INFED MALDE

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





Organo Ufficiale di Stampa del Collegio IPASVI di Roma Anno XXI - N. 2 - APRILE-GIUGNO 2011 Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma n. 90 del 09/02/1990

Direzione - Redazione - Amministrazione

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

Direttore responsabile

Gennaro Rocco

Segreteria di redazione

Nicola Barbato, Stefano Casciato, Mario Esposito, Matilde Napolano, Carlo Turci

Comitato di redazione

Angela Basile, Bertilla Cipolloni, Rodolfo Cotichini, Stefano Di Carlo, Gianfranco Del Ferraro, Maurizio Fiorda, Natascia Mazzitelli, Francesca Premoselli, Maria Grazia Proietti, Angelina Palumbo, Ausilia M.L. Pulimeno, Alessandro Stievano, Marco Tosini

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: giugno 2011

Tiratura: 28.000 copie

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

"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

FDITORIALE

1 Scommessa vinta. Ed è solo l'inizio...

CONTRIBUTI

- 3 Il paradigma olistico della salute in un'antropologia integrale della persona di Gennaro Rocco, Alessandro Stievano
- 7 La comunicazione efficace verso i pazienti stranieri di Elisa Ancilotti
- 12 Può un'immagine sostituire mille parole? di Eduardo Mazza
- 16 La rasatura in neurochirurgia pediatrica: mito o realtà?

 di Paola Leonardi, Gina Capacchione, Beatrice Bocchini,
 Pasquina Monni, Lidia Muscheri, Paolo Frassanito
- 20 Indagine qualitativa sul vissuto delle donne affette da alopecia post-chemioterapia di Magdalena Cerei, Teresa Compagnone, Antonella Ghione
- 26 Indagine conoscitiva sulla soddisfazione degli infermieri in un ospedale romano di Barbara Di Donato

FOCUS

33 Report annuale delle attività del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

DICONO DI NOI

56 Polemiche sterili per "nascondere" il ruolo decisivo dell'infermiere

LETTO PER VOI

59 Infermieri e ricerca scientifica Guida alla pubblicazione sulle riviste internazionali

L'AVVOCATO DICE

60 Il "Collegato" e le modifiche all'organizzazione del lavoro infermieristico

INFERMIERI IN RETE

- 63 I servizi online del Collegio Ipasvi di Roma
- 64 LA VIGNETTA DEL MESE

EDITORIALE



Scommessa vinta Ed è solo l'inizio...

di Gennaro Rocco

Poco più di un anno fa gli infermieri di Roma, attraverso il Collegio Ipasvi, davano vita ad una straordinaria iniziativa: l'istituzione di un "Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica": un progetto unico in Europa per tipologia, finalità e struttura.

Le aspettative erano tante e così pure le preoccupazioni.

In Italia gli investimenti sulla ricerca sono scarsi e, a nostro avviso, mal gestiti: invece che valorizzare le idee, l'innovazione e l'originalità dei disegni e dei progetti di ricerca, spesso si continuano ad assegnare fondi a "personaggi autorevoli" soprattutto per il ruolo di privilegio che essi occupano.

Eravamo convinti allora e lo siamo ancora più oggi, che una professione intellettuale, alla pari elle altre professioni che storicamente tali vengono riconosciute, deve potersi misurare anche per la produzione scientifica, per l'innovazione e per la ricerca che realizza e che mette a disposizione di tutti.

Il Centro ha tra gli altri obiettivi quello di promuovere e sostenere la ricerca nel campo infermieristico in tutti gli ambiti e settori in cui l'infermiere opera e cioè nell'assistenza, nella clinica, nell'organizzazione, nella formazione ecc.

A un anno dall'avvio era tempo di valutazioni, di esami, di verifica. È quello che abbiamo fatto nei giorni scorsi in due importanti iniziative che ci hanno visto coinvolti in attività di valutazione da parte del board scientifico internazionale del Centro e della nostra comunità professionale.

Non si trattava certamente di un traguardo ma una tappa importante del progetto che la comunità professionale romana ha scelto per lanciare ancora una volta il cuore oltre l'ostacolo.

È un po' come aver superato il primo esame, il più difficile e sofferto, che però sa darti slancio per andare avanti. A testa alta. Il workshop con cui il Centro ha fatto il suo debutto sulla scena della ricerca infermieristica internazionale ha consegnato a tutti noi la sicurezza di una rotta precisa da seguire, una linea rigorosa sulla quale sviluppare la gran mole di lavoro avviata.

La collaborazione entusiasta di tantissimi colleghi, delle università, degli enti sanitari e delle associazioni professionali coinvolte

nel progetto ha prodotto in pochi mesi risultati tangibili che, dopo un'opportuna sosta ai box per la verifica della macchina, promettono esiti di sicura rilevanza scientifica già nel prossimo autunno, con la conclusione dei primi studi e la loro presentazione. Il bilancio della due-giorni di Roma, con il conforto di un eccellente board scientifico internazionale e con le attestazioni delle autorità accademiche intervenute, è davvero positivo e incoraggiante. Un momento straordinario per verificare, con l'obiettività assicurata dai maggiori esperti mondiali, il nostro piano per sperimentare un sistema in grado di certificare le competenze dei professionisti sanitari e di migliorarne le performance in campo assistenziale.

È questa la nuova frontiera che ci siamo dati, la sfida che sta appassionando centinaia di colleghi a Roma, in Italia e all'estero. Il confronto approfondito sui progetti avviati che ha segnato la prima giornata del workshop ci ha permesso di rilevare alcune criticità, correggerle e mettere a fuoco più nitidamente gli obiettivi delle singole ricerche.

Il Comitato Scientifico del Centro ha svolto in pieno il suo ruolo, esaminando con un piglio autorevole quanto severo l'attività svolta e quella pianificata dai vari gruppi di lavoro.

Ci siamo sottoposti ben volentieri ad una vera e propria "valutazione" da parte dei nostri riferimenti scientifici internazionali, dei nostri garanti e dei consulenti del Centro.

Lo abbiamo fatto con l'umiltà che deve sempre ispirare chi si impegna nella ricerca, per non rischiare che questa si riveli fine a se stessa o che i suoi risultati non possano essere acquisiti universalmente dalla comunità professionale.

Ne abbiamo tratto grandi benefici, individuando i necessari correttivi per le attività avviate.

Siamo così nelle condizioni di affinare gli strumenti di ricerca e migliorare il lavoro grazie alle preziose indicazioni fornite da protagonisti assoluti della ricerca infermieristica mondiale come Dyanne Alfonso, Ann Gallagher e Linda Mayberry.

Attraverso il loro contributo diretto, il Centro di Eccellenza ha già centrato il suo primo obiettivo: aprirsi ad un circuito internazio-

EDITORIALE

nale di interscambio e collaborazioni di alto livello scientifico per arricchire la sua attività di studio e produrre presto risultati applicabili alla pratica professionale quotidiana.

Con la conferenza il Centro ha offerto le sue credenziali al grande pubblico, illustrando ufficialmente il piano di lavoro e i dati raccolti nella prima fase delle ricerche. La presentazione del primo Annual Report (che Infermiere Oggi tratta diffusamente in questo numero con il resoconto del workshop e la pubblicazione di tutte le schede dei progetti di ricerca avviati) ha confermato ciò che, con un pizzico di umana presunzione, ci aspettavamo di sentire dagli esperti e dalle autorità intervenute: la via imboccata è quella giusta; quindi, avanti tutta!

I nostri assistiti si aspettano molto da noi e ci pongono ogni giorno la sfida di un'assistenza di elevata qualità. Di più: pretendono sicurezza. E anche noi infermieri ne abbiamo un grande bisogno, alla luce di un contenzioso giudiziario crescente che spesso ci chiama in causa per responsabilità certamente non nostre, ascrivibili piuttosto alla disorganizzazione dei servizi, alla mancanza di personale, all'inadeguatezza delle strutture e dei mezzi.

Soffiando sulla sua prima candelina, l'esperienza del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica indica che possiamo puntare fiduciosi all'obiettivo, verso l'acquisizione di conoscenze e competenze specifiche che ci consentano di coniugare al meglio qualità e sicurezza, per il nostro bene e per quello dei nostri pazienti.

Sapersi misurare è la capacità che sfida ogni giorno la nostra professionalità. Cogliere il frutto del confronto, scambiare esperienze, accettare le verifiche e ampliare il raggio dei contatti è oggi fondamentale per affermarci come professionisti moderni, al passo con i tempi, in continua formazione. Ed è il modo più concreto per migliorare il livello di affidabilità percepito dai cittadini che assistiamo.

Il segnale lanciato dal Centro di Eccellenza al mondo politico che governa la sanità è proprio questo: un messaggio di impegno totale della comunità infermieristica nel solco dell'affidabilità delle prestazioni assistenziali, per accrescere la fiducia dei cittadini e scommettere sul proprio futuro professionale.

Jennes Rocas

Il paradigma olistico della salute in un'antropologia integrale della persona

di Gennaro Rocco, Alessandro Stievano

L'approccio globale, che colloca le persone al centro dei mondi vitali di cui sono protagonisti, diventa basilare se si enfatizza quell'approccio alla salute che mette in risalto il paradigma bio-psico-sociale e spirituale come paradigma di riferimento di salute della persona (Oms 1978).

In un recente editoriale anonymous di Lancet (2009)¹ si preconizza che tale quadro concettuale incorpori altre due dimen-

- 1. il rispetto planetario della biodiversità, in quanto le persone sono in costante interazione con l'ambiente. proprio per quella unità di interscambio che esiste fra l'essere umano e l'ambiente che lo circonda:
- 2. il rispetto dell'energia delle cose: il mondo vivente dipende da una relazione favorevole con il mondo inanimato

La salute, secondo schemi di complessità sociale propri del terzo millennio, si potrebbe definire come: "... una condizione di armonioso equilibrio fisico, funzionale e psicologico dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale" (Cozzi, Nigris 1996), oppure per parafrasare Gadamer (1994): "... come un sentirsi, un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme agli altri uomini ed essere occupati attivamente dai compiti e gioiosamente dai compiti particolari della vita".

Tale approccio sistemico mette in risalto sia l'uomo come essere bio-psico-sociospirituale, sia l'ambiente di riferimento in cui è inserito, sia la sua relazionalità. sia il suo grado di adattamento e la sua resilienza rispetto all'ambiente socio-geografico che lo circonda.

In effetti salute e malattia² si vengono a costituire come una dualità ambiqua, ibrida, dai confini incerti, mobili, riconfigurati senza soluzione di continuità, che variano nel tempo e nello spazio in accordo al contesto.

La stessa definizione di salute dell'Oms (che richiama aspetti patologici) è da intendersi non nel senso di un mistero, di un funzionamento armonico e equilibrato del corpo (Gadamer 1994), ma nel senso della sua rappresentazione negativa: la malattia.

Già Maturo (2007), in maniera critica, porta a conoscenza delle dimensioni della salute e dei vari approcci a essa attraverso la malattia: ma è Gadamer che ci ricorda che la malattia ha un certo "primato metodologico", nel senso che attraverso di essa impariamo cosa è la salute (Gadamer 1994: 117).

figurati nel saggio di Georges Canguilhem (1998), parlano della salute non solo come uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale", ma anche come la capacità di adattarsi all'ambiente circo-

L'opera di Canguilhem³ epistemologo e medico, maestro e amico di Michel Foucault, rappresenta un contributo di grande interesse per la filosofia della scienza sanitaria4 e nelle conclusioni alla sua opera. difatti. l'autore riafferma l'antitesi rispetto alla medicina positivistica, secondo cui la comprensione del patologico si dà nella sola variazione quantitativa, nello scarto dai valori medi della distribuzione statistica dei parametri biologici (intervallo di normalità).

Diversamente, per Canguilhem, quello che



ha valore è la capacità di adattarsi al proprio ambiente. La salute è vista come un processo che varia rispetto alle aspettative della persona ed è concetto personale di ogni essere umano.

Pertanto la salute non è definita dal medico ma dalla persona, in accordo ai suoi bisogni percepiti: toccherà al medico aiutarla a percepirli.

Un punto indicato da Sen su Lancet (2008) come particolarmente rilevante è il riferimento alla "capacità di adattamento"⁵. ergo alla prospettiva evoluzionistica dell'uomo rispetto al contesto e alla salute non più come entità fissa, ma dipendente dall'ambiente, dalle preferenze delle singole persone, dalle diverse circostanze e opportunità: la salute definita dal paziente in relazione alle sue capacità funzionali. Una tale visione richiama apertamente la questione dell'assistenza centrata sulla persona - concetto caro all'infermieristica - ripresa anche dall'ultimo World Health Report (2008) e sempre più evocata in riferimento a una riorganizzazione⁶ dei servizi sanitari che sappia compiersi nel pieno rispetto dei diritti e della dignità dell'uomo.

In ragione dell'unità bio-psico-socio-spirituale⁷ dell'uomo, la teoria olistica dell'azione di un filosofo svedese come Lennart Nordenfelt (1995) enfatizza che la persona è sana se è in grado di funzionare secondo le sue aspettative, nel suo contesto sociale.

Per Nordenfelt (1995: 254), è bene tenere separati salute e felicità⁸.

La salute deve essere definita "... come uno stato di cose che tende a condurre a un certo grado di felicità".

In tal modo, si riconosce una certa utopia della teoria del completo benessere biopsico-sociale dell'Oms (1978) e si riconosce come la salute relativa sia da preferirsi alla salute perfetta, il sentimento soggettivo della persona, quindi, prevale. Presentando il paradigma olistico della salute come espressione di una visione che considera l'uomo un'unità è Maria Teresa Russo (2004) che sottolinea: "... la vita fisica non è un assoluto né costituisce l'orizzonte totalizzante della vita della persona: essa è una componente essenziale, ma non esaustiva. Il valore della vita della persona, pertanto, non coincide con la vita fisica, ossia i valori

corporei non coincidono sempre con i valori morali".

Non bisogna dimenticare che l'antropologia integrale della salute considera la salute come fine penultimo, essa è determinata e limitata dal significato della vita stessa e si trova in quel progetto di vita buona "... che ciascuno si propone di realizzare, per il quale la salute è condizione necessaria, ma non indispensabile" (Sgreccia 2008: 255).

Parafrasando Laín Entralgo (1985) la salute è la "... capacità di realizzare con il minimo fastidio, con il minimo danno e, se fosse possibile, con un certo benessere e godimento, i progetti vitali".

La salute è determinata dall'antropologia integrale della persona per cui sarà subordinata a ciò che per la persona rappresenta l'autentico bene.

Nell'antropologia integrale della persona umana il concetto salute - il bene salute - non si radicalizza, né medicalizzando l'esistenza che altrimenti sarebbe sempre più delineata da situazioni di malattia e premalattia (disease mongering)⁹ né ottimizzando indefinitamente la qualità e la durata della vita

Ne sono espressione le concettualizzazioni sulla salute di Russo (2004), dove la salute (2004: 183) è: "... quella condizione di equilibrio dinamico, per cui un soggetto, inserito in un determinato contesto naturale e sociale, ha le capacità di realizzare i propri rapporti e progetti vitali in modo adequato. In questa prospettiva, una situazione che riduca la capacità di lavoro, come la maternità, non è una malattia, poiché non annulla la capacità di un progetto vitale più ampio, mentre una condizione di denutrizione generalizzata, che rende incapace di assolvere i propri compiti, non può essere tollerata come normale, per quanto diffusa possa essere in una determinata zona geografica".

Anche il significato della parola armonia rimanda alle definizioni di salute dell'Oms che si sono evolute nel tempo, e che vengono testimoniate dall'Organizzazione, nel 1986, che parla di salute come "un processo di costruzione" in cui è la persona stessa che definisce cosa sia "salute".

La salute, dunque, è una lotta contro tutto quello che avversa l'armonia nell'uomo.

Tendere verso l'armonia è lottare per

avere e aumentare la vita, e la salute è proprio la maniera unica per conservare e aumentare la vita.

Guardando che classe di armonia sia quella che domanda la salute, vediamo che si tratta di fatti concreti, che realizzano continuamente l'armonia in tensione, in pratica che fanno aumentare quella che ormai si ha, e correggono i difetti di disarmonia esistenti.

Infatti si tende verso una "quadrupla" armonia:

- 1. fisica (biologica);
- 2. <u>psichica</u>, in cui l'uomo cerca l'armonia della psiche e consiste nella propria auto-trasparenza e guida cosciente di se stessi verso un fine degno e capace, specie quando le malattie fisiche s'intensificano, oppure quando fattori estrinseci, fisici o affettivi minano la persona. Intelletto, volontà, sentimenti, impulsi vitali sono tutti in perfetta armonia.
 - La salute è un processo, è capacità e disposizione a vivere in forma autonoma, solidale con gli altri e con capacità per l'allegria e la gioia;
- 3. sociale, dove s'intende l'armonia del vivere bene con gli altri, la persona umana deve essere concepita sia in accezione individuale (deriva dell'homo economicus)¹⁰ che in quella sociale, quindi l'armonia sociale è l'armonia di stare con gli altri e comprende sia l'armonia familiare che l'amicizia, ma anche altri generi di rappresentazione tanto politici, quanto economici, scientifici e culturali. Qui possiamo anche parlare di armonia ambientale in senso moderato:
- 4. <u>spirituale</u>, in cui la salute spirituale è intesa come il grado di unificazione totale umana.

La persona si unifica quando ha un obiettivo vitale al quale tende in totalità.

La salute spirituale coordina, per così dire, la salute fisica, psichica e sociale, in quanto le dirige tutte e tre verso quest'obiettivo vitale.

Se la persona si è dimenticata l'interrogativo antropologico (qual è l'uomo che sono veramente) ha perso la propria spiritualità". Questa salute spirituale non è in contrasto con la salute fisica, psichica e sociale, ma oltre a unificarle, come si è detto, nell'adempimento della propria missione, le prolunga fino a frontiere inimmaginabili

Traslando il discorso sulla concettualizzazione della salute nel *nursing* e nel suo fondamento ontologico, cioè nella **relazione infermiere-paziente**, si può affermare che, se l'applicazione del processo di *nursing* (che mira ad identificare la natura dei bisogni di assistenza in ottica oggettiva e costituisce il momento di co-costruzione epistemologica del *nursing*) non si riconfigura come un processo di scoperta desiderosa dei bisogni dell'altro (per cercare di ajutarlo a riacquistare la sua in-

dipendenza e a ricollocarsi nel suo mondo vitale nel miglior modo possibile), non riuscirà mai a diventare il metodo principe dell'assistenza. Inoltre, essendo un metodo scientifico rigoroso con un'azione a feedback¹², sebbene costituisca, da ormai molti anni, il metodo insegnato agli infermieri per effettuare un'assistenza adeguata e di qualità, se non si situa storicamente e culturalmente "... non ha ragione di esistere a meno che non metta le radici per la vita delle persone" (Collière 1992). Per questo motivo, già da molti anni, alcuni teorici, come Rosemarie Rizzo Parse. considerano come il vero fondamento epistemologico dell'assistenza infermieristica sia il processo infermiere-persona, inteso in ottica ermeneutica e dialogica, all'interno del quale si esprime il più profondo rispetto per la dignità dell'altro in un fondamento assiologico che vede la vulnerabilità ed il rispetto per la dignità, come condizione costitutiva della persona. La relazione infermiere-paziente, allora, in una visione antropologica centrata sulla persona (che guarda la dignità umana come fondamento dell'assistenza), deve svolgersi in un contesto culturale dove il concetto di salute - mezzo simbolico di interscambio societario - assume aspetti ben diversi dalla semplice assenza di patologia o dalla sua applicabilità solamente nei confronti del singolo individuo, oppure dalla separa-

NOTE

Si veda: Anonymous. What is health? The ability to adapt. Lancet 2009; 373: 781.
 Nell'originario significato di Twaddle, (1994) ripreso dalla tesi dottorale del 1968 abbiamo:

la disease: è la malattia interpretata prettamente dal modello bio-medico come malfunzionamento organicistico e fisiologico;

l'illness: è la malattia interpretata, l'esperienza personale dei sintomi e della sofferenza, il senso di disagio, di sentimenti individuali e di percezioni che può portare quel particolare stato di salute o disposizione verso il mondo;

la sickness: invece, è la malattia come viene compresa all'interno di un gruppo in relazione alle forze macrosociali (economiche, politiche, istituzionali) e alle rappresentazioni simboliche (Cozzi, Nigris 1996). La sickness è anche il processo attraverso il quale i comportamenti culturali nell'ambito della malattia ricevono significato sociale, si pensi all'esempio dell'AIDS o delle malattie veneree o dell'alcolismo.

³ Canguilhem nell'opera "Il normale e il patologico", dibattendo con numerosi esempi la tesi di Rudolf Virchow e Claude Bernard secondo cui vi è una sostanziale continuità tra normale e patologico (tesi positivistica, in base alla quale le differenze sono essenzialmente di quantità e non di qualità), insiste invece sull'esperienza esistenziale di malattia. Pur ammettendo una continuità nei valori assunti da specifici parametri biologici, Canguilhem enfatizza come la malattia consista nella perdita dell'autonomia dall'ambiente, che è invece caratteristica primaria del vivente: "La frontiera tra il normale e il patologico è imprecisa per individui diversi considerati simultaneamente, ma è estremamente precisa per un solo e medesimo individuo considerato successivamente". Questa semplice affermazione è, in realtà, di grande utilità per affrontare l'eterno dilemma della medicina, stretta tra la produzione di conoscenze oggettive, desunte dallo studio quantitativo di popolazioni, e la necessità di prendere decisioni sul singolo individuo nell'ambito di interpretazione della malattia per quella specifica persona.

Non utilizziamo il termine filosofia della medicina per negare una relazione tra medicina e filosofia, che poi Edmund Pellegrino ha enfatizzato sapientemente come filosofia e medicina, filosofia nella medicina e filosofia della medicina (Sgreccia 2008: 270), ma per enfatizzare le filosofie delle scienze sanitarie tra cui l'infermieristica che d'altronde come disciplina specifica già possiede alcune riviste dedicate al tema come Nursing Philosophy, Nursing Inquiry o Nursing Science Quarterly

Nella teoria infermieristica di Suor Callista Roy si concettualizza la persona in maniera olistica, in continuo interscambio con l'ambiente. La costante interazione con l'ambiente porta a dei cambiamenti, a cui l'individuo risponde con meccanismi di adattamento regolatori e cognitivi. Per un approfondimento di tale teoria elaborata nel 1976 si veda:

http://www.bc.edu/schools/son/faculty/theorist/Roy_Adaptati on_Model.html Accesso il 20/04/2011 ore 10,00.

Molte dimensioni del clima etico interpersonale nelle organizzazioni sanitarie (Peter, Macfarlane, O'Brien-Pallas 2004; Corley et al. 2005; Malloy et al. 2009) sono associate al mancato rispetto della dignità e avvalorano il rapporto che esiste tra un clima etico organizzativo, dove sono presenti interazioni caratterizzate troppo spesso da: scortesia, indifferenza, scarsa considerazione, mancato riconoscimento, disprezzo, oggettivazione dell'altro, restrizione dell'autonomia professionale, deresponsabilizzazione, denigrazione verbale, discriminazione, ed il distress morale infermieristico (Corley 2002; Corley et al. 2005).

"...Il paradigma bio-psico-sociale sviluppatosi nell'ambito dell'epidemiologia, della medicina sociale si fonda su un impianto pluricausale, pluridimensionale e olistico che cerca di ricomporre la scissione cartesiana res cogitans-res extensa trovando la sua espressione più compiuta nel modello medico di Engel (1977) della Harvard Medical School, che cerca di integrare nella biomedicina ele-

menti di provenienza psicologica, sociologica, ...". (Giarelli 2003: 112, aggiunto commento in grassetto). Tale paradigma ha conosciuto un ampio successo e possiamo affermare che ha provocato uno spostamento di interesse dall'approccio biomedico, che è considerato, anche se solo teoreticamente, in alcuni paesi, ormai superato.

In effetti, per completare il quadro dobbiamo accennare anche al paradigma neo-scientista prodotto dal convergere di alcune scienze naturali: biologia molecolare, genetica, fisica, che rispecchia la dominanza sanitario industriale che caratterizza l'inizio del terzo millennio. In tale contesto grande rilevanza assumono: i trapianti, la microchirurgia, la telemedicina, etc. (Giarelli 2003). Molto interessante a proposito è il commento di Giarelli (2003: 114) su tale paradigma: "Il paradigma genico è, in fondo, l'ultima versione di quell'ottimismo positivistico ottocentesco, ancora in parte diffuso, fiducioso nelle possibilità illimitate offerte dallo sviluppo scientifico e tecnologico medico di risolvere definitivamente i problemi di salute: accentuando fino alle sue estreme conseguenze il carattere manipolatorio già proprio del sistema sanitario fondato sulla biomedicina nei confronti dell'organismo umano, esso considera il corpo come un oggetto perfettamente manipolabile e ricreabile secondo l'intenzionalità umana. Il che realizzerebbe anche l'altro sogno positivistico: quello di rendere la natura ormai perfettamente asservita e dominata grazie ai progressi della tecnica".

Per felicità si intende "... un'emozione dovuta alla consapevolezza che le proprie condizioni di vita sono quelle che si desiderano" [Nordenfelt (1995), op.cit. in Sgreccia 2008: 251]. Per Maria Teresa Russo (2004: 27) "... l'equazione benessere felicità è estremamente ingannevole; si sposta l'attenzione dall'aristotelica vita buona, fondata sulla pratica delle virtù, alla buona vita, che si colloca tra l'edonismo ed il salutismo e finisce per confondere i fini con i mezzi".

Si veda a tal proposito: http://saluteinternazionale.info/2010/06/ disease-mongering-una-malattia-per-ogni-pillola/, oppure, Maturo A., Conrad P. (2009), La medicalizzazione della vita, «Salute e Società», a.VIII, n. 2, FrancoAngeli, Milano.

"....L'homo economicus (il termine richiama quello di homo sapiens) cerca sempre di ottenere il massimo benessere (vantaggio) per se stesso, a partire dalle informazioni a sua disposizione, siano esse naturali o istituzionali, e dalla sua personale capacità di raggiungere certi obiettivi. Il modello è stato formalizzato in alcune scienze sociali, particolarmente nell'economia.

L'homo economicus basa le sue scelte sulla valutazione della sua personale "funzione d'utilità". Egli è inoltre amorale, in quanto ignora qualsiasi valore sociale, o vi aderisce solo se vi intravede il proprio tornaconto. Alcuni, comunque, ritengono che una tale ipotesi circa gli uomini sia non solo irrealistica, ma anche im-

Tratto da http://it.wikipedia.org/wiki/Homo_Economicus Accesso il 09/09/2010 ore 18,00.

Per Maria Teresa Russo (2004: 14) "...l'uomo possiede la capacità di stupirsi ed interrogarsi sul senso delle cose, il desiderio della bellezza, la percezione di qualcosa di misterioso e di sacro attestano che l'uomo possiede un principio spirituale che lo decentra dai suoi bisogni più immediati e lo apre al futuro, agli altri."

".".Il concetto di feedback o retroazione, introdotto da Wiener (1966, 1968); costituisce l'elemento fondamentale di differenziazione dei modelli cibernetici da quelli meccanicistici classici (il cui prototipo è rappresentato dai congegni ad orno logeria di Cartesio), esso dà origine ad un anello di retroazione (feedback loop) che costituisce una disposizione circolare di elementi connessi causalmente, in cui una causa iniziale si propaga lungo le connessioni dell'anello, così che ogni elemento agisce sul successivo, finche l'ultimo propaga di nuovo l'effetto al primo elemento del ciclo....Il meccanismo di feedback loop produce, quindi, una condizione di omeostasi, di autoregolazione che permette al sistema di mantenersi in uno stato di equilibrio dinamico". (Giarelli 2003: 119).

zione tra la sfera biofisica (bio-medica) e quella psico-sociale-spirituale.

L'infermiere, nella società complessa, assume un ruolo ancor più rilevante nel promuovere la centralità dell'assistenza alla persona senza discriminazioni sociali ed economiche, come peraltro ribadito dal Codice Deontologico infermieristico del 2009 dove, all'articolo 4, Capo I, si afferma che: "L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona"; e al Capo II, punto 10, riguardo alle scelte economiche allocative, in una sanità, purtroppo sempre troppo costretta nell'effi-

cienza, si afferma che: "L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili".

In tale contesto, il valore aggiunto della professionalità infermieristica si esprime con delle competenze in campo etico-sociale ed educativo, come ricordato dal Capo III del nuovo Codice Deontologico infermieristico e in particolare, dall'articolo 11, dove si specifica che:

"L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati".

Chi lavora a stretto contatto con gli assistiti deve sviluppare quel ruolo di catalizzatore empatico di tutti gli interventi sanitari e ha un ruolo importante nell'educazione e nella promozione della salute, come, peraltro, è già affermato chiaramente tra le competenze specifiche dell'infermiere.

AUTORI:

Gennaro Rocco, direttore Centro di Formazione "Padre Luigi Monti", Idi-Irccs di Roma;

Alessandro Stievano, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Ipasvi Roma.

BIBLIOGRAFIA

Anonymous, What is health? The ability to adapt. Lancet, 373, 781.2009.

Canguilhem G, Il normale e il patologico. Torino, Einaudi. 1998

Collière M.F, Aiutare a vivere: dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica. Sorbona Edizioni, Milano. 1992

Corley M.C, Nurse Moral Distress: a proposed theory and research agenda. Nursing Ethics, 9, 6, 636-650. 2002.

Corley M.C, Minick P, Elswick R.K, Jacobs M, Nurse moral distress and ethical work environment. Nursing Ethics, 12, 4, 381-390. 2005.

Cozzi D, Nigris D, Gesti di cura: elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing, Milano, Colibrì.1996.

Engel G.I., The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196, 4286, 129-136. 1977.

Gadamer H.G, Dove si nasconde la salute, Raffaello Cortina Editore, Milano. 1994.

Giarelli G, Il malessere della medicina, un confronto internazionale, FrancoAngeli, Milano. 2003.

Giarelli G, *Il sistema sanitario: modelli e paradigmi, in C.* (a cura di) (2004b), Manuale di Sociologia della salute. I. Teoria, FrancoAngeli, Milano. 2004.

Giarelli G, Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata, FrancoAngeli, Milano. 2005. Giarelli G, Good B.J, Del Vecchio-Good M.J, Martini M, Ruozi C, Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile. FrancoAngeli, Milano. 2005.

Laín Entralgo P, Antropología medica para clínicos. Salvat, Barcellona. 1985.

Malloy D.C, Hadjistavropoulos T, McCarthy E, Evans R.J, Zakus D.H, Park I, Lee Y, Williams J, *Culture and organizational climate: nurses' insights into their relationship with physicians*, Nursing Ethics, 16, 6, 719-733. 2009.

Maturo A, Sociologia della malattia. Un'introduzione. FrancoAngeli, Milano. 2007.

Maturo A, Conrad P, La medicalizzazione della vita. Salute e Società, a.VIII, n. II, FrancoAngeli, Milano. 2009.

Nordenfelt L, On the nature of health. An action theoretic approach. Reide, Dordrecht, The Netherlands, . it, La natura della salute. l'approccio della teoria dell'azione. Zadig Editore, Roma. 1995.

Nordenfelt L, On medicine and health enhancement-Towards a conceptual framework. Medicine, Health Care and Philosophy 1, 5-12. 1998.

Nordenfelt L, Towards a new paradigm for health promotion. Medicine, Health Care and Philosophy, 3, 317-319. 2000.

Parse R.R, Man-living health: a theory for nursing. Wiley, New York. 1981.

Parse R.R, The human becoming school of thought: a perspective for nurses and other health professional. Sage, Thousand Oaks. 1998.

Peter E, Macfarlane A.V, O'Brien-Pallas L.L, *Analysis of the moral habitability of the nursing work environment*. Journal of Advanced Nursing, 47, 4, 356–367. 2004.

Russo M.T, Corpo, salute, cura. Linee di antropologia biomedica. Rubbettino Editore, Soveria Mannelli. 2004.

Russo M.T, Etica del corpo tra medicina ed estetica. Rubbettino Editore, Soveria Mannelli. 2008.

Russo M.T, Oltre il presente liquido: temi di antropologia ed etica sociale. Armando Editore, Roma. 2008.

Sen A, Why and how is health a human right? Editorial. The Lancet, vol. 372, 210. 2008.

Sgreccia P. (2008), La dinamica esistenziale dell'uomo. Lezioni di filosofia della salute, Vita e Pensiero, Milano.

Twaddle A, Disease, illness and sickness revisited. in Twaddle A., Nordenfelt L. (Eds.), Disease, Illness and Sickness: three Central Concepts in the Theory of Health. Studies on Health and Society, Linköping. 1994.

Wiener N, Introduzione alla cibernetica, Boringhieri, Torino, ed. orig, (1950), The human use of human beings, Houghton Mifflin, New York. 1966.

Wiener N, La cibernetica, Bruno Mondatori Editori, Milano, ed. orig, (1948), Cybernetics, MitPress, Cambridge. 1968.

La comunicazione efficace verso i pazienti stranieri

di Elisa Ancilotti

INTRODUZIONE

Oggi, gli infermieri e gli altri professionisti della salute si trovano, sempre più spesso, ad offrire assistenza a persone provenienti da tutto il mondo e la prospettiva è che, in futuro, dovremmo allargare le nostre conoscenze ad una visione varia e dinamica, preparandoci a rispondere ai bisogni di salute che una società multietnica richiede.

La terapia dialitica sostitutiva determina grossi cambiamenti nella vita di una persona e, per questo, ansie e paure legate alla difficoltà di programmare il proprio futuro, alla perdita del ruolo sociale, familiare e lavorativo, alla morte, alla dipendenza dalla macchina, alla perdita di una parte del corpo e della sua funzione sono argomenti all'ordine del giorno.

La persona straniera spesso è priva delle relazioni parentali di riferimento, non conosce la lingua, è poco consapevole del diritto alla salute ed è inserita in un contesto sociale spesso sfavorevole.

La componente comunicativa è una base fondamentale della nostra professione e la relazione infermiere-assistito, in dialisi, diviene stretta, frequente, duratura e coinvolgente: tale aspetto diviene ancora più importante quando di fronte ci si trova stranieri con diverse abitudini, credenze, idee e vissuti.

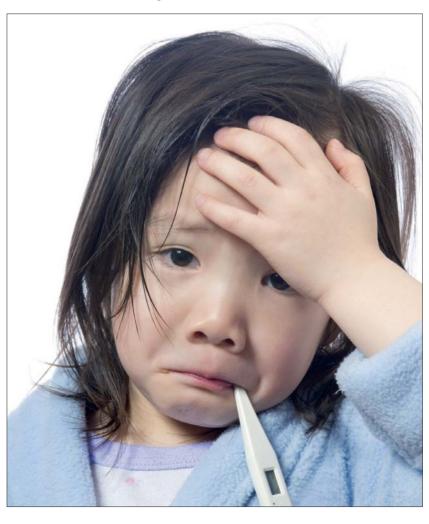
Un coordinatore infermieristico transculturale competente deve saper adeguare le politiche di gestione, le decisioni e le azioni in modo da rispettare valori culturali, convinzioni e stili di vita delle persone, mentre persegue gli scopi di un'istituzione o di un servizio.

L'obiettivo deve essere sempre quello di rendere i servizi più umani, capaci di empatia, dialogo, rispetto per la dignità dell'altro e, soprattutto, incentrati sui reali bisogni delle persone che vi afferiscono per garantire a tutti i cittadini, al di là delle caratteristiche culturali e sociali, una risposta congruente alle singole necessità e produrre conoscenze sulla salute.

Somministrando, quindi, un questionario conoscitivo, tradotto in lingua per gli assistiti stranieri che, a marzo 2009, risultavano in trattamento dialitico sostitutivo - o erano in procinto di iniziare la dialisi - ho rilevato il bisogno edu-

cativo, ipotizzando un progetto per facilitare l'inserimento del paziente straniero nel centro, mediante l'elaborazione di un opuscolo informativo tradotto in sei lingue diverse, scelte in base alle nazionalità più rappresentate nel circondario Empolese Valdelsa e Valdarno (dati dell'anno 2005, 2006 e 2007 ricavati sul sito del Centro Interculturale di Empoli e sul sito della provincia di Pisa).

Alla fine si è optato per: inglese, francese, cinese, arabo, romeno e albanese.



MATERIALI E METODI

Il metodo utilizzato per migliorare la comunicazione e renderla efficace nei confronti dei pazienti stranieri afferenti al Centro Dialisi di San Miniato può essere così schematizzato:

- 1. individuazione dei pazienti stranieri in dialisi e di quelli in procinto di iniziare il trattamento a marzo 2009:
- 2. somministrazione del questionario conoscitivo in lingua;

- 3. elaborazione dei dati del guestionario;
- 4. rilevazione del bisogno educativo e ipotesi di progetto;
- costruzione di un opuscolo informativo e traduzione in sei lingue diverse per rispondere alle principali domande dei pazienti.

RISULTATI

Dall'analisi dei dati relativi al questionario conoscitivo somministrato ai pazienti

- el questionario; stranieri (Tabella 1), è emerso che:
 - Il 50% dei pazienti è donna e l'altro 50% uomo, con una media di 54-55 anni:
 - il 50% è separato;
 - l'87,5% ha figli;
 - il 43% non ha titolo di studio (solo il 29% ha conseguito il diploma di scuola media superiore);
 - l'87,5% è in Italia da più di dieci anni, ma vive principalmente da solo o con parenti e amici;
 - il 50% dichiara di sapere l'italiano abbastanza bene;
 - il 50% ha avuto la diagnosi di malattia renale, in Italia, dopo alcuni anni che vi risiedevano:
 - il 100% dei pazienti dichiara di aver ricevuto spiegazioni esaurienti sulla malattia, ma il 37,5% afferma di non aver capito a pieno ciò che veniva detto e il 62,5% non ha compreso a sufficienza le spiegazioni;
 - il 75% dichiara di aver ricevuto spiegazioni sullo stile di vita da adottare, il 25%, però, afferma il contrario;
 - Il 50% dei pazienti ha reagito positivamente alla diagnosi, il 37,5% ha reagito con moderata preoccupazione, il 37,5% con molta preoccupazione;
 - Il 57,14% dichiara di aver provato preoccupazione per le eventuali ripercussioni sul lavoro, la famiglia e la vita sociale:
 - l'87,5% attualmente, esegue terapia dialitica:
 - il 57,5% ha riscontrato poca ripercussione sulla vita sociale, il 42,86% ha riscontrato molta ripercussione sulla vita familiare, l'85,71% ha notato ripercussioni sul lavoro (spesso si è stanchi e poco produttivi);
 - il 57,14% ha dovuto cercarsi un altro lavoro dopo l'inizio della terapia dialitica;
 - l'87,5% spera di essere sottoposto presto a trapianto renale.

Le domande del questionario indicative per la rilevazione del bisogno educativo sul paziente straniero in dialisi sono quelle che vanno dall'XI alla XXIV.

Gli assistiti intervistati sostengono di aver ricevuto sufficienti informazioni sulla malattia e sulla successiva terapia, ma hanno avuto difficoltà nel capire

11. QUANDO LE È STATA DIAGNOSTICATA L'INSUFFICIENZA RENALE, IL PERSONALE SANITARIO LE HA SPIEGATO IN TERMINI ESAURIENTI CHE COSA VOLESSE DIRE?	SI NO	100% 0%
12. HA COMPRESO QUELLO CHE IL PERSONALE LE DICEVA?	SI NO	62,5% 37,5%
13. IL PERSONALE SANITARIO LE HA SPIEGATO IN TERMINI ESAURIENTI LO STILE DI VITA DA ADOTTARE?	SI NO	75% 25%
14. HA COMPRESO LE INDICAZIONI E LE FINALITÀ DI CIÒ?	SI NO	37,5% 62,5%
15. DI FRONTE ALLA DIAGNOSI D'INSUFFICIENZA RENALE CRONICA E ALLA PROSPETTIVA DI ENTRARE IN TERAPIA DIALITICA,INDICHI QUALI DELLE SEGUENTI SENSAZIONI HA PROVATO:	A) INDIFFERENZA B) NON ACCETTAZIONE C) RASSEGNAZIONE D) ACCETTAZIONE POSITIVA	12,5% 12,5% 25% 50%
16. IN SEGUITO ALLA DIAGNOSI D'INSUFFICIENZA RENALE E ALLA PROSPETTIVA DELLA TERAPIA DIALITCA SOSTITUTIVA, NEI CONFRONTI DEL PROPRIO FUTURO HA PROVATO:	A) NON HO PROVATO PREOCCUPAZIONE B) LIEVE PREOCCUPAZIONE PER IL MIO FUTURO C) MODERATA PREOCCUPAZIONE PER IL MIO FUTURO D) MOLTA PREOCCUPAZIONE PER IL MIO FUTURO	12,5% 12,5% 37,5% 37,5%
17. COSA LE HA CREATO PIÙ PREOCCUPAZIONI?	A) LA MALATTIA IN SÉ B) LA NON CONOSCENZA DI COSA FOSSE LA MALATTIA E LA CONSEGUENTE TERAPIA DIALITICA SOSTITUTIVA C) LA PROSPETTIVA DELLA DIPENDENZA DELLA TERAPIA DIALITICA D) LE EVENTUALI RIPERCUSSIONI SU LAVORO, FAMIGLIA E VITA DI TUTTI I GIORNI E) TROVARSI MALATO IN UN PAESE STRANIERO CHE NON CONOSCO BENE F) LA NON CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA G) TUTTE LE PRECEDENTI	14,29% 0% 14,29% 57,14% 0% 0% 14,29%
18. ATTUALMENTE SEGUE LA TERAPIA DIALITICA?	SI NO	87,5% 12,5%
19. SE ESEGUE TERAPIA DIALITICA, HA NOTATO RIPERCUSSIONI SULLA VITA DI RELAZIONE SOCIALE?	A) NESSUNA B) POCA C) MOLTA	14,29% 57,14% 28,57%
20. SE ESEGUE TERAPIA DIALITICA, HA NOTATO RIPERCUSSIONI SULLA VITA FAMILIARE?	A) NESSUNA B) POCA C) MOLTA	28,57% 28,57% 42,86%
21. SE ESEGUE TERAPIA DIALITICA HA NOTATO RIPERCUSSIONI SUL LAVORO?	SI NO	85,71% 14,29%
22. SE SÌ, CHE COSA?	A) MI SENTO INSICURO NELLO SVOLGERE LE MIE MANSIONI B) HO PERSO IL LAVORO DOPO L'INIZIO DELLA TERAPIA DIALITICA C) SONO MOLTO PIÙ STANCO E NON RIESCO AD ESSERE PRODUTTIVO	33,3% 0 66,67%
23. HA DOVUTO CERCARE UN ALTRO LAVORO PER ADATTARSI AGLI ORARI?	SI NO	42,86% 57,14%
24. SPERA DI ESSERE SOTTOPOSTO A TRAPIANTO RENALE?	SI NO	87,5% 12,5%

Tabella 1. Risultati del questionario per i pazienti stranieri in cura al Centro Dialisi di San Miniato e per quelli che devono cominciare la terapia

quello che veniva detto.

Molti hanno provato "moderata" o "molta preoccupazione" per il futuro di fronte alla diagnosi, per le eventuali ripercussioni sulla famiglia, sul lavoro e sulla vita sociale.

Quelli già in trattamento dialitico riferiscono di aver riscontrato molte ripercussioni sulla vita familiare, e in tanti hanno avuto problemi sul lavoro, specie a causa della stanchezza e della difficoltà ad essere produttivi come in passato. Alcuni hanno dovuto cercarsi un altro lavoro che si adattasse alle esigenze legate alla malattia.

Si evidenzia, quindi, la necessità di migliorare il percorso di accoglienza in dialisi dei pazienti stranieri, avvalendosi del supporto di uno strumento semplice e comprensibile (pagine significative dell'opuscolo informativo in italiano. Figura1) che orienti le persone al primo contatto col nostro Centro Dialisi.

Nasce da questo bisogno rilevato una ipotesi di progetto educativo.

CONCLUSIONI

L'ipotesi di progetto educativo prevede:

Obiettivo generale

Il paziente straniero riceve un'assistenza adeguata, tenendo conto delle diversità culturali da parte del personale del Centro Dialisi.

Obiettivo specifico

Il paziente straniero comprende cosa sono l'insufficienza renale e la dialisi; quali sono le possibilità di trattamento in modo da poter scegliere insieme al personale medico e infermieristico; riceve le risposte alle più frequenti domande circa la possibilità di lavorare e continuare ad avere relazioni familiari e sociali.

Comprende, inoltre, i consigli sui comportamenti da adottare prima e durante la terapia dialitica e lo stile di vita che comporta, per affrontare, nel modo più sereno possibile, le problematiche che si possono presentare.

Questo, grazie all'utilizzo di un opuscolo semplice, tradotto in sei lingue e con l'aiuto dei professionisti che, adeguatamente formati e informati, favoriscono l'esposizione di vissuti, emozioni e ulteriori dubbi da parte della persona.

Destinatari

I pazienti stranieri che devono entrare in dialisi

<u>Tempi</u>

Due incontri di due ore ciascuno.

Attori

- Il paziente;
- un infermiere della peritoneale o dell'extracorporea (possibilmente, entrambi al primo incontro);
- il medico;
- il mediatore culturale.

Contenuti

Primo incontro

- Conoscenze generali sulla malattia;
- conoscenze sul significato di emodialisi e dialisi peritoneale, sottolineando svantaggi e vantaggi di entrambe;
- nozioni semplici sul trapianto renale e sulla possibilità di essere messi in lista trapianto prima di iniziare la dialisi.

Secondo incontro

- Conoscenze sui comportamenti da adottare prima e durante la seduta;
- conoscenze essenziali per gestire la peritoneale:
- informazioni sulle modalità di addestramento teorico/pratico e sui controlli domiciliari periodici e ambulatoriali:
- informazioni sulla disponibilità del medico e dell'infermiere per chiarimenti vari:
- risposte ai più frequenti interrogativi del paziente;
- conoscenza della possibilità, con l'emodialisi, di poter stabilire col personale un orario che gli permetta di lavorare e con la peritoneale di poter adeguare gli scambi in base alle proprie esigenze.

Metodi di apprendimento

Colloquio informale.

Risorse

- Opuscolo tradotto nella lingua madre del paziente (pagine significative in figura 2);
- mediatore culturale.

Criteri di valutazione e indicatori

A tre mesi dall'inizio del trattamento sostitutivo, è stato somministrato il questionario conoscitivo già utilizzato per la rilevazione del Gap educativo ai nuovi pazienti stranieri. Ed è emerso che:

- il 100% di loro sostiene di aver ricevuto esaurienti informazioni da parte del personale sulla malattia, il trattamento e gli stili di vita prima di iniziare la dialisi;
- il 95% dichiara di aver realmente compreso tali informazioni;.
- il 90% non ha provato preoccupazione o ne ha provata poca per il futuro;
- l'80% non ha notato ripercussioni sul lavoro, sulla famiglia e sulle relazioni sociali, riuscendo a gestire il tempo, recuperando e mantenendo le energie necessarie per una soddisfacente qualità della vita.

Il ruolo del coordinatore infermieristico, in un'ottica manageriale, prevede anche la necessità di garantire efficaci ed appropriati processi di innovazione organizzativa nelle specifiche realtà locali, facendo attenzione soprattutto alla domanda rivolta dai pazienti.

È proprio sulla domanda di una collettività che sta evolvendo verso una dimensione sempre più multietnica che il Sistema sanitario nazionale dovrà adattare la propria offerta.

Diventa quindi importante acquisire competenze, per fornire un'assistenza personalizzata e congruente in tal senso

Il coordinatore infermieristico deve "adattare" il servizio alla persona che lo richiede, permettendo all'infermiere di modulare l'intervento professionale in funzione dei bisogni specifici, siano essi di natura sociale, psicologica, biologica e culturale della persona che ha di fronte, nel rispetto della sua alterità.

In futuro, i professionisti della salute dovranno lavorare sempre più in qualità di "facilitatori", ascoltatori attivi degli assistiti in un mondo globale - e in crescita -, assumendo il ruolo di guida, al fine di rendere l'assistenza efficace, efficiente e congruente alle diversità culturali in cui è possibile imbattersi.

AUTORE:

Elisa Ancilotti, collaboratore sanitario esperto infermiere presso l' U.O. di Emodialisi di San Miniato (PI), master di I livello per le funzioni di Coordinamento nell'Area Infermieristica presso l'università degli studi di Firenze.





U.O.C. (UNITATE OPERATIVA COMPLEXA) DE NEFROLOGIE SI

DIALIZA DIN SAN MINIATO

În cazul insuficienței renale rinichii nu-și mai desfășoară în mod corect activitatea, adică nu mai reușesc să purifice sângele.

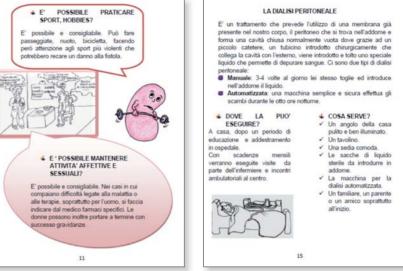
polichistic

Insuficiența renală cronică: rinichii iși pierd treptat funcțiile lor, dar în mod permanent. Este cauzată de: boli cum ar fi diabetul, hipertensiunea, rinichi

BROŞURĂ INFORMATIVĂ

CE ESTE INSUFICIENȚA RENALĂ

Insuficiența renală acută: pierderea rapidă a funcției rinichilor, cu reducerea sau incetarea produceriu urinei. Este cauzată de: boli renale acute, infecții, dishidratare puternică, medicamente etc...



Alcune pagine significative dell'opuscolo informativo elaborato in italiano



▲ 可以运动和做感兴趣的事情吗?

到海管

可以和建议。可以散步、游泳、自行车,,但 是必要做太剔烈的运动,因为有可能会影响

→ 可以保持感情生活和性生活吗?

可以、若是遇到问题有可能是和病情和药

物有关,最主要的是男人,必须要求医生 开针对性的药物,女人可以正常怀孕。







cavity that is usually empty, and where, a small fullis a bused inserted catheter, inserts and removes a liquid that cleans your blood. There are two different types of peritoneal dialysis; ual: 3-4 times a day you must personally inject and remove the

liquid from your abdome Automatic: a simple and safe machine does this process for you

This treatment utilizes a membrane already present in our bodies, the peritoneum, which is located in the abdomen and forms a closed

while you're sleeping.

Where can this be done? At home, after having been properly instructed on how to do it by the hospital. Once a

month, a nurse will check up on you to check how things are going. You will also be asked

- ♦ What is necessary?
 ✓ A clean, well illuminat
- space in your home ✓ A table
- ✓ A comfortable chair or a bed
- Bags of sterile liquid to be inserted into the abdomen
 - The dialysis machine Another person ready to assist you, especially in the beginning.



Figura 1. Pagine 1, 11 e 15 dell'opuscolo informativo tradotto in: albanese, romeno, francese, cinese, arabo e inglese

BIBLIOGRAFIA

Bordogna M Tognetti, Disuguaglianze di salute e immigrazione. Milano, ed. Franco Angeli. 2008.

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

Collière MF, Aiutare a vivere, dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica. Milano, ed. Sorbona. 1992.

Collière MF, Soigner...Le premier art de la vie. Paris, ed. Masson. 2001.

Colombo G, Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna. Roma, ed. Carocci-Faber. 2004.

Di Francesco G (a cura di), Unità capitalizzabili e crediti formativi metodologie e strumenti di lavoro. Roma, ed. Franco Angeli. 1997.

Galimberti U., Il corpo. Milano, Feltrinelli. 1983 (ristampa del 2003).

Germini F, Masi V, Manuale di pianificazione infermieristica. Roma, ed. Carocci-Faber. 2005.

Gruppo Alfa Learning Audit, Unità Operativa Nefrologia e Dialisi di San Miniato, Ausl 11 di Empoli 2004. Materiale di reparto,

Lalli C, Dilemmi della Bioetica. Napoli, Liguori. 2007.

Leininger M., McFarland MR, Infermieristica transculturale: concetti, teorie, ricerca e pratica. Milano, Casa editrice Ambrosiana. 2008.

Lombardi Satriani LM, De sanguine. Ed. Meltemi, febbraio 2005.

Manara FD, Infermieristica interculturale. Roma, ed. Carocci Faber. 2006.

Mazzetti M. Il dialogo transculturale manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto. Roma, ed. Carocci Faber. 2003.

Morrone A, Salute e società multiculturale. Milano, ed. Raffaello Cortina. 1995.

Pangrazzi A (a cura di), Salute malattia e morte nelle grandi religioni. Torino, ed. Camilliane, 2002.

Popper KR, Il mito della cornice. Difesa della razionalità e della scienza. Bologna, il Mulino. 1995.

Rawls J, Liberalismo politico. Milano, ed. di Comunità. 1994.

Sclavi M, Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte. Milano, Mondadori. 2003.

Sini C, Pensare il progetto, Milano, ed. Tranchidia. 1992.

Taguieff PA, La forza del pregiudizio. Saggio sul razzismo e sull'antirazzismo. Bologna, il Mulino. 1994.

IN PILLOLE

Malattie croniche: un nuovo "killer globale"

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) lancia un nuovo allarme sulle malattie croniche che registrano dati in costante aumento. Preoccupante il trend di cardiopatie, ictus, malattie polmonari croniche, tumori e diabete, che rappresentano ormai una vera emergenza, specie nei Paesi in via di sviluppo.

Il direttore generale dell'Oms, Margaret Chan, ha illustrato i dati del primo Rapporto mondiale dell'Agenzia: ogni anno, 36 milioni di persone muoiono a causa di patologie croniche.

"Si tratta di un nemico mortale, in allarmante aumento - ha spiegato la Chan - e per alcuni Paesi non è esagerato descrivere la situazione come una catastrofe, soprattutto per le economie nazionali".

E se l'80% dei decessi si concentra in Paesi a basso e medio reddito, il direttore generale dell'Oms sottolinea: "Le malattie croniche non trasmissibili sferrano un doppio colpo allo sviluppo, causando miliardi di dollari di perdite per il reddito nazionale, e spingono milioni di persone sotto la soglia di povertà ogni anno. Molti dei decessi potrebbero essere evitati semplicemente rinforzando le misure di prevenzione, come le norme anti-tabacco, ma anche spingendo le popolazioni verso un'alimentazione più sana, un'attività fisica regolare e riducendo l'uso degli alcolici. Questo, migliorando l'accesso ai farmaci e alle cure mediche essenziali".

Il Rapporto fornisce anche consigli e raccomandazioni Stato per Stato, con particolare attenzione a quelli più colpiti.

Le malattie cardiovascolari rappresentano il primo killer con 17 milioni di morti l'anno, seguite dal cancro (7,6 milioni), dalle malattie respiratorie (4,2 milioni), e dal diabete (1,3 milioni).

Può una immagine sostituire mille parole?

di Eduardo Mazza

ABSTRACT

La rappresentazione grafica del corpo umano ha svolto in medicina, nel corso dei secoli, un ruolo molto importante per la diagnostica, per l'insegnamento di tecniche e approcci terapeutici e per la memorizzazione della pratica medica.

L'evoluzione tecnologica ci consente oggi di osservare ciò che solitamente è invisibile o nascosto e di accertare l'esistenza o meno di una patologia. Un flusso incessante di immagini, difficile da filtrare o controllare, ci investe nel nostro quotidiano, rendendo spesso più chiaro e immediato un concetto scritto che privo di intonazione vocale potrebbe non essere efficace.

Purtroppo, alla diffusione ed all'utilizzo sempre più frequente di strumenti di diagnostica per immagini a scopo diagnostico, terapeutico e didattico, non è corrisposto un eguale interesse nell'impiego di immagini non diagnostiche per comunicare un messaggio.

Eppure, anche in ambito sanitario, l'immagine se sapientemente costruita nel rispetto dei parametri di chiarezza, coerenza, personalizzazione e accuratezza grafica può essere utile per influenzare l'operatore sanitario ed il paziente a eseguire correttamente determinate terapie, procedure e comportamenti.

INTRODUZIONE

Il potere delle immagini è indubbiamente superiore al linguaggio scritto e parlato, perchè trasmette messaggi tra emittente e destinatario che non sono filtrati dalla condivisione di regole sintattiche; ed è certo che siamo ormai inconsciamente spinti ad utilizzare tutte le nostre abilità di comprensione e decodificazione dei messaggi col risultato di essere divenuti una specie particolare, capace di comprendere e interpretare le immagini in ma-

niera universale ed ereditaria.

L'immagine ha infatti il dono della comunicazione immediata ed è in grado di suscitare profonde emozioni nell'osservatore stimolando l'interpretazione anche se, affinchè produca gli effetti desiderati e trasmetta chiaramente ciò che vuole comunicare, è fondamentale che non vengano trascurati tutti i fondamenti delle teorie sul colore, delle tecniche di rappresentazione ma soprattutto delle teorie sulla percezione e sui meccanismi con cui il nostro cervello cattura il messaggio e lo interpreta.

Un messaggio visivo può essere sintetizzato in una sola immagine o associarsi a più immagini in contemporanea, per fornire la sintesi di un avvenimento, per convincere l'osservatore e per condizionarne il pensiero o il comportamento ed è quindi indispensabile che chi osserva non assuma un atteggiamento di accettazione passiva, bensì un atteggiamento critico e selettivo.

Le immagini del corpo umano generano sempre una enorme quantità di emozioni e pensieri, ci fanno avvertire sentimenti di interesse, curiosità, meraviglia e anche disgusto e hanno quindi un enorme potere di comunicazione. L'evoluzione tecnologica con la scoperta alla fine del XIX secolo dei raggi X (Rx) e successivamente delle altre metodologie diagnostiche (Ecografia, Tac, Rm, Pet), ha ovviamente notevolmente modificato l'osservazione del nostro corpo e di conseguenza anche la didattica anatomica, sebbene i vecchi "gloriosi" testi illustrati di anatomia, integrati dalle nuove immagini, vengono ancora stampati e consultati. Nella pratica clinica ed assistenziale una

Nella pratica clinica ed assistenziale una maggiore diffusione di un metodo di comunicazione visiva può certamente avere oggi un ruolo di indiscutibile importanza, non soltanto per consentire di ottenere benefici in termini di sicurezza in ambito lavorativo per il personale medico e assistenzialistico, ma per acquisire una più profonda e condivisa conoscenza della patologia e della terapia che contribuisca al miglioramento dei parametri di salute e benessere del paziente.

L'arte della comunicazione in ambito sanitario non è indubbiamente semplice ma è un processo complesso e delicato nel quale a ogni stadio qualcosa può risultare errata, rendendo la comunicazione confusa e pericolosamente meno efficace e talvolta quindi, si potrebbe obiettare che l'uso del linguaggio verbale è preferibile per la complessità dei termini, delle patologie e del percorso terapeutico (ma è altrettanto vero che anche il linguaggio, per quanto ricco ed articolato, può apparire astratto e impersonale ed essere facilmente comprensibile solo a soggetti altamente specializzati con il rischio di non essere quindi correttamente interpretato).

Soprattutto nei casi più delicati e difficili da gestire, l'impiego appropriato di immagini, appositamente progettate con la collaborazione di tutte le figure professionali interessate per la trasmissione di uno specifico messaggio, può rivelarsi molto utile proprio perché la necessità di una corretta ed effettiva informazione è imperativa in medicina anche senza che sia necessario conoscere la corretta terminologia.

La videoproiezione di immagini (*slide*) è il metodo attualmente più semplice, efficace e frequentemente utilizzato per la comunicazione visiva, ma in ambito scientifico talvolta è consigliato procedere alla schematizzazione ed alla graficizzazione di concetti elaborati; l'Uval-Med" (*Universal Visual Associative Language for Medicine*) è un sistema internazionale il cui impiego viene consigliato per facilitare la

elaborazione comune di modelli mentali corretti non soltanto per la didattica ma anche nel lavoro di equipe e nelle situazioni più complesse, dove è spesso necessario prendere delle decisioni immediate (Figura 1 e Figura 2).

Ovviamente, affinchè questo metodo risulti utile e pienamente efficace le informazioni graficizzate devono essere organizzate, soprattutto in quei casi in cui esse vengono utilizzate non in associazione ma in sostituzione del linguaggio scritto o parlato, secondo un preciso ordine di lettura che consenta una chiara decodificazione del messaggio. Questo sistema utilizza, infatti, delle figure composte da icone non standardizzate, definite di volta in volta secondo necessità, e una simbologia appropriata formata da icone "primitive" che simboleggiano esplicitamente l'oggetto dell'argomento nella forma e spesso anche nel colore, (come nel caso del cuore o del cervello), o simboli rappresentati metaforicamente, (per esempio una mano che stringe un bicchiere colmo per simboleggiare l'alcolismo). Concetti nuovi o complessi sono espressi dalla as-

CARCINOMA OF THE ESOPHAGUS

The esophagus

Dysphagia

The esophagus

Progresses
with time

Weight loss

Cancer, locatication (within the esophagus)not defined

Location not defined

Location not defined

X-rays

X rays

Smoking

sociazione di più icone primitive, dalla evidenziazione in grassetto della icona o dalla connessione mediante l'utilizzo di linee e frecce: le soluzioni diagnostiche e terapeutiche proposte o suggerite dalla letteratura vengono visualizzate in una area diversa del disegno come in prospettiva e se necessario con i dati di riferimento a margine. In casi più semplici e più frequenti - e quando la comunicazione scritta, non accompagnata dalle inflessioni della voce e dalla espressività del corpo, può generare una certa ambiguità nella comprensione del messaggio - è possibile ovviare a questi inconvenienti ricorrendo a forme ormai comuni di paralinguaggio meno complesse da elaborare. L'uso di emoticon per esempio, cioè la riproduzione stilizzata di quelle espressioni facciali umane che si manifestano in presenza di una emozione, associato ad un testo scritto o a una immagine, è uno dei sistemi più curiosi e simpatici che ha già rivoluzionato il modo attuale di comunicare non direttamente, mediando con efficacia uno scambio di comunicazione inespressivo e diventando un utile strumento

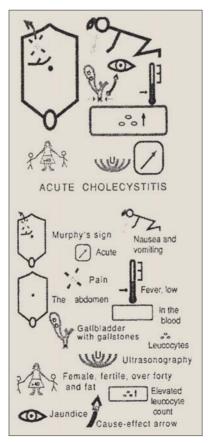


Figure 1 e 2. Esempi di rappresentazione in Uval-Med

di comunicazione che consente di trasmettere con immediatezza emozioni ed umore con la stessa efficacia con cui il linguaggio del corpo esalta la comunicazione verbale *face to face*.

OBIETTIVI

Questo lavoro si propone di verificare se è possibile sintetizzare e graficizzare alcuni contenuti, anche complessi, delle linee guida e delle procedure più comunemente adottate in ambito ospedaliero e sanitario affinchè risultino più semplici da comprendere, ricordare e applicare per il miglioramento della sicurezza e della qualità dell'assistenza.

MATERIALI E METODI

Nella scelta indubbiamente ardua di individuare quale tra gli strumenti di governo clinico, linee guida, procedure, protocolli utilizzati oggi per definire e controllare gli standard assistenziali e la qualità dell'assistenza erogata prendere in esame per verificare la possibilità di sintetizzare e graficizzare le informazioni in essi contenute affinchè risultino più chiare ed esplicite, si è deciso di focalizzare l'attenzione su uno degli argomenti attualmente di maggior interesse ospedaliero: la prevenzione dell'insorgenza di una infezione chirurgica.

Le infezioni del sito chirurgico (Ssi) continuano infatti a rappresentare in tutto il mondo una complicanza frequente del post operatorio con elevato impatto clinico ed economico.

Secondo il *National Nosocomial Infections Surveillance System* (NNISS) le Ssi costituiscono il 14-16% di tutte le infezioni nosocomiali e il 77% dei decessi nei pazienti chirurgici è correlato all'infezione. In Italia una indagine abbastanza recente di prevalenza effettuata nell'ospedale Molinette di Torino ha calcolato che le infezioni chirurgiche oscillano addirittura tra il 15% e il 25% del totale, anche se studi effettuati da altri presidi ospedalieri regionali hanno rilevato percentuali minori.

Il processo di guarigione di una ferita chirurgica è un processo attivo che necessita di condizioni ottimali sia esterne che interne alla ferita perché possa risultare efficace. Queste condizioni possono variare in funzione della sede, del tipo e della profondità della ferita e dei fattori patoloInvecchiamento della popolazione con conseguente incremento del numero delle operazioni e di un maggior rischio di complicanze.

Soggetti immunodepressi o affetti da malattie croniche, debilitanti o neoplastiche; diabete, obesità e ricorso a procedure chirurgiche e diagnostiche invasive.

Applicazione non sempre corretta delle procedure di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione delle sale operatorie e degli strumenti.

Mancata o non corretta adesione ai protocolli di lavaggio delle mani e cambio di vestiario da parte degli operatori sanitari.

Utilizzo errato dei dispositivi di barriera : (guanti, mascherina, sovracamice, cuffia e calzari)

Utilizzo non corretto di antibiotico-profilassi in chirurgia (scelta del farmaco, dose, timing, durata della somministrazione)

Ambienti ospedalieri vetusti, materiali difficilmente igienizzabili. impianti del trattamento dell'aria e dell'acqua non a norma.

Durata, tipologia dell'intervento, micro-ambiente della ferita, utilizzo di drenaggi, inserimento di protesi, patrimonio difensivo congenito e acquisito del paziente, capacità tecnica del chirurgo.

Tabella 2. Fattori concorrenti all'insorgenza di un'infezione del sito chirurgico

gici associati.

La molteplicità dei fattori concorrenti (Tabella 1) rende effettivamente difficile prevedere quale ferita diverrà infetta. Proprio per questo è importante avere una buona conoscenza dei fattori di rischio legati all'ambiente chirurgico e adottare correttamente i protocolli e le procedure di provata efficacia per la prevenzione e il contenimento di eventuali complicanze. Le linee guida per la Prevenzione della Infezione della Ferita Chirurgica del Center for Disease Control di Atlanta (Cdc 1999) e del National Institute for Health and Clinical Excellence (Nhs 2008) forniscono utili raccomandazioni, finalizzate al contenimento del rischio, formulate sulla base di chiara e provata evidenza scientifica e applicabilità.

Le indicazioni contenute in queste linee guida sono state sintetizzate e utilizzate per la redazione delle tavole grafiche illustrative il "protocollo per la preparazione del sito dell'incisione e il corretto controllo della ferita chirurgica in reparto per la prevenzione della insorgenza di una infezione".

Le tavole si riferiscono solo alle fasi pre e post operatorie di assistenza del paziente nella Unità operativa (Uo) di chirurgia poiché per la fase operatoria dovrà essere sequito lo specifico protocollo per il percorso intraoperatorio e il mantenimento del campo sterile.

La metodologia scelta per la trasmissione immediata, chiara e univoca del messaggio è l'associazione di emoticon, appropiatamente selezionati e modificati, a un breve testo di richiamo della corretta procedura o del comportamento da seguire. Particolare attenzione è stata usata nella scelta del font e del colore poiché si è deciso di utilizzare una campitura rossa per evidenziare alcune fasi particolarmente delicate del procedimento, nelle quali omissione o negligenza possono incrementare considerevolmente il livello di rischio. Il risultato è illustrato in Figura 3.

CONCLUSIONI

Le indicazioni contenute negli elaborati del Cdc e del Nhs sul corretto trattamento della ferita chirurgica per la prevenzione dell'insorgenza di una infezione nel post operatorio sono state facilmente sintetizzate e graficizzate senza compromettenti omissioni.

La molteplicità e la disponibilità dei diversi metodi di trasmissione per immagini ci consente di poter scegliere di volta in volta il modo migliore e più efficace di comunicare

L'osservatore può conseguire l'immediata percezione del messaggio trasmesso anche con la sola osservazione degli elementi grafici, che richiamano efficacemente ad un corretto comportamento, senza che sia necessario ricorrere alla lettura del materiale fornito dalla azienda ospedaliera non sempre facilmente repe-



TIMO LA FERITA CHIRURGICA... COME TRATTARLA

tempi di somministrazione

Controllare il Prontuario per dosi e





Controllo e trattamento delle infezioni già presenti al momento del ricovero



Doccia o bagno con saponi antisettici almeno la sera precedente l'intervento chirurgico



Tricotomia solo nell'area di intervento (2 ore prima) con rasoio elettrico con testina monouso



😭 Profilassi antibiotica solo se prescritta.



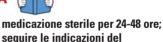
Pulire il sito dell'incisione e le zone circostanti con soluzione antisettica, con movimenti circolari



Controllo dei drenaggi, del catetere vescicale e del catetere venoso



Proteggere dopo l'intervento una incisione che è stata definitivamente chiusa con



seguire le indicazioni del protocollo per la medicazione della ferita chirurgica



Lavare le mani con agente antisettico prima e dopo la medicazione e in ogni contatto con la ferita chirurgica



Informare il paziente sul miglior trattamento della ferita e sulla necessità di comunicare eventuali sintomi di infezione

Figura 3. Il risultato dell'uso di emoticon

ribile in reparto. Il ricorso ad una metodologia grafica ci consente indubbiamente di ottimizzare i tempi di comunicazione del messaggio, risulta più comprensibile ed efficace nella didattica, facilita le decisioni di gruppo e contribuisce, soprattutto in sanità, non soltanto a una significativa riduzione del rischio ma al miglioramento dei parametri di qualità dell'assistenza.

La semplicità di lettura delle infor-

mazioni stimola il coinvolgimento del soggetto interessato a un processo che lo riguarda personalmente, consentendogli di comprendere l'importanza dell'applicazione di tecniche, procedure e terapie favorendone la collaborazione. I pannelli possono essere facilmente riprodotti per qualsiasi tematica ed opportunamente collocati all'interno delle Uo per consentire una rapida ed agevole consultazione in

qualunque fase del processo assistenziale.

AUTORE:

Eduardo Mazza, infermiere presso il Policlinico universitario "Agostino Gemelli" di Roma, master di I livello in Management Infermieristico per le Funzioni di Coordinamento, corso di perfezionamento in Programmazione, Organizzazione e Gestione delle Aziende e dei Servizi Sanitari.

BIBLIOGRAFIA

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

Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze, *Procedure protocolli e linee guida di assistenza infermieristica*, a cura di Claudio Spairani e Tiziana Lavalle; Milano Ed. Masson, 2000

Azienda ospedaliera e Azienda Ulss 16 di Padova, *Gruppo di lavoro sulla Medicazione della Ferita Chirurgica* – Procedura Assistenziale, 2005 Azienda ospedaliera e Azienda Ulss 16 di Padova, *Linee guida per la prevenzione delle infezioni delle infezioni del sito chirurgico*, 2005 Bailey Kenneth D. *Metodi della ricerca sociale*. Bologna. Il Mulino. 1982

Barber GR et al, Direct observations of surgical wound infection at a comprehensive cancer center, Arch. Surg. 1995;130(10): 1042-7

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

Collier M et al, Recognition and management of wound infections, United Lincolnshire Hospitals Nhs, 2004

Carosi G, Pan A, Monitoraggio delle infezioni in ambito comunitario e ospedaliero. Riv Med Lab -- Jlm. 2002; Vol. 3, n. 2

Center for disease Control and Prevention – Draft Guideline for the prevention of Surgical Site Infection, Notice, Atlanta, Usa, 1998

Cutting K, Harding, Criteria for identifying wound infection, J.Wound Care 1994; 3(4): 198-201

Enquist H, *Emotional Images in Medicine*, Certec, Division of Rehabilitation Engineering Research, Department of Design Sciences, Lund University – Sweden, 2009

Enquist H, Narcissus's New Mirror:Body Images and Meaning, Certec, Division of Rehabilitation Engineering Research, Department of Design Sciences, Lund University – Sweden, 2009

European Wound Management Association – Position Document, Identifying criteria for wound infection

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

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

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

Gardner N, The art of good health using visual arts in healthcare: Improving the patient experience, London: Stationery Office, 2002

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

Hospital Infections *Program Centers for Infectious Disease Center for Disease Control (Cdc)*, Guideline for Prevention of Surgical Wound Infections, 1985

Inigo JJ, Bermejo B, Oronoz B, Herrera J, Tarifa A, Perez F, Miranda C, Lera JM, *Surgical site infection in general surgery*. 5-years analysis assessment of the National Nosocomial Infection Surveillance (Nnis) index. Cir Esp.2006;79 (4):224-30

Istituto Superiore di Sanità - Maria Luisa Moro, Claudia Gandin, Antonino Bella, Giuliano Siepi, Nicola Petrosillo. *Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani*, 2001, Rapporti ISTISAN 01/4

Kaya D, Argatan CA, Yucel M, Agents as a Cause of Surgical Wound infections: An Overview of Host Factors, Wounds 2007;19 (8):218-222

Madge B, Porumbeanu O, *The Art of Medicine – visualizing medicine from Vesalius to MRI*, World Library And Information Congress: 74th Ifla General Conference and Council, Quebec, Canada, 2008

Mangiadi JR, Marcovici R, History of Hospital Acquired Infections, Optimus Services, Llc, 2007

Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR, *The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee*. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999

Martini L, Metodologia nella sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere in area chirurgica, Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere, 2004; Vol.11(3)

Moro ML, Nascetti S, Coordinamento inter-regionale del Progetto Inf-Oss, *Infezioni correlate all'assistenza sanitaria, il progetto Inf-Oss*, Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere, 2006.Vol.13 N.4: 88-93

Nhs National Institute for health and Clinical Excellence, *Surgical site infection*—Prevention and treatment of surgical site infection, 2008
Preiss B, E'chavè V, Forster Preiss S, Kaltenbach M, *Uval-Med a Universal Associative Language for Medicine*, Proc. Annu. Symp. Comput. Appl. Med. Care;1994:262-266

Preiss B, Kaltenbach M, Zanazaka J , E'chavè V, Concept Graphics: *A Language for Medical Knowledege*, In the sixteenth Annual SCAMC, Baltimore MD. McGraw-Hill; 1992:515-519

Rubin RH, Surgical wound infections: epidemiology, pathogenesis, diagnosis and management, Bmc Infectious Diseases 2006;6:171 Simmons BP, Guideline for prevention of surgical wound infections, Infect Control, 1986, 7(3):193-200

La rasatura in neurochirurgia pediatrica: mito o realtà?

di Paola Leonardi, Gina Capacchione, Beatrice Bocchini, Pasquina Monni, Lidia Muscheri, Paolo Frassanito

ABSTRACT

La tricotomia pre-operatoria è una procedura utilizzata tradizionalmente nella preparazione degli interventi neurochirurgici, così come in altre operazioni di chirurgia generale o specialistica, per prevenire le infezioni post-operatorie della ferita chirurgica.

L'utilità della procedura è stata messa in discussione da alcuni lavori che ne hanno descritto la limitata influenza nel diminuire l'incidenza delle infezioni post-operatorie: tali lavori, tuttavia, hanno avuto un limitato impatto sulla pratica clinica, tanto che la tricotomia continua ad essere praticata nella maggior parte dei Centri.

Nel presente studio, condotto su una popolazione di bambini candidati ad un intervento neurochirurgico cranico, è stata analizzata l'incidenza delle infezioni della ferita chirurgica in soggetti operati senza rasatura o in soggetti i cui capelli sono stati solo accorciati con rasoio elettrico, secondo un protocollo che prevedeva l'impiego di shampoo pre-operatori, intra-operatori e post-operatori.

I risultati ottenuti (specificatamente, l'assenza di un aumento di infezioni) confermano che l'uso della tricotomia in neurochirurgia pediatrica, col suo alto impatto emotivo, può essere abbandonato

Parole-chiave: tricotomia, rasatura, craniotomia, shampoo, neurochirurgia pediatrica.

INTRODUZIONE

La tricotomia è una pratica largamente utilizzata nella preparazione di un intervento, allo scopo di ottenere una migliore sterilizzazione del sito chirurgico. In particolare, la procedura è stata raccomandata in neurochirurgia, tanto da diventare di routine, per la convinzione che la presenza dei capelli renda difficile un'adeguata disinfezione dello scalpo e complichi, al contempo, l'esecuzione dell'incisione chirurgica e la successiva sutura alla fine dell'operazione.

La presenza dei capelli è stata anche considerata un fattore negativo per la corretta esecuzione delle medicazioni post-operatorie, con la conseguente assunzione di un maggior rischio infettivo anche nei giorni successivi all'intervento.

In particolare, per quanto riguarda il rischio infettivo, già alcuni lavori pubblicati all'inizio degli anni '90 hanno messo in discussione il valore della tricotomia, specialmente se eseguita il giorno prima dell'intervento, nella prevenzione di un'infezione chirurgica.

A dispetto di tali lavori, la rasatura preoperatoria del cuoio capelluto, eseguita con rasoio o lametta subito prima dell'intervento o il giorno precedente allo stesso, ha continuato a rappresentare una fase importante della preparazione all'intervento del paziente neurochirurgico.

Solo in tempi più recenti l'impatto psicologico della tricotomia dello scalpo è stato preso in considerazione, anche se limitatamente a pochi Centri.

Ancora più raramente si è considerato il vantaggio emotivo di evitare tale manovra nel bambino, nella convinzione generalizzata che la popolazione pediatrica risentisse in maniera trascurabile di tale procedura, così da non giustificare il maggiore rischio di infezione post-operatoria comunemente associato alla presenza dei capelli.

In questo lavoro riportiamo i risultati di uno studio prospettico su bambini sottoposti a intervento neurochirurgico senza rasatura preventiva dello scalpo, o con il semplice accorciamento con rasoio elettrico, indirizzato specificatamente a valutare l'incidenza di infezioni chirurgiche, rispetto all'incidenza osservata nei bambini operati con la tradizionale rasatura con lametta.

MATERIALI E METODI

Per lo studio dell'incidenza di infezioni della ferita chirurgica senza rasatura dello scalpo sono stati considerati 517 bambini sottoposti, consecutivamente, ad un totale di 575 procedure neurochirurgiche presso l'Unità Operativa di Neurochirurgia Pediatrica del Policlinico "Gemelli", università Cattolica del Sacro Cuore-Roma, nel periodo agosto 2009-luglio 2010.

L'incidenza di infezioni della ferita chirurgica, rilevata nel periodo di studio, è stata confrontata con quella osservata nella popolazione operata nel periodo agosto 2008-luglio 2009 presso la stessa Unità Operativa (qui tutti i pazienti sono stati



Figura 1

sottoposti a tricotomia con rasoio elettrico seguita da tricotomia con lametta). I bambini presi in considerazione per il presente studio sono stati preparati all'intervento con tricotomia mediante rasoio elettrico se di età inferiore ai quattro anni, seguita, la sera precedente ed il mattino prima dell'operazione, da uno shampoo antisettico a base di soluzione schiumogena di Clorexidina al 4% (bambini tra i due ed i quattro anni), o della meno irritante soluzione di Saugella attiva (per bambini di età inferiore ai due anni).

I bambini di età superiore ai quattro anni non sono stati sottoposti a tricotomia, ma preparati all'intervento con il solo shampoo la sera antecedente e il mattino prima dell'intervento con soluzione schiumogena di Clorexidina al 4%.

Lo shampoo è stato eseguito di regola dal personale infermieristico, più raramente, quello pre-operatorio dai genitori o dagli stessi pazienti, qualora in grado di cooperare, precedentemente informati sulle modalità e la durata dello stesso. (Figura 1). In sala operatoria tutti i bambini sono stati sottoposti ad ulteriore shampoo, immediatamente prima della disinfezione del sito chirurgico, con gli stessi agenti disinfettanti già descritti in precedenza. (Figura 2). Al termine della procedura chirurgica e della sutura della ferita con punti non riassorbibili antibioticati (Monocryl plus), è stato eseguito un nuovo shampoo con le stesse modalità dei precedenti da parte del chirurgo, prima dell'applicazione del bendaggio di protezione della ferita chirurgica.

Nel periodo post-operatorio, la prima medicazione della ferita chirurgica è stata eseguita a distanza di 48 ore dall'intervento (in tale occasione, si è provveduto alla rimozione del drenaggio sottocutaneo e/o intracranico, ove presente, ed all'esecuzione di un ulteriore shampoo).

Durante la successiva degenza, lo shampoo antisettico, eseguito dal personale infermieristico, è stato ripetuto ogni quattro giorni. È stato pure consigliato ai familiari di ripetere la procedura dopo la dimissione a domicilio, suggerendo di eseguire uno shampoo antisettico con quell'intervallo fino alla caduta dei punti.

Per gli shampoo post-operatori si è optato per l'uso di una soluzione schiumogena a base di lodopovidone al 10%, considerato più idoneo della Clorexidina per disinfettare ferite chirurgiche. Al termine di ogni shampoo, i capelli sono risciacquati con acqua sterile e asciugati con asciugacapelli. Negli shampoo post-operatori si è avuta l'accortezza di coprire, con una garza sterile. la ferita durante la fase di asciugatura dei capelli e, una volta asciugati, si è provveduto a disinfettare la ferita chirurgica con soluzione acquosa a base di lodopovidone al 10%, coprendo la ferita con garze sterili e benda elastica ed evitando l'uso di medicazioni adesive.

RISULTATI

Nel periodo di studio sono stati operati 284 pazienti di età superiore ai quattro anni, a cui sono state eseguite 314 procedure neurochirurgiche a livello cranico.



Figura 2

In questo gruppo si sono osservate quattro infezioni (1,4% per paziente, 1,27% per procedura); in due di questi si è obiettivato al controllo ambulatoriale solo una minima deiscenza dello strato cutaneo superficiale (risoltasi con medicazione giornaliera della ferita, senza la somministrazione di antibiotici sistemici o locali). Tuttavia, anche questi due casi sono stati considerati come complicazione infettiva della ferita chirurgica.

Nello stesso periodo sono stati operati 233 pazienti di età inferiore ai quattro anni in cui sono state eseguite 261 procedure neurochirurgiche a livello cranico: tra questi si sono osservate tre infezioni (1,28% per paziente, 1,1% per procedura). Sommando i due gruppi nel periodo in esame sono stati operati: 517 pazienti, con 575 procedure chirurgiche ed un tasso di infezione della ferita pari a 1,35% per paziente e 1,21% per procedura.

Nel gruppo di controllo (dell'anno precedente) costituito da 508 pazienti sottoposti ad un totale di 561 procedure erano state osservate sei infezioni della ferita, con un'incidenza, quindi, dell'1,18% per paziente e 1,06% per procedura.

Confrontando i gruppi esaminati, non sono state osservate variazioni dell'incidenza di infezioni della ferita chirurgica statisticamente significative (p=0.79, Fisher exact test two-tailed), con valori, in entrambe le situazioni, ben inferiori al 2%. (Tabella 1).

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti confermano che lo shampoo antisettico è un'opzione sicura nella preparazione all'intervento neurochirurgico, anche nella popolazione pediatrica, associata ad un tasso di infezione estremamente basso.

Tale risultato può essere spiegato dal fatto che l'uso ripetuto di shampoo a base di Clorexidina nel periodo pre-operatorio riduce quasi a zero la flora batterica residente e, di conseguenza, il rischio di contaminazione della ferita chirurgica, come già osservato alla fine degli anni '80 dello scorso secolo (Leclair e Winston 1988). Il nostro studio si aggiunge, quindi, ad altre esperienze che non hanno individuato reali benefici in termini di rischio infettivo nella rasatura con lametta, tali da giustificare la continuazione dell'uso della trico-

tomia pre-operatoria in neurochirurgia, così come in altri ambiti chirurgici (Tanner e Woodings et al, 2008).

In particolare l'interesse di questo studio è nella conferma della praticabilità di una preparazione pre-chirurgica mediante shampoo prima e dopo l'intervento, in assenza della "classica" tricotomia con rasoio, anche in una popolazione, come quella pediatrica, tradizionalmente considerata a maggiore rischio di infezione della ferita chirurgica.

Il beneficio, in termini psicologici, per il bambino più grande e l'adolescente, con la possibilità di un rapido reinserimento sociale dopo le dimissioni dall'ospedale, è evidente e dimostrato anche dall'alto apprezzamento da parte dei pazienti e dei loro familiari.

Il minor impatto psicologico ha significato anche una più facile accettazione dell'intervento chirurgico e si è tradotto in un migliore recupero e una più breve ospedalizzazione. (Figura 3).

La procedura, tuttavia, ha degli svantaggi: pur richiedendo una minima fase di apprendimento, la corretta esecuzione dei ripetuti shampoo da parte del personale infermieristico e degli stessi chirurghi richiede una convinta adesione a un protocollo che comporta un maggior carico di lavoro nelle fasi pre e post-intervento e un allungamento dei tempi operatori.

Tale limite si è rilevato maggiore nelle situazioni in cui il paziente ha dovuto essere ricoverato in altri reparti, specie nelle fasi post-operatorie.

Il successo del protocollo comporta, infatti, la necessità di assicurarsi la cooperazione di équipe infermieristiche e mediche di strutture che, solo temporaneamente, vengono chiamate in gioco nell'assistenza post-operatoria.

Allo stesso modo i familiari dei pazienti devono essere adeguatamente educati alla gestione post-operatoria della ferita chirurgica a domicilio.

Infatti, nella nostra esperienza, ben tre casi su quattro d'infezione della ferita chirurgica in bambini non tricotomizzati possono essere dipesi da una relativa, insufficiente attenzione da parte dei genitori che non hanno rilevato la più minima deiscenza dei piani cutanei superficiali, evidenziata, invece, in occasione del controllo ambulatoriale della ferita.

	Pazienti (n°)	Procedure (n°)	Infezioni (n°)	Infezioni (% per procedure)
Gruppo di studio (2009-2010)	517	575	7	1.2
Gruppo di controllo (2008-2009)	508	561	6	1.1

Tabella 1 Confronto fra pazienti sottoposti ad interventi chirurgici senza rasatura dello scalpo

L'aumento del carico di lavoro del personale infermieristico determinato dai numerosi shampoo richiesti dall'attuale protocollo pone l'esigenza di verificare se risultati soddisfacenti, analoghi a quelli riscontrati nel presente studio, possano essere ottenuti anche riducendo il numero degli shampoo post-operatori.

L'ipotesi che ci riproponiamo di verificare nell'immediato futuro è rafforzata da uno studio-pilota secondo cui gli shampoo post-operatori potrebbero, addirittura, non essere necessari (Ireland e Carlino et al. 2007).

CONCLUSIONI

L'utilità di una tricotomia pre-chirurgica nella preparazione agli interventi neurochirurgici cranici non è giustificata da una reale evidenza.

Nella nostra esperienza in neurochirurgia pediatrica, ripetuti shampoo pre-operatori e post-operatori si sono dimostrati altrettanto efficaci della tricotomia nell'assicurare un'adeguata disinfezione del sito chirurgico.

Questo tipo di approccio richiede preparazione e disponibilità del personale infermieristico di Reparto e di Sala operatoria per il relativo aumento del carico di lavoro. Va verificato se questo relativo aumento possa essere, almeno in parte, ridotto, attraverso una semplificazione della procedura che preveda la riduzione del numero degli shampoo post-operatori. Inoltre, anche i familiari del paziente devono essere educati alla gestione post-chirurgica della ferita chirurgica.

AUTORI:

Paola Leonardi, Coordinatore Unità Operativa di Neurochirurgia Pediatrica Policlinico "Gemelli", Roma;

Gina Capacchione, infermiere; Bocchini Beatrice, infermiere:

Pasquina Monni, strumentista Policlinico "Gemelli". Roma:

Lidia Muscheri, coordinatore Unità Operativa Terapia Intensiva Pediatrica, Policlinico "Gemelli"; Paolo Frassanito, medico specializzando nell'Unità Operativa di Neurochirurgia Pediatrica, Policlinico "Gemelli", Roma.



Figura 3

BIBLIOGRAFIA

Leclaire JM, Winston KR, Sullivan BF, O'Connell JM, Harrington SM, Goldmann DA, Effect of preoperative shampoos with clorexidine or iodophor on emergence of resident scalp flora in neurosurgery. Infect Control 1988; 9(1):8-12.

Tanner J, Woodings D, Moncaster K, *Preoperative hair removal to reduce surgical site infection*. Cochrane Database Syst Rev 2006; 19(3): CD004122

Ireland S, Carlino K, Gould L, Frazier F, Haycock P, Ilton S et al. Shampoo after craniotomy: a pilot study. Can J Neurosci Nurs 2007; 29(1):14-19.

IN PILLOLE

Tumori: un inibitore made in Italy

Un gruppo di ricercatori del San Raffaele di Milano, coordinato da Michele De Palma e Luigi Naldini, ha annunciato di aver messo a punto un inibitore in grado di ridurre, in modo efficace, la formazione di vasi sanguigni che alimentano le masse tumorali, ritardando o addirittura bloccando la crescita della neoplasia.

Secondo lo studio pubblicato dalla rivista internazionale Cancer Cell, l'angiopoietina-2 (Ang2), una molecola prodotta dai tumori, rappresenta un potente stimolo alla formazione di vasi sanguigni in diversi tipi di tumore sperimentale.

I ricercatori hanno, perciò, rilevato che l'attività pro-angiogenica dell'Ang2 può essere bloccata efficacemente con un nuovo inibitore specifico sviluppato da AstraZeneca: si è infatti osservato che l'inibizione dell'Ang2 riduce la formazione dei vasi tumorali e di conseguenza ritarda e, in alcuni casi, arresta la crescita dei tumori.

"L'importanza della scoperta - spiega De Palma - sta nell'aver dimostrato che l'inibizione dell'Ang2 non induce resistenza al trattamento, anche a seguito di trattamenti prolungati nel tempo, o in tumori che normalmente sviluppano resistenza, limitando così le metastasi".

La nuova ricerca dimostra che l'inibizione selettiva di Ang2 può fornire, perciò, una doppia arma contro il cancro: inibire i vasi sanguigni e, al contempo, indebolire l'attività di particolari cellule (Tem) che ne promuovono la formazione. Questo risultato si traduce nell'inibizione a lungo termine dei tumori sperimentali e delle loro metastasi a siti distanti.

Va sottolineato, infine, che ora vanno valutati davvero gli effetti dell'inibizione di Ang2 nei pazienti.

IN PILLOLE

Insediato il nuovo Comitato scientifico dell'Asp-Lazio

Lunedì 30 maggio si è insediato il nuovo Comitato scientifico dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio (Asp). Su proposta unanime del Cda, presieduto da Lucio D'Ubaldo, Domenico Gramazio è stato eletto per acclamazione presidente.

I primi progetti su cui saranno chiamati ad esprimersi gli esperti saranno: ipotesi di integrazione del patrimonio scientifico bibliotecario delle diverse strutture universitarie, ospedaliere e di ricerca della Regione Lazio; ipotesi di analisi epidemiologico-sanitaria dei dati relativi ai certificati medici on-line in possesso dell'Inps.

Composto da dodici esperti di discipline e aree scientifiche differenti, il Comitato Scientifico è strutturato come supporto e organo di consulenza tecnica alle attività annuali di Laziosanità-Asp.

I componenti non percepiscono alcun compenso per la loro funzione. Oltre al presidente Gramazio, senatore e attuale componente del Cda, fa parte di diritto del Comitato (in quanto ex presidente) Enrico Garaci, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità.

Indagine qualitativa sul vissuto delle donne affette da alopecia post-chemioterapia

di Magdalena Cerei, Teresa Compagnone, Antonella Ghione

ABSTRACT

La chemioterapia che segue l'insorgere e lo sviluppo della malattia oncologica modifica il funzionamento complessivo del corpo, ne altera l'immagine precedente alla malattia (oltre alla perdita di capelli, innumerevoli effetti collaterali associati al trattamento).

Le conseguenze psicologiche dovute alle modificazioni dell'aspetto fisico, specie nelle donne, sono spesso sottostimate dal personale sanitario, ma il cambiamento fisico è vissuto, dai pazienti di entrambi i sessi, come uno stigma rispetto alla società, il segno inequivocabile che si sta vivendo una malattia grave e letale. Scopo del presente studio è quello di analizzare e descrivere il vissuto delle donne affette da alopecia, come effetto collaterale della chemio.

L'indagine qualitativa, di tipo fenomenologico, è stata effettuata su un campione propositivo di 11 pazienti-donna afferenti al day hospital oncologico dell'ospedale "G.B.Grassi di Ostia".

I dati sono stati raccolti attraverso un'intervista semi-strutturata scritta di otto domande aperte.

Dallo studio emerge che la caduta dei capelli non è solo un fatto traumatico, come lo descrive la maggior parte delle pazienti, ma anche un evento che ha profonde implicazioni sia a livello personale e dei rapporti di coppia, che a livello sociale, essendo - i capelli - parte integrante dell'immagine corporea che si dà di sé all'esterno, ergo un mezzo che facilita la comunicazione.

La perdita dei capelli viene vissuta dalle donne come una minaccia alla propria identità e femminilità e porta allo sviluppo di sentimenti di rabbia, insicurezza, insoddisfazione e, talvolta, alla perdita dell'autostima, che si manifesta con atteggiamenti di isolamento sul piano sociale, senso di vergogna e chiusura verso se stessi e gli altri.

Tre metafore, tra le altre, rappresentano bene questo vissuto: "senza capelli sei nuda"; "i capelli parlano"; "un essere senza sesso".

I capelli sono stati, da sempre, simbolo di bellezza e femminilità. E, anche, segno di salute. L'alopecia colpisce l'immagine ideale di se stessi: non riconoscersi uguali a prima confonde le radici dell'io, provocando paura di essere allontanati, angoscia e disperazione.

Una sottovalutazione di questi disturbi può comportare la cronicizzazione dei sintomi, specialmente se subentrano eventi stressanti legati all'andamento della malattia.

L'alleanza terapeutica con l'infermiere può facilitare la riorganizzazione del paziente come "persona nuova".

Parole-chiave: alopecia, immagine corporea, chemioterapia, infermieri, qualità della vita.

INTRODUZIONE

Il cancro rappresenta, oggi, una delle maggiori cause di morte nel mondo.

Per poter sconfiggere questa patologia (presente, più che altro, nei Paesi sviluppati), sono state messe in atto diverse terapie, frutto dei grossi lavori di ricerca attuati negli ultimi decenni (chirurgia, radioterapia, chemioterapia).

La chemioterapia sfrutta la sensibilità specifica dei singoli tumori a determi-

nate sostanze, e per ogni paziente, viene studiata una miscela personalizzata di più farmaci.

Quasi sempre in questo "cocktail su misura" sono presenti uno o più inibitori della mitosi, per ostacolare la proliferazione cellulare: sono questi i responsabili della alopecia che affligge i pazienti sottoposti a chemioterapia.

Il cancro, nonostante i progressi in ambito oncologico, rappresenta ancora oggi una sfida all'onnipotenza della scienza, abituata a controllare la natura ed evoca, nei malati, angosce legate alla percezione dell'imminente superamento dell'antagonismo vita/morte, alla loro riunificazione che blocca l'idea di futuro e, con essa, ogni fantasia capace di superare, con progetti di vita, l'ansia ingenerata.

Molti pazienti hanno difficoltà di adattamento alle nuove condizioni fisiche imposte dal cancro e alle conseguenze psicologiche e sociali che ne derivano.

Gli stati di disagio possono essere ricorrenti e intensi, compromettere la *compliance* del paziente e mettere in crisi l'identità psicofisica dell'individuo.

Le conseguenze psicologiche dovute alle modificazioni dell'aspetto fisico, come ad esempio la perdita dei capelli, specie nelle donne, sono spesso sottostimate dal personale sanitario.

Il cambiamento fisico è vissuto dai pazienti di entrambi i sessi come uno stigma rispetto alla società, il segno inequivocabile che si sta vivendo una malattia grave e letale.

Le alterazioni dell'immagine corporea sono caratterizzate dal conflitto tra l'immagine corporea originale della persona e le variazioni causate dalla patologia o



dal relativo trattamento.

Il sintomo psicologico più rilevante delle alterazioni dell'immagine corporea è l'offesa narcisistica del sé fisico e può portare a disturbi dell'autostima, tendenza a trascurarsi sul piano fisico, isolamento, alterazioni di carattere sessuale.

Quando si ha a che fare con una grave modificazione dello schema corporeo come ad esempio la perdita dei capelli in un paziente neoplastico (che ha già un equilibrio psichico fragile), l'immagine di sé subisce un grosso danno, perché è stato un cambiamento "brusco" che comporterà cambiamenti nella sua vita di relazione, nel sentirsi donna (o uomo), accettata o respinta dalla vita di coppia, sociale, lavorativa.

I capelli hanno da sempre simbolizzato supremazia, distinzione, libertà e immortalità: la loro caduta ingenera sensazioni di perdita di forza, di debolezza, di degradazione e di vergogna.

E se i capelli non ci sono più?

Allora, è come se ci fosse una regressione ad una condizione (tipo quella infantile) in cui non si sono ancora ben differenziati i due ruoli, con i diritti ed i

poteri che essi comportano.

La perdita dei capelli può essere, pertanto, inconsciamente vissuta dal maschio come perdita di virilità o castrazione, e dalla donna come perdita di femminilità.

Nella rappresentazione dell'immagine corporea, i capelli hanno un ruolo primario: ognuno di noi ha un'immagine di se stesso che proietta nel mondo esterno. Il modo di vestire, gesticolare, parlare e anche di acconciare, tagliare o pettinare i capelli rappresenta un "codice" di comunicazione tra le persone.

L'essere umano deve stabilire, di continuo, un equilibrio dinamico tra le spinte e i bisogni derivanti dalla propria personalità e le "richieste" della società.

Quando l'immagine di sé entra in crisi per il diradamento o la perdita totale dei capelli è possibile che ciò produca uno stato di sofferenza che appartiene a quanti, per età, ambiente di vita o lavoro, per interessi o per status, hanno "bisogno" dei capelli.

Si tratta di un bisogno che viene dal profondo del proprio io: soddisfarlo, permette di sentirsi "uguale", nella "diversità". Gli effetti psicologici negativi correlati alla caduta dei capelli interessano tutti i malati di cancro, a prescindere dal sesso e dall'età, ma è evidente che a risentirne di più sono soprattutto le donne ed i giovani, mentre gli uomini non presentano grandi problemi a mostrarsi calvi (senza dimenticare che, in generale, la calvizie maschile è socialmente più accettabile). Per stabilire l'influenza dell'alopecia sull'immagine corporea sono stati effettuati diversi studi, a partire dal 1979 (Wagner & Bye).

I primi studi, simili fra loro, pur definendo come disturbante l'alopecia da chemioterapia, non riuscirono a confermare un'associazione negativa tra alopecia ed immagine corporea, mentre in tempi più recenti (Frank & Stromborg, 1984), è stato dimostrato che l'alopecia può influenzare l'immagine corporea.

L'autostima, di cui l'immagine corporea è una delle componenti, non è stata studiata in relazione all'alopecia, ma si è visto come quest'ultima possa variare in pazienti con esperienza di caduta dei capelli post-terapia antitumorale: visto che le modificazioni dell'immagine corporea

possono influire sull'autostima, si può ragionevolmente concludere che l'alopecia può influire sull'autostima.

L'obiettivo di questo studio è analizzare e descrivere il vissuto delle donne affette da alopecia, come effetto collaterale della chemioterapia, valutando se tale esperienza porti a un disturbo dell'immagine corporea, e in tal caso, capire quali siano gli interventi infermieristici da mettere in atto per aiutare la paziente ad accettarsi nella nuova condizione e per riacquistare la stima di sé.

MATERIALI E METODI

La metodologia utilizzata per questo studio è quella della ricerca qualitativa di tipo fenomenologico.

Il campionamento è stato di tipo propositivo su 11 pazienti, nel rispetto di questi criteri di inclusione: "donne in cura con chemioterapici"; "che presentano o hanno avuto alopecia"; "con età massima di 70 anni" e "che hanno dato il loro consenso".

L'ambito della ricerca ed il reclutamento è stato il day hospital dell'ospedale "G.B.Grassi" di Ostia, su base volontaria. Lo strumento per la raccolta dati è stata un'intervista semi-strutturata di otto domande aperte. (Figura n.1).

Le domande che andavano a indagare sul vissuto delle pazienti sono state proposte insieme a una nota informativa riguardante lo scopo dello studio e il consenso informato.

Tutte le pazienti che hanno acconsentito a partecipare sono state informate sul trattamento dei dati (mantenendo l'anonimato) e che questi sarebbero stati utilizzati solo ai fini della ricerca.

Inoltre, è stato ricordato che la partecipazione allo studio è volontaria e che le partecipanti potevano ritirarsi in qualsiasi momento.

I dati sono stati raccolti dal 15 maggio al 20 luglio 2010, durante un periodo di tirocinio clinico appositamente programmato.

A tutti i soggetti è stato garantito il completo rispetto della privacy durante il colloquio e nella gestione dei dati (Legge 196/93).

Per quanto riguarda i rischi, essi sono minimi e, comunque, riconducibili al fatto che l'intervista contiene domande che



Tabella 1. Metafore identificate dal ricercatore

potrebbero richiamare alla mente situazioni spiacevoli; mentre i benefici sono individuabili nella comprensione, da parte dei professionisti, del vissuto della paziente che presenta un disturbo dell'immagine corporea.

Prima di cominciare a reclutare i partecipanti è stata richiesta l'autorizzazione, sia al Direttore Sanitario della struttura sopra indicata, sia al responsabile infermieristico.

RISULTATI

Le interviste sono state analizzate secondo il metodo Colaizzi che prevede la lettura, ripetuta più volte, di tutte le interviste, l'analisi dei dati e l'estrazione di tutte le affermazioni significative e dei principali temi emersi.

Per facilitare la comprensione e migliorare la visualizzazione dei risultati, è stato scelto di raccogliere tutti i dati in tabelle che comprendono le affermazioni significative emerse, i temi principali e i titoli metaforici che, secondo l'autore, rappresentano bene il vissuto in esame.

La tabella 1 riporta tutte le metafore identificate, mentre quelle seguenti riportano le affermazioni significate, il tema emerso e la metafora che ne rappresenta il titolo.

Nella tabella 2 viene evidenziato il rapporto tra i capelli e l'identità, mentre nella tabella 3 l'importanza del ruolo dei capelli nella comunicazione e nella vita sociale.

La tabella 4 mette in evidenza la correlazione tra perdita dei capelli, femminilità e sessualità, ma anche rischio di alterazione dell'immagine corporea.

Nella tabella 5 vengono esplicitate le modalità con cui la famiglia aiuta le pazienti a superare questi momenti.

Infine, nella tabella 6 emerge il ruolo di alleati degli infermieri che, in questa situazione di lotta contro la malattia e i suoi effetti devastanti, si trovano a impersonare.

DISCUSSIONE

Dallo studio emerge che la caduta dei capelli non è solo un evento traumatico, come lo descrive la maggior parte delle pazienti, ma anche un evento che ha profonde implicazioni, sia a livello personale e dei rapporti di coppia, sia a livello sociale, essendo - i capelli - parte integrante dell'immagine corporea e l'immagine positiva di sé un mezzo che facilita la comunicazione.

"La mia vita sociale è totalmente cambiata", "ho evitato le persone per la paura di non essere oggetto della loro compassione": sono solo alcune delle affermazioni delle pazienti.

I capelli sono stati, da sempre, simbolo di bellezza e di salute ed è evidente che la loro perdita è associabile a uno stato fisico precario e che una donna senza capelli non si sente più sensuale.

Da ciò derivano anche le varie problematiche all'interno della coppia: il non sentirsi più attraente porta inevitabilmente a un calo del desiderio sessuale e, con esso, il sentirsi donna.

L'identità dell'io corporeo subisce

SENZA CAPELLI SEI "NUDA"

La maggior parte delle pazienti considerano la capigliatura come una parte importante della propria identità

- "Ho cominciato a vedermi brutta nel momento in cui i capelli sono caduti completamente"
- 2. "Nella nostra società l'immagine è molto importante"
- 3. "... Perdi una parte della tua femminilità, ti senti indifesa, nuda"
- 4. "... Ho sentito che perdevo non solo i capelli ma anche una parte di me stessa"
- 5. "L'essere donna per me è svanito..."
- 6. "Come posso descrivere la perdita dei capelli, se non come un dramma"
- 7. "... Non ci sono parole per descrivere quello che si prova nel vedere i propri capelli, il simbolo della femminilità, cadere ciocche a ciocche e lasciarti calva, quasi indifesa. È come se mi mancasse un arto, una parte vitale di me"

Tabella 2. Perdita dei capelli ed effetti sulla propria identità

I CAPELLI PARLANO

I capelli giocano un ruolo importante nella comunicazione sociale

- 1. "La mia vita sociale è cambiata totalmente"
- 2. "Ho evitato le persone per paura di essere oggetto della loro compassione
- 3. "All'inizio rifiutavo di parlare con tutti"
- 4. "Mi sentivo osservata in continuazione e mi infastidivo per questo"
- "Quando ero in mezzo ad altre persone portavo sempre la testa coperta (...) perché avevo vergogna di mostrarmi senza capelli"

Tabella 3. Ruolo dei capelli nella comunicazione sociale

UN ESSERE SENZA SESSO

Le modifiche che subiscono i capelli a causa della chemioterapia, portano il soggetto a rischio di alterazione dell'immagine corporea

- **1.** "Non riuscivo a guardarmi, non mi riconoscevo, non riuscivo ad accettare me stessa riflessa nello specchio"
- 2. "Non sono mai riuscita ad accettare il mio nuovo aspetto"
- 3. "L'essere donna per me era svanito, ho perso la mia femminilità, la sensualità e la fiducia in me stessa"
- **4.** "L'immagine di me stessa è totalmente cambiata, davanti allo specchio vedevo un'altra persona, spaventata ed insicura"
- 5. "Mi sono sentita un essere senza sesso ed in condizione di inferiorità"
- 6. "Guardandomi allo specchio non mi riconoscevo più"
- 7. "... Non mi sono sentita per niente pronta ad accettare tutti i cambiamenti che il mio corpo ha subito in seguito alla chemioterapia"
- **8.** "Non riuscivo a guardarmi allo specchio, non volevo più uscire di casa e nemmeno volevo parlare con qualcuno"
- **9.** "Mi sono sentita molto male, dopo aver subito l'asportazione dei due seni, anche questo colpo alla mia femminilità è stato molto traumatico"
- 10. "... È stato un evento devastante, brutto e traumatico. Ho sentito perdere non solo i capelli ma una parte di me stessa"
- 11. "... Perdi una parte importante della tua femminilità, ti senti indifesa, nuda, ti manca qualcosa. lo mi vergognavo a farmi vedere, perché non mi sentivo più femminile"

Tabella 4. Perdita dei capelli e alterazione dell'immagine corporea

aggressioni sia sotto il profilo funzionale che simbolico: il corpo trasformato è come perduto. Ritrovare se stessi sembra difficile e irraggiungibile. L'alopecia colpisce l'immagine ideale che si ha di sé.

Non riconoscersi uguali a prima confonde le radici dell'io, provocando paura di essere allontanati dalla società: "... perdi una parte della tua femminilità, ti senti indifesa, nuda"; "ho sentito che perdo non solo i capelli ma anche una parte di me stessa".

La perdita dei capelli viene vissuta dalle donne come una minaccia alla propria identità e femminilità e porta allo sviluppo di sentimenti di rabbia, insicurezza, insoddisfazione e, a volte, alla perdita dell'autostima: "mi sono sentita un essere senza sesso ed in condizione di inferiorità". Questo si manifesta con atteggiamenti di isolamento sul piano sociale, senso di vergogna e chiusura verso se stessi e gli altri: "...perdi una parte importante della tua femminilità, ti senti indifesa, nuda, ti manca qualcosa e io mi vergognavo a farmi vedere, perché non mi sentivo più femminile".

L'unico luogo di rifugio rimane la famiglia e il posto di cura, dove le pazienti si sentono protette e capite, dove riescono a condividere le loro emozioni senza sentirsi giudicate: "in famiglia non mi sono mai vergognata perché loro mi sono stati sempre vicino, facendomi sentire protetta".

Anche in questo contesto, però, le pazienti esprimono la necessità di ricevere, oltre alle informazioni di cui si dichiarano abbastanza soddisfatte, anche un supporto psicologico adeguato.

Infatti, dalle risposte prese in esame risulta che le pazienti, malgrado sappiano degli effetti collaterali della chemio, davanti all'evento alopecia si trovano spesso impreparate e impaurite.

Le strutture che ospitano tale tipo di pazienti, per effettuare la chemioterapia non hanno sempre a disposizione i mezzi organizzativi necessari per offrire un supporto psicologico continuo e le strategie messe in atto per evitare o camuffare la perdita dei capelli.

Ciò dimostra che, anche se l'alopecia post-chemioterapia non è un evento raro, esso viene vissuto quasi sempre come un dramma e che, spesso, esso viene sottovalutato dal personale sanitario.

L'infermiere rimane la figura di riferimento per la paziente che sta vivendo quest'esperienza, e per quanto risulta dallo studio, è colui che mette in atto tutti i metodi a sua disposizione per creare un clima di serenità intorno alla paziente, ma non per risolvere il problema che, la maggior parte delle volte, viene evitato.

Una delle affermazioni di una paziente intervistata richiama proprio questo aspetto: "gli infermieri sono stati molto carini e premurosi con tutti noi, loro provano sempre a sdrammatizzare ed io lo apprezzo molto, ma a volte i problemi non si risolvono da soli, bisogna affrontarli. Il fatto di non parlarne non è una soluzione"; "hanno provato a darmi tutto il supporto psicologico necessario". Non è semplice in situazioni così complesse rivestire il ruolo di infermiere che, pur non essendo uno psicologo, si trova, molte volte, a dover affrontare e risolvere problemi che nascono da contesti particolari, carichi di emozioni e sentimenti.

L'alleanza terapeutica con l'infermiere può facilitare la riorganizzazione del paziente come persona nuova.

Ciò che fa scatenare di più la paura è la reazione negativa degli altri nei loro confronti e non tanto il timore vero di rimanere senza capelli: "Gli infermieri sono sempre stati cordiali e premurosi (...), mi sono stati molto utili anche nel darmi consigli su come affrontare quel che mi stava accadendo". Ecco che, per evitare imbarazzo, in modo più o meno consapevole, compaiono sentimenti di solitudine ed insicurezza: il ma-

L'AMORE È LA NOSTRA FORZA

La famiglia rappresenta, per le pazienti, la principale fonte di sostegno e di sicurezza

- "In famiglia non mi sono mai vergognata perché loro mi sono stati sempre vicino e mi hanno fatto sentire protetta"
- 2. "... Mi sono isolata, accettando accanto a me solo i parenti e gli amici più stretti"
- **3.** "... In seguito ho goduto dell'appoggio del personale sanitario e soprattutto della mia famiglia e sono riuscita a superare questo brutto momento"
- 4. "I miei famigliari (...) mi sono stati sempre vicino, sostenendomi nel mio percorso"
- 5. "Soltanto l'amore verso i miei figli mi ha dato la forza per andare avanti"

Tabella 5. Rapporti con i familiari

COMBATTIAMO INSIEME

La persona malata ha bisogno di aiuto qualificato per affrontare quest'esperienza, trovando vantaggi nella cura e limitando i disagi. L'infermiere rimane una figura centrale dell'assistenza ed un punto di riferimento costante per il paziente

- "Gli infermieri sono stati molto carini e premurosi con tutti noi, loro provavano sempre a sdrammatizzare ed io lo apprezzo molto ma, a volte, i problemi non si risolvono da soli, bisogna affrontarli"
- 2. "Gli infermieri sono sempre stati cordiali e premurosi (...), mi sono stati molto utili anche nel darmi tanti consigli su come affrontare quello che mi stava accadendo"
- 3. "Il personale infermieristico è stato attento alla mia persona, al mio stato d'animo ed è riuscito a distrarmi con sorrisi, discorsi piacevoli e tanta professionalità"
- 4. "Gli infermieri sono stati sempre umani e carinissimi"
- 5. "Gli infermieri sono stati tutti molto gentili e nessuno ha mai fatto commenti su questa mia condizione"
- 6. "Hanno provato a darmi tutto il supporto psicologico necessario"
- "... Mi hanno sostenuto e sono riusciti a darmi conforto e sicurezza quando stavamo insieme... Sono dei bravissimi psicologi"
- 8. "Sono tutte persone molto gentili che hanno saputo farmi ridere pure in momenti duri"
- 9. "Gli infermieri mi sono stati sempre vicini, e mi hanno dato sempre conforto; hanno sempre scherzato, incoraggiandomi e dicendomi che era una situazione temporanea. Mi riempivano di complimenti ogni volta che ci vedevamo"
- 10. "Sono straordinari, gli infermieri. Loro mi fanno i complimenti e io riesco anche a scherzarci sopra"

Tabella 6. Il ruolo dell'infermiere nella gestione del paziente con alopecia da chemio

DOMANDE PER L'INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA

- 1. La chemioterapia è un valido trattamento nella cura contro il cancro, che può avere degli effetti collaterali come: nausea, vomito, perdita dell'appetito, perdita o aumento di peso, caduta dei capelli. Mi può dire come le informazioni avute riguardo questi effetti l'hanno resa consapevole diquesta evenienza?
- 2. Lei ha vissuto l'esperienza della perdita dei capelli come conseguenza della terapia che sta seguendo. Come può descrivere questo evento?
- 3. Come è cambiata la sua percezione di sé, del suo "essere donna" dopo la perdita dei capelli?
- 4. Quali difficoltà ha avuto ad accettarsi?
- 5. Che impatto ha avuto questa esperienza sul rapporto di coppia? (Come è cambiato il rapporto con il suo corpo, anche nei confronti del suo compagno? Ha mai avuto paura di non piacergli?)
- 6. Mi può descrivere cosa è cambiato nella vita sociale e come ha vissuto i rapporti interpersonali, durante il periodo di caduta dei capelli?
- 7. Mi può parlare delle strategie che ha messo in atto per convivere con questo problema?
- 8. In rapporto a questa esperienza, come ha vissuto la relazione con gli infermieri?

lato di cancro, segnato da cicatrici visibili
- e invisibili -, chiede di essere riconosciuto come persona e non come corpo mutilato

Noi, "gli altri", possiamo starli accanto, affinché sia meno solo nel difficile compito di elaborare e accettare la perdita di una parte di sé molto importante e affinché possa mantenere l'integrità del proprio io per ridefinire i suoi vecchi ruoli o per assumerne di nuovi.

A volte, è proprio la caduta dei capelli che rende più forte la consapevolezza della malattia, in quanto segno inconfutabile della diagnosi di cancro.

Nella maggior parte dei casi, si verifica il graduale raggiungimento di una nuova condizione di equilibrio; in altri, l'adattamento non si realizza, complicandosi con la comparsa di sintomi indicativi di una sofferenza psicologica.

Una sottovalutazione di questi disturbi può comportare, perciò, ad una cronicizzazione dei sintomi, specie se subentrano eventi stressanti legati all'andamento della malattia.

In tal senso, la maggior parte delle pazienti affermano che riescono ad accettare la nuova condizione solo nella speranza che tutto ciò sia utile ai fini della quarigione.

È, quindi, importante, per chi assiste questi pazienti, conoscere i significati individuali e relazionali del sintomo alopecia, dei meccanismi di adattamento fisiologico e degli elementi che possono trasformare uno stato transitorio di sofferenza psicologica con finalità adattiva a uno stato più radicato di patologia psicologica.

LIMITI DELLA RICERCA

Vista la delicatezza dell'argomento, la mancanza di spazi adeguati per poter assicurare la privacy delle pazienti e una certa reticenza nel personale, è stata scelta la somministrazione di un'intervista semi-strutturata scritta anziché registrata (com'era stato ipotizzato in fase di progettazione).

Malgrado questa limitazione, molte pazienti erano restie alla compilazione dell'intervista, benché fosse stato loro assicurato che nessuno dei dati personali sarebbe comparso nello studio.

Sicuramente, l'argomento trattato suscita delle forti emozioni, non facili da affrontare per questa particolare tipologia di pazienti, ma si tratta di un argomento che merita di essere analizzato.

CONCLUSIONI

I capelli giocano un ruolo importante nell'impatto visivo e nelle interazioni sociosessuali delle persone, con importanti funzioni comunicative, come essere simbolo di cultura e di religione.

Per le pazienti affette da cancro, l'alopecia indotta da chemioterapia rimane uno degli effetti collaterali a più alto impatto: la sua comparsa può avere parecchie implicazioni psico-sociali dovute, in larga parte, alle modifiche dell'immagine corporea che essa provoca.

L'infermiere deve essere a conoscenza del rischio della caduta dei capelli come effetto collaterale della chemioterapia e dell'impatto che questo evento può avere sulla qualità di vita delle pazienti.

In questo modo, è pronto per poter preparare la persona a vivere quest'esperienza.

L'infermiere può aiutare la paziente fornendo le giuste informazioni per evitare l'insorgenza di ansie o paure ingiustificate e per poter scegliere le strategie adeguate alla situazione.

L'infermiere gioca un ruolo fondamentale nei confronti della persona che deve imparare a convivere con l'alopecia, fornendo una corretta informazione, insegnando al paziente a prendersi cura di sé per minimizzare l'impatto e ad accettare la comparsa dell'alopecia.

Questi interventi possono essere d'aiuto per passare attraverso questa esperienza, potenzialmente devastante, mantenendo una buona qualità di vita e un conservato senso di benessere.

Il lavoro svolto, benché relativo a un campione ristretto, nel suo piccolo, fornisce un contributo tutto infermieristico all'analisi e alla comprensione del fenomeno. Le informazioni ottenute possono avere, in ogni caso, una buona valenza per la professione e aiutare gli infermieri a superare quel senso di impotenza che il malato oncologico, in genere, suscita.

AUTORI:

Magdalena Cerei, laureata in Infermieristica all'università di Tor Vergata, sede di Ostia; Teresa Compagnone, professore a contratto Med 45, corso di laurea in Infermieristica, università di Tor Vergata, Roma;

Antonella Ghione, professore a contratto M-Psi/01, corso di laurea in Infermieristica, università di Tor Vergata, Roma, sede di Ostia.

BIBLIOGRAFIA

Apolone G, Misurare la qualità di vita in oncologia, aspetti di metodo ed applicativi. Roma, Il Pensiero Scientifico; 1997.

Bianco A.R, Manuale di oncologia clinica. IV ed. Milano, McGrow-Hill; 2007.

Boldrini M, Smerrieri S, Goffi F, Ho vinto io. Milano, Giunti Editore; 2009.

Bosco A, Come si costruisce un questionario. III ed. Roma, Carocci; 2008.

Brivio E, Magri M, Assistenza infermieristica in oncologia: linee guida, procedure e protocolli di assistenza. Milano, Masson; 2002.

Carpenito L.J, Diagnosi infermieristiche. III ed. Milano, Casa Editrice Ambrosiana; 2005.

Carpenito L.J, Piani di assistenza infermieristica e documentazione. IV ed. Milano, Casa Editrice Ambrosiana; 2004.

Casciato D.A, Lowitz B.B, Manuale di oncologia clinica. Milano, Masson; 1997.

Dèttore D, I disturbi dell'immagine corporea. Milano, McGrow- Hill; 2008.

Erikson J.H, Nursing oncologico. Padova, Summa; 1993.

Fain J.A, La ricerca infermieristica: leggerla comprenderla e applicarla. Il ed. Milano, McGraw-Hill; 2004.

Indagine conoscitiva sulla soddisfazione degli infermieri in un ospedale romano

di Barbara Di Donato

ABSTRACT

La soddisfazione lavorativa ed il benessere psico-fisico degli operatori sanitari esercitano un ruolo importante nella qualità delle cure fornite ai pazienti.

L'obiettivo del presente studio è quello di valutare, attraverso il metodo quantitativo, il grado di soddisfazione lavorativa degli infermieri dell'ospedale Fatebenefratelli di Roma, stabilendo la relazione tra la *job satisfaction*, sia con la formazione che con la possibilità di avanzamento di carriera.

Concepito per aiutare gli infermieri e i coordinatori ad aumentare la loro attenzione sui vari fattori che possono modificare positivamente il proprio agire professionale, l'elaborato è finalizzato a sostenere anche i dirigenti infermieri, le associazioni professionali e/o le commissioni istituzionali, con particolare attenzione ai responsabili del Fatebenefratelli e a quanti sono interessati a migliorare la qualità dei servizi, la soddisfazione dei propri dipendenti e a sviluppare l'elaborazione delle proprie strategie per la gestione del personale.

L'articolo cerca di offrire un significativo contributo di sintesi statistica sul reale quadro di percezione del lavoro da parte del personale infermieristico, cercando di estrapolare quali sono i fattori, nella gestione del personale, che i dirigenti devono cercare di esaltare al massimo per ottenere una buona performance e motivazione da parte dei propri dipendenti.

Parole chiave: *job satisfaction* (soddisfazione lavorativa); *motivation* (motivazione); *professional development* (sviluppo professionale); *formation* (formazione); *rewarding system* (sistema premiante) e *management* (gestione).

INTRODUZIONE

La soddisfazione lavorativa si riferisce a come gli infermieri si percepiscono nei confronti della loro vita lavorativa.

La motivazione influenza certamente la *performance*, sebbene quest'ultima dipenda soprattutto dalla struttura e dall'ambiente organizzativo.

Gli ambienti di qualità rispondono ai bisogni e agli obiettivi degli infermieri e aiutano i pazienti.

Ciò si realizza nell'ambito di un contesto socio-economico dove il livello di qualità è determinato dall'organizzazione in cui la cura è dispensata.

La misurazione della soddisfazione rappresenta la *conditio sine qua non* e serve per trattare eventuali criticità organizzative.

Difatti, la conoscenza degli aspetti lavorativi meno soddisfacenti può condurre gli amministratori, con una maggior cognizione di causa, a sviluppare e implementare strategie efficaci per migliorare la soddisfazione del personale e il livello di *performance* organizzativa, in un'ottica più generale di miglioramento continuo della qualità assistenziale.

Tuttavia, non è semplice analizzare la soddisfazione del personale nella sua totalità, poiché basata su una struttura multidimensionale complessa.

La letteratura evidenzia che la soddisfazione lavorativa dipende da una varietà di fattori enucleabili nelle seguenti categorie:

- condizioni socio-demografiche (età, sesso, etnia, locazione, istruzione, stato civile e familiare, supporto sociale e familiare...) e personali (full/part time, anzianità di servizio...):
- caratteristiche del lavoro (autonomia, livello di responsabilità, chiarezza del ruolo e degli obiettivi/compiti di lavoro, conflitti di ruolo...);
- caratteristiche organizzative e ambiente di lavoro (clima organizzativo, formazione, carico di lavoro, supervisione, stili di leadership, relazione e comunicazione con i leader, supporto, riconoscimento e apprezzamenti dei manager, imparzialità delle valutazioni, orari e programmi di lavoro, sicurezza sul lavoro, disponibilità delle risorse/attrezzature, flusso di informazioni, processi di qualità, burocrazia...);
- relazioni interpersonali e feedback (relazioni con i colleghi, utenti e familiari, coesione nel gruppo di lavoro, riconoscimento degli utenti/familiari...);
- retribuzione e possibilità di carriera (ricompense, indennità, incentivi non economici, promozioni...).

Tuttavia, esistono realtà che sostengono l'eccellenza e hanno il potere di attrarre e mantenere al lavoro gli infermieri.

Questi sono quelli comunemente denominati: "ambienti favorevoli all'esercizio professionale"?

Numerosi sono gli elementi che attestano i loro effetti positivi sulla soddisfazione dell'infermiere, sui risultati per i pazienti e, ancora, sull'innovazione e sono documentati da prove sostanziali. (Tabella 1).

Alcune strutture sanitarie accolgono la **"sfida del magnetismo"**, nata negli



L'Ospedale Fatebenefratelli di Roma

Stati Uniti nel 1980, come sinonimo di eccellenza clinica e gestionale dell'assistenza, a cui consegue successo nel reclutamento e nella capacità di trattenere lo staff.

L'American Academy of Nursing ha documentato i primi studi su questo fenomeno a partire dal 1983: da quanto fino ad ora riportato in letteratura, questi ospedali garantiscono *outcome* migliori, minor rischio di mortalità, migliore qualità delle cure, minor numero di eventi avversi, maggior soddisfazione degli utenti e più alto tasso di soddisfazione lavorativa negli infermieri.

- Politiche innovative focalizzate sul reclutamento e sul mantenimento;
- strategie per la formazione continua e la promozione;
- compensi adeguati;
- programmi di riconoscimento di qualifiche;
- materiali e forniture sufficienti;
- ambiente di lavoro sicuro.

Tabella 1. Da cosa sono caratterizzati gli ambienti favorevoli alla pratica professionale

La Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, settore privato no profit degli Stati Uniti (Commissione mista che gestisce programmi volontari di accreditamento dell'assistenza sanitaria per gli ospedali e organizzazioni), nasce nel 1951 e in uno dei suoi documenti "Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis" del 2002, propone le seguenti raccomandazioni:

- a) creare culture organizzative attrattive, affinché le strutture assumano le caratteristiche dei "magnet hospital", capaci di sviluppare empowerment e pieno rispetto dello staff infermieristico;
- b) rafforzare le strutture che si occupano della formazione infermieristica accrescendo il supporto all'orientamento e all'educazione continua e creando opportunità di carriera basate sui livelli di formazione ed esperienza;
- c) attivare sistemi d'incentivazione economica per lo sviluppo e il riconoscimento del contributo dell'infermieristica

La gestione delle risorse infermieristiche, all'interno di un'azienda ospedaliera, dà luogo ad una serie di dinamiche organizzative complesse.

La direzione è quindi importante in quanto dà il tono dell'organizzazione. I direttori portano la visione dell'organizzazione per obiettivi e un programma dettagliato per raggiungerli. È loro la responsabilità di assicurarsi che sul luogo di lavoro siano presenti la motivazione, gli strumenti, le conoscenze e le abilità necessarie per raggiungere gli obiettivi. Le direzioni del personale, nelle aziende di grandi dimensioni, possono svolgere due funzioni:

- la funzione di controllo: amministrazione del personale, rapporti sindacali, vigilanza;
- la funzione di sviluppo: selezione, inserimento, sviluppo carriere, formazione, manutenzione del clima e dei sistemi premianti).

Le prime hanno il compito di preservare la vita organizzativa da comportamenti individuali sociali e sindacali ritenuti non conformi agli interessi dell'organizzazione.

Esse partono, perciò, dalla pregiudiziale logica che percepisce gli attori sociali

dell'organizzazione come eventuali agenti divergenti e disturbanti da governare prescrittivamente e normativamente.

Le seconde, invece, hanno il mandato di stimolare le potenzialità in termini di competenze ed attitudini degli attori organizzativi, dal momento della loro selezione in ingresso e per tutto il periodo della loro presenza nell'organizzazione. Tali funzioni partono da una pregiudiziale logica positiva che vede negli individui una risorsa strategica da sviluppare, personalizzando il più possibile il loro percorso di carriera alla ricerca del miglior connubio tra il ruolo ricoperto e le competenze ed attitudini personali.

La presenza di una Direzione del Personale dimensionata prevalentemente sulle funzioni di controllo, quindi, vissuta preminentemente come una "minaccia" dagli attori organizzativi, non costituisce un riferimento significativo al quale rivolgersi, ma rinforza solo la catena gerarchica e, con essa, il blocco delle comunicazioni "orizzontali" e trasparenti.

Al contrario, la presenza di una Direzione del Personale matura e dimensionata (risorse ed organico dedicato) sia in termini di funzioni storiche di controllo, sia, e soprattutto, rispetto alle funzioni di sviluppo, può favorire una dinamica gestione del lavoro.

Anche la logica di base e le procedure che improntano il sistema premiante di un'organizzazione può rappresentare un fattore facilitante i comportamenti virtuosi o viziosi dei suoi abitanti.

Il sistema di regole che in un'azienda governa le attribuzioni di premi e sanzioni materiali o immateriali rappresenta un potentissimo fattore in grado di influenzare in modo diffuso e pervadente la cultura di base dell'intera organizzazione. I sistemi organizzativi che premiano il raggiungimento degli obiettivi, le competenze, l'appartenenza critica, la trasparenza relazionale, la collaborazione di gruppo, la capacità negoziale, etc. faciliteranno ambienti lavorativi, i climi sociali saranno prevalentemente positivi ed orientati agli obiettivi, l'appartenenza alla tribù combacerà con l'appartenenza ai successi aziendali.

I sistemi organizzativi che premiano l'obbedienza alle procedure, la presenza sul

REPARTO	n. totale infermieri	n. questionari distribuiti	n. questionari completi ritirati	n. questionari incompleti ritirati
NEUROLOGIA/SPDC	24	20	15	5
MEDICINA/B.O.	24	19	12	7
UROLOGIA	13	9	7	2
ONCOLOGIA	20	18	16	2
ORTOPEDIA	13	10	10	0
EMODIALISI	9	7	4	3
CHIRURGIA	24	20	14	6
TOTALE	127	103	78	25

Tabella 2. Dati di distribuzione e raccolta dei questionari

luogo del lavoro, la fedeltà acritica, l'obbedienza alla gerarchia, l'anzianità di servizio, la furbizia relazionale promuoveranno ambienti lavorativi nei quali il copione organizzativo rappresenterà una buccia formale, più o meno resistente, al di sotto della quale si muoverà la sostanza di un copione tribale potentemente ispirato da conflitti, alleanze, vessazioni, personalismi, che poco hanno a che fare con gli obiettivi aziendali.

MATERIALI E METODI

Per questo studio, la ricerca è stata condotta tramite varie banche dati, quali: *Chinal, Medline, Ilisi.*

I fenomeni indagati possono essere rappresentati così:

- qual è la soddisfazione reale degli infermieri?
- Quali sono le variabili che incidono di più su questo aspetto?
- La formazione di base e quella continua sono un fattore rilevante per l'incremento motivazionale degli infermieri?
- La soddisfazione del lavoro è determinata dalla promozione e dalla possibilità di carriera?

Lo studio fa parte di un gruppo di lavoro sulla "job satisfaction", composto da vari

studenti del corso di laurea specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche che hanno effettuato la stessa indagine in altre aziende ospedaliere, nello stesso periodo, con lo stesso strumento di raccolta dati, per cercare di avere una visione reale più ampia dell'argomento in questione.

Nel presente studio è stato utilizzato un questionario anonimo, come strumento di raccolta dati, distribuito a 127 infermieri del Fatebenefratelli, compresi nelle sette Uo scelte in maniera *random*. (Tabella 2). Il questionario, composto da 205 *item*, è un'aggregazione di sei strumenti diversi, contrassegnati, per ogni sezione, da una lettera dell'alfabeto (dalla A alla F) per facilitare la creazione del database e la gestione delle informazioni.

La sezione A. Sono state prese in considerazione una parte socio-anagrafica (costituita da 38 *item*) e la sezione C, *Job satisfaction survey di Spector* (Jss, denominata così dallo studio originale). La sezione C-Jss è uno strumento multimediale, originariamente sviluppato per

La sezione C-Jss è uno strumento multimediale, originariamente sviluppato per il settore dei servizi sociali, composto da sottoscale di quattro *item*, ognuna riferita a nove aspetti della *job satisfaction*: retribuzione, promozione, supervisione, sistema premiante, premi di base, proce-

	Età 23-34	Età 35-44	Età 45-59	Totale
soddisfatto	24	24	17	65
non soddisfatto	2	6	5	13
TOTALE	26	30	22	78

Tabella 3. I dati del confronto fra la job satisfaction e l'età degli intervistati

	1-14 anni di carriera professionale	15-30 anni di carriera professionale	Totale
soddisfatto	51	14	65
non soddisfatto	10	3	13
TOTALE	61	17	78

Tabella 3. I dati del confronto fra la job satisfaction e l'età degli intervistati

	Diploma Regionale	Laurea I livello	Totale
soddisfatto	34	31	65
non soddisfatto	9	4	13
TOTALE	43	35	78

Tabella 3. I dati del confronto fra la job satisfaction e l'età degli intervistati

dure operative, colleghi, natura del lavoro e comunicazione.

Per ogni *item*, vi è una scelta di risposta tra "fortemente in disaccordo" a "molto d'accordo": sei scelte in tutto, con cui i partecipanti hanno risposto.

RISULTATI

La compilazione dei questionari è avvenuta per il 17,9% in Chirurgia; il 5,1% in Emodialisi; il 15,4% in Medicina/Bo; il 19,2% in Neurologia/Spdc; il 20,5% in Oncologia; il 12,8% in Ortopedia e il 9% in Urologia.

Il campione è risultato prevalentemente femminile (64,1%); l'età media della popolazione in esame è di 38,83 anni (range 23-59).

Confrontando la job satisfaction con l'età

si è riscontrato che il 92% degli intervistati che rientrano nella fascia di età 23-34 anni è soddisfatto, così come l'80% degli infermieri che rientrano nel range 35-44 anni, mentre tra i 45-59 anni solo il 77% è gratificato dal proprio lavoro. (Tabella 3).

Durante l'analisi dei dati, si è riscontrata una media di 13,92 anni di carriera professionale e una moda di meno di un anno di permanenza nello stesso reparto. Gli intervistati che hanno tra uno e 14 anni di carriera professionale si ritengono maggiormente soddisfatti sul lavoro per l'85%. (Tabella 4).

Indagando sul valore della formazione in relazione alla soddisfazione sul lavoro, si è appurato che oltre la metà degli intervistati (56%) è in possesso del diploma

da infermiere della scuola regionale, ma che sono risultati più soddisfatti gli infermieri in possesso di laurea universitaria di I livello con l'89%. (Tabella 5).

La possibilità di soddisfare l'obbligo di partecipare ai corsi Ecm è positiva per il 37,2% dei dipendenti infermieri del campione.

Per quanto riguarda il grado di soddisfazione lavorativa globale percepita da tutti i 78 intervistati, l'83,3% è "completamente soddisfatto" e gratificato dell'attività svolta contro l'insoddisfazione del 16.7%.

Dall'analisi delle risposte riquardanti il fattore "promozione" è emerso che: l'89.8% degli intervistati riferisce che esiste una scarsa possibilità di promozione pur per chi lavora bene ed è, quindi, sorta un'alta insoddisfazione da parte del personale infermieristico in merito alle effettive possibilità di carriera (75,7%). Invece, le risposte riquardanti il fattore "sistema premiante", hanno riportato che il 77% deali intervistati sono insoddisfatti delle indennità che ricevono e che per l'87,1% delle persone esistono benefici contrattuali che dovrebbero essere assegnati ai dipendenti, ma non sono concessi.

In ultimo, dall'analisi degli *item* riguardanti il fattore "premi di base" è emerso che per il 50% degli intervistati il lavoro svolto non è apprezzato e che per l'84% degli infermieri il proprio impegno non è ricompensato secondo le aspettative.

DISCUSSIONE

Dai risultati possiamo affermare che il campione esprime livelli di *job satisfaction* generale positiva, in quanto l'83,3% delle persone intervistate si è detta sostanzialmente "soddisfatta" del proprio lavoro, con una percentuale d'insoddisfazione del 16,7%.

Questi risultati sono molto simili a quelli osservati in uno studio internazionale condotto su 43mila infermieri di cinque Paesi diversi (Stati Uniti, Canada, Inghilterra, Scozia e Germania) dove si è dimostrato un tasso d'insoddisfazione oscillante tra il 17% e il 40%.

Possiamo giustificare l'elevato grado di soddisfazione ottenuto in questo studio, considerando il fatto che possa essere determinata da una popolazione composta soprattutto da persone giovani, con un'anzianità di servizio non eccessivamente elevata (media = 13,92 anni) e una permanenza nello stesso reparto molto bassa (moda = tre anni).

La letteratura, infatti, dice che, spesso, il cambiamento dell'Unità Operativa, condotto in maniera ragionata, dopo qualche anno, genera, nel dipendente infermiere, molta più motivazione e gratificazione.

L'uomo ha bisogno di trovare stimoli nuovi da soddisfare, nuovi scopi da perseguire, che lo porteranno a non fossilizzare il proprio pensiero, evitando di cadere nel *burn-out*.

Nei dati riguardanti il titolo di studio, si può osservare una soddisfazione maggiore riscontrata tra gli infermieri in possesso di laurea universitaria (89%), rispetto agli operatori in possesso di diploma regionale (79%) che, nel campione, sono risultati più della metà (56%). Ciò, forse, perché maggior cultura porta a ottenere più elasticità mentale e, quindi, ad aver meno resistenze verso problemi economici e organizzativi che ostacolano il cambiamento a livello operativo, portando insoddisfazione lavorativa.

Nonostante l'elevato grado di soddisfazione emerso, sono state riscontrate pure carenze nei fattori che sono ritenuti in letteratura aspetti prettamente motivazionali dell'attività lavorativa.

In merito alla formazione è stata, infatti, riscontrata una percentuale molto bassa di infermieri che hanno la possibilità di partecipare all'Ecm (altro fattore significativo per elevare il livello di motivazione dei dipendenti, oltre a migliorarne la pratica e ampliare le loro conoscenze, abilità e capacità di giudizio).

Tenuto conto di quanto sinora osservato, è stata condotta un'ulteriore analisi, volta a indagare il rapporto esistente tra soddisfazione dei lavoratori per la propria occupazione e la promozione o avanzamento di carriera (altro elemento fondamentale, in letteratura, per la job satisfaction).

Dall'analisi dei dati, si può osservare un'evidente e totale insoddisfazione da parte degli infermieri sulla possibilità di promozione e di avanzamento di carriera, dovuta, da quanto emerge dai risultati, da una mancanza di strumenti operativi atti a promuovere il personale competente nell'organizzazione dell'azienda ospedaliara

Alcune grandi organizzazioni intraprendono progetti di "Compensation management", mirati ad identificare l'insieme di azioni che influenzano i comportamenti individuali affinché contribuiscano al raggiungimento degli scopi aziendali e contestualmente alla soddisfazione della persona stessa.

Si tratta di uno degli aspetti del *Total Rewards*, in Italia noto come **Sistema Premiante**, che punta all'identificazione, in senso generale, dei riconoscimenti non solo economici per generare la motivazione delle persone all'interno dell'organizzazione e, soprattutto, per incentivare i comportamenti più produttivi, eliminando quelli ostili.

Nella definizione del sistema premiante occorre stabilire: che cosa, come e chi premiare.

All'interno dell'organizzazione, la definizione di questi parametri è estremamente delicata, visto che il riconoscimento attribuito ad alcune funzioni (e non ad altre) rischia di far nascere attriti tra le diverse componenti aziendali.

Nell'ambito delle aziende sanitarie, il potere decisionale della direzione rispetto al sistema premiante è fortemente condizionato sia dalla legislazione del lavoro che dalla contrattazione collettiva.

CONCLUSIONI

Il presente studio cerca di offrire informazioni volte al miglioramento continuo dell'assistenza, focalizzando la valutazione sui livelli di soddisfazione lavorativa dei dipendenti e allo studio di alcune variabili (formazione e promozione) sostenute dalla letteratura come rilevanti fattori motivazionali.

L'indagine condotta cerca, quindi, di rappresentare un nuovo modo di concepire la professione infermieristica, perché pensare alla gestione del personale solo come una mera "amministrazione" numerica delle risorse non può che essere una visione limitativa.

Si auspica, quindi, di progredire verso una gestione del lavoro inteso in chiave qualitativa, pensando agli esiti conseguiti dalle risorse, piuttosto che alla sola gestione dei turni di servizio.

L'emancipazione del sistema di incentivazione e l'implementazione della *clinical governance* che, nello specifico, dovrebbero essere applicate dall'amministrazione dell'ospedale Fatebenefratelli, rispondendo, così, alla carenza riscontrata di due variabili motivazionali - la promozione e la formazione - che porterebbero al raggiungimento di livelli totali di soddisfazione lavorativa da parte dei dipendenti.

AUTORE:

Barbara Di Donato, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche, infermiera Uo Spcd, ospedale Fatebenefratelli, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Aiken L et al, Nurse Reparts an hospital care in five countries. Health Affairs; may-june: 43-53. 2001.

Ali N, Factors Affecting Overall Job Satisfaction and Turnover Intention. Journal of Managerial Sciences; 2(2): 239-252.

Al-Shammari M.M, Organizational climate. Leadership & Organization Development, 13(6): 30-32. 1992.

Barelli P, Pallaoro G, Perli S, Strimmer S, Zattoni M.L, *Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci?* Assistenza infermieristica e ricerca: 25(1): 35-41. 2006.

Baroni S, Premiare i dipendenti meritevoli? In: Sistema Premiante. Ed. Ipsoa. 2007.

Baumann A, Qualità del lavoro=cure di qualità. In: Atti Giornata Internazionale Infermiere Icn; maggio; Ginevra (Svizzera): 1-56. 2007.

Burnard P, Morrison P, Phillips C, Job satisfaction amongst nurses in an interim secure forensic unit in Wales. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing; (8): 9-18. 1999.

Calamandrei C, La soddisfazione degli infermieri in relazione alla soddisfazione dei pazienti. Management infermieristico; (3): 26-32. 2000.

Castaldo A, Soddisfazione operatori, il tema cruciale della valutazione in residenza. Assistenza Anziani: 37-39. 2009.

Ciancio B, Trasformare la frustrazione del personale in soddisfazione: il potere della motivazione. Management infermieristico; (1): 40. 2001.

Cortese G.C, La soddisfazione per il lavoro. Come misurare la soddisfazione per il lavoro in una organizzazione. Sviluppo ed organizzazione. 2004.

Carver C.S, Pozo C, Harris S.D, Noriega V, Scheier M.F, Robinson D.S et al, *How coping mediates the effects of optimism and distress: A study of women with early stage breast cancer.* Journal of Personality and Social Psychology; 65: 375-390. 1992.

Di Pietro C, Ianni A, Puddu P, Renzi C, Tabolli S, Soddisfazione lavorativa, burn-out e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma. G Ital Med Lav Erg; 28(1): 49-52. 2006.

Downey H.K, Hellriegel D, Slocum J.W, *Congruence bet we en individual needs, organization al climate, job satisfaction and performance.* The Academy of Management Journal; 18(1): 149-155. 1957.

Gastaldi M, Cambiamento organizzativo: dall'alto o dal basso? Un'altra via. Sviluppo delle Organizzazioni. 2009.

Gray-Toft P, Anderson J.G, *The Nursing Stress Scale: Development of an instrument.* Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment; 3(1): 11-23.1981.

Joint Commission Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis, Health Care at the Crossroads; 4-40. 2002.

Kristensen T.S, Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular disease. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health; 25(6): 550-557. 1999.

Laschenger H.K.S, Wong C, McMahon L, Kaufmann C, Leader behaviour effecton staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness. Journal of Nursing Administration; 29(5): 28-39. 1999.

Leveck M.L, Jones C.B, The nursing practice environment, staff retention and quality of care. Nursing and Health; 19(4): 331-343. 1996.

Lowe G.S, *Healthy work place strategies: Creating change and achieving results*. Available from the Canadian Policy Research Network; doc 536. 2004.

Maslow A.H, Motivazione e personalità. Roma: Ed. Armando Armando.1992.

Marino G, Boccafogli B, Guerzoni A, Indagine di clima: il lavoro in ospedale. Area Qualità News; (1): 29-38. 2000.

Martin M, Le componenti della soddisfazione lavorativa. Psicolab Laboratorio di ricerca e sviluppo. 2005.

Migotto S, Palese A, Fattori facilitanti la permanenza degli infermieri nella pratica clinica: studio descrittivo nelle medicine del Friuli Venezia Giulia. Management infermieristico; (4): 9-10. 2005.

Perin R, De Santis L, Leadership e motivazione: due facce della stessa medaglia nel management infermieristico. Infermiere Oggi; 18(1): 16-19. 2008

Rousseau D.M, Psychological contracts inorganizations: Understanding written and unwritten agreements. Newbury Park. 1996.

Rugiadini A, Correlazione tra natura degli incentivi e bisogni. Organizzazione d'Impresa. Giuffrè editore: 273. 1979.

Sansoni J, Health promoting hospital: ospedali promotori di salute. Prof. Inferm.; 56(4): 56-59. 2003.

Seigrist J, Adverse health effects of highffort/lowre ward conditions. Journal of Occupational Health Psychology; 1(1): 27—41. 1996.

Sica C, Novara C, Dorz S, Sanavio E, *Coping Orientation to Problems Experienced* (Cope) traduzione e adattamento italiano. Bollettino di psicologia; 223: 25-34. 1997.

Spector P.E., Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. American Journal of Community Psychology; 13: 693-713. 1985.

Spector P.E, Summated Rating Scales. Newbury Park; CA: Sage. 1992.

Spector P.E, Job Satisfaction, Application, Assessment, Causes and consequences. Sage publications. 1997.

Tartaglini D, Mancini F, Nobile S, *Il mobbing nel mondo infermieristico: origine della professione infermieristica in Italia.* In Mobbing in area sanitaria: un'indagine sul personale infermieristico. lims-Istituto Italiano di Medicina Sociale: 55-62. 2003.

Tovey E.J, Adams A.E, *The changing nature of nurses' job satisfaction: An exploration of sources of satisfaction in the 1990.* Journal of Advanced Nursing; 30(1): 150-158. 1999.

Vaccani R, Mobbing-la lunga marcia verso la prevenzione. Manager allo specchio; (5): 1-12. 2004.

Weissman C.A, Nathanson C.A, Professional satisfaction and client outcomes. Medical Care; (23): 1179-1192. 1985.

Wilson B, Laschinger H.K.S, *Staff nurse perception of job empowerment: Atest of Kantor's the or yof structural powering organizations*. Journal of Nurse Administration; 24(4): 39-47. 1994.

Zanotti R, Gli infermieri anziani sono più motivati e soddisfatti del lavoro di quelli giovani. L'infermieristica basata sulle evidenze; 3(2): 46-47. 2002.

RAPPORTO OSSERVASALUTE

Il Lazio riduce la spesa sanitaria, ma è la regione col maggior disavanzo

L'8 marzo scorso, al policlinico Gemelli, è stata presentata l'ottava edizione del rapporto Osservasalute, un'analisi critica sulla qualità dell'assistenza sanitaria nazionale e regionale in Italia.

Oltre 500 pagine, frutto del lavoro di 203 ricercatori dei maggiori istituti di ricerca italiani.

Tra le regioni, il Lazio, sottoposto anche al piano di rientro, è l'unica che ha ridotto la spesa sanitaria, ma, al 2009, registra un disavanzo pro capite di 244 euro, maggiore di tutte le altre.

Nel 2007, il rapporto spesa/Pil è stato pari al 6,38% (media italiana, 6,59%).

Fra il 2002 ed il 2009, la popolazione media per Asl è aumentata molto; nel 2007, il Lazio presenta, per 1000 abitanti, un tasso di personale medico ed odontoiatrico del Ssn di 1,74 unità e del 3,75 di personale infermieristico (media nazionale, 1,80 per il primo e 4,45 per il secondo).

Il tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere è pari a 198 per 1000 abitanti nel 2008: in regime ordinario, 131,2 dimissioni e 66,7 in quello di day hospital.

Confermata un'eccessiva tendenza all'ospedalizzazione, nonché il consumo di antidepressivi, pari a 33,12 dosi al dì per 1000 abitanti. La popolazione, sempre in aumento, ha un tasso di fecondità totale (cioè, il numero medio di figli per donna) di 1,42 e l'età media, al parto, è di 31,9 anni.

Vivono da soli, il 15,4% dei maschi e del 39,3% delle donne, dai 65 anni in su, per un totale del 29,2% di persone (media nazionale,

27,8%). La mortalità complessiva dal primo anno di vita in poi è pari a 91,2 per 10mila abitanti tra i maschi (media nazionale, 89,8) e di 55,9 tra le donne.

Tra le cause, le malattie del sistema circolatorio, malattie ischemiche del cuore con un valore pari a 16,84 per 10mila per i maschi contro una valore nazionale di 15,04, mentre il tasso di mortalità femminile per le stesse malattie è, invece, del 10,12 (media nazionale 8.56) ed i tumori.

Persistono stili di vita errati, specie l'abitudine al fumo: il Lazio detiene la minor percentuale italiana di non fumatori, mentre quella dei fumatori è del 23,3% della popolazione dai 14 anni in su.

I consumatori di alcol sono il 68,4% dei cittadini. La percentuale di quelli nella fascia 11/18 anni è del 16,8% fra i maschi e l'11,8% fra le femmine e del 15,6% dei primi e del 4,4% delle seconde nella fascia 19/64 anni.

È in sovrappeso il 34,4% dei cittadini (obeso, il 9%); fra i bambini, tra gli 8-9 anni, è obeso il 10,7%, in sovrappeso, il 24,6%.

Lo sport è praticato dal 23,2% della popolazione dai 3 anni in su e rispetto alle abitudini alimentari, in media, vengono consumate cinque porzioni di frutta e verdura dal 6,1% dai cittadini (media nazionale, 5,7%) ogni giorno.

Nelle città, per 41 giorni l'anno, si supera il limite delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini.

Tiziana Mercurio





Report annuale delle attività del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica



CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA



IL 19 E 20 MAGGIO SI SONO TENUTI WORKSHOP CON IL BOARD INTERNAZIONALE

Due giorni per raccontare il lavoro di un anno

Due giorni probabilmente non bastano a raccontare un anno di lavoro. Ma la densità del confronto con il board internazionale e del workshop presso il ministero della Salute il 19 e il 20 maggio scorsi hanno bene dato il senso del valore scientifico e professionale del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica.

Giovedì 19 maggio, all'hotel Leonardo, si sono finalmente ritrovati attorno a un tavolo tutti i protagonisti delle attività del centro: ricercatori, professori universitari, consulenti, advisor, e naturalmente tanti infermieri del Collegio Ipasvi di Roma. Non si è trattato di un'auto incensazione. ma di uno schietto confronto sullo stato di avanzamento dei progetti di ricerca, per raccogliere il meglio di quanto seminato e gettare le basi per l'attività dell'immediato futuro.

Preziosissime, sotto questo aspetto, le raccomandazioni del board internazionale. quidato dalla professoressa Dvanne Affonso (presidente onorario del Centro di Eccellenza) e composto dai professori Ann Gallagher (Surrey University), Martin Johnson (University of Salford, Manchester), Linda Mayberry (New York University), Souraya Sidani (Ryerson University), Roger Watson (University of Sheffield).

"Il vostro lavoro è prezioso e stimolante perché si spinge in ambiti di ricerca mai esplorati prima, soprattutto dal punto di vista della scienza infermieristica. ed è proprio questo gap culturale che pian piano stiamo colmando la nostra forza, il biglietto da visita con cui dobbiamo presentarci all'esterno e con le istituzioni, per meglio comunicare il nostro peso specifico", ha spiegato la Affonso.

Convinta della bontà e della rilevanza del lavoro fatto dal centro anche la professoressa Linda Mayberry: "La forza e la novità per il panorama italiano risiede nella mobilitazione di reti di conoscenza tra realtà diverse e magari distanti, sia concettualmente che geograficamente. È questo il valore aggiunto di un Centro di Eccellenza rispetto ad un centro di ricerca universitario"

L'attenzione della professoressa Ann Gallagher è stata tutta per gli aspetti etici delle attività di studio intraprese. A partire dalla terminologia da usare, dal considerare partecipanti e non soggetti passivi gli infermieri e i cittadini coinvolti: "In Gran Bretagna siamo molto sensibili a questi aspetti, alla garanzia di riservatezza dei dati raccolti, così come della loro messa in sicurezza. In questo modo. chi ha collaborato continuerà a farlo con sempre più piacere e partecipazione".

L'incontro del 19 ha riservato ai presenti



focus





anche un'anticipazione dei primi risultati di due tra i progetti portanti dell'attività del centro del 2011.

Il consigliere Ipasvi **Carlo Turci** ha parlato della ricerca multicentrica sul benessere organizzativo degli infermieri di Roma e provincia; dall'università di Genova, **Loredana Sasso** e **Annamaria Bagnasco** hanno invece relazionato sul tema della sicurezza nell'area dell'emergenza. In particolare, sono stati indagati i requisiti quali-quantitativi della comunicazione a supporto della diminuzione del rischio di errore.

Il giorno successivo, il prestigioso auditorium della nuova sede del ministero della salute all'Eur ha ospitato il workshop internazionale intitolato: "Progetti di ricerca per l'innovazione". A moderare il dibattito, il giornalista Rai **Luciano Onder**.

Dopo la presentazione ufficiale dell'*Annual Scientific Report*, a cura del presidente Ipasvi e direttore del Centro, **Gennaro Rocco**, l'intera sessione mattutina è stata utilizzata per dare evidenza ai sedici progetti già in fase completamento. "Ciò che presentiamo oggi – ha spiegato Rocco – è il naturale, anche se non scon-

tato, risultato di tantissime riunioni, di innumerevoli esperienze di confronto con realtà diverse dalla nostra, di un incessante lavoro da parte di un gruppo affiatato di infermieri, docenti, professionisti di vari settori, che hanno tutti creduto da subito nell'ambizioso progetto di creare per la prima volta in Italia un Centro di ricerca in ambito infermieristico e non medico o solo universitario".

Ecco i titoli (per i dettagli di ciascun progetto, vedi le schede contenute in questo focus):

Polo per l'istruzione

- Studio e realizzazione di un sistema di classificazione e consultazione delle tesi di laurea.
- Costruzione di un modello per la valutazione del *core competence* infermieristico nell'esame di abilitazione professionale.

Polo per la ricerca

- 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 delle cure.

- Il rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali. Un'analisi multicentrica Italia-Gran Bretagna.
- La continuità assistenziale nella cronicità: definizione dei bisogni educativi dei pazienti e dei *caregiver* per la riduzione dei riaccessi impropri e l'aumento dell'adesione al trattamento.
- Studio descrittivo dei servizi di Cure palliative e terapie del dolore in Italia finalizzato ad individuare le forme attivate e attivabili di riduzione della sofferenza alla fine della vita.
- Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da *stroke*.
- 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 e una cartellonistica di "non disturbo".

Polo per la formazione dei ricercatori

- Infermieri clinici e ricerca infermieri-
- Corso di formazione teorico-pratica in *Metodologia della ricerca Infermieristica*.
- Corso di alta formazione in *Metodologia* della ricerca scientifica nell'Infermieristica
- Bibliografia e ricerca bibliografica nelle Scienze infermieristiche: teoria e prassi per le procedure tecniche di ricerca e accesso alle risorse.
- Migliorare la pratica clinica a partire dai risultati della ricerca scientifica.

Polo della pratica clinica

- Miglioramento della pratica assistenziale attraverso l'utilizzo di infermieri clinici esperti in *Evidence Based Practice*.

Sono stati molto graditi anche i saluti istituzionali, ad opera di personalità da sempre sensibili al lavoro svolto dagli infermieri. Sul palco si sono succeduti il direttore generale delle risorse umane e professioni sanitarie del ministero della Salute, **Giovanni Leonardi**; l'ex ministro della Salute e membro del comitato dei garanti del Centro, **Elio Guzzanti**; il presidente del corso di laurea in Infermieristica dell'università di Tor Vergata,





Augusto Panà.

Spazio poi, nel pomeriggio, alla presentazione dei nuovi progetti finanziati per l'anno in corso, tutti partiti rispettando i tempi stabiliti:

- la responsabilità educativa nei percorsi

clinico assistenziali dei pazienti in stoma terapia: formazione sul campo all'utilizzo della scheda di diagnosi;

- autovalutare lo sviluppo *core competence* "in progress", il bilancio di competenza: formazione sul campo;
- ricerca multicentrica sulla presa in carico del paziente nel percorso perioperatorio;
- installazione 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 (blended on line);

- bibliografia e ricerca bibliografica nelle Scienze infermieristiche: teoria e prassi per le procedure tecniche di ricerca e accesso alle risorse;
- corso di inglese generico;
- corso di inglese per la ricerca bibliorafica:
- evidence-cased practice: produttori e utenti di evidenze:
- revisione sistematica della letteratura e meta-analisi.
- "Il prossimo appuntamento internazionale del centro è per il mese di novembre ha annunciato in chiusura la vice presidente del Collegio Ipasvi di Roma e del Centro di Eccellenza, **Maria Ausilia Pulimeno** quando una conferenza internazionale sarà l'occasione per presentare i risultati delle ricerche svolte, con il chiaro intento di cambiare a poco a poco il modo di lavorare sul territorio per garantire più salute al cittadino, facendo dell'Italia un Paese leader a livello europeo della ricerca infermieristica".

sg

I preziosi consigli del board internazionale



"Il vostro lavoro è prezioso e stimolante perché si spinge in ambiti di ricerca mai esplorati prima da altri infermieri europei".

Dyanne Affonso



"La mobilitazione di reti di conoscenza tra realtà diverse rappresenta il valore aggiunto di un Centro di Eccellenza rispetto ad un centro di ricerca universitario"

Linda Mayberry



"Bisogna fare sempre molta attenzione agli aspetti etici della ricerca: in questo modo, chi ha collaborato continuerà a farlo con sempre più piacere e partecipazione".

Ann Gallagher

oto: Enrica Citoni

Grande spazio sui media all'iniziativa



La presentazione dello Scientific Annual Report del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica non ha lasciato indifferente la stampa nazionale di settore.

Il 19 maggio, proprio in concomitanza con il primo dei due incontri dedicati ad illustrare le attività del Centro, il "Sole24-Sanità" ha dedicato un ampio servizio di due pagine all'evento. Il giornalista Paolo Del Bufalo ha riportato i punti salienti di ciascun progetto partito nel 2010, tratteggiando con dovizia di particolari le ricerche in corso e quelle pronte per partire.

"Nursing: caccia all'eccellenza", il titolo scelto per l'articolo.

Quasi in contemporanea, un'altra rivista specializzata, "Panorama della Sanità", sul numero 19 del 16 maggio, aveva anticipato i contenuti dei workshop internazionali con una lunga intervista al presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco, ad opera del direttore della testata. Corrado De Rossi Re.



posito workshop i primi risultati della sua attività scientifica alla

presenza di numerose autorità

gne con soddisfazione la sua prigne con soucisiazione la sua promise ma candelina. È un progetto pilota in Italia, promosso dal Colleta in nana, promosso dai Cone-gio Ipasvi di Roma, per la speri-mentazione di un sistema rigoro-

so di certificazione delle compe-

tenze dei professionisti sanitari

na comunità intica, ma francamente siasti stupiti dal grande entulalla partecipazione che ha ivventura del Centro sin ascita. Basti dire che in mesi di attività sono en sedici programmi di ocedono speditamente llaborazione fattiva di delle università itae, delle associazioni dei molteplici enti nma, credo che il nza abbia gettato il no scoprendo un una propensione se noi stessi non

Quali obiettivi vi siete posti a breve e lungo termine? Una volta a pieno regime, il Cen-tro potrà produrre risultati di gran-de importaza per la professione infermieristica ma anche per le altre professioni sanitarie di eatre professioni sanitarie nen-senti ria di definire e adottare nel-pratica quotidiana modelli di ferimento che integrano sco-tta, applicazione e didattica.

delle Strategic Health Au (SHAs).² La ratio è q decentralizzare i poteri e cinarli ai pazienti; la fa commissionine verà qui commissioning verrà qu sferita dai PCTs- i cui s amministrativi annuali rap tano più di 1,2 miliardi d tano più un 1,4 minaro la ne- ad un numero compres 300 e i 500 consorzi di mea medicina generale costitui base geografica a cui sarà o compito di gestire l'80% de dget sanitario. ³ L'allocazion

Attraverso il Centro di Ecceli za gli operatori avranno a dis sizione un vademecum speci, per parlicare l'assistenza util zando e sostenendo le eviden scientifiche più accreditate. P tranno contribuire a disegnare riforma della formazione inte mieristica, effettuare ricerch multicentriche e interdisciplina ii, formare i nuovi infermieri, create i nuovi infermieri, create pi studenti in gruppi di ricerca infermieristica, gruppi di ricerca, costituire conitati di infermieri clinici espeni per l'analisi ela revisione degli stave. fermieri clinici esperti per l'analisi e la revisione degli standard dell'as-sistenza infermieristica, favorire il lavoro in rete delle associazioni professionali, svibori professionali, sviluppare ar sversali alla pratica clinica e

del Centro, lo stesso

Nasce il comitato di

CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA

Presentazione del primo Annual Scientific Report

Il contesto

L'infermieristica Italiana è stata protagonista in questi anni di un processo di crescita e di sviluppo senza uguali in Europa: da professione ancillare e socialmente poco riconosciuta, a professione intellettuale con pari dignità di ruolo e di status rispetto a tutte le altre professioni sanitarie. Un processo di maturazione frutto di sfide coraggiose, di tanti sacrifici, di investimenti culturali e che ha avuto il suo incipit con il trasferimento della formazione dalle scuole professionali all'università. Anche il sistema sanitario del nostro paese è di fronte a sfide decisive per il futuro. Esigenze crescenti, costi costantemente in crescita, aspettative sempre più alte da parte dei

cittadini, disponibilità di tecnologie sempre più sofisticate, un andamento demografico ed epidemiologico caratterizzati dall'invecchiamento della popolazione e dalle pluripatologie e quindi dalla cronicità.

Per garantire anche per il futuro il mantenimento del Servizio sanitario basato come oggi è, sul solidarismo, sull'equità e sull'universalità, vanno pensati nuovi modelli organizzativi, ridisegnate le reti dei servizi e le modalità di erogazione deali stessi.

Tutti i professionisti sanitari sono chiamati a dare il loro contributo convinto e fattivo per mantenere alti gli standard di qualità che la nostra sanità, riconosciuta tra le migliori del mondo. comunque assicura. Anche noi infermieri vogliano fare la nostra parte! E lo facciamo in un contesto certamente non favorevole, determinato soprattutto dalla cronica carenza di professionisti: siamo ancora tra gli ultimi paesi dell'area Ocse per il rapporto infermieri/abitanti. Ciò nonostante non solo continuiamo a garantire la funzionalità dei servizi ma siamo anche animati da una forte motivazione e voglia di fare per migliorare le nostre performance professionali e per ottimizzare la qualità delle prestazioni che le nostre strutture erogano. E lo testimoniamo con i fatti: migliaia di infermieri ogni anno frequentano corsi post laurea (Master di I e di II livello, Laurea magistrale, Dottorati di ricerca). Tutti sono pienamente coinvolti nei corsi di Educazione continua in medicina. Accettiamo e sfruttiamo appieno le straordinarie opportunità che la tecnologia ci mette a disposizione sia nelle biotecnologie che nella formazione e nella ricerca



In questo scenario complesso, dinamico e caratterizzato dalla continua ricerca di un modello ottimale di organizzazione ispirata all'efficienza, all'efficacia e soprattutto alla sostenibilità, si colloca questa nuova iniziativa promossa dal Consiglio direttivo del Collegio Ipasvi di Roma: la creazione di un "Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica". Un'iniziativa coraggiosa, unica nel suo genere, che agisce in tutti gli ambiti in cui l'infermiere opera: l'assistenza, la clinica, la formazione, l'organizzazione e il management. Quindi. la ricerca.

All'inizio certamente ci aspettavamo dai Colleghi più direttamente coinvolti un





grande impegno. Non immaginavamo allora però che, nel breve volgere di pochi mesi, quell'impegno si sarebbe trasformato in entusiasmo e che il progetto attirasse così tanta attenzione e partecipazione. Un sasso nello stagno che ha contribuito a svelare una spiccata propensione dell'infermiere alla conoscenza, alla speculazione scientifica, alla riflessione critica.

Gli obiettivi

Tra gli obiettivi del Centro di eccellenza vi sono quelli di promuovere e sostenere la ricerca infermieristica e di mettere a disposizione dell'intera comunità professionale, in modo semplice e immediato, il meglio della letteratura scientifica e dell'Ebn internazionale, le migliaia di testate 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

La struttura e le collaborazioni

In linea con le positive esperienze maturate in questi anni soprattutto negli Stati Uniti, il Centro di Eccellenza si è dotato di speciali organismi di indirizzo e verifica delle sue attività in grado di conferire piene garanzie di tipo etico, deontologico e scientifico al lavoro svolto. Una volta ultimata la sua messa a regime, potrà fornire risultati di straordinaria importanza per l'intero ambito infermieristico. Consentirà di definire e adottare nella pratica quotidiana modelli di riferimento che integrano scoperta, applicazione e didattica.

Attraverso il Centro, che continua a ricevere consensi ed adesioni da tutto il mondo, gli infermieri italiani hanno a disposizione un vademecum speciale per affermarsi come professionisti "eccellenti". Potranno contribuire a disegnare la riforma della formazione infermieristica, effettuare ricerche multicentriche e interdisciplinari, formare i nuovi infermieri-ricercatori, creare laboratori di ricerca infermieristica, organizzare gli stu-

denti in gruppi di ricerca, costituire comitati di infermieri clinici esperti per l'analisi e la revisione degli standard dell'assistenza infermieristica, sostenere e favorire la messa in rete delle attività di ricerca delle Associazioni/Società scientifiche professionali, sviluppare aree trasversali alla pratica clinica e molto altro ancora. Uno strumento efficace, insomma, per lanciarsi dritti nel futuro dell'assistenza, acquisendo competenze e strategie altrimenti non disponibili.

Gli aspetti di metodo

Una struttura così complessa e articolata non poteva esimersi dal dotarsi di una base organizzativa, determinando un metodo, basato sui criteri di efficienza e di funzionalità

Il punto di partenza è stato naturalmente individuato nel Sistema organizzativo che governa le attività del Collegio, Ente certificato da tre anni tramite un Organismo accreditato. Su questa piattaforma si sono innestate le attività di gestione dei Progetti.

Le fasi di gestione sono essenzialmente riconducibili al metodo PDCA di Deming (*Plan, Do, Check, Act*) applicato a:

- individuazione delle linee di indirizzo:
- proposte progettuali;
- attuazione dei progetti approvati;
- audit in progress e riallineamento della pianificazione;
- acquisizione e diffusione dei risultati.

A una prima analisi potrebbe apparire stridente l'applicazione di un metodo "meccanicistico" a dei programmi scientifici dove il perseguimento della conoscenza attraverso rigorosi metodi e strumenti validati dalla comunità scientifica di riferimento, sembra essere l'unico target.

Ma possiamo affermare (e questa è la nostra sfida metodologica) che, senza un metodo di governo, anche il più valido dei progetti di ricerca, raggiunta la validazione di risultati ambiziosi, fa fatica a dimostrare che la realizzazione sia avvenuta con il migliore utilizzo delle risorse. Per questo motivo in tempi di risorse definite come quelli attuali, consideriamo una corretta gestione delle risorse un dovere etico dal quale la ricerca

scientifica non può esimersi.

I programmi di ricerca già avviati procedono speditamente grazie alla collaborazione fattiva di tanti infermieri, delle università italiane e straniere, dei molteplici enti coinvolti e di tantissimi giovani. Ad un anno dalla sua fondazione, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica ha avviato ben 16 progetti, dei quali questa pubblicazione offre una sintetica documentazione. Si è avvertita la necessità di fare il punto suali studi in corso, di registrare la complessa rete di relazioni scientifiche internazionali e di pianificare al meglio la Conferenza internazionale nel corso della quale, nel prossimo autunno, saranno presentati i risultati conclusivi delle prime ricerche.

Da qui la pubblicazione dell'Annual Scientific Report che registra lo stato dei programmi, ne analizza la metodologia organizzativa e mette a fuoco le risultanze degli studi fin qui condotti.

La sua presentazione ha offerto a tutti noi un'utile occasione di analisi e di confronto con alcuni dei principali protagonisti della *best practice* infermieristica internazionale, alla presenza di insigni studiosi, autorità del mondo politico, accademico e professionale.

Conclusioni

Il lavoro sin qui fatto è certamente tanto e l'entusiasmo con cui tanti infermieri hanno aderito ai diversi progetti ci spinge ad andare avanti con determinazione, consapevoli che una disciplina si mantiene viva solo se è capace di innovarsi, di evolversi, di esplorare nuove conoscenze. Noi lo facciamo ispirandoci ai valori etici e deontologici che da sempre caratterizzano la nostra professione.

Gennaro Rocco

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

I progetti avviati nel primo anno di attività

Ad appena un anno dalla loro approvazione da parte del Consiglio direttivo del Collegio Ipasvi di Roma, i progetti del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica iniziano a dare i primi frutti. Il Centro è già pienamente operativo e vede una straordinaria quantità di energie al lavoro, grazie anche al coinvolgimento di università italiane e straniere, personalità del mondo scientifico e culturale, ricercatori, rappresentanti delle istituzioni, una rete di consulenti a trecentosessanta gradi.

Il Report presentato al workshop internazionale del 19 e 20 maggio ha dato conto di tutte le attività intraprese nel 2010 e vi si può leggere, in controluce, il piano d'azione per l'anno presente e quelli futuri

I progetti partiti per primi hanno messo insieme un gran numero di soggetti, diventando il paradigma per declinare gli studi nel settore delle Scienze infermieristiche in Italia oggi.

In particolare, la "Ricerca multicentrica sul benessere organizzativo degli infermieri in servizio presso le Aziende sanitarie di Roma e provincia" ha registrato la diffusione e la raccolta di ben 4.750 questionari e 34 corsi di formazione accreditati Ecm itineranti nelle Aziende sanitarie della Regione Lazio. Attraverso questo strumento di indagine, si mira a diffondere il concetto di salute organizzativa nell'ambito delle strutture sanitarie, creando una rete di amministrazioni interessate allo sviluppo e all'approfondimento delle tematiche

riguardanti il benessere dei lavoratori.

È stato possibile così misurare anche i rischi psicosociali riguardanti le variabili legate al clima organizzativo e agli stili di convivenza sociale all'interno di Asl, cliniche e ospedali, allo scopo di sensibilizzare i dirigenti dell'Area assistenziale e tecnica sull'importanza del clima organizzativo come substrato di miglioramento della soddisfazione degli infermieri e delle persone assistite

Il progetto "La sicurezza nell'area dell'emergenza: i requisiti quali-quantitativi della comunicazione a supporto della diminuzione del rischio di errore e della qualità delle cure" ha, invece, coinvolto circa 100 professionisti di tre grandi aziende sanitarie romane e sono state raccolti ben 900 questionari. La comunicazione ed i processi decisionali sono, infatti, tra le principali attività del personale di emergenza. Studi dimostrano che l'89% del tempo di attività di medici e infermieri nell'emergenza è dedicato ad attività di comunicazione, di cui la maggioranza caratterizzato da comunicazione verbale, ma anche comunicazioni telefoniche, note scritte, informatiche.

L'obiettivo del progetto è ridurre il rischio di errore e di *near miss* nella comunicazione tra operatori sanitari, attraverso l'identificazione di format comunicativi atti a ridurre le *memory failure* e a garanzia della *safety* e della *security* di pazienti ed operatori.

La comunicazione virtuosa come antidoto contro la cattiva sanità contraddistingue anche il progetto "Individuazione di uno strumento finalizzato alla riduzione degli errori da somministrazione di farmaci attraverso un abbigliamento dedicato e una cartellonistica di non disturbo".

Farà certamente parlare di sé anche il progetto "Ascoltare il silenzio" (sul vissuto delle donne vittime di violenza che si rivolgono alle strutture sanitarie).



La dottoressa Annamaria Bagnasco presenta la ricerca sulla sicurezza nell'area dell'emergenza



Il totem grafico con il logo del Centro, a simulare i pilastri rappresentati dai Poli

focus



Attraverso un certosino lavoro di ascolto e di indagine sul campo, si è aperto un

prezioso spazio di dialogo tra le donne vittime di violenza e la comunità professionale infermieristica, non solo per raccogliere più dettagliatamente il loro vissuto e la loro percezione dell'assistenza ricevuta, ma anche per restituirgli dignità, riconoscendo i loro bisogni all'interno del

sistema sanitario.

"Studio descrittivo dei servizi di cure palliative e terapie del dolore in Italia", finalizzato a individuare le forme attivate - e attivabili - di riduzione della sofferenza nel fine vita: tematica molto presente nel nuovo Codice Deontologico della Federazione nazionale Collegi

Pionieristico e molto attuale anche lo

Altri dati fondamentali per leggere meglio la realtà in cui oggi l'infermiere esercita la propria professione stanno scaturendo dal progetto "Qualità della vita nella famiglie italiani colpite da casi di stroke" rappresenta la seconda causa di

morte nel mondo e la principale causa di disabilità nella popolazione adulta.

Un evento che non interessa solo il paziente colpito ma anche la sua famiglia e, all'interno di essa, il caregiver, figura al centro anche del progetto: "La continuità assistenziale nella cronicità: definizione dei bisogni educativi dei pazienti e dei caregiver per la riduzione dei riaccessi impropri e l'aumento della adesione al trattamento".

La vocazione internazionale del Centro è ribadita con forza da progetti come l'analisi multicentrica, tra Italia e Gran Bretagna, sul "Il rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali".

Alcune ricerche si sono rivolte più specificamente al mondo infermieristico: è il caso della "Costruzione di un modello per la valutazione del core competence infermieristico nell'esame di abilitazione professionale" o dello "Studio e realizzazione di un sistema

di valutazione e consultazione delle tesi di laurea", volto a creare un archivio informatico mai sperimentato prima. Su questa falsariga anche i progetti avviati dal Polo Formazione dei Ricercatori

Il primo. "Metodologia della ricerca infermieristica", è rivolto agli infermieri docenti nei corsi di laurea in Infermieristica (25 partecipanti), affinché acquisiscano competenze da spendere a loro volta in favore della formazione alla ricerca scientifica dei giovani infermieri. Il corso di formazione teorico-pratica, articolato in cinque moduli, si è concluso nel mese di febbraio 2011. Per consentire, nel prossimo futuro, una fruizione più ampia il 🚎 Centro di Eccellenza sta progettando una 🛱 formazione mista, residenziale e on line. Il secondo. "Bibliografia e ricerca 🖁 bibliografica nelle scienze infermieristiche", è un corso gratuito, che sintetizza le esperienze di anni del gruppo di lavoro sulla biblioteca e l'indicizzazione della letteratura infermieristica. Ha avuto un buon successo per i due corsi previsti nel 2010 e, a grande richiesta, sono state previste ben altre cinque edizioni nel 2011

Nell'ambito delle finalità del III Polo per la Formazione dei Ricercatori, nel 2010 sono state realizzate 5 edizioni del corso base di inglese scientifico (94 partecipanti), 4 edizioni del corso di 2° livello (78 partecipanti) e 2 edizioni del corso di 3° livello (40 partecipanti).

Il 2010 ha visto l'inizio delle attività anche del Polo della Pratica clinica, quello forse più ambizioso in quanto ha l'obiettivo di migliorare la pratica clinica infermieristica e di incoraggiare gli infermieri a realizzare tale miglioramento attraverso la riflessione critica sull'esperienza e l'applicazione nella pratica dei risultati della ricerca scientifica. Il primo progetto partito è: "Miglioramento della pratica assistenziale attraverso l'utilizzo di infermieri clinici esperti in Evidence Based Practice", che coinvolgerà Aziende sanitarie romane impegnate nelle aree della disabilità (neurologia, geriatria, reumatologia) e delle malattie cardiovascolari

Foto: Enrica Citon



POLO PER L'ISTRUZIONE

(Comitato direttivo: Ausilia Pulimeno, Angela Basile, Maria Grazia De Marinis)

Costruzione di un modello per la valutazione del *core competence* infermieristico nell'esame di abilitazione professionale

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

- Esiste un modello concettuale del core competence infermieristico di base;
- esistono criteri oggettivi di valutazione del core competence infermieristico;
- esiste il modello operativo per la conduzione dell'esame.

Disegno dello studio

Esiste la volontà di individuare un modello concettuale per la valutazione del core competence infermieristico nel momento dell'abilitazione professionale.

Il modello prevede una revisione attenta e scrupolosa della bibliografia di riferimento nazionale e internazionale che permetterà di focalizzare gli elementi che lo caratterizzano

Di seguito, sarà posta l'attenzione su ciò che viene oggi fatto e sulla validità delle esperienze fino ad ora utilizzate codificando ciò che può essere valido all'interno del modello.

Verrà studiata un modalità operativa di effettuazione della valutazione del **core competence** infermieristico individuato,

utilizzando schede e griglie di osservazione capaci di evidenziare lacune o situazioni critiche del modello.

In fase di sperimentazione, saranno individuate quattro sedi di diversi atenei universitari per applicare il modello.

Procedure

Modello di riferimento.

Risultati attesi

- Far assumere al core competence infermieristico una fisionomia più chiara;
- modificare l'attuale esame di abilitazione, fornendo un modello di riferimento scientifico, validato e accreditato:
- elaborare lo strumento chiaro, comprensibile, facile ed esaustivo;
- definire linee-guida per tutte le università e valutare l'impatto.

Rilevanza

Il progetto fornirà gli strumenti per una maggiore credibilità professionale nel momento dell'esame di abilitazione garantendo un esame oggettivo e riferibile al core competence di base dell'infermiere generale.

COORDINATORE PROGETTO

Maria Ausilia Pulimeno

Studio e realizzazione di un sistema di classificazione e consultazione delle tesi di laurea

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

- Esiste un sistema di classificazione delle tesi:
- esiste un software utilizzabile in rete per l'archiviazione e la consultazione informatica.

Diseano dello studio

Revisione di letteratura; combinazione di esperienze nazionali ed internazionali con parere degli esperti; sperimentazione del sistema di classificazione e consultazione su campione rappresentativo di tesi.

Procedure

Il progetto si articola in cinque fasi:

 Revisione della letteratura relativa ai sistemi di classificazione delle tesi utilizzate in letteratura. La revisione sarà basata su seguenti criteri (scelta degli studi: quali pubblicazioni, quali anni e quali tipi di studi; criteri di inclusione ed esclusione degli studi; strategia di ricerca delle informazioni; valutazione



La vice presidente Ipasvi Roma, Maria Ausilia Pulimeno

: Enrica Citoni



- della qualità metodologica e completezza delle informazioni di ogni studio; elaborazione dei risultati e proposta dei criteri per la classificazione delle tesi);
- 2. *consensus conference* con esperti per la valutazione e l'integrazione dei criteri proposti;
- 3. definizione di un database;
- 4. creazione di un software dedicato, utilizzabile in rete:
- 5. sperimentazione del sistema di classificazione, di archiviazione e consultazione su un campione rappresentativo di tesi.

Risultati attesi

- Disponibilità di criteri per la classificazione delle tesi:
- definizione di un data base per l'archiviazione delle tesi;
- utilizzabilità del software dedicato, da parte delle università per l'archiviazione e la rapida consultazione delle tesi di laurea infermieristiche.

Rilevanza

La possibilità di accedere in maniera veloce e selettiva alla produzione delle tesi facilita la formulazione di interessanti giudizi su contenuti, metodi e risultati dei lavori finali degli studenti, sulla congruenza delle tesi con gli obiettivi formativi dei corsi e sulla futura produzione di tesi nei successivi livelli formativi (master, laurea magistrale, dottorati di ricerca).

Con una completa disponibilità di dati sulla produzione scientifica (del mondo accademico come di quello sanitario), sarà possibile effettuare numerose e coordinate analisi che valuteranno lo sviluppo della ricerca clinica e della formazione in Italia.

COORDINATORE PROGETTO

Maria Ausilia Pulimeno

POLO PER LA RICERCA

(Comitato direttivo. Gennaro Rocco, Carlo Turci, Rosaria Alvaro)

Ascoltare il silenzio. Il vissuto delle donne vittime di violenza che si rivolgono alle strutture sanitarie

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

• Raccogliere informazioni sulle espe-

rienze concrete vissute dalle donne vittime di violenza durante il loro percorso nelle strutture sanitarie, soprattutto per quanto riguarda il riconoscere, l'accogliere, l'entrare in relazione, l'assistere, il supportare e il tutelare da parte degli/lle operatori/trici sanitari/e coinvolti/e;

- definire un'ipotesi di fabbisogno, di bilancio delle competenze relazionali (soprattutto a livello infermieristico), organizzative e strutturali necessarie e mancanti, evidenziando punti di forza e criticità;
- fornire alle donne vittime di violenza uno strumento di espressione e di ascolto da parte della professione infermieristica e degli operatori coinvolti nei percorsi sanitari vissuti durante la loro esperienza di bisogno;
- disseminare i risultati allo scopo di incidere sui processi di miglioramento continuo dell'assistenza alle donne vittime di violenza e di presa in carico responsabile da parte del personale infermieristico.

Indicatori

- Le modalità di svolgimento della ricerca (processo, strumenti, somministrazione e raccolta, elaborazione e rendicontazione, disseminazioni) rispondono ai principi deontologici del Codice deontologico Ipasvi e ai principi etici di rispetto della salute della persona, della sua dignità, della riservatezza;
- il project team produce i resoconti in itinere e consuntivi previsti dal diagramma di Gantt;
- la quantità di strumenti di ricerca compilati raccolti raggiunge il 75% degli strumenti distribuiti dalle responsabili dei Cav;
- i tempi fissati nel diagramma di Gantt sono rispettati con uno scarto massimo di un mese dalle scadenze previste;
- la redazione di articoli (per editoria web e cartacei) e della pubblicazione editoriale è effettuata nei tempi previsti dal diagramma di Gantt, con uno scarto massimo di un mese;
- i risultati della ricerca sono presentati almeno ad un congresso/convegno entro un anno dalla chiusura della ricerca, con uno scarto massimo di un mese.

Disegno dello studio

La ricerca di tipo qualitativo si sviluppa a partire da un quadro teorico vicino alla fenomenologia e all'ermeneutica, principalfocus

mente correlato alla "Metodologia autobiografica" e alla sua declinazione nell'ambito della salute quale la "Medicina narrativa".

La strategia è quella di cogliere l'oggetto di studio nel contesto stesso dove esso appare come fenomeno, cercando ad esempio di far sì che i soggetti coinvolti esprimano essi stessi e alla loro maniera il senso dell'esperienza oggetto di studio. Il ricercatore si fa interprete di queste espressioni, traducendo e categorizzando i contenuti, il più possibile fedelmente e in maniera metodologicamente rigorosa, a uso del dibattito scientifico e culturale. Nello stesso tempo, si dà valore e spazio al discorso originale così come espresso dai soggetti della ricerca.

Nel campo della ricerca sanitaria sulla violenza contro le donne, l'approccio qualitativo vuole dare testimonianza del punto di vista della vittima nei confronti dei suoi bisogni di salute e di come ad essi sia data risposta.

Dare parola alle dirette interessate riesce a rendere conto della complessità e della globalità bio-psico-sociale dei bisogni implicati. Proprio per evitare il rischio di dispersione, l'area di indagine è per questo circoscritta a poche domande specifiche di interesse infermieristico: "Come vivono le donne vittime di violenza i percorsi sanitari?"; "Qual è la percezione dell'atteggiamento nei loro confronti da parte del personale infermieristico e sanitario?". L'approccio qualitativo, inoltre, risulta ap-

L'approccio qualitativo, inoltre, risulta appropriato per studiare in modo intensivo un numero abbastanza ristretto di casi (le donne ospiti dei Centri Anti-violenza rispetto all'insieme delle donne vittime di violenza), una tipologia particolare di vittime di violenza (donne che hanno scelto di intraprendere un percorso di uscita dal disagio rispetto al totale delle donne che sceglie di non denunciare né di riconvertire la propria vita), ma che risulta molto appropriato rispetto al focus della ricerca (donne capaci di prendere la parola, di autodeterminazione).

Inoltre, la caratteristica dell'approccio qualitativo è di esplicitare il soggetto ricercatore non come elemento neutro, ma come forza implicata con le sue appartenenze sociali, i valori, gli interessi, le esperienze. È un punto di forza importante nel momento in cui si vogliono evidenziare dimensioni della questione che siano rilevanti per la professione infermieristica stessa.

Il grado di generalizzabilità delle risultanze è inversamente proporzionale alla capacità del materiale raccolto di generare interrogativi, di mettere in discussione i paradigmi della professionalità, di suscitare emozione e apprendimento.

Proprio in ragione del fatto che la ricerca vuole essere anche un momento di restituzione dell'ascolto e dell'accoglienza alle donne vittime di violenza (e quindi il partecipare stesso alla ricerca è già un momento di rivalsa rispetto alla situazione originaria) e uno stimolo per un cambiamento nella professionalità del personale infermieristico, la ricerca può essere considerata appartenente alla tipologia della ricerca-azione, una strategia finalizzata anche nel suo processo stesso a trovare soluzione a un problema in maniera partecipata tra soggetti ricercatori e soggetti coinvolti nella ricerca.

La "Metodologia autobiografica" pone al centro dell'attenzione l'attitudine degli esseri umani a raccontare, a raccontarsi e a costruire, così, la propria identità e il proprio senso esistenziale.

La "Medicina narrativa" ne declina gli aspetti nell'ambito delle esperienze di malattia e di cura.

La chiave di volta è nel prendersi cura delle storie di malattie e restituire ai soggetti coinvolti il diritto alla propria autobiografia.

Procedure

sica ed esistenziale.

Il dispositivo è definito e validato a livello metodologico, deontologico ed etico. La somministrazione è effettuata dalle responsabili dei Centri Anti-violenza, che selezionano il campione, scegliendo le partecipanti in base all'appropriatezza non solo rispetto allo stato di salute psico-fi-

Il gruppo di ricerca raccoglie e studia il materiale autobiografico secondo le metodologie qualitative di analisi dei testi.





Il materiale autobiografico è reso pubblicabile con un'opera di *editing* che rispetti i requisiti letterari, deontologici, di privacy e di tutela medico-legale.

Risultati attesi

- Raccolta pubblicabile di storie di cura, vissuti e percezioni di donne vittime di violenza che hanno contattato strutture sanitarie, utilizzabili per la riflessione e la formazione di competenze organizzative, relazionali ed emozionali;
- risultanze aggregate di tipo qualitativo sulla qualità dei percorsi assistenziali e sull'atteggiamento del personale infermieristico e sanitario;
- avvio di relazione istituzionale tra il Collegio lpasvi e le associazioni di tutela e di accoglienza delle donne vittime di violenza.

Rilevanza

Data la diffusione del fenomeno della violenza, già da tempo è stato chiesto, sia a livello nazionale che internazionale, alle professioni sanitarie coinvolte di promuovere un miglioramento della capacità di riconoscimento del fenomeno, di accoglienza, di ascolto, di supporto che vada oltre la mera esecuzione di gesti tecnici. La ricerca intende costituire un punto di partenza in tal senso e, al contempo, dare visibilità all'intenzione della professione infermieristica di assumersi una responsabilità nel contrasto ai fenomeni di violenza e nella risposta ai bisogni di salute da essi generati.

COORDINATORE PROGETTO

Massimo Greco

Progetto di ricerca multicentrica sul Benessere Organizzativo degli infermieri in servizio presso le Aziende sanitarie di Roma e Provincia

Obiettivi generali

- Diffondere il concetto di salute organizzativa nell'ambito delle strutture sanitarie di Roma e Provincia;
- creare una rete di amministrazioni sanitarie interessate allo sviluppo e all'approfondimento delle tematiche riguardanti il benessere organizzativo;
- misurare i rischi psicosociali riguardanti le variabili legate al clima organizzativo e agli stili di convivenza sociale;
- portare a conoscenza le Direzioni aziendali dei risultati ottenuti in relazione ai fattori organizzativi di benessere e malessere.

Obiettivi specifici

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

Indicatori

 Numero dei Dirigenti Infermieristici presenti nella riunione di convocazione per la presentazione del Progetto/N. totale dei Dirigenti Infermieristici * 100 (> 5%);

 numero delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia aderenti al Progetto/N. delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia totali * 100 (> 3%).

Disegno dello studio

Il modello di ricerca sul benessere organizzativo, elaborato dal Dipartimento della Funzione pubblica, in collaborazione con la Facoltà di Psicologia 2 di Roma "La Sapienza", si riferisce ad una ricerca-intervento

Questo tipo di analisi viene utilizzata quando, oltre a conoscere determinati processi e fenomeni, si intende anche intervenire sugli stessi.

La ricerca è uno strumento che consente di raccogliere numerose ed importanti informazioni sulle dimensioni del benessere e del malessere organizzativo ed è anche uno "strumento di ascolto" che permette di far emergere la "percezione" che i dipendenti hanno della propria amministrazione.

Quando si parla di percezione ci si riferisce all'immagine soggettiva che i dipendenti hanno dell'ente, pertanto la fotografia che la ricerca darà dell'amministrazione sarà quella filtrata attraverso gli occhi dei dipendenti che vi lavorano.

È dunque fondamentale, per il buon esito della ricerca, far comprendere ai propri dipendenti l'importanza della loro partecipazione al progetto di innovazione che l'amministrazione ha inteso intraprendere.

Procedure

Il percorso di ricerca intervento prevede la seguente procedura:

- 1. la preparazione dell'indagine;
- 2. la realizzazione dell'indagine;
- 3. la comunicazione dei risultati;
- 4. eventuale pianificazione degli interventi

Risultati attesi

L'indagine ha l'obiettivo di raggiungere almeno il 10% degli iscritti del Collegio Ipasvi di Roma, cioè circa 2.800 infermieri.

Rilevanza

Iniziativa strategica che produce un alto ri-



torno di immagine, oltre ad essere utile, in prospettiva, per gli infermieri e i cittadini, per diversi motivi: è la prima ricerca del genere in Italia su una popolazione di professionisti, utilizzando lo strumento del Dipartimento della Funzione Pubblica.

È uno strumento validato per raccogliere dati attendibili sulla percezione lavorativa degli infermieri, con possibilità di confronti incrociati.

E, di sicuro, avrà un impatto positivo sugli infermieri iscritti che vedono il Collegio interessarsi al loro benessere psico-fisico.

COORDINATORI PROGETTO

Maria Grazia Proietti Carlo Turci

Il rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali. Un'analisi multicentrica Italia-Gran Bretagna

Obiettivi generali

Tale progetto si inquadra nell'ambito di una iniziativa strategica, che potrebbe produrre un alto ritorno di immagine per la professione infermieristica e per l'implementazione di *setting* assistenziali etici che migliorano la qualità dell'assistenza per il paziente e producono meno *turn over* infermieristico e minor possibilità di abbandonare la professione e per una minore sofferenza morale infermieristica legata al mancato rispetto della dignità professionale.

Tale progetto potrebbe avere un impatto positivo sugli infermieri iscritti che vedono il Collegio Ipasvi di Roma ed il Centro di Eccellenza interessarsi al loro benessere morale e alla loro possibilità di essere pienamente rispettati come professionisti nella loro dignità sociale.

La pubblicazione di un articolo di ricerca su importante rivista internazionale di nursing e possibilità di continuare lo studio in altri paesi con pubblicazione dei risultati a livello paneuropeo.

Indicatori

 Evidenziare indicatori di rispetto o mancato rispetto della dignità professionale infermieristica:

 evidenziare gli indicatori caratterizzanti un buono od un cattivo clima organizzativo etico.

Disegno dello studio

Tale progetto può essere sviluppato come uno studio qualitativo multicentrico che coinvolge infermieri operanti in realtà sanitarie pubbliche o private della Gran Bretagna che possono essere reclutati coi corsi di specializzazione che si tengono nelle università di Hertfordshire e di Surrev.

Il Focus Group è un metodo di ricerca qualitativo tipicamente usato per esplorare esperienze, significati, credenze e valori relativi ad un determinato tema (21, 22) ed orienta verso un fattenta conoscenza dei processi che sono alla base di particolari eventi.

Procedure

1. Trascrizione

Il primo livello di analisi prevede la trascrizione integrale e dettagliata dell'audioregistrazione. I nastri verranno trascritti entro 2-3 settimane dal completamento del Focus Group.

Una seconda persona (estranea allo studio) revisionerà i nastri e leggerà la trascrizione allo scopo di controllare qualsiasi discrepanza da correggere.

2. Codificazione

L'analisi di secondo livello consiste nella codificazione delle trascrizioni e verrà svolta da due ricercatori separati e indipendenti che identificheranno i dati più comuni/frequenti che captano l'argomento di discussione dei membri del Focus Group lavoreranno per codificare indipendentemente i dati su appositi fogli di lavoro.

Al termine, il team di codificatori dovrà incontrarsi per confrontare i codici ottenuti e fonderli in una nuovo foglio di lavoro che dovrà ottenere il 90% di accordo sul numero complessivo dei codici elaborati.

3. Categorizzazione

L'analisi di terzo livello serve a delineare le categorie allo scopo d'identificare il contesto di ciò che i codici (pa-



Il coordinatore del progetto Il rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali, Alessandro Stievano

oto: Enrica Citoni

role) significano, compresi i bisogni, le preoccupazioni, i problemi, le barriere, gli attributi, le dimensioni e altre caratteristiche dei codici

Verrà elaborato un foglio di lavoro di categorie finale simile a quello usato nella fase di codificazione. Successivamente, per ogni categoria si creerà una griglia: a ogni categoria (tabella) corrisponderanno alcuni codici (colonne); le righe della tabella corrisponderanno agli interventi dei singoli partecipanti al gruppo e all'interno di ogni casella verrà riportato il segmento della discussione appartenente al singolo individuo e codificato all'interno del relativo codice.

4. Consistenza interna

Nel quarto livello si definirà la consistenza del processo analitico. Un revisore indipendente confronterà i fogli di lavoro di codici e categorie con le trascrizioni originali per determinare la consistenza interna

Questo revisore valuterà la correttezza dei fogli di lavoro finali, apportando, là dove necessario, le opportune variazioni.

5. Analisi tematica

L'analisi di V livello genererà i temi finali che potranno essere usati per generare ipotesi da valutare in future ricerche



6. Validità

I temi scaturiti dall'analisi di V livello saranno condivisi con gli *stakeholders* attraverso forum comunitari che avranno la specifica finalità di ottenere la convalida dei risultati finali dei Focus Group.

I temi saranno condivisi con gli *stake-holders* attraverso una *consensus conference* con la specifica finalità di ottenere la convalida dei risultati finali.

Risultati attesi

Tale iniziativa strategica, mira a garantire l'implementazione di *setting* assistenziali etici che migliorano la qualità dell'assistenza per il paziente e producono meno *turn over* infermieristico, *distress* morale e *burn out* e minor possibilità di abbandonare la professione.

Tutto ciò contribuirà a una minore sofferenza morale infermieristica con un minore *moral burden* e residue, legato al mancato rispetto della dignità professionale

Si potranno, altresì, evidenziare aspetti importanti da promuovere per il potenziamento della dignità inter e intraprofessionale negli ambienti di lavoro.

Inoltre, l'impatto positivo di tale iniziativa unita alla precedente del 2009 portata a termine in alcune realtà sanitarie italiane di Roma e Provincia, permetterà di evidenziare in Italia e in Gran Bretagna i fattori che diminuiscono o aumentano la dignità professionale anche su base comparativa tenendo bene in mente l'impatto socio-storico situato delle due esperienze.

Tale progetto potrebbe avere un impatto positivo sugli infermieri iscritti che vedono il Collegio Ipasvi di Roma ed il Centro di Eccellenza interessarsi al loro benessere morale e alla loro possibilità di essere pienamente rispettati come professionisti nella loro dignità sociale.

COORDINATORE PROGETTO

Alessandro Stievano

La continuità assistenziale nella cronicità: definizione dei bisogni educativi dei pazienti e dei caregiver per la riduzione dei riaccessi impropri e l'aumento dell'adesione al trattamento

Obiettivi generali

Ampliare la documentazione assistenzialeeducativa infermieristica per garantire un'adeguata *compliance* del paziente e del *caregiver*.

Obiettivi specifici

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

Indicatori

- Le modalità di svolgimento della ricerca (processo, strumenti, somministrazione e raccolta, elaborazione e rendicontazione, disseminazioni) rispondono ai principi deontologici del Codice deontologico Ipasvi e ai principi etici di rispetto della salute della persona, della sua dignità, della riservatezza;
- il *project team* resoconti in itinere e consuntivi previsti dal diagramma di Gantt;
- la quantità di strumenti di ricerca compilati raccolti raggiunge il 75% degli strumenti distribuiti;
- i tempi fissati nel diagramma di Gantt sono rispettati con uno scarto massimo di un mese dalle scadenze previste;
- la redazione di articoli (per editoria Web e cartacei) e della pubblicazione editoriale è effettuata nei tempi previsti dal diagramma di Gantt;
- i risultati della ricerca sono presentati almeno ad un congresso/convegno entro un anno dalla chiusura della ricerca;
- le spese effettuate per il progetto non superano quelle previste.

Disegno dello studio

Studio prospettico, sperimentale, qualitativo randomizzato

Procedure

Procedure di assessment educativo.

Risultati attesi

Ampliamento della documentazione di accertamento assistenziale educativo al fine di aumentare l'adesione al trattamento stabilito e l'autogestione della cronicità del paziente e dei *caregiver*.

Rilevanza

Uno strumento di diagnosi educativa permette di valutare i livelli di *compliance* del paziente e presenta una ricaduta in termini di qualità delle prestazioni erogate.

COORDINATORE PROGETTO

Annamaria Bagnasco

La sicurezza nell'area
dell'emergenza: i requisiti
quali/quantitativi della
comunicazione a supporto
della diminuzione del rischio
di errore e della qualità delle cure

Obiettivi generali

- Ridurre il rischio di errore e di near misses nella comunicazione operatori sanitari;
- standardizzare la comunicazione efficace tra gli operatori nell'area dell'emergenza attraverso l'utilizzo di strumenti validati.

Obiettivi specifici

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



Indicatori

Le modalità di svolgimento della ricerca (processo, strumenti, somministrazione e raccolta, elaborazione e rendicontazione, disseminazioni) rispondono ai principi deontologici del Codice deontologico Ipasvi e ai principi etici di rispetto della salute della persona, della sua dignità, della riservatezza.

Disegno dello studio

Studio osservazionale.

Procedure

Procedure di e per la comunicazione efficace.

Risultati attesi

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

Rilevanza

Introduzione di strumenti quali *check list* comunicative, a seguito dell'identificazione di azioni correttive sulla sicurezza nella comunicazione, prevede la riorganizzazione delle attività clinico assistenziali attraverso la degli strumenti per la misurazione degli outcome specifici della formazione continua sulla sicurezza della comunicazione nell'area dell'emergenza/urgenza.

COORDINATORE PROGETTO

Annamaria Bagnasco

Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da *stroke*

Obiettivo generale

L'obiettivo generale che lo studio si propone è quello di eseguire uno studio longitudinale sulla Qdv del paziente e del *care-giver* dal momento della dimissione dalle Unità di Riabilitazione (Ur) fino ad un anno dopo.

Obiettivi specifici

- Valutare la Qdv del paziente e del caregiver al momento della dimissione dall'Ur e 3, 6, 9 e 12 mesi dopo;
- valutare se esiste una correlazione tra la Qdv del paziente e la Qdv del caregiver e come questa correlazione si modifica nel corso di un anno dopo lo stroke;
- valutare quali variabili sono in grado di predire la Odv del paziente e del caregiver. Le variabili che verranno considerate nel paziente saranno: aspetti socio demografici, disabilità, gravità dell'ictus, depressione, mutualità con il caregiver, comorbidità, stato di salute, utilizzo di supporti formali e informali per l'assistenza. Le variabili che verranno considerate nel caregiver saranno: aspetti socio-demografici, burden, ansia, depressione, stress, mutualità con il paziente, capacità di coping;
- descrivere e confrontare con una metodologia qualitativa (fenomenologia) il vissuto del *caregiver* e del paziente affetto da *stroke* al momento della dimissione dall'Ur e 3, 6, 9 e 12 mesi dopo.

Indicatori

Gli indicatori di verifica riguardanti il progetto saranno rappresentati da prodotti di processo e di risultato.

Gli indicatori di processo saranno:

- report epidemiologico sull'incidenza e prevalenza dello stroke in Italia e nel mondo:
- revisione bibliografica sulla Qdv dei pazienti e dei *caregiver* affetti da *stroke*;
- revisione bibliografica sugli strumenti utilizzabili nello studio:
- report di sintesi sugli incontri che verranno effettuati dal *Project Team* "ristretto" e "allargato";
- documento di "mappatura" delle strutture laziali di riabilitazione e di assistenza domiciliare che potrebbero essere coinvolte nello studio:
- protocollo dello studio.

Gli indicatori di risultato saranno:



oto: Enrica Cito



- report scientifico sui dati preliminari dello studio:
- report scientifici intermedi;
- report scientifico finale.

Disegno dello studio

Il disegno che verrà seguito sarà di tipo longitudinale. Le variabili indagate sul paziente e sul *caregiver* verranno misurate a tempo "0" e 3, 6, 9, e 12 mesi dopo.

Procedure

I pazienti ed i caregiver verranno arruolati al momento della dimissione dalle Ur.

In questa fase verranno somministrati tutti gli strumenti valutativi sia sul paziente sia sul caregiver. In questa occasione avrà luogo anche un'intervista aperta con il paziente ed il caregiver al fine di raccogliere con il metodo fenomenologico, il "vissuto" relativo allo stroke.

Successivamente, i pazienti e i caregiver verranno contattati 3, 6, 9 e 12 mesi dopo, al fine di ri-somministrare le scale valutative (tranne i questionari socio demografici) e rieseguire l'intervista fenomenologica.

Risultati attesi

Dal presente studio ci si aspetta di ottenere i seguenti risultati:

• conoscenza dei livelli di Qdv dei caregi-

- ver e dei pazienti con ictus a tempo 0 e 3. 6. 9 e 12 mesi:
- conoscenza delle variabili che si correlano e sono in grado di predire la Odv dei caregiver e dei pazienti dopo ictus;
- conoscenza dei vissuti relativi all'evento stroke sia nel paziente che nel caregiver e come questi vissuti si modificano nel tempo.

Rilevanza

In Italia, non è mai stato effettuato uno studio sulla Qdv del caregiver e del paziente dopo ictus.

La letteratura internazionale (soprattutto nordamericana) dimostra, invece, che lo stroke sconvolge profondamente la vita del paziente e del caregiver, ma con un adeguato supporto materiale e psicologico, entrambi riescono addirittura a dare significato a quest'esperienza.

Questo studio permetterà di avere una panoramica generale sulla vita dei caregiver e dei pazienti nel primo anno dopo l'ictus e sarà importante per le seguenti ragioni:

- permetterà di far emergere problematiche "nascoste" vissute nel post ictus;
- permetterà di avere dati utili per indirizzare le cure infermieristiche verso i pazienti ed i relativi caregiver,
- permetterà di avere dati scientifici per

sensibilizzare le istituzioni alle problematiche del post ictus.

Il presente studio avrà anche delle ricadute relative all'immagine professionale degli infermieri e degli Organi che li rappresentano poiché fornirà dati utili anche ad altri professionisti e ai gestori dei servizi sanitari.

COORDINATORE PROGETTO

Ercole Vellone

Individuazione di uno strumento finalizzato alla riduzione degli errori da somministrazione di farmaci attraverso un abbigliamento dedicato e una cartellonistica di "non disturbo"

Obiettivi generali

L'obiettivo generale del presente studio è quello di ridurre il numero di distrazioni e conseguentemente il numero di errori che si verificano durante la somministrazione dei farmaci.

Obiettivi specifici

• Valutare la tipologia di distrazione (chi e perché) a cui viene sottoposto l'infermiere durante la somministrazione dei







farmaci;

- valutare l'efficacia di un abbigliamento ad hoc accompagnato da una cartellonistica di "non disturbo" sull'incidenza di distrazioni:
- valutare la correlazione tra diminuzione di distrazioni durante la somministrazione dei farmaci e diminuzione degli errori.

Indicatori

- Numero dei Dirigenti Infermieristici presenti nella riunione di convocazione per la presentazione del Progetto/numero invitati *100 (< 10%);
- numero delle Strutture Sanitarie di Roma e provincia aderenti al Progetto/numero dei partecipanti all'incontro informativo *100 (< 10%);
- numero degli osservatori partecipanti all'evento formativo;
- numero di griglie di osservazione compilati:
- numero strutture che consolidano l'esperienza/strutture partecipanti *100 (< 10%):
- numero gruppi sperimentali;
- numero gruppi di controllo.

Disegno dello studio

Ricerca sperimentale quantitativa. Studio

osservazionale diretto alla scoperta di relazioni e causa/effetto che portano alla riduzione di errori nella fase di somministrazione attraverso un abbigliamento dedicato ed alla presenza di una cartellonistica di "non disturbo".

Procedure

Tutto il percorso del progetto, dalla sua ideazione al suo completamento, è suddiviso per fasi.

Incontro tra i ricercatori per:

- scrivere il progetto;
- creare una griglia di osservazione;
- creare un questionario, i cui elementi vertono su pareri e sensazioni personali riguardanti alcuni aspetti caratteristici del processo terapeutico;
- sperimentazione griglia osservazione e questionari;
- validazione strumento.

Identificazione delle strutture per proporre la collaborazione alla ricerca:

creare una mappa con evidenziati i criteri di esclusione/inclusione (nursing team,uso scheda di terapia, orari...);

identificare il campione sperimentale e di controllo in ogni struttura.

Convocazione dei dirigenti e referenti per: presentazione ricerca, descrizione degli strumenti, rilevazione delle aspettative. **Percorso informativo sulla gestione**

degli strumenti di ricerca ai referenti: griglia di osservazione; questionario.

Visita personale dei ricercatori presso le Uo: consegna questionari e grialie.

Monitorizzazione relativa alla compilazione dei questionari e griglie di osservazione ed eventuale rilevamento problemi di varia natura: contattare ciclicamente le Uo per monitorare il buon andamento dei lavori e per evidenziare eventuali problemi e naturalmente cercare di risolverli.

Ritiro questionari e griglie di osservazione, conteggio, decodificazione ed inserimento dati: rispondenza.

Elaborazione dati specifici per ogni Uo e complessivi.

Studio dati e formulazione ipotesi: strategie per il cambiamento e il miglioramento.

Convegno e pubblicazione.

Risultati attesi

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

Questa ricerca, per essere sostenibile, ri-



chiederà conoscenze locali e coinvolgimento del personale.

Rilevanza

Individuare la frequenza di possibili distrazioni durante ogni singolo atto di somministrazione per degente oltre un livello di accettabilità data dalla sola interazione del degente coinvolto al momento della somministrazione.

Altre possibili distrazioni possono potenzialmente distogliere l'operatore nel raggiungimento della giusta concentrazione a favore di possibili condizioni di rischio di errore terapeutico.

La rilevazione di una media delle distrazioni giornaliere diviso la frequenza totale delle prestazioni terapeutiche effettuate in un determinato periodo di osservazione, evidenzia la sensibilità della distrazione rilevata.

Lo specifico indicatore in percentile evidenzia il margine di rischio di errore oltre la soglia di accettabilità.

COORDINATORE PROGETTO

Carlo Turci

Nodol – Studio descrittivo dei servizi di Cure palliative e terapie del dolore in Italia finalizzato ad individuare le forme attivate e attivabili di riduzione della sofferenza alla fine della vita

Obiettivi generali

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

Intervistando i dirigenti sarà possibile:

- porre un maggior interesse sull'aspetto dell'assistenza ai malati sofferenti in cure palliative;
- far riscontrare ai dirigenti della professione la loro responsabilità e competenza relativamente alle dimensioni del



fine vita:

- dimostrare l'importanza del management infermieristico per la qualità dell'assistenza;
- fornire alla società scientifica e ai cittadini un punto di vista infermieristico italiano sulle Cure palliative.

Obiettivi specifici

Attraverso l'osservatorio degli infermieri dirigenti sarà possibile descrivere le caratteristiche dei servizi di Cure palliative e del controllo del dolore in Italia.

Sarà possibile tracciare una linea di demarcazione sullo stato dell'arte rispetto alla conoscenza e allo sviluppo dell'assistenza nel fine vita.

Indicatori

- numero dei dirigenti intervistati:
- numero di infermieri formati nell'ambito delle Cure palliative;
- presenza di servizi preposti alle cure palliative sia in forma di rete di Cure pallia-

tive, che di servizi di hospice;

- descrizione delle tipologie organizzative;
- applicazione di linee guida per il controllo del dolore;
- presenza e funzionamento di altre strutture in rete con le cure palliative: terapie antalgiche,
- assistenza domiciliare, gruppi di cure primarie, ambulatori, *day hospital*.

Disegno dello studio

Lo studio prevede di svolgere interviste telefoniche o di persona ai dirigenti delle professioni sanitarie; i focus dell'intervista indagheranno: l'organizzazione delle cure palliative; l'organizzazione del controllo del dolore: il fine vita.

COORDINATORE PROGETTO

Cesarina Prandi



POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI

(Comitato direttivo: Maria Grazia Proietti, Mario Esposito, Loredana Sasso)

Bibliografia e ricerca bibliografica nelle Scienze Infermieristiche: teoria e prassi per le procedure tecniche di ricerca e accesso alle risorse

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

• Numero di partecipanti a ciascuna edi-

zione del corso: 25 (minimo 20);

- frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%);
- produzione di un resoconto per ogni edizione: 6;
- produzione di 4 repertori bibliografici per ogni edizione: 24;
- rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

Destinatari

Ampia accessibilità: 6 edizioni nel 2010. Accreditamento Ecm.

Gratuità della partecipazione al corso. Sede del corso: Collegio Ipasvi di Roma, presso il quale è acquisito l'hardware e il software necessario.

Risultati attesi

Un più diffuso interesse per la ricerca infermieristica finalizzato alla miglior pratica clinica, con più ampie capacità di accesso alle fonti bibliografiche e di analisi critica della letteratura in funzione di una revisione esperta che possa essere disseminata nella pratica clinica.

Tale aumentato interesse si può verificare con i seguenti indicatori:

- aumento dell'appropriatezza degli accessi in biblioteca;
- aumento degli accessi alla biblioteca digitale del Collegio Ipasvi di Roma;
- aumento degli accessi alle banche dati biomediche;
- aumento dell'uso dei vocabolari controllati (appropriatezza delle interrogazioni):
- riduzione dei tempi di permanenza in biblioteca.

COORDINATORI PROGETTO

Maria Grazia Proietti Carlo Turci

Corso di formazione teorico-pratica in "Metodologia della ricerca Infermieristica"

Obiettivi generali

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





Obiettivi specifici

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

Indicatori

- numero di partecipanti al corso di formazione: 24 (minimo 20);
- frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%);
- produzione di resoconti in itinere e consuntivi agli step previsti: 5 (1/modulo);
- rispetto dei tempi previsti nel diagramma di Gantt;
- pubblicazione di uno o più articoli;
- presentazione dei risultati della ricerca in una conferenza entro un anno dalla chiusura del corso, a cura del Comitato Scientifico e dei partecipanti;
- rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

Destinatari

 Selezione dei partecipanti in base ad una prova di ammissione, che verte, oltre che sui titoli, sulla conoscenza dell'inglese, dell'epidemiologia e della statistica. (Per la prima edizione del corso si intende tuttavia privilegiare la partecipazione di infermieri docenti nei corsi di laurea in Infermieristica, affinché possano, a loro volta, trasmettere agli studenti le competenze metodologiche):

- accreditamento Ecm;
- gratuità della partecipazione al corso:
- sede del corso: Collegio Ipasvi di Roma, presso il quale è acquisito l'hardware e il software necessario.



Risultati attesi

Costituzione di un team di ricerca che sviluppi le competenze acquisite nel corso per:

- produrre nuovi corsi di formazione e parteciparvi come tutor,
- sviluppare nuovi progetti di ricerca;
- produrre materiale e documentazione infermieristica validata scientificamente e fruibile immediatamente dai colleghi iscritti al collegio Ipasvi di Roma.
- Sviluppo di un "sistema di rete" per la raccolta dei dati nella ricerca infermieristica, analisi sul campo dei fenomeni

correlati alla assistenza infermieristica, verifica delle ricadute nella clinica della ricerca infermieristica;

- supporto scientifico sulle buone pratiche nella clinica attraverso il contributo di ricerche comparative;
- sviluppo di una risorsa strategica per la competitività culturale della professione infermieristica.

COORDINATORI PROGETTO

Maria Grazia Proietti Mario Esposito





POLO PER LA PRATICA CLINICA

(Comitato direttivo: Stefano Casciato, Nicola Barbato, Maria Matarese)

Miglioramento della pratica assistenziale attraverso l'utilizzo di infermieri clinici esperti in Evidence Based Practice

Obiettivi generali

Innovare la pratica clinica infermieristica attraverso la promozione della pratica riflessiva e translazionale

Obiettivi specifici

- 1. individuare i contesti territoriali e di pratica clinica in cui avviare il progetto attraverso il coinvolgimento dei dirigenti dei servizi infermieristici e delle direzioni generali delle Asl-policlinici universitari e delle associazioni professionali italiane:
- 2. identificare gli infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti di pratica

- considerati prioritari, selezionati sulla base di criteri stabiliti:
- 3. omogeneizzare le competenze degli infermieri clinici esperti individuati anche attraverso attività formative (ad es. sull'Ebn):
- 4. costituire il comitato dei clinical nurse leader.
- 5. costituire i nuclei operativi nei contesti individuati a opera dei clinical nurse leader.
- 6. creare una rete di collegamento con i Centri nazionali e internazionali Ebn. con le associazioni professionali italiane e internazionali:
- 7. individuare due, tre problemi di pratica clinica prioritari nelle varie aree cliniche individuate e verificare l'esistenza di evidenze scientifiche a supporto dei cambiamenti:
- 8. formare i gruppi operativi (task force lo-

- cale) sui problemi di pratica clinica su cui è necessario operare il cambiamento:
- 9. verificare l'applicazione dei cambiamenti e valutare l'efficacia degli interventi proposti;
- 10. rivedere e/o creare gli standard di pratica clinica relativi alla aree indivi-
- 11. organizzare iniziative che diffondano le esperienze di miglioramento della pratica clinica, anche attraverso la presentazione degli aspetti deontologici, legali, di strategia sanitaria, etc.

Indicatori

- Individuazione di almeno tre Asl da coinvolgere nel progetto, dopo un'attenta analisi dei contesti territoriali e delle realtà interessate al progetto stesso:
- scelta delle aree cliniche in cui avviare in maniera prioritaria i progetti di miglioramento (ad es. area delle disabilità che include geriatria, neurologia, reumatologia, ortopedia, area cardiologica);
- individuazione dei requisiti che i *nurse* leader devono possedere per partecipare al progetto (esperienza clinica consolidata nell'area prescelta, qualità e quantità di esperienza professionale, conoscenza della lingua inglese, percorsi di formazione specifica nell'area di pratica clinica, di qualità di leadership, etc.):
- selezione dei clinical nurse leader, coinvolgendo i dirigenti dei servizi infermieristici delle Asl-Ao-policlinici universitari e le associazioni professionali;
- organizzazione di incontri con i *nurse* leader per illustrare il progetto;
- organizzazione di corsi sull'Ebn base e avanzato con la collaborazione dei centri Ebn nazionali internazionali:
- organizzazione di incontri con i nurse leader:
- creazione di un *network* dei *clinical nurse* leader e degli esperti in Ebn che hanno contribuito alla loro formazione;
- organizzazione di incontri con ali infermieri dei reparti interessati;
- organizzazione di eventi formativi per l'aggiornamento degli infermieri;
- cambiamento dei protocolli assistenziali di reparto relativamente ai problemi in-







Il presidente Rocco e la vice presidente Pulimeno al tavolo con il board internazionale

dividuati;

• miglioramento degli esiti sui pazienti.

Disegno dello studio

Il progetto sarà svolto sotto forma di ricerca-azione che permetterà di valutare l'efficacia del progetto pianificato nelle varie fasi costitutive.

La prima fase prevede l'individuazione e la formazione delle figure degli infermieri clinici esperti in Ebp, la seconda fase la ricaduta sull'assistenza della presenza nelle unità operative selezionate di infermieri esperti in Ebp.

Procedure

Il progetto si basa principalmente sulla formazione di un gruppo di infermieri esperti clinici con elevate capacità di leadership che costituiranno a loro volta dei gruppi operativi (*task force*) costituiti da infermieri clinici, che applicheranno le strategie di implementazione della *evidence* based practice prima citate.

La loro presenza capillare nel contesti clinici permetterà anche di individuare quali problemi di pratica clinica non hanno ancora una soluzione efficace e darà indicazione ai ricercatori sui possibili campi di indagine.

Risultati attesi

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

Rilevanza

Attualmente, l'uso dei risultati della ri-

cerca nella pratica è un problema di rilevanza a livello sia delle organizzazioni sanitarie che dei professionisti sanitari.

Si ritiene, infatti, che l'efficace uso dei risultati della ricerca nella pratica clinica migliorerà la qualità e il rapporto costi-efficacia dell'assistenza sanitaria.

L'introduzione nelle realtà cliniche italiane di figure esperte che possono fungere da "intermediari" tra ricerca e applicazione dei risultati della ricerca potrebbe rilevarsi un modello efficace riproponibile anche in altri contesti di pratica.

COORDINATORI PROGETTO

Stefano Casciato Nicola Barbato Maria Matarese





Polemiche sterili per "nascondere" il ruolo decisivo dell'infermiere

/ inverno 2011 ha lasciato un'ulteriore preoccupazione alla comunità professionale infermieristica. È il famigerato virus influenzale AH1N1 a far paura e, tra gli operatori sanitari, si moltiplicano i casi di contagio.

I media ne approfittano per fare clamore.

A Napoli accade l'irreparabile: muore il collega Francesco Fusco.

Quotidiani e tv se ne occupano diffusamente e all'inizio di febbraio l'allarme è ancora molto alto.

Il **Corriere del Mezzogiorno** (2/2/2011) titola: "In dieci sotto osservazione - Dopo la morte dell'infermiere al Policlinico in

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO Campania scatta l'allarme". Nel

servizio si legge: "Sono almeno dieci i casi accertati di AH1N1 in Campania, sei le vittime, e il numero sembra destinato a sali-re. Dopo l'ultimo drammatico episodio, quello che ha portato al decesso di un infermiere nella struttura di Odontoiatria al Secondo Policlinico, altri pazienti sono attualmente ricoverati nelle terapie intensive dei principali ospedali della regione".

II Messaggero (3/2/2011) rilancia l'allarme dall'Abruzzo: *"Influenza suina: infermiere ricoverato"*. E spiega: *"Un infermie*-

Te aquilano è stato ricoverato all'ospedale di Macerata perché affetto dal virus AH1N1, la cosiddetta 'influenza suina'. M.P. è arrivato all'ospedale San Salvatore con i sintomi tipici della malattia. I medici del Pronto soccorso hanno optato per un ricovero precauzionale per prevenire le eventuali complicanze".

Poi, come ogni anno, con l'arrivo della bella stagione l'allarme influenzale si spegne, come pure la sua eco mediatica.

Un'attenzione storicamente piuttosto rara alle questioni interne al mondo infermieristico la riserva il quotidiano economico **Italia Oggi** (4/2/2011) occupandosi dell'imminente rinnovo dei

ItaliaOggi vertici della cassa previdenziale degli infermieri italiani. Il titolo: "Elezioni Ennani gli infermieri al voto dal 14". Finalmente, anche in que-

Enpapi, gli infermieri al voto dal 14". Finalmente, anche in questo campo i media cominciano a riconoscere alla comunità infermieristica pari dignità rispetto ad altre professioni intellettuali

Così, a far notizia non saranno più soltanto le casse previdenziali di architetti, avvocati, medici e commercialisti!

Mentre il Lazio è alle prese con la difficile ristrutturazione di un sistema sanitario schiacciato da un debito spaventoso, la vicina Toscana si smarca dalla linea "taglia-tutto" e offre un termine di paragone interessante sulla strategia da seguire per rie-

quilibrare conti e servizi.

Ad annunciarlo, l'assessore regionale alla Salute, Daniela Scaramuccia, in visita nelle strutture sanitarie di Pistoia. **II Tirreno** (4/4/2011) titola: "Meno medici e più infermieri".

Nel servizio: "Riuscire a risparmiare senza tagliare, incrementando la qualità delle prestazioni senza licenziare nessuno e senza togliere servizi ai cittadini - spiega l'assessore - Tagli sui finanziamenti a parte, c'è una legge nazionale che vincola le Regioni e la Toscana è fuori da questi parametri. Intendiamoci, non sto dicendo che verranno mandati a casa lavoratori, ma ci sarà un criterio diverso e più ponderato sulle assunzioni in base alle necessità effettive e un riequilibrio delle professioni. In linea generale, questo può tradursi in più assunzioni fra infermieri e Oss e meno fra i medici".

La progressiva chiusura di diversi piccoli ospedali ha di fatto ridotto, specie nelle province del Lazio, la rete dei Pronto soccorso

Contestualmente, complici le lunghe attese ai pochi punti di Primo soccorso rimasti operativi, si registra un'escalation degli episodi di violenza contro il personale sanitario.

Il Messaggero (22/2/2011) riferisce di un caso del genere a Formia e scrive: "A soquadro la sala d'attesa del Pronto soccorso dell'ospedale Dono Svizzero di Formia. Stanco di aspettare danneggia il Pronto soccorso: arrestato".

Altro episodio a Viterbo, riferito da **II Tempo** (5/3/2011):

"Minaccia infermiera con un coltel-

dovuto intervenire l'altra sera presso la struttura sanitaria che tratta le problematiche dell'alcolismo, ospitata a Villa Rosa, dove un giovane ricoverato stava dando in escandescenze. Il giovane ha minacciato un'infermiera con un coltello a serramanico di grosse dimensioni".

Rispetto al tema della sicurezza, è, però, emergenza in tutt'Italia.

Gli infermieri delle Molinette di Torino protestano e chiedono la vigilanza fissa del presidio.

LA STAMPA (26/4/2011) titola: "Troppe aggressioni al Pronto soccorso". Nell'articolo si legge: "Giorno e notte in prima linea, in

Pronto soccorso alle Molinette si combatte non soltanto per far fronte alle emergenze.

In un documento pronto per la Direzione, gli infermieri denuncia-



no le 'ripetute aggressioni e violenze da parte di pazienti'. E chiedono una vigilanza fissa, 24 ore su 24, 'come in altri ospedali del Piemonte, mentre oggi i nostri sorveglianti sono in servizio soltanto dalle 18 alle 6, e anche il posto di polizia all'ingresso del Dea ha ridotto l'orario rispetto al passato'".

E il quotidiano economico Italia Oggi (28/2/2011) racconta dell'ultima iniziativa nata in Lombardia **ItaliaOggi** proprio per evitare che le proteste dei pazienti si trasformino in vere e proprie aggressioni al personale sanitario. Il titolo è: "Comporre le liti in corsia".

Il servizio spiega: "Negli ospedali lombardi arriva il conciliatore degli errori in corsia. Le incomprensioni, i malintesi e i conflitti che oppongono quotidianamente camici bianchi e malati erano troppi. E così dalla Regione arriva l'ultimo stratagemma contro le 4 mila denunce cautelative e richieste di risarcimento danni che si contano in un anno per presunti sbagli di diagnosi o di trattamento. Del resto i numeri parlano da soli: solo nel 2008, in Lombardia, sono state avviate in media sei cause al giorno contro ospedali, quasi tre volte i numeri di dieci anni fa.

È proprio a partire da questi numeri che il Pirellone ha deciso di investire sul professionista che dovrà mediare con i pazienti e familiari. Il tutto è scritto sul piano di formazione della Regione per i professionisti del sistema sanitario nazionale, dove compaiono 20 giornate dedicate all'ascolto e alla mediazione dei conflitti negli ospedali".

Troppo pochi i Pronto soccorso rimasti e ancor meno gli infermieri in servizio.

Ciociaria Oggi (23/2/2011) rilancia per l'ennesima volta lo stato di perenne emergenza che si vive negli ospedali della

CIOCIARIA Incaso fa scalpore. Accade ad

Regione per la carenza di infermieri.

Anagni, dove l'assenza dal lavoro di

un solo infermiere finisce per scatenare il caos. Il quotidiano locale titola: "Emergenza infermieri. Disposto l'accorpamento delle Unità operative di Urologia e Chirurgia".

Nel servizio si legge: "Due reparti accorpati, cinque pazienti costretti a rinviare l'intervento previsto per ieri mattina, un unico e costante disagio. È questo il bilancio della decisione assunta ieri mattina dal direttore sanitario del Polo A della Asl di Frosinone per fronteggiare l'ormai perenne emergenza infermieri: tanto è ridotto all'osso il personale in forze all'ospedale di Anagni, che basta un imprevisto per far saltare l'equilibrio su cui si regge la struttura.

Un infermiere, coinvolto in un incidente, si è infatti visto costretto a saltare il lavoro. La sua assenza ha costretto la Direzione sanitaria ad accorpare i reparti di Chirurgia e Urologia. Quest'ultima unità operativa è stata costretta a sua volta a rinviare la seduta operatoria prevista.

Cinque pazienti si sono visti rinviare a data da destinarsi gli interventi programmati, mentre sono facilmente immaginabili altri disagi anche per l'Unità operativa di Chirurgia, che dovrà fare i conti con una ridotta disponibilità di posti letto".

Italia Oggi (2/3/2011) allarga il raggio a livello nazionale e tira

le somme degli infermieri che mancano all'appello: "Infermieri,

ne servono 37mila". Si legge nell'arti-**ItaliaOggi** colo: "Le strutture sanitarie hanno bisogno di almeno 37 mila professionisti. Ma il sistema formativo sarà in grado di formarne circa 28 mila. Ad essere ottimisti. Perché dal prossimo anno accademico alla consueta avara programmazione per la formazione delle future leve delle 22 aree sanitarie, si aggiungeranno gli effetti della riforma universitaria che porteranno a un'ulteriore riduzione dei posti messi a disposizione dagli atenei.

E questa la fotografia scattata dalle categorie sanitari e dalle regioni ai fini della rilevazione del fabbisogno di professionisti, inviata al Ministero della Salute".

Nel giorno in cui si celebra la festa della donna, le agenzie di stampa rilanciano i risultati dell'VIII edizione del dossier

Osservasalute presentato al Policlinico Gemelli

I media nazionali si tuffano soprattutto su due aspetti, entrambi dolorosi per gli infermieri. L'agenzia di stampa **Omniroma** (8/3/2011) è fra le prime a battere il dispaccio:

OMNIROMA "Numero infermieri sotto media". La velina spiega: "Il Lazio è nella media nazionale per il numero di medici e odontoiatri, mentre scarseggiano gli infermieri. Nel 2007 la regione presenta un tasso di personale

medico e odontoiatrico del Ssn di 1,74 unità per 1.000 abitanti, (contro la media nazionale di 1,80 per 1.000). Il personale infermieristico è invece pari a 3,75 per 1.000 abitanti, contro un valore medio nazionale di 4,45".

Il secondo lancio è ancor più doloroso: "Ospedali, laziali più OMNIROMA insoddisfatti della media su assistenza". Omniroma riferisce: "Gli abitanti del Lazio sono più insoddisfatti dell'assistenza infermieristica e del vitto degli ospedali rispetto alla media italiana. Nel biennio 2007-2009 il 13,9% degli abitanti del Lazio che sono stati ricoverati si sono dichiarati poco o per nulla soddisfatti dell'assistenza infermieristica (contro un valore medio nazionale di 11.7%).

Per quanto riguarda il vitto dell'ospedale il 33,3% si è dichiarato poco o per nulla soddisfatto, contro il valore medio nazionale del 26,5%. In merito all'assistenza medica avuta durante il ricovero ospedaliero, l'8% degli intervistati si è dichiarato poco o per niente soddisfatto, contro un valore medio nazionale di insoddisfazione pari alla media 7,9%".

Merita una menzione speciale il servizio pubblicato dal quotidiano Avvenire (15/3/2011) sulla carenza di infermieri e sul loro ruolo. Il titolo: "Protesta degli infermieri: senza di noi niente

futuro". Si legge: "Sono come un fiume carsico che scorre sotterraneo: c'è sempre ma lo si nota solo quando emerge, quando sale alla ribalta per un breve tratto. L'invisibilità è il destino degli infermieri e della loro professione, relegati al mondo dell'indistinto dal ruolo gregario che da sempre viene loro attribuito, condannati a non avere a livello sociale la stima che meriterebbero: tutti ricordano il nome del medico che li ha curati, chi sa elenca-



re quelli degli infermieri che lo accudivano in reparto? Eppure sono questi professionisti - da anni, il lavoro richiede una laurea - che rendono accettabile la vita del paziente ospedalizzato, che lo accudiscono nei bisogni quotidiani mettendo le loro mani al servizio di chi è incapace di compiere gesti banali in salute ma inarrivabili nella malattia.

Gli infermieri con passione e compassione sono a fianco del malato: non lo curano, se ne prendono cura. Confinati a fare da spalla ai medici - laureati ben più illustri nell'immaginario collettivo - dovrebbero esserne a tutti gli effetti partner alla pari, nel rispetto delle competenze di ciascuno.

Non è cosi. Anzi, le cose sono andate via via peggiorando nel corso degli ultimi anni: per rispondere all'ormai cronica carenza di infermieri, le amministrazioni ospedaliere hanno introdotto nelle corsie figure non professionali - operatori socio-sanitari e operatori tecnico-assistenziali, spesso con istruzioni disomogenee - che non sono in grado di rispondere ai complessi bisogni dei pazienti. Perché non sono infermieri ma - basta un camice bianco - come tali vengono percepiti dagli utenti. E la confusione impera".

Non è un "pesce d'aprile" quello che va in onda sul canale digitale della tv nazionale dedicato all'informazione **Rai News 24** (1/4/2011).

Finalmente, gli infermieri in primo piano nell'etere mediatico. A parlarne c'è il presidente del Collegio Ipasvi di Roma Gennaro Rocco, ospite della trasmissione scientifica "Ippocrate".

Il tema è quello della centralità del paziente e della rivoluzione in corso nel Ssn vista dagli infermieri, fra speranze e diffidenza. Il conduttore, Gerardo D'Amico, chiede: "Come sta cambiando la sanità italiana?". Risponde il presidente: "In alcune regioni ci sono sperimentazioni molto interessanti: non più il medico al centro del sistema ma un ruolo nuovo per gli infermieri". Domanda: "Chi va al Pronto soccorso e ha il codice bianco e che oggi deve attendere ore e ore, in queste regioni che succede?". Risposta: "Oggi il cittadino arriva al pronto soccorso e si mette in lista d'attesa. I codici più gravi passano prima. L'infermiere che lo accoglie fa subito il trattamento, ma poi il paziente deve attendere per la visita del medico.

Considerando che, dati statistici alla mano, i medici non rimettono mai in discussione quanto già fatto dall'infermiere in fase di prima accoglienza, si sperimenta oggi il fatto che l'infermiere possa completare il ciclo dell'accoglienza e, se è il caso, dimettere direttamente il paziente".

Il conduttore incalza l'ospite: "Vi siete messi molto in discussione da quando avete accettato la sfida universitaria...".

"Sì - risponde Gennaro Rocco - è stata la nostra grande scommessa. Oggi il problema è gestire e assistere le persone nel tempo e gli infermieri sono le figure specificamente formate per farlo. Sono professionisti di alto livello, specializzati e molto ben formati. Abbiamo investito molto nella ricerca, nonostante uno scenario italiano che storicamente ha dedicato poco a questo ambito. Stiamo facendo un grandissimo investimento sulla ricerca per l'assistenza alla persona. Ci onora constatare che ciò che facciamo in Italia sia all'avanguardia a livello mondiale".

Il presidente Rocco è chiamato in causa anche dal periodico romano che si occupa di inchieste sul sociale La Vera Cronaca

(16/4/2011).

E a proposito delle misure da mettere in campo per arginare l'emergenza infermieristica, spiega: "Per colmare il gap bisognerebbe intanto investire di più nell'offerta formativa, ancora insufficiente rispetto a ciò che servirebbe. In Italia mediamente ogni anno vengono chiesti da regioni e ordini professionali circa 20mila nuovi ingressi nella formazione ma poi, nella pratica, il sistema riesce a mettere a bando non più di 16mila posti. In sostanza, non solo non riusciamo a recuperare quello che ci manca, ma a volte nemmeno andiamo a compensare il turn over".

Una "chicca" da **La Repubblica** per chiudere questa rassegna. **la Repubblica** Paolo Cornaglia Ferraris scrive nella sua rubrica "Camici e Pigiami" (1/2/2011) una significativa riflessione intitolata: "Il mestiere dell'infermiere tra stereotipi e opportunità".

Si legge: "Meno del 10% di chi ha affrontato i test per entrare in Medicina è stato ammesso. Non è bastato l'altissimo voto di diploma, né la preparazione. I quiz non tengono conto della disposizione alla relazione di cura, ma considerano 'cultura' una memoria da 'Chi vuol essere milionario'. Si scartano così ottimi futuri medici. I figli dei ricchi vanno all'estero, gli altri si rassegnano, o tentano ancora, invecchiando.

La pletora di medici laureati negli anni '80 grazie alla liberalizzazione del post '68 ha fatto storia e ne vediamo i cattivi risultati. La rigida selezione di ora ne darà altri, che valuteremo. Nel frattempo mancano infermieri e le Asl li importano dall'estero. Perché chi ha passione per curare i malati non studia Scienze infermieristiche? Il salario non è più una ragione, visto che un giovane medico guadagna poco e raggiunge un salario dignitoso dopo i quarant'anni. La seconda ragione è sociale. L'infermiera resta, nella coscienza collettiva, 'ancella' del medico. Non è così, ma gli scartati dai test non lo sanno".

LETTOperVOI

Infermieri e ricerca scientifica Guida alla pubblicazione sulle riviste internazionali

e evoluzioni recenti nel campo della formazione infermieristica, la nascita dei dottorati di ricerca, la necessità di rendere "visibili" i percorsi dell'Infermieristica italiana a livello internazionale, hanno determinato una nuova e più consapevole attenzione degli infermieri alla ricerca e alle pubblicazioni scientifiche.

Questo testo si propone come una "guida" chiara e semplice per chi desidera scrivere un lavoro scientifico da destinare alla pubblicazione su una rivista internazionale, e si propone anche come valido supporto metodologico per progettare, organizzare, preparare e pubblicare correttamente un manoscritto su una rivista internazionale, una tesi, una presentazione orale o un poster.

Diviso in quattro sezioni, il primo capitolo è dedicato allo stile "scientifico" e le principali linee-quida internazionali

sugli aspetti etici, legali, organizzativi e redazionali delle pubblicazioni.

Il secondo descrive, in modo semplice, come costruire un lavoro scientifico "passo dopo passo".

Il terzo capitolo illustra il processo di pubblicazione, la cui conoscenza consente all'autore di ridurre sensibilmente i tempi.



Il quarto spiega, con esempi pratici, come evitare gli errori più ricorrenti nella preparazione di un lavoro scientifico in lingua inglese e le modalità per correggerli.

Il testo nasce con l'intento di stimolare ed incoraggiare i professionisti italiani a rendere "visibile", attraverso le pubblicazioni, anche alla comunità scientifica internazionale il prezioso contributo che essi offrono, ogni giorno, ai cittadini ed a confrontarsi con il fatto che: "... il rifiuto di una pubblicazione non è un fallimento, ma l'inizio della prossima submission...".

Scrivere e pubblicare è una grande gratificazione perché sapere che le proprie idee vengono accolte e possono influenzare altre persone è un modo per entrare in contatto con loro e creare reti infinite di collaborazione e confronto. Nonché, al contempo, è una grande responsabilità: questo libro vuole fornire

un contributo a portarla a compimento.

Pubblicare nella letteratura scientifica internazionale

Loredana Sasso, Giuseppe Aleo Prefazione di Roger Watson McGraw-Hill (136 pagine, 22 euro)

IN PILLOLE

Un naso elettronico svela-tumori

Uno speciale "naso elettronico" capace di riconoscere alcune forme neoplastiche è stato testato da un gruppo di ricerca dell'Israel Institute of Technology.

Lo studio è stato condotto su un gruppo di 82 soggetti, di cui 24 con cancro al polmone, 22 con tumore al cavo orale e collo e 36 soggetti sani: il naso elettronico è riuscito a riconoscere entrambi i gruppi di malati e ciò è stato possibile grazie alla rintracciabilità di alcune molecole appartenenti al tumore e che si ritrovano anche nell'alito.

Nell'articolo pubblicato sul British Journal of Cancer, gli autori hanno spiegato che, considerati i buoni risultati ottenuti finora, passeranno presto a studiare: "un gruppo di pazienti più grande perché attualmente c'è un grande bisogno di avere a disposizione nuovi semplici test diagnostici per le forme di cancro che aggrediscono il collo e la testa".



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

el precedente numero avevamo proseguito nell'analizzare gli interventi del cosiddetto "Collegato lavoro" aventi un impatto più o meno diretto sulla disciplina del lavoro infermieristico.

Avevamo così esaminato le novità introdotte con riferimento all'aspettativa, alle misure atte a garantire pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche, all'età pensionabile dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza a portatori di handicap in situazione di gravità.

L'articolo si chiudeva con un rapido cenno alla nuova regolamentazione in materia di cure sanitarie all'estero, approvata dal Parlamento europeo.

Proseguiamo, dunque, concludendo il nostro *excursus* sul "Collegato lavoro", sempre con esclusivo riferimento alle norme aventi impatto sul lavoro infermieristico.

CERTIFICATI DI MALATTIA (ART. 25)

L'art. 25 del Collegato prevede che, a decorrere dal 1 gennaio 2010, in tutti i casi di assenza per malattia dei dipendenti di datori di lavoro privati, per il rilascio e la trasmissione dell'attestazione di malattia, la certificazione medica è inviata all'Inps, via mail. direttamente dal medico curante.

Pertanto, con l'entrata a regime di questa norma, il lavoratore avente diritto all'indennità di malattia a carico dell'Inps non è più tenuto a trasmettere all'Inps il certificato di malattia, eccezion fatta per i casi di impossibilità di invio telematico.

Ulteriore novità della quale il lavoratore privato dovrà tener conto è che, in caso di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare, l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale

CERTIFICAZIONE DEL CONTRATTO DI LAVORO (ART. 30)

L'art. 30, operativo in tutti i comparti pubblici e nel lavoro privato, interviene in materia di certificazione dei contratti di lavoro, controllo dei giudici, clausole generali dei contratti di lavoro e criteri di valutazione del giudice in merito alle motivazioni dei licenziamenti.

La procedura volontaria di certificazione dei contratti di lavoro, introdotta dal D. Lgs. 276/03 al fine di ridurre il ricorso alle vie

giudiziarie nelle cause di lavoro attraverso una precisa qualificazione della tipologia contrattuale, viene ora modificata nel senso di un ampliamento delle possibilità di ricorrere alla stessa.

La novità, infatti, consiste nel fatto che sarà certificato non più esclusivamente l'inquadramento, ma il contratto nella sua interezza, e quindi anche tutte le singole clausole relative al rapporto di lavoro, e viene altresì ampliata la platea dei contratti per i quali è possibile richiedere la certificazione.

I criteri di apprezzamento in sede di giudizio non potranno poi più discostarsi dalla valutazione che le parti hanno espresso sui contratti in sede di certificazione: il giudice, cioè, non potrà più sindacare le scelte operate dalle parti al momento dell'instaurazione del rapporto di lavoro.

Il Legislatore estende poi le logiche sin qui esaminate alle clausole generali dei contratti (anche non certificati): in tutti i casi in cui, pertanto, il giudice è chiamato ad applicare, ad esempio, norme in tema di instaurazione del rapporto di lavoro, esercizio dei poteri datoriali, trasferimento di azienda e recesso, il suo controllo sarà limitato all'accertamento del presupposto di legittimità e non potrà essere esteso al sindacato di merito sulle valutazioni tecniche, organizzative, produttive, che competono esclusivamente al datore di lavoro.

La logica sopra descritta viene estesa anche al tema dei licenziamenti: nel valutare le motivazioni poste a base del licenziamento, il giudice terrà infatti conto delle tipizzazioni di giusta causa e di giustificato motivo presenti nei contratti collettivi di lavoro stipulati dai sindacati comparativamente più rappresentativi ovvero nei contratti individuali di lavoro ove stipulati in sede di certificazione.

CONCILIAZIONE E ARBITRATO (ART. 31)

Il "Collegato lavoro" riscrive poi gli articoli da 410 a 412-quater c.p.c., modificando sostanzialmente per la risoluzione dei conflitti di lavoro.

In concreto, tuttavia, negli anni tale risultato non sembrerebbe esser stato raggiunto.

L'unica ipotesi in cui l'esperimento del tentativo di conciliazione rimane obbligatorio si ha nei casi in cui la controversia ha per oggetto contratti di lavoro precedentemente certificati, indipendentemente dall'oggetto del contendere.

Lo stesso art. 31, inoltre, rispetto alla previgente disciplina in materia di arbitrato, che prevedeva che le parti, nel caso in cui il tentativo di conciliazione non fosse riuscito o comunque ne fosse decorso il termine per l'espletamento, potessero deferire ai collegi arbitrali, qualora previsti dai contratti collettivi, la

L'AVVOCATO Jice

risoluzione della controversia di lavoro, amplia le ipotesi di ricorso a tale strumento deflattivo.

Ciò al fine di favorire la risoluzione delle controversie di lavoro in sede stragiudiziale, evitando di ricorrere al Tribunale in funzione di Giudice del Lavoro.

In qualunque momento del tentativo di conciliazione, o al suo termine in caso di mancata riuscita, le parti possono, di comune accordo, affidare alla stessa commissione di conciliazione il mandato a risolvere, in via arbitrale, la controversia. Viene, inoltre, modificato l'art. 2113 c.c., prevedendo che le rinunce e le transazioni concordate tramite conciliazione ed arbitrato (anche in sede sindacale) sono pienamente valide.

DECADENZE E DISPOSIZIONI IN MATERIA DI CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO (ART. 32)

L'impugnazione del licenziamento con qualsiasi atto scritto, anche extragiudiziale, purché idoneo a rendere nota la volontà del lavoratore deve essere ora proposta, a pena di decadenza, entro 60 giorni dalla comunicazione del licenziamento o dei motivi, ma è inefficace se entro i successivi 270 giorni non viene depositato il ricorso nella cancelleria del Tribunale competente o non viene data comunicazione alla controparte della richiesta di tentativo di conciliazione o arbitrato.

Tuttavia, nel caso in cui la conciliazione o l'arbitrato non abbiano esito positivo, il ricorso deve essere presentato entro 60 giorni dal rifiuto o mancato accordo.

Questa norma si applica nei casi di: licenziamento invalido, ossia nullo o inefficace, compreso quindi il licenziamento ver-



bale; recesso del committente nei rapporti co.co.co e co.co.pro.; trasferimento; cessione di contratto ex art 2112 c.c.; contratti a termine, nei casi di contratti in corso, impugnativa della legittimità del termine o della proroga e azione di nullità del termine. Nel caso in cui sia riconosciuta la conversione a tempo indeterminato di un contratto a termine, il lavoratore ha diritto al riconoscimento di una indennità onnicomprensiva nella misura da un minimo di 2,5 ad un massimo di 12 mensilità.

Si assiste dunque ad uno stravolgimento del diritto del lavoro, sia per quanto riguarda i tempi dell'azione giudiziaria, sia per quanto riguarda l'estensione dei 60 giorni di impugnativa altresì ai contratti a tempo determinato.

La nuova disciplina è estesa inoltre ai casi di licenziamento nullo o inefficace (come ad esempio il licenziamento verbale). Si assiste, infine, ad una forte limitazione dell'eventuale risarcimento.

MODIFICA ALL'ART. 11 DEL D. LGS. 23 APRILE 2004, N. 124 (ART. 38)

II D. Lgs.124/04, in tema di razionalizzazione delle funzioni ispettive in materia di previdenza sociale e di lavoro, si occupa, all'art. 11, di conciliazione monocratica, prevedendo che nelle ipotesi di richieste di intervento ispettivo alla Direzione provinciale del Lavoro dalle quali emergano elementi per una soluzione conciliativa della controversia, la Direzione provinciale del Lavoro territorialmente competente può, mediante un proprio funzionario, anche con qualifica ispettiva, avviare il tentativo di conciliazione sulle questioni segnalate.

Il "Collegato lavoro" interviene sul punto, disponendo che il verbale stilato dal funzionario della Direzione provinciale del Lavoro a seguito dell'esito della conciliazione monocratica diventa esecutivo con decreto del giudice competente, su istanza della parte interessata.

CONTRIBUZIONE FIGURATIVA (ART. 40) E DISPOSIZIONI IN MATERIA DI CONTRIBUZIONE FIGURATIVA PER PERIODI DI MALATTIA (ART. 45)

Gli articoli 40 e 45 intervengono in materia di contribuzione figurativa: con l'art. 40 si modificano i criteri di calcolo della retribuzione per i periodi riconosciuti figurativamente, ai fini previdenziali, con riferimento all'anzianità contributiva successiva al 31.12.04; con l'art. 45 si prevedono disposizioni particolari in materia di contribuzione figurativa per i periodi di malattia.

Il valore retributivo da attribuire per ciascuna settimana ai periodi riconosciuti figurativamente per gli eventi previsti dalle disposizioni in vigore e verificatisi nel corso del rapporto di lavoro, è pari all'importo della normale retribuzione che sarebbe spettata al lavoratore, in caso di prestazione lavorativa, nel mese in cui si colloca l'evento.

Inoltre, non si applica il limite di 22 mesi al periodo massimo di malattia accreditabile durante la vita lavorativa per i soggetti



che, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovino nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa, che hanno conseguito tale inabilità a seguito di infortunio sul lavoro.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI COLLABORAZIONI COORDINATE E CONTINUATIVE (ARTT. 48, COMMA 7, E 50)

Il comma 7 dell'art. 48 interviene in materia di collaborazioni coordinate e continuative definendo, limitatamente alle prestazioni rese nell'ambito di servizi di cura ed assistenza alla persona, un limite orario alla durata del rapporto per essere considerato collaborazione occasionale.

Con tale modifica, per rapporti di collaborazione occasionale si intendono quei rapporti di collaborazione coordinata e continuativa con lo stesso committente, di durata complessiva, nel corso dell'anno solare, non superiore a trenta giorni, ovvero, nell'ambito di servizi di cura ed assistenza alla persona, non superiore a 240 ore, con compenso non superiore a cinquemila euro.

L'art. 50, poi, dispone che il datore di lavoro, salvo il caso delle sentenze passate in giudicato, è tenuto solo a indennizzare economicamente il lavoratore con rapporto di collaborazione continuativa con una cifra compresa tra un minimo di due mensilità e mezzo e un massimo di sei. Questo, qualora il lavoratore pur avendo vinto il ricorso per il riconoscimento per via giudiziaria la natura di lavoro subordinato non abbia ancora avuto la sentenza passata in giudicato.

Ciò vale anche nel caso in cui il datore di lavoro abbia ulteriormente offerto, dopo la data di entrata in vigore della legge in esame, l'assunzione a tempo indeterminato per mansioni equivalenti a quelle svolte durante il rapporto di lavoro precedentemente in essere.

Si introduce, pertanto, per legge una sanatoria a favore di quei datori di lavoro che hanno impropriamente usato contratti di lavoro somministrato al posto dei contratto di lavoro a tempo determinato.

Avv. Alessandro Cuggiani

IN PILLOLE

Lampade abbronzanti: arrivano le regole

Dopo più di vent'anni dall'approvazione della legge 1/90, sono state definite le schede tecniche relative alle apparecchiature per l'utilizzo estetico, tra cui le lampade abbronzanti.

In particolare, il provvedimento stabilisce le tipologie delle apparecchiature idonee e quelle vietate. I lettini solari, ad esempio, dovranno avere un sistema di irradiazione a norma da 0,3 W/m2: quindi, se le vecchie lampade assicuravano un'esposizione sei/sette volte maggiore rispetto a quella del sole, ora, con le nuove macchine, tale esposizione è equiparata, per cui 15 minuti di lampada devono corrispondere a 15 minuti di esposizione al sole.

Inoltre, la scheda tecnico-informativa del decreto fissa tutta una serie di regole e divieti, fra cui: l'utilizzo delle apparecchiature abbronzanti è vietato ai minori di 18 anni, alle donne in gravidanza, alle persone che soffrono o hanno sofferto di neoplasie della pelle, ai soggetti che non si abbronzano o che si scottano facilmente al sole.

L'utilizzo delle apparecchiature è, inoltre, esclusivo per fini estetici e non terapeutici e, si ricorda che, dopo la prima applicazione, occorre attendere 48 ore prima di effettuarne un'altra e non devono trascorrere meno di 24 ore tra l'una e l'altra.

Nel nuovo regolamento ci sono anche alcune avvertenze: l'esposizione al sole successiva al trattamento abbronzante nello stesso giorno è pericolosa; l'uso di apparecchiature abbronzanti (Uv) deve essere riservato a personale adeguatamente formato e con specifica preparazione teorico-pratica, in grado di condurre un corretto utilizzo delle apparecchiature stesse e valutare le condizioni della cute dei soggetti.



I servizi online del Collegio Ipasvi di Roma

pprofittiamo dell'angolo riservato a questa rubrica per un "fuori programma" richiesto da molti iscritti, e motivato dalle numerose email di richiesta informazioni e supporto pervenute, per sottolineare alcuni aspetti tecnici dei servizi online del Collegio.

Pec – posta elettronica certificata

Il Collegio Ipasvi di Roma offre a tutti i propri iscritti la possibilità di ottenere gratuitamente il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (Pec) con suffisso @pec.ipasvi.roma.it attraverso la pagina dedicata sul sito, con il link sempre ben visibile. In homepage, ci sono tutte le indicazioni per poterla

richiedere ed attivare immediatamente. Le informazioni necessarie per poterla attivare a costo zero con il Collegio sono il numero di iscrizione all'albo ed il codice fiscale. Le due informazioni importanti da sottolineare sono: la Pec, al momento della ricezione dei documenti via posta elettronica personale, è **immediatamente attiva**, anche se ancora non sono stati spediti via fax gli allegati ricevuti; la seconda è che la Pec sottoscritta con il Collegio di Roma, attraverso la nostra procedura, è **gratis ed a completo carico del Collegio anche negli anni successivi**. Quindi l'iscritto non dovrà versare alcun contributo, in quanto è a carico del collegio anche il rinnovo a scadenza dell'anno solare.

Certificati on line e Biblioteca digitale

Sono i due servizi con accesso diretto dal sito internet del Collegio. Il primo serve a richiedere direttamente a casa propria, e senza spese, un certificato di iscrizione all'Albo di Roma; il secondo ad accedere alle più prestigiose Banche Dati di letteratura scientifica internazionale.

Hanno in comune, se così si può dire, le modalità di accesso.



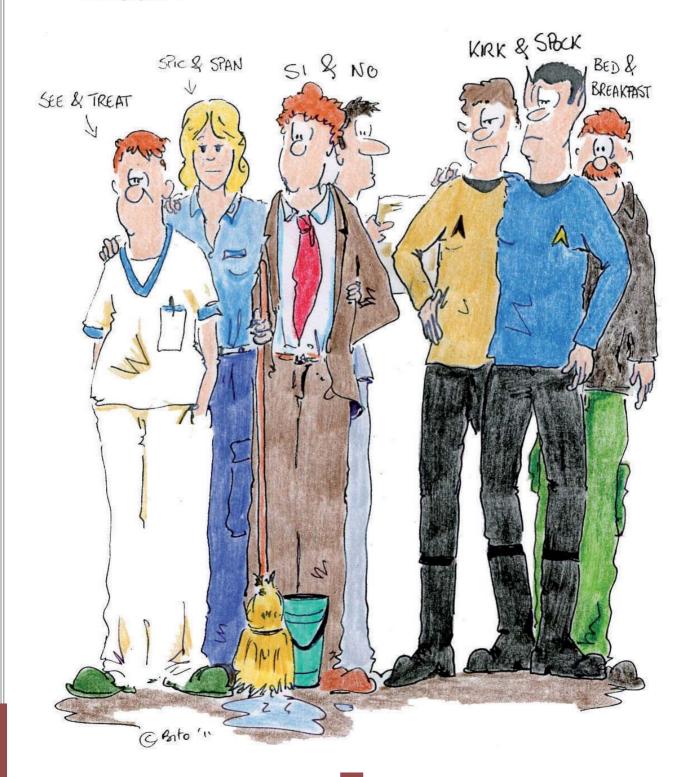
Per entrambi, si necessita della richiesta di accesso, che si effettua online direttamente da entrambi i servizi, ma una volta fatto per uno, è valido per entrambi; il sistema richiederà i vostri dati per poter verificare l'identità del richiedente, per poter poi successivamente spedire via posta ordinaria una lettera con il Pin personale, che permetterà l'accesso successivo (da effettuarsi dalla stessa pagina di partenza). Il tempo stimato per l'arrivo della lettera presso il domicilio dell'iscritto è di qualche giorno: se in circa dieci giorni l'iscritto non ha ricevuto il proprio Pin, può inoltrare richiesta di supporto alla mailbox collegio@ipasvi.roma.it per la verifica della spedizione o l'inoltro allo staff tecnico.

I prossimo numero riprenderà come di consueto, con la seconda parte delle applicazioni per dispositivi mobile (Android).

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



STILATA UNA PRIMA LISTA DI "INVASION" DEL CAMPO MEDICO. L'ORDINE DEI MEDICI DI BOLOGNA INFORMA:



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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

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

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

DATE E NUMERI

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1° gennaio (non l 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".

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).

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

Gli autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato al Collegio Ipasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

Infermieri



Giornata internazionale dell'infermiere

12 maggio 2011

