoltre, può ridurre i revolving door, data l'importanza che viene attri-

buita al riconoscimento dei segni precoci di crisi e all'individuazione di reazioni avverse alle situazioni e agli eventi stressanti.

Spesso, la maggior parte dei pazienti ricoverati ha trovato utile partecipare al gruppo e alcuni hanno chiesto di poter continuare a frequentarlo anche dopo la dimissione.

Qui di seguito alcuni indicatori di risultato della Tcc dal 2004 al 2008 nel Spdc di Trento. (Tabella 2).

La letteratura sui trattamenti dei disturbi mentali gravi indica che i risultati migliori vengono raggiunti con un approccio psicosociale, che integra trattamenti farmacologici con quelli psicologici e di apprendimento di abilità sociali.

La Terapia cognitivo comportamentale in Spdc cerca, attraverso l'ascolto e la partecipazione attiva dei pazienti, di:

- favorire la socializzazione attraverso il racconto della propria esperienza;
- fornire degli strumenti per potenziare le risorse e le competenze della persona al fine di ridurre la condizione di vulnerabilità;
- aiutare a vedere il ricovero come un momento di riflessione e di approfondimento della propria visione di sé e del mondo;
- fornire informazioni sulla malattia in senso dimensionale;
- facilitare la messa in atto delle strategie di fronteggiamento (coping)

nei confronti di eventi e situazioni stressanti verso i quali siano particolarmente vulnerabili;

- ridurre l'isolamento mediante la condivisione delle esperienze di malattia
- migliorare l'autocontrollo, il senso di auto-efficacia, ergo l'autostima;
- insegnare a riconoscere i segni precoci di crisi e a gestire al meglio le crisi (presenti e future).

Questi principi mirano a riconoscere la persona nella sua globalità, potenziando le risorse e le competenze al fine di ridurre la condizione di vulnerabilità.

IL PROGETTO UFE

Il progetto Ufe è il risultato più visibile della filosofia del "Fare assieme" di Trento basato sui principi dell'*empowerment*.

Gli Ufe sono tutti quegli utenti e familiari che, per storia personale, hanno acquisito un sapere esperienziale che li mette in condizione di fornire, in modo strutturato e continuativo, delle prestazioni riconosciute in diverse aree di attività del Servizio di Salute Mentale di Trento.

L'impiego degli Ufe è previsto in più ambiti e la formazione nelle varie attività che andranno a svolgere viene sostenuta dagli operatori del servizio.

Anche all'interno del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, gli Ufe si affiancano agli operatori nelle situazioni di criticità, dando vicinanza, supporto e opportunità

di dialogo. Negli incontri di gruppo previsti durante la mattinata in Spdc, gli Ufe collaborano a creare un clima di accettazione e collaborazione: sembra che l'esempio fornito da altri utenti, "dai pari" con cui il paziente può identificarsi, lo aiuti a sentirsi più responsabile della cura del suo disturbo e ad accettare di collaborare con i professionisti di salute mentale. Altre attività che vengono svolte in Spdc, per migliorare il clima in reparto, sono il gruppo shiatzu, la ginnastica dolce, il cineforum, il gruppo-cucito e quello delle acconciature.

Nel giugno 2007, grazie alla filosofia e alla pratica del Servizio, il Centro di Salute Mentale di Trento ha ottenuto anche un riconoscimento nazionale: esso è l' "unico esempio di buona pratica" per lo sviluppo concreto di un concetto di

"amministrazione condivisa" e di partecipazione civica.

CONCLUSIONI

In quest'analisi, attraverso l'esperienza del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Trento, sono state esplorate alcune delle strategie di coinvolgimento di utenti e familiari nei reparti psichiatrici a porte aperte.

Abbiamo visto come lavorare con le porte aperte e utilizzare strategie di lavoro che mettono l'utente "al centro" del percorso di cura (anche in situazioni di crisi acuta) contribuiscano a sviluppare criteri positivi come l'autoresponsabilizzazione, la non violenza, l'auto-determinazione, lo sviluppo di capacità che promuovono alla resilienza, la co-gestione e la conoscenza della propria malattia, la partecipazione

al progetto terapeutico, la conoscenza di sé, la condivisione delle esperienze. Tutti criteri che valorizzano la responsabilità personale e l'auto-attivazione in un'ottica di "cogestione" della malattia anche in fase acuta, secondo la convinzione che "nessuno è privo di risorse".

Il paziente empowered, infatti, vuole determinare le proprie scelte di vita, assumendosi le proprie responsabilità e impegnandosi a passare da una vita protetta a una vita normale. Il cittadino, oggi, chiede di non essere più solamente "oggetto" dei programmi terapeutici, ma soggetto consapevole e coinvolto.

AUTORE:

Maurizio Davi, infermiere presso Centro Salute Mentale di Trento; referente infermieristico "Club Spdc porte aperte".

BIBLIOGRAFIA

- Barnes M, Bowl R, *Empowerment e salute mentale. Il potere dei movimenti sociali degli utenti*. Trento, Erickson edizioni, pag 79-151. 2003.
- Bazzoni A, Morosini P et al, *La Terapia Cognitivo-Comportamentale (Tcc) di gruppo nella routine di un servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (Spdc)*. In: *Epidemiologia e Psicologia Sociale*, 10 (1), pag. 27-36. 2001.
- Bowers L et al, *Safety and security policies on psychiatric acute admission ward: results from a London-wide survey*. *psychiatric ment Health Nurs*, 9, 427-33. 2002.
- Catanesi R, Ferrannini L, Peloso P.F, *La contenzione fisica in Psichiatria*. Milano, Giuffrè Editore, 51-90. 2006.
- Cyrulnik B, Malaguti, *Costruire la resilienza: la riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*. Trento, Erickson, 8, 80-86. 2005.
- Davi M, *Bisogni formativi del personale nei reparti psichiatrici. Il progetto porte aperte*. *Rivista di Psichiatria*, 5, 320-327. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma. 2009.
- De Stefani R, *Il fare assieme di utenti, familiari e operatori nel Servizio Salute Mentale di Trento*. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 2 (2). 2007.
- Dell'Acqua G et al, *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "progress acuti"*. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13, 26-39. 2007.
- Fichera G, *Individui, sistemi e gruppi resilienti: quando il trauma è motivo di orgoglio*. Milano, 69. 2006.
- Ford R et al, *One day survey by the Mental Health Act Commission of Acute adult psychiatric inpatient wards in England and wales*. *BMJ*, 317, 1279-83. 1998.
- Haglund K et al, *Psychiatric wards with locked doors – advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants*. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 387-394. 2006.
- Manciaux M, *La résilience: mythe ou réalité? In Cyrulnik B, Ces Enfants qui tiennent le coup, Revigny-sur -Orvain*. Hommes et perspectives. 1998.
- Muller M.J, Schlosser R, Kapp-Steen G, Schanz B, Benkert O, *Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward*. *Psychiatric Q.*, 73, pag 93-107. 2002.
- Pereira SM, *The London Survey of Psychiatric Intensive Care Units: service provision and operational characteristics on National Health Service Units*. *of Psychiatric intensive Care*, 1, 7-15. 2005.
- Pullia G, *Sulla contenzione. L'obbligo di prendersi cura*. Roma, Ed. Interculturali. 2001
- Rittmannsberger et al, *Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries*. *Eur Psychiatry*, 19, 483-8. 2004
- Toresini L, *Spdc aperte e senza contenzione*. Fogli di informazione, Pistoia, 203, 5-88. 2005.
- Trabucchi P, *Resisto dunque sono: chi sono i campioni della resistenza psicologica e come fanno a convivere felicemente con lo stress*. Milano, Corbaccio. 2007.
- Van Der Merwe M, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K, *Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review*. *of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 293-299. 2009.
- Vendittelli N, Veltro F et al, *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Centro Scientifico Editore, Torino, 1-15. 2003.

Proposta di dotazione organica per un pronto soccorso di un Dea di II livello di Roma

di Cristian Vender

ABSTRACT

Le difficoltà di calcolo del numero di infermieri necessario alla gestione di un pronto soccorso nascono a volte dalla mancanza di un sistema metodologico da adottare in base alla situazione reale dell'attività di emergenza-urgenza.

Questo lavoro, presentato al dipartimento infermieristico di un grande ospedale romano, vuole fornire un contributo per calcolare il numero di operatori infermieri necessario per offrire un'assistenza di qualità all'utente dell'emergenza-urgenza.

Fotografando la situazione reale della struttura di appartenenza, prendendo in considerazione il numero di utenti per codice colore e la permanenza nei locali di pronto soccorso, si definisce il fabbisogno di minuti di assistenza necessari e quindi il numero di operatori necessari revisionando a livello nazionale le tempistiche di assistenza/minuto per utente.

In assenza di una revisione a livello normativo regionale del Lazio delle dotazioni organiche, lo strumento proposto vuole fornire un contributo per offrire un'assistenza di qualità.

INTRODUZIONE

Il carico assistenziale è il parametro da utilizzare per determinare i carichi di lavoro, quindi il numero di operatori necessario per garantire un livello essenziale di assistenza e rispondere ai criteri richiesti dall'accreditamento al Ssn e il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

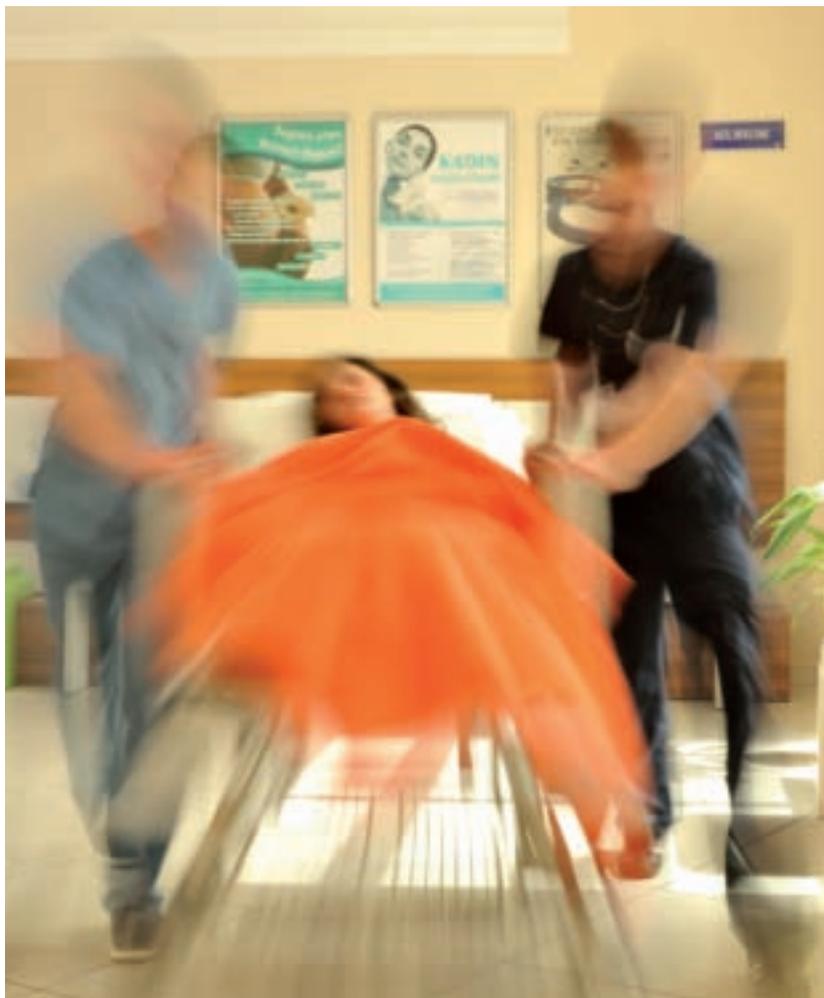
Il carico di lavoro è definito dalla

quantità di lavoro per specifica qualifica e professionalità necessario per portare a termine in modo efficiente ed appropriato un compito specifico (vedi Spandonaro, circolare 6/94).

La situazione attuale, in molti pronti soccorso del Lazio, comporta un aumen-

to di possibili rischi al paziente e non si può dimenticare cosa dice la letteratura scientifica al riguardo che ha dimostrato quanto, spesso, l'aumento di mortalità fra pazienti sia correlata all'insufficiente numero di operatori.

Abbandonato il concetto di pianta organica predefinita, la legislazione fissa



l'obbligo di definire il fabbisogno di personale attraverso la rilevazione del carico di lavoro.

Nella realtà, però, quello che tuttora prevale è la necessità di contenere i costi, e per questo, invece che la rilevazione dei carichi di lavoro, sono utilizzati indicatori ricavati da percorsi di negoziazione basati sulle vecchie norme.

Una diversa modalità per definire il fabbisogno assistenziale è mutuabile dalla letteratura, e in particolare dal rapporto "to err is human" ("sbagliare è umano") dell' *Institute of Medicine* che ha documentato come errori e inefficienze dell'assistenza sanitaria siano la causa diretta del decesso negli ospedali Usa di 100mila pazienti l'anno.

A seguito di questo rapporto, l'attenzione è stata rivolta anche all'attività infermieristica, essendo gli infermieri gli operatori di assistenza che più frequentemente i pazienti incontrano e con i quali trascorrono la maggior parte del tempo di cura.

Si è avviato così il dibattito sul "nurse-to patient ratio" ottimale, ovvero su quale debba essere il numero di pazienti per ciascun infermiere presente nelle degenze ospedaliere necessario per minimizzare il rischio che una situazione di *understaffing* sia causa diretta di mortalità e di eventi avversi. (vedi, per esempio, Il Sole 24 Ore Sanità del 26 febbraio 2008, n.8, pag. 29).

LA NORMATIVA ESISTENTE

A livello nazionale, ci sono state varie leggi o documenti nel tempo che hanno dato dei riferimenti sul numero degli operatori necessari all'assistenza (nella maggior parte dei casi non osservati, in genere per motivi finanziari, ma anche per specifiche politiche di gestione del personale).

A tutt'oggi assistiamo a differenze spesso notevoli di dotazione soprattutto fra le Regioni, poiché, risulta essere materia regionale la dotazione organica nelle strutture sanitarie. Nell'analisi normativa si assiste, comunque, ad un progressivo aumento del rapporto posti letto/unità infermieristiche come risultato dell'evoluzione tecnologica, della diminuzione dell'orario di lavoro e dell'ampliamento dell'attività assistenziale.

I calcoli del fabbisogno di personale infermieristico

Per calcolare il fabbisogno di personale infermieristico si definisce:

- Dotazione organica di base (Dob) il numero di operatori da mettere in turno;
- Dotazione organica complessiva (Doc) la dotazione organica totale di personale infermieristico;
- Dotazione organica integrativa (Doi) la dotazione aggiuntiva di personale per tasso di assenteismo.

Numero degli accessi/die:

	Annuali	Media giornaliera
Codice rosso		
Codice giallo		
Codice verde		
Codice bianco		
Totale		

In base ai parametri di: accesso per codice colore; permanenza in pronto soccorso; minuti di assistenza in base alla complessità assistenziale, si definiscono i minuti di assistenza da fornire ad ogni utente per codice colore e tempo di permanenza in pronto soccorso (Ps).

	Minuti assistenza / die	Numero accessi	Media minuti permanenza Ps ogni paziente	Minuti di assistenza in base alla permanenza Ps ogni paziente	Minuti di assistenza totali die
Codice rosso					
Codice giallo					
Codice verde					
Codice bianco					
Totale					

La Media minuti permanenza Ps ogni paziente è stata calcolata dal momento del triage alla chiusura (esito) della scheda paziente.

I minuti di assistenza in base alla permanenza Ps ogni paziente è stata così ricavata: "minuti assistenza/die : 1440 (minuti totali di un giorno) = x : media minuti permanenza pazienti in Ps".

I minuti di assistenza totali/die sono stati così ricavati: "minuti di assistenza in base alla permanenza Ps di ogni paziente x Numero accessi".

Dotazione Organica di Base (Dob)

minuti assistenza totali die	ore di fabbisogno assistenza/die	ore di fabbisogno assistenza/settimana	infermieri in turno nelle 24 ore
------------------------------	----------------------------------	--	----------------------------------

Dividendo le ore di fabbisogno assistenza/settimana con l'orario contrattuale di 36 ore degli infermieri per settimana si ricava il numero totale dell'organico di base degli infermieri giornaliero.

Dotazione Organica Complessiva (Doc)

ore di fabbisogno assistenza/anno	1500 ore annuale effettivo di infermiere	unità infermieristiche totali
-----------------------------------	--	-------------------------------

L'orario teorico effettivo di un infermiere che lavora 36 ore settimanali è di 1500 ore annue.

Ogni anno: 52 riposi, 32 congedi ordinari, quattro festività sopresse, dieci festività infrasettimanali, assenze non prevedibili (17 giorni), giorni lavorativi effettivi: 250.

Dotazione Organica Integrativa (Doi.)

giornate assenza (escluso riposi) per infermiere	250 giornate effettive lavoro per infermiere/anno	unità infermieristiche per l'organico integrativo
--	---	---

Organico di base (Dob) x 63 giorni assenza (escluso riposi-media nazionale)/250 giorni di effettivo lavoro = Indice di sostituzione 0,25. Organico di base (Dob) x 0,25 = Doi.

Tasso di assenza

Media nazionale – calcolo teorico

Assenze non prevedibili ad infermiere: 17 giorni	Giorni presenza escluso assenze da contratto: 267	Tasso di assenza: 6,36 %
--	---	--------------------------

Il tasso di assenza si calcola: assenze non prevedibili x operatore x 100/giorni presenza, escluso assenze da contratto.

Diciassette giorni sono la media di assenze non prevedibili (malattia) ad infermiere per anno; 267 sono i giorni contrattualmente da lavorare tolte assenze per c.o., riposi, festivi.

Personale totale

infermieri nei turni h24	infermieri totali (36 ore settimanali) nella dotazione organica
--------------------------	---

Il Dpr 128/1969

Ordinamento interno dei servizi ospedalieri

Art. 8. "La dotazione organica del personale sanitario ausiliario deve assicurare un tempo minimo di assistenza effettiva per malato nelle 24 ore e deve prevedere: un caposala, un infermiere professionale sempre presente in ogni sezione nelle 24 ore e un adeguato numero di infermieri professionali e generici".

- Assistenza minima: 24/ore
- Servizi diagnosi e cura: 120'
- Sezioni neonatali: 420'
- Anestesia e rianimazione: 420'

Il Dpr si presta ad alcune critiche, sia per la genericità (non è chiaro come viene costruito il parametro di assistenza), sia perché si fa riferimento ad un tempo standard capace di assicurare il livello qualitativo minimo di assistenza in qualsiasi situazione (a parte l'ovvia obiezione che non si tiene conto delle diverse tipologie assistenziali, nelle situazioni acute o di lungodegenza, tali

parametri si consideravano da realizzare a prescindere anche dalle conseguenze economiche che ne potevano scaturire, cosa che ha portato a provvedimenti di blocco degli organici).

Essendo 120 minuti il minimo garantito, esso poteva chiaramente essere superato se in presenza di idonee giustificazioni: ciò, in termini concettuali, diventa, però, pericoloso, qualora non sia accompagnato da determinate procedure che assicurino l'omogeneità delle dotazioni per situazioni analoghe.

All'art.8 il decreto parla, inoltre, di "minuti di assistenza effettiva" senza definire, almeno in termini generali, cosa s'intenda con questa espressione, e cioè se si debba considerare solo l'attività assistenziale diretta o qualsiasi tipo di attività assistenziale e alberghiera.

Inoltre, dal decreto pare che, nel calcolo del tempo di assistenza effettiva, vada considerata anche l'attività del caposala, cosa non corretta considerando le attività sempre più specificatamente

gestionali di tale figura (del resto, lo stesso decreto 129/69 all'art. 41 specificava già che la funzione del caposala rientrava nell'assistenza indiretta).

Dal 1972, con il passaggio di molte competenze in materia sanitaria alle Regioni, ognuna ha potuto decidere i suoi orientamenti diversi.

Delibera Cipe 20/12/1984

La delibera prefigura degli "standard" che sono sostanzialmente delle linee di indirizzo per le Regioni, da sottoporsi a verifica applicativa per le decisioni relative alla ri-articolazione organizzativa delle attività assistenziali.

I parametri fanno riferimento al bacino d'utenza, alle patologie prevalenti, alla degenza media, alla tecnologia necessaria per le attività.

- a livello globale regionale 10-12 unità di personale per mille abitanti di cui il 38-40% infermieri.
- a livello ospedaliero 1 unità ogni 1.1/1.3 letti (infermieri, tecnici, ecc.)

Assistenza da assicurare ai pazienti per tipo di specialità

- Settori a degenza di base: 70'-90'
- Settori di terapia sub-intensiva: 200'-240'
- Settori di terapia intensiva: 500'-600'

È evidente che vengono privilegiate le unità operative specialistiche: i tempi assistenziali in terapia intensiva sono aumentati, mentre c'è una sensibile diminuzione nell'organico delle altre sezioni.

Molto più interessante risulta essere il decreto del ministro Donat Cattin, ripreso da alcune Regioni (come la Toscana) negli anni '90 (ma mai applicato globalmente in Italia).

Decreto 13/9/1988

Determinazione degli standard del personale ospedaliero

L'indicazione fondamentale per la definizione degli standard di personale non è solo il posto letto ma anche la tipologia di Uu.Oo. che vengono suddivise in sei livelli di intensità assistenziale.

Vengono individuati moduli organizzativi tipo per gruppi di attività specialistiche in ragione delle diverse esigenze

ze assistenziali e tecnologiche. Viene recepito, in primo luogo, il principio indicato dall'Oms della graduazione dei servizi secondo l'intensità delle cure: il personale è, quindi, rapportato alle caratteristiche delle diverse specialità ospedaliere.

Deliberazione Regione Lazio del 11/5/1994

Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118

Per i Dea di II livello, sede di Ps, nella scheda tecnica relativa agli standard del pronto soccorso si legge: "Un caposala per il pronto soccorso, 92 infermieri per assicurare sei unità per turno giornaliero e quattro per il turno di notte e 20 ausiliari".

D.L. 502/92 – 517/93

Demanda alle Regioni la disciplina dei criteri per la definizione delle dotazioni organiche, mentre il 29/92 impone alle pubbliche amministrazioni la ridefinizione delle piante organiche "la metodologia da utilizzare per la definizione delle piante organiche è il calcolo dei carichi di lavoro".

D.Lgs. 29/93, 470/93

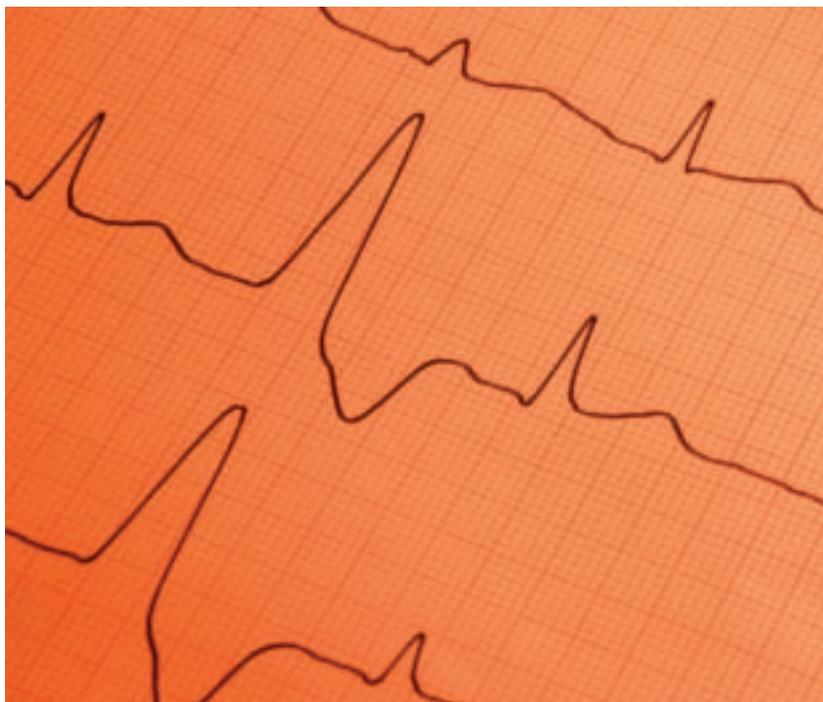
Obbligo per tutte le amministrazioni pubbliche di ridefinire le proprie dotazioni organiche sulla base di criteri generali previsti dal decreto legislativo stesso indicando come metodo i carichi di lavoro.

Circolare 6/94 Dipartimento Funzione Pubblica

Fornisce i requisiti metodologici minimi per la rilevazione dei carichi di lavoro, lasciando però facoltà ai singoli Enti di provvedere sulla base di metodologie proprie, seppure soggette a preventivo giudizio di congruità del dipartimento. Inoltre vanno tenute a mente le **leggi 537/93, 724/94, 550/95**.

METODI, STRUMENTI E RISULTATI

La metodologia utilizzata per calcolare il fabbisogno di personale in un pronto soccorso-tipo di un Dea di II livello di un ospedale di Roma (con circa 200 accessi al giorno) consiste nel verificare



la complessità assistenziale del paziente che affluisce in pronto soccorso in base al codice colore assegnato.

I minuti di assistenza/die è il parametro utilizzato da alcune Regioni (Lombardia, Marche) nella determinazione dei requisiti minimi di accreditamento e definito dalle normative 128/69, Circolare Cipe, D.M. 13/9/88.

Si ridefinisce in base ai requisiti metodologici per la rilevazione dei carichi di lavoro:

- **Codice rosso:** alta complessità assistenziale, 600 minuti/assistenza die/paziente
- **Codice giallo:** media complessità assistenziale, 360 minuti/assistenza die/paziente
- **Codice verde:** bassa complessità assistenziale, 180 minuti/assistenza die/paziente
- **Codice bianco:** assistenza di base, 90 minuti/assistenza die/paziente.

I valori di riferimento sono quelli attuati dalla Regione Marche come requisiti minimi di accreditamento/autorizzazione e comprendono: minuti/die/paziente che sono:

- 600 assistenza intensiva (paragonabile ad un codice rosso);
- 360 assistenza sub intensiva (paragonabile ad un codice giallo);
- 180 assistenza media (paragonabi-

le ad un codice verde).

La Regione Lombardia ha definito i minuti/assistenza die/paziente rispettivamente in:

- 800;
- 300;
- 180.

La circolare Cipe definisce i minuti/assistenza die/paziente rispettivamente in:

- 600;
- 240;
- 90.

Il Dm 13/9/88 come requisito minimo ha stabilito i minuti/assistenza die/paziente rispettivamente in:

- 739;
- 369;
- 197.

Va, dunque, fotografata la situazione iniziale del pronto soccorso.

In particolare, è necessario:

1. quantificare il numero degli accessi per codice colore in un anno;
2. i tempi medi di permanenza dei pazienti in pronto soccorso;
3. la distribuzione degli accessi per fascia oraria e giorni della settimana.

Part-time e altre tipologie di orario

Avere in dotazione personale con orario differenziale rappresenta una ricchezza e se utilizzato correttamente risulta essere una migliore distribuzione delle risorse

umane in considerazione dei differenti carichi di lavoro nei diversi momenti della giornata.

Si fa notare, per esempio, che, se il numero di infermieri al giorno operante deve essere di 61, questo valore è determinato dagli infermieri che effettuano un orario settimanale di 36 ore.

In caso di presenza di infermieri con orario inferiore alle 36 ore settimanali è bene considerare, nel ricalcolo della quantità di personale, quanto segue:

un infermiere a 36 ore settimanali; oppure: due infermieri part-time a 18 ore settimanali; oppure: tre infermieri part-time a 12 ore settimanali.

In considerazione delle moderne organizzazioni delle unità operative per comples-

sità assistenziali, in base anche al richiamo della Ue sull'**organizzazione flessibile degli orari del lavoratore** a favore di un maggiore benessere nel suo management familiare ed una maggiore produttività sul luogo di lavoro si propone una suddivisione differenziata del numero di operatori per turno, in base alla complessità degli accessi nelle diverse turnazioni giornaliere.

C'è la possibilità di una diminuzione del numero di infermieri grazie alla presenza di operatori di supporto da utilizzare nell'assistenza di bassa intensità.

CONCLUSIONI

La determinazione della dotazione organica è solo il primo tassello organizzati-

vo per migliorare la qualità del lavoro e, soprattutto, raggiungere alti livelli di assistenza infermieristica sul paziente. Come più volte ribadito, è necessario che l'intero processo di riorganizzazione tocchi elementi di formazione del personale, riconoscimento economico e formale della figura del team leader infermieristico, sistemi premianti per la presenza, sistemi di disincentivazione del ricorso ricorrente alla malattia in modo da garantire un ambiente di lavoro più sano, equilibrato, piacevole e soprattutto, produttivo.

AUTORE:

Cristian Vender, dottore magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche.

BIBLIOGRAFIA

- Aa.Vv., Dati Sies 2009. Consultato 30 Aprile 2010, disponibile all'indirizzo: [www.HYPERLINK "http://asplazio.it/" asplazio.it.](http://asplazio.it/)
- Benci L, *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*. Milano: Mc Graw-Hill editori. 2001.
- Calamandrei C, Orlandi C, *La dirigenza infermieristica*. Milano: McGraw-Hill. 2002.
- Kane R.L, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T.J, *Nurse staffing and quality of patient care*. Evid Rep Technol Assess (Full Rep), (151):1-115. 2007.
- Wiskow C, *I Metodi per la rilevazione dei carichi di lavoro infermieristico finalizzati alla definizione del fabbisogno di personale infermieristico*. Prof. Inferm, 60 (1):52-60, 107-18. 2007.

IN PILLOLE

Un vaccino anti-coca dal virus del raffreddore

Gli esperimenti condotti finora sui topi sono incoraggianti.

Presto, potrebbe essere messo a punto un vaccino efficace contro la tossicodipendenza da cocaina.

Il preparato ha superato prima fase di sperimentazione su iniziativa di un gruppo di ricercatori del Weill Cornell Medical College di New York City.

La sostanza, secondo quanto riportato dalla rivista Molecular Therapy, sarebbe in grado di neutralizzare i principi attivi della cocaina grazie alla sua particolare composizione.

Il siero, infatti, combina frammenti del virus del raffreddore a una molecola che imita l'azione della sostanza stupefacente: questo particolare mix riuscirebbe a stimolare la produzione di anticorpi, utili ad eliminare gli effetti della cocaina.

In sintesi, la risposta immunitaria prodotta dal vaccino impedirebbe alle molecole della cocaina di raggiungere il cervello, prevenendone così gli effetti.

L'efficacia registrata sulle cavie è di circa 13 settimane; i ricercatori americani puntano ora alla sperimentazione umana e confidano di poterla estendere ad altre dipendenze come quelle da nicotina, da eroina e da altri oppiacei.

La cocaina resta tra le droghe più diffuse in Italia e in Europa: si stima che quasi 14 milioni di adulti europei (tra i 15 e i 64 anni) l'abbiano provata e che circa quattro milioni l'abbiano assunta nel 2010.

Il consumo di cocaina è particolarmente alto in: Danimarca, Irlanda, Spagna, Italia e Regno Unito. A dirlo è la Relazione annuale 2010 dell'Osservatorio europeo delle Droghe e Tossicodipendenze. Il consumo tra i giovani adulti (15-34 anni) varia dal 2,9% dell'Italia al 6,2% del Regno Unito.

Empatia e comunicazione: azione terapeutica e relazione d'aiuto

di Fabio Burul, Arianna Camilloni

ABSTRACT

Questo articolo è il risultato di una ricerca bibliografica condotta attraverso la consultazione del repertorio Medline e consultando l'emeroteca virtuale Blackwell presso la biblioteca del Dipartimento di Igiene dell'università La Sapienza di Roma, attraverso banche dati on line, motori di ricerca (Google ed Arianna), visitando il sito internet della Casa Editrice Lauri (www.lauriedizioni.com) e quello del Collegio Ipasvi di Roma (www.ipasvi.it).

Lo scopo di questo lavoro è di ricercare e definire l'arte della comunicazione attraverso la ricerca stessa nell'etimologia dei termini "comunicazione" ed "empatia", specie in campo sanitario.

Sono stati trattati gli aspetti della comunicazione come relazione d'aiuto, come capacità di consigliare (counselor), come comunicazione nell'ottica del marketing, e pure come comunicazione inefficace ed emozioni negative (fattori che contribuiscono all'allontanamento dalla professione).

INTRODUZIONE

Attraverso il comportamento empatico ed una comunicazione efficace, l'operatore sanitario (infermiere o medico), favorisce la comunicazione in un rapporto definito "difficile".

La persona in difficoltà non comunica e/o si rifiuta di comunicare perché ha paura: la paura, dunque, chiude l'emittenza nel processo di comunicazione.

Spetta, quindi, ai professionisti dell'assistenza (la cui componente principale è caratterizzata dal "prendersi cura", capire ed apprendere celermente i bisogni dell'utente) portarlo alla risoluzione delle problematiche e dei vari conflitti che lo affliggono (dove possibile, ovviamente). Nelle situazioni in cui non si può recupe-

rare la salute esprimendola in senso olistico, il nostro compito è quello di alleviare ogni tipo di sofferenza attraverso un tacito accordo con l'altro, affinché sia vinto lo spettro della solitudine, dell'abbandono e dell'isolamento.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

La comunicazione come "arte"

Secondo il dizionario "Zingarelli 2003", la parola "comunicare" deriva dal latino "*Communicare*" che significa: "mettere in comune, trasmettere, rendere manifesto, rendere partecipe qualcuno di qualche cosa".

Da essa possono derivare molti concetti con significati diversi, a seconda di quanto, poi, andiamo a restringere o ad allargare la ricerca del significato.

Ciò detto, nel nostro caso, comunicare con una persona significa "mettere in comune un messaggio" che potrà essere rappresentato da una parola, da un gesto o da un'emozione.

La comunicazione pertanto risulta un

mezzo per trasmettere delle informazioni, ma soprattutto **come componente essenziale del rapporto interpersonale.**

I termini "comunicazione" e "comportamento" vengono usati spesso come sinonimi, considerando tutt'uno il comportamento e la comunicazione.

Watzlawick et al., della scuola di Palo Alto in California, hanno rappresentato la comunicazione sintetizzandola in tre leggi:

1. non si può non comunicare;
2. tutto è comunicazione;
3. quello che abbiamo comunicato è ciò che l'altro ha capito.

La comunicazione, come rapporto supportivo, viene considerata il miglior tipo di relazione terapeutica tra infermiere e paziente.

La conoscenza dei principi della comunicazione terapeutica permette di rendersi conto dei bisogni psico-fisici dell'utente. Ciò considerato, non è però la semplice cognizione di questi bisogni: mentre altre attività dell'operatore sanitario soddisfa-





no la necessità fisiche del malato, la comunicazione terapeutica si occupa di quelle psicologiche.

Gli scopi della comunicazione terapeutica rientrano nell'obiettivo principale delle professioni sanitarie: aiutare il paziente a raggiungere il proprio benessere mediante lo scambio di informazioni, raccogliendo e fornendo informazioni specifiche sulle cure; individuandone i sentimenti, anche attraverso l'intuizione e l'osservazione avvalendosi della capacità empatica; socializzare, intrattenere buoni rapporti con il paziente.

Relazione d'aiuto

La relazione d'aiuto è definita come un: *"corretto processo comunicativo interpersonale che può favorire quel particolare contatto di qualità tra operatore sanitario e persona bisognosa di cure"*. Ciò favorisce la reciproca comprensione tra due persone, ossia la comprensione empatica, da cui nasce la relazione terapeutica infermiere-paziente, strumento indispensabile per acquisire i dati necessari alla formulazione della diagnosi dei bisogni educativi della popolazione, necessari per attuare gli interventi di *nursing* più opportuni. In breve, un vero e proprio strumento che

può assumere a pieno titolo una valenza terapeutica.

L'infermiere è colui che fornisce aiuto ed è istruito nell'impiego di tecniche che facilitano la crescita del paziente, persona che cerca aiuto nella propria crescita personale; la comunicazione consente la significativa interazione fra i due, promuovendo l'estrapolazione di sentimenti, pensieri e valori.

A tal proposito, Hildegard Peplau identifica diverse fasi nella relazione interpersonale (l'orientamento, l'identificazione, lo sviluppo, la risoluzione), dove il paziente diventa sempre più indipendente e capace di soddisfare e risolvere in autonomia i propri bisogni di salute; cosa che avvia alla conclusione la relazione.

La relazione interpersonale identifica altri ruoli assunti dall'infermiere nei confronti del paziente e dei suoi familiari, in una relazione terapeutica, tra i quali risulta importante, ai fini di questa ricerca, quello di *counselor* o consulente.

L'infermiere counselor

Il *counseling* (letteralmente, "consigliarsi, consultarsi"), è un processo di dialogo e interazione tra due persone mediante il quale una delle due (in questo caso, l'in-

fermiere), instaura una relazione d'aiuto, utilizzando abilità di *counseling* per dare sostegno a un'altra persona, rappresentato dalla: "capacità di praticare un ascolto attivo, dall'empatia, dal rispetto, dalla genuinità e dall'approccio non giudicante".

Il termine *counselor*, nel mondo anglosassone, rappresenta una figura professionale che svolge attività di consulenza e di aiuto rivolta a chi si trova ad affrontare momenti difficili che non richiedano, però, una vera e propria psicoterapia. Sentirsi considerati è molto importante per tutti, costituisce la base di ogni rapporto.

Bassetti definisce **l'infermiere esperto colui che, riconoscendo i propri limiti, si dedica all'utente considerandone e valutandone le reali esigenze.**

La comunicazione trova il suo spazio, oltre che nel marketing a scopo commerciale, anche nel settore sanitario come marketing sociale (Olga Passera, Francesca De Luca), mirando ad influenzare i comportamenti dei gruppi, seppur non a scopo economico, solo per migliorarne la qualità della vita.

Nato come branca del Marketing d'impresa, il marketing sociale si è sviluppato come una disciplina volta alla persuasione del pubblico di riferimento al fine di ottenere benefici (materiali e non), per tale gruppo.

Esso prevede l'introduzione di valori positivi e comportamenti corretti o socialmente desiderabili, e può perseguire obiettivi molto diversi tra loro.

Fra i diversi compiti del **marketing sociale** vi è l'elaborazione delle attività di miglioramento della qualità della vita e del benessere dei pubblici di riferimento, nonché la comunicazione ad essi delle attività e delle opportunità aziendali.

La comunicazione si articola secondo tre filoni principali:

- al pubblico interno (dipendenti, collaboratori);
- al pubblico esterno (cittadini);
- verso i mass media.

Tutto, attraverso le classiche vie di comunicazione.

Nelle Aziende Sanitarie la comunicazione è applicata attraverso attività che vanno dalla distribuzione di farmaci nei

Paesi in via di sviluppo; prevenzione dei comportamenti sessuali potenzialmente pericolosi nelle scuole; campagne di vaccinazione anti-influenzali, etc.

Tale aspetto della comunicazione si addice molto ad una professione che si ispira a valori molto simili come quella infermieristica.

Comunicazione e burn-out

La mancanza del concetto di empatia, comunicazione inefficace ed elevata trasmissione di emozioni contribuiscono significativamente a ridurre la soddisfazione professionale personale con conseguente abbandono della professione.

L'intensità di queste emozioni, infatti, può influenzare significativamente lo svolgimento della professione.

Lo studio svolto da Backy L. Omdahl e Carol O'Donnell si basa su una raccolta di dati di infermieri, dipendenti di due ospedali diversi.

Questa ricerca esamina il modo in cui la variabile "empatia" contribuisce allo stress durante lo svolgimento del lavoro del professionista dell'assistenza, l'infermiere.

Le variabili di empatia esaminate sono: trasmissione di emozioni, ansia da empatia e comunicazione inefficace.

Stress e burn-out sono molto costosi per il singolo e per la società: lo stress è anche identificato come "una ragione per lasciare la professione infermieristica".

Per lo studio sono stati reclutati infermieri che lavoravano in due realtà diverse, mediante l'invio postale di questionari costruiti secondo il metodo *Likert Style* (con una scala da cinque punti). Il risultato dello studio ha messo in evidenza che lo stress ed il burn-out in infermieristica sono influenzati significativamente dalle tre variabili empatiche identificate da Miller.

A fronte di ciò, è doveroso ricordare che **quando si parla di comunicazione nella professione infermieristica è indispensabile parlare anche d'empatia.**

Empatia: centro del processo di comunicazione

La capacità di empatizzare con i clienti è, generalmente, ritenuta come un attributo del repertorio interpersonale dell'infer-

miere. Tuttavia, il concetto di "empatia" rimane sfuggente; di essa, ognuno ha una differente interpretazione.

Poiché i concetti relativi all'empatia - come simpatia e pietà - vengono spesso usati allo stesso modo, si rende necessaria la chiarificazione del concetto di "empatia" nella professione infermieristica, ove continua ad essere un compito e un dovere importante.

Secondo lo *Shorter Oxford Dictionary's* la definizione di **empatia è: "la capacità di proiettarsi nella personalità di un individuo così pienamente da comprenderne l'aspetto della contemporaneità"**.

Il termine entra in uso nel 1912 circa, ed ha origine dal termine tedesco "*einfehlung*" o "*in-feeling*".

Uno psicologo tedesco, Lipps (citato da Reynolds, 1987), introdusse tale termine che significa, letteralmente, "dentro il sentimento".

In relazione alle professioni sanitarie, l'empatia è un concetto più recente.

Prima del 1950, con il termine "simpatia" veniva descritta l'interazione dell'infermiere col paziente.

Grande influenza ha avuto la definizione di empatia data da Carl Rogers' che l'ha definita così: "*La percezione del mondo del paziente come se questo fosse il nostro mondo, senza perdere mai l'importanza del come se*".

Successive definizioni di autori infermieri furono influenzate da quella di Rogers'. Per esempio, Kalisch descrive l'empatia come: "*l'abilità di entrare nella vita di un'altra persona, per percepire profondamente i suoi sentimenti correnti e il loro significato*".

Altri autori aggiungono che l'empatia, più che "*sentire e percepire profondamente*", è: "*interiorizzare intensamente ciò che percepisce l'interlocutore che abbiamo di fronte*", ed è anche: "*la capacità di comunicare queste emozioni alla persona che abbiamo di fronte*".

Più recentemente, l'empatia è stata associata con l'attenzione individualizzata e con l'abilità di comunicazione.

Bennett et al. la descrivono come: "*una sorta di identificazione temporanea o di conoscenza emozionale che implica l'alleanza terapeutica fra paziente ed infermiere*".

Alligood asserisce che per utilizzare appropriati strumenti di misura è importante riconoscere due tipi principali di empatia:

1. l'empatia di base che si sviluppa nella maturazione del bambino e/o nell'adulto e può essere considerata una capacità innata verso l'empatia;
2. l'empatia acquisita che può essere considerata come quella sviluppata attraverso la pratica e costruita sull'empatia di base.

Al riguardo, Morse et al. asseriscono che l'empatia di base costituisce la componente emotiva dell'empatia, mentre l'empatia acquisita costituisce la componente cognitiva.

Inoltre, essi hanno ulteriormente distinto l'empatia in: componenti morali e componenti comportamentali, quattro in tutto:

1. la componente emotiva è quella che consente di avvertire le emozioni di un'altra persona;
2. la componente morale è la motivazione interna ad empatizzare;
3. la componente cognitiva è l'abilità intellettuale, analitica dell'empatia, la sua abilità di capire i sentimenti di empatia;
4. la componente comportamentale è l'abilità nella comunicazione mostrata da colui che ha l'empatia (ascolto attivo, riflessione, chiarificazione, validazione).

Di queste quattro componenti, solo l'ultima può essere osservata e valutata oggettivamente, ed è stato il motore di spinta per i ricercatori nello studio della componente comportamentale.

Propositi e componenti dell'empatia

Il primo proposito è di agire come base per aiutare o per ottenere un cambio terapeutico.

Rogers lo descrive come una delle tre condizioni necessarie e sufficienti per una buona terapia.

Kalisch descrive il "solievo, l'aiuto", il soccorso dall'isolamento o solitudine anch'esso come il primo proposito di empatia.

L'autore cita anche l'importanza dell'evoluzione del punto di vista del paziente.

Per essere efficace l'empatia deve essere comunicata al paziente.

Barrett-Lennard ha evidenziato le quattro fasi dell'empatia:

1. risonanza empatica: colui che ha empatia riconosce e comprende le emozioni empatiche;
2. empatia espressa (manifesta): colui che ha empatia comunica queste sensazioni all'altro;
3. l'empatia ricevuta: l'altro capisce, riconosce che può essere ascoltato e capito;
4. *feedback* ed espressione di sollievo di ritorno.

L'empatizzante verifica che è stato capito e si ripete la prima fase.

A questo proposito, Barrett-Lennard avvisano che può avvenire facilmente un'interruzione fra la prima e la seconda fase,

annullando così il ciclo.

Carol Davis paragona l'empatia all'innamoramento, identificando tre passaggi dell'empatia:

1. passaggio: autotrasporto, ovvero un tentativo di ascoltare e capire profondamente;
2. passaggio: identificazione, fusione di se stessi con l'altra persona;
3. passaggio: tornare in se stessi ma in forte sintonia con l'altro pensiero.

CONCLUSIONI

I risultati di questo lavoro (che ha utilizzato come riferimento teorico il pensiero e gli studi di vari autori nazionali ed internazionali) hanno voluto evidenziare l'importanza della comunicazione - meglio

ancora, della **comunicazione empatica** - come mezzo fondamentale dell'applicare nell'esercizio professionale sanitario.

Riteniamo che la riflessione sull'apporto che l'operatore sanitario possa dare attraverso la comunicazione empatica al paziente sia doverosa.

AUTORI:

Fabio Burul, Cpsi coordinatore, Uoc Servizio professionale Infermieristico ed Ostetrico. Corso di laurea in Infermieristica-Asl Rm/D; Arianna Camilloni, Cpsi coordinatore, Uoc Servizio professionale Infermieristico ed Ostetrico. Corso di laurea in Infermieristica-Asl Rm/D.

BIBLIOGRAFIA

- Lanzi M.L., *Pedagogia Sociale: manuale per l'infermiere*. Ed. Carocci-Faber. 2004.
- Marchi R, *La comunicazione terapeutica: interazione infermiere-paziente*. Ed Sorbona. 1993.
- Bassetti, *Lo specifico relazionale infermieristico*. Ed. Rosini. 2001.
- Passera O, De Luca F, *L'unità operativa di marketing sociale in una Azienda Sanitaria*. Management Infermieristico 3,2004.
- Backy L, O'Donnell C, *Journal of advanced nursing*. 29 (6): 1351-9. 1999.
- Hingley P & Cooper C. L, *Stress and the nurse manager*. Ed. John Wiley & Sons. 1986.
- Miller K, Stiff J & Ellis B. H, *Communication and empathy as precursor to burn-out among human service workers*. Communication Monographs, 55: 250-265. 1988.
- Brink H, *On empathy, fundamental issues regarding its nature and teaching*. Curationis; 14: 24-29. 1991.
- Morse et al, *Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice*. Image; 24: 273-280. 1992.
- Reynolds W. J, *Empathy, we know what we mean but what do we teach?* Nurse education today 7: 265-269. 1987.
- Kalisch B.J, *What is empathy?* American journal of nursing 73: 1548-1552. 1973.
- Watson J, *Nursing, the philosophy and science of caring*. Ed. Little Brown. 1979.
- La Monica E. L, *Construct validity of an empathy instrument*. Research in nursing and health 4: 389-400. 1981.
- Gagan J.M, *Methodological notes on empathy*. Advances in nursing science 2: 33-42. 1983.
- Burnard P, *Empathy, the key to understanding*. Professional Nurse 3: 388-391. 1988.
- Bennet-Lennard C.J, Legon J. & Zilberfein F, *The significance of empathy in current hospital based practice*. Social work in health care 14: 27-41. 1989.
- Alligood M, *Empathy, the importance of recognising two types*. Journal of psychosocial nursing 30: 14-17. 1992.
- Rogers C, *The necessary and sufficient condition of therapeutic personality change*. Journal of consulting psychology 21: 95-103. 1957.
- Barret-Lennard G, *The phases and focus of empathy*. British Journal of Medical Psychology 66: 3-14. 1993.
- Davis C.M, *What is empathy and can empathy be taught?* Physical therapy 70: 707-711. 1990.
- White S.J, *Empathy: a literature review and concept analysis*. Journal of clinical nursing 6: 253-257. 1997.

Posta elettronica certificata e newsletter istituzionale Servizi gratis per tutti gli iscritti

Continuano a riscuotere crescente successo due servizi gratuiti che il Collegio Ipasvi di Roma ha recentemente messo a servizio dei propri iscritti.

Con l'intento di promuovere fra gli iscritti la più ampia diffusione della posta elettronica certificata (Pec), il Collegio ha deciso di **offrire gratuitamente una nuova casella Pec** (con dominio @PEC.IPASVI.ROMA.IT), a tutti i colleghi che ne faranno richiesta.

Per richiederla, collegarsi al sito internet dedicato, ovvero <http://www.gigapec.it/wrapper/convenzioni.html> e seguire le istruzioni a video.

Verranno richiesti inizialmente il codice fiscale e il numero di iscrizione all'Albo di Roma (solo i numeri. Es, se IP-77890 sarà 77890). Successivamente saranno necessari: i dati completi, un documento di identità valido, e un indirizzo di posta elettronica tradizionale (o personale/aziendale) dove verranno recapitati i moduli di adesione al servizio che successivamente andranno rispediti via fax al gestore, datati e firmati, assieme alla fotocopia del documento di identità precedentemente comunicato.

Terminato il flusso di attivazione, l'utente riceverà due email: una di avvenuta attivazione contenenti i parametri tecnici per usare la nuova mailbox, ed un'altra contenente la modulistica da compilare e spedire via fax. La nuova mailbox sarà subito funzio-

nante, ma disattivata se non inviati i moduli al gestore.

Ricordiamo che, trattandosi di una mailbox certificata, essa è strutturata per essere utilizzata solamente inviando e ricevendo da altre mailbox certificate; se la si vuole utilizzare anche come posta elettronica tradizionale, è possibile attivare l'apposita opzione attraverso il pannello di controllo dedicato, chiamato "gestionemail".

Sempre più infermieri e cittadini, inoltre, si iscrivono gratuitamente alla newsletter del Collegio Ipasvi di Roma. La testata giornalistica **infermieri.roma.news** viene recapitata due volte al mese sulla casella di posta elettronica indicata al momento dell'iscrizione al servizio.

Si tratta di un agile giornale on line da sfogliare attentamente per essere aggiornati in tempo reale sulle attività del Collegio, sui decreti commissariali riguardanti il Sistema sanitario regionale, su iniziative e manifestazioni in programma a Roma e in provincia. Inoltre, attraverso l'editoriale a firma del presidente, è possibile "sintonizzarsi" con la "voce" del Collegio rispetto ai temi di più stretta attualità.

La newsletter contiene inoltre numerosi link e rimandi a pubblicazioni scientifiche o a rapporti di indagine utili per meglio interpretare la realtà sanitaria e sociali in cui si opera quotidianamente.

Il Collegio IPASVI in Rete

italiano

benvenuti

welcome

bienvenidos

español

english

www.ipasvi.roma.it

Siamo anche su Televideo Rai 3 alla pagina 439

Focus

**Assemblea annuale
del Collegio Ipasvi di Roma**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

IL 10 MARZO A ROMA SI È TENUTA L'ASSEMBLEA ANNUALE

“In un rapido divenire, promuoviamo con forza i nostri valori di dignità, professionalità e ricerca”

Quello appena chiuso è per il Collegio un anno difficile da riassumere per la straordinaria intensità degli eventi che si sono succeduti. Un rapido divenire che ha impegnato la nostra rappresentanza professionale su tutti i fronti, senza tregua, senza esclusione di colpi. Ci siamo misurati con coraggio con le sfide aperte della sanità, col piano di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale, con le impetose condizioni di lavoro che ancora ci vengono imposte.

Sebbene in un mare in tempesta, minacciati dai tagli di fondi e di strutture, sentiamo di aver tenuto alto il vessillo ideale della nostra mission: l'interesse primario dei cittadini che a noi si affidano per avere un'assistenza adeguata, sicura, umana.

Lo abbiamo fatto tenendo dritta la schiena sotto gli attacchi interessati di certa politica e di altre categorie professionali, lo facciamo costantemente implementando le opportunità di crescita e di formazione di tutti gli iscritti. **Il coinvolgimento diretto ed entusiasta di così tanti colleghi nelle attività di studio, aggiornamento e ricerca approntate dal Collegio testimonia una risposta davvero straordinaria** e suggerisce di insistere sulla qualità della formazione e sulla nostra capacità di tenerci costantemente aggiornati e ricettivi.

Sul fronte caldissimo della sanità laziale e sul suo incerto destino ci siamo confrontati, anche duramente, con i diversi livelli istituzionali e politici. Ci siamo rivolti a più riprese alla presidente Polverini, principalmente nella sua veste di Commissario straordinario alla Sanità, per chiederne l'intervento urgente in ordine alle più impellenti difficoltà del nostro lavoro, a cominciare dalla grave carenza

degli organici infermieristici in gran parte delle strutture sanitarie pubbliche e private della regione.

Con una serie di lettere aperte alla Governatrice, il Collegio ha insistito affinché si affrontasse la spaventosa situazione finanziaria mettendo fine agli sprechi e alle spese inutili, riconsiderando la programmazione sanitaria sul territorio senza campanilismi, adottando criteri di trasparenza nella gestione delle nomine e degli appalti, restituendo fiducia a quanti, come gli infermieri, continuano a lavorare tra mille difficoltà per evitare che il collasso del sistema travolga i cittadini.

Il dialogo con la Regione

Abbiamo espresso apprezzamento per la logica che ispira i decreti commissariali che spostano l'asse strategico degli interventi dall'ospedale al territorio e che istituiscono più rigorosi meccanismi di controllo della spesa. Al contempo abbiamo espresso la nostra preoccupazione sulle modalità di attuazione dei decreti e sulla loro effettiva applicazione. Se effettivamente il piano di riordino della rete ospedaliera non frutterà la chiusura ma la riconversione di 24 strutture, potranno sorgere centri di unità di degenza non solo di tipo medico, ma anche a gestione infermieristica. Un percorso virtualmente positivo, che però si presenta difficile e disseminato di resistenze.

Il Collegio ha rappresentato chiaramente alla presidente Polverini e alla sua Giunta la drammatica situazione riferibile alla carenza di personale infermieristico nelle strutture di cura e assistenza del Lazio, dove mancano almeno 4.500 colleghi.

Ha fornito dati e stime che descrivono perfettamente l'insostenibilità della situa-

zione e l'abnorme carico di lavoro e di responsabilità che ricade sugli infermieri.

Da qui le proteste e le sollecitazioni del Collegio che hanno indotto l'Amministrazione Regionale ad assumere precisi impegni circa lo sblocco del *turn over* per consentire almeno la sostituzione dei colleghi che vanno in pensione. Come di consueto, l'estate ha acuito la crisi inducendo il Collegio a tornare alla carica. Ne è scaturita una nuova serie di impegni che ancora oggi attendiamo di vedere rispettati. Siamo intervenuti ancora censurando il drastico ridimensionamento delle Unità operative e delle Posizioni organizzative e di Coordinamento previsto dal decreto commissariale 49/2010 e siamo tornati a sollecitare l'intervento della Governatrice per scongiurare la paventata riduzione delle Direzioni infermieristiche, strutture di primaria importanza per la tenuta dell'intera rete assistenziale sanitaria regionale.

L'impegno del Collegio

È stato un anno segnato da un'attività intensa anche su molti altri fronti. Forte è stato l'impegno sui temi etici, con un significativo sforzo per portare a conoscenza di tutti i colleghi gli orientamenti espressi dalla Federazione nazionale Ipasvi sul delicatissimo tema del "fine vita" e sul rapporto fra le istanze dell'assistito e i dettami fissati nel nuovo Codice deontologico, in linea con valori di riferimento irrinunciabili per noi infermieri come la centralità della persona e il rispetto della sua volontà. **Grandi energie sono state spese per migliorare il sistema dell'Ecm** e renderlo più agevole e meno oneroso per gli operatori sanitari. In questa direzione il Collegio di Roma si è speso molto in sede di Commissione na-



**A sinistra: il ministro della Salute Fazio parla agli infermieri durante Sanit 2010
A destra: il presidente Rocco durante uno dei convegni organizzati dal Collegio di Roma a Sanit 2010**

zionale Ecm, contribuendo fattivamente a superare, dopo ben sette anni, la fase di sperimentazione del programma per farlo entrare finalmente a regime. Un sistema nuovo che sancisce il passaggio dall'accreditamento dei singoli eventi, come avvenuto finora, a quello dei *provider*, riconosce nuove forme di aggiornamento che si aggiungono alla formazione residenziale, prevede modalità formative che rendono più facile l'acquisizione dei crediti e consentono ai colleghi di scegliere corsi più coerenti con il lavoro che realmente esercitano.

Un anno di gioie e dolori

Questi mesi ci hanno riservato momenti altalenanti, tra gioie e dolori. Ci siamo rallegrati per l'approvazione di una legge che, insieme a 250mila malati, gli operatori sanitari aspettavano da lungo tempo: la legge sulle cure palliative e la terapia del dolore che renderà più facile l'accesso ai farmaci oppioidi, decretando la fine del "ricettario speciale", sul cui anacronismo nessuno più nutrivà dubbi. Così pure possiamo essere soddisfatti del piano di investimento, parte integrante della stessa legge, destinato a strutture e servizi territoriali specifici per i pazienti terminali.

Abbiamo pianto per le vittime innocenti delle guerre e delle sciagure naturali, ci siamo commossi per il cuore generoso mostrato da tanti colleghi in tragedie di immane grandezza come quella di Haiti. Abbiamo confidato che la riforma sanitaria del presidente Obama renda più giusto e solidale il sistema sanitario di un

grande Paese come gli Usa e siamo inorriditi davanti alla violenza cieca che, senza motivo, ha strappato la vita della nostra giovane collega romena **Maricica**, in pieno giorno, in una delle stazioni più frequentate della metropolitana di Roma. Il dolore è forte anche per altre colleghe che ci hanno lasciato in circostanze tragiche, tanto più perché mosse da un grande amore verso gli altri. È il caso di **Antonella Savi**, travolta e uccisa da un pirata della strada mentre soccorreva tre persone ferite in un incidente; di **Fernanda Cerignoli**, che ha perso la vita in un drammatico scontro in Africa, dove visitava una nuova missione umanitaria; e di **Maria Teresa Ciamaichella**, testimone del lungo percorso di crescita professionale di noi infermieri nell'arco della sua vita. Persone speciali che hanno testimoniato fino in fondo il loro "essere infermiere" e che non scorderemo mai.

Un anno segnato anche da eventi gioiosi e iniziative simboliche che riconoscono sul piano sociale il ruolo centrale della figura infermieristica. Come per la grande festa del 16 maggio che, nella splendida cornice delle Terme di Caracalla, con la tradizionale maratona *Race for the Cure*, ha consacrato gli infermieri italiani con la storica emissione di un francobollo, il primo dedicato alla nostra professione.

Un evento a cui hanno partecipato oltre 7mila colleghi, giunti da tutta Italia, alla cui organizzazione il Collegio di Roma ha lavorato con grande generosità ottenendo un indiscutibile successo. L'imponente partecipazione alla settimana

edizione di *Sanit* è stata un'altra concreta testimonianza dell'impegno e del senso di responsabilità con cui gli infermieri romani stanno affrontando il difficile momento che attraversa il nostro sistema sanitario. Più di 4 mila colleghi hanno affollato per quattro giorni le sale della mostra e le aule dei convegni proposti dal Collegio Ipasvi, confrontandosi alla ricerca di soluzioni concrete per i problemi aperti. Hanno preso atto degli impegni assunti pubblicamente in quell'occasione dal ministro Fazio e dalla presidente Polverini insieme a parlamentari nazionali ed europei di tutti gli schieramenti, hanno presentato analisi e proposte su modelli organizzativi per l'assistenza infermieristica in ospedale e sul territorio, affrontando temi di stretta attualità come la dignità della persona nel fine vita o l'integrazione multi-etnica in sanità.

Formazione e università

Forte è stato l'impegno del Collegio anche sul fronte della responsabilità professionale, un aspetto che va presidiato con attenzione alla luce del recente incremento del contenzioso giudiziario nei confronti della nostra professione. Non solo. Oltre a fornire gli strumenti necessari per tutelarsi adeguatamente sotto il profilo della responsabilità, la formazione specialistica legata all'infermieristica legale fornisce interessanti fonti di collaborazione con il mondo della giustizia, con un numero crescente di colleghi iscritti negli speciali elenchi dei consulenti dei tribunali.

La qualità della formazione è la sua diffu-

sione fra gli iscritti è al centro delle ormai consolidate attività istituzionali del Collegio. A queste si aggiungono nuove possibilità offerte dalla tecnologia. La formazione a distanza ne è un esempio lampante. La risposta degli infermieri romani al nuovo corso Fad sulla *Root Cause Analysis* ha superato ogni più rosea aspettativa, assegnando al Collegio di Roma gli onori del podio nazionale per numero di iscritti.

Quanto al confronto con il mondo accademico, accanto alle collaborazioni attivate positivamente con gli atenei romani, il Collegio è tornato a reclamare sui tavoli competenti un ruolo più incisivo e una valorizzazione più adeguata per il corpo docente infermieristico, anche in vista della riforma universitaria. Un'istanza ripetuta alle varie Facoltà di Medicina che continuano ad attribuire docenze ai medici, mentre la maggioranza degli studenti è costituita da iscritti ai corsi per le professioni sanitarie. In particolare, la difesa della specificità culturale e scientifica del settore disciplinare delle Scienze infermieristiche ha impegnato a lungo i rappresentanti del Collegio Ipasvi in un'aspra battaglia in sede parlamentare e ministeriale.

Attività di ricerca

Anche dalla ricerca arrivano grosse soddisfazioni. Gli sforzi compiuti negli ultimi anni per annodare, rafforzare e sviluppare la rete di contatti nazionali e internazionali sta regalando importanti traguardi alla nostra comunità professionale. Tanto da costituire ormai un punto di riferimento per colleghi di tutto il mondo, che guardano alle attività di ricerca attivate del Collegio di Roma con ammirato interesse. Ad indicarlo è il successo ottenuto a livello internazionale dal nostro **Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica** e l'ultima straordinaria opportunità fornita gratuitamente a tutti gli iscritti: **la prima biblioteca digitale on line d'Italia riservata agli infermieri**, che, insieme alla casella di posta elettronica certificata (anche questa gratuita per gli iscritti), dota i nostri infermieri di sempre maggiori strumenti di conoscenza e interazione.

Il Collegio lavora oggi con tante istituzioni diverse, collabora con prestigiose università italiane e straniere, con esperti in Scienze infermieristiche di levatura internazionale. A novembre del 2011 è prevista una conferenza internazionale a Roma a cura del Centro di Eccellenza per mettere in rete i risultati dei progetti di ricerca già condotti e delineare le strategie future.

Il Collegio, dunque, è proiettato come non mai in uno scenario sempre più ampio e interattivo. Molto stretta è anche la collaborazione con le più importanti associazioni professionali italiane, con le quali si è generato un feedback continuo per la promozione dei più diversi eventi formativi. Come pure per il coinvolgimento attivo di migliaia di colleghi che dai propri ospedali o dalle Asl di appartenenza partecipano ai programmi di ricerca avviati dal Collegio sui temi di più stringente interesse professionale. Un interesse per lo sviluppo della professione che emerge chiaramente anche dagli interventi sulla *newsletter* e dalle molte proposte di pubblicazione di studi e articoli sulla nostra rivista, che impegna in un lavoro sempre più oneroso il comitato di redazione nella difficile selezione degli elaborati.

È il segno di un Collegio attivo e vivace, che piace a chi lo frequenta.

La sua forza è proprio quella dei suoi iscritti, la loro voglia di crescere e di fare gruppo, di intendere l'unità professionale come una grande famiglia, di aver capito che insieme possiamo cambiare le cose, migliorare la nostra esistenza e il servizio al cittadino.

A questi colleghi va il grazie riconoscente del Collegio Ipasvi di Roma. La partecipazione, cresciuta tantissimo in questi ultimi anni, è il segnale più evidente che il percorso imboccato è quello giusto.

Di seguito proponiamo un rapido excursus sulle principali attività svolte dal Collegio nell'ultimo anno nelle diverse aree dell'esercizio professionale, della formazione, della ricerca. Potrà risultare utile per fissare le tappe fin qui segnate, i risultati raccolti e partire nuovamente alla carica per conquistarne altri.

BIBLIOTECA

Il centro di documentazione e la biblioteca

specializzata rappresentano un altro fiore all'occhiello del Collegio di Roma. Grande incremento delle consultazioni e delle iniziative, nel 2010; da qualche settimana è partito lo straordinario servizio delle biblioteche on line. Ma andiamo per ordine.

Utenza

Nell'anno 2010 la biblioteca è stata frequentata da **1.284** utenti per la consultazione esercitata il lunedì, il mercoledì e il giovedì pomeriggio, rispetto ai **1.273** utenti dell'anno precedente si registra un incremento dello **0,86 %**.

La biblioteca è conosciuta dall'ambiente accademico e dall'utenza come principale Centro di Documentazione scientifica infermieristica. La struttura è frequentata da studenti dei corsi di laurea in Infermieristica, delle lauree magistrali e dei master delle diverse università romane e del Lazio. Sono numerose le visite istituzionali concordate con i docenti delle diverse scuole che conducono intere classi per prepararle all'uso degli strumenti di ricerca. L'esperienza conferma che queste introduzioni alla struttura e alle risorse disponibili produce accessi continui e disinvolti da parte degli studenti.

Importante è anche la presenza di infermieri, italiani e stranieri, per l'aggiornamento personale e per la ricerca infermieristica o degli infermieri stranieri in attesa di svolgere l'esame di lingua italiana. Le diverse esigenze formative e la scarsa conoscenza della lingua inglese comportano approcci differenziati alla ricerca documentaria. Gli studenti della formazione di base concentrano di preferenza le loro richieste sulle fonti documentarie italiane, anche se i primi approcci di metodologia della ricerca li costringe già a consultare PubMed e a reperire riviste straniere (si registra maggiore assistenza su PubMed). Per la tesi di fine corso o per la ricerca infermieristica gli utenti utilizzano più diffusamente le fonti primarie e specialistiche della letteratura internazionale, ovvero il Cinahl e i periodici stranieri disponibili in cartaceo.

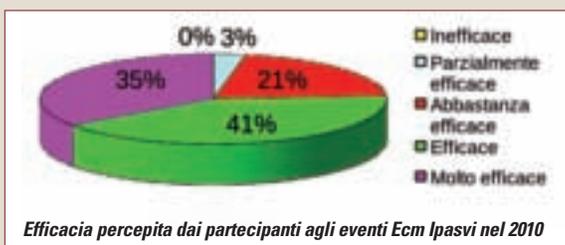
Ilisi ha trasformato radicalmente la consultazione delle riviste italiane, l'utente, fornito di una bibliografia Ilisi, o accedendo in sede alla banca dati bibliografica, in tempi brevissimi recupera i do-

cumenti, questa straordinaria facilitazione abbrevia enormemente i tempi di permanenza. Richiedendo esplicitamente nel modulo di consultazione quanti abbiano utilizzato una bibliografia Ilisi si è espresso positivamente l'**81,30%** di quanti hanno fornito l'informazione (274 su 337); si suppone che l'abbia utilizzata anche la maggior parte degli altri 271 utenti che hanno consultato periodici italiani ma non hanno dato l'informazione nel modulo.

L'utenza è eterogenea nella capacità di accesso delle risorse cartacee ed elettroniche, si va da punte di eccellenza a utenti che devono essere assistiti totalmente. L'orientamento dato all'utenza per la ricerca bibliografica, coadiuvato dall'esistenza di Ilisi, è particolarmente dedicato ai primi accessi per dare cognizione di ciò che è disponibile nella struttura e fuori di essa; più autonomi nella ricerca sono i frequentatori abituali che conoscono il posseduto della biblioteca. Questa diversificazione di richieste permette in generale di seguire tutta l'utenza nelle diverse fasi di accesso alla documentazione cartacea, si registra comunque un forte incremento d'uso degli strumenti informatici di indicizzazione (Banca dati Ilisi, Cinahl e PubMed). Con cadenza settimanale, per almeno un pomeriggio a settimana, è presente un altro assistente all'introduzione e/o assistenza delle risorse elettroniche.

I cataloghi della biblioteca sono disponibili in sede (cartacei) e sulla pagina web della biblioteca, sul sito del Collegio, incrementata di tutte le informazioni necessarie per consentire all'utente un accesso autonomo.

La percezione è di una generale soddisfazione per il patrimonio bibliografico disponibile e per la possibilità di soddisfare articolati bisogni di documentazione /informazione. La pagina web della biblioteca fornisce inoltre orari di consultazione, cataloghi aggiornati dei libri e delle riviste, informazioni puntuali sul patrimonio bibliografico e le risorse elettroniche pos-



sedute. È evidenziato l'accesso ad Ilisi, permettendo così all'utente di anticipare lo spoglio che lo condurrà poi in biblioteca a reperire i documenti. Molto frequentate ed apprezzate sono le pagine dedicate alle pubblicazioni del Collegio: i volumi della collana Arcobaleno e i fascicoli della rivista *Infermiere Oggi* scaricabili gratuitamente in pdf.

Inoltre, ottenuto al termine dello scorso anno l'interesse del Consiglio direttivo a

convertire parzialmente le risorse cartacee in formato elettronico e ad estendere il servizio della Banca dati Cinahl per utenza illimitata a favore degli iscritti del Collegio, a partire da settembre 2010 sono intercorsi numerosi incontri e comunicazioni del responsabile della Commissione Biblioteca Carlo Turci, Edvige Fanfera e Fabrizio Tallarita con i responsabili delle società Ebsco e Ovid/Dea per verificare requisiti tecnici e condizioni di sicurezza per un accesso remoto alle nuove risorse elettroniche da parte degli utenti, nonché di altri mezzi per ottimizzare l'uso delle risorse (*linksolver*)

Dalla completa acquisizione dei dati tecnici si è ipotizzato e verificato l'uso di una struttura digitale (Catalogo AtoZ della Ebsco) che aggregasse le diverse risorse contemplate (periodici elettronici, catalogo del cartaceo della biblioteca, banche dati Cinahl, PubMed, OvidSP/Medline, Ilisi) consentendo un accesso facilitato ed amichevole all'utenza finale, inoltre assicurando nelle banche dati internazionali il link alle risorse full text disponibili per il Collegio (articolo in formato integrale). La predisposizione di questo portale ha comportato la continua implicazione delle persone dedicate, un costante riferimento al Consiglio Direttivo



In primo piano: la vice presidente Maria Ausilia Pulimeno

di quanto in corso, test sui trial attivati (con coinvolgimento di gruppi di utenti selezionati), segnalazioni e risoluzioni di problemi tecnici, fino al collaudo finale che è dei primi di febbraio. Il sistema digitale è ora operativo quale nuovo servizio bibliografico sul portale del Collegio Ispavi di Roma con il nome Biblioteca digitale.

Postazioni informatiche

Le postazioni informatiche sono utilizzate per l'accesso alle banche dati Ilisi, Cinahl, PubMed, agli opac e a internet in generale. Sul totale il **47,26%** ha consultato Ilisi, il **29,45%** PubMed.

Riviste cartacee e patrimonio

Con gli abbonamenti del 2010 la biblioteca ha mantenuto la collezione cartacea di riviste straniere che caratterizza la biblioteca del Collegio attribuendole un ruolo significativo nella rete italiana di gestione della conoscenza infermieristica.

Al 31/12/2010 erano presenti in biblioteca **165** testate di riviste così suddivise:

- **71** titoli di riviste straniere in abbonamento (inglesi - francesi - americane - canadesi);
- **24** titoli di riviste italiane in abbonamento;
- **70** titoli, circa, di riviste italiane che si ricevono in omaggio, in regime di scambio, titoli di riviste possedute fino ad una certa data perché cessate o di abbonamenti interrotti.

Si segnala che nel corso dell'anno si è lavorato per convertire, con i prossimi abbonamenti, tutti i titoli (21) della Casa Editrice Lippincott in formato elettronico, incrementandone anche il numero (31). Questa iniziativa è parte di un progetto divenuto operativo dal 2011 e che viene descritto più ampiamente su questo numero della rivista, a pagina XX.

Nel corso del 2010 la biblioteca ha inoltre fornito sperimentalmente il servizio di *Document Delivery* che richiede in regime di scambio gratuito ad altre Biblioteche articoli per uso strettamente personale, di ricerca e di studio in conformità alla legge n. 633 del 22/04/1941 e successive modificazioni ed integrazioni.

Per quanto riguarda le monografie, la biblioteca ha acquisito nel corso dell'anno **62** nuovi libri di infermieristica.

Banche dati – Cinahl e Ilisi

La biblioteca nel 2010 ha sottoscritto abbonamento alla banca dati **Cinahl** (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) nella versione "with Full text"/4 utenti simultanei. Il Cinahl è uno standard irrinunciabile per la ricerca bibliografica infermieristica perché permette di vagliare in modo completo la più ampia letteratura internazionale per uno specifico soggetto. Gli utenti che hanno consultato la banca dati presso la biblioteca quest'anno sono stati **331**, il **35,65 %** in più rispetto allo scorso anno (244 utenti), di questi, **131** lo hanno fatto autonomamente. L'incremento continuo e significativo che si registra sull'uso di questa risorsa conferma l'opportunità dell'investimento fatto fino ad ora e per il futuro per questa banca dati. Si è passati dalle 163 ricerche assistite e 81 autonome del 2009, a 200 ricerche assistite e 131 autonome nel 2010.

I dati del 2010 per la consultazione del Cinahl superano eccezionalmente quelli degli anni precedenti, in biblioteca l'estemporanea assistenza nella ricerca e nel salvataggio dei dati contribuisce all'incremento delle consultazioni "autonome". L'incremento degli accessi e il contenimento dei materiali scaricati testimonia la tendenza delle ricerche alla precisione piuttosto che al richiamo: l'accesso diretto del ricercatore alla banca dati è evidenziato infatti dalla riduzione delle risorse salvate (abstract e documenti). Nelle consultazioni assistite si tende, per motivi di tempo, a dare all'utente un insieme di risorse appropriate all'oggetto della ricerca ma da valutare e selezionare successivamente. Contributo decisivo è stata anche la continua attività didattica tenuta sull'uso delle banche dati infermieristiche.

Per la banca dati Ilisi, curata dal Collegio e resa disponibile sul sito dal 1/7/2008, si registra uno straordinario ritorno di conoscenza e utilizzo dello strumento bibliografico presso la comunità infermieristica italiana e della provincia di Roma. La banca dati è stata inoltre catalogata e linkata sui principali portali di biblioteche biomediche universitarie e non.

Attività di ricerca e formazione

Nel 2010 la commissione Biblioteca ha

continuato i suoi lavori con le professionalità presenti in commissione, sono stati infatti riconfermati tutti i membri: Carlo Turci e Matilde Napolano consiglieri, Fabrizio Tallarita, Alessandro Montevecchi, Giovanna Finocchi, Patrizia Nappini, Eleonora Bruno, Alessandra Bonfigli, Edvige Fanfera,

La commissione ha contribuito alla diffusione della conoscenza infermieristica attraverso l'ottimizzazione e l'implementazione dei servizi bibliotecari, la preparazione di eventi formativi inerenti la ricerca bibliografica, la cura e la gestione della banca dati bibliografica Ilisi.

Per l'attività formativa ha tenuto i seguenti corsi:

- *Introduzione alle banche dati infermieristiche*, edizione del 26-27/3/10;
- *L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche Corso propedeutico per la realizzazione di una banca dati bibliografica, funzionale al Progetto Ilisi*, edizione del 15-16-17/4/10;
- *La ricerca bibliografica*, edizione del 30 settembre-2 ottobre 2010 - Il modulo del Corso Metodologia della Ricerca infermieristica;
- *Bibliografia e ricerca bibliografica nelle Scienze infermieristiche: teoria e prassi per le procedure di ricerca e accesso alle risorse. Le Biblioteche e le banche dati di Nursing nel panorama nazionale e internazionale*, edizione del 29-30-1/12/10.

Il progetto Ilisi

Per la presentazione del progetto Ilisi, i referenti ed il gruppo di progetto si sono impegnati a rappresentare e diffondere l'esperienza scrivendo articoli che sono stati sottoposti all'attenzione di importanti riviste infermieristiche a carattere internazionale e che saranno prossimamente pubblicati. Inoltre, il progetto è stato presentato a livello paneuropeo e globale come testimoniato dal poster accettato per la conferenza di Sidney: *Nursing Education in a global community – collaborating and networking for the future*, 11-14 April 2010 e per il Joanna Briggs Institute 2010 Colloquium tenutosi nel Settembre 2010 a Chicago.

Nel progetto sono coinvolti tutti i membri



Rosanna Banfi e Maria Grazia Cucinotta affrancano il francobollo dedicato agli infermieri durante la maratona Race for the Cure

della commissione Biblioteca, appositamente costituita per competenze infermieristiche e biblioteconomiche, collaborano poi proficuamente Alessandro Stievano, membro della commissione Ricerca, e tutti gli indicizzatori formati tra il 2006 e il 2010.

Responsabile del progetto: presidente G. Rocco.

Referenti di Collegio: consiglieri C. Turci, M. Napolano.

Gruppo di progetto: E. Bruno, A. Bonfigli, E. Fanfera, G. Finocchi, P. Nappini, A. Montevercchi, A. Pizzalla, A. Stievano, F. Tallarita, C. Turci.

Gruppo indicizzatori: Roberta Basile, Gina Bonanni, Maurizio Brunelli, Teresa Compagnone, D'Amore Maurizia, Barbara Di Donato, Tania Diottasi, Antonio Fabretti, Barbara Gargano, Paola Gentili, Nadia Guardiani, Lorian Lattanzi, Sara Martelli, Rita Ester Monaco, Francesco Musti, Claudia Onofri, Giulia Antonina Petrangeli, Eleonora Pettenuzzo, Alessandro Pizzalla, Antonella Punziano, Carmela Regalbuto, Laura Sabatino, Laura Soldà, Silvia Sferrazza, Cinzia Toro, Daniela Trinca, Simonetta Ugolini, Pietro Vaccaro, Francesca Verde, Ysabel Mirtha Yrazabal.

Relativamente alla **Revisione periodica del Thesaurus**, l'intero gruppo dei revisori, acquisite le lacune da colmare e l'appropriatezza dei descrittori esistenti, sta lavorando su una revisione integrata di nuove categorie e descrittori.

Per la **Formazione**, si è tenuta un'edizione del Corso di indicizzazione che ha permesso di individuare persone motivate, tra queste 13 hanno completato il successivo training formativo con successo.

Per l'**Aggiornamento del software**, nel corso dell'anno il database è stato testato per la versione 4.0.; l'amministratore Tallarita ha corretto nel sistema duplicazioni di descrittori e autori.

Per l'**Indicizzazione**, tutti gli indicizzatori hanno lavorato proficuamente e sono aggiornati al distribuito, ad oggi sono stati indicizzati **2.968** articoli, corrispondenti a circa cinque/sei annate per le riviste infermieristiche.

Per l'obiettivo **Revisioni del database**, si è operato un monitoraggio continuo delle immissioni. A. Bonfigli ha controllato l'uniformità stilistica alle norme redazionali e collaborato con E. Bruno, G. Finocchi, P. Nappini, A. Montevercchi, A. Stievano, F. Tallarita e C. Turci che hanno valutato l'omogeneità nel criterio di indicizzazione utilizzato dai singoli indicizzatori nelle immissioni; hanno collaborato come revisori anche le indicizzatrici T. Compagnoni e M. D'Amore.

Per la **Presentazione del progetto** i referenti e il gruppo di progetto si sono impegnati a rappresentare e diffondere l'esperienza del Progetto Ilisi scrivendo due articoli che sono stati sottoposti all'attenzione di due importanti riviste infer-

mieristiche dello scenario italiano e internazionale come **Professioni Infermieristiche e Nurse Education Today**, gli articoli sono stati accettati per la pubblicazione e sono prossimi alla stampa. Per la **Continua fruizione pubblica del database**, la banca dati è stata sempre accessibile al pubblico.

Per la **Gestione del materiale organizzativo: anagrafica, abbonamenti, annate pregresse** è stato fatto quanto necessario perché tutti ricevessero fascicoli e pregresso in tempo utile.

Per le **Applicazioni eventuali del regolamento**, come resoconto di fine anno cinque elementi escono dal progetto perché non hanno rispettato in parte, o totalmente, o adeguatamente, l'impegno preso.

IL PORTALE DEL COLLEGIO

Di seguito, le statistiche di accesso per l'anno 2010 del sito internet istituzionale www.ipasvi.roma.it

Il totale di accessi e pagine visualizzate è di 1.758.962 per una media di 1.308,72 visite/giorno, con 188.040 visitatori unici assoluti.

Analisi comparativa globale visite rispetto all'anno 2009: + 99.852.

Il traffico diretto rappresenta il 40,75% del totale. Il 57,18% degli utenti proviene da motori di ricerca, il 2,07% da siti referenti. La provenienza geografica del traffico, mostra una preponderanza dei seguenti Paesi: Italia, Romania, Usa, Germania, Regno Unito, Spagna, Albania, Francia, Belgio, Irlanda. Accessi anche da Costa Rica, Yemen, Angola, Taiwan, Marocco, Bosnia, Senegal.

Le dieci pagine più visitate sono state: Concorsi Ip, Corsi Ecm, Concorsi Dirigenti, Master, Rivista "Infermiere oggi", Pec, Certificati online, Biblioteca, Ilisi, Collana Arcobaleno.

CONSIGLIO DIRETTIVO

Il Consiglio direttivo si è riunito **14 volte**. Per quanto riguarda le attività di controllo e i procedimenti disciplinari, i convocati ai sensi dell'art. 39 (1° Comma) del Dpr 5 aprile 1950, n. 221 - "Quando risultino fatti che possono formare oggetto di procedimento disciplinare, il presidente, veri-

ficatene sommariamente le circostanze, assume le opportune informazioni e, dopo aver inteso il sanitario, riferisce al Consiglio per le conseguenti deliberazioni” - nel 2010 sono stati 35. A seguito di queste convocazioni **sono stati avviati due procedimenti disciplinari**, di cui uno ha comportato la cancellazione. Per quanto riguarda **gli esami agli infermieri stranieri**, nel 2010 sono stati esaminati, ai fini dell'iscrizione all'albo, **135**

infermieri cittadini dell'Unione Europea (10 sessioni), per valutare la conoscenza della lingua italiana, e **132** infermieri extracomunitari (11 sessioni), per valutare, oltre alla lingua italiana, anche la conoscenza delle norme riguardanti l'esercizio professionale in Italia. Di questi, 13 infermieri comunitari e 32 extracomunitari sono risultati non idonei, pertanto dovranno migliorare la conoscenza della lingua e delle norme e sostenere un nuovo esame.

IL CENTRO DI ECCELLENZA

La *mission* generale del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è: costruire una cultura infermieristica permeata dal sapere scientifico nell'ambito della formazione, della pratica e della ricerca. La costruzione di una nuova cultura infermieristica è imprescindibile per giungere rapidamente all'affermazione e alla valorizzazione dell'Infermieristica in quanto scienza e disciplina.

Su questo fronte, il Consiglio ha preso atto dei progetti portati avanti e conclusi nel 2010 e ha deliberato gli opportuni stanziamenti per i progetti che saranno condotti nel corso del 2011.

Lo schema in pagina li riassume tutti. Alcuni, partiti nel 2010 e ancora in corso, sono comuni ad entrambe le colonne. Le schede dettagliate di ciascun progetto (presentazione, obiettivi, risultati attesi) sono state riportate all'interno del focus del numero 1 del 2010 di questa rivista.

Tutti i progetti sono distribuiti in quattro poli: il Polo per l'Istruzione, il Polo per la Ricerca scientifica, il Polo per la Formazione dei ricercatori, il Polo della Pratica clinica.

FORMAZIONE

Nel 2010, il Collegio Ipasvi di Roma ha effettuato 79 corsi di formazione, coinvolgendo 6.532 partecipanti. Il totale di crediti Ecm erogati è stato pari a 37.200, con una media Ecm erogati a partecipante pari a 5,6.

Di seguito, il dettaglio dei corsi organizzati.

Corso d'inglese scientifico di base (5 edizioni, 94 partecipanti, 34 Ecm a partecipante, totale crediti erogati: 3.196).

Corso d'inglese scientifico II livello (4 edizioni, partecipanti: 78, Ecm a partecipante: 36, totale crediti erogati: 2.808).

Corso d'inglese scientifico III livello (2 edizioni, partecipanti: 40, Ecm a partecipante: 25, totale crediti erogati: 1.000).

Ricerca benessere organizzativo (34 edizioni, partecipanti 1.427, Ecm a partecipante: 4, totale crediti erogati: 5.708).

Integrazione negli scenari emergenziali: il ruolo dell' associazionismo sanitario (2 edizioni, partecipanti: 465, Ecm a partecipante: 4, totale crediti

Progetti 2010	Progetti 2011
Costruzione di un modello per la valutazione del core <i>competence</i> infermieristico nell'esame di abilitazione professionale	
Studio e realizzazione di un sistema di classificazione e consultazione delle tesi di laurea	
Progetto di ricerca multicentrica sul benessere organizzativo degli infermieri in servizio presso le Aziende sanitarie di Roma e Provincia	
La sicurezza nell'area dell'emergenza: i requisiti quali-quantitativi della comunicazione a supporto della diminuzione del rischio di errore e della qualità	
Il rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali un'analisi multicentrica Italia-Gran Bretagna	
La continuità assistenziale nella cronicità: definizione dei bisogni educative dei pazienti e dei caregiver per la riduzione degli accessi impropri	
Studio descrittivo dei servizi di cure palliative e terapia del dolore in Italia finalizzato a individuare le forme attivate e attivabili di riduzione della sofferenza	
Qualità della vita nelle famiglie con pazienti affetti da <i>stroke</i>	
Ascoltare il silenzio – il vissuto delle donne vittime di violenza che si rivolgono alle strutture sanitarie	
	Individuazione di uno strumento finalizzato alla riduzione degli errori da somministrazione di farmaci attraverso un abbigliamento dedicato
	La responsabilità educativa nei percorsi clinico assistenziali dei pazienti in stoma terapia: formazione sul campo all'utilizzo della scheda di diagnosi
	Autovalutare lo sviluppo delle <i>core competence</i> "in progress": il Bilancio di competenza. Formazione sul campo
	Ricerca multicentrica sulla presa in carico del paziente nel percorso perioperatorio
	Costituzione presso le Aziende sanitarie di unità di Nursing Risk Management
	Linee di indirizzo per il miglioramento dell'integrazione tra infermieri stranieri provenienti dall'area sud-americana e figure professionali socio-sanitarie
	Rights and Duties in Health Care: Nurses' Rights
	Self-care nel paziente con scompenso cardiaco
Metodologia della ricerca infermieristica	Metodologia della ricerca infermieristica "blended on line"
Bibliografia e ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche: teoria e prassi per le procedure tecniche di ricerca e accesso alle risorse" (5 edizioni)	
Corsi di inglese scientifico	
Corso di inglese per la ricerca bibliografica	
	Evidence-Based Practice: produttori e utenti di evidenze
	Revisione sistematica della letteratura e metanalisi
	Migliorare la pratica clinica a partire dai risultati della ricerca scientifica
Miglioramento della pratica assistenziale attraverso l'utilizzo di infermieri clinici esperti in Evidence Based Practice	

erogati 1.860).

La gestione del team infermieristico: strumenti e metodologie (11 edizioni, partecipanti: 266, Ecm a partecipante: 7, totale crediti erogati 1.862).

Introduzione alle banche dati infermieristiche (una edizione, partecipanti: 25, Ecm a partecipante: 20, totale crediti Ecm erogati: 500).

L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche (una edizione, partecipanti: 21, Ecm a partecipante: 25, totale crediti erogati: 525).

Contributo delle professioni sanitarie, infermiere e tecnico di radiologia in ambito assicurativo e previdenziale (una edizione, partecipanti: 217, Ecm a partecipante: 4, totale crediti erogati: 868).

L'endoscopia e suoi interlocutori: assistenza infermieristica e risk management (una edizione, partecipanti: 115, Ecm a partecipante: 4, totale crediti erogati: 460).

Prevenzione e valutazione del rischio cardiovascolare (due edizioni, partecipanti: 96, Ecm a partecipante: 5, totale crediti erogati: 480).

Ambiti transculturali per l'infermiere (una edizione, partecipanti: 138, Ecm a partecipante: 5, totale crediti erogati: 690).

Dignità della persona nel fine vita SANIT (una edizione, partecipanti: 872,

Ecm a partecipante: 4, totale crediti erogati: 3.488).

Modelli organizzativi infermieristici in ospedale e qualità delle cure SANIT (una edizione, partecipanti: 799, Ecm a partecipante: 4, totale crediti erogati: 3.196).

Nuovi modelli organizzativi per l'assistenza sul territorio e qualità delle cure SANIT (una edizione, partecipanti: 789, Ecm a partecipante: 4, totale crediti erogati: 3.156).

La multiculturalità: differenti punti di vista: integrazioni e ricchezze dell'assistenza infermieristica SANIT (una edizione, partecipanti: 587, Ecm a partecipante: 4, totale crediti erogati: 2.348).

Metodologia della ricerca infermieristica I modulo (una edizione, partecipanti: 30, Ecm a partecipante: 19, totale crediti erogati: 570).

La ricerca bibliografica II modulo (una edizione, partecipanti: 30, Ecm a partecipante: 19, totale crediti erogati: 570).

Corso teorico-pratico di Blsd (una edizione, partecipanti: 9, Ecm a partecipante: 24, totale crediti erogati: 216).

Metodologia della ricerca III modulo (una edizione, partecipanti: 27, Ecm a partecipante: 19, totale crediti erogati: 513).

Corso d'inglese per la ricerca bibliografica (una edizione, partecipanti: 17,

Ecm a partecipante: 11, totale crediti erogati: 187).

Dignità della persona umana e assistenza infermieristica (una edizione, partecipanti: 187, Ecm a partecipante: 5, totale crediti erogati: 935).

Bibliografia e ricerca bibliografica (una edizione, partecipanti: 33, Ecm a partecipante: 23, totale crediti erogati: 759).

Modelli organizzativi infermieristici nel nuovo assetto sanitario (una edizione, partecipanti: 149, crediti Ecm a partecipante: 5, totale crediti erogati: 745).

Metodologia della ricerca IV modulo (una edizione, partecipanti: 23, Ecm a partecipante: 16, totale crediti erogati: 368).

Corso per istruttori di Blsd (una edizione, partecipanti: 8, Ecm a partecipante: 24, totale crediti erogati: 192).

ASSISTENZA LEGALE

L'avvocato che gratuitamente, presso i locali del Collegio in viale Giulio Cesare, presta un prezioso servizio di assistenza legale agli iscritti, nel 2010 ha gestito **205 appuntamenti in sede e 320 contatti telefonici**. Ha inviato 124 lettere per interventi legali. Tra le materie più trattate in ambito legale, spiccano le vertenze riguardanti il carico di lavoro, il riconoscimento delle competenze professionali, la legittimità di misure organizzative che incidono sul lavoro infermieristico.



I componenti del Consiglio direttivo durante Sanit insieme alla presidente della Regione Polverini e ai ministri Fazio e Meloni

La relazione del Collegio dei Revisori dei Conti

I componenti del Collegio dei Revisori dei Conti del Collegio Ipasvi di Roma: Gianfranco Del Ferraro (presidente); Stefano Di Carlo (componente) e Angelina Palumbo (componente) hanno visto ed approvato, nella seduta congiunta col consiglio direttivo del 10 marzo, il conto consuntivo 2010.

Nello specifico, esso espone le entrate di esercizio che ammontano a:

– **2.868.074,62** euro, di cui **2.548.502,87** euro rimosse e 319.571,75 euro da riscuotere.

Le uscite di servizio, invece, ammontano a: – **2.734.698,71** euro, di cui sono **2.449.705,36** euro sono pagate e **284.993,35** euro quelle da pagare.

Va segnalato un avanzo di amministrazione dell'esercizio pari a **133.375,91** euro che, sommato a quello dell'anno precedente ed inclusi gli storni dei residui, portano ad un avanzo di amministrazione totale, al 31 dicembre 2010, pari a: **1.816.450,09** euro.

Per quanto riguarda i criteri di valutazione usati nella redazione del rendiconto generale inerenti le entrate, essi sono stati:

1. sulle immobilizzazioni (di materiali, arredi e mobilio) il criterio è del costo storico e del loro, sistematico ammortamento in ogni esercizio in relazione alla loro residua possibilità di utilizzazione;
2. sui crediti da avere (le quote da riscuotere dai morosi), il criterio è il loro presumibile valore di realizzo;
3. sulle rimanenze dei beni destinati alla rivendita (opuscoli e libri), il loro costo di acquisto è il prezzo di vendita.

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

a) **Prestazioni istituzionali** (gestione e stampa della rivista "Infermiere oggi"; aggiornamenti professionali; biblioteca; posta elettronica certificata dalle quote spettanti alla Federazione) per un totale di **1.149.241,06** euro.

b) **Spese per il personale** in servizio presso il Collegio per un totale di **254.103,83** euro.

c) **Acquisto di beni e servizi** (consulenze legali, amministrative, informatiche etc.) per un totale di **195.604,24** euro.

d) **Spese per attività svolte dagli organi dell'ente** (Consiglio direttivo e dei Revisori dei Conti), per un totale di **151.033,80** euro.

e) **Spese per funzionamento degli uffici** (affitto, luce, riscaldamento, spese postali, telefoniche, pulizia, archiviazione e gestione documenti) per un totale di **253.986,72** euro.

Il conto consuntivo chiude con una consistenza di cassa di fine esercizio di **1.284.623,34** euro.

Tale disponibilità rappresenterà la quota necessaria da utilizzare per le spese del primo trimestre 2011, come per ogni esercizio di questo Ente, in attesa del rinnovo delle iscrizioni.

Durante il 2010, il Collegio dei Revisori dei Conti si è riunito per incontri periodici, mensili, e ha effettuato verifiche sulle spese affrontate, sulle attività di aggiornamento, sulle consulenze ed ha effettuato controlli "a campione" dei documenti relativi al personale e ai movimenti bancari.

In tale sede, sono state formulate osservazioni e suggerimenti, come risultanti dai verbali redatti durante ogni incontro. Da

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

Il Collegio dei Revisori dei Conti prende atto che il rendiconto dell'esercizio 2010 è stato redatto in modo chiaro, puntuale e preciso, sia per quanto riguarda le entrate che per le uscite.

Pertanto, esprime parere favorevole all'approvazione del conto consuntivo dell'anno 2010.

Di seguito, invece, il **Bilancio preventivo per il 2011**.

Esso è stato impostato per conseguire il pareggio di bilancio e prevede: entrate per **2.870.450,00** euro, con uscite pari ad **3.604.815,15** euro e l'utilizzo dell'avanzo di amministrazione per **743.365,15** euro.

Nelle previsioni, il maggior incremento delle entrate è costituito quasi totalmente dalle quote d'iscrizione, pari a **2.143.950,00** euro, corrispondenti a **28.586** iscritti e da circa **1.200** nuovi.

Per quanto attiene le uscite maggiori, vanno considerate quelle dell'anno scorso e cioè:

- quote spettanti la Federazione, la distribuzione, preparazione e stampa della rivista "Infermiere oggi"; aggiornamenti professionali e ricerca;
- spese per il personale del Collegio e per il funzionamento degli uffici e di tutta l'attività ad esso correlata;
- attività del Centro di Eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica.

Preso atto di ciò, il Collegio dei Revisori dei Conti esprime parere favorevole all'approvazione del bilancio preventivo per l'anno 2011, così com'è stato sottoposto all'assemblea degli iscritti.

Gratis per gli iscritti al Collegio di Roma l'accesso alle biblioteche digitali Cinahl, PubMed, OvidSP, Ilisi

Finalmente la Biblioteca-Centro di documentazione del Collegio inaugura la **Biblioteca digitale online** (AtoZ EBSCO), un nuovo servizio bibliografico concepito espressamente per tutti gli iscritti del Collegio. Il progetto, completato negli ultimi mesi dalla Commissione Biblioteca su mandato del Consiglio Direttivo, va a costituire nell'area autenticata del sito (la stessa dei certificati richiesti online, per accedere è necessario il PIN personale rilasciato dalla Segreteria) un portale dedicato alla fruizione delle risorse elettroniche.

Si tratta di una straordinaria aggregazione di strumenti fondamentali per la ricerca infermieristica, corredati dei *fulltext* sottoscritti o di *free fulltext* opportunamente selezionati e raccolti per il ricercatore. Il meglio della letteratura scientifica e dell'Ebn a disposizione degli iscritti che possono accedere nella massima comodità da casa, dall'ospedale o dall'altra parte del mondo, se in viaggio. L'interfaccia del portale è semplice ed intuitiva, consente di recuperare il testo integrale di articoli di cui è nota la citazione bibliografica o di intraprendere una ricerca bibliografica utilizzando le banche dati biomediche disponibili nella pagina dedicata. Una pagina del portale è dedicata ai *Tutorial*: documenti di supporto in italiano o inglese e video forniti da Ebsco e Ovid per scoprire o approfondire le funzioni e le strategie di ricerca nelle banche dati. Le risorse hanno caratteristiche proprie, tali da poter essere scelte dall'utente per preferenza personale o per le particolari e diverse fasi della ricerca scientifica. Gli *account* personali che il ricercatore può configurare in alcuni ambienti, con le attivazioni degli *alert*, diventano delle scrivanie virtuali da frequentare con assiduità per un'elaborazione continua della ricerca. L'insieme si presenta come un servizio eccellente da offrire agli iscritti per un coinvolgimento immediato nella crescita della propria professione attraverso la ricerca e la pratica dell'evidenza scientifica.

Invitiamo dunque tutti gli iscritti interessati a registrarsi nel sito www.ipasvi.roma.it, e a frequentare assiduamente la piattaforma dei servizi di ricerca bibliografica, a farla conoscere ad altri colleghi, a seguire – se necessario - i percorsi formativi proposti dal Collegio sulla Ricerca bibliografica.

In dettaglio la descrizione di tutti gli strumenti che compongono la Biblioteca digitale.

I periodici

La ricerca tra i periodici si può svolgere secondo diversi criteri: ordine alfabetico, per titolo (scrivendolo), selezionando l'argomento o attraverso la pagina di ricerca che consente di utilizzare più opzioni (parte del titolo, Issn ecc.). Individuato il titolo della Rivista, con l'indicazione delle annate disponibili, si può accedere ai full text cliccando sul titolo. A destra del titolo del periodico, poi, il link a Pubmed consente una ricerca per soggetto tra gli articoli della rivista (se indicizzata), il link al Catalogo Acnp permette di localizzare presso altre biblioteche le eventuali annate non disponibili nel database.

Collezioni di periodici disponibili:

Cinahl with Full Text (EBSCO Publishing) (611 titoli)
EBSCO Open Access Medical and Health Collection (2789 titoli)
Free Medical Journals (1762 titoli)
Geneva Foundation Free Medical Journals (557 titoli)
Lippincott Williams and Wilkins (31)
PubMed Central (Open Access) (557 titoli)
Posseduto cartaceo della Biblioteca (180 titoli)

Le banche dati

Dalla pagina dedicata è possibile accedere direttamente alle principali banche dati biomediche: Cinahl with full Text (Ebsco Publishing), Pubmed, OvidSP e Ilisi. Si evidenzia che Cinahl e in particolare Pubmed sono corredate di tutti i full text e/o informazioni disponibili (in Pubmed sono visibili a livello di abstract cliccando a destra la piccola icona verde e tonda (Linksource).

CINAHL

La banca dati "Cinahl with full Text" (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Science), strumento irrinunciabile nella ricerca infermieristica, versione con 611 riviste full text ed ulteriormente integrata, indicizza le pubblicazioni internazionali più autorevoli di infermieristica e discipline afferenti (articoli di riviste, monografie, audiovisivi, ecc.) con abstract, riferimenti bibliografici e testo integrale. Le riviste infermieristiche italiane indicizzate sono: *Professioni Infermieristiche*, *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, *International Nursing Perspectives*, *Scenario* dell'Aniarti e

L'*Infermiere* della Federazione Nazionale Ipasvi. L'accesso remoto alla banca dati consente al ricercatore, oltre a poter salvare ricerche e articoli su desktop/ pendrive/ via e-mail, la particolare utilità di creare un *account* personale (My EBSCO-HOST), con possibilità di salvare preferenze di visualizzazione dell'applicazione, salvare e recuperare la cronologia delle ricerche, organizzare/archiviare ricerche tramite cartelle, condividere le proprie cartelle con altri, visualizzare le cartelle di altri, creare avvisi e-mail e/o *Rss feed* (per acquisire nuove citazioni inserite nella banca dati pertinenti alla ricerca per la quale si è attivato l'avviso).



PubMed è il più importante indice mondiale della letteratura scientifica, sviluppato dal National Center for Biotechnology Information (Ncbi) presso la National Library of Medicine (Nlm). È accessibile gratuitamente online dal 1997, indicizza circa 5.400 riviste (pubblicate negli Stati Uniti e in più di 80 altre nazioni) fornendo citazioni bibliografiche e abstract. Medline è il suo principale database dedicato alle scienze biomediche, con citazioni dal 1950 ad oggi, che si distingue dagli altri per l'indicizzazione dei record bibliografici effettuata con il vocabolario controllato della Nlm, il Medical Subject Headings (MeSH).



OvidSP, oltre ad aggregare le pubblicazioni Lippincott sottoscritte dal Collegio ed individuabili nel pacchetto "Your Journals@Ovid" o la ricca collezione Journals@Ovid full text (i cui articoli *PayPer View* possono essere acquistati online previa specifica registrazione*), è una piattaforma di ricerca integrata con *Ovid Medline* integrato anch'esso delle risorse disponibili gratuitamente nel web. Dalla fase iniziale ed in ogni momento della ricerca base, avanzata o multicampo, sarà possibile selezionare, incrementare o limitare, la base di dati da interrogare: Medline (diviso in sezioni opzionabili: dal '47 al '65, dal '50 ad oggi, dal '96 ad oggi), *Your Journals@Ovid*, *Journals@Ovid*; porre limiti di tempo, di popolazione, tipo di documento o altro. La consultazione di *Ovid Medline* nella ricerca avanzata è

arricchita dalla funzione "Map term to Subject Headings" (è attiva solo se non sono state selezionate altre base dati) che aiuta a tradurre le parole chiave dell'interrogazione nei termini del vocabolario controllato di Medline (MeSH). L'interfaccia, in inglese, è molto amichevole e anche per questo ambiente si segnala la particolare utilità di creare un account personale: My workspace che, oltre a consentire di salvare ricerche e creare Alerts, offre la possibilità di lavorare e integrare parti dei testi full text in Power Point.



L'Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche - Ilisi - è il database tutto italiano creato dalla Commissione Biblioteca con la collaborazione di molti colleghi infermieri che dal 2007 contribuiscono al progetto indicizzando migliaia di articoli. Ilisi offre la possibilità di ricercare e consultare le schede bibliografiche con gli abstract degli articoli pubblicati in Italia.

Il database, online da giugno 2008, utilizza un software open source (Wikindex) e indicizza 30 periodici di interesse infermieristico e discipline affini: le più autorevoli riviste infermieristiche italiane, dei Collegi Ipasvi, delle associazioni infermieristiche (Aico, Neu ecc.), di bioetica, management ed economia sanitaria, epidemiologia e igiene (tutte presenti in cartaceo presso la Biblioteca). Il sistema consente una Ricerca Veloce per parole libere o attraverso i termini del vocabolario controllato di Ilisi (strutturato in categorie e *keyword*) e un'esportazione delle bibliografie nella modalità preferita.

La banca dati bibliografica creata espressamente in lingua italiana, si configura come uno strumento di ricerca all'interno della produzione della letteratura periodica scientifica e si prefigge l'obiettivo di facilitare, oltre che stimolare, la prassi della ricerca bibliografica tra gli infermieri, e renderla quindi, strumento abituale connaturato all'esercizio della professione infermieristica, e presenza autorevole all'interno del circuito delle banche dati internazionali.

(si suggerisce però di controllare sempre il catalogo della Biblioteca digitale perché molti titoli sono disponibili gratuitamente in versione elettronica e/o cartacea)*

Cure palliative e terapie del dolore Ok a nuove linee guida

La conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 16 dicembre del 2010, ha approvato un accordo tra il governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore.

L'obiettivo è garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livelli di qualità in tutto il Paese. Il modello individuato per raggiungerlo, integrato nel territorio, scompone il livello assistenziale in tre nodi complementari:

- i centri di riferimento di terapia del dolore (*hub*);
- l'ambulatorio di terapia antalgica (*spoke*);
- gli ambulatori dei medici di medicina generale che, in rete, svolgendo la funzione di triage per i centri *hub* e *spoke* ridurranno così il ricorso al pronto soccorso per la cura del dolore. Tale modello potrà essere attuato solo se alla base verrà creata una rete di medici di medicina generale in grado di fornire una prima risposta concreta alle esigenze dei cittadini, fungendo da *triage* per i centri *hub* e *spoke* riducendo così il ricorso al pronto soccorso per la cura del dolore.

In ambito pediatrico, il problema presenta criticità e peculiarità tali da rendere necessario un modello organizzativo specifico che prevede l'organizzazione di centri di riferimento di terapia del dolore pediatrici per problemi specialistici su macroarea, e l'abilitazione di pediatri ospedalieri e di famiglia (in rete con il centro di riferimento) alla gestione della ampia parte delle situazioni dolorose di più facile trattazione.

Anche in questo caso l'istituzione, con appositi provvedimenti regionali ed aziendali di una struttura specificamente dedicata di coordinamento della rete rimane una scelta strategica che

dovrà essere adottata in ogni singola Regione. In Europa il dolore rappresenta uno dei principali problemi sanitari in quanto interessa tutte le età, incide sulla qualità della vita delle persone e, in particolare nella forma cronica, si stima che abbia un'incidenza nella popolazione di circa il 25-30%.

Il dolore è tra tutti i sintomi quello che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e maggiormente angoscia e preoccupa i familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita.

Nonostante l'incremento registrato negli ultimi anni, l'Italia rimane tra gli ultimi paesi in Europa nella classifica delle nazioni che consumano i farmaci oppiacei.

Inoltre il dolore non è ancora uno dei parametri normalmente misurati negli ospedali, come la pressione del sangue o la temperatura, e non viene riportato in cartella clinica a differenza di quanto era previsto dall'accordo di conferenza Stato-Regioni del 2001 riguardante il progetto "Ospedale senza dolore".

Proprio il progetto "Ospedale senza dolore", all'infuori di poche realtà regionali non è decollato concretamente come si auspicava e per questo motivo è stato elaborato un modello assistenziale nazionale che potesse fornire risposte tali da superare le criticità attualmente esistenti.

Con il progetto complessivo di una rete assistenziale per le cure palliative e la terapia del dolore si è cercato di riorganizzare e sistematizzare l'esistente al fine di ottenere una maggiore facilità di accesso alle risorse assistenziali disponibili, in particolare rafforzando l'offerta assistenziale nel territorio per il paziente adulto e pediatrico.

L'accordo integrale è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 13 del 18 gennaio 2011 ed è reperibile on line, all'indirizzo www.regioni.it

IN PILLOLE

Epatite C, arriva il monitor-test

In arrivo un test capace di rivelare se le cure per tenere sotto controllo il virus dell'epatite C sono adeguate e se funzionino.

In questo modo, si potranno valutare meglio le possibilità di guarigione di ogni paziente.

Il nuovo metodo è stato sviluppato dall'azienda americana Rules-Based Medicine e messo a punto grazie al lavoro delle equipe francesi dei centri di ricerca Inserm, Cnrs, dell'istituto Pasteur e dell'università Descartes di Parigi.

Il test, che sarà disponibile sul mercato nel secondo semestre del 2011, si basa sull'identificazione nel siero del paziente, prima dell'inizio del trattamento, di una forma della proteina Ip-10, così come riferisce il Journal of Clinical Investigation.

L'epatite C, oggi, è fra le principali cause di malattia cronica virale del fegato e proprio il virus è la causa principale dei tumori epatici primitivi. Non esiste alcun vaccino e circa l'80% di chi si infetta sviluppa la malattia.

Da qui, il tentativo dei ricercatori di mettere a punto un sistema di previsione, attraverso il vaccino, che, oltre a migliorarne la diagnosi e la cura di questa patologia del fegato, potrà essere utile anche per valutare i trattamenti di altre malattie infiammatorie infettive.

Un decalogo contro il boom dei parti cesarei

Troppi parti cesarei in Italia frutto di scelte terapeutiche poco appropriate. È lo scenario che ispira la decisione maturata nella Conferenza Unificata Stato-Regioni il 16 dicembre 2010, che ha varato un Accordo con valore di legge (pubblicato sulla Gazzetta ufficiale del 18/1/2011 – Serie generale n.13) fissando così le linee guida per la riduzione dei cesarei, il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso di nascita. I dati epidemiologici nazionali descrivono un ricorso al parto cesareo di gran lunga superiore a quello praticato o negli altri Paesi a sanità avanzata. Si legge nel dispositivo dell'accordo: "L'eccessivo ricorso al taglio cesareo ha portato l'Italia ad occupare il primo posto tra i Paesi Europei, superando i valori europei riportati nel rapporto Euro-Peristat sulla salute materno-infantile del dicembre 2008. L'Italia detiene la percentuale più elevata pari al 38%, seguita dal Portogallo con il 33%, mentre tutti gli altri Paesi presentano percentuali inferiori al 30% che scendono al 15% in Olanda e al 14% in Slovenia. In Italia si è passati dall'11,2% del 1980 al 29,8% del 1996 ed al 38,4% del 2008 con notevoli variazioni per area geografica (23,1% in Friuli-Venezia Giulia e 61,9% in Campania) e presenza di valori più bassi nell'Italia settentrionale e più alti nell'Italia centrale e meridionale". La conferenza Stato Regioni ha quindi censurato l'eccessivo ricorso al cesareo sottolineandone i rischi: "In Italia, nel 2008 - recita ancora il dispositivo dell'Accordo - sono stati effettuati circa 220.000 interventi di taglio cesareo, con un costo umano ed economico non trascurabile: il rischio di morte materna è infatti di 3-5 volte superiore rispetto al parto vaginale e la morbilità puerperale è 10-15 volte superiore". E inoltre: "I punti nascita con un numero di parti inferiore a 500, privi di una copertura di guardia medico-ostetrica, anestesiológica e medico-pediátrica attiva h24, rappresentano ancora una quota intorno al 30% del totale e sono presenti, in particolar modo, nell'Italia centrale e meridionale. (...) In queste unità operative, deputate all'assistenza del parto in condizioni di fisiologia, dove sarebbe ragionevole attendersi una minore prevalenza di patologie, si eseguono più cesarei (50%), mentre nelle unità operative più grandi e di livello superiore dove c'è concentrazione elevata di patologia, il tasso di cesarei è molte volte inferiore, sebbene la variabilità sia ampia". In linea con quanto stabilito dal Patto per la Salute 2010-2012 e con le più recenti disposizioni in merito del ministero della Salute, la Conferenza Unificata Stato-Regioni ha quindi stilato un Programma nazionale articolato in 10 linee d'azione per affrontare il problema. Si tratta di indicazioni piuttosto dettagliate e corpose, integralmente specificate negli allegati che costituiscono parte integrante dell'Accordo. Proviamo a sintetizzarle.

1) Misure di politica sanitaria e di accreditamento: riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno prevedendo l'abbinamento delle UU.OO ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologico-pediátriche; attivazione del sistema di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN);

adozione di procedure di accreditamento delle strutture sulla base dei requisiti relativi ai differenti livelli di assistenza ostetrica e neonatale; strategie di disincentivazione economica oltre la soglia di appropriatezza; adeguamento delle reti consultoriali e degli organici; presenza di obiettivi specifici nella valutazione dei direttori generali, dei direttori di dipartimento e di Uoc.

- 2) Carta dei servizi per il percorso di nascita:** sviluppare una Carta dei servizi specifica per il percorso di nascita contenente informazioni utili sull'operatività dei servizi, le modalità assistenziali, l'umanizzazione del percorso, sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale per la dimissione protetta.
- 3) Integrazione territorio-ospedale:** garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale; favorire la gestione delle gravidanze fisiologiche presso i consultori; assicurare l'utilizzo di una cartella gravidanza- parto-puerperio integrata tra territorio e ospedale; garantire la diffusione di corsi di accompagnamento alla nascita; favorire dimissioni protette delle puerpere e dei neonati.
- 4) Sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica:** elaborazione, stesura e diffusione di linee guida operative destinate ai professionisti coinvolti.
- 5) Programma di implementazione delle linee guida:** individuazione e trattamento delle criticità e sviluppo di percorsi clinico-assistenziali aziendali per la riduzione dei cesarei.
- 6) Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso di nascita:** adesione a progetti di monitoraggio di eventi-sentinella, eventi avversi, near miss e relativi audit.
- 7) Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto:** promozione di procedure assistenziali, farmacologiche e non, per il controllo del dolore; definizione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi per la partoanalgesia.
- 8) Formazione degli operatori:** rendere prioritari, nell'ambito dell'Ecm aziendale e regionale, percorsi di formazione di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso di nascita; promuovere l'audit clinico come strumento di valutazione della qualità dei servizi e delle cure erogate; promuovere una effettiva integrazione della funzione universitaria didattica con gli ospedali di insegnamento; promuovere un percorso strutturato per l'inserimento dei nuovi assunti.
- 9) Monitoraggio e verifica delle attività:** adottare sistemi di monitoraggio capaci di definire le ricadute cliniche e assistenziali delle attività attraverso indicatori misurabili.
- 10) Istituzione del Coordinamento permanente per il percorso di nascita (Cpn)** con il coinvolgimento delle Direzioni Generali del Ministero della Salute, delle Regioni, delle Province autonome e delle altre istituzioni sanitarie nazionali.

La polemica con i medici, il dramma di Maricica e le "solite" infermiere sexy

Ancora luci e ombre dall'intermittente accensione dei riflettori mediatici sulla professione infermieristica. Anche nell'ultima parte del 2010, i mezzi d'informazione si sono concentrati sui malanni della sanità nazionale, consegnati in tutta la loro drammaticità al nuovo anno.

Tanto più a Roma e nel Lazio, dove gli effetti del piano di riordino sanitario e il perdurante blocco del *turn over* creano situazioni di fortissimo disagio rilanciate dai media con enfasi drammatica.

Come sempre, è la cronaca a prendere il sopravvento sulla scena: l'emergenza personale e l'insufficienza delle strutture si aggiungono ai disservizi vari, allungando la scia di "malasanità" che si trascina ininterrotta dall'estate.

Scoppia il caso Tor Vergata dopo un servizio tv di **Italiauno**.

IL TEMPO **Il Tempo** (20/11/2010) titola: "Corsi stracolme e ambulanze ferme". Si legge: "Studio Aperto manda in onda il video-denuncia sulla situazione drammatica del Policlinico di Tor Vergata. La telecamera nascosta mostra pazienti ammassati nei corridoi del pronto soccorso su barelle e letti di fortuna. Infermieri e dottori utilizzano le lettighe delle ambulanze per «parcheggiare» i malati. Così i mezzi del 118 non possono essere operativi in caso di emergenze".

Poi anche il caso dei pazienti affamati. "In corsia un malato su

CORRIERE DELLA SERA quattro rischia di patire la fame", scrive **Il Corriere della sera** (21/11/2010) a proposito di una ricerca effettuata in Italia. Il servizio spiega: "Senza il necessario supporto dietetico guarire diventa più difficile. Molte persone risultano malnutrite. Uno studio denuncia la poca attenzione allo stato di malnutrizione dei ricoverati al momento di un ricovero, ma tre quarti di queste non ricevono i trattamenti dietetico-nutrizionali di cui avrebbero bisogno. Anzi, in molti casi, il loro stato di malnutrizione non viene neanche notato. E un dato preoccupante, che emerge da uno studio osservazionale (Pimai-Project Iatrogenic Malnutrition in Italy) realizzato in diversi ospedali italiani dotati di un Servizio di dietetica e nutrizione clinica, da Bolzano a Catania, sotto il patrocinio della Federazione delle Società italiane di nutrizione (Fesin)".

Sono state coinvolte oltre 1.500 persone ricoverate nei reparti medici e chirurgici, ed è emersa, così, la scarsa sensibilità che medici e infermieri hanno nei confronti dello stato di nutrizione dei pazienti, non solo al momento in cui entrano in reparto, ma anche durante la degenza".

Intanto, a Roma si combatte con le ambulanze ferme.

Cinque **Cinque Giorni** (23/11/2010) titola: "L'Ares 118 è alla paralisi: bloccate ventuno ambulanze". Aggiunge: "L'Ares 118 è alla paralisi. Ieri alle 12 erano bloccate nei pronto soccorso degli ospedali romani 21 ambulanze. Il motivo del blocco è rappresentato dal superaffollamento dei Pronto soccorso e la mancanza di barelle per liberare quelle dei mezzi Ares che altrimenti restano fermi. Il gruppo Consiliare regionale del Pd denuncia una situazione che si trascina da giorni. Lo scorso 10 novembre, mentre venivano consegnate quattro nuove automediche, evento presentato come l'inizio di una nuova era per il 118, un mezzo Als con medico a bordo ha superato la durata di fermo restando bloccato nel Pronto Soccorso del Policlinico per oltre 15 ore. In pratica è stato fermo dalla notte di martedì fino a mercoledì pomeriggio, purtroppo in buona compagnia poiché nella stessa giornata di mercoledì erano ferme dalle 14 alle 18 ambulanze dell'Ares 118".

Dal Friuli rimbalza la notizia di una sentenza che fa discutere.

IL GAZZETTINO La riferisce **Il Gazzettino** (23 novembre 2010):

"Infermiere con l'ernia, dirigenti d'ospedale assolti". Il caso minaccia di fare scuola: "Pordenone - Dopo un lungo processo sono stati scagionati i due ex dirigenti generali dell'Azienda ospedaliera Santa Maria degli Angeli accusati di lesioni colpose per non aver formato adeguatamente un infermiere in merito alla prevenzione degli infortuni. Il procedimento era stato segnalato alla Procura nel 2002, d'ufficio, quando l'Inail esonerò dal lavoro l'infermiere per via di un'ernia al disco lombare. Secondo l'accusa, i due ex dirigenti non avrebbero assicurato l'adeguata formazione agli infermieri che spostavano carichi pesanti. È stato un processo complesso, dove si sono intrecciate diverse consulenze tecniche. (...) Il giudice ha assolto entrambi i dirigenti perché il fatto non sussiste".

Chi l'ha detto che i pazienti non sono riconoscenti con il personale sanitario che li assiste?

La storia accade a Roma. **Il Tempo** (23/11/2010) la racconta così: "Grazie all'ospedale con 2500 dollari. Turisti americani ringraziano il personale del San Paolo". «Non capita tutti i giorni a un ospedale pubblico vedersi recapitare per posta un assegno a titolo di ringraziamento per un'attività svolta, magari svolta allo stesso modo di altre centinaia, migliaia di volte. Stavolta però è successo all'Ospedale San Paolo che alcuni giorni fa tra la corrispondenza ha ricevuto con stupore una lettera di elogio e di ringraziamenti dagli Stati Uniti, con allegato un assegno di 2500 dollari a titolo di contributo da utilizzare per qualcosa che

sia ritenuto necessario ». A comunicarlo è la stessa Asl RmF. «Si tratta - prosegue - dell'insolita forma di ringraziamento utilizzata da una coppia di crocieristi provenienti dalla Florida che, in estate, hanno fatto tappa al porto di Civitavecchia. Un problema di salute per la signora che, immediatamente trasportata in ospedale (dove sono state effettuate le indispensabili indagini diagnostiche), è stata trattata dagli specialisti del nosocomio fino alle dimissioni e alla ripartenza verso gli States. E qualche giorno fa la lettera di ringraziamento e di elogio a medici, operatori, infermieri e tecnici, oltre a 2500 dollari". Ma è ancora l'esposto della Federazione dei medici dell'Emilia Romagna alle Procure di Bologna e di Firenze contro i nuovi modelli organizzativi dell'emergenza ad agitare le acque. L'utilizzo di infermieri specificamente formati per la gestione di alcune emergenze e per la fase chirurgica pre-operatoria scatena la reazione risentita di alcuni Ordini provinciali dei medici e l'approvazione di altri.

Il caso fa gridare a una nuova "guerra" fra medici e infermieri; se ne occupano a profusione i maggiori quotidiani, le tv, le radio, i siti web di settore.

La Federazione Ipasvi riunisce il Consiglio sulla questione e prende posizione. Ne riferisce, fra gli altri,

Doctor33 **Doctornews33.it** (25/11/2010):
"Medici-infermieri, Ipasvi contro esposto

Ordine Bologna". Nel servizio: "Sostegno e solidarietà agli 'infermieri-medici' coinvolti nei progetti approvati dalle Regioni Toscana ed Emilia Romagna per migliorare l'efficacia dei servizi di pronto soccorso e ridurre le attese dei cittadini: è quanto esprime il Consiglio della Federazione nazionale dei colleghi infermieri (Fnc Ipasvi), convocato in assemblea straordinaria per analizzare l'esposto presentato dall'Ordine dei Medici di Bologna alle Procure di Bologna e Firenze e definire la conseguente risposta della professione infermieristica. La contestazione, definita «retriva» di una parte del mondo medico, «sorprende soprattutto» - commenta in una nota la Fnc/Ipasvi - perché il progetto sotteso al modello organizzativo 'See & T treat', ad oggi in corso di sperimentazione, non contiene sostanziali elementi di novità rispetto a ciò che gli infermieri italiani fanno già dagli anni '90: ne formalizza unicamente le funzioni e le responsabilità sulla base di specifici protocolli condivisi tra medici e infermieri, oltre a definire i correlati e puntuali percorsi formativi. Oltre a esprimere solidarietà agli infermieri, la Fnc/Ipasvi ribadisce che «gli obiettivi principali degli infermieri sono la qualità e la personalizzazione dei servizi sanitari rivolti alla persona», sottolinea che «le attività in fase di sperimentazione sono svolte nel pieno rispetto delle leggi nazionali e degli orientamenti regionali e aziendali» e chiede di «proseguire in un confronto aperto e costruttivo che punti alla condivisione di valori, obiettivi e percorsi operativi».

Una settimana dopo, la presa di posizione della Federazione ottiene grande risalto su **Il Sole 24 Ore Sanità** (3/12/2010), che titola: "Infermieri: l'Ipasvi difende il see& treat".

Prende spunto proprio dal caso in questione l'inchiesta in due puntate pubblicata dal quotidiano specializzato **Qs** (30/11/2010) intitolata "Infermieri d'Italia: quanti sono e cosa fanno", uno spaccato della realtà professionale tra criticità, buona volontà e tanta umanità.

Recita il sommario della prima uscita: "Com'è e come sta cambiando la professione infermieristica? Perché suscita tra i medici i timori di una invasione di campo? Cosa vogliono gli infermieri italiani: più potere o più soldi? (...) Un viaggio nel mondo degli infermieri e, in questa prima puntata, traccia un identikit della professione".

Sullo stesso numero di Qs da segnalare anche i servizi "Infermieri: il manager dei letti", "Infermieri: giovani e vecchi" e "Tutti i numeri della professione".

Italia Oggi **Italia Oggi** (27/11/2010) conferma ancora che quella infermieristica è tra le professioni più ricercate sul mercato del lavoro.

Il quotidiano economico lo ribadisce in un resoconto sulla presentazione dell'ultimo Rapporto Cresme: "Professioni, la mappa dei bisogni". Si legge: "Il mercato ha bisogno di più attuari, consulenti del lavoro e infermieri. E meno di avvocati, architetti e psicologi. Parte dall'esigenza di colmare questa asimmetria il progetto del Comitato Unitario delle Professioni di realizzare la «mappa dei fabbisogni delle professionalità».

Il Messaggero **Il Messaggero** (29/11/2010) riferisce di un bell'esempio di cooperazione sanitaria internazionale.

Arriva dalla Asl di Viterbo. Il quotidiano titola "Missione di infermieri e medici in Bolivia". E spiega: "Missione in Bolivia per dieci tra medici e infermieri della Asi viterbese. Fino al 15 dicembre opereranno a Santa Cruz de la Sierra per eseguire interventi chirurgici, visite specialistiche e consulenze specialistiche (endocrinologiche e diabetologiche, pediatriche e cardiologico-pediatriche) alla popolazione locale. (...) Gli operatori eseguiranno in media 15-20 interventi al giorno di chirurgia generale e laparoscopica, anche allo scopo di aggiornare i medici e gli infermieri locali. Molto importante anche l'attività scientifico-universitaria che prevede lezioni, relazioni e convegni sulle patologie tiroidee, diabete, cardiologia pediatrica e sulla chirurgia della parete addominale".

Sul finire di novembre scoppia a Milano il caso del "quarto d'ora rubato".

La Repubblica **La Repubblica** (30/11/2010) lo racconta così: "Al San Paolo sciopero in vista per la battaglia del quarto d'ora". Si legge: "All'Ospedale San Paolo la chiamano 'la guerra della vestizione' o 'guerra del quarto d'ora'. La Cgil, che ha proclamato uno sciopero di 24 ore per venerdì, rivendica il diritto di infermieri e tecnici di laboratorio, oltre 600, di spogliarsi e indossare la divisa dopo aver timbrato il cartellino. Un rito che richiede dai 12 ai 15 minuti, attualmente «a carico del laboratorio», mentre negli altri ospedali di Milano, questo diritto è ampiamente riconosciuto".

Il quotidiano economico **Italia Oggi** (2/12/2010) torna ad occuparsi di infermieri riferendo dello stato di salute della cassa previdenziale Enpapi: "Cassa degli infermieri. Il Consiglio di indirizzo generale dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza della professione infermieristica ha approvato il bilancio di previsione 2011 e il bilancio tecnico. Il Consiglio ha definito, inoltre, per l'anno 2010, la misura del contributo di maternità, confermandola a 55,00 euro. Sono stati infine presentati il bilancio sociale, il codice etico, la carta dei servizi e la guida ai servizi che rappresentano il presente, il passato e il futuro dell'ente".

È ancora il confronto politico ad agitare le acque con la sortita della Lega Nord a Milano.

Titola **La Repubblica** (4/12/2010): "Stop agli infermieri stranieri - La Lega: incentivi agli italiani". E aggiunge: "In Provincia si arena il piano contro l'emergenza in corsia. In tutta la Regione mancano all'appello 8 mila infermieri, di cui la metà a Milano e provincia. Ma, proprio in Provincia, la Lega blocca un provvedimento per l'assunzione di infermieri: stranieri, soprattutto, perché di italiani con la "vocazione" ormai non ce ne sono quasi più".

Il giorno successivo **Il Messaggero** scrive: "La Lega: niente incentivi agli infermieri stranieri". E **La Padania** dà la sua versione: "Stop agli infermieri stranieri, prima gli italiani".

Un brutto episodio avvenuto al San Filippo Neri di Roma guadagna titoli cubitali dei giornali, collegamenti e lunghi reportage televisivi. Un giovane muore durante un intervento chirurgico ed i familiari si scagliano fisicamente contro i medici e gli infermieri in servizio.

il Giornale (5/12/2010) scrive: "Muore sotto i ferri. I famigliari picchiano i medici". Spiega nel servizio: "Hanno aggredito l'equipe medica che aveva operato il figlio quando hanno appreso che questi era morto durante l'intervento chirurgico. (...) I genitori del paziente (aveva 29 anni) aspettavano nella sala d'attesa l'esito dell'intervento chirurgico di asportazione della milza. Quando i medici sono usciti per spiegare la situazione è esplosa la violenta rabbia dei parenti del ragazzo. C'è voluto l'intervento della polizia per bloccarli. «Intorno alle 10, quando il chirurgo, l'anestesista e un infermiere - ha spiegato il direttore sanitario dell'ospedale - sono andati a comunicare la notizia, naturalmente con tutto il tatto richiesto dal caso, sono stati colpiti in maniera abbastanza violenta: due di loro hanno avuto una prognosi inferiore a dieci giorni e l'altro una frattura al naso»".

Il mondo dell'informazione, spesso distratto, si accorge di quanto sia difficile vivere la sanità in prima linea. Della vicenda si occupano praticamente tutti i media per una settimana.

Il Corriere della Sera invita a riflettere su "Quella tensione che si respira in corsia". **Il Messaggero** (6/12/2011) aggiunge: "San Filippo Neri, sanitari in trincea: «Intorno a noi un clima di veleni»". Gli fa eco il **Corriere della sera** (7/12/2010): "Clima avvelenato in corsia, facciamo tutti un passo indietro".

Accade di tutto: anche che una Asl raccomandi per iscritto a

medici e infermieri impone di non fare uso di cocaina mentre sono in servizio. Il caso si veste subito da scoop, troppo "pruriginoso" per non ricamarci un po' su. La ribalta è mediatica garantita.

Libero (11/12/2010) scrive: "Camici bianchi col viziato. La Asl scrive ai dottori: «Basta coca sul lavoro». I medici sniffano e la direzione di un ospedale del Leccese fa una circolare: «Durante il turno siete pregati di astenervi»".

Il Corriere della sera (12/12/2010) titola: "Un test anti-cocaina per i medici". E spiega: "Nuova lista del governo: oltre a piloti e autisti, sotto controllo dottori e infermieri. Non sniffate in servizio. Mentre arriva dal governo il via libera per i test antidroga, soprattutto cocaina, anche per medici, infermieri e ostetriche, nell'ospedale Santa Caterina Novella a Galatina, nel leccese, viene distribuita una circolare con scritto: «Il personale deve astenersi durante gli orari di lavoro dall'uso di cocaina». Ora il documento è nelle mani della Procura".

Della giovane collega romana Maricica e di come si possa morire per una banale lite in una stazione della metropolitana non parla più nessuno.

Se ne ricorda però **Il Messaggero** (19/12/2010) quando, poco prima di Natale, nel punto in cui è avvenuta la tragedia compare un addobbo speciale: "Un albero di Natale per Maricica" è il titolo.

Si legge: "Tra i numerosi alberi di Natale allestiti in questi giorni in ogni angolo della città, uno, alla stazione della metropolitana di Anagnina, ha un valore particolare. «Questo albero di Natale - spiega il presidente dell'Associazione Amici di Cinecittà - vuole essere un modo semplice per ricordare Maricica Hahaianu, l'infermiera romana morta il 15 ottobre scorso dopo un'aggressione»".

A proposito di colleghi stranieri, il **Corriere della sera** (19/12/2010) pubblica un interessante aggiornamento statistico. Il titolo è: "In continua crescita la quota di infermieri stranieri in Italia". Scrive: "Nel nostro Paese lavorano oggi circa 35 mila infermieri stranieri iscritti all'albo, pari al 10 per cento del totale. La maggioranza sono romeni e polacchi. Tra i non comunitari la quota più consistente proviene da Centro e Sud America, India, Filippine e Brasile. Tra quelli che arrivano dall'Africa, la fetta più grossa appartiene ai Paesi del Maghreb. Lo indica un rapporto dell'Amref sulla cooperazione sanitaria. In Italia, la carenza di questa figura professionale è stimata in 60 mila unità e questa grave carenza spiega il forte bisogno di personale formato all'estero. «Il ruolo degli infermieri stranieri è ormai fondamentale per la tenuta del sistema sanitario», si legge nel documento".

A fine anno, nelle ristrettezze economiche generali, suscita scalpore il via libera della Regione Sicilia a quattromila assunzioni nel comparto sanitario. Fra questi oltre mille infermieri. Giornali e tv si scatenano. Il coro è unanime: uno scandalo!

Il Sole 24 Ore (29/12/2010) spiega: "È arrivato ieri da Palermo l'annuncio di un'ondata da 4 mila assunzioni, in tempi brevissimi: i primi bandi saranno pubblicati il 31 dicembre, e chiamo-

ranno a raccolta 1.097 dirigenti medici e 1.420 dipendenti del comparto (1.138 infermieri, 117 tecnici di radiologia, 105 fisioterapisti e 60 ostetriche). L'annuncio della giunta Lombardo avvia così 4 mila assunzioni per la sanità".

Dal canto suo, **Libero** (29/12/2010) sentenza: "Sprechi senza fine - La sanità costa 1 milione l'ora e la Sicilia assume 4000 precari. Si aggiungono ai 52.184 dipendenti. Tredici i milioni spesi in consulenti esterni".



Per **Il Fatto Quotidiano** (5/1/11) il conto è ancor più oneroso e titola: "Assunzioni per tutti". Scrive: "La Sicilia, cioè la regione d'Italia con più dipendenti, assume qualche altro migliaio di persone. Medici, infermieri, personale paramedico. I numeri fanno sobbalzare. Quasi 5000 nuovi ingressi. Di cui tremila lavorano già con contratti a tempo determinato. Difficile non pensare che si tratti di clientelismo pre-elettorale".

Il Giornale (6/12/2011), in un editoriale di fuoco, aggiunge: "Cara Sicilia, adesso le assunzioni pagatele da sola".

La cronaca non risparmia spunti che pongono la figura dell'infermiere sotto una luce positiva agli occhi dell'opinione pubblica, della serie: meno male che esistono gli infermieri!

È il caso dell'episodio capitato a Merate all'inizio del nuovo anno e riportato con ampio risalto da **La Provincia di Lecco** (5/1/2011): "Vanno al mercato, salvano l'ambulante". Si legge nell'articolo: "Infermiere a spasso per il mercato salvano la vita a un ambulante colpito da attacco cardiaco. È alla sua buona stella e a due infermiere del pronto soccorso e della cardiologia dell'ospedale Mandic che deve la vita E. V., 72enne di Giussano, andato in fibrillazione cardiaca mentre si trovava dietro il suo bancone al mercato di Merate. Poco dopo mezzogiorno il suo cuore ha cominciato a fare capricci. Pochi istanti dopo, tra la folla impietrita, si è accasciato al suolo. Per sua fortuna, proprio in quell'istante da piazza Prinetti stavano passando due infermiere del pronto soccorso...".

Buone notizie anche da **Libero** (4/1/2011), che titola: "Tremila euro regalati a chi si lava le mani". La vicenda avviene a Milano. Scrive il quotidiano: "Alla clinica Mangiagalli la direzione ha proposto un premio di 3000 euro all'anno alle infermiere e al personale medico per lavarsi le mani con attenzione. A parte il fatto che medici e infermieri sono obbligati a lavarsi sempre le mani, chi controllerà che tutti si puliscano bene? Ci sarà un addetto apposito o tutti diranno di aver fatto i bravi per intascare il bonus?".

Il nuovo anno si apre all'insegna dell'allarme, ormai fisso, per la carenza di infermieri.

Nel Lazio, con la progressiva chiusura di diversi ospedali, la situazione si fa ancor più critica nelle strutture che restano e dove si riversa un'utenza più vasta.

La stampa rilancia con frequenza pressoché quotidiana i disagi e i disservizi che si verificano negli ospedali di Roma e della regione a causa della carenza di personale sanitario, infermieri in primis. Emblematico il caso dell'Ospedale Grassi.

Il Messaggero (9/1/2011) scrive: "Pronto soccorso in emergenza, turni di 18 ore per gli infermieri". Il quotidiano romano

spiega nel servizio spiega: "Tre infermieri costretti a lavorare per diciotto ore di seguito in un pronto soccorso preso d'assalto dalle emergenze con ben 164 prestazioni nell'arco di una giornata. Scatta al 'Grassi' l'allarme per la carenza di personale: la pianta organica cronicamente carente di infermieri e di ausiliari, è messa a dura prova dallo stress del superlavoro e dall'ondata influenzale. Due i fronti sui quali si registrano i problemi principali: il pronto soccorso e le camere operatorie".

Non mancherebbero le infermiere, invece, anche se fasulle, nelle "notti di Arcore" che, a metà gennaio, irrompono sulle prime pagine dei quotidiani e sulle tv di mezzo mondo.

L'inchiesta che coinvolge il presidente del Consiglio riserva alla nostra professione un brutto risvolto, con la pubblicazione di stralci d'intercettazioni telefoniche.

La Federazione Ispavi reagisce duramente e le agenzie di stampa rilanciano lo sdegno e la protesta della presidente Annalisa Silvestro.



Il dispaccio della **AdnKronos** (19/1/2011) è il più completo: "Ragazze con divise da infermiera nelle notti di Arcore? Gli 'angeli della corsia' non ci stanno, e di fronte alle notizie che rimbalzano sulla stampa nelle pagine dedicate al cosiddetto 'caso Ruby' esprimono «disagio e amarezza» per «un uso del tutto indecoroso di uniformi da infermiera che sarebbe avvenuto nel corso di incontri a sfondo erotico nei quali sarebbe stato coinvolto il presidente del Consiglio», Silvio Berlusconi.

A sfogarsi, in una nota ufficiale, è proprio la presidente Silvestro, che «come donna e come infermiera» esprime «una profonda amarezza per quanto emerso e solidarietà alle donne poliziotto, altrettanto tristemente coinvolte in una spirale di vicende prive di ogni decoro. Se i fatti riportati venissero confermati - afferma Silvestro -, saremmo di fronte ad una grave offesa alla dignità della figura e dell'immagine di un grandissimo numero di infermiere che ogni giorno, tra mille difficoltà, lavorano per assicurare l'assistenza ai pazienti e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale. L'uniforme dell'infermiere - sottolinea la presidente - è il simbolo di competenze professionali acquisite in anni di studio e dell'impegno che ciascun infermiere assume nei confronti dei pazienti». Pertanto, conclude Silvestro, «non è accettabile che la si ridicolizzi ed umili in contesti degradanti, a maggiore ragione se si ricoprono cariche pubbliche alle quali fa capo, direttamente o indirettamente, la responsabilità di indirizzare il Ssn»".



Ci pensa, infine, **RepubblicaTv** (21/1/2011), il canale on line di Repubblica.it, ad infiocchettare il caso con un malizioso servizio filmato dal titolo "L'incontenibile passione per l'infermiera sexy", nel quale si ripercorrono 30 anni di successi televisivi legati alla figura dell'ammiccante infermiera tutto sesso e trucco, dalle pubblicità più in voga alle trasmissioni di intrattenimento più fortunate. Un'occasione per riderci un po' su, ma anche per riflettere sul livello demenziale raggiunto dai modelli culturali che i media continuano ancora oggi a propinarci.

Le cure sanitarie all'estero

Prima di proseguire l'argomento avviato nello scorso numero, almeno un cenno merita l'avvenuta approvazione della nuova normativa che regola il diritto dei pazienti alle cure mediche in un altro paese dell'Unione europea, chiarendo le modalità di rimborso e i casi che richiedono un'autorizzazione preventiva.

Le nuove norme votate a larga maggioranza dal parlamento europeo stabiliscono che i cittadini dell'Unione europea possono essere rimborsati per l'assistenza medica che ricevono in un altro Stato membro, a condizione che il trattamento e i costi sarebbero stati normalmente coperti nel loro paese.

Le autorità possono esigere che i pazienti richiedano un'autorizzazione preventiva per i trattamenti che necessitano di un ricovero ospedaliero o di cure sanitarie specializzate.

Ogni rifiuto dovrà essere giustificato in base ad un elenco ristretto di motivi.

Ogni paese deve designare un "punto di contatto" per fornire informazioni ai pazienti che potrebbero essere interessati alla ricerca di cure all'estero. I punti di contatto forniranno anche assistenza in caso di problemi.

La ricerca di cure sanitarie all'estero potrebbe avvantaggiare soprattutto i pazienti inseriti in lunghe liste d'attesa, o quelli che non sono in grado di trovare cure specialistiche.

Sono state infine rafforzate le disposizioni per la cooperazione in materia di malattie rare.

Il testo approvato è il risultato di un accordo raggiunto con il Consiglio, che deve ancora dare la sua approvazione formale, che una volta giunta darà agli Stati membri trenta mesi di tempo per apportare le necessarie modifiche alla loro legislazione nazionale. (Fonte: www.europarlamento24.eu)

IL COLLEGATO LAVORO E LE MODIFICHE ALL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO INFERMIERISTICO

Nello scorso articolo abbiamo cominciato ad esaminare le modifiche che il "collegato lavoro" (legge n. 183/10) ha apportato al rapporto di lavoro infermieristico, analizzando le tematiche concernenti il lavoro sportivo internazionale, l'orario di lavoro, la mobilità triennale, il trattamento dei dati personali ed il part-time.

Proseguiamo, dunque, la nostra analisi, esaminando altre fattispecie significative.

Aspettativa (art. 18)

L'articolo 18 dispone che i dipendenti pubblici possono chiedere un periodo di aspettativa non retribuita e senza diritto all'anzianità di servizio, massimo per dodici mesi, anche per avviare attività professionali e imprenditoriali. L'aspettativa è concessa

dall'amministrazione, tenuto conto delle esigenze organizzative, previo esame della documentazione prodotta dall'interessato. Durante l'aspettativa non si applicano le disposizioni in tema di incompatibilità finora previste per i dipendenti pubblici dall'articolo 53 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 23-bis del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni in tema di mobilità tra pubblico e privato. Si assiste, pertanto, ad un ampliamento degli istituti contrattuali che già prevedono la possibilità per gli infermieri di prendere un periodo di aspettativa per fare esperienza lavorativa in altri comparti della Pubblica Amministrazione e in settori privati, estendendo tale possibilità anche all'attività imprenditoriale.

Misure atte a garantire pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche (art. 21)

È stato integrato in più parti, dall'articolo 21, il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in tema di ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche. Il tutto nell'ottica di sottolineare che le pubbliche amministrazioni devono garantire le pari opportunità tra uomini e donne, impedendo discriminazioni relative al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro.

Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore dello stesso "collegato lavoro", dovrà essere costituito un "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni". Siffatto Comitato, che sostituirà i comitati per le pari opportunità/anti mobbing già previsti dai singoli Ccnl, ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, in modo da assicurare nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi.

Il presidente dello stesso è designato dall'amministrazione. Il Comitato unico di garanzia, all'interno dell'amministrazione pubblica, ha compiti propositivi, consultivi e di verifica, e opera in collaborazione con la consigliera o il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegate alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. Le modalità di fun-

zionamento dei Comitati unici di garanzia sono disciplinate da linee guida contenute in una direttiva emanata di concerto dal Dipartimento della funzione pubblica e dal Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei ministri entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del "collegato lavoro". La mancata costituzione del Comitato unico di garanzia comporta responsabilità dei dirigenti incaricati della gestione del personale, da valutare anche al fine del raggiungimento degli obiettivi.

Età pensionabile dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale (art. 22)

L'articolo 22 modifica il comma 1 dell'articolo 15-nonies del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), estendendo il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ovvero, su istanza dell'interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo, all'intero ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, sì da ricomprendere anche la dirigenza infermieristica.

In ogni caso il limite massimo di permanenza non può superare il settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento del numero dei dirigenti.

L'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, è stato modificato nel senso che, con riferimento alla facoltà dei dipendenti civili dello Stato e degli enti pubblici non economici di permanere in servizio per un periodo massimo di un biennio oltre i limiti di età per il collocamento a riposo, i dipendenti in aspettativa non retribuita che ricoprono cariche elettive presentano la domanda almeno novanta giorni prima del compimento del limite di età per il collocamento a riposo.

Modifiche alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza a portatori di handicap in situazione di gravità (art.24)

L'articolo 24 opera una revisione delle norme sul diritto a tre giorni di permesso mensile retribuito per l'assistenza a familiari, parenti o affini con handicap in situazione di gravità, e sulla

possibilità di scelta della sede di lavoro. Il diritto spetta al lavoratore, pubblico o privato, che assiste una persona con disabilità in situazione di gravità.

Tale diritto spetta per i parenti e affini entro il secondo grado, a condizione che la persona da assistere non sia ricoverata a tempo pieno. Sono parenti e affini entro il secondo grado: figli, genitori, fratelli, sorelle, nonni e nipoti diretti, suoceri, cognate/i, generi e nuore.

È possibile usufruire dei tre giorni di permesso per assistere i familiari entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con disabilità grave abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il diritto non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona, salvo che si tratti del figlio. In questo caso tale diritto spetta a entrambi i genitori che possono fruirne in alternativa.

Questo diritto spetta anche ad entrambi i genitori con un figlio, anche adottivo, con handicap grave che abbia più di tre anni, con possibilità di fruirne alternativamente, anche in maniera continuativa nell'ambito del mese.

I lavoratori dipendenti che hanno diritto a fruire dei permessi in questione hanno anche diritto a scegliere, se possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non possono essere trasferiti senza il loro consenso ad altra sede. Questo cambiamento comporta un notevole impatto con le attuali regole della mobilità territoriale, dove finora non era previsto questo automatismo.

Si decade dal diritto nel caso in cui il datore di lavoro accerti irregolarità o il venir meno delle condizioni che consentivano al lavoratore di fruire dei tre giorni di permesso.

Le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a comunicare alla Funzione pubblica alcuni dati, relativi ai propri dipendenti che fruiscano dei permessi mensili retribuiti.

Questa norma entra in vigore subito. Di conseguenza i contratti di comparto sono immediatamente modificati.

A seguire nei prossimi numeri le altre novità apportate dalla legge n. 183/10.

Avv. Alessandro Cuggiani

La febbre dei dispositivi "mobile" e l'infermieristica (parte terza)

Nei due numeri precedenti di questa rubrica abbiamo affrontato una molteplice varietà di applicativi dedicati alla piattaforma "mobile" di Apple: l'iPhone.

Seppur molto famosa (e con un segmento di mercato considerevole), non è certo l'unica piattaforma in grado di far funzionare applicazioni o programmi che estendono le funzionalità classiche di un telefono cellulare come un computer.

Tra i dispositivi che integrano tali prerogative ci sono quelli con il sistema operativo **Android**, sviluppato e distribuito dal colosso Google.

A differenza dell'iPhone, sono molti i telefoni che integrano tale sistema, e per questo molto diffusi sul mercato.

Di seguito, una breve rassegna degli applicativi per Android dedicati alla professione infermieristica, visto il successo e l'interesse dimostrato per l'argomento.

Nursing essentials:

Questo applicativo è un vero e proprio dizionario di infermieristica, dove sono contenuti soprattutto concetti legati alla criticità delle cure.

Proprio nella criticità, ci sono schede di trattamento di patologie/sintomi respiratori, cardiaci, mentali, referenze sui farmaci, infusioni, e tutto quello che l'infermiere necessita per prendere decisioni clinico-assistenziali in Ebn. Disponibile sola in lingua inglese, si scarica con un costo di circa cinque euro dal market ufficiale di Android.

Mini nurse:

Nato per gli studenti anglosassoni di Infermieristica, rappresenta un valido strumento per tenere sotto controllo i dosaggi dei farmaci e delle infusioni. Contiene un glossario dei termini medici più diffusi, delle schede sulle teorie infermieristiche più utilizzate, gli skills, e una sezione dedicata alle revisioni della letteratura. Distribuito in due versioni: una gratuita pienamente funzionante (lite) ed una completa versando un piccolo contributo di circa 1,50 euro allo sviluppatore.



The Rcn:

Il corrispettivo dello stesso applicativo precedentemente descritto per iPhone: permette l'accesso diretto ai contenuti del sito della *Royal College of Nursing*, le ultime novità, i video, i feed Rss, podcast e foto.

Si scarica gratuitamente dal market di Android, oppure collegandosi direttamente sul sito web ufficiale della Rcn.

Skyscape medical resource:

Collezione esaustiva di informazioni mediche di supporto alle decisioni cliniche e assistenziali per infermieri e medici.

In lingua inglese, ma gratuito. Si scarica dal market di Android. Nel portfolio degli autori, più di 600 applicazioni disponibili per tutte le piattaforme e dai costi differenti a seconda del servizio offerto.

Ricordiamo che, a differenza di altri dispositivi, gli applicativi per Android sono disponibili attraverso il market ufficiale, ma pure direttamente dai siti web dei produttori, oltre che su siti internet amatoriali

(tra questi, AndroLIB: <http://it.androlib.com/>)

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

LA MARCEGAGUA HA DICHIARATO CHE
C'È UN'ALTRA ITALIA, CHE SI SVEGLIA
PRESTO E VA A LETTO PRESTO...

.. DOPO AVER CERCATO
INUTILMENTE L'ALTRA
PER TUTTO IL
GIORNO.



NORME EDITORIALI

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

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITA' E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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

SANIT

8° Forum Internazionale della Salute



ROMA
14 - 17 GIUGNO
PALAZZO CONGRESSI
EUR

www.sanit.org

CON IL PATROCINIO DI:

INGRESSO GRATUITO



Organizzato da:



Via Barberini, 3 - 00187 Roma
tel. +39 06 4884831 - fax +39 06 4746558
info@seadam.it - www.seadam.it

PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI COLLEGATI A WWW.IPASVI.ROMA.IT