

# INFERMIERE

*oggi*

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

N°3

Per costruire  
un nuovo futuro  
tutti insieme

EDITORIALE

Più moralità con i nostri valori

CONTRIBUTI

Riflessioni sulle competenze  
infermieristiche negli istituti  
assicurativi-previdenziali

FOCUS

Le attività del Collegio  
di Roma a Sanit

SPECIALE

Tutte le foto delle squadre  
dell'Ipasvi Cup 2011

# SANIT



# INFERMIERE

*oggi*

Organo Ufficiale di Stampa  
del Collegio IPASVI di Roma  
Anno XXI - N. 3 - LUGLIO-SETTEMBRE 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: agosto 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 Consiglieri Direttivi.

Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.

Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo.

Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al"; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale.

Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo. Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

## SOMMARIO

### EDITORIALE

- 1 **Più moralità con i nostri valori**  
*di Gennaro Rocco*

### CONTRIBUTI

- 3 **Work-life balance, conciliazione, flessibilità**  
**Un'opportunità e un vantaggio competitivo per le aziende sanitarie**  
*di Gabriella Angeloni, Carmelo Cicala, Raffaella De Martino*
- 13 **Riflessioni sulle competenze infermieristiche**  
**negli istituti assicurativi-previdenziali**  
*di Laura Sabatino, Marzia Bolognini*
- 18 **L'efficacia del sistema Decap nella gestione**  
**dell'insufficienza respiratoria acuta ipercapnica**  
*di Anna Lombardi, Bartolomeo Bergantino*
- 24 **Innovazione, organizzazione e formazione infermieristica**  
**Un'indagine on line**  
*di Massimo Giordani, Walter De Caro*
- 29 **La prima esperienza di tutoraggio dei neoassunti**  
**in pronto soccorso: dati dei primi cinque mesi di attività**  
*di Cristian Vender*
- 34 **Percorso clinico-assistenziale per il paziente affetto**  
**da carcinoma glottico: case report**  
*di Claudio Carola*
- 37 **Endoscopia bronchiale: gestione infermieristica in reparto**  
*di Dhurata Ivziku, Giorgia Zampetti*

### FOCUS

- 41 **LE ATTIVITÀ DEL COLLEGIO DI ROMA A SANIT 2011**

### NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 50 **I numeri record della Biblioteca digitale**  
51 **Terzo memorial Enrico Grassi e Luigi Patrizi**  
**Ai Castelli Romani l'Ipasvi cup 2011**

### NOTIZIE DALLA REGIONE

- 54 **Progetto sperimentale per i bambini**  
**delle scuole primarie: first responder**

### DICONO DI NOI

- 56 **La presentazione del Centro di Eccellenza**  
**e il nuovo portale Ipasvi fanno il giro d'Italia**

### LETTO PER VOI

- 59 **Manuale Apa, come scrivere e pubblicare tesi e documenti scientifici**

### L'AVVOCATO DICE

- 60 **Un caso di responsabilità infermieristica in omicidio colposo**

### INFERMIERI IN RETE

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

- 64 **LA VIGNETTA DEL MESE**



## Più moralità con i nostri valori

di Gennaro Rocco

Sarà perché siamo gente pratica, abituata a fare i conti ogni giorno con la realtà, che certi aspetti della nostra società ci lasciano attoniti. In politica, in economia e qualche volta anche nello stesso mondo delle professioni ogni principio sembra a volte rovesciato, ribaltato di sana pianta da un'etica inconsistente, irriconoscibile. Il tutto ingigantito dalla complicità interessata dei mass media, dominanti e al contempo dominati dalla passione per le facezie.

Ci ritroviamo una classe politica costantemente impegnata a scagliarsi accuse reciproche sulla moralità, occupata a denunciare malaffari perpetrati dagli avversari (e ahimè ce n'è proprio per tutti!) mentre altre questioni importanti finiscono sotto una coltre impermeabile di silenzio. Paradossale è il caso della legge sul testamento biologico, una legge che incide profondamente sul destino di ciascuno di noi, approvata da un ramo del Parlamento nelle scorse settimane senza che quasi nessuno ne sapesse nulla e senza quel dibattito che solitamente accompagna provvedimenti che incidono profondamente sulla vita dei cittadini.

Per contro, attraverso un persistente bombardamento mediatico, l'opinione pubblica è come costretta a concentrarsi su vicende gravissime e che mai dovrebbero accadere in un Paese civile! E lì pagine intere di giornali, intere trasmissioni televisive con tutti i suoi ospiti politici, opinionisti, sociologi, filosofi, esperti ad occuparsi quasi esclusivamente della localizzazione dei ministeri, delle autorizzazioni all'arresto di questo o quel parlamentare, di tangenti e favori, di decreti accorcia-allunga processi, di festopoli ed affittopoli, del turbinio di scandali.

Come dicevamo, non disconosciamo che queste vicende abbiano la loro valenza e che, più in generale, il tema della moralità debba restare sempre in primo piano. Il punto è che su temi altrettanto importanti, sui valori, quelli che ci toccano in profondità come singoli e come collettività, quasi nessuno si esprime. Eppure, come nel caso del biotestamento, si tratta di questioni che andrebbero ampiamente dibattute e sviscerate nei loro molteplici aspetti, grandi temi su cui coinvolgere i cittadini, per

renderli consapevoli e partecipi delle scelte che davvero hanno un peso nella vita di ognuno.

Con questo spirito di servizio gli infermieri hanno a lungo lavorato sulle problematiche etiche e deontologiche che, specie alla luce delle nuove tecnologie mediche e assistenziali, si rendono sempre più stringenti e pongono tutti noi di fronte a scelte critiche. Ma è soprattutto il nostro ruolo di primo "interfaccia", il nostro contatto diretto e unico con il cittadino ad imporci di indicare la strada anche su una questione che divide le coscienze come quella del testamento biologico.

La Camera dei Deputati ha recentemente approvato a maggioranza il testo della legge che regolerà le volontà di ciascuno nel campo drammatico quanto scivoloso del fine-vita. Ora il provvedimento passerà all'esame del Senato. Le forze politiche si sono divise nettamente e già questo non depone a favore di una soluzione legislativa che, su un tema come quello del biotestamento, non dovrebbe conoscere steccati ideologici o partitici. Una ragione di più per dire la nostra, confidando che gli angoli più spigolosi del nuovo testo possano appianarsi nell'ultimo tratto dell'iter parlamentare, mettendo tutti d'accordo su una soluzione equilibrata, condivisa e unificante per il Paese.

L'intenso lavoro che per oltre un anno ha impegnato i Collegi e la Federazione Nazionale Ispasvi per mettere a punto il nuovo Codice Deontologico della Professione Infermieristica offre ottimi spunti ed afferma principi ai quali potrebbe saggiamente ispirarsi la legge. Principi ai quali gli infermieri non intendono assolutamente rinunciare: nessuno dimentichi che sono proprio gli infermieri che anche sul tema del fine-vita si ritrovano in prima linea a gestire la persona malata e la sua rete relazionale. Il nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere, costruito (è bene ricordarlo) con il contributo diretto di migliaia di Colleghi, esprime perfettamente la nostra posizione e scava con precisione il solco lungo cui il professionista deve muoversi, solco che non può essere disconosciuto dal futuro quadro normativo che regolerà la materia. Il suo impianto poggia interamente sul rispetto della persona assistita, sulla sua centralità. E poi fissa

i "paletti" fondamentali dell'agire etico.

Vale perciò la pena di ricordare al mondo istituzionale e politico gli articoli del Codice che più direttamente coinvolgono il rispetto della vita e della dignità della persona fino al suo ultimo anelito vitale. Come l'Articolo 3, che assegna all'infermiere anche la responsabilità di preservare la libertà di coscienza e la libertà dell'individuo. O l'Articolo 6, che impegna l'infermiere, nell'interesse della collettività, a tutelare la persona assistita anche nell'ambito delle cure palliative. L'Articolo 8 affronta con puntualità l'evenienza di conflitti che possono sorgere all'interno dei team di lavoro o nei confronti dei familiari: "L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito".

Tocca proprio a noi affrontare il problema concretamente, nei panni scomodi del "front-office" sanitario, ogni volta che questo si prospetta con un paziente e con la sua famiglia. Il Codice ci fornisce strumenti e riferimenti preziosi per muoversi in un campo tanto delicato e sensibile. Ci impone di attivarci (Articolo 16) per analizzare i dilemmi etici che si presentano nell'attività quotidiana e di promuovere il ricorso alla consulenza etica quando questi non siano di facile soluzione. Ci spinge ad utilizzare i canali della comunicazione integrata multiprofessionale (Articolo 23) affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Molto precisi sulla grande questione del fine-vita gli articoli dal 35 al 38. E possono davvero ispirare il Parlamento nella messa a punto del testo definitivo della legge sul testamento biologico. Giova ricordarli. Articolo 35: "L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del

conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale"; Articolo 36: "L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita"; Articolo 37: "L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato"; Articolo 38: "L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito".

In questi pochi passaggi il nostro Codice Deontologico offre alla riflessione istituzionale tutti gli ingredienti per scrivere davvero una buona legge. Una norma necessaria anche per uscire dalla condizione di incertezza giuridica che caratterizza oggi il nostro lavoro, di fronte a indefinite responsabilità che aumentano a dismisura il rischio professionale e ci espongono a pesanti ripercussioni di tipo penale e civile. Condizione che non siamo più disposti a subire.

Perciò ben venga un'espressione per una volta univoca del Parlamento, al di là degli schieramenti e degli interessi di parte, ciò che finora è mancato. Soprattutto ben venga una legge sul testamento biologico che rispetti le linee guida adottate dagli operatori più direttamente coinvolti nel loro Codice Deontologico, forti di una professionalità e di un'esperienza maturata sul campo che nessun altro può vantare.

E... per piacere! Si torni a parlare dei problemi degli italiani, di come affrontarli e risolverli con l'equa partecipazione ed il contributo di tutti. In un momento di così forte crisi, i politici trovino il coraggio di rinunciare a qualche privilegio, siano capaci di dare segnali forti di moralizzazione e diventino esempio di moralità, abbandonino per una volta la demagogia e, nel rispetto della nostra cultura millenaria, riscoprano i valori fondanti del nostro vivere sociale e civile.

Noi stiamo già facendo la nostra parte.



# Work-life balance, conciliazione, flessibilità Un'opportunità e un vantaggio competitivo per le aziende sanitarie

di Gabriella Angeloni, Carmelo Cicala, Raffaella De Martino

## ABSTRACT

La professione infermieristica ospedaliera è caratterizzata da un alto grado di complessità per gli impegni e le responsabilità che comporta.

A questo si aggiunge la particolarità della tipologia di orario di lavoro che si svolge su tre turni.

È possibile che la somma di queste caratteristiche generino stress e squilibri sia nella vita privata che in quella lavorativa.

La de-sincronizzazione dei tempi di lavoro con quelli della società e della famiglia genera un conflitto che si traduce in aumento dell'assenteismo (malattie, permessi etc.), poca produttività, allontanamento dalla professione ed insoddisfazione.

Il **work-life balance** studia come integrare la vita familiare e sociale con quella lavorativa creando un equilibrio tra le due sfere, promuovendo un aumento della produttività, della fidelizzazione e dell'attrattività dell'azienda. In questo studio è stata condotta un'indagine conoscitiva preliminare in alcune grandi Aziende ospedaliere del Nord, Centro e Sud Italia per identificare in quale misura alcune peculiarità socio-culturali ed etnografiche degli infermieri italiani si correlino con l'articolazione dell'orario di lavoro, per identificare i bisogni individuali degli operatori in relazione alla loro vita. L'indagine ha messo in evidenza la bassa numerosità del campione maschile che riflette il



reale andamento della popolazione infermieristica in Italia: infatti la maggior parte del corpo infermieristico, circa l'80%, è composto da donne.

Senza sottacere il fatto che gli infermieri iniziano a essere "vecchi": la media nazionale è di 40 anni, ma al Sud si alza a 47 anni (al Nord meno).

Gli infermieri scelgono di fare il lavoro a turni non perché piaccia, ma perché risulta il più conveniente per gli impegni familiari (spesso, a scapito della salute) e con conseguente disagio sociale e nel rapporto di coppia.

Per quanto riguarda la situazione sociale e privata, e rispetto agli uomini, sono le donne che lamentano di non avere

abbastanza tempo per sé e questo dato conferma che la donna si fa carico del doppio lavoro (quello in casa) e che sente di più l'esigenza di conciliarli. Gli autori, spinti dagli interessanti risultati dell'indagine, hanno voluto sperimentare in un reparto dell'Ao Sant'Andrea di Roma una gestione alternativa degli orari di lavoro, basati sull'ascolto delle esigenze degli operatori che vogliono conciliare la loro vita privata col lavoro, flessibilizzando le fasce orarie e sperimentando turnazioni differenti.

I risultati sono andati oltre le aspettative.

**Parole chiave:** infermieri, lavoro a turni, conciliazione, qualità di vita.

## INTRODUZIONE

Le organizzazioni sanitarie sono caratterizzate da un alto grado di complessità e il personale rappresenta un elemento primario nei vari processi di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi.

Oggi il settore "sanità" è al centro di profonde trasformazioni dettate, in parte, dall'introduzione della tecnologia e, in parte, dall'esigenza di razionalizzare la spesa.

Questi cambiamenti hanno prodotto notevoli implicazioni nell'attività lavorativa del personale che ora appare piuttosto disorientato tra le attività classiche di cura e gestione e le nuove attività amministrative.

Ciò ingenera condizioni di lavoro stressanti, faticose e frenetiche, con la conseguenza che l'intero settore sta, progressivamente, perdendo parte della sua attrattività, facendo registrare scarsi livelli di fidelizzazione del personale e un tasso di *turn over* preoccupante. Il Rapporto Oasu 2009 (De Pietro, 2009) evidenzia pure il progressivo invecchiamento del personale, discutendone le implicazioni. **Secondo i dati più recenti sulla professione, il ritratto dell'infermiere italiano medio è quello di una donna, quarantenne, residente nel Nord-ovest** (Ipsavi, 2010).

Sebbene gli uomini abbiano mostrato, negli ultimi anni, un crescente interesse per le professioni sanitarie, quella dell'infermiere risulta ancora una professione a vocazione femminile.

Infatti gli uomini costituiscono solo il 22,3% del complesso degli iscritti ai collegi Ipsavi, con percentuali variabili in modo considerevole a livello territoriale: al Nord la quota maschile si colloca, infatti, intorno al 15%, mentre al Sud e nelle Isole raggiunge valori del 33-35%. L'alta percentuale di presenza femminile in questa professione (in cui la stragrande maggioranza lavora su tre turni) mette in primo piano tutte quelle problematiche di gestione del lavoro, della famiglia e della propria sfera personale e professionale, rimandando ai temi di politiche di conciliazione.

Esiste un'ampia letteratura nazionale e internazionale che documenta gli effetti negativi dei turni sulla salute (alterazione del ritmo circadiano), sulla vita domestica e sociale dei "lavoratori turnisti" (Smith & Folkard, 1994; Costa, 2003).

Il lavoro a turni comporta difficoltà nella vita familiare e sociale e riduce la possibilità di svolgere attività nel tempo libero; colpisce non solo chi lo svolge, ma anche i loro coniugi e familiari.

In particolare, il turno di notte, sia perma-

nente sia a rotazione, produce spesso discordanza con l'orario di lavoro ed il tempo libero del coniuge (Smith & Folkard, 1993; Cooper, 1986). I continui e rapidi mutamenti economici e sociali, la maggiore partecipazione delle donne al mondo del lavoro, la diversificazione dei modelli e dei carichi familiari (dovuti anche all'aumento della popolazione anziana) costituiscono importanti fattori di cambiamento a seguito dei quali conciliare il tutto diventa un aspetto centrale per lo sviluppo dell'occupazione femminile e del mondo economico e produttivo. L'ingresso delle donne nel mercato del lavoro ha ancora di più posto il problema della cura dei figli e della casa, visto che in Italia, culturalmente, è ancora la donna che si fa carico di queste incombenze (Merliè & Paoli, 2001).

Nella letteratura organizzativa internazionale è in atto un acceso dibattito sulle opportunità di un nuovo modello gestionale delle risorse umane, basato sul rispetto dell'equilibrio tra la vita lavorativa e la vita sociale e familiare. La teoria del *work-life balance* considera l'uomo con una visione olistica, rispettando le quattro sfere della sua vita: se stesso, il lavoro, la famiglia, la comunità e gli amici. Esse devono esistere con il giusto equilibrio (Kreitner & Kinicki, 2004): il lavoro non deve essere una parte avulsa dalle altre, ma deve integrarsi, in modo armonioso, con le altre sfere, perché il contrasto tra vita lavorativa e le altre sfere creerebbe uno stress, un conflitto che andrebbe ad incidere sulla produttività del lavoratore, la sua soddisfazione e la sua motivazione, traducendosi in aumento dei giorni d'assenza (malattie, permessi, ferie...), poco interesse in quello che si fa, aumento del *turn over*. Tutto a danno dell'azienda e del lavoratore stesso (Brough & al, 2008). Già dall'accordo di Strasburgo del 1985, l'Europa si è fatta promotrice di politiche di conciliazione, invitando gli Stati membri ad emanare leggi che favorissero il **bilanciamento tra lavoro e vita familiare e sociale**.

Le direttive europee sulle politiche di conciliazione si sono tradotte nel nostro Paese nella legge 53/2000 che al primo articolo parla di: "*equilibrio tra tempi di lavoro, di cura, di formazione e di relazione*".



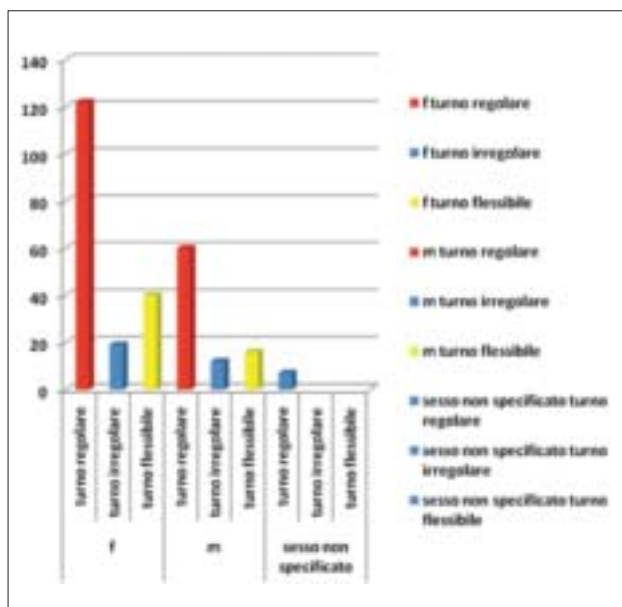


Grafico 1. Distribuzione sistema turni totale

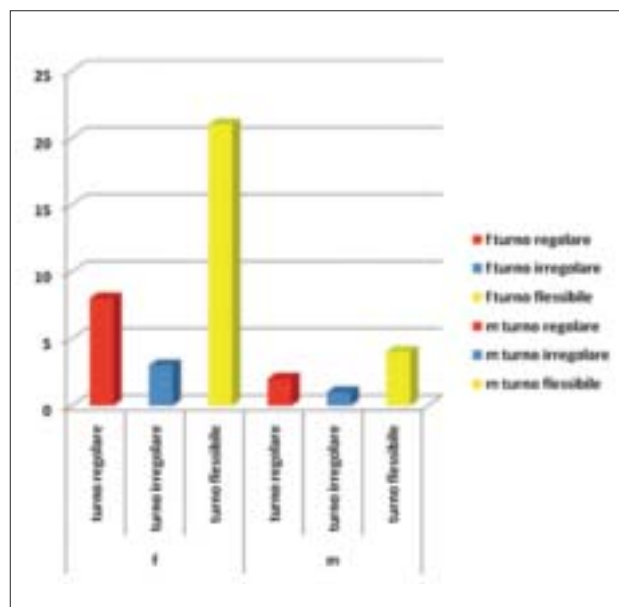


Grafico 2. Distribuzione sistema turni Nord

Questa legge innovativa, che già dal primo articolo prende in considerazione le quattro sfere della vita di ogni uomo, ha messo a disposizione degli strumenti da poter utilizzare per diversificare le forme di lavoro e di orario di lavoro adatte ad ogni esigenza (European Foundation, 2003). Le aziende sanitarie sono, per definizione, dei sistemi complessi ad alta difficoltà di gestione e la loro particolarità sta nell'anima: i professionisti. Il cuore delle aziende sanitarie risiede nelle capacità, nella professionalità dei suoi professionisti e nella loro motivazione che crea quella spinta allo sviluppo scientifico delle pratiche sanitarie. Un'altra particolarità risiede nella tipologia dell'orario di lavoro che, per gran parte del personale, si sviluppa su due o tre turni. La letteratura scientifica internazionale, ormai da tempo, ha dimostrato quali siano le conseguenze del lavoro a turni sulla vita familiare e sociale dei professionisti sanitari: alterazione del ritmo circadiano, stress, difficoltà di gestione dei rapporti familiari e sociali, difficoltà di incontro con il partner (Colligan & Rosa, 1990). Queste difficoltà si ripercuotono sul rendimento e spesso si traducono in assenteismo e allontanamento dalla professione. È proprio qui che interviene il *work-life balance*, una metodologia di gestione delle risorse umane che aiuta i "lavoratori turnisti" - in questo caso, gli infermieri - a conciliare la loro vita sociale e familiare, ad aumentare la *commitment* organizza-

tivo, la fidelizzazione all'azienda, ad aumentare la loro produttività. Alla luce di queste considerazioni, gli autori hanno condotto una indagine conoscitiva che ha verificato i bisogni individuali degli operatori, in relazione alla loro vita familiare e sociale, e quanto le peculiarità socio-culturali si correlino all'articolazione dell'orario di lavoro e sulla base dei risultati si è voluta sperimentare una gestione alternativa dell'orario di lavoro, in base ai principi del *work-life balance*, in un reparto dell'Ao Sant'Andrea di Roma.

## MATERIALI E METODI

Lo strumento utilizzato per l'indagine conoscitiva è lo *Standard shiftwork index* (Ssi), uno strumento validato dalla letteratura internazionale da diversi anni.

Lo Ssi consiste in una batteria di questionari *self-report* per la valutazione delle conseguenze del lavoro a turni (sulla salute e sulla vita sociale e familiare) che è stata sviluppata da un team di ricercatori sociologi e della medicina del lavoro nel 1995.

Delle sei macro-aree originali, gli autori hanno scelto le tre più appropriate allo scopo dell'indagine e, nello specifico, hanno individuato quattro parti:

1. informazioni biografiche generali (21 item);
2. dettagli del tuo turno (25 item);
3. la situazione sociale e privata (5 item);
4. strategie di adattamento (7 item).

Sono stati distribuiti 735 questionari (di cui ne sono tornati compilati 295) in diverse Aziende ospedaliere e Asl di Piemonte, Lazio e Sicilia, scegliendo queste tre regioni per avere un campione proveniente da aree geografiche e contesti culturali differenti ed esemplificativi dell'intera penisola.

Nel Lazio sono state scelte tre aziende ospedaliere di Roma, di cui una molto grande (il San Camillo-Forlanini, ospedale ad altissima specializzazione situata al centro di Roma zona Portuense), il Sant'Andrea (ospedale universitario con pronto soccorso, a ridosso del raccordo anulare zona est) e l'Ifo, anch'esso a ridosso del raccordo anulare zona Eur (ospedale oncologico senza pronto soccorso).

In Piemonte è stata scelta l'Azienda ospedaliera Cto-Maria Adelaide.

In Sicilia sono stati individuati due presidi ospedalieri dell'Asp di Trapani: l'ospedale di Alcamo e "Borsellino" di Marsala. Il totale dei questionari distribuiti ammonta a 735.

Il campione oggetto di indagine si compone di 295 infermieri rilevati da queste strutture; la rilevazione è durata 30 giorni, dal primo al 30 settembre 2010. Si tratta di uno studio di tipo quantitativo, osservazionale, descrittivo.

Per l'organizzazione delle informazioni ottenute dai dati forniti dall'indagine si sono utilizzate tecniche di statistica descrittiva.

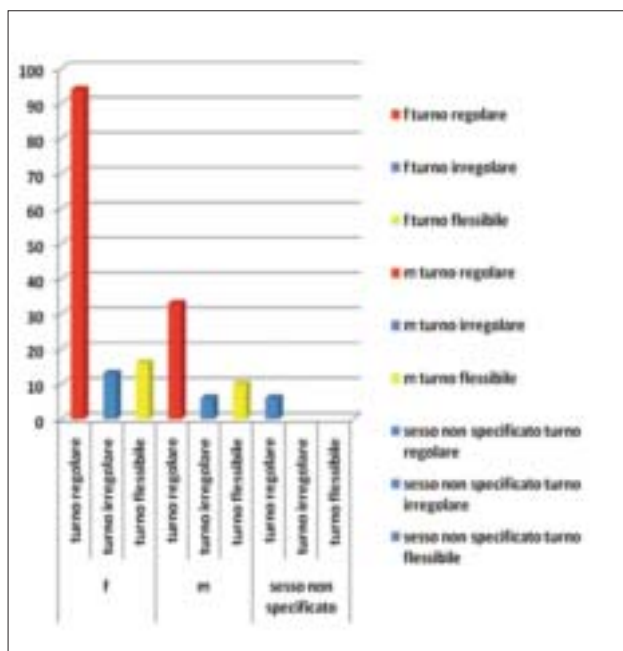


Grafico 3. Distribuzione sistema turni Centro

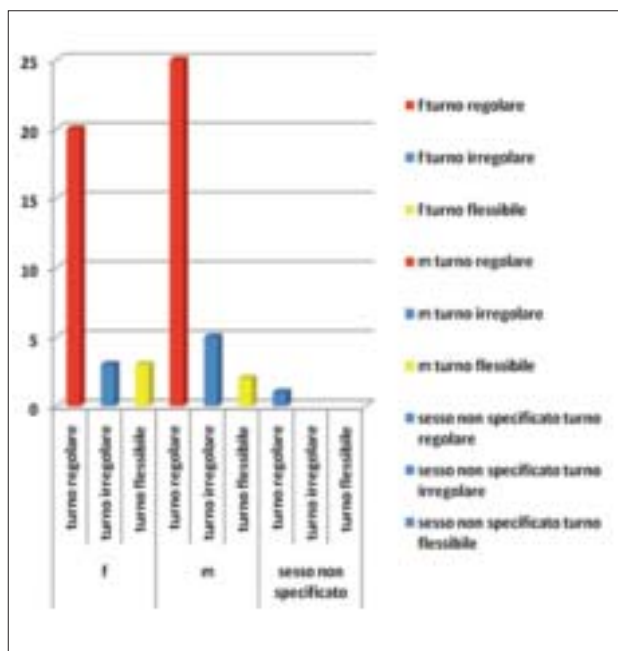


Grafico 4. Distribuzione sistema turni Sud

L'analisi dei dati e l'elaborazione statistica sono state condotte con l'utilizzo del programma Epi Info™ Version 3.5.1.(CDC, 2010). Per validare la consistenza interna delle scale, è stata fatta la correlazione tra ciascuno degli *item* e il totale, escludendo il rispettivo *item*.

## RISULTATI

La prima area di indagine (che descrive il campione), è di ordine statistico-descrittivo. Età media 40 anni (il 75% va dai 40 ai 46 anni; il 25% dai 23 ai 35, + 8,0081). Anzianità di servizio (media  $\pm$  dev.st.): 12 anni,  $\pm$  8,9, il 75% va dai 10 ai 18 anni di servizio, il 25% da uno a cinque anni. La distribuzione per età rivela la presenza di quattro fasce: i più giovani (dai 23 ai 29 anni) risulta essere il 9,50%; i giovani

(dai 30 ai 39 anni) il 33,50%; i meno giovani (dai 40 ai 49 anni), il 38% e gli anziani (dai 50 ai 59 anni) il 14,60%. Riguardo la condizione familiare, la maggior parte delle persone che hanno risposto al questionario è coniugata (60,3%); il 47,11% ha figli minori a carico di cui: il 12,2% con figli di età da zero a cinque anni, 15,5% con figli di età da 6 a 12 anni, il 19,3% con figli di età da 13 a 18 anni. Il rimanente non ne ha. Il campione risulta formato, per la maggior parte (88,7%) da infermieri con turno a rotazione con le notti, mentre l'8,47% con turno a rotazione diurna (mattina e pomeriggio). L'analisi sul tipo di orario lavorativo del partner ha dimostrato che la grande maggioranza tra quelli che hanno risposto a questa domanda (67,4%

del totale) lavora con normale orario a giornata, quindi, senza turni (35,6%). Comunque vi è circa un 21,1 % di partner che, a loro volta, lavorano in turni a rotazione con notte (che però contribuisce ad accrescere i problemi familiari); il restante 10,8% effettua lavoro giornaliero con turni o altri tipi di turni. La seconda area di indagine tratta, nel dettaglio, le caratteristiche del turno di lavoro. Per quanto riguarda il tempo impiegato per andare e tornare dal lavoro degli infermieri coinvolti nell'indagine, il 25% impiega dai uno a 12,5 minuti, il 75% impiega dai 20 ai 40 minuti. Risalta la differenza tra gli ospedali di Roma e Torino e quelli della Sicilia: i primi hanno la media di 32 minuti; i

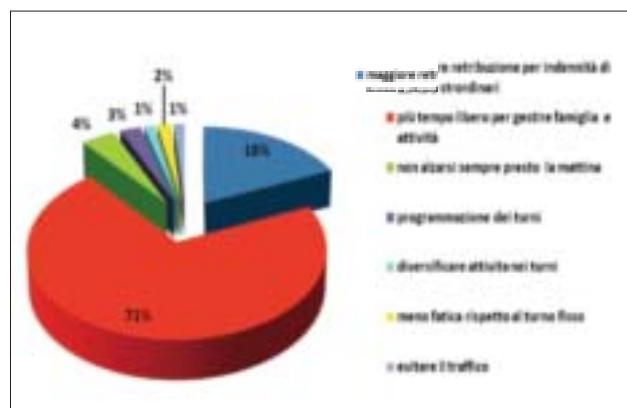


Grafico 5. I vantaggi del lavoro a turni

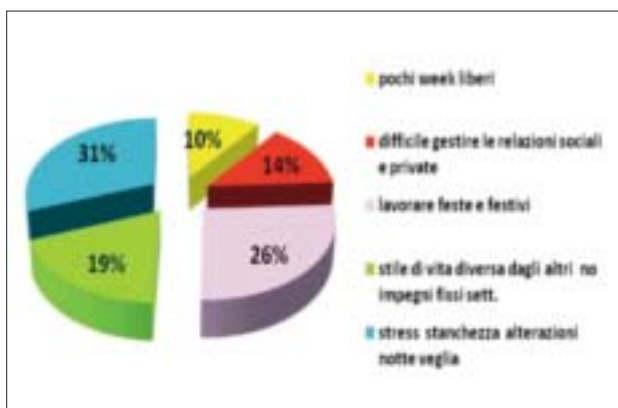
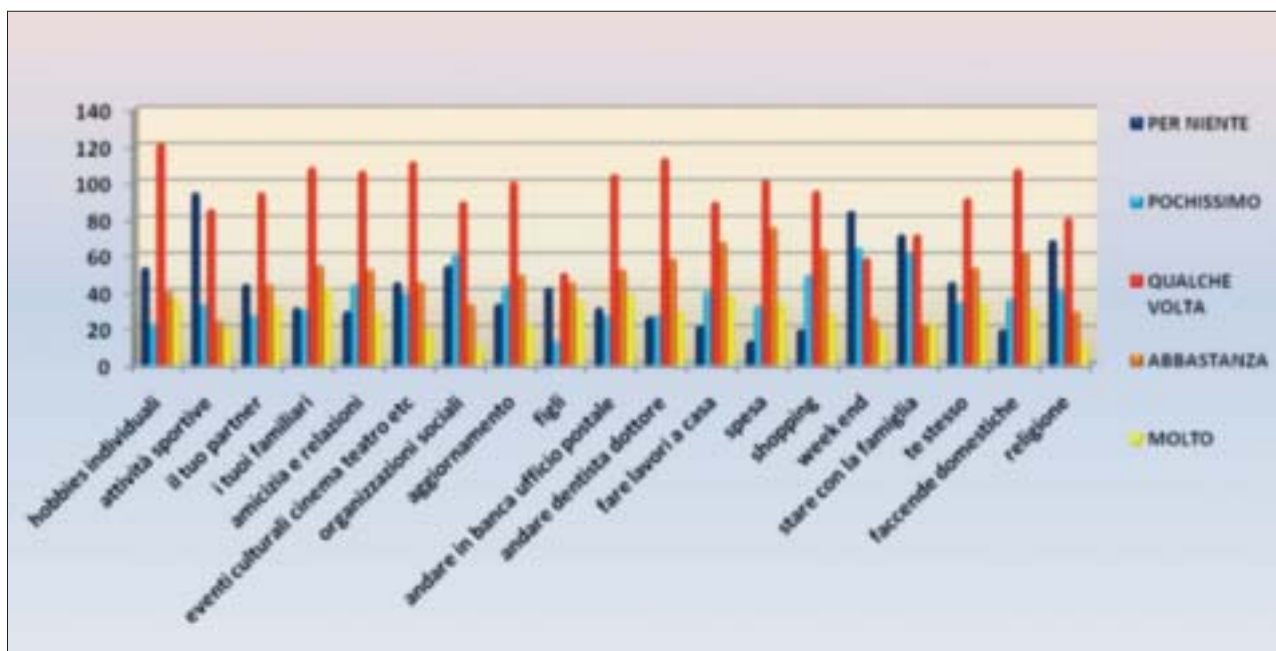


Grafico 6. Gli svantaggi del lavoro a turni





**Grafico 7. Situazione sociale e privata: soddisfazione del tempo libero che rimane per...**

secondi di 25 minuti, gli altri di più.

Questo dato evidenzia quanto lavorare in una grande città costringa le persone ad impiegare, in media, 1,30 ora al giorno per coprire la distanza dalla propria casa al lavoro. La gran parte del campione (l'83,4%) utilizza l'automobile, indipendentemente dal tipo di turno che dovrà svolgere; il 10% va a piedi a Torino e in Sicilia, mentre a Roma appena l'1,1.

Per quanto riguarda l'uso del mezzo pubblico, in Sicilia non lo usa nessuno degli intervistati, mentre a Torino lo usa il 12,8% contro il 9,9% di Roma. La stesura della matrice che riporta per esteso lo sviluppo temporale del turno di lavoro degli infermieri viene notificato, in media, 16,7 giorni prima, con un anticipo che varia da uno a sette giorni nel 25% dei casi, e 15 giorni nel 75%.

Alla domanda: "qual è il motivo principale per cui fai un lavoro a turni?" le risposte più frequenti sono state: "è in parte" ed "un buon motivo per me" alla voce: "è parte del mio lavoro"; "è in parte" ed "un buon motivo per me" alla voce: "il più conveniente per le mie responsabilità private".

Alla domanda: "quanto è regolare il tuo sistema di turni", più della metà del campione dichiara di lavorare con un turno regolare (Grafico 1), intendendo un turno fisso sequenziale che varia occasionalmente, mentre il solo il 19% lavora

con un sistema flessibile, in cui le esigenze personali vengono prese in considerazione prima di pubblicare il programma mensile.

Dai grafici 2, 3 e 4 si evince che sono più le donne ad utilizzare una modalità flessibile dell'orario di lavoro e che, soprattutto, sono le donne del Nord ad incidere sul totale dei turni flessibili: non a caso, sul totale complessivo, la percentuale di donne che usufruiscono del turno flessibile è del 22%, contro il 18% degli uomini.

Ma se andiamo ad analizzare le differenze tra le tre regioni risulta che, sul totale delle risposte relative al sistema di turno flessibile date al Nord, le donne rappresentano il 65%, gli uomini il 57%; al Centro, 13% per le donne e 20% gli uomini e al Sud l'11% per le donne e gli uomini solo l'8%.

Questo risultato evidenzia che al Nord è molto più diffuso l'utilizzo di sistemi flessibili nella turnazione più adatti alle esigenze dei lavoratori, mentre il Centro e il Sud restano irrigiditi nei sistemi di turnazione regolare, fissa. All'interno del questionario ci sono due domande a risposta aperta dove si chiede di dichiarare liberamente quali sono i vantaggi e gli svantaggi del lavoro a turni.

Per analizzare le risposte, gli autori hanno raggruppato tutte quelle simili che toccavano determinati argomenti. Perciò la

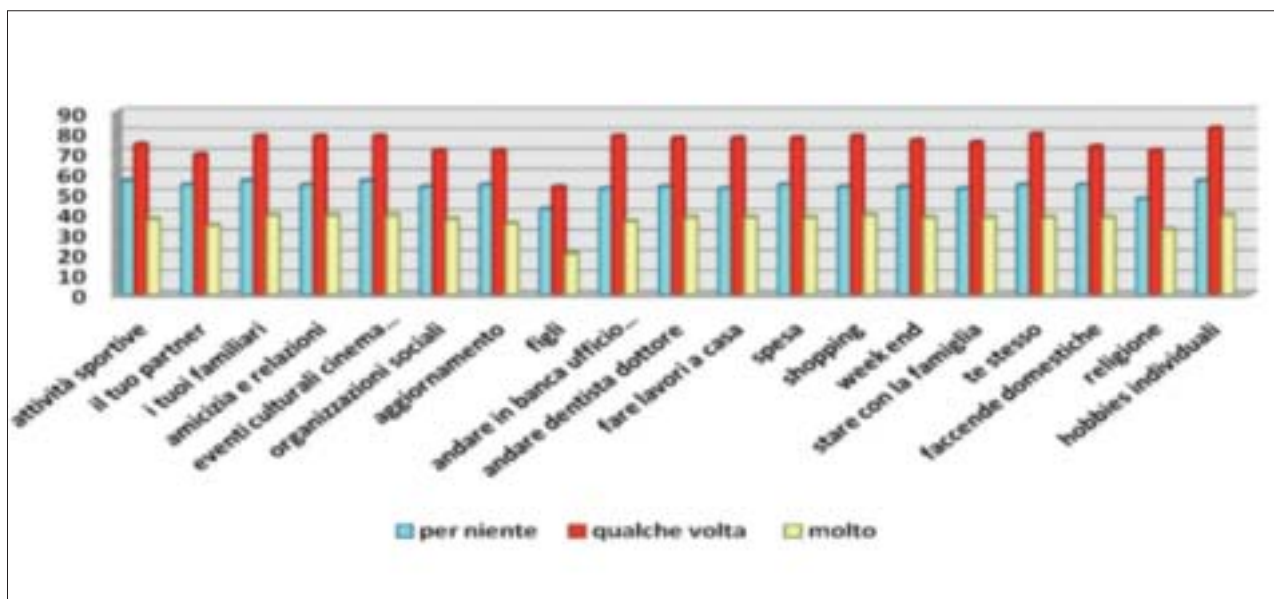
disamina delle risposte ha dato questi risultati: per i vantaggi, il 71% risponde "più tempo libero per gestire la famiglia e le attività di casa" (Grafico 5); gli svantaggi si distribuiscono equamente fra varie risposte: pochi week end liberi; difficile gestione delle relazioni sociali e private; lavorare feste e festivi; stile di vita diverso dagli altri; stress stanchezza alterazioni sonno veglia. (Grafico 6).

La domanda n.24 si chiede di scegliere quando cominciare e terminare i turni di lavoro, dando libero sfogo alle diverse opportunità.

Le risposte sono state molto varie per le tre fasce di orario: circa 16 variabili per turno, però la scelta degli orari di inizio e fine turno di mattina, pomeriggio e notte, nella stragrande maggioranza, ricalca gli orari che già si osservano, ovvero 7-14 e 8-14 per la mattina; 14-20 e 14-21 per il pomeriggio e 21-7 e 21-8 per la notte.

Solo pochi temerari azzardano timidamente richieste fuori dagli schemi e ciò dimostra quanto gli infermieri siano ancorati alla cultura dell'orario di lavoro tradizionale e, con difficoltà, riescono ad immaginare di lavorare in fasce orarie non standard.

La terza parte del questionario indaga sulla situazione sociale e privata. (Grafico 7) Il picco delle colonne rosse mette in evidenza che il tempo disponibile per le attività racchiuse nel grafico è "raro",



**Grafico 8. Situazione sociale e privata donne: soddisfazione del tempo libero che rimane per...**

ma se andiamo a distinguere i valori per sesso risulta chiaramente che le donne su tutte le voci risultano "insoddisfatte": infatti, prevalgono le colonne celesti di "per niente", e rosse di "qualche volta". (Grafico 8).

Al contrario, gli uomini sembrano soddisfatti in tutte le voci, prevalendo le colonne gialle di "molto" e rosse di "qualche volta". (Grafico 9).

## DISCUSSIONE

Dopo una lettura ed analisi dei dati raccolti, lo studio ha evidenziato nel lavoro a turni i seguenti punti critici. La scelta che ha spinto i turnisti ad accettare un nastro lavorativo sulle 24 ore, detto "a turni", è legata principalmente alle caratteristiche proprie del lavoro infermieristico (come già segnalato da uno studio del dottor Costa) e per le altre motivazioni esplorate col questionario, l'infermiere preferisce il lavoro a turni poiché più conveniente per gli impegni familiari e, di conseguenza, per il tempo libero, la vita sociale e privata.

Beninteso, il lavoro a turni comporta disagi sottolineati in "tutti gli svantaggi", dalla desincronizzazione del ciclo circadiano, al disagio sociale che nasce dalla disparità dei tempi lavorativi con il contesto, al disagio familiare. Nonostante ciò, tutti sembrano molto soddisfatti: si può supporre che per molti infermieri, dopo un periodo iniziale, subentri una sorta di adattamento a questo tipo di orario,

favorito dalla considerazione che, in questo modo, è possibile godere di maggior tempo libero durante il giorno da dedicare ad attività personali e ad impegni familiari (hobby, sport, gestione della casa e dei figli). I dati rilevati sul tempo di percorrenza-trasferimento e i mezzi utilizzati per raggiungere il lavoro sembrano indicare l'ipotesi che casa e luogo di lavoro si trovano, per gli infermieri del Sud, molto vicini; mentre per gli infermieri del Centro e del Nord il tempo di distanza si aggira intorno ai 30 minuti con mezzo proprio. Dall'esplorazione del rapporto di coppia emerge l'influenza negativa del lavoro a turni, nonostante la maggioranza dei partner abbia un lavoro giornaliero senza turni.

Il risultato conferma, comunque, quanto emerge da altre ricerche: in ambito familiare i turnisti incontrano delle difficoltà nel mantenere normali rapporti, con ripercussioni sul rapporto di coppia, sia esso formalizzato o meno attraverso il matrimonio.

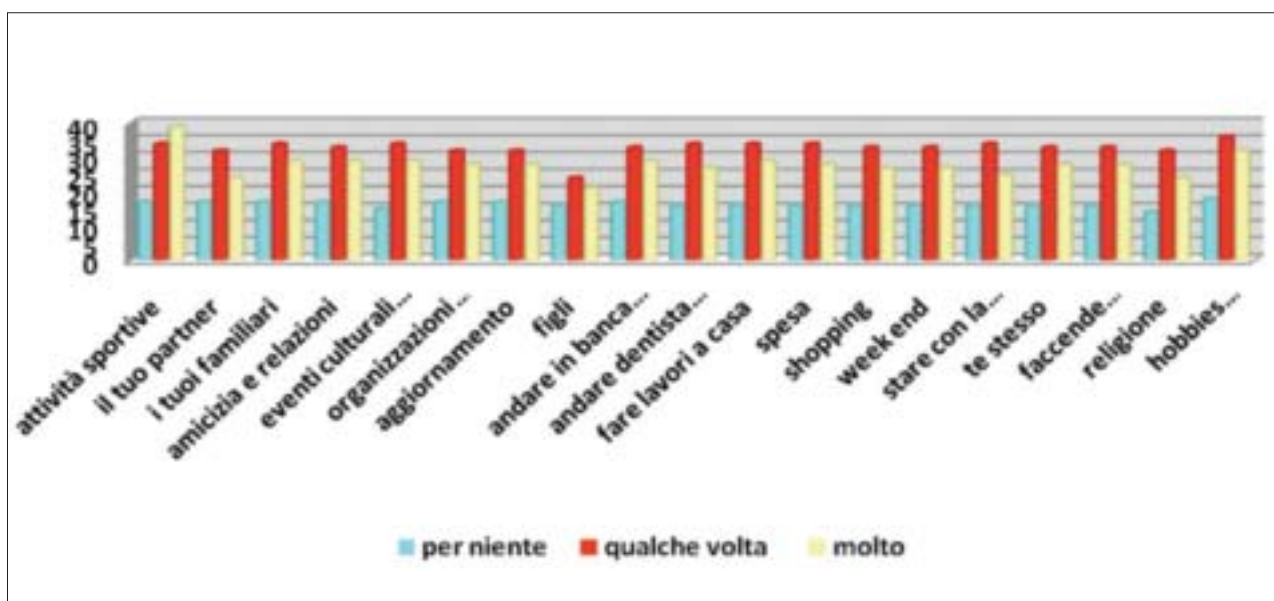
Si tratta di importanti segnali che indicano livelli di disagio familiari da tenere sotto osservazione. Lo studio ribadisce l'influenza dei turni sulla vita sociale e sul tempo libero a disposizione. Anche in ricerche precedenti, che hanno affrontato l'analisi del lavoro a turni, i risultati sottolineano il senso di disagio e di isolamento spesso avvertiti dai turnisti, in quanto si trovano ad avere orari de-sincronizzati rispetto a quelli del resto della società.

Perciò risulta loro molto più difficile, rispetto ai lavoratori giornalieri, partecipare regolarmente ad attività organizzate, frequentare con una certa costanza amici e parenti (Smith & Folkard, 1993). L'analisi delle risposte alla domanda sul turno preferito ha evidenziato una certa reticenza ad osare di manifestare orari particolari: i turni più richiesti, difatti, non mostrano una grande difformità dagli orari vigenti.

Forse perché, culturalmente, gli orari di lavoro all'interno delle organizzazioni sanitarie sono quasi indiscutibili, oppure perché non siamo pronti all'idea di lavorare in fasce orarie completamente diverse, flessibili, adattate alle esigenze dei lavoratori.

In questo non ci sono differenze sostanziali tra Nord, Sud e Centro: gli infermieri rispondono tutti allo stesso modo.

**Le differenze emergono nel confronto tra sessi:** soprattutto sulla situazione sociale e privata, le donne lamentano di non avere tempo, al contrario degli uomini, e ciò conferma che la donna si fa carico del doppio lavoro (a casa) e che sente di più l'esigenza di conciliarli. Dall'analisi preliminare e in base ai dati raccolti, sono emerse delle indicazioni abbastanza suggestive per quanto riguarda i possibili effetti sfavorevoli del lavoro a turni e notturno sulle condizioni di benessere e di salute degli infermieri, anche se la sbilanciata composizione dei sessi negli infermieri considerati impone



**Grafico 9. Situazione sociale e privata uomini: soddisfazione del tempo libero che rimane per...**

di valutare con cautela i risultati ottenuti. Appare evidente come, nell'organizzazione del lavoro a turni in ospedale, si debbano tenere in considerazione non soltanto le necessità assistenziali erogate agli utenti, ma anche le esigenze degli infermieri turnisti.

## SPERIMENTAZIONE

Pertanto, alla luce di quanto affermato, si è pensato di tentare la sperimentazione di un nuovo modello di gestione dell'orario di lavoro nella loro realtà lavorativa e, dopo aver estrapolato i dati dall'indagine generale, si è proceduto al disegno di un progetto di gestione innovativo.

Attraverso l'analisi delle problematiche del personale, si sono creati spazi per l'accoglimento delle esigenze individuali, conciliandole con il lavoro.

Si è così affrontato il problema della turnistica per garantire un numero sufficiente di personale nei turni in base alle attività del reparto, al carico di lavoro e alle esigenze del personale. La necessità di rimodulare i turni è emersa per garantire un'assistenza adeguata, evitando l'incremento di congedi straordinari per motivi familiari o malattie e al fine di creare spazi per l'accoglimento delle esigenze degli infermieri e conciliare la vita sociale con il lavoro.

Sono stati condotti degli incontri con l'intero staff della Uo discutendo sulle problematiche relativamente alla turnistica.

Le difficoltà del personale si concentrano su: il turno di notte, il voler limitare di prolungare il turno di lavoro (doppio turno) e di poter evitare troppi viaggi, specie per le persone residenti fuori Roma. Sono state identificate e analizzate le caratteristiche e l'entità dei problemi emersi:

- mancato cambio turno;
- lontananza dal posto di lavoro;
- fattibilità di variazione di orario inizio e fine turno;
- possibilità di cambiare il modello di turni in 5 o 6;
- fattibilità di rotazione periodica del turno fisso di mattina.

È stata fatta un'analisi dei tabulati dei turni dei mesi precedenti, per verificare il tasso di assenze, malattie e congedi straordinari, ferie e sostituzioni effettuate.

Dopo aver prospettato per ogni tipologia di turno, vantaggi e svantaggi, e stabilite le regole per la corretta gestione dello stesso, il gruppo ha fatto la sua scelta. Le proposte avanzate prevedevano possibilità di anticipare i turni, permettendo un recupero ore a seguire del riposo, lo slittamento orario per poter concentrare unità infermieristiche nei momenti di maggiore attività di reparto, svincolare dal regolamento interno la richiesta dei cambi turno per esigenze personali.

Questo restando aperti ad eventuali modifiche e variazioni, iniziando la sperimentazione il primo settembre 2010 per

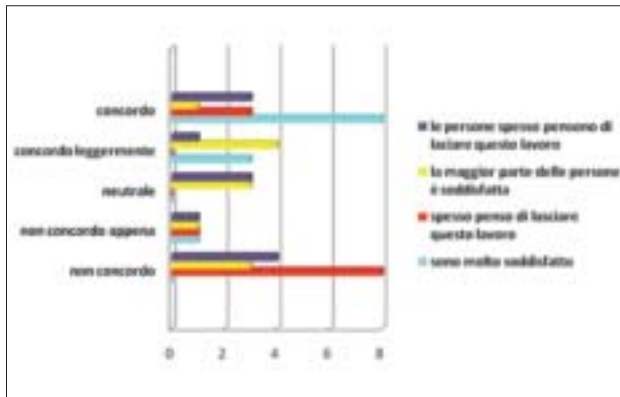
un periodo di tre mesi.

Lo schema di turno scelto promuove la flessibilità in termini di articolazione variabile dello stesso, evitando così lo spostamento delle fasce orarie in entrata ed uscita e superando la rigidità dello schema perpetuo di presenze in servizio in vigore nell'Azienda.

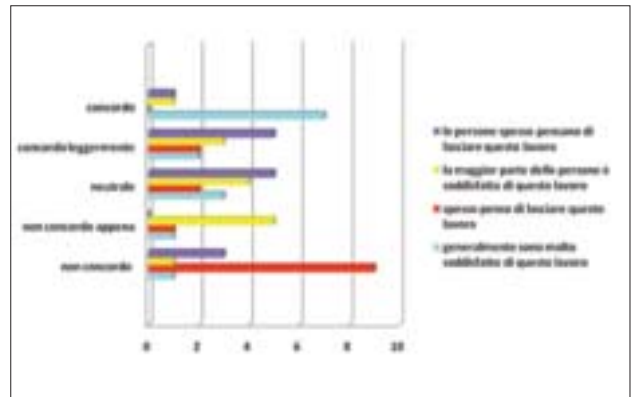
Per l'attuazione della sperimentazione è stata fatta formale richiesta al servizio infermieristico che ha confermato la sua collaborazione. La pianificazione dell'assistenza è stata realizzata attraverso adeguamenti continui che considerano l'effettiva presenza di personale e la reale esigenza assistenziale. Ci si è concentrati sul **realizzare alcuni turni che potessero conciliare le esigenze assistenziali e le proposte avanzate.**

Pur non potendo soddisfare le esigenze di tutti, sono state proposte diverse soluzioni relative alle possibili forme di turnazione tra cui:

- modifica dell'attuale orario in otto ore per ogni turno;
- divisione del turno di pomeriggio, prevedendo prolungamento della mattina e/o anticipo dal turno di notte per evitare un doppio turno;
- variazione degli orari di ingresso la mattina alle ore 8;
- anticipazione turno per permettere un maggior recupero dopo la notte;
- rendere possibili prolungamenti pomeridiani del turno di mattina per lo svolgimento di attività individuate dal gruppo.



**Grafico 10. Soddisfazione generale del lavoro. Schema dei turni prima della sperimentazione**



**Grafico 11. Soddisfazione generale del lavoro. Schema dei turni dopo la sperimentazione**

### Verifica intermedia

A tre mesi dall'inizio della sperimentazione, è stata effettuata una verifica attraverso la distribuzione di un questionario che indaga la soddisfazione del personale infermieristico rispetto alla nuova modalità dei turni di lavoro, e attraverso il confronto degli indicatori: ferie, malattie, congedi per aggiornamento, turni aggiuntivi.

La verifica è stata effettuata usando la parte più appropriata all'indagine dello Ssi.

Il questionario è composto da otto item che indagano sulla soddisfazione in generale; è anonimo ed è stato distribuito e raccolto in sette giorni.

Per quanto riguarda il terzo item ("soddisfazione generale del lavoro"), al fine di migliorare la lettura dei dati, si è scelto di ridurre la scala di valutazione da sette valori a cinque, accorpando i due valori estremi. (Grafici 10 e 11).

Dal confronto dei grafici 10 e 11, va rilevato che alla voce: "spesso penso di

lasciare questo lavoro" nella prima valutazione il 18,75% del personale rispondeva: "concordo"; al contrario, nella seconda valutazione nessuno lo fa. Questo dato è da interpretarsi come positivo, perché vuol dire che se qualcuno pensava di lasciare questo lavoro prima della sperimentazione, solo dopo tre mesi ha cambiato idea, forse perché soddisfatto del nuovo sistema dei turni.

Infatti, alla voce "generalmente sono molto soddisfatto di questo lavoro" al valore "non concordo" della prima valutazione aderiva il 18%, nella seconda valutazione soltanto il 6,5%: ciò vuol dire che la soddisfazione del sistema di turnazione è aumentata. L'altra area presa in considerazione dagli autori è quella relativa alla situazione sociale e privata per valutare quanto il nuovo sistema dei turni abbia inciso positivamente sulla vita privata del personale infermieristico. (Grafici 12 e 13).

Dal confronto dei grafici 12 e 13 è evidente che è aumentato il tempo a

disposizione per la vita privata e sociale: infatti, risalta come si azzerano le colonne del valore "molto" a tutte e tre le voci e di contro aumentano le voci "poco" e "qualche volta" che dimostrano come questa nuova turnistica aumenti il tempo a disposizione per la vita privata.

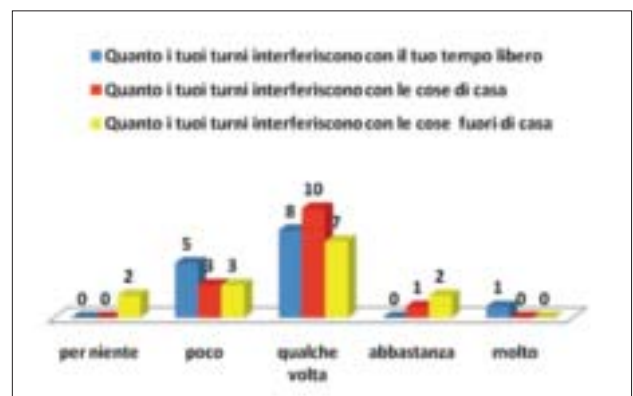
Dal punto di vista gestionale, dal confronto dei grafici 14 e 15, la nuova turnazione ha inciso sulla voce "malattie", evidenziando una forte diminuzione delle stesse, nonostante si è in pieno inverno e nonostante la fruizione delle ferie.

La nuova turnistica ha sviluppato un monte ore inferiore a quello dovuto, permettendo il recupero delle ore accumulate nei mesi precedenti.

Dalle analisi condotte, quindi, si può affermare che attuare politiche di conciliazione giova sicuramente alla soddisfazione generale di tutto il personale, in termini di senso di crescita autonomia potendo gestire meglio se stessi e il proprio tempo di vita.



**Grafico 12. Valutazione sulla soddisfazione socio-lavorativa prima della sperimentazione**



**Grafico 13. Valutazione sulla soddisfazione socio-lavorativa dopo la sperimentazione**

D'altro canto la maggior soddisfazione ha aumentato la produttività, in termini di calo drastico delle malattie, delle richieste di giorni di permesso, delle ore di straordinario.

A tutto vantaggio dell'economia di gestione del reparto e dell'azienda.

## CONCLUSIONI

In questo studio si è indagato quanto il lavoro a turni interferisca e condizioni la vita sociale e privata degli infermieri, per elaborare schemi di orario di lavoro alternativi che prevedano la conciliazione dei problemi personali dei lavoratori con il lavoro a turni, con conseguenti ripercussioni sulla *job satisfaction*, sull'*intention to leave*, sulla qualità delle prestazioni e sull'attrattività aziendale.

In base ai risultati ottenuti, e tenendo come riferimento gli obiettivi e le ipotesi d'indagine formulate per questo studio, si può affermare che, in genere, gli infermieri turnisti soffrono per la difficoltà di gestire la loro vita privata, sociale con quella lavorativa.

Nello specifico, si può affermare che le difficoltà maggiori si incontrano nella gestione della famiglia, dei figli e del tempo libero.

Identificare i bisogni individuali degli operatori in relazione alla loro vita familiare e sociale si è reso utile non solo per verificare come il lavoro a turni abbia impatto sulla vita privata, ma anche per poter formulare ipotesi di sperimentazione.

I risultati della sperimentazione hanno confermato i dati relativi alla letteratura di riferimento e quanto ipotizzato inizialmente in questo studio, cioè che **politiche di conciliazione aumentano la soddisfazione sul lavoro, il coinvolgimento organizzativo, una diminuzione delle assenze, migliorano la qualità della vita delle persone e la competitività del sistema produttivo.**

Con questa sperimentazione si è provato timidamente a dare un contributo per lo sviluppo delle politiche di conciliazione, cercando di stimolare l'attenzione delle amministrazioni di riferimento dimostrando la validità di tale metodo. Ma la strada del cambiamento è lunga da percorrere perché prevede anzitutto un cambiamento culturale ed una disponibilità ad adeguamenti secondo criteri di

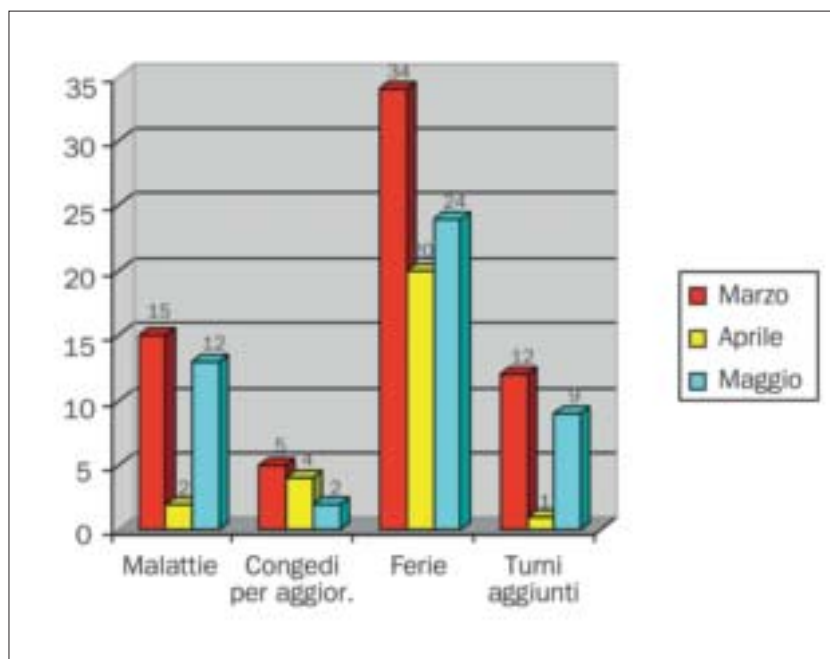


Grafico 14. Assenze periodo prima della sperimentazione

reciprocità, soprattutto dagli infermieri che, pur godendo di questi cambiamenti, sono i primi a porre resistenza.

Il cambiamento deve avvenire anche nelle menti di chi gestisce le organizzazioni. Il *work family balance* è un argomento molto diffuso nel settore privato che ne ha capito l'importanza e, soprattutto, i risvolti positivi in termini di soddisfazione e produttività. Piuttosto l'evidenza empirica mostra, senza ombra di dubbio, che le iniziative e le misure implementate a livello nazionale sono decisamente poco diffuse e in ogni modo concentrate nelle realtà di grandi dimen-

sioni, specie in nicchie del terziario (Riedmann & al, 2006; Istat, 2008). Il settore pubblico, invece, sembra rimanere ancorato a vecchi schemi, e perennemente in crisi, nonostante i presupposti già esistenti nella normativa e nei nuovi Ccnl.

Forse guardare ai propri dipendenti con occhi diversi darebbe uno slancio propulsore a questa sanità, che langue nella crisi. Un'azienda che promuove politiche di conciliazione è vincente, perché è un'azienda in cui dipendenti sono soddisfatti e sentono il senso di appartenenza al proprio posto di lavoro.

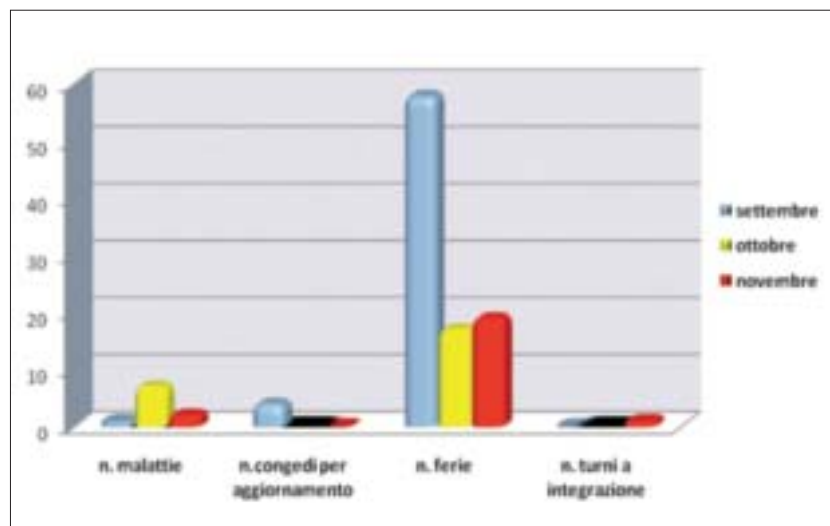


Grafico 15. Assenze periodo dopo la sperimentazione

Una **sanità a misura d'uomo** non vuol dire soltanto mettere al centro il cliente con i suoi bisogni, ma anche il professionista con la sua professionalità, senza dimenticare la sua vita privata e sociale. *Work family balance* vuol dire includere il lavoro nella vita, farne coincidere i tempi con quelli della vita.

Il lavoro, specie oggi, è parte fondamentale della nostra vita, ci dà dignità, ci permette di realizzare i nostri desideri. Una nazione socialmente responsabile deve pensare al futuro dei suoi figli e questo significa cambiare. Il lavoro deve diventare parte integrante della nostra vita: ciò vuol dire applicare sistemi di flessibilità sugli orari di lavoro. Includere la vita nel lavoro significa

anche aiutare le famiglie nella gestione dei figli, promovendo asili aziendali, mense, o istituire figure professionali che gestiscano servizi per i dipendenti, promuovere la cura della salute dei dipendenti aprendo palestre aziendali convenzionate. Integrare i tempi di vita a quelli del lavoro vuol dire cambiare gli schemi e adattarli al nuovo volto della società odierna dove tutti, uomini e donne, sposati, single o coppie di fatto etero o omosessuali, partecipano alla costruzione della società civile, dando ognuno il proprio personale e unico contributo al mondo del lavoro.

Nel fare ciò, ognuno porta con sé le proprie peculiarità, i propri sogni, le proprie aspirazioni: il lavoro deve essere

un mezzo attraverso cui realizzarli.

Il *work-life balance* e le politiche di conciliazione applicate alla gestione delle risorse umane rappresentano la nuova frontiera per dare un volto nuovo alla nostra società.

#### AUTORI:

Gabriella Angeloni, direttore Sitra aziendale Irccs Ifo Roma;

Carmelo Cicala, coordinatore infermieristico Ao Sant'Andrea Roma;

Raffaella De Martino, coordinatore infermieristico Ao San Camillo Forlanini Roma.

*Questo articolo è un estratto di tesi di laurea specialistica, Università "La Sapienza" di Roma- Medicina e Chirurgia II*

## BIBLIOGRAFIA

- Barton J, Spelten E, Totterdell P, Smith L, Folkard S, Costa G, *The Standard shiftwork index: a battery of questionnaires for assessing shift-work-related problems*. *Work & Stress*, 1995; 9 (1), 4-30.
- Brough P, Holt J, Bauld R, Biggs A, Ryan C, *The ability of worklife balance policies to influence key social/organizational issues*, "Asia Pacific Journal of Human Resources", 2008, n.46.
- Colligan M. J, Rosa R. R, *Shiftwork effects on social and family life*. *Occupational Medicine State of the art Review*, 1990; 5, 315-322.
- Cooper C. L, *Job distress: Recent research and the emerging role of the clinical occupational psychologist*. *Bullettin of the British psychological society*, 1986; 39, pp325-331.
- Costa G, *Lavoro a turni e notturno. Organizzazione degli orari di lavoro e riflessi sulla salute*. Firenze: See, 2003.
- De Pietro C, *L'invecchiamento del personale del Ssn*. In Cantù E, *Rapporto Oasi 2009. L'aziendalizzazione della Sanità in Italia.*, Egea, 2009; Milano.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Working time preferences and work-life balance in the Eu: some policy consideration for enhancing the quality of life*, 2003.
- Istat, *Conciliare lavoro e famiglia. Una sfida quotidiana*, Istat, Roma, 2008.
- Kreitner R, Kinicki A, *Comportamento organizzativo*. Milano, Apogeo, 2004.
- Merlliè & Paoli, *Third european Survey on working conditions 2000*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001; Luxembourg.
- Riedmann A et al, *Working time and work-life balance in European companies*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2006.
- Smith L, Folkard S, Poole C.J, *Increased injuries on night shift*. *Lancet* 1994; 344: 1137-1139. 27.
- Smith L, Folkard S, *The perceptions and feelings of shiftworkers' partners*. *Ergonomics*, 1993; 36, 299-305.

# Riflessioni sulle competenze infermieristiche negli istituti assicurativi-previdenziali

di Laura Sabatino, Marzia Bolognini

Quando il cittadino pensa al professionista infermiere lo colloca, in genere, nei servizi ospedalieri, spesso nei contesti ambulatoriali, a volte nell'assistenza domiciliare, raramente nelle università, nei ministeri e negli enti assicurativi-previdenziali. Spesso per l'opinione pubblica, sono sconosciute le funzioni che l'infermiere svolge in tali contesti, tanto più se pensiamo alle sue competenze distintive<sup>1</sup>. Tale sensazione è avvalorata dalla diffusa e manifesta convinzione, riscontrata nei vari stakeholders che gravitano intorno all'Ente, che l'infermiere sia impropriamente collocato in questi contesti e che svolga delle attività a carattere prevalentemente burocratico, per le quali non si ritiene necessaria una formazione professionale. L'obiettivo di tale lavoro è mettere in luce ciò che l'infermiere conosce, sa applicare e può fare, all'interno di tali sistemi organizzativi, tenendo conto di due aspetti:

- il potenziale intellettuale di tale professionista, considerando gli sviluppi normativi inerenti l'ordinamento didattico, il profilo professionale e il codice deontologico;
- le opportunità che tale ambiente organizzativo fornisce, così diverso dall'ospedale e dagli altri servizi, ma non per questo meno stimolante per chi vi lavora e meno necessario per tutti coloro che dei servizi di salute fruisce, in caso di infortunio e/o di malattia professionale.

All'interno di un'organizzazione che fornisce servizi alla persona, il modello più funzionale si è visto essere quello per processi [Vignati, Bruno 2004]; le compe-

tenze di tutti gli attori che intervengono a vario titolo lungo il percorso di "produzione", infatti, vengono messe "in comune", in un lavoro di squadra, affinché si possano utilizzare al meglio e in maniera più snella, con l'intento di fornire il risultato finale più appropriato, sicuro, efficiente ed efficace.

Ciò che conta è l'obiettivo e la verifica dei risultati, tenendo conto degli indirizzi politici e delle competenze gestionali di coloro che sono deputati alla gestione delle risorse umane.

**La Pubblica Amministrazione è attualmente investita da una rinnovata cultura organizzativa**, orientata alla razionalizzazione delle risorse, in virtù del soddisfacimento dell'utente esterno ma anche alla valorizzazione delle risorse umane interne, grazie, tra l'altro, all'implementazione di un sistema meritocratico, tuttora in fieri, nonché a facilitare il costante apprendimento per divenire una moderna *learning organization*. Tale organizzazione consente di creare una rete di relazioni lavorative interdipendenti ove tutti possono essere, contemporaneamente e responsabilmente, clienti e fornitori [Del Poeta, Mazzufero, Canepa, 2006]. Ciò che viene richiesto al lavoratore è la capacità di esprimere al meglio le proprie competenze tacite ed esplicite, di mettersi in gioco, di condividere gli obiettivi aziendali, sviluppando il proprio orientamento al cliente.

Sebbene le responsabilità e le competenze siano definite e chiare, è richiesta la collaborazione diffusa, l'integrazione, lo scambio d'informazioni funzionali all'attuazione dei vari processi.

L'*Inail Nursing Process* (Inp), di seguito

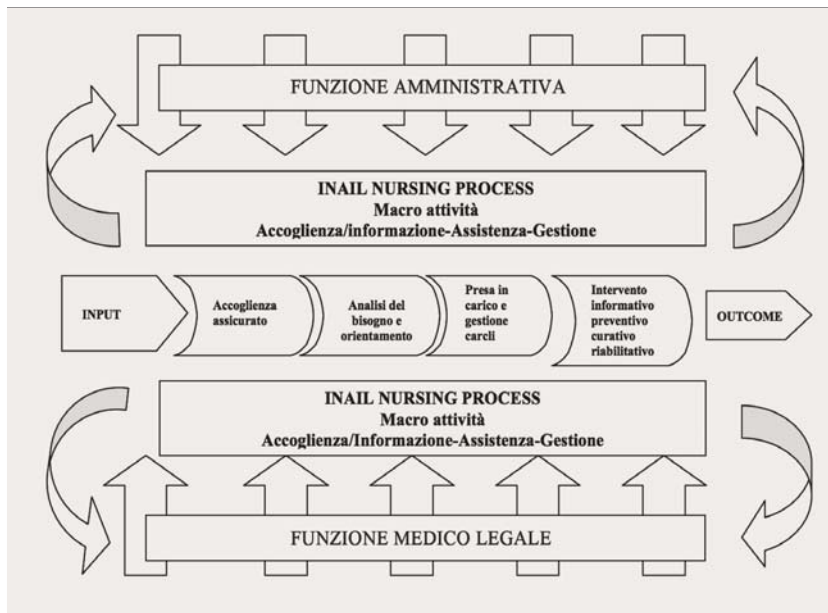
proposto, è uno strumento di identificazione, descrizione e sviluppo delle attività sanitarie, amministrative, gestionali, informative-educative, didattiche e di ricerca, tra loro correlate, in modalità sequenziale e/o parallela con le funzioni di altri professionisti che entrano in gioco. Ogni fase dell'Inp, come una rete, si apre e connette saperi, *skills*, attitudini, di tutte le risorse umane/professionali, le quali caratterizzano e animano il processo stesso, mettendo in campo le proprie competenze caratterizzanti e trasversali, per crescere e migliorare sempre, acquisendo anche nuove competenze, diventando protagonisti del cambiamento organizzativo richiesto a più voci, a vari livelli, per partecipare attivamente alla "rivoluzione" della Pubblica Amministrazione.

I professionisti infermieri, in questo contesto, vengono chiamati a sviluppare sempre di più anche la propria funzione di *advocacy*<sup>2</sup> verso l'utente, per partecipare fattivamente al Sistema di Welfare pubblico.

L'Inp, dunque, è l'integrazione e la fusione di due elementi essenziali:

1. le competenze tipiche del professionista (sapere, saper fare, saper essere, saper far fare, saper divenire);
2. le competenze distintive<sup>3</sup> in ambito Istituzionale necessarie per perseguire l'obiettivo generale organizzativo prefissato.

Il *know how* degli infermieri Inail, messo a disposizione per il successo di tale integrazione, non si fonda solo sulla conoscenza di norme e regole, di procedure, di flussi operativi e di tecniche ma anche sulla capacità di applicare compe-



**Schema 1. L'Inail Nursing Process nel sistema di rete**

tenze cognitive ed emotive complesse, frutto di esperienza, di riflessione critica [Schon, 1993], di comprensione della specificità del contesto in cui operano. Specificità che si caratterizza anche dall'utilizzo di un linguaggio particolare all'interno dell'Ente, specifico dell'attività istituzionale, la cui peculiarità è nella coesistenza di termini giuridico-assicurativi, medico-legali e clinici. Tenendo conto dell'articolazione del sistema organizzativo<sup>4</sup> dell'Ente, tra gli intenti del lavoro proposto vi è quello di evidenziare in che modo l'insieme organizzato delle risorse infermieristiche, che svolge quotidianamente una serie di

attività orientate al lavoratore, correlate tra loro e con le altre aree produttive, costituisca, di fatto, seppure non formalmente definito, un processo<sup>5</sup>. Altro scopo è quello di fornire degli spunti di riflessione per rafforzare l'identità professionale della categoria infermieristica che lavora presso gli istituti assicurativo-previdenziali. Nella tabella, di seguito illustrata, si è proceduto ad una *job description* nell'ambito dei tre segmenti delle *Macroattività*, individuate dal modello sanitario del 2008<sup>6</sup>, nonché ad una analisi delle varie competenze infermieristiche peculiari del contesto lavorativo analizzato.

I tre segmenti, a nostro parere più propriamente definibili come "funzioni", sono *Accoglienza/Informazione – Assistenza – Gestione*.

## CONCLUSIONI

Il lavoro proposto rappresenta un tentativo per evidenziare come il personale infermieristico, impegnato negli enti assicurativi - previdenziali, possiede una serie di competenze specifiche e trasversali che gli consentono sia di lavorare agevolmente in équipe, sia di utilizzare le proprie funzioni in maniera flessibile, anche in base al ruolo e alla posizione rivestita, sia, infine, di proporre cambiamenti organizzativi innovativi che possano comportare significativi miglioramenti nel servizio erogato, in termini di efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza. Inoltre il contatto privilegiato con i lavoratori, unito alla responsabilità professionale e all'autonomia decisionale – caratterizzata dal bagaglio di competenze acquisite grazie alla formazione di base e continua, nonché all'esperienza appresa sul campo – rendono, a nostro avviso, **la figura infermieristica una risorsa unica** e preziosa per l'intera organizzazione.

### Autori:

Laura Sabatino, infermiera Inail Centro Diagnostico Polispecialistico Regionale Lazio;  
Marzia Bolognini, infermiera Inail Responsabile Processo Sanitario Centro Diagnostico Polispecialistico Regionale Lazio

### NOTE

<sup>1</sup> Le competenze distintive sono le conoscenze, le capacità e gli orientamenti necessari per lo svolgimento di uno specifico lavoro. Inail, materiale informativo ad uso interno, 2009.  
<sup>2</sup> Il concetto di *advocacy* è stato mutuato dal contesto legale e utilizzato dalla professione infermieristica, per indicare la funzione di garante degli interessi del paziente. [Stievano 2004].  
<sup>3</sup> Competenze di istituto, ruolo, posizione, tecniche. Progetto Modello Organizzativo 2009-2011, DCPOC – Ufficio Innovazione Organizzativa ad uso interno.  
<sup>4</sup> L'organizzazione delle Strutture dell'Ente Inail è articolata per processi dall'anno 2000.

<sup>5</sup> Tra le tante definizioni di processo proponiamo: *è una concatenazione di attività fra loro correlate che ha come oggetto la produzione di un risultato finale definito (prodotto/servizio), realizzato da un insieme organizzato di risorse (persone, mezzi, informazioni, procedure)*, in Inail, Direzione Centrale Programmazione Organizzazione e Controllo (DCPOC) e Servizio Formazione, *Il sistema di pianificazione, organizzazione, programmazione e controllo*, 2005, materiale didattico ad uso interno.  
<sup>6</sup> Inail, Direzione Generale, Modello Sanitario novembre 2008, Allegato 5/C "Personale di collaborazione sanitaria". Materiale ad uso interno, in corso di revisione.



## ACCOGLIENZA - INFORMAZIONE

COMPETENZE DI ISTITUTO, RUOLO, POSIZIONE	ACCOGLIENZA - INFORMAZIONE			
	Sapere <i>Conoscenze</i>	Saper fare <i>Competenze</i>	Saper essere <i>Attitudini</i>	Saper divenire <i>Volizione</i> <i>al miglioramento</i> <i>e capacità di proporre</i> <i>progetti innovativi</i>
<b>Conoscenza del business</b>	Costituzione art. 38, com.21 Testo Unico 1124/65 ; Legge 833/19782; Legge 67/19883; D. M. 15 marzo 19914 ; Legge 68/19995; D. Ministero Sanità 332/19996; Legge 493/19997 ; Dlgs 38/20008 ; Decreto 81/20089 ; Dlgs 106/200910; D. L. 78/201011;	Illustrare la tutela assicurativa Inail e, ove sussistano i requisiti, le prestazioni economiche/sanitarie/onorifiche, il diritto all'esenzione ticket, i progetti di avviamento allo sport, di reinserimento sociale ed integrazione lavorativa, l'abbattimento barriere architettoniche, il diritto ai rimborsi spese per adattamenti alle autovetture, le possibilità offerte dal Centro Servizi Mobilità di Vigorso di Budrio.	Mostrare un atteggiamento autenticamente cortese con l'assicurato (infortunato e/o tecnopatico) e/o con il familiare, mostrando disponibilità a fornire informazioni continuate nel tempo.	Progettare e partecipare direttamente ai programmi informativi/educativi nel campo della prevenzione degli infortuni e malattie professionali destinati a gruppi omogenei di lavoratori (es.: addetti ai VDT, operatori soggetti al rischio biologico, studenti, operai edili, etc.).
<b>Analisi</b>			Essere in grado di fronteggiare l'utenza interna ed esterna con atteggiamenti esuberanti, al fine di ripristinare una comunicazione efficace, non giudicante, in grado di instaurare una relazione di fiducia, per individuare i bisogni manifesti e taciti dell'assicurato.	Acquisire competenze linguistiche per comunicare con l'utenza proveniente da altre culture.
<b>Orientamento al Cliente</b>	Carta dei Servizi dell'Ente; Delibere emesse dagli organi dell'Istituto.	Dare informazioni sullo status della "pratica" e chiarire il significato dell'eventuale "provvedimento" emesso, nonché il diritto di opposizione e la possibilità di rivolgersi agli Enti di Patronato o medici privati di fiducia.	Assumere il ruolo di mentoring <sup>12</sup> ed assolvere la funzione di advocacy, usando in modo strategico le risorse e le informazioni, al fine di tutelare la salute dell'assicurato e collaborare al reinserimento socio-familiare-lavorativo.	Progettare con la Dcsit <sup>13</sup> e la Sovrintendenza Medica Generale (Smg) una cartella infermieristica informatizzata, da utilizzare presso le Sedi territoriali, che si integri con la cartella clinica (Carcli Web) e si interfacci con il database del settore amministrativo (Grafi) e con la cartella dell'assistente sociale.
<b>Autocontrollo</b>	La comunicazione umana, le strategie per una comunicazione efficace (es. gestione dell'infortunato ostile) e le modalità di conduzione di un colloquio.	Effettuare la raccolta dati con precisione ed accuratezza ed acquisire tutta la documentazione utile alla trattazione del caso; individuare i bisogni (fisio-psico-socio-lavorativo-familiare) emersi in seguito alla manifestazione dell'evento lesivo.	Svolgere attività necessarie per l'erogazione di prestazioni/servizi tenendo presente le aspettative dell'assicurato.	Progettare ed attivare un Call-Center infermieristico di informazioni agli assicurati.
<b>Accuratezza</b>	Competenze linguistiche ed informatiche.	Fornire informazioni pertinenti, corrette ed esaustive, inerenti al caso clinico e indirizzare al medico.	Controllare la qualità dei propri prodotti/servizi. Analizzare gli errori commessi per evitare di ripeterli.	Effettuare l'aggiornamento continuo per garantire prestazioni sicure.
<b>Integrazione interfunzionale</b>	Strumenti e metodologie per il <i>problem solving</i> .	Descrivere le prestazioni assistenziali che possono essere fornite sia in sede che in strutture convenzionate (visite, indagini diagnostiche, medicazioni, rimozione gessi e punti di sutura, ecc.) per ottenere la migliore compliance.	Rispettare le competenze degli altri, condividere le proprie conoscenze, chiedere collaborazione e garantirla.	Progettare e partecipare alla realizzazione di pluri informativi a carattere sanitario-amministrativo.
<b>Gestione e/o partecipazione ai gruppi di lavoro</b>	L'attività sanitaria presso le strutture dell'Inail.	Costruire rapporti di collaborazione sistematica con gli interlocutori dei processi con cui ci si collega.	Fornire informazioni chiare, scritte, certe.	Con l'obiettivo di "muovere le carte e non le persone", per rendere più tempestivo e semplice l'utilizzo dei servizi forniti dall'Ente, progettare ed attivare uno sportello "virtuale" multidisciplinare, che accompagnando l'assicurato durante l'intero iter "amministrativo e socio-sanitario", è deputato ad accoglierne e soddisfarne le esigenze.
<b>Orientamento all'efficienza</b>	Il Lavoro in gruppo.	Rispettare i tempi di lavorazione previsti per le attività assegnate in base all'incarico <sup>14</sup> in trattazione.	Mostrare una postura intellettuale che mira alla valorizzazione delle potenzialità di ognuno.	Partecipare a riunioni programmate con l'area amministrativa per discutere eventuali problematiche (procedurali, perseguimento obiettivi, ecc.) e concordare interventi risolutivi.
	Standard qualitativi e quantitativi sanciti dalla Carta dei Servizi.	Registrare in Carcli, per ogni singolo "caso", le attività espletate.	Adeguare i propri comportamenti a situazioni diverse, interagendo fattivamente con i propri interlocutori e confrontando le proprie idee, superando le logiche funzionali, per arrivare al conseguimento di obiettivi comuni.	
	Attività e tempistica degli altri "processi".	Destrezza nella gestione della Carcli <sup>15</sup> .		
	Linee di mandato strategico emanate dal Consiglio di Indirizzo e Vigilanza.			

COMPETENZE DI ISTITUTO, RUOLO, POSIZIONE	ASSISTENZA			
	Sapere Conoscenze	Saper fare Competenze	Saper essere Attitudini	Saper divenire Volizione al miglioramento e capacità di proporre progetti innovativi
<b>Orientamento al Cliente</b>	Le patologie ed i traumatismi lavoro correlati ed in particolare quelli con maggiore incidenza e prevalenza nel territorio ove insiste la Sede operativa.	Effettuare prestazioni assistenziali sicure, basate sulle evidenze scientifiche e pratiche (medicazioni, processi di sterilizzazione, ecc).	Mostrare all'assicurato un comportamento igienicamente corretto (es.: divisa/camicia pulita, lavaggio delle mani accurato, utilizzo di materiale pulito e/o sterile, ecc.).	Progettare interventi assistenziali a domicilio, grazie a visite programmate periodiche, nei confronti dei grandi invalidi (équipe multidisciplinari), degli infortunati non autosufficienti in regime di inabilità temporanea assoluta, ecc..
<b>Assunzione di responsabilità</b>	Le tecniche infermieristiche, prevalentemente, quelle impiegate negli ambulatori specialistici dell'Ente.	Supporta l'assicurato e collabora con i medici legali in corso di visita. Coadiuvata i medici specialisti durante l'esecuzione di indagini diagnostiche e strumentali (Ecg, Pfr, prelievi per emogasanalisi, patch test ecc.).	Mostrare un atteggiamento autenticamente cortese ed empatico, volto alla rassicurazione dell'utente infortunato e/o tecnopatico.	Progettare ed attivare un Call-Center infermieristico di supporto agli assicurati per incoraggiare la <i>self care</i> .
<b>Problem Solving</b>	Tutte le prestazioni a carattere diagnostico, curativo e riabilitativo che l'Ente può erogare sia nelle sedi che in strutture convenzionate.  Medicina preventiva, primaria – secondaria – terziaria; educazione sanitaria.  Metodologie e didattica per la progettazione di interventi educativi.  Metodologia della ricerca infermieristica.	Creare le condizioni affinché l'assicurato possa espletare le indagini diagnostiche e terapeutiche prescritte (contatti telefonici con centri esterni ed interni, eventuale compilazione modulistica, ecc.).  Richiedere, controllare ed archiviare con procedura informatica la documentazione sanitaria utile alla trattazione del "caso".	Adeguare il proprio linguaggio, in base al tipo di assicurato con il quale s'interagisce, per facilitare sia la comprensione degli interventi infermieristici, sia per agevolare la <i>self care</i> .  Creare un'atmosfera di fiducia, anche utilizzando un ambiente dedicato, affinché l'utente possa confidare i propri problemi di salute ed eventuali disagi.	Attivare una mail istituzionale dell'area infermieristica, specifica per ogni unità operativa, utile sia a facilitare i contatti tra assicurati e infermieri, per rispondere tempestivamente ai vari quesiti posti, sia a gestire i rapporti di lavoro con ditte esterne.
<b>Flessibilità</b>	Le necessarie informazioni da raccogliere, inerenti i problemi di salute dell'assicurato.  <i>Evidence Based Nursing</i> .  Legislazione e norme etiche sulla privacy e sul consenso.	Individuare problemi di salute significativi ai fini di una corretta trattazione del caso.  Utilizzare le note di collaborazione sanitaria per la registrazione delle attività infermieristiche in procedura Carcli.	Orienta i comportamenti sulla base delle nuove evidenze scientifiche.  Svolge attività molto diverse tra loro.	Progettare ed effettuare interventi educativi mirati all'assicurato ed ai suoi familiari (es. modalità per procedere all'automedicazione ed all'autogestione di materiali e presidi sanitari).  Sulla base dei bisogni fisiologici dell'assicurato, espressi ed inespressi, redigere parere infermieristico sull'idoneità dei presidi sanitari richiesti all'Ente.  Istituire formalmente lo sportello infermieristico.

#### NOTE IN TABELLA DI PAG.15

<sup>1</sup> Tutela differenziata e privilegiata per infortunati, tecnopatici ed invalidi del lavoro.

<sup>2</sup> Conferma la gratuità e la tutela privilegiata dei lavoratori assistiti dall'INAIL.

<sup>3</sup> Sancisce e conferma la competenza INAIL in materia di prestazioni medico legali e gli attribuisce di nuovo il compito di erogare prestazioni di cure ambulatoriali.

<sup>4</sup> Sancisce il tipo di prestazioni che l'Inail può erogare direttamente.

<sup>5</sup> Valutazione da parte dell'INAIL delle capacità residue per il collocamento mirato degli invalidi sul lavoro.

<sup>6</sup> Conferma la competenza Inail nella prescrizione protesica agli invalidi del lavoro /Istituzione assicurazione in ambito domestico.

<sup>7</sup> Introduzione del danno biologico inteso come lesione all'integrità psicofisica suscettibile di valutazione medico legale.

<sup>8</sup> T.U. in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

<sup>9</sup> Valorizza le attività dell'INAIL per il recupero dei lavoratori infortunati, con riferimento alle cure necessarie mediche e riabilitative.

<sup>10</sup> Ha previsto la soppressione dell'IPSEMA e dell'ISPESL e l'incorporazione delle relative funzioni, strutture e personale nell'INAIL.

<sup>11</sup> Farsi carico dell'assicurato orientandolo, sostenendolo e supportandolo durante l'iter amministrativo-sanitario.

<sup>12</sup> Direzione Centrale Servizi Informativi e Telecomunicazione, responsabile del sistema informatico e di telecomunicazione aziendale nonché dello sviluppo del sistema informativo aziendale, dell'integrazione con gli altri sistemi della Pubblica Amministrazione, dei rapporti telematici e dell'evoluzione degli strumenti tecnologici per la reingegnerizzazione dei processi produttivi.

<sup>13</sup> Le diverse fasi di trattazione degli infortuni o malattie professionali sono denominate "incarichi" e si distinguono in: "base" per la prima apertura; "ricaduta" quando la manifestazione clinica è apparentemente guarita ma a distanza di tempo il lavoratore ripresenta lo stesso stato di inabilità assoluta al lavoro; "opposizione" per la trattazione di contestazione ai provvedimenti Inail; "revisione" etc.

<sup>14</sup> Cartella Clinica Informatizzata con possibilità, per gli infermieri, di inserire considerazioni e registrare gli interventi nello spazio denominato "note di collaborazione sanitaria"; uno spazio attualmente non sistematizzato ed organizzato, secondo i canoni della disciplina infermieristica che agisce sulla base di precisi modelli concettuali.

<sup>15</sup> Tutta la documentazione proveniente dall'esterno viene acquisita tramite scansione, classificata a mezzo di una procedura informatica denominata "Gestione Documentale" e lavorata, successivamente, per competenza dalle diverse aree.

COMPETENZE DI ISTITUTO, RUOLO, POSIZIONE	GESTIONE			
	Sapere <i>Conoscenze</i>	Saper fare <i>Competenze</i>	Saper essere <i>Attitudini</i>	Saper divenire <i>Volizione al miglioramento e capacità di proporre progetti innovativi</i>
<b>Visione d'insieme</b>	Politiche di programmazione ed economia sanitaria generale e specifica dell'Istituto. Contabilità e bilancio dell'Istituto.	Gestire il personale infermieristico in funzione degli obiettivi istituzionali e delle esigenze di salute degli assicurati, in relazione agli infortuni e alle malattie professionali denunciate.	Creare un ambiente di lavoro orientato al principio del benessere organizzativo, valorizzando e stimolando lo sviluppo delle potenzialità professionali di ogni singolo elemento del gruppo (empowerment).	Implementare percorsi di verifica e valutazione della qualità dei servizi erogati agli assicurati afferenti all'unità operativa di pertinenza.
<b>Pianificazione</b>	Progettazione e gestione dei processi produttivi.  Il modello organizzativo dell'Istituto. Gestione e sviluppo delle risorse.	Diffondere le informazioni necessarie al corretto svolgimento delle procedure operative.	Coinvolgimento fattivo del personale attraverso riunioni programmate e periodiche per condividere iniziative varie.	Progettare e/o partecipare al Sistema di gestione del rischio clinico.  Progettare ricerche infermieristiche quali-quantitative.
<b>Leadership</b>	Qualità dei servizi sanitari.  Metodologia della ricerca ed evidenza scientifica.  Norme inerenti la disinfezione e la sterilizzazione.	Implementare gruppi di lavoro per l'elaborazione di protocolli e procedure varie.  Monitorare e gestire le liste di evidenza Carcli.  Gestire l'agenda medica e programmare gli appuntamenti rispettando intervalli di tempo, tra una visita e l'altra, che tengono conto dei "tempi medi delle singole prestazioni specialistiche ambulatoriali".		Partecipare a pieno titolo e regolarmente ai tavoli tecnici presso la/e Direzione/i Centrale e Regionali, ove si definisce la politica sanitaria dell'Ente.
<b>Negoziazione</b>	Procedure informatiche delle attività dell'area di competenza.			Nell'ambito della contrattazione decentrata, elaborare progetti speciali di carattere infermieristico e partecipare attivamente, sulla base della lettura di documentazione aziendale (es. piano pluriennale), all'individuazione annuale degli obiettivi della struttura territoriale in cui si opera.
<b>Iniziativa</b>	Sistemi di gestione dei flussi informatici e di conservazione della documentazione cartacea.  Sistema di educazione continua in medicina.	Tenere i rapporti con clienti interni (es.: personale dei servizi radiologici e/o di fisiochinesiterapia) ed esterni (es.: patronati, fornitori, tecnici specializzati per la manutenzione di apparecchiature).		Coordinare il processo infermieristico generale, regionale e di Sede (gestione mobilità, presenze/assenze, formazione obbligatoria e facoltativa, partecipazione alle procedure di selezione del personale, inserimento neoassunti, rapporti con le associazioni di categoria del personale infermieristico, ecc.).
<b>Guida e sviluppo dei collaboratori</b>	Tecniche della comunicazione e della formazione per l'educazione degli adulti.	Provvedere all'approvvigionamento del materiale sanitario, di farmacia e di cancelleria. Gestire lo strumentario e verificare lo svolgimento della manutenzione delle apparecchiature.		Gestire i capitoli di spesa specifici dell'unità operativa di propria competenza.  Elaborare il Piano Formativo Aziendale (Pfa).
<b>Apprendimento</b>		Tenere ed amministrare i registri (cartacei od informatici) di carico/scarico dei farmaci e dei rifiuti speciali. Verificare il "processo di sterilizzazione".  Ricerare, analizzare, progettare e/o partecipare a corsi di aggiornamento professionale ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi.		

## BIBLIOGRAFIA

- Bonamini E (2008), *Il mentoring: strategia efficace nel processo di socializzazione al lavoro dell'infermiere*, Management Infermieristico, 14(1):29-38.
- Calamandrei C, Orlandi C. (2008), *La dirigenza infermieristica - Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*, McGraw\_Hill, Milano, 3/ed.
- Del Poeta G, Mazzufero F, Canepa M. (2006), *Il risk management nella logica del governo clinico*, McGraw-Hill, Milano.
- Orsi MC, Bettini L, Lazzarotto G (2006), *Competenze distintive dell'infermiere di area funzionale*, Management Infermieristico, n. 1.
- Schon DA (1993), *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari.
- Spencer LM, Spencer S.M. (1995), *Competenza nel lavoro*, FrancoAngeli, Milano.
- Stievano A (2004), *L'infermiere etico garante della funzione di advocacy verso il paziente in posizione di svantaggio sociale*, Infermiere Oggi, n. 3, 9-15.
- Vignati E, Bruno P (2004), *Organizzazione per processi in sanità, un approccio trasversale all'organizzazione per vincere le resistenze al cambiamento*, FrancoAngeli, Milano.

# L'efficacia del sistema Decap nella gestione dell'insufficienza respiratoria acuta ipercapnica

di Anna Lombardi, Bartolomeo Bergantino

## ABSTRACT

Il trapianto di polmone è un'opzione terapeutica valida per pazienti con malattie polmonari terminali.

La gestione intra-operatoria e post-operatoria può essere complicata da problemi respiratori e/o cardiaci legati alla procedura chirurgica ed alle condizioni cliniche dei pazienti.

Richiede, pertanto, molta esperienza.

In alcuni casi di grave ipertensione polmonare, di insufficienza ventricolare destra e di grave alterazione degli scambi gassosi non gestibile con la ventilazione meccanica è necessario il ricorso all'Ecmo (*Extracorporeal membrane oxygenation*).

L'utilizzo dell'Ecmo è però associato a gravi effetti collaterali: maggior rischio di sanguinamento e disfunzione precoce dell'organo trapiantato, tra i primi.

Dalla metà degli anni '90 ad oggi, vi è stato un notevole calo del numero di casi di Ecmo respiratorio, grazie all'introduzione di nuove metodiche di terapia intensiva respiratoria come la ventilazione oscillometrica ad alta frequenza (Hfov); l'inalazione di ossido nitrico (ino) e la somministrazione di Surfactante.

Nel corso del tempo alcuni studi hanno proposto nuovi sistemi extracorporei a minor impatto emodinamico per la rimozione della CO<sub>2</sub>: tali sistemi sono in grado di ridurre i livelli del 20-25% e consentono di proteggere il polmone dalle elevate pressioni del ventilatore.

Da qui l'esigenza di creare nuovi sistemi, efficaci e privi di gravi effetti collaterali.

Il **Decap-smart** è un nuovo sistema veno-venoso a basso flusso che consente, attraverso un dispositivo, la

rimozione extracorporea di CO<sub>2</sub>.

La decapneizzazione è una tecnica finalizzata all'assistenza temporanea delle funzioni polmonari relativamente agli scambi gassosi di anidride carbonica e, in parte, di ossigeno.

In conclusione, è stato eseguito uno studio prospettico randomizzato presso la camera operatoria del servizio trapianti d'organo e la terapia intensiva trapianti del policlinico Umberto I di Roma su pazienti con insufficienza respiratoria acuta (insufficienza respiratoria ipercapnica, tipo II) sottoposti a trattamento Decap per dimostrare l'efficacia di questo nuovo sistema.

## INTRODUZIONE

La **respirazione** è un atto che il nostro organismo svolge a due livelli:

1. **extracellulare**: la respirazione esprime lo scambio di O<sub>2</sub> e CO<sub>2</sub> tra organismo ed ambiente;
2. **intracellulare**: la respirazione esprime la combustione di O<sub>2</sub> e nutrienti (carboidrati, grassi, proteine) con successiva produzione di CO<sub>2</sub> e H<sub>2</sub>O.

Il deficiente funzionamento degli organi preposti al corretto svolgimento di questi atti provoca insufficienza respiratoria.

Da uno studio effettuato, la patologia più frequente dei pazienti ricoverati presso la terapia intensiva trapianti dell'Umberto I è l'insufficienza respiratoria (insufficienza respiratoria ipercapnica di tipo II) nel Bridge al trapianto di polmone o in seguito ad intervento chirurgico.

Essi vengono direttamente indirizzati presso il nostro centro di competenza per l'alta specializzazione, visto che presso il nostro centro l'utilizzo dell'Ecmo è piani-

ficato per tutti i pazienti con ipertensione polmonare primaria e secondaria (APm 66mmHg) e, in caso di insufficienza respiratoria e cardiaca, dopo clampaggio dell'arteria polmonare.

Se l'Ecmo, inizialmente, non è richiesto, ma i pazienti, durante la procedura, presentano instabilità emodinamica, ipossia e/o acidosi severa non responsiva al trattamento farmacologico e/o ventilatorio, severa ipertensione polmonare e sono a rischio di insufficienza ventricolare destra, vengono sottoposti a Ecmo non pianificato in regime di urgenza.

**L'insufficienza respiratoria** è l'incapacità, da parte del sistema respiratorio, di mantenere uno scambio gassoso adeguato alle richieste metaboliche dell'organismo e si verifica quando il polmone non è in grado di assolvere una o entrambe le proprie funzioni, cioè:

- trasferire un'adeguata quantità di O<sub>2</sub> (ossigeno) dall'atmosfera al sangue;
- e/o rimuovere una corrispondente quantità di CO<sub>2</sub> (anidride carbonica) dal sangue.

Essa ha due origini:

1. malattie del parenchima polmonare con quadro di ipossiemia con normo o ipocapnia (pneumectomia, atelettasia, fibrosi polmonare, edema polmonare etc.);
2. deficit di pompa respiratoria (insufficienza ventilatoria) con quadro di ipossiemia e ipercapnia: ostruzioni delle vie aeree (bronicospasmo) patologia neuromuscolare etc.

I valori che definiscono un'insufficienza respiratoria sono: PaO<sub>2</sub><60mmHg (aria ambiente) e PaCO<sub>2</sub>>50mmHg.

L'insufficienza respiratoria si classifica in:

1. insufficienza respiratoria ipossiemica (tipoll):  $PaO_2 < 60$  e  $PaCO_2$  normale o ridotta;
2. insufficienza respiratoria ipercapnica (tipoll):  $PaCO_2 > 50$  ipossiemia e acidosi;
3. insufficienza respiratoria acuta: alterazione dei parametri respiratori minacciosi per la vita;
4. insufficienza respiratoria cronica: alterazioni meno drammatiche e meno evidenti.

La terapia consiste in una Niv (ventilazione meccanica non invasiva) eseguita tramite una maschera a pressione positiva continua nelle vie aeree (Cpap) e rappresenta l'intervento terapeutico di prima scelta nell'insufficienza respiratoria acuta e cronica riacutizzata nonostante terapia medica. Comunque il cardine della terapia è la ventilazione meccanica (Mv) con intubazione endotracheale, sia a ciclaggio di volume che di pressione.

Per ipercapnia s'intende che la Mv aumenta la ventilazione alveolare determinando la riduzione di  $PaCO_2$  e la normalizzazione del Ph, ergo la riduzione della fatica nei muscoli respiratori.

Per ipossia s'intende che  $O_2$  da solo non corregge l'ipossiemia da *shunt* e permette di ridurre lo *shunt* causato da fluidi endoalveolari o alveoli collassati. I sistemi utilizzati per la rimozione di  $CO_2$  sono essenzialmente due:

1. Ecmo;
2. sistema Decap.

## L'ECMO

L'Ecmo è una tecnica extracorporea di supporto cardiopolmonare che mantiene il cuore e/o i polmoni a riposo, permettendogli il naturale recupero funzionale. Tale tecnica si è dimostrata efficiente nel ridurre la mortalità nei pazienti con insufficienza cardiaca e/o respiratoria acuta grave, potenzialmente reversibile ma refrattaria al trattamento medico e farmacologico convenzionale massimale. L'Ecmo viene effettuato con due tipi di *by-pass*, in base alla direzione del flusso ematico: l'afflusso è sempre dal circolo venoso, mentre la re-infusione del sangue ossigenato e decarbossilato può essere nel circolo arterioso (Ecmo veno-

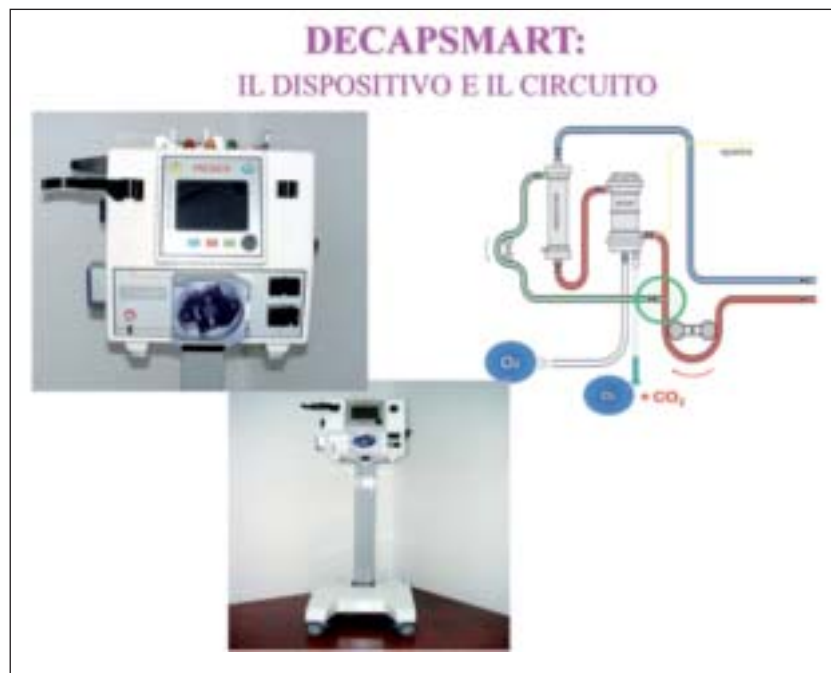


Figura 1. Il dispositivo Decap-smart

arterioso) o in quello venoso (Ecmo veno-venoso).

Questa tecnica è stata usata inizialmente solo come trattamento dell'insufficienza respiratoria reversibile del neonato o del bambino.

L'idea di supportare, seppur parzialmente, la respirazione attraverso la rimozione della  $CO_2$  con un supporto extra corporeo parziale, fu proposta nel 1977 da Kolobow, che la testò su una neonata ricoverata in rianimazione per aspirazione di meconio.

La piccola fu collegata ad una macchina cuore-polmone con risoluzione del problema e, pertanto, questa tecnica divenne nota come *Extracorporeal membrane oxygenation*, ovvero Ecmo.

Questa tecnica si propone di prevenire ulteriori danni ai polmoni riducendo il loro stress meccanico, in pratica attuando un "riposo polmonare".

In questo modo, l'apporto di ossigeno e la rimozione di anidride carbonica sono dissociati: l'ossigenazione avviene principalmente attraverso la via naturale dei polmoni e l'anidride carbonica viene rimossa tramite il polmone artificiale.

Tuttavia la tecnica è risultata di scarsa applicabilità clinica, a causa delle complicanze e delle caratteristiche tecniche del sistema, che richiede l'uso di:

1. by-pass artero-venoso;
2. cateteri d'ampio diametro;
3. dosaggi elevati di eparina;
4. elevati volumi ematici per il "priming" del circuito.

L'Ecmo è un trattamento altamente invasivo con molte potenziali complicazioni.

Principalmente necessita di grossi volumi di sangue extracorporeo non tollerabili da pazienti che si trovano in uno stato di criticità, emodinamicamente instabili e con un quadro clinico già compromesso. La metodica Ecmo è realizzabile in sala operatoria, in ambiente intensivo terapeutico ed in collaborazione con perfusionisti, anestesisti, cardiocirurghi, chirurghi vascolari.

Esso tuttavia comporta degli svantaggi, tra cui:

1. complessità del circuito;
2. alta incidenza di infezioni;
3. alta incidenza di complicanze neurologiche;
4. ridotto flusso polmonare;
5. embolizzazione sistemica;
6. complicanze emorragiche;
7. insufficienza renale;
8. anomalie elettrolitiche;
9. pneumotorace;
10. emolisi;
11. sepsi;

12. aritmie;
13. ischemia agli arti inferiori.

Nel corso del tempo altri studi hanno proposto nuovi sistemi extracorporei selettivi per la rimozione della CO<sub>2</sub>.

Essi sono in grado di ridurre i livelli di CO<sub>2</sub> del 20-25% e consentire, quindi, di proteggere ulteriormente il polmone.

Questi nuovi sistemi sono il **NovaLung** (membrana per la circolazione extracorporea che permette lo scambio dei gas attraverso semplice diffusione, ossigenatore extracorporeo senza pompa) e il **Decap-smart**, una pompa-sangue per la circolazione extracorporea attraverso circuiti dotati di dispositivi per filtrazione sangue. (Figura 1 e 2).

Tale apparecchiatura può essere utilizzata, a discrezione del clinico, per somministrazione di O<sub>2</sub> e rimozione di CO<sub>2</sub>, inserendo un apposito ossigenatore a membrana nel circuito extracorporeo. L'uso di ossigenatori a membrana di ridotte dimensioni è consentito in tutti i casi in cui una riduzione della CO<sub>2</sub> non può essere effettuata utilizzando le comuni tecniche, per motivi logistici ed operativi delle strutture sanitarie, o per il

compromesso quadro clinico del paziente.

### IL SISTEMA DECAP

Il Decap è un semplice sistema venovenoso a basso flusso ematico che, grazie alla presenza di un ossigenatore e di un emofiltro, consente la rimozione extracorporea di circa il 20-25% di anidride carbonica senza gravi rischi per il paziente.

Il prelievo e la re-infusione del sangue trattato avvengono tramite un unico catetere a doppio lume (Arrow 14 Fr, 16 cm) inserito nella vena femorale o giugulare con tecnica di Seldinger.

Ne consegue una minore invasività rispetto al *by-pass* artero-venoso.

Tale procedimento, nei pazienti con insufficienza respiratoria acuta, consente di ridurre l'ipercapnia, permettendo, al contempo, la protezione del polmone mediante la riduzione della pressione di ventilazione.

Il Decap non è un sistema alternativo alla ventilazione, ma è in grado di rimuovere circa 1/3 della CO<sub>2</sub> prodotta dal paziente e permette al rianimatore di

ventilare il paziente a bassi volumi e basse pressioni di picco, permettendo, quindi, di minimizzare i danni associati al ventilatore.

È stato provato che, in alcuni casi, la ventilazione meccanica ad alti volumi e pressioni può aumentare il danno polmonare e l'edema (Vili).

Il paziente, una volta avviata la decapneizzazione, può essere ventilato a regimi pressori più bassi, ergo meno traumatici. Inoltre il sistema - unico nel suo genere - funziona in prediluizione e consente, quindi, di ridurre al minimo il consumo di eparina.

Il sistema Decap rappresenta la soluzione tecnologica che "sdogana" la tecnica del supporto extracorporeo (l'Ecmo).

Il Decap è utilizzato in tutti quei casi in cui l'accumulo di CO<sub>2</sub> risulta eccessivo. Questa tecnica trova il suo impiego nei pazienti affetti da insufficienza respiratoria acuta (*Ards*, *Acute respiratory distress syndrome*) non gestibile con il solo ausilio della ventilazione meccanica (ventilatore polmonare).

L'uso del decapneizzatore comporta la riduzione dello stress polmonare da ventilazione meccanica, consentendo una parziale condizione di riposo del polmone del paziente.

La metodica, inoltre, è applicata nel trattamento delle broncopatie croniche ostruttive (*Bpco*); nei casi di insufficienza multi organo (*ModS: Multiple organe distress syndrome*); nel Bridge al trapianto di polmone.

I vantaggi del sistema Decap sono:

1. sistema venovenoso a basso flusso ematico (tratta circa 350 ml di sangue al minuto);
2. singolo accesso percutaneo con catetere doppio lume (sheldon);
3. circuito venovenoso;
4. riduzione dello stress da ventilazione meccanica forzata;
5. basso scompenso emodinamico;
6. nessun rischio di ischemia;
7. effetti collaterali minimi;
8. facilità di utilizzo;
9. ridotto tempo di apprendimento della gestione dell'apparecchiatura da parte del personale medico ed infermieristico;
10. nessuna presenza di personale specializzato (perfusionisti). Si tratta

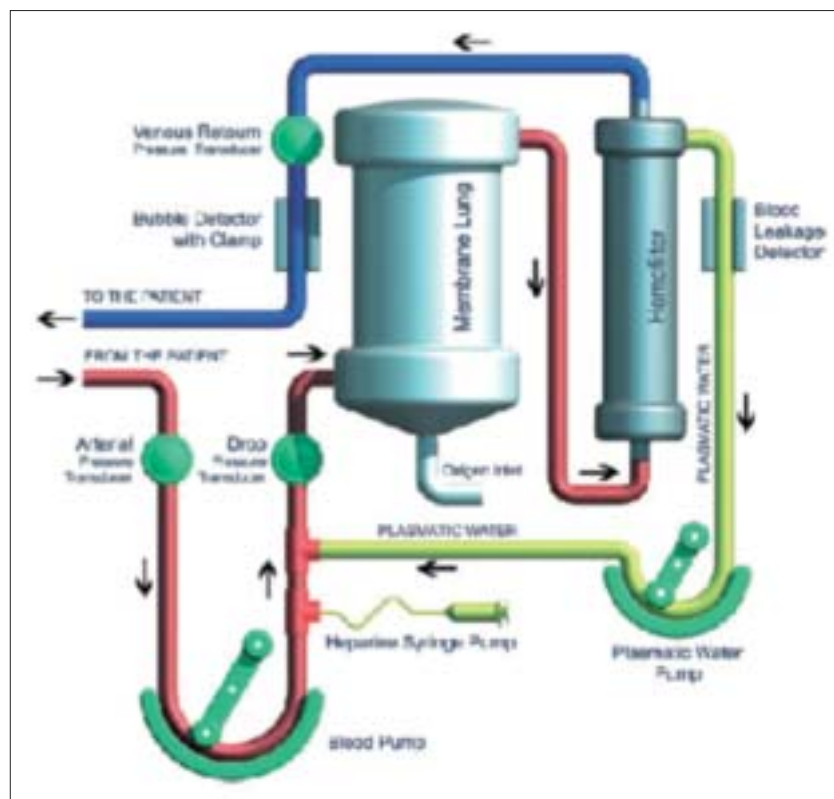


Figura 2. Schema di funzionamento del sistema Decap (tratto da: Terragni et al, *Anesthesiology* 2009)

di un sistema paragonabile, per la gestione da parte del personale infermieristico, ad altre metodiche di rimozione extracorporea quali dialisi epatica (Mars) e dialisi renale (Cvvhdf).

Gli svantaggi del sistema Decap sono:

1. rottura dei tubi;
2. formazione di coaguli nel circuito, in particolare se il sangue non è adeguatamente coagulato;
3. occlusione della via di aspirazione e di restituzione del sangue al paziente (*Sheldon*).

## PROTOCOLLO DELLO STUDIO E SELEZIONE DEI PAZIENTI

Da gennaio 2009 a maggio 2010 è stato effettuato uno studio prospettico randomizzato presso la camera operatoria del servizio trapianti d'organo e la terapia intensiva trapianti del Policlinico Umberto I di Roma.

Consecutivamente sono stati studiati 12 pazienti trattati con Decapsmart (con età compresa tra 13 ed i 65 anni): cinque durante il trapianto di polmone direttamente in sala operatoria; sette in terapia intensiva, mentre erano ancora in lista d'attesa per trapianto polmonare.

Nove pazienti erano affetti da fibrosi cistica; due da fibrosi polmonare e uno da enfisema polmonare.

I pazienti, poi, sono stati suddivisi in due gruppi: ad uno (il "gruppo controllo") non veniva applicato il Decap e continuavano con trattamento farmacologico e ventilatorio standard; all'altro (il "gruppo studio") veniva applicato il Decap insieme al trattamento farmacologico e ventilatorio standard e, in più, con la seguente strategia: quando, dopo l'inizio della ventilazione monopolmonare e prima del clampaggio dell'arteria polmonare, si raggiungevano valori di PaCO<sub>2</sub> superiori a 75 mmHg, con pH inferiore a 7.25 e/o con PIP > 35 cmH<sub>2</sub>O, veniva utilizzato il Decap come supporto mini-invasivo extracorporeo alla funzione respiratoria.

L'emoperfusione con Decapsmart era ottenuta attraverso un catetere bilumen (Arrow 14 Fr, 16cm) inserito in vena succlavia con tecnica di Seldinger.

Il trattamento veniva somministrato in continuo, con flusso ematico della pompa sangue di 350-450ml/min.

Il sistema comprende una pompa per muovere il sangue attraverso il circuito, un filtro che sottrae la CO<sub>2</sub> al plasma e un emofiltro, oltre a vari sistemi di controllo lungo i tubi (un rilevatore di bolle d'aria e tre raccordi di pressione che misurano la pressione di aspirazione del sangue dal paziente, la pressione prima del filtro e quella del sangue che ritorna al paziente, oltre che una pompa di eparina che somministra la soluzione anticoagulante in modalità continua o a boli).

Durante il trattamento il paziente doveva essere scoagulato con eparina, mantenendo l'Act tra 150 e 200 secondi, per evitare che il sangue si coagulasse all'interno dei tubi del circuito extracorporeo e nel filtro stesso.

Per valutare l'efficacia del filtro venivano effettuati prelievi seriali (ogni quattro ore) dalla via di restituzione del sangue al paziente, in tale parte del circuito, il sangue ha attraversato il filtro ed è quindi iperossigenato e decapneizzato, con pH > 8,00 pO<sub>2</sub> > 650 e pCO<sub>2</sub> (10-15); se la pCO<sub>2</sub> risultava > 20 il filtro veniva sostituito.

Durata media del filtro: 15+7 ore, per un trattamento che andava dalle 15 ore a più di cinque giorni.

Dai risultati non si sono evidenziati effetti secondari o complicanze relative alla metodica in sé, all'anticoagulazione e all'impiego della circolazione extracorporea.

Il tempo di apprendimento alla gestione dell'apparecchiatura, da parte del personale medico ed infermieristico, è stato sufficientemente breve e la pCO<sub>2</sub> si è velocemente ridotta del 10-15% rispetto al valore pre-trattamento, è migliorato il pH già alla prima ora, con efficienza massima a 24h.

In media già alla prima ora si otteneva un miglioramento del pH e della pCO<sub>2</sub>, che risultava diminuita del 10-15% rispetto ai valori basali, per avere un'ulteriore diminuzione durante la continuazione del trattamento.

Si assisteva, inoltre, ad un miglioramento dell'emodinamica, con diminuzione della frequenza cardiaca e aumento della pressione arteriosa.

I pazienti che prima del trattamento con il Decap erano in stato soporoso o comatoso a causa dell'ipercapnia, torna-

vano ad essere risvegliabili e poi completamente vigili.

## DISCUSSIONE

Tutti i pazienti sottoposti a trattamento Decap erano intubati per via oro-tracheale con tubo bilumen 37-39 Fr e ventilati meccanicamente in volume controllato o pressione controllata sulla base della patologia di base, con FiO<sub>2</sub> tale da ottenere una saturazione periferica superiore a 6ml/kg con pressione media di plateau tra 25-30 cmH<sub>2</sub>O, il valore di *Peep* applicata era uguale o superiore a 5 cm H<sub>2</sub>O.

Il ventilatore utilizzato era un *Drager Zeus*. In tutti i pazienti il monitoraggio emodinamico invasivo consisteva di un catetere in arteria radiale, un catetere di Swan-Ganz in arteria polmonare in vena giugulare interna destra e un catetere venoso centrale.

Il monitoraggio era continuo: pressione arteriosa sistemica, frequenza cardiaca, EtCO<sub>2</sub> (*End-tidal CO2*), Ecg a 5 derivazioni, saturazione arteriosa periferica di ossigeno, Cci (*Cardiac continous index*) con *Vigilans system*; Pvc (Pressione venosa centrale), SvO<sub>2</sub> (saturazione venosa di O<sub>2</sub> mista), Apm (pressione polmonare media), la temperatura corporea e diuresi oraria.

Emogas analisi seriate venivano effettuate sia per controllare ed adeguare la ventilazione agli scambi gassosi, sia per valutare l'equilibrio acido-base.

L'assistenza al paziente con insufficienza respiratoria acuta (di tipo ipercapnica) richiede un rilevante impegno del personale infermieristico, anche considerando che spesso tale evento si verifica in presenza di altre patologie.

**Lo staff sanitario, ed in particolare lo staff infermieristico che opera in un servizio di emergenza, deve essere in grado di gestire situazioni diverse, spesso a carattere di urgenza, in modo globale, precoce, interdisciplinare.**

L'organizzazione del servizio è la chiave per la riuscita dell'intervento determinando la qualità dell'assistenza e del servizio stesso.

Nel nostro centro di terapia intensiva trapianti, il **lavoro d'équipe è fondamentale** per la buona riuscita di un inter-

	Pre Decap	1h	4h	12h	24h
Frequenza Card	114,5±23,3	99,5±21,9	92,5±12	90±9,9	91±5
Press Art mmHg	71,5±17,6	73±12,7	90,5±21,9	92±5,6	94±15,5
Press Palm mmHg	44,5±0,7	43±5,6	42±11,3	38±7	41,5±2,1
CI l/min/m <sup>2</sup>	3,3±1,6	2,7±0,9	3,9±0,2	4±0,3	4,1±1,1
pH	7,23±0,33	7,36±0,16	7,38±0,12	7,35±0,07	7,39±0,04
PaCO <sub>2</sub>	79,3±23,4	62±22	59±16	59,3±11,5	59±6
PaO <sub>2</sub>	73,6±5,8	184,6±174,4	121±57,5	93,6±26,8	127,3±58,5
BE	11,1±4,7	9,6±5,9	9,9±6,6	7,9±11,8	11,5±5,3
HCO <sub>3</sub>	35,7±6,3	33,8±5,5	33,6±6,2	33,2±11,1	36,9±5,4

**Tabella 1. Valori emodinamici e valori emogasanalitici pre-Decap e post-Decap**

vento nella fase acuta del paziente critico.

La maggior parte delle prestazioni sono: somministrazione di terapie, esecuzione di esami, manovre legate ad una prescrizione e valutazione medica.

Quando il medico e l'infermiere si sono sufficientemente conosciuti e misurati per capacità e competenza, si instaura spontaneamente un rapporto di reciproca fiducia che permette una vera integrazione, un modo di lavorare che supera il: *"mi compete/non mi compete"*.

La guarigione del paziente, o quanto meno il superamento della fase critica, il trasferimento in reparto successivo al nostro sono sempre una soddisfazione. Quando accade che parenti, amici o, addirittura, il paziente venga con le sue stesse gambe a ringraziarci, rinforza in noi la motivazione e ci gratifica, conferendo significato al nostro operare. Lavorare in sintonia in una situazione critica, se ognuno sa cosa fare, vedere il buon risultato: sono queste le cose che danno maggior soddisfazione.

L'équipe che si trova a gestire un paziente sottoposto al trattamento Decap deve costantemente monitorare dei parametri fondamentali per la vita del paziente e per la buona riuscita del trattamento.

Le tecnologie odierne permettono di utilizzare dei dispositivi di monitoraggio in linea dei valori emogasanalitici, delle

pressioni, delle temperature, della coagulazione e di tutti quei parametri la cui valutazione, in precedenza, richiedeva un tempo più lungo.

La SvO<sub>2</sub> è un parametro molto importante perché indica l'adeguatezza del trasporto di ossigeno in rapporto al suo consumo, e può essere monitorata di continuo con un sensore ossimetrico posto sulla linea venosa del circuito.

La funzione polmonare è valutata giornalmente con la radiografia del torace e con lo studio della meccanica polmonare.

La verifica del circuito deve riservare una particolare attenzione al controllo di eventuali bolle, emboli, coaguli, rotture che, se trascurati, potrebbero avere conseguenze drammatiche. Periodicamente vengono effettuati dei prelievi dal circuito per controllare il corretto funzionamento del filtro e per il monitoraggio dell'anticoagulazione.

L'assistenza infermieristica deve porre massima attenzione alle seguenti prestazioni:

1. osservare e monitorare l'andamento dei principali parametri vitali;
2. organizzare e gestire le principali manovre terapeutiche di stabilizzazione;
3. prevenire le infezioni;
4. igiene del cavo orale (sostituzione dei circuiti respiratori; gestione dell'eventuale tracheotomia; uso di tecniche

sterili; sostituzione dei circuiti per aspirazione);

5. monitorare lo stretto del circuito;
6. verificare giri e flusso pompa;
7. verificare *gas flow*;
8. *check* temperatura scambiatore di calore;
9. gestire monitoraggio pressioni circuito;
10. compiere esami ematochimici di routine;
11. compiere emo-gas-analisi (arteriosa, venosa centrale, circuito Decap per controllare il corretto funzionamento del circuito per eventuale sostituzione del filtro quando pCO<sub>2</sub> superiore a 20);
12. monitorare Pvc mai al di sotto di 4/5 mmHg;
13. controllare coagulazione attraverso Act eseguita a cadenza oraria per controllo emorragie (Act tra 150 e 200 secondi);
14. monitorare, ogni giorno, Plt, Pt, Ptt, Fibrinogeno, Atiii, Hb libera plasmatica, Ldh.

## TARGET CLINICI

Nella gestione clinica dei pazienti appartenenti ad entrambi i gruppi venivano utilizzati i seguenti target, in accordo con la letteratura.

Il supporto cardiovascolare prevedeva il raggiungimento dei seguenti parametri:

- pressione media polmonare <50mmHg;
- una pressione arteriosa media sistemica (mAP) circa 65mmHg;
- indice cardiaco >2.5;
- diuresi oraria circa 0,5ml/Kg/h.

Quando il valore di emoglobina era < 10mg/dl e per mantenere un valore di SvO<sub>2</sub>>70% venivano trasfuse emazie concentrate.

Il plasma fresco congelato veniva trasfuso per valori di INR> 2 in presenza di sanguinamento attivo.

La noradrenalina (farmaco inotropo) era utilizzata come vasocostrittore a dosaggi tali da mantenere una mPA tra 65 e 90mmHg.

Nei pazienti con basso CI, nonostante un adeguato riempimento volemico, veniva somministrata dobutamina (5-10mcg/kg/min) in modo da mantenere un CI>2.

Tutti i pazienti erano sottoposti ad antibio-



tico terapia nel rispetto della funzionalità renale e dei valori di clearance della creatinina.

Noi e prostaciline E2 venivano somministrate per il controllo dell'ipertensione polmonare e/o per il danno da ischemia-riperfusion.

Il range di dosaggio per l'ossido nitrico e per le prostaciline era di 20-40 parti per milione e di 10-20ng/kg/min rispettivamente.

Pplateau, Vt, Rr, Peep, PaO2/FiO2, ratio, Ph, PaCo2, Cci, APm, Pam, ACT erano determinati prima dell'inizio del trattamento (T0), dopo un'ora (T1), dopo tre ore (T2), dopo sei ore (T3) e dopo 24 ore (T4) dall'inizio del trattamento.

Le complicanze durante la procedura erano classificate in:

1. meccaniche (problemi legati alla cannula, aria o coaguli nel circuito, malfunzionamento della pompa, rottura del circuito);
2. paziente-correlate (lesioni vascolari, sanguinamenti, instabilità emodinamica,

evidenza elettrocardiografica di aritmie ventricolari);

3. metaboliche;
4. trombotiche.

## CONCLUSIONI

Lo studio prodotto permette di affermare che l'utilizzo del Decap-smart risulta particolarmente vantaggioso sia nel Bridge al trapianto di polmone che nell'insufficienza respiratoria ipercapnica.

Comunque il suo utilizzo non è da considerarsi sostitutivo di un'assistenza extracorporea ad alti flussi.

Si è dimostrato, inoltre, come, trattando mediamente 350ml/min di sangue, si possano rimuovere quote significative di CO2 presenti a livello sistemico.

Nel nostro centro continueremo ad utilizzare Decap-smart per una serie di buoni motivi: ampio potenziale nella terapia dei pazienti con insufficienza respiratoria acuta severa; favorevole rapporto costo-benefici; facile gestione; tecnologia tutta italiana.

Il sistema Decap viene utilizzato quale *tool* di ausilio al medico per mantenere la ventilazione ai livelli iperprotettivi, controllando sia la pCO2, sia lo stato acido-base del paziente.

Per tali ragioni, incentivando l'utilizzo di tali metodi, il clinico potrà "proteggere" il polmone del suo paziente allo scopo di migliorare la qualità del ricovero e quella della sua vita futura.

I successi ottenuti e l'estensione al trattamento di patologie respiratorie speriamo possano portare all'istituzione di un "Decap team" multidisciplinare costituito da: rianimatori, tecnici e infermieri, per garantire, in ogni momento, le adeguate competenze ai pazienti trattati.

## AUTORI:

Anna Lombardi, infermiera professionale in servizio presso terapia intensiva trapianti, "La Sapienza", Roma;

Bartolomeo Bergantino, specializzando in Anestesia e Rianimazione presso La Sapienza, Roma.

## BIBLIOGRAFIA

Somaschini M, *Ossigenazione Extracorporea* (Ecmo), da: Modalità di assistenza respiratoria alternative alla ventilazione convenzionale. 2000; 185-01.

Di Nucci GD, *Anticoagulazione e antiaggregazione*, da: Principi di Cardiochirurgia. Poletto Editore, Milano. 2002.

Venuta F, Coloni GF, *Malattie del torace*. 2008; 255-61.

Ranieri VM, Mascia L, Terragni P, Urbino R, *Elementi di anestesiologia e terapia intensiva*. 2007; 144-55.

## IN PILLOLE

### Italiani ipocondriaci

Cinque italiani su cento devono fare i conti con l'ipocondria, cioè il timore di essere affetti da una grave malattia. Questa paura diventa poi una solida convinzione che condiziona pesantemente la vita delle persone.

Lo ha spiegato il professor Tonino Cantelmi, psichiatra e psicoterapeuta, docente di Psicologia dello sviluppo e dell'educazione presso l'università Lumsa di Roma.

"Parallelamente a questo fenomeno - ha aggiunto - si stanno diffondendo atteggiamenti nuovi: in particolare, l'ortoressia diffusa che spinge alcune persone a seguire attentamente mille scrupoli alimentari e non, per il timore di conseguenze per la salute. Ma stanno emergendo anche nuove paure come quella del magnetismo e dell'elettrosmog".

Cosa temono maggiormente gli ipocondriaci? "Ritengono di avere una grave malattia che non è ancora stata identificata e non è possibile convincerli del contrario, anche se i risultati degli esami di laboratorio sono tutti negativi e se diversi medici li rassicurano; oltretutto queste persone a causa dei controlli inutili, finiscono per costare molto alla sanità".

L'ortoressia diffusa spinge a seguire scrupolosamente norme alimentari e di vita, basate sul ritorno alla natura e sulla diffidenza nei confronti di sostanze chimiche. Così si pensa continuamente alle possibili conseguenze di azioni anche normali e si finisce per adottare accorgimenti rigidi su molti aspetti della propria vita, come la posizione a letto o la scelta degli abiti.

Tale atteggiamento ricorda quello degli ossessivi: "In questo caso si tratta del 3% della popolazione - specifica il professor Cantelmi - che spesso sviluppa una fobia per i germi e lo sporco. Gli ossessivi miti, persone affette da forme più blande di questo disturbo, in questi ultimi tempi, sono concentrati su altri timori. Infine, l'ultima ossessione è quella per le onde magnetiche e lo smog, tanto che un traliccio vicino casa fa paura".

# Innovazione, organizzazione e formazione infermieristica

## Un'indagine on line

di Massimo Giordani, Walter De Caro

### ABSTRACT

Questa è un'indagine *on line* inerente vari aspetti dell'infermieristica in Italia e sulle implicazioni di sviluppo nel campo dell'informatica, dell'organizzazione e della formazione.

Lo strumento di studio utilizzato è stato un survey non validato creato *on line* sul web con un software denominato *LimeSurvey* costituito da domande a risposta multipla chiusa e aperta.

Si è ottenuto un campione di convenienza di 192 questionari compilati da 111 professionisti infermieri, 64 studenti in Scienze Infermieristiche e 17 intervistati anonimi.

Lo studio ha evidenziato validi spunti per la ricerca futura, facendo emergere un campione che mira a migliorare l'immagine dell'infermiere puntando sulla formazione 10,42% (20 casi) e sogna un maggior riconoscimento professionale/sociale per la professione 20,83% (40 casi).

**Parole chiave:** formazione; infermieristica; internet; organizzazione; *survey*.

### INTRODUZIONE

Negli ultimi quarant'anni, lo sviluppo della figura dell'infermiere ha visto un rapido evolversi della professione, di pari passo con l'informatica.

Non a caso, al momento, esse collaborano per migliorare il benessere dell'uomo.

In letteratura si parla già di infermieristica come di una scienza composta da una parte dalla disciplina, e dall'altra, dall'arte (Rogers, 1992): la prima, basata su concetti teorici e scientifici, la

seconda, come traduzione di conoscenze che passano attraverso la nostra mente e di noi come persone (Sansoni, 1998).

L'informatica "applicata" all'infermieristica, invece, si è evoluta sempre di più dagli anni '70, con lo sviluppo dell'elettronica e della costruzione e la diffusione di massa di nuove apparecchiature come pc, portatili, etc., insieme alle nuove tecnologie di comunicazione di massa come internet e le reti locali tra computer. Alle soglie del 2000, secondo le stime più accreditate, **il numero di persone on-line in Italia è compreso tra i 10 ed i 13 milioni** (su una popolazione totale di 60 milioni).

Da questo si può capire la diffusione capillare dell'informatica e dell'interesse che può assumere per spingere la professione infermieristica alla crescita.

Ed è proprio da qui che nasce lo spunto per questo studio che ha lo scopo di realizzare un questionario *on line* sull'Infermieristica in Italia e sulle implicazioni di sviluppo nel campo dell'informatica, dell'organizzazione, della formazione.

In sintesi, la finalità di quest'indagine sul web è studiare vari aspetti dell'Infermieristica analizzando le opinioni di un campione di studio (infermieri e studenti) ricavato *on line* tramite web, attraverso una serie di domande generiche - e specifiche -, utilizzando una metodica di raccolta dati informatizzata nella ricerca. Spesso quest'ultime vengono svolte con questionari cartacei che richiedono molto tempo (e denaro) per la stesura, la validazione, la diffusione e l'elaborazione.

Con questo metodo di raccolta, invece, si è potuto velocizzare il tutto, dall'elaborazione dei dati alla loro rappresentazione.

### MATERIALE E METODI

Il campione di questa ricerca è costituito da 192 unità, o casi di studio (questionari on-line a risposta multipla e aperta), prodotti da 111 professionisti infermieri, 64 studenti in Scienze Infermieristiche e 17 intervistati anonimi (che non hanno definito se sono studenti o infermieri) a cui è stato sottoposto lo strumento di studio.

Si tratta di 127 femmine, 49 maschi e 16 intervistati che non hanno definito il loro sesso, in un arco di tempo compreso tra il 15 settembre e il 1 ottobre 2010.

I criteri di scelta del campione sono stati assai limitati: l'unica condizione necessaria per partecipare al sondaggio era di essere in possesso del diploma di laurea in Infermieristica o di un titolo equivalente, oppure di aver intrapreso il corso di studi per diventare infermiere.

Per quanto riguarda la tutela della privacy, per la raccolta dati tramite il questionario *on line*, la schermata di presentazione del *survey* ricordava all'utente che l'accettazione dell'informativa sulla privacy dà l'accesso diretto al questionario.

Il campionamento è del tipo "di convenienza".

### STRUMENTI

Questa ricerca ha utilizzato uno strumento per la rilevazione delle unità di studio, costituito da un questionario *on line* non validato, anonimo a risposta multipla chiusa e aperta, costituito da 47 domande, grazie ad un software presente su internet chiamato *LimeSurvey* (noto come *Php-Surveyor*) che è un applicativo distribuito con licenza per software libero

da Gnu Gpl (*Public License*) versione II, scritto in Php e basato su database MySql, PostgreSQL o Mssql.

Prima della raccolta dati è stato eseguito uno studio-pilota, condotto su cinque infermieri e cinque studenti in Infermieristica, per testare la validità dello strumento (i dati del gruppo-pilota, però, non sono stati inclusi nel campione finale).

Il questionario è stato strutturato in quattro aree ed è indirizzato a studenti in Infermieristica e professionisti infermieri già in possesso del titolo abilitante.

Le quattro aree sono state così suddivise:

1. area socio-demografica, costituita da 11 *item*, che cerca di indagare sull'anagrafica dell'intervista. Età, maturità posseduta, tipologia diploma in Infermieristica, etc;
2. area utilizzo strumenti informatici, da 10 *item*, che studia l'utilizzo che ne fa l'intervistato degli strumenti informatici disponibili rapportati in ambito organizzativo, infermieristico, universitario e nel tempo libero;
3. area formazione infermieristica, costituita da 11 *item*, che cerca di capire la soddisfazione dell'utente nei confronti della formazione in Infermieristica in atto o svolta in passato, cercando di comprendere le aspettative dell'intervistato nei confronti della professione;

4. area professionale, costituita da 15 *item*, che intende studiare, soprattutto nel professionista infermiere che lavora nel settore sanitario, come esprimere una serie di opinioni sulla sua realtà lavorativa inerente alcuni aspetti specifici della propria attività. Si è indagato anche il rapporto infermiere/istituzioni di categoria.

Principalmente, è stata condotta un'analisi statistica descrittiva uni-variata, consistente nel calcolo delle percentuali per ogni tipo di dato considerato rilevato dai singoli item del questionario *on line*, con eventuale moda e deviazione standard.

In seguito è stata condotta un'analisi statistica bi-variata per valutare la dipendenza tra alcune variabili emerse dai risultati.

I risultati statistici più rilevanti e significativi, inerenti l'argomento affrontato, sono stati infine rappresentati tramite tabelle e grafici: istogrammi e torte.

Per quanto riguarda l'analisi degli *item* aperti, è stata fatta un'analisi delle risposte svolta da tre persone estranee alla ricerca che hanno sintetizzato i commenti lasciati e poi raggruppati in classi di risposte simili nel testo elaborato.

Infine sono state calcolate le relative frequenze e percentuali delle risposte con relativo grafico.

Lo studio qui proposto ha indagato

svariati aspetti dell'Infermieristica, evidenziando molti risultati importanti che, però, alla luce del campione ridotto degli intervistati, e anche dal poco tempo in cui l'indagine è stata on-line, non possono essere estesi a tutta la categoria infermieristica.

Così auto-costruito (ergo, con intuibili limiti in fase estensiva dell'analisi), esso resta uno strumento meramente conoscitivo che, però, sebbene non validato, potrebbe certamente tornare utile per una più ampia conoscenza del tema.

Da segnalare, pure, che il valore di questo studio è quello di aver generato una serie di possibili "quesiti di ricerca" ed aree di approfondimento per contribuire allo sviluppo professionale, alla didattica, e in particolare, può rivelarsi utile quale piattaforma per future ricerche infermieristiche inerenti gli argomenti trattati.

## RISULTATI E DISCUSSIONE

Attraverso l'utilizzo del *survey* non validato di 47 domande a risposta multipla chiusa e aperta, si sono ottenuti questi risultati.

L'età media del campione, costituito da 192 unità di studio, è stata di circa 31±9 anni; single nel 57,29% (110 casi) e di nazionalità italiana nell'81,77% dei casi (117 unità); 127 sono femmine (66,15%), 49 maschi (25,52%) e 16 (8,33%) non

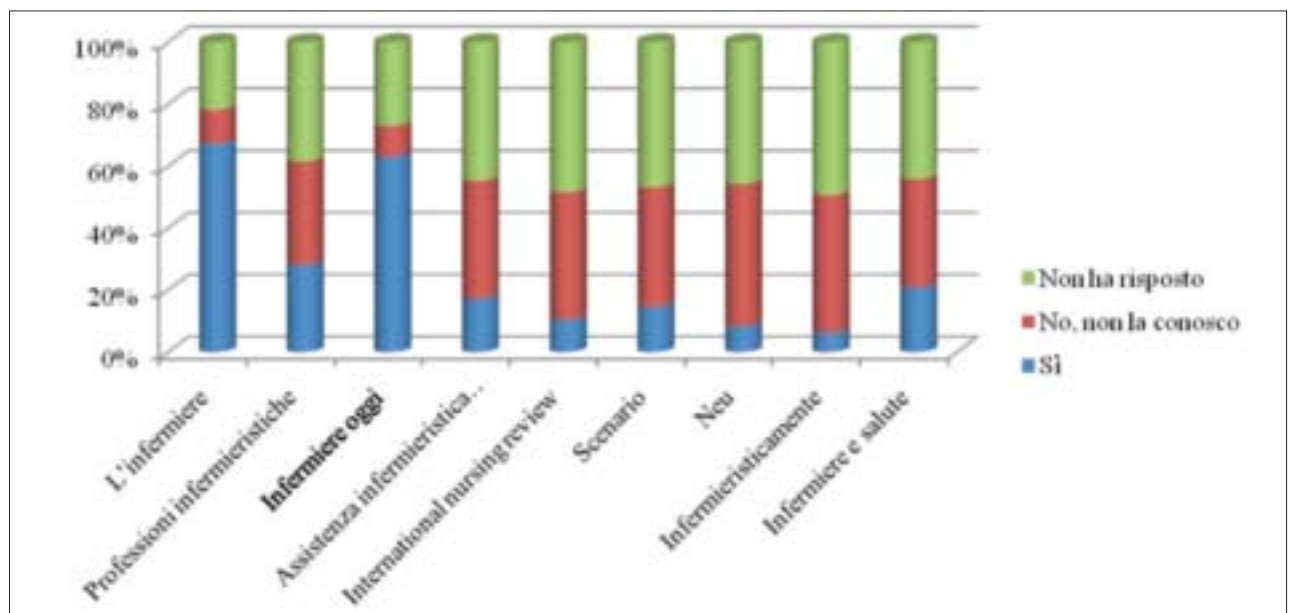
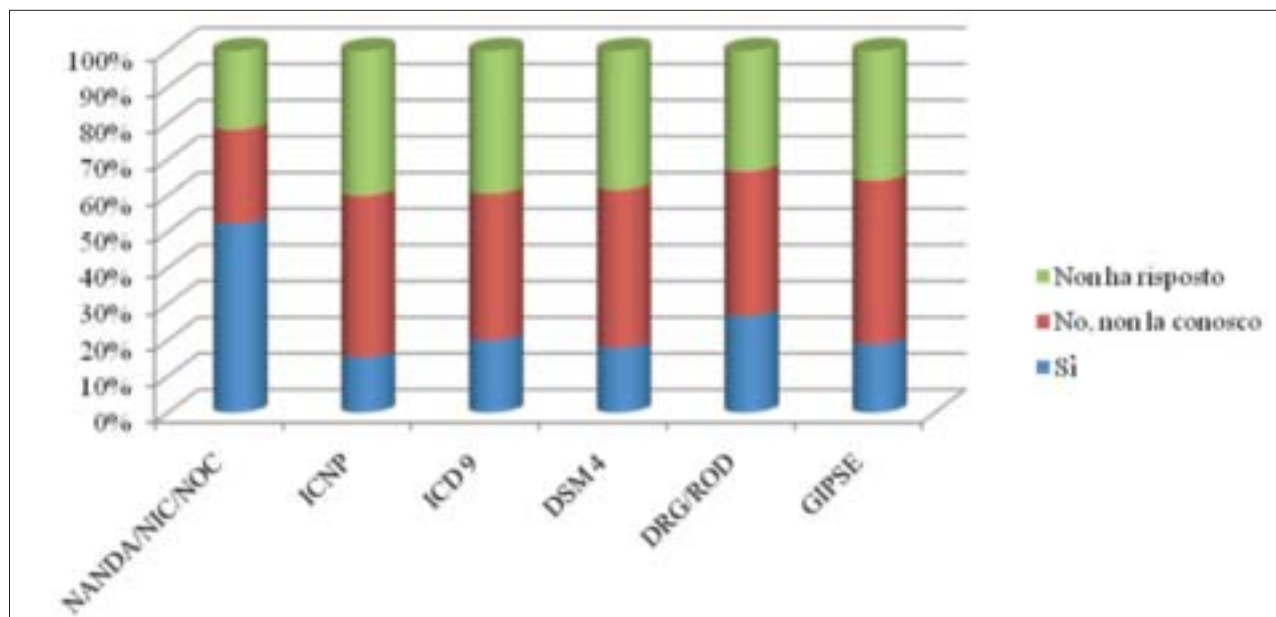


Figura 1. Conosci qualche rivista infermieristica?



**Figura 2. Conosci qualche sistema di classificazione del linguaggio e della documentazione in campo sanitario?**

hanno definito il loro sesso.

Per quanto riguarda il sotto-campione degli studenti in Infermieristica, l'età media è stata di circa 28±9 anni (mentre per i soli infermieri è stata di circa 34±8 anni ed hanno un titolo abilitante prevalentemente di tipo universitario) con la laurea in Infermieristica nel 51,04% dei casi (98 unità).

Da segnalare che gli infermieri del campione lavorano prevalentemente a Roma con un 60,94% (117 casi) in un presidio ospedaliero con il 63,02% (121 casi), svolgendo la funzione di infermiere di reparto-territorio-etc nel 62,50% (120 unità) dei casi.

Per quanto riguarda la maturità per l'accesso alla laurea in Infermieristica, i titoli più posseduti dal campione (studenti e infermieri) sono stati: l'istituto tecnico (professionale/commerciale/industriale/etc) con il 33,33% (65 casi) e il liceo (scientifico/classico/etc), con il 38,46% (75 casi).

Non è stata rilevata, nel campione, una forte correlazione tra infermiere e parentela che già lavora nel campo sanitario, con un 47,40% (91 casi) che ha detto di avere un parente che vi lavora e un 44,27% (85 casi) che ha detto di non averlo.

Nel campione di studio, l'84,46% (166 unità) possiede un pc e una connessione a internet nell'83,33% dei casi (160 unità), ed ha conoscenze/abilità globali

(navigazione web, videoscrittura, e-mail, etc) prevalentemente soddisfacenti nel 38,54% (74 casi).

Rispetto all'uso del computer, lo studio evidenzia che nel 31,77% (61 casi) si tratta di svago e che per il 38,02% (73 casi) sono i social network gli ambiti di utilizzo più frequentati, mentre per quanto riguarda i professionisti che già lavorano, essi utilizzano il pc quasi esclusivamente per fini organizzativi e assistenziali del reparto (gestione presenze, 5,73%/11 casi e documentazione infermieristica di reparto, 35,94%, 69 casi).

Una buona fetta di professionisti usa il computer per accrescere la propria cultura (per ricerche bibliografiche, 12,50%, 24 casi; per ricerche diagnostiche, 9,38%, 18 casi).

Da evidenziare che, malgrado lo spiccato uso della rete emerso nella ricerca (83,33%, 160 unità), il campione resta ancora abbastanza restio a partecipare a corsi Ecm on-line, con un buon 57,81% (111 casi) che non vi ha mai partecipato, contro solo il 27,60% (53 casi) che lo ha fatto.

A proposito di pubblicazioni in merito, gli intervistati hanno dichiarato di conoscere prevalentemente tre riviste del settore: "L'infermiere" con il 69,19% (129 casi), "Infermiere Oggi" con il 63,02% (121 casi) e "Professioni infermieristiche" con

il 28,12% (54 casi).

Va segnalata la conoscenza di riviste inventate come: Infermiere e Salute con il 20,83% (40 casi), rispetto a tutte le altre riviste proposte ("Assistenza Infermieristica e Ricerca", "Scenario", "International nursing review" e "Neu", vedi Figura 1).

Il campione conosce prevalentemente i linguaggi di classificazione infermieristici, quali il Nanda/Nic/Noc con il 52,08% (100 casi), poi il Drg/Rod 26,56% (51 casi) e l'Icd 9 con il 19,79% (38 casi). Quello Icnp è il meno conosciuto, con il 15,10% (29 casi). (Figura 2).

Sull'utilità dei linguaggi di classificazione, il campione ha espresso un parere positivo, affermando, in generale, che essi sono obbligatori per far crescere la professione, 32,29% (62 casi), nonché utili per dare visibilità al lavoro infermieristico, 33,33% (64 casi).

Per quanto riguarda la formazione, l'insegnamento e la **padronanza della lingua inglese**, quest'ultima è risultata di qualità abbastanza bassa, con un livello di comprensione e parlato dell'inglese di base (quello scolastico), del 42,71% (82 casi), seguito da un gruppo di intervistati con un livello appena superiore (autonomo di base) con il 23,44% (45 casi).

Solo il 3,12% (sei casi) ha dichiarato di possedere padronanza della lingua.

Gli intervistati, davanti ad un articolo scientifico in inglese, hanno dichiarato che riescono a comprenderlo solo parzialmente nel 42,19% (81 unità) dei casi e solo il 29,017% del campione (56 casi) riesce a comprenderlo completamente. Rispetto alle prospettive di studio del campione, la nostra analisi ha evidenziato il fatto che gli intervistati intendono o sono impegnati nell'approfondimento di un'area di studio prevalentemente di tipo manageriale, 22,40% (43 casi) e di tipo specialistico 23,96% (46 casi).

Riassumendo, il grado di soddisfazione degli intervistati che stanno frequentando un corso di studi, nei confronti dell'organizzazione dello stesso (laurea, master, etc.) è positivo col 19,79% (38 casi), ma il campione è pure soddisfatto nei confronti del grado di formazione ricevuta in relazione alle necessità assistenziali del primo impiego o tirocinio pratico nel caso degli studenti infermieri con il 38,02% (73 casi).

Tra le motivazioni che spingono ad intraprendere la professione infermieristica, la solidarietà è stata la prevalente (aiuti agli altri, 27,08% con 52 casi), seguita dalla facilità nel trovare lavoro, 24,48% (47 casi).

Da segnalare anche la vocazione 20,83% (40 casi) indicata più della motivazione economica, col 14,58% (28 casi).

Altro dato importante emerso è che il campione ha definito il lavoro in équipe nel 48,96% (94 unità) come la prevalente

funzione infermieristica.

La maggior parte degli intervistati hanno dichiarato che la professione infermieristica sta vivendo un momento migliore rispetto al passato, con il 28,12% (54 casi), tuttavia hanno espresso anche pareri negativi, con il 20,83% (40 casi) che ha parlato di un peggioramento della professione e, addirittura, con il 15,10% (29 casi) che non ha "peso strategico". Nello studio gli intervistati impegnati nella formazione infermieristica tra i professionisti abilitati sono stati il 5,21% (dieci casi).

Nel campione solo il 26,56% (51 casi) è iscritto a un sindacato di categoria, mentre solo il 20,83% (40 casi) dei professionisti è iscritto ad un'associazione professionale.

**Le associazioni professionali a cui sono iscritti prevalentemente gli infermieri sono la Cnai**, con il 5,21% (10 casi), poi l'**Aniarti** con il 4,17% (otto casi) e l'**Ait-transculturale** con il 2,60% (cinque casi).

Questo, senza dimenticare il grado di soddisfazione in prevalenza positivo verso tutte le attività proposte dal Collegio Ispasvi di appartenenza, in particolare verso i servizi on-line, con il 22,92% (44 casi) di consensi.

Dalla ricerca è venuto fuori che l'immagine infermieristica ancillare/ausiliaria, purtroppo, è ancora un'opinione comune con il 56,77% (109 casi), ma il campione, per migliorare l'immagine della profes-

sione, vuole puntare prevalentemente sulla formazione con il 10,42% (20 casi), quindi affermando la propria autonomia professionale con il 9,38% (18 casi), e, infine, curando l'immagine pubblica con il 9,38% (18 casi).

Il 57,81% (111 unità) del campione, se potesse tornare indietro, sceglierebbe ancora di intraprendere la professione infermieristica, e il 43,23% (83 casi) degli intervistati lo consiglierebbe agli altri.

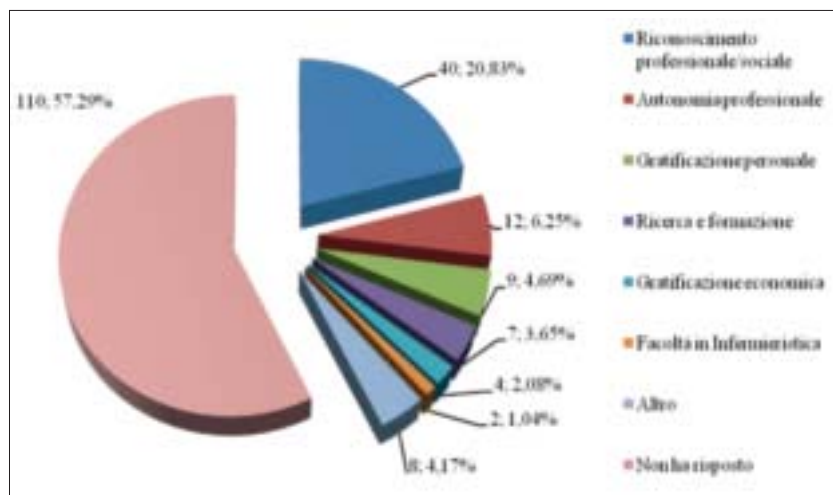
Gli intervistati, inoltre, hanno giudicato i loro rapporti professionali con altre figure sanitarie in modo paritario/collaborativo, ad eccezione del medico verso cui persiste tuttora un rapporto di dipendenza prevalente con il 26,54% (51 casi). (Tabella 1).

Il coordinatore infermieristico, nella maggior parte dei casi, è stato definito come la figura di riferimento del personale infermieristico con il 38,02% (73 casi), a seguire: "un burocrate" con il 14,58% (28 casi) e, per finire, "il segretario del dirigente medico" con il 10,94% (21 casi). I rapporti tra infermiere e il personale di supporto Oss sono ben visti dal campione perché migliorano le attività di assistenza al paziente rispetto alle figure preesistenti (ausiliari, portantini) nella misura del 37,50% (72 casi).

Un dato veramente allarmante, invece, è che gli **intervistati ritengono che gli infermieri vengano impegnati in attività improprie** rispetto al profilo professionale nella misura del 61,46%

RAPPORTO	Medico	Psicologo clinico	Ostetrica	Tecnico di Radiologia	Fisioterapista	Logopedista
<b>Dipendente</b>	26.54% (51 casi)	6.77% (13 casi)	4.17% (8 casi)	4.69% (9 casi)	5.21% (10 casi)	4.69% (9 casi)
<b>Parzialmente dipendente</b>	15.10% (29 casi)	9.90% (19 casi)	6.25% (12 casi)	4.17% (8 casi)	3.65% (7 casi)	4.17% (8 casi)
<b>Rapporto paritario/ collaborativo</b>	22.92% (44 casi)	30.21% (58 casi)	37.50% (72 casi)	30.73% (59 casi)	42.19% (81 casi)	36.98% (71 casi)
<b>Rapporto parzialmente indipendente</b>	4.69% (9 casi)	4.17% (8 casi)	3.65% (7 casi)	5.21% (10 casi)	2.60% (5 casi)	3.12% (6 casi)
<b>Autonomo</b>	1.56% (3 casi)	15.10% (29 casi)	13.02% (25 casi)	20.83% (40 casi)	13.02% (25 casi)	16.67% (32 casi)
<b>Non ha risposto</b>	29.17% (56 casi)	33.85% (65 casi)	35.42% (19 casi)	34.37% (66 casi)	33.33% (64 casi)	34.37% (66 casi)

Tabella 1. Come giudica il suo rapporto professionale con altre figure sanitarie?



**Figura 3. Qual è il suo sogno per la professione infermieristica?**

(118 casi), contro il 7,81% (15 casi) che pensa di no.

Gli intervistati sono a favore della rotazione del personale infermieristico all'interno delle diverse unità operative, visto che ciò amplierebbe le conoscenze degli infermieri nel 33,85% (65 unità) dei casi, e perché va incrementato il personale nella docenza e della ricerca

infermieristica in ambito universitario nel 21,88% (42 casi), fondamentale per la disciplina, 36,98% (71 casi).

In conclusione, è stato chiesto all'intervistato un parere sintetico su qual è il suo sogno per la professione infermieristica e, nella maggior parte dei casi, gli intervistati hanno detto di desiderare un riconoscimento professionale e sociale

maggiore, 20,83% (40 casi) (Figura 3).

## CONCLUSIONI

L'indagine on line ha studiato vari aspetti dell'infermieristica in Italia e le sue implicazioni di sviluppo nel campo dell'informatica, dell'organizzazione e della formazione, mettendo in evidenza spunti per la ricerca futura, portando alla luce, nel complesso, un campione che mira soprattutto a **migliorare l'immagine dell'infermiere**, puntando sulla formazione 10,42% (20 casi) e sognando un maggior riconoscimento professionale/sociale, 20,83% (40 casi).

## AUTORI:

Massimo Giordani, dottore magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche; master universitario di I livello in Infermieristica clinica nel paziente critico; Uoc Pneumologia "Cardaci"; Irccs San Raffaele, Roma; Walter De Caro, dottore magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, capo area infermieristica e professioni sanitarie, Ministero della Difesa, Roma; docente Med. 45-Area infermieristica.

## BIBLIOGRAFIA

- Benner P, *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere*. Edizione italiana, Milano: McGraw-Hill, Prima edizione. 2003.
- Burnett K, *What is counseling*, in A.G. Watt *Counseling at work*. Bedford Square Press, Londra, 1977.
- Cantarelli M, *Il Modello delle prestazioni infermieristiche*. Collana di Scienze Infermieristiche, Milano: Masson; 1997.
- Collegio Ispasvi Provincia di Bologna, *Atti del corso di aggiornamento: Consensus conference sugli indicatori infermieristici*. Bologna; 20 maggio 1996.
- D'Ivernois JF, Gagnayre R, *Educare il paziente*. Milano: McGraw-Hill, seconda edizione; 2006.
- Di Giulio P, *Gli strumenti dell'assistenza*. *L'infermiere* 1997; 5:44-53.
- Fain JA, *La ricerca infermieristica*. Milano: McGraw Hill, seconda Edizione; 2004.
- Federazione nazionale Ispasvi, *Atti del XII Congresso nazionale*. 1999.
- Federazione nazionale Ispasvi, *Codice Deontologico dell'Infermiere*. 2009.
- Federazione nazionale Ispasvi, *Profilo professione dell'infermiere*. D.M. 739/94.
- Franchin G, *Editoriale*. *Infermieri informati* 2009.
- Giusti E, Montanari C, Montanarella G, *Manuale di Psicoterapia integrata*. Milano: Franco Angeli, 1997.
- Herzberg F, *The motivation to work*. Wiley, New York 1959.
- Knowles MS, Holton III E.F, Swanson R.A, *Quando l'adulto impara*. FrancoAngeli, ottava edizione. 2008.
- Mintzberg H, *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Imola: Grafiche Galeati, 1983.
- Moretto C, *Insegnamento di Scienze Infermieristiche, Scuola Diretta ai Fini Speciali per Ddsi*. Genova, Anno Accademico 1997-98 (materiale non pubblicato).
- Rogers ME, *Introduzione ai fondamenti teorici del nursing*. Padova: Summa 1992.
- Salvemini S, *La progettazione delle mansioni*. Iseidi, 1977.
- Santullo A, *L'infermiere e le innovazioni in sanità*. Milano: McGraw-Hill, 1999.
- Silvestro A, Vit A, Cimetta G, *Linee-guida comportamentali e indicazioni alla compilazione e utilizzo della cartella infermieristica*. *L'Infermiere* 1996; 3: 56-61.
- Trentin G, *Il progetto Polaris*. TD Inverno 2009; 11:58-59.
- Yura WH, Walsh M.B, *Il processo di nursing*. Milano: Edizione Sorbona, 1992.

# La prima esperienza di tutoraggio dei neoassunti in pronto soccorso: dati dei primi cinque mesi di attività

di Cristian Vender

## ABSTRACT

La necessità di un percorso di affiancamento e tutoraggio per gli infermieri neoassunti in pronto soccorso nasce da una esigenza immediata della Uo di avere personale addetto all'assistenza in possesso di competenze e capace di lavorare in sicurezza ed autonomia presso il pronto soccorso.

La molteplicità di criticità e problematiche, emerse in questi anni, indicano sempre di più la necessità di investire su tutoraggio clinico, formazione e incentivi economici e di carriera per il personale operante.

Durante i primi cinque mesi del progetto sono stati affiancati 18 neoassunti infermieri provenienti, per il 75%, da esperienze non di area critica o da prime esperienze lavorative.

Al termine del percorso, solo il 33% del totale erano in grado di svolgere il proprio ruolo nelle sale di emergenza "codice rosso".

La sensazione di "abbandono" continua ad essere percepita da una parte del personale neoassunto, anche dopo il percorso articolato del tutoraggio.

Iniziare da questa prima esperienza per migliorare il percorso e aiutare il neoassunto in un inserimento strutturale e di interesse nella Uo è l'obiettivo e la linea di intervento di questo progetto a breve e medio termine.

## IL CONTESTO OPERATIVO

L'Uo di pronto soccorso adulti dell'ospedale San Camillo di Roma è all'interno del Dipartimento Emergenza Accettazione. Qui ogni giorno vengono visitate oltre 180 persone.

I pazienti codificati con "codice rosso" e "codice giallo" vengono visitati all'interno della sala "emergenza 1" e una volta stabilizzati, vengono posizionati in "emergenza 2".

La parte del "codice verde" è costituita da due sale di attesa e box per la visita di pazienti internistici e chirurgici.

I box ortopedico, otorino e oculistico sono separati.

La limitata capienza delle sale, la permanenza dei pazienti anche oltre le 24 ore e la grande affluenza creano non pochi problemi al personale infermieristico della Uo.

## IL TUTORAGGIO CLINICO

È stato identificato un percorso di tutoraggio teorico e pratico per l'inserimento dell'infermiere neoassunto in

pronto soccorso, tale da garantire lo svolgimento dell'attività lavorativa nella sala "emergenza 1", "emergenza 2", "sala attesa verde" e "box codici verdi medico e chirurgico in sicurezza" e garantendo un minimo di autonomia richiesto dalla complessità del luogo di svolgimento della propria attività.

Per neoassunto s'intende l'operatore che è stato assegnato all'Uo per adulti in un tempo inferiore o uguale a sei mesi dalla data d'inizio del tutoraggio.

Nel programma di tutoraggio vengono inseriti gli operatori provenienti anche da altre Uo o con altra esperienza di area critica, anche esterna all'azienda.

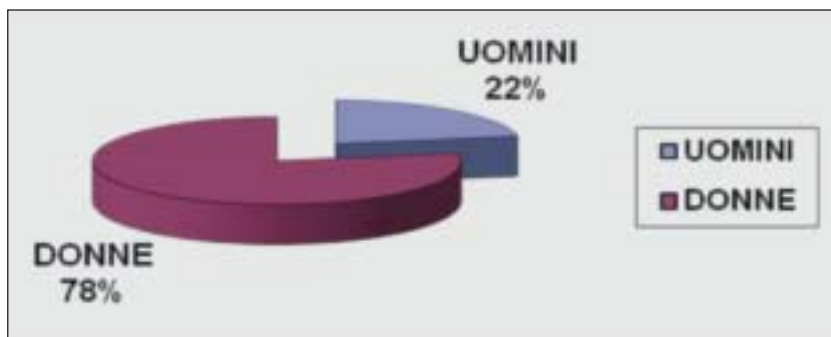
Ecco le tipologie di tutoraggio avviate:

### 1. **tutoraggio A**

Riservato ad operatori con poca o nulla esperienza in campo infermieri-



L'ospedale San Camillo di Roma



**Grafico 1. Partecipanti al tutoraggio (09/2010-01/2011)**

stico nell'area ospedaliera. Per poca esperienza s'intende l'operatore che non ha un minimo di un anno di esperienza lavorativa nei reparti ospedalieri;

## 2. **tutoraggio B**

Riservato ad operatori con esperienza in campo infermieristico nell'area ospedaliera, senza particolari competenze lavorative nell'area critica. La tipologia di tutoraggio indicata è per chi ha un minimo di un anno di esperienza lavorativa in reparti ospedalieri di area non critica;

## 3. **tutoraggio C**

Riservato ad operatori con esperienza in campo infermieristico di area critica di almeno sei mesi;

## 4. **Tutoraggio D**

Riservato a coloro che, pur essendo neo assunti in Ps (< o = 6 mesi), hanno già acquisito una esperienza in campo infermieristico di area critica superiore a sei mesi. Il periodo di tutoraggio ha durata da 23 giorni (tipo A) fino a 18.

## STRUMENTI E METODI

Lo strumento della ricerca e il campione è stata una ricerca descrittiva-osservazionale con un campione costituito da tutti gli infermieri neoassunti che hanno usufruito del programma di tutoraggio nei primi cinque mesi (18 infermieri).

Lo studio è stato eseguito presso il pronto soccorso adulti dell'ospedale San Camillo di Roma.

Lo strumento utilizzato è un questionario strutturato compilato al termine del tutoraggio.

## RISULTATI

Il periodo analizzato è quello compreso

tra settembre 2010 e gennaio 2011 (ovvero cinque mesi)

### Partecipanti al tutoraggio

Infermieri sottoposti a tutoraggio	.....18
Uomini	.....4
Donne	.....14

### Età degli infermieri sottoposti a tutoraggio:

20-30	.....8
31-40	.....7
41-50	.....3
Media	.....33 anni
Moda	.....27 anni

### Grado di preparazione dei partecipanti prima del tutoraggio

Tutoraggio tipo A (poca esperienza).....	4
Tutoraggio tipo B (esperienza non in area critica) .....	9
Tutoraggio tipo C (esperienza area critica <6 m) .....	2
Tutoraggio tipo D (esperienza area critica >6 m) .....	3

### Competenze raggiunte dai partecipanti dopo il tutoraggio

Competenze buone, ottime, eccellenti per lavorare:	
al codice verde medico .....	18
al codice verde chirurgico .....	14
alle sale di attesa del codice verde ...	18
alla postazione emergenza 2 .....	13
alla postazione emergenza 1 (codici gialli) .....	14
alla postazione emergenza 1 (codici rossi).....	6

### Interpretazione dei questionari somministrati

Questionari post-tutoraggio somministrati .....	18
---	----

Questionari post-tutoraggi ritirati.....14

### Domanda 1

Valutazione globale del sistema adottato di tutoraggio:

Per niente adeguato .....	1
Poco adeguato .....	2
Abbastanza adeguato.....	6
Adeguato .....	5
Molto adeguato .....	0

### Domanda 2

Valutazione globale della comunicazione durante il tutoraggio:

Per niente adeguato .....	2
Poco adeguato .....	1
Abbastanza adeguato.....	2
Adeguato .....	5
Molto adeguato .....	4

### Domanda 3

Percezione di sentirsi affiancato durante il tutoraggio dal personale di ruolo:

Per niente .....	1
Poco .....	2
Abbastanza .....	6
Molto .....	4
Moltissimo.....	1

### Domanda 4

Il metodo utilizzato di inserimento nell'Uo (tipologia, tempistica, suddivisione nelle sale):

Pessima .....	2
Scarsa .....	0
Mediocre .....	3
Buona .....	9
Eccellente .....	0

### Domanda 5

Percezione della formazione teorica ricevuta (invio materiale, spiegazioni):

Inutile.....	0
Poco utile.....	0
Utile .....	9
Molto utile.....	5

### Domanda 6

Percezione della formazione sul campo ricevuta: tirocinio pratico, spiegazione delle tecniche, affiancamento pratico:

Per niente adeguato .....	1
Poco adeguato .....	2
Abbastanza adeguato.....	6
Adeguato .....	5
Molto adeguato .....	0



### Domanda 7

Il giudizio complessivo di valutazione è stato corrispondente al grado di preparazione:

<i>Non ha avuto comunicazione sulla valutazione</i> .....	2
<i>Per niente corrispondente</i> .....	0
<i>Poco corrispondente</i> .....	2
<i>Abbastanza corrispondente</i> .....	4
<i>Corrispondente</i> .....	6
<i>Molto corrispondente</i> .....	0

### Domanda libera

Suggerimenti, commenti, proposte libere effettuate dai partecipanti:

- tutoraggio omogeneo per età (tutor e tutorato);
- tutoraggio effettuato da personale adeguatamente formato;
- utili i corsi e gli incontri di gruppo;
- l'infermiere neoassunto non dovrebbe fare turni notturni.

## ANALISI E COMMENTO DEI RISULTATI

Il percorso di tutoraggio intrapreso in questi primi cinque mesi ha trovato, in parte, un buon riscontro da parte del personale neoassunto e da parte del personale operante in pronto soccorso da anni.

Sicuramente il miglioramento della comunicazione e delle informazioni, insieme alla sistemazione e riordino di una serie di presidi situati nella varie sale sono stati i punti di miglioramento. I partecipanti al tutoraggio sono stati per il 78% infermiere donne e per il 22% infermiere uomini. L'età media dei partecipanti è 33 anni, con soli tre infermiere nella fascia di età 41-50 anni.

Il 75% dei 18 partecipanti non aveva esperienza di area critica o era ai primi incarichi nel ruolo di infermiere.

Dai questionari somministrati al termine del tutoraggio si evince che il 61% ha valutato "adeguato" o "molto adeguato" il sistema adottato di tutoraggio, mentre il 16% "poco" o "per niente adeguato". Il 23% non ha fornito risposta.

La comunicazione durante il tutoraggio (e-mail, comunicazioni varie) è stata valutata "positiva" (77% del totale); la percezione di sentirsi affiancato durante il tutoraggio da parte del personale di ruolo è del 61%, mentre il 23% non ha

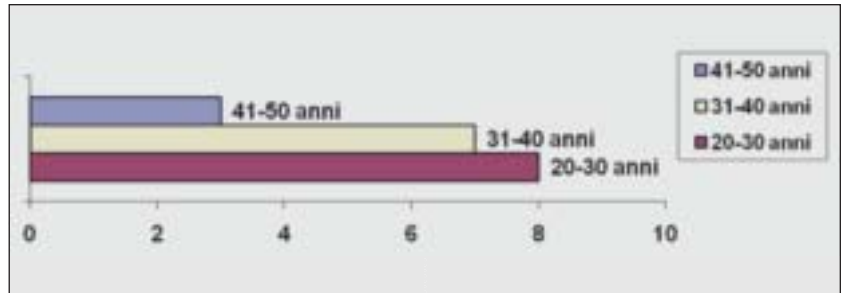


Gráfico 2. Fasce di età dei partecipanti al tutoraggio (09/2010-01/2011)

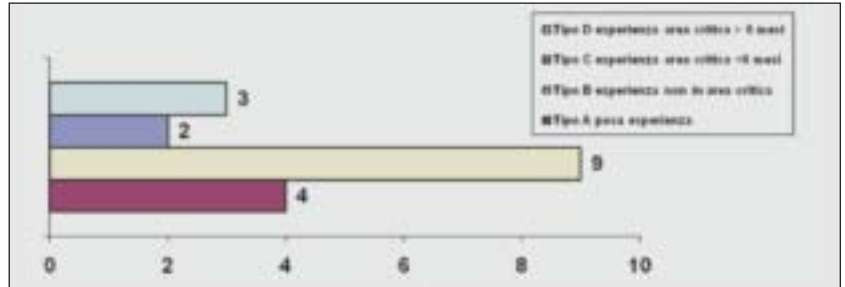


Gráfico 3. Esperienza degli infermieri pre-tutoraggio (09/2010-01/2011)



Gráfico 4. Questionari non ritirati

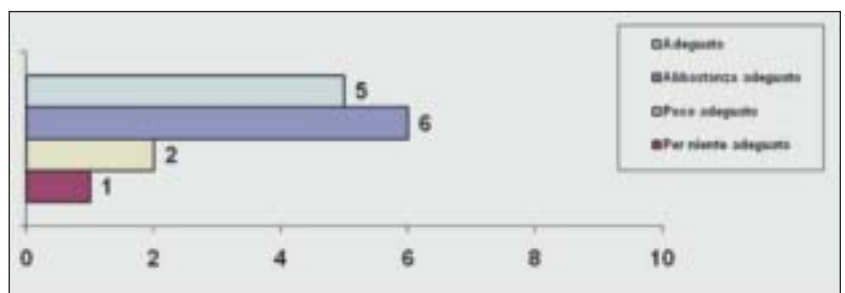


Gráfico 5. Valutazione globale del sistema adottato di tutoraggio (09/2010-01/2011)

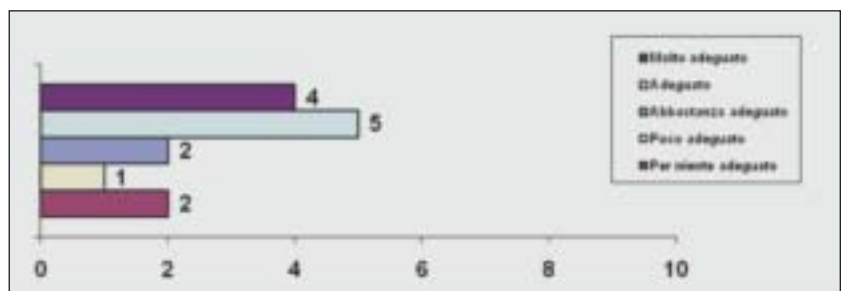


Gráfico 6. Valutazione globale della comunicazione durante il tutoraggio (09/2010-01/2011)

fornito risposta.

Il metodo utilizzato di inserimento nella Uo (tipologia, tempistica, suddivisione nelle sale) è stato considerato "buono" per il 50%, "pessimo" o "mediocre" per il 27%, non risponde il 23%.

Il 55% ha valutato "corrispondente" o "abbastanza corrispondente" il giudizio complessivo di valutazione post-tutoraggio comunicato al dipendente.

Va segnalato che il 10% ha ritenuto il giudizio complessivo "poco corrispondente", mentre il 35% non ha fornito risposta o non ha avuto comunicazione dei risultati valutativi.

È necessario evidenziare elementi persistenti di criticità anche dopo il primo periodo sperimentale di tutoraggio avviato agli infermieri neoassunti.

Elementi di criticità, evidenziati anche dai questionari somministrati al termine del periodo di tutoraggio, indicano ancora la percezione da parte dei neoassunti di sentirsi non affiancati o poco affiancati, specie nelle attività svoltesi nelle sale di area critica (codice rosso e giallo).

La sensazione di "abbandono" continua ad essere percepita da una buona parte dei neoassunti (40%), durante e dopo il periodo di tutoraggio.

Solo il 33% del totale degli infermieri sottoposti a tutoraggio, possono successivamente lavorare in sala emergenza "codice rosso": una percentuale bassa, dovuta al fatto che il 75% degli infermieri sottoposti a tutoraggio non avevano esperienza iniziale di area critica.

## IL TUTORAGGIO IN CINQUE MESI

Il tutoraggio eseguito fra settembre 2010 e gennaio 2011 ha evidenziato criticità legate alla difficoltà ad affiancare un unico operatore all'infermiere neoassunto.

Difficoltà accentuate dall'assenza di preparazione su metodiche di tutoraggio da parte del personale di ruolo e, probabilmente, per mancanza di incentivi economici e professionali agli infermieri che effettuano il ruolo di tutor.

La comunicazione, grazie alla creazione della *mailing list* ed alla distribuzione di e-mail, è un punto di forza apprezzato dalla quasi totalità del personale.

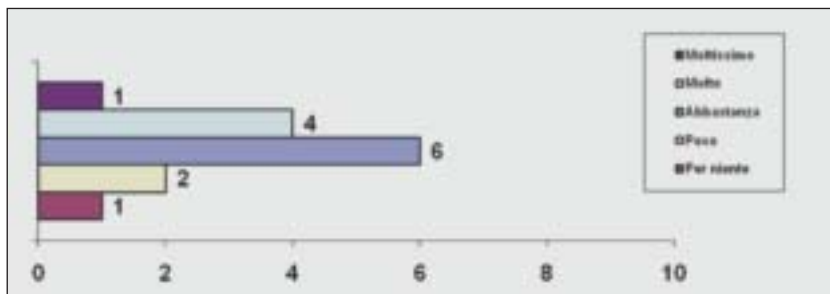


Grafico 7. Percezione di sentirsi affiancato durante il tutoraggio dal personale di ruolo (09/2010-01/2011)

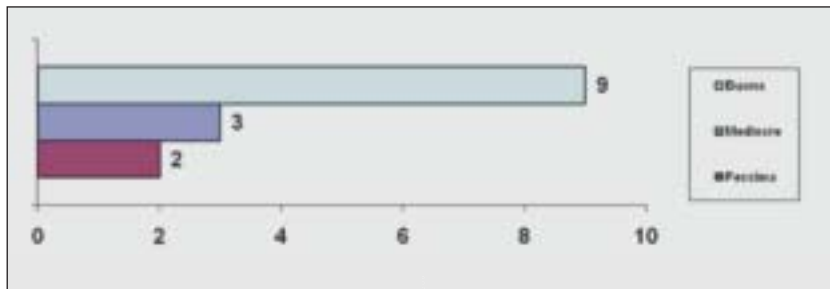


Grafico 8. Metodologia utilizzata per l'inserimento nell'Uo (09/2010-01/2011)

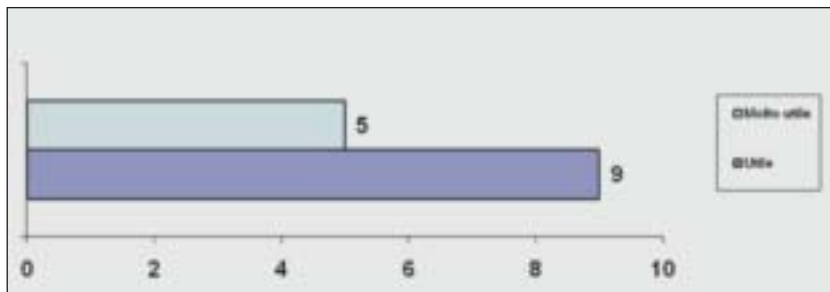


Grafico 9. Percezione della formazione teorica ricevuta (09/2010-01/2011)

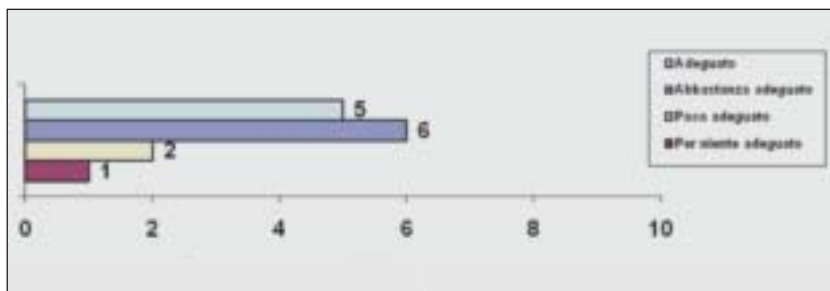


Grafico 10. Percezione della formazione sul campo ricevuta (09/2010-01/2011)

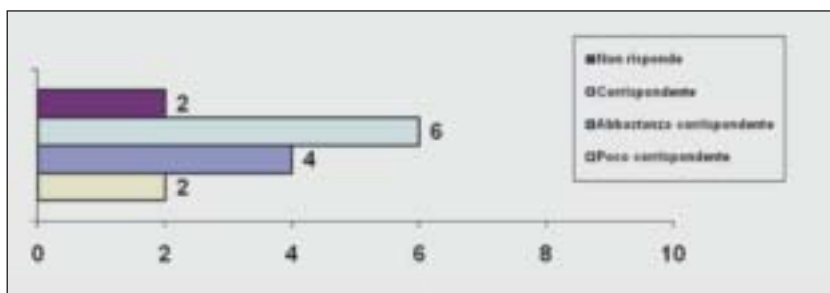


Grafico 11. Il giudizio complessivo di valutazione è stato corrispondente al grado di preparazione (09/2010-01/2011)

L'unica proposta formativa effettuata (workshop per il neoassunto) è stato ben accettato e apprezzato dagli infermieri tutorati e dai relatori (infermieri di ruolo). Per il futuro bisognerà migliorare l'approccio generale al tutoraggio e al coinvolgimento attivo di figure di riferimento in ogni turno, almeno per i primi 20 giorni di presenza del neoassunto in pronto soccorso.

È necessaria una presenza più sentita del tutor durante il turno di lavoro, corsi di formazione per il personale e la ripetizione a distanza di *workshop* di approfondimento.

Si sente la necessità di adottare provve-

dimenti atti a migliorare la condizione di lavoro degli infermieri delle sale e rafforzare l'interesse per l'area critica mediante una formazione mirata e continua (corsi, *briefing*, *audit* clinici) ed incentivi economici e professionali.

È necessario un riconoscimento della figura del *team leader* infermieristico di turno, per dare a questi professionisti il ruolo di tutor clinico di turno, coadiuvato da personale individuato dalla coordinatrice infermieristica in base a specifiche caratteristiche e competenze. Fra le proposte per i neoassunti, da vagliare tre corsi formativi: *nursing day*, corso ferite e medicazioni, corso bendag-

gio e immobilizzazioni (nel paziente ortopedico).

#### AUTORE:

Cristian Vender, dottore magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche.

#### Ringraziamenti:

*Coordinatrice infermieristica: Roberta Delle Fratte*

*Po coordinatrice infermieristica Dea: Daniela Battilana*

*Direttore Dipartimento infermieristico: Lucia Mitello*

*Ospedale San Camillo - Dea Il Livello - Pronto Soccorso adulti - Roma*

## IN PILLOLE

### **Bimbi soli in auto ad alto rischio in estate**

Lasciare soli in auto i bambini anche per pochi minuti può essere fatale per i piccoli. Specie in estate, infatti, il rischio di morte per un colpo di calore è veramente alto. La raccomandazione arriva dal Centro di Controllo per le Malattie (Ccm) del ministero della Salute che, alla luce dei recenti tragici casi di bimbi lasciati incustoditi in auto e deceduti per ipertermia, ha messo online un vademecum elaborato sulla base delle informazioni e dei consigli del documento dell'European Child Safety Alliance - EuroSafe. "Alcune volte i genitori lasciano di proposito i bimbi in macchina, addormentati sui seggiolini, per svolgere magari delle commissioni, senza valutare bene però i gravi rischi a cui li espongono. Questi tipi di incidenti possono capitare a chiunque, anche ai genitori più amorevoli ma spesso troppo indaffarati: per questo motivo occorre fare molta attenzione", si raccomanda nel documento. Negli Stati Uniti ogni anno muoiono in media 36 bambini a causa dell'ipertermia per essere stati lasciati in auto, per un totale di 468 decessi negli ultimi 12 anni. In Francia la Commissione per la sicurezza dei consumatori ha rilevato, tra il 2007 e il 2009, 24 casi di ipertermia in bimbi rimasti chiusi in macchina, di cui cinque mortali. Il dato più preoccupante è che il 54% dei genitori aveva lasciato intenzionalmente il piccolo in auto, per svolgere qualche commissione, sottovalutando i rischi. Il 46% aveva dimenticato il figlio in automobile andando al lavoro o tornando a casa. Anche in Italia, Paesi Bassi, Islanda e Ungheria si sono purtroppo verificati casi mortali di ipertermia. Papà e mamma quindi devono certamente sapere che "quando fa molto caldo i neonati e i bambini piccoli (per la ridotta superficie corporea) sono più a rischio di un aumento eccessivo della temperatura corporea e di disidratazione, con possibili conseguenze dannose sul sistema cardiocircolatorio, respiratorio e neurologico. La temperatura all'interno dell'auto può salire da 10 a 15 gradi C ogni 15 minuti, e anche aprendo i finestrini, quest'aumento non si riduce in modo significativo. L'ipertermia può verificarsi in soli 20 minuti e la morte può avvenire entro circa due ore. La maggior parte delle vittime ha tra 0 e 4 anni d'età". Nel documento si sottolinea inoltre che ciò può verificarsi anche nelle giornate fresche, con temperature intorno ai 22 gradi centigradi, perché l'abitacolo della macchina può surriscaldarsi (specie se è parcheggiata al sole), fino a superare i 40 gradi anche se i valori della temperatura esterna non sono particolarmente elevati".

Il Ccm ha quindi predisposto una sorta di vademecum destinato ai genitori proprio per prevenire eventi del genere. Ecco cosa fare: 1) se ci si accorge di un bimbo solo in macchina, occorre avvisare immediatamente il 113/118; 2) se il bimbo è posizionato nel sedile posteriore, lasciare i propri effetti personali vicino a lui così non si corre il rischio di dimenticarlo; 3) aggiungere una promemoria sul telefonino che indichi se avete accompagnato il bambino a scuola; 4) comunicare al partner qualsiasi cambiamento di programma nella consegna o ritiro del piccolo; 5) chiedere alla persona che si prende normalmente cura del bambino di avvisare se il bambino non è stato accompagnato all'asilo, come di solito accade; 6) quando in macchina non c'è nessuno, chiudere bene le portiere e tenere le chiavi lontano dalla portata dei bambini per evitare che siano loro a chiudersi dentro per errore.

# Percorso clinico-assistenziale per il paziente affetto da carcinoma glottico: *case report*

di Claudio Carola

## ABSTRACT

In questo studio è descritto il caso di un paziente sottoposto ad intervento chirurgico di laringectomia totale, in regime di ricovero ordinario, per Ca della laringe.

In questo contesto viene evidenziata la gestione analitica della cannula tracheostomica, la gestione del decorso post-operatorio, la collaborazione fra figure professionali diverse, il ritorno del ricoverato tra i familiari.

È, infatti, di fondamentale importanza il ruolo dell'infermiere nella gestione del paziente cannulato per prevenire, in tempo, eventuali sequele che si possono erificare in corso d'opera e condurre il ricoverato alla completa dimissione.

## INTRODUZIONE

**I carcinomi della laringe sono i tumori più frequenti del distretto testa-collo** (45%) e costituiscono il 2,5% di tutte le neoplasie maligne dell'organo<sup>1</sup>; lo 0,5% nella donna (il rapporto, nella casistica, varia da 7:1 a 10:1) ed, in particolare, nella V-VI decade di vita. Dal punto di vista eziologico, i principali fattori carcinogenetici sono:

1. fumo;
2. alcool;
3. polveri di cemento, nichel, cromo, amianto, asbesto.

Una collocazione a sé spetta alle lesioni pre-cancerose della laringe perché degenerabili in una trasformazione maligna (laringite cronica iperplastica).

## ANATOMIA PATOLOGICA

Il 95 % delle neoplasie maligne della laringe sono costituite da carcinomi a cellule squamose, nelle sue forme

vegetanti, ulcerate, ulcerovegetanti e infiltrative.

Secondo la classificazione TNM UICC 1987 si distinguono tre sedi anatomiche:

1. sopraglottica;
2. glottica;
3. sottoglottica

Queste vengono ulteriormente suddivise in sottosedi.

La sintomatologia riferita dal paziente varia a differenza della sede primitiva d'insorgenza della neoplasia.

La disfonia di un tumore insorto su una corda vocale è precoce e persistente tanto da far acquisire alla voce un timbro "legnoso".

Nei tumori che insorgono nella sopraglottide e nella sottoglottide la disfonia è un sintomo tardivo.

La dispnea è il sintomo più caratterizzante della sede sottoglottica, nonché sintomo tardivo derivante dall'ostruzione della laringe dovuta alla massa neoplastica.

La disfagia è caratteristica del carcinoma sopraglottico ed è dovuta a quelle aree della laringe principalmente coinvolte nella deglutizione.

L'otalgia riflessa è un dolore all'orecchio, acuto ed intenso, tipico anche di neoplasie della base linguale e del seno piriforme, ed è dovuto ad un interessamento del nervo vago.

## MATERIALI E METODI

In casi di carcinoma, una diagnosi di possibile certezza è quella ottenuta con un prelievo biotico, eseguito attraverso Microlaringoscopia Diagnostica (MIs) in sospensione; in aiuto ci si avvale della Risonanza magnetica nucleare (Rmn) o della Tomografia computerizzata (Tc) del

distretto interessato.

L'approccio terapeutico-chirurgico di un tumore della laringe prevede una terapia demolitiva (laringectomia totale o allargata) ed una terapia funzionale (prevede l'asportazione della neoplasia rispettando i meccanismi di deglutizione, di fonazione, della respirazione).

L'uso del laser Co2 nella chirurgia endoscopica della laringe è diventato, oggi, di uso comune, riducendo di gran lunga i tempi di degenza e, quindi, di ricupero.

Alcuni pazienti che non ricorrono al trattamento chirurgico (per rifiuto o per inoperabilità) vengono trattati con radioterapia esclusiva o con radiochemioterapia).

## PERCORSO CLINICO: CASE REPORT

I pazienti affetti da carcinoma glottico giungono presso l'Unità Operativa con diverse modalità:

1. inviati dal medico specialista o dal medico di base;
2. per ricovero diretto dal Dea;
3. attraverso l'ambulatorio di Otorinolaringoiatria.



Figura 1. Uno dei macchinari di ultima generazione per effettuare la laringoscopia



## UN CASO CLINICO

La mattina dell'intervento, il sig. M.B. viene condotto in sala operatoria dal personale preposto.

Al termine, il paziente è stato posto in terapia intensiva, a scopo prettamente precauzionale, per 24-48 ore<sup>3</sup>.

Dopo questo tempo lo si è ricondotto in reparto dove gli è stato somministrato il controllo giornaliero sulle sue condizioni generali.

Il secondo giorno viene sostituita la cannula<sup>4</sup> cuffiata con una non cuffiata; il terzo vengono rimossi i drenaggi<sup>5</sup> chirurgici; fra il decimo e il dodicesimo giorno circa il paziente torna ad alimentarsi in maniera graduale per Os (in questo periodo l'alimentazione è stata garantita attraverso la N.E e la N.P.T).

Prima della rimozione del Sng si procederà ad effettuare la "prova dell'acqua" per escludere la presenza di fistole tracheo-esofagee.

Il decorso post-operatorio si conclude con la dimissione, verso il ventesimo giorno e con le successive visite programmate secondo protocollo.

Durante il decorso post-operatorio sarà cura del personale infermieristico eseguire la medicazione giornaliera della cute peristomale, la toilette della cannula, la corretta tecnica di tracheoaspirazione<sup>6</sup>. (Figura 4).

Va ricordato che **queste manovre di nursing, eseguite in maniera corretta e scrupolosa da parte dell'operatore,**

**Figura 2. Il momento che precede la risonanza**

Il sig. M.B., di anni 57, si ricovera presso il reparto di Otorinolaringoiatria per il persistere, da un mese circa, della disfonìa e della disfagia aggravata da dispnea. La prima tappa del percorso avviene attraverso la visita del medico specialista con la Fls-diretta e con l'esecuzione di esami quali Tc collo e torace con mezzo di contrasto (Mdc) e/o eventuali Rmn del collo.

Nei casi più frequenti l'accesso in ospedale viene effettuato attraverso la programmazione del ricovero durante il quale il paziente seguirà l'iter di preparazione all'intervento di MIs diagnostica. Nella condizione di ricovero programmato, oltre alle indagini strumentali di routine, il paziente è sottoposto a: esami ematochimici, Ecg, visita cardiologia, spirometria, visita nutrizionistica; consenso informato all'atto chirurgico (secondo l'art. 33 Codice Deontologico del 2006) ed anestesiológico.

## GESTIONE INFERMIERISTICA DEL PERCORSO PERIOPERATORIO

Il paziente si ricovera in reparto qualche giorno prima dell'intervento per l'espletamento di eventuali accertamenti di routine.

Il personale infermieristico di turno si occuperà:

1. dell'accoglienza del ricoverato e della presa in carico;
2. della rilevazione dei parametri vitali;
3. assegnazione dell'unità del paziente.

La sera prima dell'intervento il paziente verrà invitato al rispetto del digiuno da solidi e liquidi, ad eseguire una doccia pre-operatoria, alla somministrazione di eventuale terapia ansiolitica<sup>2</sup>.



**Figura 3. L'ospedale San Giovanni Addolorata di Roma**

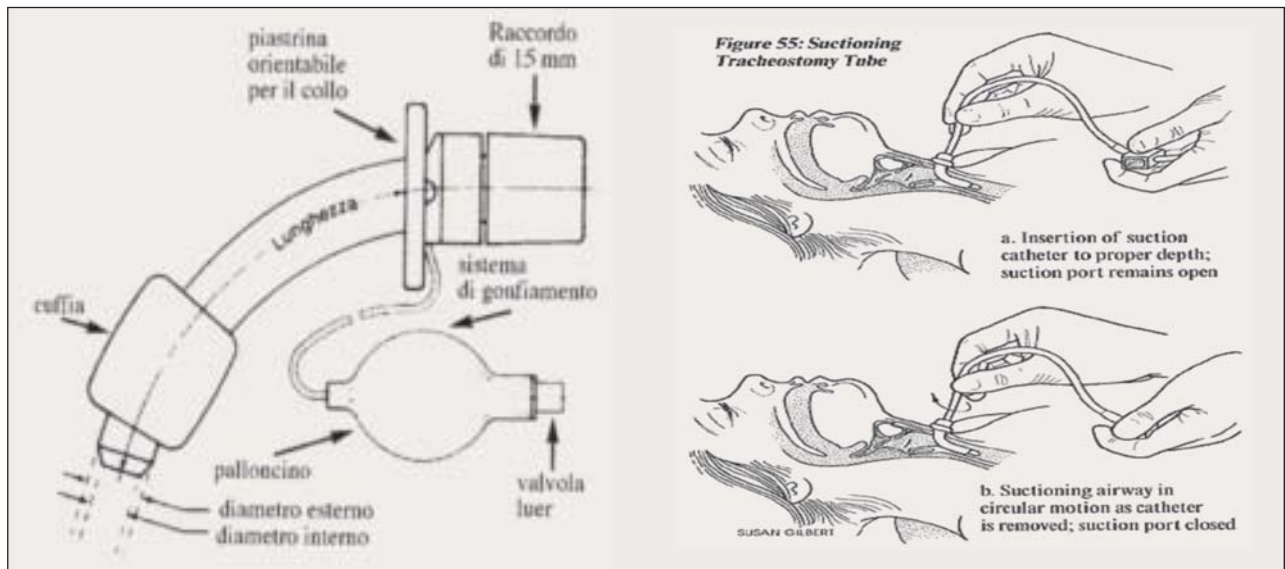


Figura 4. Esempio di tracheoaspirazione e di cannula tracheostomica

ottimizzano il decorso post-operatorio e, al contempo, sono esempio di educazione sanitaria nei confronti del ricoverato.

## CONCLUSIONI

L'intervento di laringectomia totale, nel suo insieme, è molto complesso, delicato e, allo stesso tempo, invalidante. La preparazione del personale infermieristico gioca un ruolo di fondamentale importanza: la formazione continua, l'esperienza tendono ad essere i valori aggiunti di una professione che, specie

negli ultimi anni, ha raggiunto livelli elevati.

Infine, ma non per ultimo, la cura dell'aspetto psicologico del paziente, la collaborazione efficace con la sua famiglia, la presenza del personale di assistenza, hanno consentito al decorso post-operatorio di poter essere il meno traumatico possibile.

In conclusione una frase del professor Alberto Staffieri, dell'università di Padova, che trasmette il senso completo del disagio psico-fisico-emotivo patito dai ricoverati. "... Paure che si riscontrano

prima dell'intervento chirurgico e subito dopo la laringectomia totale; l'animo e la psiche che non c'è più e la privazione totale di ogni rapporto verbale. Il trauma di trovarsi solo e la paura di non riemergere, di non farcela. Poi, la faticosa riabilitazione ed i primi tentativi di reinserirsi nella famiglia e sul lavoro, nella società civile".

## AUTORE:

Claudio Carola, Cps-infermiere presso la Uoc di Otorinolaringoiatria dell'Ao San Giovanni-Addolorata, Roma.

## NOTE

<sup>1</sup> A. Quaranta, F. Fiorella, Manuale di Otorinolaringoiatria, Ed. Mc-Graw-Hill.

<sup>2</sup> Kozier B, Erb G, Barman A, Nursing clinico. Tecniche e procedure. Napoli: Edises; 2006.

<sup>3</sup> H.D. Grant, R.H. Murray, Interventi di emergenza: Ed. Mc Graw-hill 2005.

<sup>4</sup> M.H. Meeker, J.C. Rothrock, Gestione della cannula tracheostomica: Utet 2002.

<sup>5</sup> Marzetti, De Campora, La chirurgia oncologica della testa e del collo: Ed. Piccin.

<sup>6</sup> Le Raccomandazioni del Joanna Briggs Institute, Volume 4 n.4, pag.5, 2000.

## BIBLIOGRAFIA

Troke C, Evidence based guidelines for nursing a patient with a tracheostomy. Poole Hospital Nhs Trust. May 2002.

Colombo E, Le tracheotomie. Quaderni monografici di aggiornamento. Aooi, Tor Graf. Milano, 2000.

Ent, Clinical practice group and Outreach team. Guidelines for care of patients with a tracheostomy. Royal Free Hampstead Nhs Trust. 2002.

Pallestrini E, Dato M. T, Otorinolaringoiatria e stomatologia. Sorbona-Milano. 1991.

De Vincentiis I, Otorinolaringoiatria. Piccin Nuova Libreria. Padova, 1993. IV edizione.

Lemoine M, Thompson P, St. Jhon R, Toigo M, Cannule per tracheostomia. Guida all'uso domiciliare per adulti. Guida Shiley. Milano, 2002.

Smith M, Guideline title: tracheostomy. Royal Alexandra Hospital, Head & Neck Directorate. 2003

# Endoscopia bronchiale: gestione infermieristica in reparto

di Dhurata Ivziku, Giorgia Zampetti

La broncoscopia fu presentata come metodica di studio della patologia polmonare, nel 1847, da Green alla *Surgical Society of New York*, ma venne riconosciuta ed accettata dalla comunità scientifica solo nel 1897, a seguito della prima esplorazione di trachea e bronchi da parte di un laringoiatra, Killian.

Nel 1905 la broncoscopia rigida entra nella pratica clinica con Chevalier Jackson.

Grazie all'evoluzione tecnologica, nel 1964, Ikeda presenta una nuova generazione di strumento a fibre ottiche flessibili (Fbs) e, successivamente, nel 1987, la famiglia dei video-broncoscopi.

Oggi la broncoscopia si è affermata nella pratica clinica come strumento indispensabile e di facile uso per la diagnosi, la stadiazione e la terapia e trattamento delle patologie dell'albero bronchiale.

L'ampia e rapida diffusione della broncoscopia, se da una parte ha migliorato i tempi diagnostici e terapeutici, di contro si è dimostrata una metodica non scevra da complicanze specifiche procedura-correlate, più o meno severe.

Attualmente i tassi di mortalità procedura-correlata variano in letteratura tra lo 0 e lo 0.5%, mentre complicanze come febbre, batteriemie, bradiaritmie, emorragie, broncospasmo e pneumotorace occorrono con incidenze variabili, anche se non frequentemente.

Le indicazioni alla broncoscopia flessibile o rigida possono essere sia diagnostiche che terapeutiche. (Tabella 1).

Le broncoscopie con finalità diagnostica vengono più spesso eseguite utilizzando lo strumento flessibile, mentre molte delle broncoscopie terapeutiche possono richiedere l'utilizzo del broncoscopio rigido (corpi estranei, emottisi, ostruzioni

bronchiali, laser terapia).

L'assistenza infermieristica attuata in reparto si articola in **assistenza pre e post procedura**.

Durante la procedura, che si attua in ambienti idonei, vi è personale specializzato che si occupa del paziente e della sua buona riuscita.

In reparto il personale infermieristico si occupa della preparazione alla procedura e della repentina individuazione di segni e sintomi che indicano la comparsa di complicanze.

L'assistenza infermieristica pre procedura si basa, principalmente, su una buona raccolta dati indirizzata all'individuazione di allergie verso analgesici, anestetici o lattice; sulla segnalazione della presenza di disordini respiratori, asma, cardiopatia, diabete o gravidanza; sulla verifica di patologie della colonna cervicale o deviazioni e fratture del setto nasale.

Come per tutte le procedure invasive, si rende necessario, da parte del personale infermieristico del reparto, di verificare che il paziente abbia interrotto da almeno tre giorni l'assunzione di determinate categorie di farmaci (anticoagulanti, Asa, Fans). Non bisogna inoltre dimenticare di verificare che gli esami ematici abbiano dei valori che rientrino nella norma.

Sarà, inoltre, necessario verificare che il paziente abbia effettuato una radiografia del torace oppure una tac toracica.

Com'è noto anche per altre procedure diagnostico-terapeutiche ci si dovrà accertare che il consenso informato sia stato firmato dal paziente che dovrà dimostrare di aver realmente compreso come si svolgerà la procedura e quali siano le sue finalità.

Il paziente va informato del fatto che l'esame potrebbe essere svolto in sedazione cosciente e, in questo caso, sarà indispensabile la sua massima collaborazione (Forza di raccomandazione dalle Linee-guida di grado B).

Di solito la sedazione ha lo scopo primario di tranquillizzare il paziente in caso di procedure poco confortevoli.

Compito del personale infermieristico di reparto è la rilevazione dei parametri e della saturazione (grado di raccomandazione B) per avere dei dati-base a cui riferirsi durante e dopo la procedura.

Il paziente dovrà osservare il digiuno da solidi per le quattro ore precedenti la procedura e per due ore dai liquidi (grado di raccomandazione B).

In caso la procedura si svolga in sedazione totale, il digiuno da solidi e liquidi deve iniziare sei ore prima della procedura.

Come per altre procedure, non si deve dimenticare di far rimuovere al paziente protesi dentarie, occhiali e smalto dalle unghie. Spiegare la necessità della premedicazione che si effettuerà prima della procedura (grado di raccomandazione B) e l'importanza di mantenere la postura durante l'esame che potrebbe svolgersi in posizione seduta o supina. Posizionare un accesso venoso (grado di raccomandazione C) necessario per la pre-medicazione, per la sedazione e per un'eventuale idratazione post-procedura. Verificare lo stato di salute del paziente (che dovrà essere apiretico e non raffreddato altrimenti bisognerà rimandare).

Questi sono i punti a cui il personale infermieristico di reparto dovrà fare maggiormente attenzione.

L'assistenza infermieristica nel post procedura consta del mantenere il

*comfort* del paziente e nell'accorgersi, precocemente, delle comparsa di segni e sintomi che indichino la comparsa di complicanze.

Le più frequenti sono: sanguinamento, pneumotorace, ipossiemia, broncospasmi, aritmie cardiache, arresto cardiaco o respiratorio, ipertensione polmonare, laringospasmo, reazione all'anestesia, ipoventilazione, infarto miocardico, febbre e infezioni post-procedura, polmoniti da aspirazione.

Ovviamente esse differiscono sia per gravità che per comparsa in tempi diversi. Nel primo post procedura potremmo verificare la presenza di sanguinamento, pneumotorace, ipossiemia, broncospasmo. Invece sintomatologia più tardiva potrebbe essere la febbre e le infezioni di varia natura.

Come differiscono le complicanze, in base al tempo trascorso e tipo di procedura effettuata al paziente, così si modificano anche i punti di attenzione dell'assistenza infermieristica.

Al ritorno del paziente in reparto ci si occuperà di informarlo sul digiuno che dovrà essere mantenuto per circa una o due ore, o fino a che il riflesso della deglutizione non sia totalmente ricomparso.

Sempre al momento del ritorno del paziente in reparto, si dovranno verificare i parametri vitali (che dovranno essere nella norma) nonché lo stato di coscienza del paziente per almeno 15 minuti, facendo attenzione a rilevare variazioni del respiro e dello stato di coscienza (indici di cattiva ossigenazione).

Osservare il paziente per rilevare variazioni del respiro e dello stato di coscienza, informarlo che le difficoltà respiratorie e la tosse sono sintomi transitori riferibili alla procedura e all'anestesia e che sono del tutto normali in questi casi.

Nelle ore successive alla procedura si possono verificare diversi fenomeni: comparsa di sangue nell'escreato, rialzo febbrile, difficoltà a parlare e sensazione di "bocca amara".

Inoltre, se sono state effettuate biopsie trans-bronchiali, sarà necessario effettuare una radiografia del torace di controllo (grado di raccomandazione B). In alcuni casi può rendersi necessario un

Diagnostica	Terapeutica
Tosse	secreti, tappi di muco, coaguli ritenuti
Dispnea e stridore	Mucosa tracheo-bronchiale necrotica
Emottisi	Corpi estranei nell'albero tracheo-bronchiale
Radiografia anormale del torace	Neoplasia ostruttiva
Pneumotorace persistente	Restringimento o Stenosi
Paralisi diaframattici	Pneumotorace
Paralisi delle corde vocali e raucedine	Fistola broncopleurica
Ustioni cliniche e termiche dell'albero tracheo-bronchiale	Ascesso polmonare
Ascesso polmonare refrattario	Cisti broncogene
Trauma toracico	Lesioni mediastiniche
Broncografia	Iniezione intra-lesionale
Citologia anormale o atipica dell'espettorato	Inserimento del tubo endotracheale
Lavaggio bronco-alveolare diagnostico	Fistola cistica
Infezioni polmonari sospette	Asma
Sospetta fistola tracheoesofagea o broncoesofagea	Trauma toracico
<i>Follow up</i> di carcinoma broncogeno	Lavaggio bronco alveolare terapeutico
Carcinoma del polmone	Plesioterapia
Sospetto corpo estraneo	Broncoscopia laser
Neoplasie ostruenti	Terapia forodinamica
Restringimenti o stenosi	Ellettrocauterio
Fistolabroncopleurica	Crioterapia
Valutazione dell'inserimento di tubo endotracheale	
Valutazione anastomosi tracheale, tracheo-bronchiale, bronchiale	

**Tabella 1. Indicazioni e controindicazioni alla Fbs**

supplemento di ossigeno per mantenere la saturazione al 90% (grado di raccomandazione B), in particolar modo per i pazienti sedati o in quei casi in cui vi è una funzione polmonare ridotta. Si rende inoltre necessario istruire il

paziente su come comportarsi nel caso si verificasse dolore toracico, difficoltà respiratorie o abbondante escreato con la presenza di sangue rosso vivo e abbondante tosse. In questi casi, il paziente dovrà comuni-



carlo repentinamente al personale infermieristico o medico.

Inoltre, non dovrà fumare o irritare le vie aeree per le successive 24 ore.

Assistenza al paziente sottoposto al broncolavaggio alveolare.

Quando il paziente ritorna in reparto potrebbe presentare dessaturazione dovuta a ingombro dei liquidi negli spazi alveolari e conseguente all'anestesia; aritmia e arresto cardiaco secondari ad ipossiemia; febbre correlata al volume dei liquidi usati e dovuta all'incremento delle citochine pro-infiammatorie dei macrofagi alveolari.

È di estrema importanza valutare: la saturazione dell'ossigeno, la frequenza cardiaca e respiratoria, la temperatura corporea, la presenza di palpitazioni o dolore toracico, la sensazione di fame d'aria.

Assistenza al paziente sottoposto a biopsie bronchiali.

L'infermiere deve valutare i parametri vitali del paziente che ha effettuato biopsie polmonari perché le complicanze maggiori ed immediate di questa proce-

dura potrebbero essere il sanguinamento da lesioni di vasi mediastinici e il pneumotorace. Altri segni e sintomi che si presentano in fase tardiva (comunque, non oltre un'ora dalla biopsia) sono anche l'enfisema sottocutaneo e la febbre.

In caso di sanguinamento persistente, posizionare il paziente dal lato dove è stata effettuata la biopsia e somministrare adrenalina prescritta dal medico. Valutare frequentemente tutti i parametri vitali, correggere la somministrazione degli anticoagulanti con basse dosi di vit-k, mantenere lnr<2.5 e iniziare l'eparina. Nel caso, effettuare una radiografia di controllo.

Assistenza al paziente che ha eseguito posizionamento stent bronchiale/tracheale.

L'infermiere deve valutare frequentemente la saturazione dell'ossigeno perché si potrebbe verificare la chiusura dello stent da tappi di muco, oppure sepsi da reazione di corpo estraneo.

Quindi è importante rilevare tutti i parametri vitali e somministrare l'aerosol terapia.

## CONCLUSIONI

La fibrobroncoscopia ha raggiunto ottimi livelli di sicurezza, ma non è scevra da complicanze, soprattutto nelle manovre operative e nei pazienti che presentano fattori di rischio.

L'incidenza delle complicanze può essere ridotta ponendo una corretta indicazione alla procedura, accurata selezione dei pazienti, adeguata scelta del tipo di anestesia, adeguata scelta dello strumento operativo, esperienza ed abilità dell'operatore. Davanti all'insorgere di una complicanza è sufficiente riconoscerla precocemente per prendere provvedimenti.

Il consenso informato è imperativo, affinché il paziente conosca i rischi prima di sottoporsi alla procedura.

## AUTORI:

Dhurata Ivziku, infermiera Campus Biomedico, Roma

Giorgia Zampetti, infermiera Campus Biomedico, Roma

## BIBLIOGRAFIA

Tlkeda, *Flexible broncofiberscope*. Keio med 1968; 17; 1-16:5. 1968  
*British thoracic society guidelines on diagnostic flexible bronchoscopy*. Thorax 2001

## IN PILLOLE

### **Reumatologia, ricerca italiana al top**

La ricerca italiana sulle malattie reumatiche è ai più alti livelli in Europa e, per il terzo anno consecutivo, raggiunge la "top-3" dei Paesi con il più alto numero di contributi proposti a Eular 2011. Al congresso europeo di reumatologia, che quest'anno si è svolto a Londra, dopo la Gran Bretagna l'Italia è stato il Paese con il maggior numero di progetti di ricerca accettati, su ben 127 nazioni partecipanti e 16.080 congressisti. Da rilevare comunque che il rate di rigetto dei contributi inglesi è stato del 15% contro solo l'11% di quelli italiani. Una seconda posizione che conferma i successi delle due passate edizioni del congresso annuale Eular: il primato ottenuto a Copenaghen nel 2009 e ripetutosi l'anno successivo a Roma. Su 3.443 comunicazioni presentate, oltre 300 sono state quelle proposte da reumatologi che operano nelle strutture mediche e nelle università del nostro Paese. Più di 30, inoltre, gli studi presentati nell'ambito delle sessioni orali in agenda, esposizioni che vengono riservate solamente ai progetti che rappresentano in assoluto il top della ricerca reumatologica in Europa. Riconoscimenti che non costituiscono una formalità, ma che anzi collocano l'Italia tra i principali attori nel determinare il progresso del sapere scientifico in questo ramo delle scienze mediche, con un forte orientamento alla crescita dei giovani ricercatori.

## Negli ospedali italiani c'è poca e-health Meglio i Paesi del nord Europa

Il rapporto **"E-health benchmarking III"** del 2010, voluto dalla Commissione Europea per verificare lo stato della salute elettronica in 906 strutture sanitarie dei 27 Paesi Ue (più Croazia, Islanda e Norvegia), ha rivelato che l'Italia risulta sotto la media Ue, mentre all'avanguardia restano i Paesi nordici.

In generale, la cartella clinica elettronica c'è solo per il 4% dei pazienti Ue; il telemonitoraggio appena per l'8% degli ospedali e la ricetta elettronica manca completamente all'appello nel 70% delle strutture.

In Italia, in fatto di e-health in corsia, meglio di tutto va lo scambio di *imaging on line*; ed è vero che medici ed infermieri sono sempre più informatizzati, tuttavia pochissimi pazienti accedono ai propri dati sanitari on line (lo fa solo il 4% dei pazienti Ue).

Nel nostro Paese, come per il resto dell'Europa del Sud, difficilmente si arriverà puntuali all'appuntamento dell'"Agenda digitale europea", che prevede di garantire a tutti i cittadini di poter accedere on line ai propri dati sanitari entro il 2015.

Difficile anche prenotarsi cure e prestazioni direttamente dal pc di casa: lo fa solo l'8% dei malati; meglio lastre e referti archiviati e spediti elettronicamente, attraverso il sistema *"Pacs"*, attivo nella maggioranza dei centri ospedalieri del Vecchio Continente (il 61%).

Il nostro Paese si piazza al di sopra della media europea per l'uso dei *"Pacs"* e per il telemonitoraggio; è vicino alla media per lo scambio di dati sanitari e referti radiologici con centri esterni, ma è ben al di sotto degli altri sull'uso di banda larga, infrastrutture *wireless*, ricetta elettronica e cartelle cliniche elettroniche condizionate.

Complessivamente, il 92% delle strutture sanitarie europee risulta connesso con una "banda larga", ma quelle che usano quelle più potenti sono solo il 41%; il 54% dei centri ha un sistema wi-fi, ma, di questi, solo il 18% ha un sistema wireless unico per supportare la maggior parte delle applicazioni all'interno dell'ospedale.

L'81% degli ospedali Ue sta sperimentando, poi, uno o più sistemi

di cartella sanitaria elettronica, anche se poi non tutti risultano davvero accessibili al personale sanitario, né ai pazienti.

Il 71% usa sistemi di *e-booking* per le visite con lo staff sanitario, ma solo l'8% delle strutture offre la possibilità ai pazienti di prenotarsi direttamente on line le prestazioni.

Infine, dalle interviste ai responsabili delle tecnologie e ai direttori sanitari degli ospedali emerge che la loro priorità, nei prossimi tre anni, è soprattutto lo sviluppo della classificazione elettronica dei pazienti nei Dipartimenti (82%).

Seguono, la comunicazione elettronica dei risultati diagnostici (gli esami di laboratorio, 73% e le lastre, 61%); i sistemi on line per gli appuntamenti, la ricetta elettronica, il "contatto" elettronico con i medici sul territorio e la refertazione on line (45-55%) e, all'ultimo, videoconferenze (35%) e telemonitoraggio a domicilio dei pazienti (17%).

Secondo il Rapporto, i casi in cui la comunicazione è maggiore grazie ai new media sono in sette Paesi: Belgio, Croazia, Cipro, Islanda, Lituania, Lussemburgo e Slovenia, mentre fanalino di coda sono Bulgaria, Irlanda, Italia, Lituania e Malta.

Un altro dato rilevato nel Rapporto è la caratteristica delle aree a maggior utilizzo di Risonanza paramagnetica elettronica (Epr).

In testa, gli ambulatori dei Dipartimenti (89%), seguiti dai singoli reparti (85%), dai Dipartimenti di radiologia (78%), dal pronto soccorso (76%) e dalle sale operatorie (65%).

In Europa, i Paesi con Epr più sviluppata sono quasi tutti (tranne Cipro) quelli senza ospedali dai 100 posti letto in giù, a conferma che le strutture più piccole penalizzano questo tipo di innovazione. In Italia, c'è la maggior percentuale di ospedali che dichiara di utilizzare il sistema di Epr solo in base al numero dei posti letto. Solo in pochi ospedali, però, i sistemi Epr sono accessibili da chiunque grazie a sistemi *wireless* (37%) o vicino al letto del paziente (34%), così come al di fuori della struttura dallo stesso staff dell'ospedale (34%) o da fornitori sanitari esterni (24%).

Tiziana Mercurio



# Focus

Le attività del Collegio di Roma  
a Sanit 2011



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

**COLLEGIO PROTAGONISTA ALL'OTTAVO FORUM INTERNAZIONALE DELLA SALUTE**

## A Sanit la piacevole conferma di un anno di duro lavoro

L'ottavo Forum internazionale della salute che si è tenuto al Palazzo dei Congressi dal 14 al 17 giugno 2011 ha registrato ancora una volta un boom di partecipazione da parte di infermieri e studenti di Infermieristica, a segnalare il forte impegno profuso dal Collegio Ipasvi di Roma durante questa manifestazione.

Quattro giornate animate da altrettanti eventi formativi – accreditati Ecm per infermieri professionali, infermieri pediatrici e assistenti sanitari – tutti gratuitamente fruibili.

E così Sanit, che si pone ogni anno come il punto di incontro per l'universo della salute, ha rappresentato anche il momento opportuno per fare una riflessione sulle tante attività messe in campo dal Collegio e per favorire un confronto tra il mondo infer-

mieristico romano e le istituzioni nazionali. Centrali, da questo punto di vista, il "duetto" tra il presidente **Gennaro Rocco** e il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio** (vedi articolo a pagina 46) e l'intervento di apertura della presidente della Federazione nazionale Ipasvi, **Annalisa Silvestro**.

### LA PRIMA GIORNATA

"Non siamo una parte minimale del sistema sanitario, dobbiamo avere piena consapevolezza dei nostri numeri e del nostro ruolo!".

Con questa esortazione, la Silvestro ha salutato la mattina del 14 giugno i mille infermieri romani presenti alla prima giornata di Sanit.

Introducendo il suo intervento, il presidente del Collegio di Roma, Gennaro

Rocco, era stato egualmente perentorio: "Basta slogan, è l'ora di essere protagonisti ogni giorno del cambiamento, per una continua crescita professionale e una sempre maggiore attenzione ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e in difficoltà".

Una voglia di protagonismo nel dibattito politico, scientifico e istituzionale che il Collegio di Roma sta alimentando grazie al neonato Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica, laddove la Federazione nazionale ha deciso di "bruciare sul tempo" gli altri Ordini professionali presentando insieme al ministro della Salute, Ferruccio Fazio, il nuovo portale dell'Ipasvi, nato con l'intento di saldare sempre più il rapporto intra professionale e con il cittadino.



L'introduzione del presidente Rocco ai lavori della seconda giornata



La folla di partecipanti prima dell'inizio del convegno inaugurale

“Stare ciascuno arroccato sulle proprie posizioni, come fossimo tanti castelli con fossato e ponte levatoio – ha spiegato la Silvestro – non fa bene a nessuno: ancora una volta siamo noi infermieri a essere pionieri, a favorire il cambiamento, auspicando un nuovo approccio socio-culturale verso la nostra figura”.

La prima giornata di Sanit è stata dedicata proprio al “ruolo dell'infermiere per la sostenibilità del sistema sanitario”.

Alla tavola rotonda organizzata dal Collegio hanno preso parte la consigliera **Angela Basile**, il filosofo **Ivan Cavicchi**, l'economista **Federico Spandonaro**, il sociologo **Costantino Cipolla**, il direttore generale del San Camillo-Forlanini **Aldo Morrone** e il sub commissario alla Sanità della Regione Lazio **Giuseppe Antonio Spata**. Tutti moderati dal giornalista scientifico Rai **Gerardo D'Amico**.

La sostenibilità va a braccetto con le buone pratiche, e di questo si è parlato nel corso della sessione pomeridiana, moderata dalla segretaria del Collegio, **Maria Grazia Proietti**.

Dopo l'introduzione dell'infermiere dirigente della Ausl di Rimini, **Antonella Santullo**, si sono succeduti brevi interventi che hanno messo a confronto esperienze positive in vari contesti professionali.

**Cristina Rossi** (infermiera dirigente

dell'Azienda sanitaria di Firenze) ha parlato delle politiche di continuità assistenziale tra ospedale e territorio; **Loriana Meini** (infermiera dirigente) ha poi spiegato come funzionano le Unità operative a gestione di degenza infermieristica; **Barbara Mangiacavalli** (infermiera dirigente, segretario del Comitato centrale della Federazione Ipasvi) ha illustrato alla platea i modelli organizzativi per complessità assistenziale e intensità di cura; quindi **Giovanni Beccattini** (infermiere dirigente della Asl 7 di Siena) ha affrontato uno dei temi più “caldi” del momento, ovvero le esperienze di “*See & Treat*” e “*Fast track*”, che prevedono un ruolo sempre più attivo e autonomo dell'infermiere nella gestione del paziente. Un approccio che non ha mancato di creare polemiche, soprattutto nelle regioni dell'Italia centrale, dopo l'aperta contestazione dell'Ordine dei Medici, di cui abbiamo in qualche modo “dato notizia” nella vignetta a pagina 64 dello scorso numero.

## LA SECONDA GIORNATA

Mercoledì 15 giugno il tema del convegno targato Ipasvi era: “Innovare e formare: le nuove strategie per l'infermiere”.

Non c'è infatti un campo come quello della formazione in grado di rendere al meglio l'idea degli enormi passi avanti fatti dagli

infermieri italiani negli ultimi anni.

Una professione che inizialmente non richiedeva prerequisiti particolari, è oggi il frutto di un complesso e sapiente *mix* di un solido percorso universitario, arricchito da esperienze di tirocinio e dalla possibilità di ulteriori specializzazioni tramite un'ampia formazione post-base che non esclude i dottorati specifici disciplinari.

Non bisogna, altresì, dimenticare l'accesso al sistema (rinnovato di recente) dell'Educazione Continua in Medicina (Ecm), i percorsi di Formazione a distanza (Fad), le esperienze di simulazione.

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, nato in seno al Collegio Ipasvi di Roma, rappresenta un'ulteriore sfida per costruire una cultura specifica della professione, permeata dal sapere scientifico nell'ambito della formazione, della pratica clinica e della ricerca. Ed è stato proprio questo il “cuore” dell'intervento introduttivo a cura del presidente del Collegio, **Gennaro Rocco**, che ha illustrato a grandi linee i risultati del primo report annuale del Centro, relativamente alle attività di ricerca portate avanti nel 2010.

L'occasione solenne di Sanit è servita anche a lanciare la prossima conferenza internazionale del 24 e 25 novembre 2011. A seguire, moderati dalla vice presidente del Collegio, **Maria Ausilia Pulimeno**, gli interventi di: **Maria Linetti** (Il nuovo sistema Ecm), **Loredana Sasso** (L'influenza delle emozioni sull'apprendimento), **Annamaria Bagnasco** (Esperienze di formazione sul campo), **Mario Esposito** e **Angela Basile** (Motivazione ed esperienza alla luce della conoscenza).

Al pomeriggio, moderati dal consigliere Ipasvi **Nicola Barbato**, si sono avvicendati relatori che avevano in comune un'esperienza diretta con la gestione di nuove modalità di formazione.

La professoressa **Rosaria Alvaro** ha parlato della formazione nella ricerca clinica; la capo ufficio stampa della Federazione, **Emma Martellotti**, ha illustrato gli straordinari risultati dell'esperienza Ipasvi nella formazione a distanza, con il progetto “Fad in Med”; l'infermiere



Il tavolo dei relatori della seconda giornata, moderata dal consigliere Ipasvi Nicola Barbato



La lezione sul web 2.0 di Pietro Dri

militare **Vincenzo Mauro Giaconella** ha affrontato il sempre attuale tema della simulazione negli scenari di emergenza.

## LA TERZA GIORNATA

La terza giornata, come di consueto, è stata dedicata al mondo delle associazioni. Le associazioni e le società scienti-

fiche infermieristiche assumono infatti un ruolo sempre più cruciale nella sanità a misura di persona e nel determinare processi assistenziali di qualità basati su solide e validate prove scientifiche. I loro contributi nel campo assistenziale e la promozione dello spirito scientifico e della ricerca infermieristica interdisciplinare

contribuiscono a promuovere la sostenibilità del sistema sanitario attraverso un lavoro di rete per dare rilevanza a tutti i nodi, centrali e periferici, della rete sanitaria nazionale.

In tale contesto, diventa fondamentale conoscere il grande contributo associativo infermieristico che ha portato alla realizzazione di importanti traguardi assistenziali.

I consiglieri Ipasvi **Stefano Casciato** e **Carlo Turci** hanno introdotto, nel corso della giornata, i numerosi contributi sulle buone pratiche nel campo dell'assistenza riconducibili al quotidiano lavoro del mondo associazionistico.

L'ANIPIO ha illustrato l'applicazione delle tecnologie informatiche e didattiche alla campagna dell'Oms "Cure pulite sono cure più sicure". L'ANIN ha diffuso gli esiti di uno studio di rilevanza nazionale sulla variabilità delle cure infermieristiche perioperatorie in ambito neurochirurgico. L'ANIARTI ha affrontato il delicato tema delle terapie intensive "aperte o chiuse", mentre l'AICO ha relazionato sulla gestione del materiale in sala operatoria

(esperienza dell'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolarata) e sulla gestione informatizzata.

L' AISLEC ha introdotto il tema del *wound care*, mentre l'AIT (associazione infermieristica transculturale nata in seno al Collegio di Roma) ha illustrato il progetto di ricerca per il miglioramento dell'integrazione tra infermieri stranieri dell'area sudamericana e figure professionali socio-sanitarie autoctone in una società plurale. Il programma pomeridiano è stato chiuso da un altro intervento dell'ANIARTI, stavolta sulla costituzione di un *Periphelly inserted centrale venous catheter (Picc) team* al Policlinico Gemelli di Roma.

## LA QUARTA GIORNATA

La quarta e ultima giornata è stata tutta proiettata al futuro: a quello della sanità italiana e a quello della professione infermieristica.

Viviamo al tempo della e-Health e del Fascicolo Sanitario Elettronico, al tempo in cui le persone alimentano un processo iper-comunicativo attraverso le reti intranet ed extranet. È il tempo della sanità nell'era del web 2.0 e le reti E-care permettono la presa in carico a domicilio

## BOOM DI PARTECIPANTI ANCHE QUEST'ANNO

Numero infermieri professionali, infermieri pediatrici e assistenti sanitari accreditati Ecm ai convegni Ipasvi nel corso dell'ottava edizione di Sanit.

Martedì 14 giugno: **920**

Mercoledì 15 giugno: **857**

Giovedì 16 giugno: **597**

Venerdì 17 giugno: **875**

dei cittadini che necessitano di continuità nella loro assistenza. In tale quadro di sistema, i progetti sanitari e le tecnologie avanzate rappresentano un sostegno assistenziale indispensabile che permettono di garantire processi sempre più personalizzati di assistenza oltre a rendere le operazioni assistenziali all'interno degli ospedali per acuti e sul territorio più veloci ed adeguate a sostegno di un'innovazione sostenibile per la sanità del terzo millennio.

Di questo hanno discusso i partecipanti alla sessione mattutina, moderata dal

giornalista **Paolo Romano** e introdotta dal presidente Gennaro Rocco.

Sono intervenuti: **Mauro Moruzzi** (direttore generale di Cup 200 Emilia Romagna), **Angela Basile** (consigliere Ipasvi), **Sergio Bartolini** (infermiere esperto clinico del San Camillo-Forlanini), **Maurizio Zega** (infermiere dirigente Asp Lazio), **Walther Orsi** e **Gerardo Lupi** (sociologi).

La sessione pomeridiana si è quindi aperta con la "lezione" sulla sfida del web 2.0 di **Pietro Dri** (medico e giornalista), introdotto da **Alessandro Stievano** del Collegio Ipasvi di Roma.

Un altro esponente del Collegio, **Fabrizio Tallarita**, ha quindi illustrato le funzionalità e le statistiche di accesso del portale [www.ipasvi.roma.it](http://www.ipasvi.roma.it) mentre **Edvige Fanfera**, in quanto responsabile della biblioteca del Collegio, ha illustrato insieme al consigliere **Carlo Turci** il nuovo progetto di biblioteca virtuale.

A chiudere, l'intervento della segretaria **Maria Grazia Proietti** sulla formazione, l'altra iniziativa di successo messa in campo dal Collegio capitolino.

sg



La platea del convegno della terza giornata, dedicata al mondo delle associazioni

## L'incursione del ministro Fazio e il "duetto" con il presidente

Il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, si è reso protagonista di una gradita "incursione" durante il convegno del 16 giugno organizzato dal Collegio di Roma a Sanit. Il presidente Gennaro Rocco, dopo averlo

ringraziato per l'impegno messo in campo per mantenere il settore scientifico-disciplinare Med45 nell'ambito degli insegnamenti universitari e per aver favorito l'ingresso della professione infermieristica

nelle farmacie, ha posto al ministro alcune precise domande. Un "fuori programma" dal quale è scaturita una mini intervista che cerchiamo di ricostruire attraverso le righe e le foto che seguono.



**Il ministro Fazio prende appunti prima di rispondere**



**Il presidente Rocco non risparmia domande al ministro**

### **Come pensa di risolvere il grave problema del blocco dei turn over?**

"Grazie a questo meccanismo che può essere criticabile dal punto di vista contenutistico, ma necessario nei fatti, i conti pubblici hanno visto un risparmio di quasi due miliardi di euro nell'ottica dei piani di rientro. È comunque in atto una trattativa economica per distinguere alcune categorie all'interno del turnover come quelle di emergenza-urgenza, che riguarda da vicino voi infermieri".

### **Sarà aumentata l'offerta formativa attualmente carente nelle università per chi vuole studiare da infermiere?**

"Non c'è un modo, con l'attuale numero di docenti, di assicurare i 22mila posti richiesti: per questo stiamo valutando con il Miur di poter apportare a breve un cambiamento nella normativa di accesso all'insegnamento di Scienze infermieristiche nelle lauree brevi, attraverso un tutoraggio certificato che contempi figure aggiuntive in grado di ampliare il numero di docenti, e di conseguenza il numero di infermieri laureati".

### **A che punto è il percorso di riconoscimento dell'Ordine professionale degli infermieri?**

"Ho appena ricevuto garanzia dalla commissione Sanità del Senato che il testo della legge e la presentazione dei relativi emendamenti saranno in itinere prima dell'estate, per approdare in aula al massimo entro l'autunno".



**Il confronto tra il presidente del Collegio di Roma e il ministro della Salute**



## La fotostoria delle quattro giornate



Il consigliere Tosini con lo staff di segreteria che ha gestito iscrizioni e accreditamenti



Il ministro Fazio ascolta le domande del presidente Rocco



La tavola rotonda della giornata inaugurale di Sanit



La folta platea alla giornata inaugurale di Sanit



**Pino Insegno prende la parola**



**Lo stand dell'Ipasvi a Sanit 2011**



**Un momento della terza giornata dedicata alle associazioni**



**L'attore Pino Insegno interagisce con la platea durante la terza giornata**



**Un momento della premiazione dell'Ipasvi Cup**

**DALL'ESTERO**

## Il Centro di Eccellenza presenta un progetto in Irlanda al congresso Etna



La salute transculturale richiede un'assistenza competente culturalmente, professionisti sanitari che siano in grado di prendere in considerazione i valori e le credenze dei pazienti che provengono da differenti background culturali. Un'assistenza infermieristica basata sul paziente richiede un impegno profondo da parte degli infermieri e degli altri professionisti sanitari per comprendere ed essere responsivi ai differenti bisogni del paziente altro e per assicurare il miglior outcome assistenziale.

La salute transculturale è un'area molto importante quando si considerano i differenti aspetti della globalizzazione. Il Report sulla migrazione mon-diale (2005) mette in luce che la migrazione globale porta molti benefici ma anche sfide per tutti i paesi interessati dal fenomeno. L'Irlanda è stato un Paese ideale per ospitare il secondo congresso dell'Etna (European Transcultural Nursing Association) dal titolo *"Let's learn together, let's work together: challenges and solutions for transcultural health and social care"*. Infatti in Irlanda il nuovo fenomeno migratorio investe profondamente, negli ultimi anni, la struttura del Paese. Questo rapido e inaspettato cambiamento ha portato nel Paese grandi opportunità ma anche sfide importanti per far prosperare oltre 180 nazionalità diverse tra circa 5 milioni di persone. Questa diversità nella popolazione, sviluppatasi in così breve tempo, ha portato anche nuove sfide al Sistema Sanitario che deve fornire cure ed assistenza senza discriminazioni di sorta a tutti i cittadini. In questa cornice, appunto, si è svolto nei giorni 30 giugno e 1 luglio 2011 il secondo congresso dell'Etna. Nell'ambito della prestigiosa conferenza che si è svolta presso l'University of Limerick, è stato presentato ufficialmente un progetto del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica dal titolo: *"Dimensions of Professional Dignity in Nursing: an Analysis in Clinical and Community Workplaces in Central Italy Compared to Nurses Perceptions in London Areas"*. Tale progetto ha mirato a descrivere le percezioni della dignità professionale infermieristica in alcuni setting specifici, ospedalieri e di comunità in paesi differenti nel centro Italia e in Gran Bretagna (area di Londra). Il progetto è stato pubblicato negli atti della conferenza.



and solutions for transcultural health and social care".

Infatti in Irlanda il nuovo fenomeno migratorio investe profondamente, negli ultimi anni, la struttura del Paese. Questo rapido e inaspettato cambiamento ha portato nel Paese grandi opportunità ma anche sfide importanti per far prosperare oltre 180 nazionalità diverse tra circa 5 milioni di persone. Questa diversità nella popolazione, sviluppatasi in così breve tempo, ha portato anche nuove sfide al Sistema Sanitario che deve fornire cure ed assistenza senza discriminazioni di sorta a tutti i cittadini. In questa cornice, appunto, si è svolto nei giorni 30 giugno e 1 luglio 2011 il secondo congresso dell'Etna.

Nell'ambito della prestigiosa conferenza che si è svolta presso l'University of Limerick, è stato presentato ufficialmente un progetto del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica dal titolo: *"Dimensions of Professional Dignity in Nursing: an Analysis in Clinical and Community Workplaces in Central Italy Compared to Nurses Perceptions in London Areas"*.

Tale progetto ha mirato a descrivere le percezioni della dignità professionale infermieristica in alcuni setting specifici, ospedalieri e di comunità in paesi differenti nel centro Italia e in Gran Bretagna (area di Londra).

Il progetto è stato pubblicato negli atti della conferenza.

**Alessandro Stievano**

## I numeri record della Biblioteca digitale

**D**al sito amministrativo del **Catalogo AtoZ (Ebsco Information System)** ecco i dati estremamente soddisfacenti relativi all'uso del nuovo portale della Biblioteca digitale messa a disposizione gratuitamente dal Collegio Ipasvi di Roma. Dall'attivazione (inizi di febbraio) ad oggi sono stati registrati **2.381** accessi con sessioni medie di 21 minuti e 50 secondi ciascuna, per un utilizzo complessivo del portale di circa 866 ore. Ricordiamo che il Catalogo AtoZ, pur consentendo l'accesso a tutte le risorse, e quindi anche alle banche dati, può non registrare tutti gli accessi, per esempio del Cinahl, al quale è possibile accedere in modo diretto dall'area autenticata. Per il database **Cinahl with Full text (EBSCO Publishing)** gli accessi registrano una straordinaria risposta degli infermieri iscritti al Collegio di Roma. Lo scorso anno (2010) la consultazione

della banca dati presso la biblioteca, a compimento del trend positivo degli ultimi anni, caratterizzati da un grande impegno didattico e divulgativo per superare le note difficoltà sulla lingua inglese e le modalità di interrogazione, ha raggiunto i 331 accessi. Oggi, il servizio sottoscritto per l'utenza illimitata degli infermieri iscritti al Collegio di Roma testimonia, da febbraio 2011 a oggi, dei numeri straordinari se confrontati con lo stesso periodo dell'anno precedente.

Dall'attivazione del servizio ad oggi - poco più di cinque mesi - sul Cinahl si contano **3.030** accessi, **10.457** interrogazioni svolte durante queste consultazioni, **3.660 fulltext** scaricati assieme ad un totale di **12.178 abstract**.

Solo per mero confronto, ecco in basso le statistiche dello stesso periodo del 2010.

Cinahl statistiche Febbraio-Luglio 2011 Site: COLLEGIO IPASVI DI ROMA Detail Level: Site Period: February 2011 - June 2011

Site	Year	Month	Count	Average Length	Searches	Total Full Text	PDF Full Text	HTML Full Text	Image-Video	Abstract	Smart Link To	Custom Link
COLLEGIO IPASVI DI ROMA	2011	June	624	42	2443	476	410	66	0	1466	0	279
COLLEGIO IPASVI DI ROMA	2011	May	869	40	2777	775	583	192	0	4160	2	370
COLLEGIO IPASVI DI ROMA	2011	April	483	43	1865	882	808	74	0	2411	0	441
COLLEGIO IPASVI DI ROMA	2011	March	726	39	2334	967	840	127	0	2595	0	452
COLLEGIO IPASVI DI ROMA	2011	February	328	38	1078	560	465	95	0	1546	0	165
<b>Totals</b>			<b>3030</b>		<b>10457</b>	<b>3660</b>	<b>3106</b>	<b>554</b>	<b>0</b>	<b>12178</b>	<b>2</b>	<b>1707</b>

Figura 1. Statistiche Cinahl relative al periodo febbraio-luglio 2011

Cinahl statistiche febbraio luglio 2010 Site: COLLEGIO IPASVI DI ROMA Detail Level: Site Period: February 2010 - June 2010

Site	Year	Month	Count	Average Length	Searches	Total Full Text	PDF Full Text	HTML Full Text	Image-Video	Abstract	Smart Link To	Custom Link
COLLEGIO IPASVI DI ROMA	2010	June	26	64	213	166	127	39	0	602	0	0
COLLEGIO IPASVI DI ROMA	2010	May	36	56	321	304	255	49	0	646	0	0
COLLEGIO IPASVI DI ROMA	2010	April	50	73	535	534	487	47	0	1156	4	0
COLLEGIO IPASVI DI ROMA	2010	March	58	66	966	569	480	89	0	1012	0	0
COLLEGIO IPASVI DI ROMA	2010	February	32	66	251	156	94	62	0	1859	0	0
<b>Totals</b>			<b>202</b>		<b>2286</b>	<b>1729</b>	<b>1443</b>	<b>286</b>	<b>0</b>	<b>5275</b>	<b>4</b>	<b>0</b>

Figura 2. Statistiche Cinahl relative al periodo febbraio-luglio 2010

## Terzo memorial Enrico Grassi e Luigi Patrizi Ai Castelli Romani l'Ipasvi cup 2011

**M**ercoledì 4 maggio è andato in scena l'ultimo atto della terza edizione del torneo di calcio a 5 riservato ad Infermieri e studenti in Scienze infermieristiche, intitolato alla memoria degli indimenticabili amici e colleghi Enrico Grassi e Luigi Patrizi.

Per il quarto anno consecutivo, cambia la squadra vincitrice: questa volta il titolo è andato alla selezione dei Castelli Romani. Il gruppo, capitanato dai gemelli Daniele e Salvatore Roccia, che partecipa al torneo sin dalla prima edizione, prima di questo trionfo aveva ottenuto un secondo posto nel campionato 2008, quello d'esordio.

Quest'anno, invece, battendo in finale gli esordienti del Sandro Pertini ha finalmente iscritto il loro nome sull'albo d'oro della manifestazione.

I colleghi del Pertini dunque secondi: solo la sconfitta per 1-0, in una gara tiratissima, ha impedito ai ragazzi guidati da Alfonso Avino di posizionarsi sul gradino più alto del podio.

Nella finale per il terzo posto, il Vannini, campione uscente, ha superato la squadra del San Giovanni.

Proprio al San Giovanni va il premio fair-play, dedicato quest'anno alla memoria di Angelo Morelli, giocatore della squadra scomparso durante la pausa invernale del campionato.

Le premiazioni, come ormai da tradizione, hanno avuto luogo nel corso di Sanit, a giugno scorso.

Di seguito, l'elenco di tutti i premiati e l'albo d'oro del torneo. La quinta edizione è prevista per il prossimo autunno.

**Luigi Di Bartolomeo**



Angelo Morelli. Alla sua memoria è stato dedicato il premio fair-play.

### LE SQUADRE PREMIATE

**Prima classificata:** Castelli Romani  
**Seconda classificata:** Sandro Pertini  
**Terza classificata:** M.G.Vannini

**Capocannoniere:** Daniele Capri (M.G.Vannini)  
**Migliori giocatori:** Daniele Capri (M.G.Vannini) e Antonio Cherubini (San Giovanni)  
**Miglior portiere:** Luca Laterza (Seventh Bridge Aniarti)

**Premio fair-play:** San Giovanni

### Albo d'oro:

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



### Castelli Romani

Roccia Daniele, Roccia Salvatore, Roccia Roberto, Kirieleison Emanuele, Garofolo Alessandro, Ferraro Antonio, Del Pezzo Roberto, Ferro Giuseppe, Bianchi Rocco, Corda Simone, Potenza Memeli Daniele.



**Sandro Pertini**

*Calabrese Francesco, Costanzi Rodolfo, Deli Umberto, Di Bernardino Davide, Di Russo Cristian, Mercanti Gianluca, Messina Stefano, Pantoni Marco, Reino Silvano, Soricetti Alessandro, Verdecchia Stefano, Ciavarella Michele, Capuano Yuri.*



**Cristo Re**

*Orsini Massimiliano, Gallo Francesco, Faticoni Graziano, Buffone Marco, Dessi Dario, Di Carlo Luca, D'Agostino Daniele, Pancrazi Eros, D'Onofrio Francesco, Bellincontro Sebastiano, Masseroni Filippo, Iannarelli Andrea.*



**M. G. Vannini**

*Carbone Massimo, Califano Alessandro, Paoletti Leonardo, Minotti Pasqualino, Casella Filippo, Patacchiola Luca, Capri Daniele, Manzo Aniello, Scipioni Marco, Di Vendra Giuseppe, David Damiano, Caratelli Emanuele, Carbone Giovanni, Tavani Gianpaolo, Liporace Stefano.*



**Nursind**

*Cacialli Alessandro, Gitti Jari, Gitti Bruno, Di Gregorio Salvatore, De Marchis Fabio, David Gianluca, Massariello Fabio, Cunsolo Giuseppe, Talucci Fabio, Cicerelli Sergio, Di Biagio Massimiliano, Carbonetti Maurizio, Bachis Fabio, Acciaccarelli Mauro, Paoletti Alessandro, Lo Rizio Paolo.*



**Ass. Inf. Transculturale**

*Valente Davide, Tortora Pantaleo, Centini Jacopo, Mancini Mauro, Turi Marcello, Ceci David, Zappia Christian, Antonelli Daniele, Strada Matteo, Stievano Alessandro, Albuquerque L. Alejandro, Albuquerque C. Nelson.*



**S.M.O.M.**

*Tunnera Stefano, Galluccio Mauro, Di Tommaso Dario, Gallo Francesco, Petrillo Giovanni, Pergolini Riccardo, Raimo Giuseppe, Storti Antonio, Schiraldi Emanuele, Colavincenzo Silvio.*



**Collegio di Roma**

*Tarantino Giuseppe, Miduri Luca, Palazzi Fabio, Tiberi Mario, Fiorda Maurizio, Salvatori Domenico, Panerai David, Carosella Marco, Rech Manuel, Minni Daniele, Di Bartolomeo Luigi.*



**Umberto I Sc. Inf.**

*Maida Vito, Sardelli Francesco, Fuoco Angelo, Tocci Danilo, Ponzi Marco, Zonetti Federico, Scacchi Nicola, Tavaniello Claudio.*



**7th Bridge Aniarti**

*Laterza Luca, Perrone Marco, Del Monaco Sergio, Paternoster Mirco, Lamanna Vincenzo, Presta G.Maria, Romigi Gaetano, Palazzolo Niccolò, Ardito Gabriele, Biancotti Marco, Bocchini Fabrizio, Romigi Andrea, Salinaro Gianluca, Trovarelli Fabrizio, Bonanni Paolo.*



**San Giovanni**

*Iori Giuliano, D'Agostino Fabio, Cherubini Antonio, Barbato Diego, Frongillo Franco, Savini Mirko, Scippo Michele, Morelli Angelo, Gentileschi Luca, Grossi Raimondo, Meloni Marco.*



**All Stars Sc. Inf. Vannini**

*De Felice Alessandro, Di Girolamo Alessandro, Conte Raffaele, Bianchi Marco, Pirelli Alessio, Franzè Franco, Terenzi Dario, Sperandini Pierluigi.*



**Sant'Andrea**

*Giudice Umberto, Lozzi Marco, Nuccio Piero, Giovannone Giuseppe, Pietrini Giandomenico, Bellini Massimiliano, Vigneri Alessandro, Mastrodonato Flavio, Fanucci Massimo, Ciavatta Stefano, Cusano Fabio, Casadidio Antonio, Sacco Fabrizio.*

## Progetto sperimentale per i bambini delle scuole primarie: *first responder*

**N**ell'ambito delle innumerevoli attività che l'Upter Sport di Roma svolge nella formazione sanitaria della popolazione, in via sperimentale, è stato effettuato un progetto formativo volto a fornire informazioni chiare e precise ai bambini su come intervenire e chi chiamare in caso di bisogno.

Il titolo del progetto è: *first responder*.

Il ruolo assunto dal cittadino nel tempestivo riconoscimento delle situazioni di pericolo e nell'attivazione del sistema di soccorso è essenziale per garantire il successo di quello professionale.

Tutti, infatti, possiamo trovarci di fronte a situazioni in cui è necessario chiamare aiuto o prestare le prime cure a persone che non si sentono bene.

È importante, quindi, creare condizioni adeguate affinché chi è presente sulla scena dell'incidente, chiamato il 118, sia capace di gestire il periodo di tempo che precede l'arrivo dei soccorsi.

Sul territorio nazionale, sono molte le attività che vengono effettuate per educare al primo soccorso, anche se molto disomogenee tra loro, specie per quanto concerne contenuti e metodologie. Alcune volte i testimoni di malesseri o incidenti possono essere addirittura dei bambini e per questo motivo, in alcuni stati degli Usa, i corsi di primo soccorso vengono inseriti nei programmi didattici della scuola primaria.

Qui, in Italia, sono presenti iniziative riguardanti corsi di primo soccorso rivolte principalmente agli studenti della scuola secondaria di primo e secondo grado.

Solo da pochi anni, si è iniziato a parlare dell'importanza di introdurre, già nella scuola primaria, iniziative riguardanti questo argomento, poiché si è visto che i bambini hanno capacità di apprendimento notevole (oltre alla facilità con cui comprendono nuovi concetti ed abilità gestuali) e molta curiosità verso il mondo degli adulti.

Lo scopo del progetto di cui parliamo, allora, è dare proprio ai bambini delle informazioni chiare e precise su come intervenire e chi chiamare in caso di bisogno.

Il *first responder* (figura già presente in altri Paesi) è colui che interviene per primo sul luogo del pericolo, attivando i soccorsi. Non sono rare le situazioni in cui sono proprio i bambini ad intervenire chiamando un adulto.

Per questo motivo, attraverso il gioco, la visualizzazione di rappresentazioni animate, proprio a loro si forniranno nozioni chiare e precise su cosa fare.

Il corso è stato effettuato, a fine maggio, in una classe IV della scuola primaria "Rosalba Carriera" di Roma da Cristian Vender, esperto di formazione in area critica sanitaria, coadiuvato da personale infermieristico specializzato nella gestione di emergenze di pronto soccorso, in primis Veronica Mazzone e Giovanni Angius, infermieri del pronto soccorso adulti dell'ospedale San Camillo di Roma.

Il corso è stato implementato in una giornata, dalle ore 9 alle ore 15, all'interno della classe.

È stata richiesta una liberatoria da parte dei genitori per la visione di eventuali fotografie e durante la lezione erano presenti i docenti.

Il Programma dettagliato del corso, effettuato mediante una metodologia formativa attiva (*role playing, focus group, interattività dei partecipanti, uso delle tecniche del problem solving*), è:

- 9-9.15, presentazione del corso ai bambini e preparazione dell'aula;
- 9.15-9.30, come siamo fatti (anatomia e fisiologia di cuore, polmoni...);
- 9.30-9.45, rappresentazione di una persona che si sente bene;





9.45-10, rappresentazione di una persona che si sente male;  
 10-10.15, domande e cose da fare per definire che una persona necessita di aiuto;  
 10.15-10.30, interattività con i bambini (coinvolgimento attivo);  
 10.30-11, pausa (ricreazione);  
 11-11.15, la chiamata d'aiuto: rappresentazione su chi chiamare e cosa dire...;  
 11.15-11.30, impariamo la filastrocca della chiamata di soccorso (interattività con i bambini);  
 11.30-12, gioco dei ruoli con i bambini;  
 12-12.15, la sicurezza prima di agire sulla vittima (allontanamento da incendio, gas, pericoli vari);  
 12.15-12.30, valutazione coscienza e respiro;  
 12.30-14, pausa (pranzo)  
 14-14.15, apertura delle vie aeree e posizione laterale di sicurezza (rappresentazione);  
 14.15-14.30, ripetizione;  
 14.30-14.50, simulazione giocosa con i bambini delle manovre;  
 14.50-15, consegna dei gadget e degli attestati di fine corso.  
 Questo, con una suddivisione in quattro parti.

**Prima parte:**

*"Quando accorgersi che una persona non sta bene"*  
 Rappresentazione mediante scene teatrali, con travestimenti divertenti, su come può apparire una persona che sta male.  
 Insegnamento ai bambini su come accorgersi se una persona ha bisogno d'aiuto (i segni).  
 Spiegazione schematica, attraverso rappresentazioni con disegni (cartoon) delle funzioni vitali, (coscienza, respiro, attività cardiaca).

**Seconda parte:**

*"Come chiamare aiuto"*  
 Mediante l'utilizzo di telefoni viva voce, fatti con bicchieri di plastica e filo, si simula una chiamata al servizio di 118 e una richiesta di aiuto ad una persona adulta.  
 Mediante una semplice filastrocca si insegna al bambino cosa comunicare all'operatore del 118 e/o alla persona adulta.  
 Prove pratiche mediante il gioco dei ruoli (bambino operatore del

118, bambino richiedente del soccorso).

**Terza parte:**

*"Cosa fare prima dell'intervento degli adulti o degli operatori del 118 sul luogo della richiesta d'aiuto"*

Esecuzione semplice di manovre per agire in sicurezza (rappresentazione teatrale e *cartoon* per spiegare come allontanare la vittima da fonti di pericolo: incendio, gas, incidente stradale), sicurezza della scena, "chiamata verbale e tattile" per verificare lo stato di coscienza, manovra di apertura delle vie aeree, posizione laterale di sicurezza.

Esecuzione di manovre semplici dettate dall'operatore 118, agire in sicurezza sulla scena dell'incidente o malessere. Esecuzione di piccole immobilizzazioni.

**Quarta parte:**

Simulazione giocosa della chiamata al 118, esecuzione di manovre semplici da parte dei bambini.

A gruppi viene simulato un intervento di soccorso, con scambio dei ruoli.

Al termine del corso, consegna degli attestati, gadget e kit con il materiale didattico ad ogni bambino.

Finita la giornata, i bambini sono stati entusiasti del corso e della metodologia adottata.

I genitori hanno raccontato, nei giorni seguenti, che i bambini, tornati a casa, hanno simulato alcune posizioni apprese durante il corso direttamente sui genitori.

La sperimentazione di un insegnamento *face to face* (senza l'utilizzo di tecnologie visive) mediante utilizzo di *cartoon*, cartoncini e colori vari, l'interattività completa con i bambini è stata la chiave del successo del corso.

Il progetto è stato inviato a circa 300 scuole di tutto il Lazio.

**Cristian Vender**

*coordinatore del corso*

**Veronica Mazzone, Giovanni Angius**

*Upter Sport di Roma*

## La presentazione del Centro di Eccellenza e il nuovo portale Ipasvi fanno il giro d'Italia

**D**al punto di vista del "meteo" mediatico, l'estate 2011 arriva all'insegna della tradizione: l'anticiclone vacanziero e spensierato degli italiani sferzato da violente burrasche dovute all'emergenza personale.

I mezzi d'informazione, divisi tra dovere di cronaca e vezzo scandalistico, ripropongono gli stessi titoli di un anno fa.

La carenza di operatori sanitari, aggravata dalle ferie estive, ripropone il solito *refrain* degli ospedali e dei pronto soccorso "chiusi per ferie". La situazione non muta lungo tutto lo stivale, quasi senza eccezioni.

Pure una buona organizzazione sanitaria, come quella piemontese, soffre molto, svelando addirittura reparti appena inaugurati e già costretti alla chiusura. **La Stampa** titola: "Vietato

### LA STAMPA

ammalarsi d'estate, ospedali in vacanza forzata", e riferisce: "Attività ridotta per i tagli a Carmagnola, Chieri e Moncalieri. Carmagnola non ha più spazio per i neonati. Almeno per questa estate, poi da ottobre si vedrà. Anche il colorato reparto di pediatria del San Lorenzo, inaugurato giusto un mese fa, è destinato ad andare in ferie. Vacanze forzate, e anche piuttosto lunghe, visto che la chiusura del Punto nascita è prevista dal primo luglio all'8 settembre".

E come ogni estate, con l'esplosione dell'emergenza personale arriva puntuale per gli infermieri la palma della professione più richiesta sul mercato del lavoro.

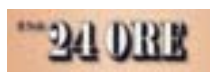
Il quotidiano economico **Italia Oggi** (7/6/2011) scrive a caratteri cubitali: "Lavoro, la corsia non conosce crisi - La Conferenza dei

### Italia Oggi

corsi di laurea delle professioni sanitarie stila la classifica delle qualifiche più gettonate. Infermieri e fisioterapisti si confermano i più richiesti". Nel servizio si legge: "Un tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria, fresco di diploma, ha più possibilità di trovare un'occupazione rispetto ad un insegnante. Ma meno di un infermiere. A conti fatti, quindi, le professioni sanitarie, secondo l'analisi della Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie (effettuata incrociando i dati di AlmaLaurea e del Consorzio Cilea Stella - Statistiche su tema laureati e lavoro in archivio on-line), mostrano di rimanere ben salde sul podio occupazionale molto più di altri profili di studio. Con sensibili differenze, però, tra i diversi gruppi disciplinari che fanno capo alle 22 professioni sanitarie di area non medica. Basti pensare che, a un anno dalla laurea, lavora il 93% degli infermieri ma solo il 57% degli ostetrici, il 91% dei fisioterapisti e appena il 60%

dei tecnici di laboratorio, l'88% dei logopedisti e il 62% dei tecnici di neuro fisiopatologia".

Presentando lo studio in questione, **Il Sole24Ore** (13/6/2011) titola: "Lavoro velocissimo per gli infermieri - Sono la categoria in assoluto con meno problemi a trovare lavoro. A dirlo sono i numeri".



La realtà, però, racconta anche di scenari diversi e contraddittori, come il gran numero di infermieri con contratti precari a fronte di una così grave e perdurante carenza di questa figura negli organici delle Aziende sanitarie e ospedaliere. Nel Lazio, alle prese con un pesantissimo piano di rientro del deficit sanitario, la situazione è quanto mai difficile.

I tagli al budget e le chiusure di presidi ospedalieri e cliniche private falcidiano servizi e posti di lavoro.

Da Roma la stampa rilancia con forza le disperate vertenze di importanti strutture sanitarie, fra cui il Santa Lucia e quelle del gruppo San Raffaele, con particolare preoccupazione per la chiusura del centro di Velletri. Sul litorale non va meglio.

**La Repubblica** (11/6/2011) descrive così la situazione all'ospedale di Ostia: "Il Grassi di Ostia al collasso, reparti chiusi e poco personale". Si legge: "Liste d'attesa lunghissime e reparti chiusi.

### la Repubblica

Non c'è personale, le assunzioni sono bloccate e il rigido blocco del turn over non permette di garantire i livelli essenziali di assistenza. A rimetterci sono i pazienti che per un'operazione al femore devono aspettare almeno 15 giorni, invece delle 72 ore previste. Altri interventi, come le varici, sono stati addirittura soppressi perché ritenuti non urgenti".

I quotidiani locali rilanciano l'allarme anche dal resto della regione.

**Ciociaria Oggi** (14/6/2011) riferisce del pauroso intasamento di pazienti che si è creato nel nuovo ospedale di Frosinone dopo la chiusura di diversi presidi vicini: "Pronto soccorso nel caos.

### CIOCIARIA

Odissea allo Spaziani". Il servizio spiega: "Lunghe code da domenica sera fino a notte fonda: monta la protesta. Malati e anziani costretti ad attendere ore in corsia chiamano il 112. Ancora caos e code infinite al Pronto soccorso del nuovo ospedale Fabrizio Spaziani di Frosinone. Una domenica sera segnata da estenuanti code per i poveri pazienti che hanno dovuto attendere ore prima di essere medicati dai pochi medici e infermieri in servizio".

**Il Corriere di Viterbo** (17/6/2011) titola: "Sanità nel caos, stop a sostituzioni per malattia". Il quadro sanitario del viterbese è

descritto come "colpito al fianco da tagli, blocco del turn over e blocco delle sostituzioni per malattia e per maternità. Un piano di rientro che rischia di fare più vittime che eroi e dipendenti, per lo più precari, che vedono il miraggio della stabilizzazione sparire insieme al pagamento del proprio stipendio".

**La Provincia-Latina** (18/6/2011) lancia l'allarme per l'ospedale del capoluogo pontino: "Vietato ammalarsi - Due reparti senza infermieri - Emergenza al Goretti: un medico su tre è precario e scarseggiano gli infermieri". Nel sommario si legge: "Ennesimo allarme lanciato dall'Ordine dei medici e dai sindacati. La carenza di organico si fa sentire e la situazione è critica con l'estate alle porte. Due reparti senza infermieri, Ortopedia e Chirurgia vascolare in difficoltà. I lavoratori scrivono alla Asl".

**Il Corriere di Rieti** (10/6/2011) riferisce delle difficoltà a tenere in vita l'attività del nosocomio di Magliano Sabina: "Blitz all'ospedale di Magliano - Degenza infermieristica, un fallimento. Il direttore della Asl bloccato da alcuni cittadini: volevano spiegazioni sui tagli al Marini".

Organici semivuoti, strutture inadeguate, mezzi scarsissimi. E poi superlavoro, mansioni improprie, turni ripetuti e sfinenti. Il peso spropositato che grava sulle spalle degli infermieri caratterizza ormai da tempo quasi tutte le strutture sanitarie pubbliche e private di Roma e del Lazio.

Ma da Milano arriva una notizia che se non consola almeno può far riflettere chi di dovere. **Il Giornale** (28/6/2011) titola: "Turni massacranti, multato il San Raffaele". Il quotidiano milanese scrive: "Gli infermieri saltano i riposi obbligatori fra un turno e l'altro. Per questa violazione un reparto dell'ospedale San Raffaele di Milano è finito nel mirino dell'ispettorato del lavoro che, a quanto pare, ha sanzionato l'ospedale".

La prima ondata di caldo africano arriva presto e, forse, scuote duramente l'equilibrio di molti, facendo riesplodere l'emergenza sicurezza.

Fatto sta che gli episodi di aggressione violenta ai danni degli operatori sanitari sono sempre più frequenti e gravi. A farne le spese sono soprattutto gli infermieri del 118 e dei Pronto soccorso.

La situazione è particolarmente pesante a Napoli. **Il Mattino** (7/6/2011) titola "Ambulanze, infermieri aggrediti - La denuncia-protesta del 118: contro di noi le violenze di parenti e amici dei pazienti". Si legge nel servizio: "Aggressioni e violenza contro il personale del 118, preso di mira da parenti e amici dei pazienti da soccorrere. È sempre più allarmante il bilancio di medici ed infermieri napoletani che dopo aver prestato soccorso ai codici rossi si fanno refertare nei presidi di appartenenza e depositano regolare denuncia contro i propri aggressori. Nell'ultima settimana si sono verificati quattro episodi di agguati contro le

ambulanze giunte sui luoghi delle emergenze e, tra questi, quanto avvenuto a Ponticelli nella notte tra lunedì e martedì della scorsa settimana è stato definito dal personale medico un vero e proprio sequestro di persona".

Episodi simili si registrano un po' ovunque, anche nel Lazio. Fa scalpore il parapiglia scoppiato a Ponza, davanti a decine di turisti attoniti. **Latina Oggi** (3/6/2011) titola "Infermieri del 118 aggrediti - Stavano imbarcando un paziente al porto quando si è scatenato l'inferno. In tre sono dovuti poi ricorrere ad una visita al pronto soccorso di Formia".

Eppure, nel mare di guai quotidiani in cui vive la sanità e dove sguazzano volentieri i mezzi d'informazione, fra questi ultimi e la comunità infermieristica sembra essersi aperto, definitivamente, un canale virtuoso di comunicazione.

La duplice prova si è avuta con l'ottima reazione da parte dei media a due importanti iniziative che, agli occhi dei cittadini, segnano il livello raggiunto oggi dalla professione: l'esordio ufficiale del "Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica" attivato dal Collegio Ipasvi di Roma (del quale abbiamo diffusamente parlato nello scorso numero) e la presentazione del nuovo portale internet della Federazione Ipasvi.

La copertura dei due eventi è stata abbondante, segnata da una forte curiosità.

La duegiorni di Roma con cui il Centro di Eccellenza presenta al board internazionale e al pubblico il suo primo bilancio di attività cattura titoli e servizi tv. Meritano una menzione particolare gli ampi servizi dedicati all'evento da due testate importanti in ambito sanitario.

**Il Sole24Ore-Sanità** (19/5/2011) impegna due pagine e titola: "Nursing: caccia all'eccellenza - Bilancio di un anno e prospettive del Collegio Ipasvi di Roma per il Centro sulla ricerca infermieristica - Organizzazione in quattro poli, realizzati 16 progetti e definiti gli obiettivi quinquennali". Fra l'altro il servizio evidenzia l'aspetto della

qualità: "Anche se realizzato dal Collegio di Roma, il Centro, unico in Italia, coinvolge università italiane e straniere, personalità scientifiche, ricercatori, rappresentanti delle istituzioni e una fitta rete di consulenti".

**Panorama della Sanità** (n.19, maggio 2011) dedica ampio risalto all'intervista con il direttore del Centro e presidente del Collegio di Roma, Gennaro Rocco, dal titolo significativo: "La professione non può fermarsi". Si legge: "Una volta a pieno regime, il Centro potrà produrre risultati di grande importanza per la professione infermieristica ma anche per le altre professioni sanitarie. Consentirà di definire e adottare modelli di riferimento che integrano scoperta, applicazione e didattica".

L'attivazione del nuovo portale internet della Federazione Ipasvi ([www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)) fa il giro d'Italia in un baleno, salutata dall'eco



entusiasta dei media. La presentazione ufficiale dell'8 giugno scorso rimbalza subito fra le maggiori agenzie di stampa.

**AdnKronos** (8/6/2011) lancia così la notizia: "Salute, 15 milioni italiani la cercano sul web, arriva nuovo portale infermieri"; l'agenzia **Asca** (8/6/2011) riporta la dichiarazione del ministro della Salute Ferruccio Fazio, intervenuto a Roma alla presentazione del nuovo portale Ipasvi: "Ruolo fondamentale infermieri per azioni in rete"; l'**Ansa** (8/6/2011) batte il lancio: "Salute: chat



e dossier informativi, via nuovo sito infermieri per addetti a lavori e cittadini; 15 milioni cercano notizie su web".

Ne parlano diffusamente i quotidiani e gli organi di informazione più diversi. **Benessere e Salute** (8/6/2011) spiega: "rende disponibili più servizi e strumenti di dialogo interattivo tra gruppo dirigente, iscritti e Collegi; offre un canale diretto d'informazione con il cittadino in cui vengono fornite informazioni utili e consigli educativi sull'assistenza infermieristica e i corretti stili di vita; diventa la cerniera intorno alla quale ruotano tutti gli altri strumenti di comunicazione della Federazione nazionale e dei Collegi provinciali; ospita la rivista L'Infermiere che, da cartacea, è diventata una pubblicazione on-line, conservando l'indicizzazione su Ebsco".

La novità rimbalza con toni positivi e apprezzamenti specialmente sul web.

I siti d'informazione sono in prima linea. **Blitz Quotidiano** (8 giugno 2011) riferisce: "Il portale - come ha spiegato Annalisa Silvestro, presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi - sarà rivolto anche agli addetti ai lavori, per l'approfondimento professionale che passerà anche per una video-chat settimanale, proprio con la presidente".

**Pianeta Donna** (8/6/2011) aggiunge: "Le tre sottosezioni 'Click salute', 'L'infermiere risponde' e 'Abc salute' conterranno le risposte alle domande più frequenti e sarà possibile formulare domande a cui risponderanno alcuni tra gli oltre 390 mila infermieri italiani".



Sul nuovo portale Ipasvi si accendono i riflettori da Nord a Sud.

**Qui Sicilia** (8/6/2011) cita le parole del ministro Fazio: "L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche,

la contrazione dei tempi di degenza in ospedale, impongono di pensare e agire sempre più 'in rete' e di poter contare su operatori sanitari preparati e cittadini in grado di essere coinvolti attivamente nella propria salute. Gli infermieri possono svolgere un ruolo fondamentale in questa prospettiva, garantendo assistenza e professionalità e il potenziamento nel portale della comunicazione con gli utenti va proprio in questa direzione".

Dall'altro estremo della penisola, **Aostaoggi.it** (8/6/2011) aggiunge: "Il portale, arricchito da nuove sezioni e servizi ad hoc specificatamente dedicati sia agli utenti sia agli infermieri stessi, mette a disposizione degli oltre 15 milioni di italiani che giornalmente utilizzano il web come fonte di informazioni relative alla salute il bagaglio di esperienza e competenza degli infermieri italiani".

Ampia intervista, infine, su **Italia Oggi** (18 luglio) al presidente del Collegio Ipasvi di Roma, **Gennaro Rocco**, nelle vesti di vice



presidente della Federazione Nazionale. Si parla di formazione e univer-

sità, degli ulteriori tagli da parte delle Università dei posti a concorso per le lauree in Infermieristica, a fronte di un fabbisogno sempre maggiore da parte delle Regioni. "Il fatto è che la formazione dei giovani costa - dichiara Rocco - e una struttura sanitaria che deve fare i conti con i sempre più ridotti finanziamenti pubblici finisce per ridurre le convenzioni con le università. In un momento molto difficile come questo, ci rendiamo conto di non poter chiedere altri finanziamenti, ma in realtà basterebbe per quelli in essere che si vincolasse una quota parte alla formazione di nuove leve".

I posti complessivi messi a disposizione dal **Miur** (anno accademico 2011/2012) per formare nuovi professionisti sanitari sono drasticamente calati: 27.125 rispetto ai 28.142 dello scorso anno. Un taglio di 1.017 posti (-3,6%).

La riduzione riguarda soprattutto il profilo dell'Infermiere, che passa da 16.336 dello scorso anno a 15.781 (-3,4%).

A poco o nulla sono servite anche quest'anno le pressanti richieste delle Regioni per 20.435 posti e della Federazione nazionale Ipasvi, le cui stime parlano di un fabbisogno di 23.665 nuovi infermieri (di cui 203 infermieri pediatrici).

## Manuale Apa, come scrivere e pubblicare tesi e documenti scientifici

**L**a Scienza è rigore, pertanto quando i ricercatori vogliono produrre una conoscenza che abbia le caratteristiche della scientificità, devono seguire rigorosamente un metodo che rappresenta un rigido percorso di analisi della realtà, difficilmente falsificabile, di cui ci possiamo fidare (almeno fino a quando altri, utilizzando lo stesso metodo, non riescano a dimostrar altro).

In ambito scientifico, però, il rigore metodologico non si applica solo al processo di produzione della conoscenza, ma anche alla sua comunicazione.

Che cosa ne sarebbe di uno studio anche ben disegnato, condotto su un campione numeroso, se poi i risultati non fossero comunicati in modo efficace oppure generassero fraintendimenti?

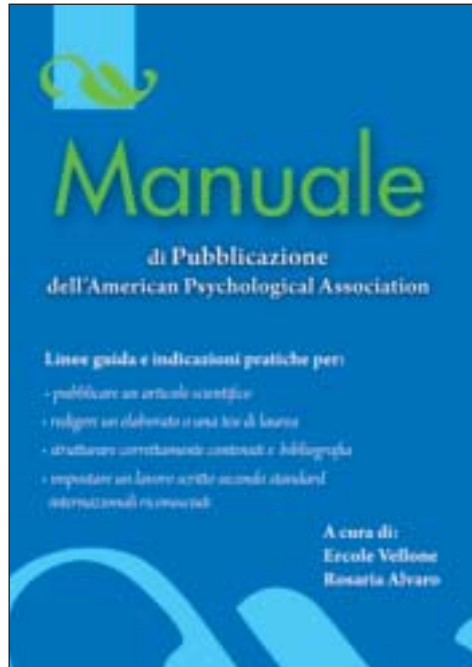
In ambito sanitario, poi, potrebbe essere addirittura pericoloso. Quindi la comunicazione scientifica è importante e deve essere altrettanto rigorosa quanto lo è il processo di ricerca.

Il Manuale Apa, qui in versione italiana, è giunto negli Stati Uniti alla VI edizione e rappresenta, dal 1929, un riferimento per la comunicazione scientifica scritta.

L'autore è l'*American Psychological Association*, ma questo non deve far erroneamente pensare che il testo sia rivolto solo agli psicologi; molte riviste scientifiche rimandano ad esso per la preparazione dei manoscritti.

In ambito infermieristico sono numerose le riviste che utilizzano lo stile Apa: *Journal of Nursing Scholarship*, *Journal of Transcultural Nursing*, *Oncology Nursing Forum*, *Western Journal of Nursing Research*, *Journal of Family Nursing*, *Nursing Science Quarterly*.

Il Manuale può essere uno strumento utile per quanti devono imbattersi nella scrittura di un documento scientifico: studenti e colleghi che, molto spesso, devono preparare elaborati o tesine richieste dai loro docenti e trovano molte difficoltà nel cercare di



organizzare il loro scritto con titoli e sottotitoli, tabelle e figure, citazioni bibliografiche nel testo e alla fine del documento.

Nello specifico, il Manuale Apa aiuterà il lettore a:

- comprendere gli aspetti etici connessi alla scrittura di un documento scientifico;
- capire come strutturare un report di ricerca (come scegliere i titoli e sottotitoli, come scrivere i nomi degli autori, l'abstract, l'introduzione, il metodo, i risultati e la discussione);
- individuare le tecniche stilistiche per scrivere in modo chiaro e conciso, con un accurato utilizzo della punteggiatura e delle abbreviazioni internazionali;
- comprendere come migliorare un documento con l'ausilio di tabelle, immagini e grafici e come formattarlo per renderlo comunicativo;

- capire come citare altri documenti e come scrivere in modo accurato la bibliografia;
- apprendere le fasi di pubblicazione di un articolo.

Esso, dunque, può essere un valido aiuto per chiunque debba o voglia scrivere un documento scientifico sia originale (articolo di ricerca) sia di revisione della letteratura.

Pertanto quelli che potranno trarre beneficio da questo volume sono soprattutto gli studenti (di qualsiasi livello e disciplina), che potranno avere un punto di riferimento per la preparazione dei loro elaborati e per la stesura della loro tesi.

Inoltre, poiché sono molte le riviste internazionali che utilizzano lo stile Apa, questo manuale sarà sicuramente utile anche a quei colleghi che vogliono pubblicare i loro lavori.

### Manuale di pubblicazione dell'American Psychological Association

Edizione italiana a cura di Ercole Vellone e Rosaria Alvaro  
Edises editore (20 euro)

## Un caso di responsabilità infermieristica in omicidio colposo

Commento alla sentenza della Corte di Cassazione, sez. IV Penale, del 13 maggio - 20 giugno 2011, n. 24573

Il caso che esaminiamo in questo è un caso di omicidio colposo per (presunta) responsabilità professionale del personale infermieristico e medico.

Ricordiamo ai non addetti ai lavori che per l'art. 43 cod. pen. "è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di *negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline*".

Ai sensi dell'art. 589 cod. pen. "Chiunque **cagiona per colpa la morte di una persona** è punito con la reclusione **da sei mesi a cinque anni**".

Esamineremo qui prima la sentenza del Tribunale (sentenza di merito) che esclude la responsabilità del personale sanitario (con motivazioni che criticheremo nelle considerazioni finali). La sentenza è stata impugnata e la Corte di cassazione riforma completamente la sentenza del Tribunale, rimettendo la decisione ad un nuovo giudice che dovrà necessariamente attenersi ai principii della Corte per rivalutare la responsabilità di tutto il personale sanitario (ivi inclusi gli infermieri).

### IL FATTO

Il processo ha avuto luogo nei confronti di D.P. (medico di pronto soccorso), R. (primario del reparto di ortopedia), L. (medico ortopedico in servizio durante il decorso post operatorio), B., S. e P. (infermieri) in ordine al delitto di omicidio colposo nei confronti di D.C. (paziente deceduto).

Secondo la ricostruzione esplicitata nella sentenza di primo grado, poco prima delle 6,00 del 13 settembre 2005 il paziente era rimasto coinvolto in un incidente stradale e, a seguito delle lesioni riportate (un politrauma con frattura esposta della gamba sx), era stato ricoverato presso l'ospedale di Canosa: al Pronto Soccorso, ove operava il dott. D., venivano refertati "frattura tibia sin.; contusioni escoriate multiple (volto, gomito sin., gamba dx); ferita l.c. gomito sin. e regione mentoniera". Nella circostanza, veniva effettuata una radiografia del cranio, dalla quale (annota la sentenza) "si desume l'assenza di rime o foci fratturativi".

Dalle ore 11 alle ore 12,30 il paziente era stato sottoposto ad intervento chirurgico all'arto inferiore destro. Nella fase post operatoria, la moglie del paziente chiedeva invano al personale infermieristico l'intervento di un medico perché il marito accusava stimolo al vomito, intensa sudorazione e sanguinamento.

Rilevata da un medico del Pronto soccorso la gravità della situa-

zione, alle 21,40 di quello stesso giorno il paziente, sottoposto ad esame Tac, veniva finalmente trasferito, ormai in stato di incoscienza, all'ospedale di Andria, per "stato di coma ed insufficienza cardiocircolatoria terminale in soggetto cranio traumatizzato". In detto ospedale veniva sottoposto ad intervento di craniotomia fronto-temporo-parietale per evacuazione dell'ematoma che, pur correttamente eseguito, faceva registrare un peggioramento delle condizioni del malato, trasferito successivamente al reparto di rianimazione dove restava sino al decesso verificatosi alle ore 7 circa del 17 settembre 2005.

Il profilo di colpa contestato al medico di Pronto Soccorso era che, pur rilevando numerose contusioni craniche e pur avendo richiesto la radiografia del cranio, non aveva fatto pronta diagnosi di trauma cranico commotivo e non aveva disposto immediatamente un esame Tac cranio in urgenza.

Ai medici ortopedici, invece, era contestato di avere superficialmente esaminato la cartella clinica del paziente, sottoponendolo ad intervento chirurgico in anestesia generale - sconsigliata dalla scienza medica nei confronti di pazienti affetti da trauma cranico commotivo - e di non avere svolto alcun monitoraggio ed alcuna valutazione neurologica del paziente.

Al personale infermieristico, infine, era addebitato di non aver dato corso e richiesto l'intervento del medico di reparto a fronte delle reiterate richieste di aiuto dei familiari ed amici recatisi a far visita al paziente che pur avevano segnalato fin dalle ore 16 la specifica sintomatologia del paziente.

### LE CONSULENZE TECNICHE ESPERITE NEL PROCESSO

#### La prima consulenza

Come evidenziato da una consulenza tecnica d'ufficio l'esame Tac venne eseguito intorno alle ore 21,30 di quel giorno e che la causa della morte "fu uno stato di coma ed insufficienza cardio-circolatoria terminale in soggetto con gravi lesioni cerebrali ... indicative di un traumatismo che ben poté realizzarsi a seguito di un urto contro una struttura del veicolo nel quale prendeva posto il paziente (ad esempio il volante, in quanto pare che la vittima fosse alla guida del proprio veicolo)", richiamando, quanto ai "mezzi che determinarono il trauma cranico, le caratteristiche del punto di applicazione della forza (ed in particolare della ferita lacero-contusa presente in regione sottomentoniera)". Il consulente rilevò che non vi era alcun motivo per suggerire indagini diagno-

stiche più approfondite di quelle effettivamente eseguite e che, conclusivamente, gli elementi di giudizio acquisiti non consentivano di prospettare elementi di colpa professionale nei confronti dei sanitari che ebbero in cura il paziente presso gli ospedali di Canosa di Puglia e di Andria.

#### **La seconda consulenza (disposta dal Pm)**

Il Tribunale ha altresì richiamato gli esiti dell'altra consulenza tecnica, disposta dal PM, affidata ad un neurochirurgo. Tale consulente evidenziò che, al momento del ricovero del paziente, *"erano presenti numerose contusioni craniche, e il meccanismo stesso della lesione (impatto della mandibola sul volante) implicava un trauma cranico violento"*. Evidenziò, inoltre, che il medico delle 21,30 aveva descritto il paziente come affetto da trauma cranico con amnesia post-traumatica, che e la conseguenza persistente della perdita di coscienza: pertanto il trauma avrebbe dovuto essere descritto immediatamente come commotivo. Secondo il consulente i medici del Pronto soccorso avrebbero dovuto o escludere la perdita di coscienza o segnalare, perché le procedure sono completamente diverse nei due casi.

Il fatto che i medici di Ps avessero richiesto la radiografia del cranio - del tutto inutile in un ospedale dotato di Tac accessibile in urgenza - testimoniava, secondo il Ctu, che si erano resi conto dell'esistenza di un trauma cranico violento, anche se, al momento, negativo nelle conseguenze cliniche. Di fatto il paziente aveva atteso circa due ore e mezzo (dalle 8 alle 10,30) dopo la conclusione degli esami radiologici, prima di essere operato, e in questo tempo ci sarebbero state tutte le possibilità di eseguire una Tac. **Il consulente richiamò, inoltre, le dichiarazioni dei parenti della vittima, in ordine alle rilevate condizioni sintomatiche del loro congiunto in tale lasso temporale, esprimendo il giudizio che il resoconto della moglie e dei figli fosse più verosimile rispetto a quello del personale medico-paramedico.**

Dalla sentenza impugnata risulta, infine, che il consulente aveva risposto positivamente al quesito del pubblico ministero se, con ragionevole probabilità, un più tempestivo intervento dei sanitari ed una più sollecita indagine strumentale a mezzo Tac avrebbe evitato o, comunque, ritardato l'exitus.

#### **La terza consulenza (prodotta dalla difesa di un imputato)**

La sentenza impugnata ha poi ritenuto assolutamente decisivo valorizzare le considerazioni medico-legali di un altro consulente esperto intervenuto nel procedimento, ovvero il prof. D.F., consulente della difesa. Tale consulente rilevò, tra l'altro, che non risultava documentato alcun trauma cranico e che la rx cranio eseguita in sede di pronto soccorso era correttamente effettuata a scopo cautelativo, non ricorrendo alcun elemento clinico e/o strumentale di giudizio che consentisse di effettuare la Tac cranio-encefalica in quanto, con giudizio ex ante, si trattava di un paziente contraddistinto da un trauma cranico minore.

Il consulente rilevò altresì che il paziente fu correttamente sottoposto a valutazione neurologica pre-anestesiologica nel reparto Ortopedia, che confermò la presenza di condizioni non controindicanti l'intervento di osteosintesi e che al termine dell'intervento

(ore 12,30), al risveglio dall'anestesia, fu nuovamente sottoposto a valutazione neurologica, che non evidenziò segni di deficit neurologici focali. In conclusione il citato consulente escludeva qualsivoglia profilo di responsabilità professionale a carico degli imputati.

### **LA SENTENZA DEL TRIBUNALE (POI RIFORMATA)**

Ciò premesso, richiamate tali acquisizioni procedurali, il giudice della gravata sentenza ha rilevato che le documentate e puntuali considerazioni del prof. I. consentivano agevolmente di escludere nel caso di specie profili di colpa professionale non solo in capo al dott. D.P. ma per tutti i medici che tennero in cura il D. presso l'Ospedale di Canosa di Puglia.

Quanto al personale paramedico (così in sentenza), il Tribunale ha escluso la responsabilità degli infermieri, per due motivi:

- (a) rilevando che erano infondati i "due presupposti" dell'accusa, cioè "la sussistenza dell'obbligo per gli infermieri di avvertire il medico di reparto di qualsiasi lamentela di parenti del paziente" e dell'obbligo per gli stessi "di valutare e percepire le sintomatologie dei pazienti";
- (b) che "le funzioni di ausiliari del personale medico imputabili agli infermieri escludono che questi abbiano autonomia valutativa in ordine alla verifica della compatibilità del quadro clinico del paziente con l'intervento e le cure dei medici. Insomma, gli infermieri non rivestono la posizione di garanzia come prospettata nel capo di imputazione ed è arduo configurare un nesso di causalità tra l'evento morte del D. e le condotte ascritte ai medici", sicché "anche per gli imputati infermieri valgono le considerazioni in ordine alla carenza di prova di un nesso causale tra la loro condotta e l'evento morte, dovendo richiamarsi in proposito tutte le considerazioni medico-legali sopra analizzate".

### **LA SENTENZA DELLA CORTE DI CASSAZIONE**

La Corte di Cassazione, dopo aver messo in evidenza la responsabilità del personale medico, analizza la posizione degli infermieri, affermando che è del tutto improponibile affermare, come ha fatto il Tribunale, che si debba escludere la sussistenza di una posizione di garanzia degli infermieri.

Secondo la Corte è vero proprio il contrario, e cioè che, **rientra nel proprio (non solo del sanitario, ma anche) dell'infermiere quello di controllare il decorso della convalescenza del paziente ricoverato in reparto, sì da poter porre le condizioni, in caso di dubbio, di un tempestivo intervento del medico.** Il ragionamento del giudicante, a tacer d'altro, finisce con il mortificare le competenze professionali dell'infermiere, che, invece, **svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente, essendo, come detto, l'infermiere onerato di vigilare sul decorso post operatorio, proprio ai fini di consentire, nel caso, l'intervento del medico.**

È evidente ancora l'equivoco del giudicante quando si sofferma

sull' "autonomia valutativa" dell'infermiere, rispetto al sanitario, che dimostra, a fortiori, l'errore concettuale di giudizio del Tribunale dove si afferma che gli infermieri non avrebbero l'obbligo di valutare il paziente".

Ha infatti ragione la Corte di cassazione che afferma che non è in discussione (né lo potrebbe essere) ... **l'obbligo per l'infermiere, anche solo in caso di dubbio ragionevole (qui, fondabile non foss'altro che per le reiterate indicazioni dei parenti), di chiamare l'intervento del medico di turno, cui poi compete la decisione ultima.**

## CONSIDERAZIONI FINALI

In passato ho avuto modo di sostenere che la centralità della responsabilità infermieristica si rinviene a mio avviso nell'obbligo di garanzia.

La sentenza della Corte di cassazione conferma questa impostazione di fondo e si inserisce in un orientamento giurisprudenziale già ormai consolidato.

È stato sostenuto infatti che gli operatori di una struttura sanitaria sono tutti portatori ex lege di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà (artt. 2 e 32 cost) nei confronti dei pazienti la cui salute essi devono tutelare contro qual si voglia pericolo che ne minacci l'integrità; e l'obbligo di protezione prosegue la Cassazione dura per l'intero tempo del turno di lavoro.

Nel caso in esame la Corte ha ritenuto responsabile il chirurgo che, concluso l'intervento, non fornì le necessarie indicazioni terapeutiche, lasciando il malato praticamente abbandonato a sé stesso. La corte ha ritenuto responsabile anche il personale infermieristico per la condotta omissiva, ossia per non aver "mai raccolto le

preoccupazioni reiterate" dalla moglie del paziente e per non aver ritenuto di avvertire nemmeno per scrupolo il medico di turno, che si trovava nella propria stanza (anch'egli ritenuto responsabile in quanto gli era affidato il reparto per la durata del turno).

L'obbligo di garanzia è stato affrontato da Cass. 14 novembre 2007 n.10795 e nasce dal principio (art.40, comma 2 c.p.) secondo cui non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo.

La ratio di questa norma si rinviene nei principi solidaristici (artt. 2 e 32 Cost. 41 Cost.) che impongono una tutela rafforzata e privilegiata di determinati beni (quali la vita e la salute) che i titolari non sono in grado di proteggere adeguatamente mentre ad altri determinati soggetti viene attribuita la posizione di "garanti" per la salvaguardia dell'integrità di tali beni primari e ad essi, ossia ai garanti, sono riconosciuti i poteri impeditivi dell'evento dannoso.

La posizione di garanzia del personale sanitario può nascere sia per contratto (e penso agli infermieri che operano in regime libero- professionale) ma anche in base alla normativa pubblica di tutela della salute come avviene nei casi di ricovero ospedaliero.

Sostiene, infatti, la giurisprudenza che con il ricovero ospedaliero, indipendentemente dal consenso del paziente, sorge l'obbligo giuridico di impedire l'evento.

**Con il ricovero, quindi, l'operatore sanitario ha l'obbligo giuridico di protezione che impone di preservare il bene protetto da tutti i rischi che possono ledere l'integrità del paziente.**

Avv. Alessandro Cuggiani

## IN PILLOLE

### **Emorragie intracerebrali, un sito web in aiuto**

*Utilizzare la rete per combattere le emorragie cerebrali.*

*Questo l'obiettivo di Ccm Italia, il primo sito web italiano dedicato alle malformazioni cavernose cerebrali (Ccm), anomalie ereditarie dei capillari sanguigni del cervello che mettono chi ne soffre a rischio di mal di testa ricorrenti, attacchi epilettici, deficit neurologici e, nei casi più gravi, emorragie intracerebrali.*

*Coordinatore del progetto, Francesco Retta, del dipartimento di Scienze cliniche e biologiche all'università di Torino, che, grazie a fondi Telethon, sta studiando i meccanismi molecolari alla base della patologia, ancora poco noti.*

*Ad oggi non c'è una cura specifica, a parte la rimozione per via chirurgica delle malformazioni accessibili nei pazienti a rischio di emorragia cerebrale o con epilessia resistente alle comuni terapie mediche.*

*La diagnosi di Ccm viene effettuata mediante risonanza magnetica, per quanto siano già disponibili test genetici che consentono di sapere preventivamente chi è portatore del difetto genetico in questione, che secondo le stime attuali riguarda lo 0,1-0,5% della popolazione e si traduce nei sintomi nel 20-30% dei casi.*

*Tra i casi celebri di questa malattia il campione di ciclismo Alberto Contador, vittima nel 2004 di un attacco epilettico durante una gara ciclistica e operato per l'asportazione di un angioma cavernoso cerebrale, e la campionessa olimpica di atletica Florence Griffith, morta a soli 39 anni proprio a causa di un'emorragia cerebrale.*

*Da qui l'obiettivo del progetto: oltre a studiarne i meccanismi biologici, occorre promuovere la conoscenza della patologia fra il pubblico e favorire così la diagnosi precoce.*

*Nasce così il sito Ccm Italia ([www.ccmitalia.unito.it](http://www.ccmitalia.unito.it)), destinato a creare una vasta connessione in rete fra i pazienti, ma anche, grazie a forum di discussione e ad una banca dati unificata, a facilitare l'interazione e lo scambio di informazioni fra clinici e ricercatori di base, per creare un vero e proprio network di ricerca multidisciplinare.*



## La febbre dei dispositivi "mobile" e l'infermieristica (parte quarta)

**R**iprendiamo quanto abbiamo lasciato nel numero 1 del 2011 a proposito degli applicativi dedicati all'infermieristica sui dispositivi mobili, cercando di concludere una panoramica non certo esaustiva sull'argomento. Ricordiamo che sul sito internet del Collegio Ipasvi di Roma potete trovare tutti i pregressi numeri della rivista in pdf liberamente scaricabili, compreso il numero 1/2011 dove trovate il precedente articolo dedicato.

Gli applicativi di seguito elencati sono disponibili su AndroidLib (<http://it.androidlib.com>).

### CALCOLO TERAPIE INFUSIONALI

Un'applicazione davvero utile, considerando anche il costo (gratuito). L'applicativo, una volta impostato con i parametri desiderati (unità di misura, diluizioni, peso del paziente...) restituisce la quantità di farmaco da somministrare, il totale diluito, e la velocità di infusione. Semplice ed efficace. Da provare.

### INJECTABLE MEDICINES

L'autore identifica con "infermieri addetti alle infusioni, studenti e farmacisti" il target di questo applicativo, in quanto riconosce come pratica ad alto rischio la terapia infusionale. È un vero e proprio corso di 40 minuti che insegna le tecniche infusionali,

ma soprattutto le interazioni farmacologiche. Costo: gratuito.

### NURSING INFO

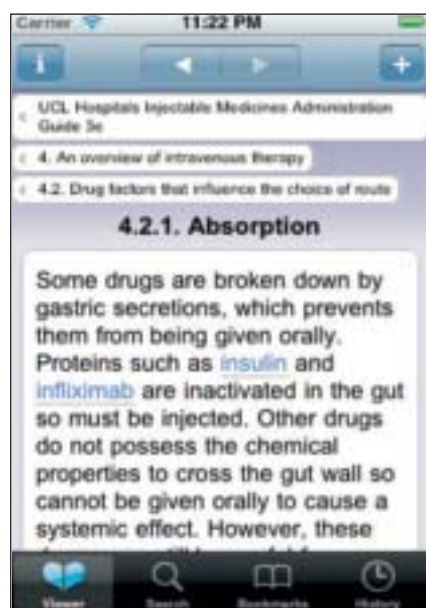
È un semplice lettore Rss sulle ultime notizie internazionali sull'universo dell'infermieristica. Interessante è la segnalazione di articoli di ricerca appena usciti. Costo: gratuito.

### SMARTPHARMA

È un prontuario farmaceutico multiplatforma, disponibile per Windows, Windows Mobile ed Android. Contiene più di 50.000 elementi descritti nel proprio database, ed è costantemente aggiornato (ultimo aggiornamento: luglio 2011). Si possono fare ricerche per "nome commerciale", "principio attivo", "gruppo terapeutico", "Codice ATC" ma soprattutto "indicazioni terapeutiche". Costo: 20 euro circa, ma è disponibile online una prova gratuita per tutti i dispositivi sopra descritti.

Questo applicativo ci è stato cortesemente segnalato dal collega infermiere Andrea Carratù che lo utilizza quotidianamente. Link diretto: <http://www.eperto.com/>

A cura di Fabrizio Tallarita  
Webmaster del Collegio Ipasvi di Roma  
[webmaster@ipasvi.roma.it](mailto:webmaster@ipasvi.roma.it)



Le schermate di alcune applicazioni utili in corsia

NON RICORDO DOV'È CHE HO LETTO  
QUELLA NOTIZIA SULL'ECCESSIVO NUMERO  
DI MEDICI IN ITALIA...



# NORME EDITORIALI

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

“Infermiere Oggi” pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L’articolo è sotto la responsabilità dell’autore o degli autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli direttivi. Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) introduzione; 3) materiali e metodi; 4) risultati; 5) eventuali discussioni; 6) conclusioni; 7) bibliografia.

### CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

Il vantaggio dell’uso del Vancouver Style è nel fatto che la lettura di un testo non interrotto dalla citazione risulta più facile e scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola<sup>2</sup>) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine dell’elaborato. Il Vancouver Style prevede:

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

### CITAZIONI DA INTERNET

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

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

### FIGURE E TABELLE

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

### ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

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

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

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

### DATE E NUMERI

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

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

### PAROLE STRANIERE

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

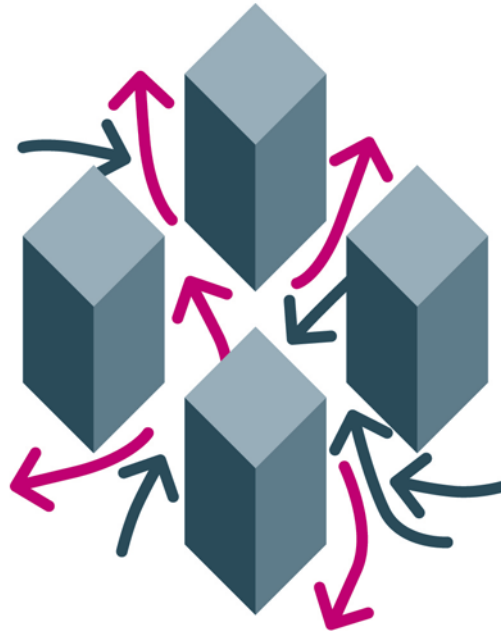
### MODALITÀ E TERMINI PER L’INVIO DEI LAVORI

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 Ispasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.



Collegio Ipasvi di Roma



## Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

Roma 24 - 25 Novembre 2011

# IV CONFERENZA INTERNAZIONALE

Ricerca infermieristica e buone pratiche: puntare all'eccellenza

Info: [www.ipasvi.roma.it](http://www.ipasvi.roma.it)

Iscrizioni: I Viaggi del Perigeo Tel +39 06 85301301