

INFERMIERE

oggi

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

N°4



EDITORIALE
Chi si prende cura
degli infermieri?

CONTRIBUTI
L'organizzazione dell'assistenza
infermieristica negli ambulatori
specialistici

FOCUS
Il bilancio delle attività
del triennio 2009-2011

L'AVVOCATO DICE
Alcune considerazioni sul caso
dell'infermiera affetta da Tbc

INFERMIERE

oggi

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXI - N. 4 - OTTOBRE-DICEMBRE 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: novembre 2011

Tiratura: 28.000 copie

Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi.

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

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

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

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

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

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 **Gli infermieri si prendono cura del malato. Chi si prende cura degli infermieri?**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 **L'organizzazione dell'assistenza infermieristica negli ambulatori specialistici**
di Maria Grazia Proietti, Rita Brugioni, Eleonora De Vito, Renato Baffioni, Lucia Sammarco
- 12 **Indagine conoscitiva su come gli studenti infermieri vivono e rielaborano il (con)tatto con il corpo**
di Federica Mencattelli, Elena Cristofori, Maria Luisa Rega, Pasqualina Poddighe, Caterina Galletti
- 16 **Il modello dell'ospedale magnete: studio sui fattori considerati "attrattivi" per la permanenza degli infermieri nella pratica clinica**
di Micaela Carnali
- 24 **Salute occupazionale e stress da lavoro correlato. La questione infermieristica**
di Laura Sabatino
- 27 **La presenza dei parenti nelle Unità di Cure intensive: una revisione della letteratura**
di Matias Eduardo Diaz Crescitelli

FOCUS

- 35 **IL BILANCIO DELLE ATTIVITÀ DEL TRIENNIO 2009-2011**

DICONO DI NOI

- 58 **L'ingiusto accanimento dei media sull'infermiera colpita dalla Tbc**
60 **Il Collegio di Roma premiato al Gala Anlaids**

LETTO PER VOI

- 61 **Violenza sulle donne, un libro su un fenomeno dilagante**

L'AVVOCATO DICE

- 62 **Alcune considerazioni sul caso dell'infermiera affetta da Tbc**
63 **A Roma il decimo congresso Enda**

- 64 **LA VIGNETTA DEL MESE**



Gli infermieri si prendono cura del malato. Chi si prende cura degli infermieri?

di Gennaro Rocco

D'accordo, la nostra missione professionale è chiara: prenderci cura del malato. Ma chi si prende cura degli infermieri? Chiederselo oggi, in un frangente tanto difficile per la sanità, non è un vezzo ma un'esigenza. Anche perché dalla risposta dipende il futuro del sistema sanitario pubblico universale, quindi la garanzia di cura e assistenza per tutti i cittadini.

In questo scenario il nostro ruolo è centrale, determinante. Come sempre, abbiamo ottime intenzioni: vogliamo darci da fare per migliorarci e migliorare i servizi. E lo facciamo ogni giorno. Ma siamo ormai allo stremo delle forze, sfiniti dalla quotidiana lotta contro condizioni di lavoro proibitive, spesso indecenti, perfino umilianti.

Alla politica, alla Regione, alle istituzioni sanitarie stiamo chiedendo da tempo un vero impegno a occuparsi di noi, a evitare che la sanità affoghi continuando a tartassare gli infermieri che sono pochi, sovraccarichi di lavoro, di responsabilità e precari. **E mentre negli organici delle Asl e delle Aziende ospedaliere mancano migliaia di infermieri, per non restare disoccupati i giovani neo laureati subiscono odiose forme di sfruttamento e remunerazioni da fame. Basta!**

Si può cambiare, si deve cambiare. Oggi possiamo preterderlo perché abbiamo l'autorità professionale e culturale per farlo. E abbiamo pure tutti i requisiti di legge. Grazie a una formidabile stagione di conquiste legislative e organizzative, unica nel mondo delle professioni, abbiamo agguantato la formazione universitaria, lo status di professione intellettuale, il livello massimo di autonomia, l'esclusività delle prestazioni assistenziali. Abbiamo chiuso definitivamente con l'epoca del mansionario che per decenni ci ha relegato al ruolo di "paramedici". Siamo professionisti tutti nuovi, altamente specializzati, con significative punte di eccellenza capaci di stupire il mondo.

Ci manca però il resto, la nostra faccia oscura della luna. Non c'è il riconoscimento concreto, sul piano contrattuale

ed economico, di ciò che siamo diventati e di ciò che facciamo ogni giorno per evitare il collasso di reparti e servizi. La difficile situazione generale, particolarmente critica nel Lazio per il pauroso debito sanitario, ha minato il terreno su cui si muovono le rappresentanze sindacali. Ostacoli oggettivi che hanno impedito di cogliere i risultati sperati. E strameritati.

Almeno però possiamo rivendicare a gran voce questo diritto, conquistato grazie al valore di unità del gruppo professionale alimentato in questi anni dal nostro Collegio, continuando a rispettare la piena autonomia dei sindacati in materia di contrattazione. Al Collegio compete un'altra sfera: tutelare prima di tutto gli interessi dei cittadini e degli iscritti, specialmente sul fronte delicatissimo delle garanzie professionali. Non possiamo tuttavia tacere che il momento è drammatico e che gli infermieri hanno bisogno di una stagione di forte rivendicazione.

Il Collegio la sua parte cerca di farla tutta: una montagna di corsi di formazione e iniziative culturali, crediti Ecm, congressi, convegni, seminari, ricerca, scambi, servizi avanzati agli iscritti, tutela legale gratuita, promozione professionale, rapporti con ministeri, enti e università. Fino al Centro di eccellenza per la ricerca infermieristica, unico in Europa e vero fiore all'occhiello degli infermieri romani, capace nel suo primo anno di attività di coinvolgere un numero incredibile di colleghi nei suoi progetti di ricerca. Straordinaria partecipazione e vitalità che stanno offrendo al nostro Centro di eccellenza gli onori della ribalta scientifica internazionale. Proprio la grande partecipazione dei colleghi alle tantissime attività del Collegio segna il mandato di questo Consiglio direttivo (nel Focus di questo numero il resoconto sintetico dell'ultimo triennio).

Lottiamo duramente su molti fronti, anche contro i nemici più o meno occulti degli infermieri. Hanno provato a scipparci il Med45, cioè l'autonomia della disciplina infermieristica in ambito universitario. Abbiamo corso un grave

rischio. Tutto era pronto per consegnare il nostro sapere nelle mani di altre professioni. Ci siamo battuti fino in fondo e l'abbiamo spuntata, facendo nostra questa difficile impresa. Decisiva è stata la compattezza dei Collegi e della Federazione Ipasvi, più forte delle lobby di potere che vorrebbero farci tornare molto indietro.

Ecco perché, con preoccupante cadenza, riaffiorano i tentativi di tarparci le ali. L'obiettivo è demolire la nostra "casa professionale", evidentemente troppo operativa, innovativa e scomoda. Ma perché vogliono abolire il nostro Ordine? Perché non se la prendono con altre professioni? E perché mai con quelle più "forti", fin troppo avvezze a campare di rendita?

Se oggi l'infermiere è un professionista adulto e autonomo lo deve anche al "sistema Ipasvi", una cortina solidale costruita con pazienza e fatica attorno alla nostra professionalità. Ci ha salvato dalle reiterate manovre per cancellarci. E anche i demagogici tentativi di mettere l'uno contro l'altro gli infermieri per creare la frangia contestatrice "anti-Collegio" non fanno breccia tra i colleghi. D'altronde, se ciò avvenisse spianerebbe la strada a chi vuole riportare gli infermieri a trent'anni fa, a una figura professionale sottoposta, in balia del mansionario. Non accadrà.

Ci battiamo a testa alta, con orgoglio. E sappiamo aprirci al mondo, mostrando le capacità raggiunte dalla nostra comunità professionale. Così, negli anni, il Collegio di Roma si è imposto come punto di riferimento sul piano nazionale e internazionale e per molte professioni sanitarie. Abbiamo fatto nostra la logica dell'internazionalizzazione e sosteniamo progetti di ricerca con le più prestigiose università del mondo. E spesso sono i nostri partner internazionali ad acquisire conoscenze e *best practice* da noi.

Per contro, ci ritroviamo a dover fronteggiare condizioni lavorative da incubo. Proprio sugli inaccettabili carichi di lavoro che gravano sui pochi infermieri in servizio abbiamo concentrato il nostro pressing sulla Regione, sulle Aziende, sui media. Anche se sui temi contrattuali il Collegio non ha poteri, è intervenuto ripetutamente in tutte le sedi possibili a tutela dei colleghi precari, sottoposti a vessazioni di ogni tipo e con stipendi da fame. Abbiamo lavorato sodo sui percorsi di carriera per il riconoscimento della Dirigenza e della Carriera clinica prevista dalla legge 43/2006 e mai applicata.

Nella fase storica peggiore della sanità laziale, da quasi un lustro senza un assessore regionale di riferimento, grazie

all'impegno davvero encomiabile di tanti colleghi il Collegio non si è risparmiato. È stato ed è più che mai prodigo di iniziative e di nuovi servizi agli iscritti. Ma l'entusiasmo che anima il nostro team professionale si scontra amaramente con la profonda crisi che colpisce tanti ospedali e strutture sanitarie a Roma e nel Lazio. **Ci sentiamo oggi particolarmente vicini a tutti quei colleghi, spesso anche marito e moglie impiegati nello stesso ospedale, che sono senza stipendio o lo ricevono con grave ritardo.** È in gioco la sussistenza di tante famiglie. E il loro futuro. Lo abbiamo scritto a chiare note nell'ultima lettera aperta alla governatrice Polverini: **la Regione intervenga con urgenza contro la distruzione dei posti di lavoro, la sotto occupazione e le remunerazioni scandalose. Siamo nauseati dalle promesse vane della politica che non mette in primo piano il bene della collettività, con la complicità interessata di certe caste professionali.**

Siamo "indignati" più di chi manifesta in piazza contro le Borse. Siamo stanchi delle meline e degli intralazzi. Ai nostri politici chiediamo di mostrare quel coraggio e quella trasparenza che oggi non si vede. Certo, è come chiederlo a un sordo. Per questo il nostro Collegio ha temprato un gruppo dirigente forte e molto esperto, in grado di arginare i continui attacchi esterni alla professione e di interloquire con i vari livelli istituzionali, le università, le aziende sanitarie.

Il nostro è un Collegio aperto e solidale, che si fa forte della partecipazione attiva del più alto numero di infermieri d'Italia. Rappresenta in molti campi l'avanguardia della professione portandone onori e oneri. Sente tutta la responsabilità del difficile momento e compie uno sforzo ulteriore in aiuto dei tanti colleghi in difficoltà. Perciò torva la forza di andare controcorrente e, unico esempio in campo nazionale, riduce da subito la quota di iscrizione. Lo fa senza tagliare alcun servizio, grazie ai frutti del faticoso lavoro svolto in questi anni sul recupero delle morosità e alle nuove iscrizioni.

Non c'è tempo da perdere. La nostra professione ha bisogno di rigore e serietà. **Dobbiamo sfoderare tutta la nostra competenza per confrontarci utilmente con le Asl, la Regione, le Università.** Anatemi e demagogia non aiutano ad affrontare il futuro, peraltro difficile. Serve una grande compattezza per non perdere il patrimonio di credibilità che gli infermieri romani, con il loro Collegio, hanno conquistato con i denti e tanto sudore.



**ALL'INTERNO UN INSERTO SPECIALE
CON TUTTI I SERVIZI GRATUITI CHE IL COLLEGIO
IPASVI DI ROMA OFFRE AI PROPRI ISCRITTI
(DA PAG 35 A PAG 57)**

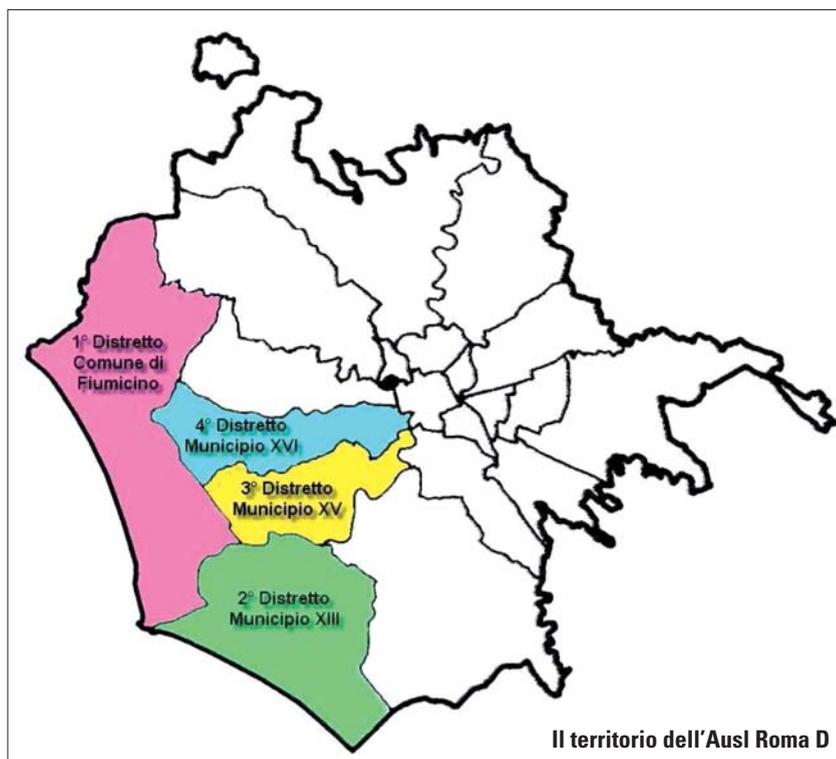
L'organizzazione dell'assistenza infermieristica negli ambulatori specialistici

di Maria Grazia Proietti, Rita Brugioni, Eleonora De Vito, Renato Baffioni, Lucia Sammarco

Al fine di fornire indicazioni circa l'organizzazione dell'assistenza infermieristica negli ambulatori specialistici, occorre preliminarmente individuare, con chiarezza, il campo di competenza dell'infermiere. A tal proposito si richiama il comma 1 dell'art.1 della legge 42/99¹, il quale dispone che la denominazione di "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie², nonché in altre disposizioni di legge, sia sostituito dalla denominazione "professione sanitaria". Inoltre, il comma 2 dello stesso art. 1 dispone l'abrogazione del Dpr 225/1974 - il cosiddetto "mansionario" -, per cui il campo di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario, nonché degli specifici codici deontologici.

Ciò presuppone l'attribuzione all'infermiere di un ambito autonomo e non derivato di attività al quale corrisponde l'assunzione in proprio di responsabilità nei confronti dell'assistito.

La norma ha sancito l'inconsistenza di un ruolo ancillare dell'infermiere nei confronti del medico, rafforzando contestualmente il ruolo di servizio al cittadino di tutti i professionisti sanitari. Se una funzione di collaborazione è utile, occorre sottolineare che questa è esercitata da un'équipe di professionisti: una precisazione più necessaria se si tiene conto della grave crisi di risorse, in particolare infermieristiche, che invita a diverse considerazioni.



Il territorio dell'Ausl Roma D

Infatti, se è vero che da una parte l'indisponibilità di un numero di unità di personale è tale da poterle dedicare a collaborare con ciascuno specialista, dall'altra va valutato il costo delle prestazioni che, evidentemente, lieviterebbe se si considerassero rese, ciascuna, da una coppia di professionisti anziché da un singolo specialista.

Una riflessione particolare merita il ruolo di tutela medico-legale che all'infermiere in taluni casi si chiede di svolgere nei confronti dello specialista, allorché i professionisti vogliono proteggersi dal

rischio di eventuali accuse degli utenti. In effetti, una tale garanzia non può essere assicurata con la presenza dell'infermiere nell'ambulatorio (come già non è assicurata negli altri contesti), dove molto spesso il professionista – medico, infermiere, fisioterapista, ecc. – è da solo ad effettuare la prestazione sanitaria all'utente.

Pertanto, l'assenza dell'infermiere nella sala non giustifica, in alcun modo, il rifiuto di erogare la prestazione, o il suo differimento, da parte del medico.

In ogni caso, prevale il principio che il

professionista debba rendere la prestazione concordata, a meno che il rischio del danno conseguente all'assenza dell'infermiere non superi ragionevolmente la previsione del beneficio.

A tal proposito, l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali all'art. 30 (organizzazione del lavoro) comma 3, testualmente recita: *"Al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate, le aziende devono garantire nei poliambulatori pubblici, i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi e di sicurezza necessari allo svolgimento delle attività, quali ad esempio la presenza di personale tecnico ed infermieristico..."*.

Anche la norma contrattuale è pertanto coerente nell'indicare **la professionalità infermieristica come una componente essenziale dell'organizzazione del servizio ambulatoriale**, nella misura in cui è utile a garantire un adeguato livello di qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate, il che non equivale certo alla pretesa di un infermiere accanto a ciascuno specialista, anche quando si possa senz'altro condividere che, ove mai fosse possibile, la qualità e la sicurezza delle cure se ne avvantaggerebbero.

Al fine di valutare le implicazioni delle argomentazioni espresse per l'organizzazione del lavoro, in termini di ottimizzazione delle risorse da dedicare all'attività ambulatoriale che rispondano più efficacemente alla domanda espressa e ai bisogni degli utenti, si è costituito un gruppo di lavoro, formato dai Responsabili Infermieristici e dagli Infermieri Coordinatori dei Servizi Infermieristici dei Distretti Sanitari XV e XVI Municipio e dall'Infermiere Coordinatore della Uos Cure Primarie del Distretto Sanitario XV Municipio dell'Azienda Usl Roma D.

ATTIVITÀ DELL'INFERMIERE NEI SERVIZI SPECIALISTICI

Il gruppo di lavoro ha proceduto, innanzitutto, a individuare le attività trasversali – giornaliere, periodiche, occasionali – che l'infermiere deve assicurare nei Servizi di Medicina Specialistica (Sms): l'approvvigionamento del materiale

ATTIVITÀ GIORNALIERE	controllo defibrillatore
	controllo bombole ossigeno
A) preparazione della sala:	predisposizione microclima
	predisposizione piani di lavoro
	verifica della disponibilità dei presidi specifici
	verifica della disponibilità della modulistica
B) accoglienza:	informazioni e orientamento dell'utenza
	controllo documentazione per l'accesso alla visita specialistica
	gestione criticità
C) esecuzione prestazione:	attività infermieristica resa in équipe
	eventuale sostegno all'utente in difficoltà
	collaborazione con il medico
D) fine visita:	orientamento utente per eventuali successivi accessi e gestione regime terapeutico
E) fine seduta:	controllo impegnative e consegna al Cup
	compilazione registro di sala
	conteggio dati Sias (numero prenotati, numero visitati, numero prestazioni)
	riordino ambulatorio: decontaminazione strumentario e avvio alla sterilizzazione, ripristino delle condizioni operative per la seduta successiva
ATTIVITÀ SETTIMANALI	disinfezione turbina spirometro
	sostituzione disco rilevatore temperatura frigorifero dei farmaci
	stoccaggio camici
	pulizia a fondo dei carrelli
	approvvigionamento farmaci sale visita
	approvvigionamento cancelleria sale visita
	approvvigionamento modulistica sale visita

occorrente, la manutenzione delle apparecchiature e dello strumentario, la preparazione e il riordino dell'ambiente nel quale sono programmate prestazioni sanitarie (compresa la sterilizzazione dello strumentario e dei materiali di medicazione) e lo smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi. (Tabella 1).

Inoltre, vanno svolte direttamente dal singolo professionista che eroga la prestazione, in relazione alla specificità professionale – medico, infermiere, fisio-

terapista, tecnico di radiologia, ecc. – le attività connesse alla prestazione: la chiamata dell'utente nell'ordine di prenotazione, la spunta del foglio di lavoro, la registrazione della prestazione, la compilazione della scheda ambulatoriale, del referto e del ricettario, l'inserimento dei rifiuti sanitari negli appositi contenitori, l'inserimento dello strumentario usato nel contenitore per la decontaminazione, il ripristino di condizioni ottimali per l'utente successivo, come ad esempio il

ATTIVITÀ OCCASIONALI	chiusura contenitori rifiuti speciali e taglienti
	sostituzione liquidi per fibroscopio - ogni 12 giorni (sterilizzazione) - dopo 24h dalla preparazione (decontaminante)
	pulizia lenti oculistica
	gestione eventuale urgenza
ATTIVITÀ MENSILI	controllo carrello emergenza e cassetta pronto soccorso
	controllo e stoccaggio del materiale proveniente dalla farmacia
	controllo e stoccaggio del materiale proveniente dal magazzino
	dati Sias: - ritiro dai registri di sala dei fogli mese concluso - sostituzione con quelli del mese in corso - conteggio dati di tutte le branche presenti - elaborazione
	controllo scadenze farmaci e presidi: - armadi di sala - locale stoccaggio farmaci - carrello emergenza - cassetta emergenza - carrelli sala - confezioni materiale sterilizzato
	controllo autoclave: - controllo biologico (secondo procedura) - pulizia - svuotamento e reintegro acqua

Tabella 1. Attività trasversali dell'infermiere nei Sms

cambio del telo sul lettino da visita. In secondo luogo, l'esiguo numero di unità infermieristiche rende necessaria l'individuazione, per ciascun presidio, delle attività di medicina specialistica che richiedono in via prioritaria la collaborazione in équipe dell'infermiere. Alcune attività ambulatoriali richiedono l'intervento diretto dell'infermiere a erogare la prestazione, oppure a soste-

gno del paziente e in collaborazione con il medico. Per tali attività è evidente che il Coordinatore Infermieristico deve assicurare l'assistenza infermieristica, in quanto rappresenta la condizione perché la prestazione sia erogata, o comunque garantisca un adeguato livello di qualità. Nello stesso modo, il coordinatore deve assicurare le prestazioni dell'ambulatorio

infermieristico, che configura spazi di autonomia che gli infermieri gestiscono a vantaggio dei cittadini.

VALUTAZIONE DELL'IMPEGNO RICHIESTO IN CIASCUN AMBULATORIO SPECIALISTICO

Per definire un'organizzazione del lavoro ottimale, occorre anche valutare l'impegno richiesto all'infermiere in ciascun ambulatorio specialistico.

A tal fine, sono state esaminate le "Linee-guida per l'assistenza ambulatoriale infermieristica sulla base del metodo Viba (Valutazione Infermieristica Bisogno Assistenziale)", elaborate da un gruppo di lavoro dell'Azienda UsI Roma A.

Il metodo Viba consente di attribuire a ciascun utente una classe di priorità, in relazione alle condizioni psico-fisiche dell'utente e alla tipologia della prestazione ambulatoriale, in base a cui pianificare l'assistenza infermieristica.

La condizione psico-fisica (orientamento spazio-temporale, deambulazione, collaborazione) definisce la "necessità di aiuto alla persona", ovvero l'impegno dell'infermiere necessario a porre l'utente nella condizione di ricevere la prestazione, in rapporto alle tre fasi di articolazione dell'atto assistenziale: "prima", "durante" e "dopo".

Sono previsti tre livelli di necessità:

1. **elevata**: l'aiuto alla persona è necessario in tutte e tre le fasi;
2. **media**: l'aiuto alla persona è necessario solo nella fase "durante";
3. **bassa**: l'aiuto alla persona non è necessario o serve solo per la fase "prima" o "dopo".

Nell'applicazione al contesto dei servizi presenti nei Distretti del XV e XVI Municipio, si ritiene opportuno procedere ad una semplificazione della classificazione, giacché il supporto all'utente in relazione alla condizione psicofisica o è necessario o non lo è.

Se l'utente è orientato e collaborante, ma richiede un supporto per il posizionamento sul lettino, non è plausibile che l'infermiere si allontani durante l'esecuzione della prestazione per tornare alla fine. Inoltre, il maggior supporto, in relazione alle condizioni psicofisiche, più che per il deficit motorio e sensoriale di anziani e portatori di handicap (in genere, già supportati da accompagnatori), si



richiede per persone con disturbi psichici, disorientate o non collaboranti, o per persone straniere, appartenenti a diversa cultura e religione, ove l'infermiere svolge un prezioso ruolo di mediazione. Anche in questi casi, la presenza dell'infermiere nella sala è opportuna per tutta la durata della prestazione, per cui si ritiene che la classificazione del bisogno assistenziale in relazione alle condizioni psico-fisiche dell'utente si limiti a due:

- **necessario**: l'aiuto alla persona è necessario "prima", "durante" e "dopo" la prestazione;
- **non necessario**: l'aiuto alla persona non è necessario.

Per quantificare l'impegno infermieristico nell'aiuto alla persona in relazione alle condizioni psico-fisiche, si potrebbe annotarlo sul piano di lavoro, al fine di disporre di una rilevazione almeno annuale su cui basare una definizione del fabbisogno del personale di assistenza. Il gruppo di lavoro dell'Azienda Usl Roma A classifica, inoltre, la tipologia della prestazione ambulatoriale specialistica in relazione alla complessità dell'attività tecnico-professionale infermieristica, in collaborazione con il medico e a supporto dell'utente, di nuovo in riferimento alle tre fasi in cui temporalmente si articola la prestazione: "prima", "durante" e "dopo", prevedendo due livelli di complessità:

1. **poco complesso**: l'assistenza infermieristica necessita solo nella fase "prima" e "dopo" (preparazione sala, riordino, ecc.).

In altri termini, è riconducibile all'insieme delle attività quotidiane, già elencate e descritte nella precedente tabella, ad eccezione di quelle di cui al punto C;

2. **complesso**: l'assistenza infermieristica necessita in tutte e tre le fasi.

In altri termini, la prestazione di medicina specialistica si intende erogata da un'équipe formata dal medico specialista e dall'infermiere.

Il gruppo di lavoro dell'Azienda Usl Roma D ha effettuato un'analisi di tutte le

prestazioni di medicina specialistica erogate nei Distretti Sanitari del XV e XVI Municipio e le ha classificate sulla base dei medesimi criteri in due livelli di complessità. (Tabella 2 nelle pagine successive).

I colleghi dell'Azienda Usl Roma A, dopo aver analizzato tutte le prestazioni effettuate negli ambulatori di medicina specialistica, sulla base dei suddetti criteri e averle classificate secondo i due livelli di complessità, hanno combinato la pesatura dei due parametri, di tipologia della prestazione e di necessità di aiuto alla persona, definendo tre classi di bisogno assistenziale, cui corrispondono altrettante classi di priorità:

1. **Classe I (Viba alto)**: tutte le prestazioni a tipologia complessa e tutte quelle a tipologia poco complessa se associate a paziente con elevata o media necessità di aiuto alla persona;
2. **Classe II (Viba medio)**: tutte le prestazioni a tipologia poco complessa se associate a paziente con media necessità di aiuto alla persona;
3. **Classe III (Viba basso)**: tutte le prestazioni a tipologia poco complessa se associate a paziente con bassa necessità di aiuto alla persona.

CLASSIFICAZIONE DELL'IMPEGNO RICHIESTO NEGLI AMBULATORI SPECIALISTICI DEI DISTRETTI SANITARI XV E XVI MUNICIPIO DELL'AZIENDA USL ROMA D

Tuttavia, in conseguenza della classificazione su due modalità del bisogno di aiuto alla persona adottato in questo lavoro, anche le classi di impegno richiesto all'infermiere si riducono a due:

1. **impegno elevato**: tutte le prestazioni a tipologia complessa e quelle a tipologia poco complessa se associate a persona che necessita di aiuto;
2. **impegno basso**: tutte le prestazioni a tipologia poco complessa se associate a persona che non necessita di aiuto.

Un discorso a sé merita l'ambulatorio infermieristico, compresa la sala prelievi, in cui le prestazioni sono specificamente rese dall'infermiere, per cui la sua presenza è condizione per il funzionamento stesso dell'ambulatorio.

Pertanto, le sale di medicina specialistica presenti nei Distretti Sanitari del XV e XVI Municipio possono essere classificate nel modo seguente:

1. **infermiere necessariamente presente**: ambulatorio infermieristico e sala prelievi (2 x 25 prelievi giornalieri; 3 x oltre 25);
2. **infermiere presente in ciascuna sala**, compatibilmente con la disponibilità di personale³, in ordine di priorità: odontoiatria, medicina dello sport, cardiologia, etc.;
3. **infermiere presente in condivisione fra più sale**, purché contigue e sullo stesso piano, compatibilmente con la disponibilità di personale³: allergologia, anesthesiologia, angiologia ecocolor-doppler, chirurgia, dermatologia, diabetologia, dietologia, endocrinologia, gastroenterologia, medicina fisica e riabilitazione, medicina interna, neurologia, oculistica, oncologia, Orl, ortopedia, ostetricia e ginecologia, pneumologia, radiologia diagnostica ecografia, reumatologia, urologia.

AUTORI:

Maria Grazia Proietti, responsabile servizio infermieristico Distretto sanitario XV Municipio Azienda Usl Roma D;

Rita Brugioni, responsabile servizio infermieristico Distretto sanitario XVI Municipio Azienda Usl Roma D;

Eleonora De Vito, infermiere coordinatore Uos Cure primarie Distretto sanitario XV Municipio Azienda Usl Roma D;

Renato Baffioni, infermiere coordinatore Servizio infermieristico Distretto sanitario XV Municipio Azienda Usl Roma D;

Lucia Sammarco, infermiere coordinatore Servizio infermieristico Distretto sanitario XVI Municipio Azienda Usl Roma D.

NOTE

¹ Legge 26 febbraio 1999 n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

² Regio Decreto 1265/1934 e successive modificazioni.

³ Fermo restando che il medico deve rendere la prestazione concordata indipendentemente dal fatto che la sua presenza sia possibile.

Tabella 2. Prestazioni di medicina specialistica erogate nei Distretti Sanitari del XV e XVI Municipio dell'Azienda Usl Roma D: classificazione sulla base del livello di complessità

DS XV	DS XVI	Descrizione Prestazione	Codice	Livello di Complessità	
				Complessa	Poco Complessa
		ALLERGOLOGIA codice branca 99			
•	•	Visita generale	89.7		•
•	•	Visita successiva	89.01		•
	•	Test percutanei e intracutanei a lettura immediata (fino a 12 allergeni)	91.90.6	•	
	•	Immunoterapia specifica per via sottocutanea	99.12	•	
		ANESTESIA codice branca 82			
•		Visita generale	89.7		•
•		Visita successiva	89.01		•
		ANGIOLOGIA codice branca 05			
	•	Visita generale	89.7		•
	•	Visita successiva	89.01		•
•	•	Ecocolordoppler tronchi sovraortici	88.73.5		•
•	•	Ecocolordoppler arti superiori o inferiori	88.77.2		•
	•	Doppler o Laser-Doppler arti superiori o inferiori	88.77.3		•
	•	Ecocolordoppler aorta addominale	88.77.2		•
		CARDIOLOGIA codice branca 08			
•	•	Visita generale	89.7		•
•	•	Visita successiva	89.01		•
•	•	Ecg	89.52	•	
	•	Ecg da sforzo	89.41	•	
	•	Holter cardiologico	89.50	•	
	•	Holter pressorio	89.61.1	•	
	•	Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo	88.72.3	•	
		CHIRURGIA GENERALE codice branca 09			
•		Visita generale	89.7		•
•		Visita successiva	89.01		•
•		Medicazione ferita ulcera ustione	93.57.1	•	
•		Rimozione punti	86.56	•	

DS XV	DS XVI	Descrizione Prestazione	Codice	Livello di Complessità	
				Complessa	Poco Complessa
		DERMASIFILOPATIA codice branca 52			
•	•	Visita generale	89.7		•
•	•	Visita successiva	89.01		•
•	•	Crioterapia di lesione cutanea	86.3.1		•
•		Asportazione di lesione cutanea mediante cauterizzazione o folgorazione (D.C.T.)	86.3.3	•	
	•	Osservazione dermatologia epiluminescenza	89.39.1		•
		DIABETOLOGIA codice branca 19 (Endocrinologia)			
•	•	Visita generale	89.7		•
•	•	Visita successiva	89.01		•
		DIETOLOGIA codice branca 99			
•	•	Visita generale	89.7		•
•	•	Visita successiva	89.01		•
		ENDOCRINOLOGIA codice branca 19			
	•	Visita generale	89.7		•
	•	Visita successiva	89.01		•
		GASTROENTEROLOGIA codice branca 58			
•		Visita generale	89.7		•
•		Visita successiva	89.01		•
		MEDICINA DELLO SPORT codice branca 15			
•	•	Visita specialistica con certificazione medico sportiva, sport di Tab. "A", soggetti >18 anni (comprende esame completo urine, Ecg a riposo)	V 70.31	•	
•	•	Visita specialistica con certificazione medico sportiva, sport di Tab. "B", soggetti >18 anni (comprende esame completo urine, Ecg a riposo, Ecg dopo step-test con calcolo IRI, spirometria)	V 70.32	•	
•	•	Visita specialistica con certificazione medico sportiva, sport di Tab. "A", soggetti <18 anni (comprende esame completo urine, Ecg a riposo)	V 70.33	•	
•	•	Visita specialistica con certificazione medico sportiva, sport di Tab. "B", soggetti <18 anni (comprende esame completo urine, Ecg a riposo, Ecg dopo step-test con calcolo IRI, spirometria)	V 70.34	•	
•	•	Visita specialistica con certificazione medico sportiva accertamento idoneità non agonistica	V 70.35	•	
•		Certificazione per l'idoneità sportiva di soggetti portatori di handicap	V 70.36	•	

DS XV	DS XVI	Descrizione Prestazione	Codice	Livello di Complessità	
				Complessa	Poco Complessa
		MEDICINA FISICA E DELLA RIABILITAZIONE codice branca 56			
	•	Visita generale	89.7		•
	•	Visita successiva	89.01		•
		MEDICINA INTERNA codice branca 99			
	•	Visita generale	89.7		•
	•	Visita successiva	89.01		•
		NEUROLOGIA codice branca 32			
	•	Visita neurologica	89.13		•
	•	Visita successiva	89.01		•
		OCULISTICA codice branca 34			
	•	Visita oculistica	95.02		•
	•	Visita successiva	89.01		•
	•	Campo visivo	95.05		•
	•	Esame fondo oculare	95.09.1		•
	•	Specillazione canali lacrimali	09.42		•
	•	Test glaucoma provocazione	95.26		•
	•	Tonografia	95.26		•
	•	Tonometria	89.11		•
	•	Pachimetria corneale	95.13.1		•
	•	Esoftalmo	95.09.02		•
		ODONTOSTOMATOLOGIA codice branca 35			
	•	Visita generale	89.7	•	
	•	Visita successiva	89.01	•	
	•	Ablazione tartaro	96.54.1	•	
	•	Dente con otturazione ricostruzione fino a 2 sup.	23.20.1	•	
	•	Dente con otturazione ricostruzione fino a 3 e più	23.20.2	•	
	•	Dente deciduo estrazione	23.01	•	
	•	Dente permanente estrazione	23.09	•	
	•	Radice residua estrazione	23.11	•	
	•	Terapia canalare monoradicolato	23.71.1	•	
	•	Terapia canale pluriradicolato	23.71.2	•	
	•	Visita odontoiatrica per protesi	89.01	•	
	•	Visita ortodonzia mobile	89.7	•	
	•	Trattamento ortodontico apparecchio ortopedico 1 anno	24.70.3	•	
	•	Ricostruzione dente con intarsio	23.3	•	

DS XV	DS XVI	Descrizione Prestazione	Codice	Livello di Complessità	
				Complessa	Poco Complessa
		ONCOLOGIA codice branca 64			
	•	Visita generale	89.7		•
	•	Visita successiva	89.01		•
		ORTOPEDIA codice branca 36			
	•	Visita generale	89.7		•
	•	Visita successiva	89.01		•
	•	Artrocentesi	81.91	•	
	•	Infiltrazioni ortopediche	81.92	•	
	•	Valutazione protesica collaudo protesi	93.03		•
		OSTETRICIA E GINECOLOGIA codice branca 37			
	•	Visita ginecologica, visita ostetrico/ginecologica/andrologica	89.26		•
	•	Visita successiva	89.01		•
	•	Prelievo citologico	91.48.4		•
	•	Eco ginecologica	88.78.2		•
	•	Eco transvaginale	88.78.7		•
		OTORINOLARINGOIATRIA codice branca 38			
	•	Visita generale	89.7		•
	•	Visita successiva	89.01		•
	•	Lavaggio auricolare tappo di cerume	96.52	•	
	•	Laringoscopia a fibre ottiche	31.42	•	
	•	Laringoscopia indiretta	31.42.1		•
	•	Medicazione Orl	96.59		•
	•	Training per disfasia	93.72.1		•
	•	Rieducazione dei disturbi fonarticolari e deglutitori	93.72.3		•
	•	Esame audiometrico tonale completo	95.41.1		•
	•	Esame audiometrico vocale	95.41.2		•
	•	Esame impedenzometrico	95.42		•
	•	Valutazione audiologica	95.43		•
	•	Test clinico funzionalità vestibolare	95.44.1	•	
	•	Esame vestibolare	95.44.2	•	

DS XV	DS XVI	Descrizione Prestazione	Codice	Livello di Complessità	
				Complessa	Poco Complessa
		PNEUMOLOGIA codice branca 68			
•	•	Visita generale	89.7		•
•	•	Visita successiva	89.01		•
	•	Emogasanalisi arteriosa-sistemica	89.65.1	•	
	•	Pulsiossimetria dinamica	89.50	•	
•	•	Spirometria semplice	89.37.1	•	
	•	Prelievo di sangue arterioso	91.48.5	•	
•		Test percutanei (fino a 12 allergeni)	91.90.6	•	
		RADIOLOGIA DIAGNOSTICA ECOGRAFIA codice branca 69			
•	•	Diagnostica ecografia del capo, collo (tiroidea/paratiroidea, ghiandole salivari, linfonodi)	88.71.4		•
•		Ecocolordoppler capo/collo (tiroide)	88.71.5		•
•	•	Ecografia mammaria bilaterale (cavi ascellari)	88.73.1		•
•	•	Ecografia addome superiore	88.74.1		•
	•	Ecocolordoppler fegato e vie biliari	88.74.2		•
	•	Ecocolordoppler pancreas	88.74.3		•
	•	Ecocolordoppler milza	88.74.4		•
	•	Ecocolordoppler reni e surreni	88.74.5		•
•	•	Eco addome inferiore	88.75.1		•
•	•	Eco addome completo	88.76.1		•
•		Eco grossi vasi addominali	88.76.2		•
•		Eco ostetrica	88.78		•
•		Eco ginecologica	88.78.2		•
•	•	Eco cute e tessuto sottocutaneo	88.79.1		•
•	•	Eco osteoarticolare	88.79.2		•
•	•	Eco musco tendine	88.79.3		•
	•	Eco pene	88.79.5		•
•	•	Eco testicolare	88.79.6		•
	•	Eco trans vaginale	88.79.7		•
		REUMATOLOGIA codice branca 99			
	•	Visita generale	89.7		•
	•	Visita successiva	89.01		•
	•	Iniezione sostanze terapeutiche	81.92	•	
		UROLOGIA codice branca 43			
•		Visita generale	89.7		•
•		Visita successiva	89.01		•

Indagine conoscitiva su come gli studenti infermieri vivono e rielaborano il (con)tatto con il corpo

di Federica Mencattelli, Elena Cristofori, Maria Luisa Rega, Pasqualina Poddighe, Caterina Galletti

ABSTRACT

In quasi tutte le culture, il corpo e le sue funzioni sono interpretati come argomenti privati e solo alcune parti sono considerate socialmente toccabili.

Il *nursing* prevede l'accesso e il tocco ad alcune parti del corpo, ma il tema del (con)tatto nelle cure infermieristiche non è molto indagato.

Uno studio condotto da J. Lawler, utilizzando il metodo delle interviste, ha messo in evidenza i vissuti degli infermieri e la paura, l'imbarazzo, la timidezza quando, per la prima volta, si sono confrontati con "corpi nudi".

Essere infermiere comporta il saper controllare le emozioni e richiede di mettere in gioco i propri sensi (la vista, il tatto, l'udito, il gusto) e di avere la capacità di alleviare e confortare, con i gesti, la sofferenza e il bisogno di essere assistito dell'altro.

Il vero protagonista dell'assistenza infermieristica è il corpo che ha bisogno di essere preso in cura.

La malattia restringe il mondo, lo limita gradualmente al solo corpo malato: allora, una voce rassicurante, due mani esperte, la pelle di un altro a contatto con la propria, diventano le uniche comunicazioni veramente importanti.

Lo studio, strutturato su un modello di tipo fenomenologico, si propone di indagare il tema del (con)tatto, catturando le emozioni degli studenti infermieri su come hanno vissuto e rielaborato l'impatto con il lavoro infermieristico.

Gli autori ritengono infatti che le esperienze degli studenti infermieri abbiano un ruolo importante: il loro

vissuto è ricco di informazioni. È attraverso i loro pensieri che si può rilevare la relazione che si instaura tra il corpo di chi ha bisogno di aiuto e il corpo di chi lo dà. I loro racconti sono un modo per capire come il corpo viene interpretato e vissuto, perché le prime esperienze rimangono impresse nella mente e sono importanti per indagare l'essenza dell'esperienza vissuta nella cura del corpo e di differenziare il *nursing work* da un semplice intervento tecnico.

Parole chiave: cure del corpo, *nursing*, formazione infermieristica, tatto.

INTRODUZIONE

Nella relazione di cura, il professionista infermiere, entrando in contatto con il corpo dell'altro (un corpo vissuto, denso di significati), attiva anche il proprio (che è altrettanto vivo, carico di emozioni, affettività, intimità, sessualità).

L'infermiere si accinge spesso, con la sua corporeità, nella zona personale ed intima della persona malata percependone l'odore e il calore e, attraverso il contatto, invia messaggi d'affetto, di coinvolgimento, di supporto e vicinanza all'altro bisognoso di aiuto.

Il toccare l'altro è un atto comunicativo primario che influenza la natura e la qualità della relazione: essere infermiere comporta il saper controllare le emozioni e richiede di mettere in gioco i propri sensi (la vista, il tatto, l'udito, il gusto) e di avere la capacità di alleviare e confortare con i gesti la sofferenza e il bisogno di essere assistito.

Nel nostro Paese, il percorso di studi per

diventare infermieri prevede un contatto immediato con le persone malate già dal primo anno di corso.

L'incontro con l'altro bisognoso e in situazione di malattia avviene in un contesto in cui il vissuto emozionale dello studente infermiere (in qualità di neofita di circa 19 anni) non è ancora pronto a fronteggiare le situazioni forti che possono provocare disgusto, anche se i termini disgusto, sporco, nausea, riferiti ad attività legate ad una professione sanitaria, potrebbero sembrare indelicati.

La letteratura inglese al riguardo parla di *dirty work* per tutte quelle attività di rilevante importanza che abitualmente l'infermiere svolge, come ad esempio aiutare il paziente non autonomo ad evacuare (attività che potrebbero sembrare banali, ma in realtà non lo sono). Non a caso, tali prestazioni richiedono non solo preparazione tecnica, ma una estrema sensibilità e umanità, poiché la persona mette a nudo le parti intime del suo corpo e ciò non è semplice, né per il paziente né, talvolta, per il professionista, soprattutto quando quest'ultimo è uno studente.

Difatti, da come viene vissuta l'esperienza iniziale e da quali tipo di reazioni suscita, spesso dipende la decisione di abbandonare o continuare la formazione professionale.

Da qui l'idea di descrivere in che misura il problema del (con)tatto con il corpo influenza l'esperienza di apprendimento degli studenti infermieri nell'assistere una persona e quali fattori possano determinare o favorire il fenomeno del "disgusto".



MATERIALI E METODI

L'indagine, che utilizza un disegno di studio di tipo fenomenologico, si è sviluppata attraverso il coinvolgimento degli studenti infermieri del corso di laurea in Infermieristica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e si è svolta tra settembre e novembre 2009.

Ai 17 studenti partecipanti è stato chiesto di scrivere una storia di "disgusto" in cui si sono trovati coinvolti e di cui dovevano indicare cosa è successo, cosa è stato fatto e quali emozioni/reazioni hanno provato.

È stata scelta la forma scritta poiché, anche se si perde la spontaneità delle risposte, permette ai partecipanti di pensare meglio a quello che vogliono condividere.

Per la significatività e la plausibilità dello studio, tra le narrazioni, ne sono state selezionate ed esaminate 16, i criteri di inclusione sono stati: specificità dell'episodio, chiarezza espositiva e completezza dell'episodio narrato.

L'analisi delle narrazioni è stata svolta con la trascrizione delle stesse su file di "word" e predisponendo un archivio informatico.

Quindi, si è proceduto induttivamente a categorizzare le storie e a individuarne gli attributi.

Per verificare la pertinenza della categorizzazione e degli attributi è stata utilizzata la validazione consensuale.

Infine, si è proceduto alla elaborazione statistica con il "software NVivo versione 8" e a creare legami tra le narrazioni in funzione della presenza di elementi comuni.

RISULTATI

Analizzando i testi delle interviste, si evidenzia come gli studenti non abbiano utilizzato dei vocaboli particolarmente enfatici per descrivere gli episodi e – sia i maschi che le femmine – hanno narrato le storie utilizzando in modo appropriato termini tecnici e sanitari.

Nelle narrazioni gli studenti percepiscono il "disgusto" come situazione professionale con un importante impatto iniziale impegnativo da elaborare e superare ma, una volta vinto, viene lasciato a livello marginale, connotando il *dirty work* di una valenza positiva, quasi catartica: non c'è stato alcun evento di "disgusto" così forte da non

affrontare più il tirocinio e lasciar perdere tutto.

Tra i commenti: *"Fino ad adesso, i momenti di 'disgusto' vissuti nell'esperienza del tirocinio clinico li ho considerati punti di forza, anche se non scevro da qualche rischio per la propria salute..."; "ho solo paura di venire infettato da azioni non corrette..."*.

I temi inerenti il coinvolgimento emotivo dello studente nel (con)tatto con un corpo malato sono stati raggruppati in cinque aree comprensive di tutti i temi:

1. l'attenzione rivolta alla persona;
2. gli atteggiamenti delle persone coinvolte;
3. l'integrità del corpo/cute;
4. i sensi coinvolti (odore, vista, tatto, udito);
5. le attività maggiormente collegate al "disgusto".

Le storie narrate dagli studenti permettono di arricchire le loro attività professionali con una particolare connotazione: la loro non è solo attenzione alla tecnica e al "saper fare bene" ma è rivolta anche alla persona soggetto delle cure: *"...Quando sono lì, in Uo, non penso più al 'disgusto', nonostante sia presente,*



perché quello che per me conta è solo ed esclusivamente la persona che ho di fronte”; “...L’esperienza è stata sconvolgente ma adesso penso a quanto abbia sofferto quella persona”.

Le narrazioni, inoltre, hanno permesso di mettere in evidenza un elemento di “disgusto” nuovo rispetto alla letteratura in merito: gli atteggiamenti delle persone. *“...La cosa che mi ricordo è quando una paziente stava morendo ed è venuto il rianimatore. Un uomo disgustoso. Non la situazione, né l’umanità, né la sensibilità...”.*

Qualche volta, anche la mancata educazione di alcuni pazienti crea delle reazioni forti che dai narranti vengono considerate “disgustose”.

Dalle narrazioni si delinea che **il corpo, per l’attività infermieristica, è importante**, infatti, avere cura della persona malata dà reazioni di “disgusto” che perdurano nel tempo quando il corpo della persona è lesa, non integro, come ad esempio: la medicazione della Peg, ferita profonda sull’addome da dove passavano tubi e usciva materiale biliare; un tumore all’utero che aveva coinvolto anche la vulva. E ancora: *“... ho visto cose di cui non immaginavo l’esistenza durante questo primo anno. Ora mi sento un po’ più preparata ad affrontare il nuovo”.*

Questa testimonianza potrebbe far pensare che la formazione che si acquisisce durante i tre anni di corso aiuti gli infermieri ad affrontare attività di manipolazione di escreti e secreti e tutte

le attività connesse alle cure igieniche, superando la relativa repulsione.

Quando il prendersi cura della persona mette a nudo particolari stati fisici, come quelli legati all’integrità della cute, le reazioni che si scatenano emotivamente sono di profondo disagio e permangono nella “memoria professionale”: *“...Una volta sollevate le garze, la stanza si è impregnata di un odore estremamente sgradevole... Superato, ma in particolari momenti ritorna... Non l’ho superato, ma spero di farlo presto...”.*

Ciascuna persona sviluppa, nel tempo, anche per fattori culturali, un’immagine del corpo normale e privo di difetti in cui certamente l’aspetto esteriore e l’estetica hanno una prevalenza. Pertanto, in ambito sanitario crea una forte reazione di allerta tutto ciò che “sfigura” quest’immagine: *“...Non ho mai pensato in quei momenti di scappare, pensavo che avrei voluto vedere entrare qualcuno per poter continuare ciò che avevamo iniziato. Non perché avessi fretta o provassi schifo, ma per evitare di farlo soffrire ancora di più... Mi ha sconvolta, ma, mi ha fatto capire che questo è ciò che voglio fare in futuro...”.*

Inoltre, il (con)tatto con il corpo con alcuni tipi di lesioni “messe a vista”, piuttosto che celate all’interno di organi, “disgusta” in modo particolare: *“...La storia di questa signora, in condizioni pietose, allettata, immersa nelle feci e nel sangue... In trattabile per il dolore, con una piaga da decubito”; “...Dovevo fare le cure igieniche*

che a quest’uomo, il cui corpo, a partire dagli arti inferiori, stava andando in cancrena e c’era un odore di putrefazione fortissimo. Era sconvolgente vedere un ‘uomo a metà’: la parte inferiore del corpo in putrefazione e la parte superiore sana”.

DISCUSSIONE

Sul corpo e sulla corporeità ruotano le cure infermieristiche, ma con il progredire degli studi infermieristici e l’aumentare dell’anzianità professionale, spesso lo studente infermiere e l’infermiere si distaccano dal (con)tatto diretto con il corpo e questo viene visto, prevalentemente, nella sua dimensione fisica, come corpo da sanare, curare, medicare. Nonostante ci si imbatta in situazioni difficili, **nelle narrazioni degli studenti prevale l’attenzione alla persona**: essi temono di fare ancora più male rispetto a quello che il malato già prova, vivono situazioni di disagio se si immedesimano nel paziente, non vogliono far pesare al paziente la sua condizione.

I racconti confermano di non percepire la corporeità come entità separata dalla coscienza e la sofferenza del paziente è risultata essere la dimensione a cui è stata posta maggiore attenzione. Sono i pazienti con forti menomazioni del corpo quelli che pongono più difficoltà di (con)tatto: gli studenti ammettono che, nel rapportarsi a un corpo portatore di uno stigma visibile, le difficoltà poste dalla visione di una lenta decomposizione (rispetto a un ideale di armonia estetica al quale la cultura ci ha educato) o l’odore e la vista costituiscono un problema, risolto attraverso l’abitudine o altri meccanismi di controllo.

Nel loro percorso di studi, gli studenti infermieri sviluppano una capacità di relazionarsi con l’altro che gli permette di acquisire sempre più fiducia in se stessi, anche se una dissonanza è emersa ed è che, nella stragrande maggioranza, viene avvertita una contraddittorietà tra teoria e pratica.

L’approccio umanistico e i riferimenti alle teoriche dell’Infermieristica da una parte, e l’approccio scientifico dall’altra, causano confusione: sicuramente con il tempo, con l’esperienza e una giusta maturazione, però, questi due mondi, che

sembrano separati, si riuscirà a farli propri e a farli convergere.

Infatti, il percorso formativo di uno studente infermiere si presenta, a tutti gli effetti, come un vero e proprio "rito di passaggio", scandito da una serie di momenti formativi e laboratori esperienziali, modulati dai *tutor* e dagli infermieri di tirocinio, che accompagnano il futuro infermiere nella sua immissione all'interno del contesto sanitario.

Il (con)tatto con l'altro presuppone la volontà di usare una sensibilità che va oltre i cinque sensi normalmente riconosciuti e un'intelligenza diversa da quella utilizzata nella vita quotidiana e permette di accogliere il valore del corpo e della corporeità del paziente, visto che spesso, nelle attività infermieristiche si è chiamati a vedere e toccare zone personali e intime di estranei.

Un (con)tatto, quindi, attento al vissuto esperienziale del malato e che si realizza attraverso un tatto dolce e rassicurante per restituire dignità e identità alla persona.

Quest'indagine ha permesso di esplorare i pensieri degli studenti, facendo emergere quel mondo infermieristico "non parlato", ma non per questo inesistente.

La finalità del lavoro è stata quella di rappresentare la specificità del *nursing* estrapolandola dalle esperienze degli studenti infermieri: comprendere come questi vivono i propri sentimenti nei confronti di situazioni "disgustose" permette di agire sulla loro formazione, aiutandoli a rielaborare la pratica professionale e a educare attitudini emotive e relazionali per farli crescere come persone e come professionisti.

CONCLUSIONI

Le conoscenze riguardo al corpo e alla corporeità sono limitate e la routine professionale può portare, involontariamente, a dare per scontato, sotto alcuni aspetti, il (con)tatto con l'altro.

L'infermiere è tra i pochi professionisti autorizzati a toccare e a entrare nella sfera intima della persona.

Ogni azione assistenziale, ogni gesto di cura, instaura un contatto intimo con il corpo e l'infermiere può inviare messaggi di vicinanza o distanza, di disponibilità o chiusura, di rassicurazione o insicurezza. Il toccare un altro si identifica come atto comunicativo non verbale primario che influenza la natura e la qualità della relazione e che esprime diversi atteggiamenti interpersonali.

Il contatto, oltre a inviare messaggi positivi, ha anche una valenza simbolica di lontananza, di "disgusto" o malessere. La qualità del lavoro infermieristico fornito ad un essere umano malato è determinata in larga parte dalla percezione che si ha del paziente.

Il presente lavoro, mirando a evidenziare le difficoltà assistenziali incontrate dagli studenti infermieri durante alcuni momenti del *caring*, vuole essere un invito ad affrontare alcuni dei dilemmi della professione infermieristica che si evidenziano in modo efficace nel terreno diretto dell'assistenza.

Pertanto, si è scelto di assegnare la massima centralità ai contenuti espressi dagli studenti infermieri intervistati, per riflettere la realtà e non dare eccessivamente spazio alle nozioni teoriche, quasi sempre più vicine a come l'Infermieristica "dovrebbe essere".

È convinzione degli autori che compren-

dere come gli studenti vivano i propri sentimenti nei confronti di situazioni "disgustose" permette di migliorare la loro formazione, agendo sui sensi coinvolti, sulle sensazioni che scaturiscono dal contatto con alcune parti del corpo malato, con una cute non integra, con escreti e liquidi biologici, e aiutandoli a superare le reazioni, a non considerarle solo come esperienze negative ma a elaborarle facendole diventare dei punti di forza per crescere.

AUTORI:

Federica Mencattelli, infermiere clinico, Master I livello in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento; dottore magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;

Elena Cristofori, tutor corso di laurea in infermieristica, docente incaricato di discipline infermieristiche Corso di laurea in infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;

Maria Luisa Rega, infermiere coordinatore; professore a contratto di Metodologia della Ricerca Infermieristica al corso di laurea specialistica in Scienze infermieristiche ed ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;

Pasqualina Poddighe, coordinatore delle attività formative professionalizzanti; docente incaricato di discipline infermieristiche corso di laurea in Infermieristica, Università cattolica del Sacro Cuore, Roma;

Caterina Galletti, coordinatore didattico al corso di laurea specialistica in Scienze infermieristiche ed Ostetriche, professore a contratto, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Brown R, *I doni del corpo*. Milano: Il Dito e la Luna, 2006.

Lawler J, *Behind the screens, Nursing, Somology, and the problem of the Body*. Melbourne: Churchill Livingstone, 1991.

Cortese GC, *L'organizzazione si racconta*. Milano: Edizioni Angelo Guerrini e associati, 1999.

Anderson C, Granados J, *Chiamati all'amore. La teologia del corpo di Giovanni Paolo II*. Milano: Piemme, 2010.

Urli N, *L'ambiguità del corpo nelle cure infermieristiche, uno sguardo antropologico sul rapporto tra nursing e corporeità*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2003.

Il modello dell'ospedale magnete: studio sui fattori considerati "attraenti" per la permanenza degli infermieri nella pratica clinica

di Micaela Carnali

PREMESSA

Attrarre e trattenere al proprio interno gli infermieri sono dinamiche che, da sempre, suscitano l'interesse delle organizzazioni sanitarie di diversi Paesi, Italia compresa. Una delle esperienze più suggestive e significative in questo senso è quella americana dei *Magnet Hospital*.

La ricerca condotta fino a oggi su questo genere di ospedali documenta alte percentuali di soddisfazione tra il personale infermieristico, un basso *turn over* e una migliore qualità dell'assistenza erogata.

OBIETTIVI

Lo scopo di questo studio sarà valutare, in base al modello empirico del **Magnet Recognition Program**, la percezione degli infermieri sui fattori che motivano la loro permanenza in ospedale.

MATERIALI E METODI

Lo studio descrittivo-osservazionale è stato condotto su un campione di convenienza rappresentato dagli infermieri clinici dipendenti di una struttura ospedaliera.

La rilevazione dei dati è stata effettuata adottando la *Mueller-McCloskey Satisfaction Scale* che ha consentito di indagare le aree del modello empirico che riportano ai fattori facilitanti la permanenza degli infermieri nell'organizzazione.

RISULTATI

Le aree del modello empirico che risultano maggiormente consolidate sono:

pratica professionale esemplare (2.74) e struttura dell'*empowerment* (2.50); le aree che, invece, andrebbero maggiormente sviluppate sono: qualità empirica dei risultati (1.72), nuove conoscenze innovazioni e miglioramenti (1.91) e *leadership* trasformativa (2.22).

Mentre non emergono differenze statisticamente significative ($p > 0.814$) tra il livello medio di soddisfazione dei maschi e quello delle femmine, sono state osservate differenze statisticamente significative della soddisfazione ($p < 0.000$) tra coloro che hanno dichiarato di volersi trasferire altrove, rispetto a chi ha riferito di non avere quest'intenzione.

La soddisfazione è, inoltre, significativamente diversa tra gli infermieri che ritengono di lavorare sulla base di un modello assistenziale per compiti/giri (68.59; \pm 19.06), per settori (79.52; \pm 19.81), per equipe team (81.08; \pm 18.31) e per *primary nursing* (84.00; \pm 18.68) [F 3.039; p 0.033].

Il livello di soddisfazione complessivo, infine, risulta significativamente correlato con l'età degli infermieri ($r = 0.266$; $p < 0.007$).

CONCLUSIONI

I soggetti coinvolti hanno disegnato una situazione complessiva, suscettibile di miglioramento, che riflette l'attuale cambiamento in corso nelle strutture sanitarie.

Occorrono, però, altri studi per identificare "fattori di magnetismo" specifici di

contesti diversi volti a validare un modello di ospedale magnete maggiormente adattabile al contesto italiano.

Parole chiave: *magnet hospital* (ospedale magnete); *job satisfaction* (soddisfazione lavorativa); *forces of magnetism* (forze di magnetismo); *credentialing* (accreditamento); *excellence* (eccellenza).

INTRODUZIONE

Il fenomeno del *turn over*, correlato soprattutto alla carenza di personale, è particolarmente avvertito dagli infermieri impegnati nella pratica clinica, in relazione alla forte componente emotiva e stressogena alla quale sono sottoposti, nonché ai tipici elementi ritrovabili nelle strutture sanitarie: interdipendenza, alta differenziazione, dimensione e discrezionalità.

In particolare, gli studi sui sistemi di reclutamento e ritenzione del personale infermieristico, evidenziano svariate misure strategiche, spesso attuate utilizzando politiche comparabili con quelle adottate in altri processi del mondo del lavoro, e proprio per questo in taluni casi sembrano contrastare con i valori della professione infermieristica, determinando piuttosto un circolo vizioso di assunzione, insoddisfazione per la disattesa dei valori di base della professione e fuga.

Secondo Hicks e Adams, ad esempio, dal momento che gli individui sviluppano dei significati soggettivi delle loro esperienze

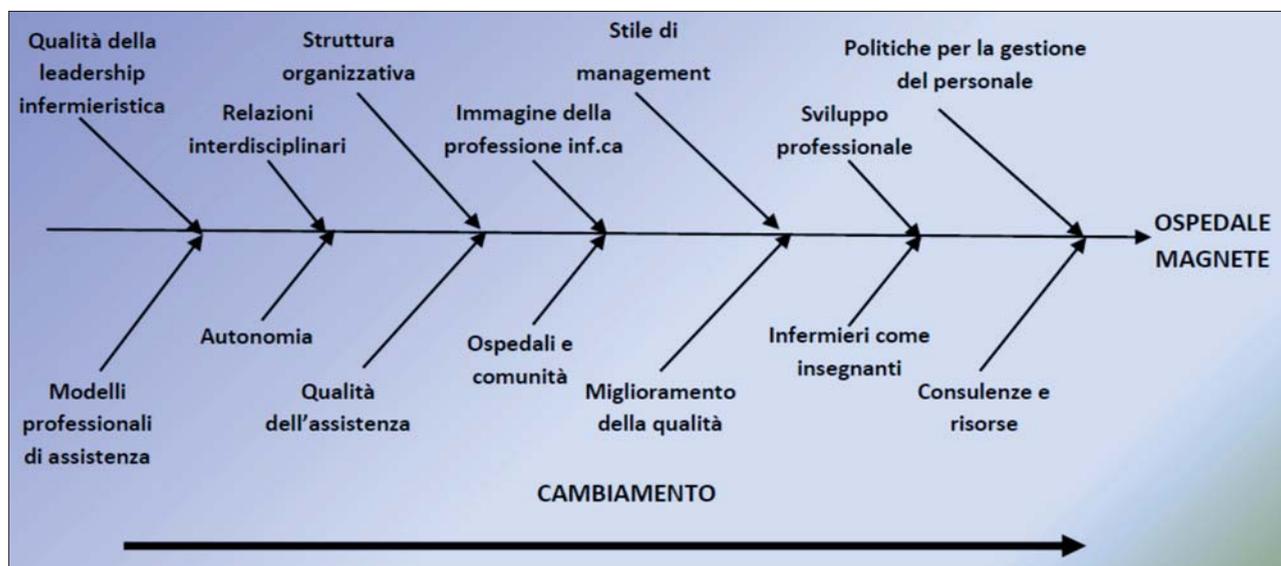


Figura 1. Rapporto di causa-effetto tra le forze magnetiche

che sono vari e molteplici, gli infermieri possono avere percezioni diverse rispetto ai fattori che li motivano a rimanere in una data realtà lavorativa.

Gli autori, pertanto, sostengono che il legame tra la politica e la motivazione personale degli operatori sanitari è complessa e richiede di essere ulteriormente analizzata tenendo conto dei fattori individuali, organizzativi e delle condizioni sociali.

Una recente analisi della letteratura, ha evidenziato che gli stili di gestione partecipativa, gli orari flessibili di lavoro, l'accesso alla formazione continua e lo sviluppo professionale, possono migliorare la ritenzione del personale nelle aziende sanitarie. L'applicazione di tali misure, però, non sempre avviene simultaneamente e richiede comunque dei cambiamenti istituzionali che si scontrano con una molteplicità di variabili organizzative, in particolare con i diffusi modelli di direzione di tipo gerarchico burocratico.

Un approccio al problema della *retention* del personale, quindi, non può limitarsi al solo obiettivo di ridurre la carenza infermieristica, ma deve proporsi una lettura più complessa: se da una parte è necessario attuare contemporaneamente un insieme di fattori incentivanti, dall'altra è opportuno rivedere il modello di gestione delle risorse umane, in un'ottica volta a creare culture organizzative attrattive, in grado di sviluppare *empowerment* e pieno rispetto dello staff infermieristico.

Una delle esperienze più suggestive e significative in questo senso è quella americana dei *Magnet Hospital*.

Gli ospedali magnete (o calamita) sono ospedali che gli infermieri, ma non solo loro, considerano "buoni posti di lavoro", con alte percentuali di soddisfazione tra il personale, un basso *turn over* e basse percentuali di posti scoperti in organico. L'*American Academy of Nursing (Aan)* ha documentato i primi studi su questo fenomeno a partire dal 1983: da quanto fino a ora riportato in letteratura **gli ospedali magnete, oltre a essere in grado di trattenere gli infermieri, garantiscono outcomes migliori, minor rischio di mortalità, migliore qualità delle cure** (minor numero di eventi avversi), **maggior soddisfazione degli utenti e miglior rapporto tra assistenza erogata e costi sostenuti.**

Attualmente, l'*American Nurses Credentialing Center (Ancc)* designa lo stato di ospedale magnete a titolo di riconoscimento del *Magnet Recognition Program* che include un lungo ed esauriente processo di valutazione e revisione, diretto a rilevare la presenza dei criteri relativi alle 14 aree o forze definite come "magnetiche".

La filosofia del programma di riconoscimento è che **la professione infermieristica è pienamente valorizzata quando è espressa integralmente in tutta l'organizzazione sanitaria.** Affinché si realizzi un ospedale magnete,

quindi, è necessario che le 14 forze vengano attuate contemporaneamente e orientate in maniera sinergica al cambiamento organizzativo. (Figura 1)

Per supportare le strutture sanitarie che ambiscono al riconoscimento, l'Ancc, a seguito di uno studio condotto nel 2007, ha elaborato un modello empirico per il *Magnet Recognition Program*.

Nel modello, le 14 forze di magnetismo sono raccolte in cinque componenti al fine di eliminare la ridondanza al loro interno e per garantire una maggiore chiarezza e direzione delle stesse. (Figura 2)

Il modello empirico fornisce un'interessante cornice di riferimento, in quanto consente non soltanto di identificare quali sono i fattori che trattengono gli infermieri nella struttura ospedaliera, ma anche di comprendere "dove" e "come" è necessario intervenire per promuovere il più possibile un ambiente "magnete" che riporta al coinvolgimento, valorizzazione e sostegno della professione infermieristica.

OBIETTIVI

Lo studio si prefigge di valutare, in base al modello empirico del *Magnet Recognition Program*, la percezione degli infermieri sui fattori che motivano la loro permanenza in ospedale.

MATERIALI E METODI

Per questo studio è stata adottata un'indagine descrittivo-osservazionale. La ricerca è stata effettuata, nell'arco di

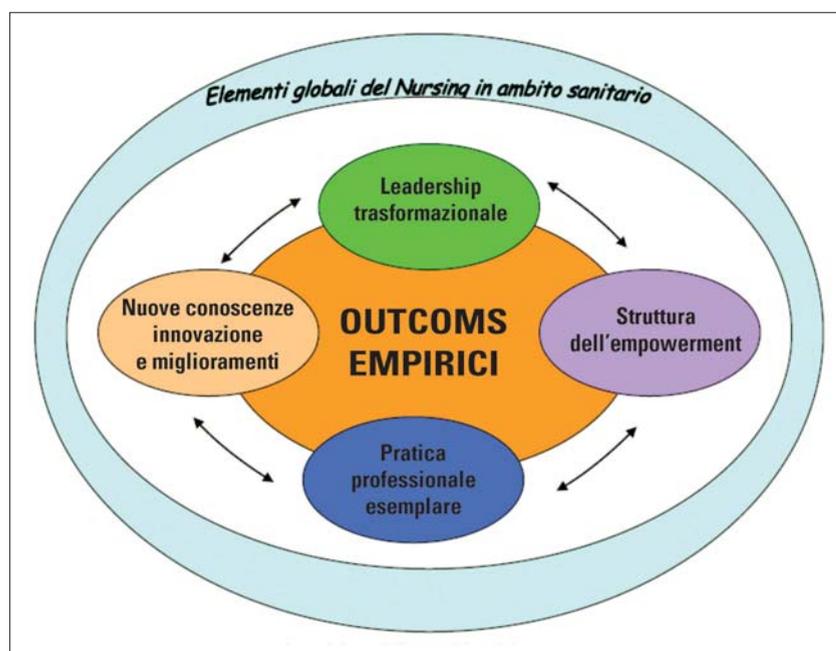


Figura 2. Rappresentazione del modello del *Magnet Recognition Program*

tempo di due mesi, in una struttura ospedaliera romana ed è stato condotto su un campione di convenienza rappresentato da tutti gli infermieri clinici dipendenti della struttura ospedaliera. La rilevazione dei dati è stata effettuata adottando la *Mueller-McCloskey Satisfaction Scale* (Mmss), scala di valutazione composta da 30 *items* con cinque livelli Likert (5 = molto soddisfatto, 1 = molto insoddisfatto) che ha consentito di indagare le aree del modello empirico per il *Magnet Recognition Program* che rimandano ai fattori facilitanti la permanenza degli infermieri nella struttura organizzativa. L'affidabilità della consistenza interna dello strumento è stata valutata attra-

verso l'*alfa di Cronbach* (coefficiente alfa) che ha dato un valore di 0,92 per i punteggi totali.

La Mmss è stata preceduta in questo studio da un questionario composto da 17 domande a risposta multipla riguardante:

- dati socio-demografici;
- dati attinenti l'attività lavorativa.

La somministrazione del questionario, è avvenuta attraverso un colloquio personale preceduto, per ogni intervistato, dalla presentazione degli obiettivi del disegno di ricerca e dal consenso esplicito, seppur verbale, all'intervista. Ogni colloquio ha avuto una durata minima di 15 minuti fino ad un massimo di circa 30.

Al fine di mantenere la riservatezza, ogni

intervista è stata contrassegnata con un numero progressivo, garantendo l'anonimato.

I dati raccolti sono stati inseriti in un foglio di calcolo *Excel* e si è proceduto alla loro elaborazione attraverso due tipi di analisi:

- l'analisi statistica descrittiva che ha consentito di rilevare frequenze, percentuali, valori di tendenza centrali (media) e valori di dispersione (deviazione standard);
- l'analisi statistica inferenziale che ha consentito di testare differenze significative tra le medie (t-test e Anova) e di esaminare la relazione di alcune variabili (correlazione di Pearson).

RISULTATI

Compliance del campione

Su un totale di 192 questionari distribuiti ne sono stati restituiti compilati 100, per una adesione del 52%. (Tabella 1)

Nei due mesi di osservazione, non sono state prese in considerazione nel calcolo dell'adesione malattie, cambi di reparto o variazioni inerenti la dotazione organica delle varie unità operative.

Descrizione del campione

Gli intervistati, 61 donne (61%) e 39 uomini (39%) hanno un'età media di 34.51 anni (± 8.46 ; range 22-59).

Le fasce di età più rappresentative sono: da 20 a 30 anni (40%) e da 31 a 40 anni (39%); quelle meno rappresentate sono: da 41 a 50 anni (16%) e da 50 a 61 anni (5%).

L'anzianità media di servizio in ospedale è di 9.67 anni (± 8.38 ; range 0-31), mentre l'anzianità maturata nell'Unità Operativa/Servizio al momento dell'intervista è mediamente di 6.939 (± 7.418 ; range 0.1-29).

In particolare, il 59% dei soggetti ha un'anzianità di servizio inferiore a nove anni e questo dato indica che chi ha risposto è "professionalmente giovane"; il 30% ha un'anzianità tra i 10 e 20 anni, mentre solo l'11% ha un'anzianità di servizio di oltre 20 anni.

Più della metà degli infermieri lavora in Unità Operative di degenza (74%), il 10% in ambulatorio/day servis, il 10% nei blocchi operatori e il 6% in *day hospital/day surgery*.

Nell'ospedale si adottano diverse

DIPARTIMENTI	QUESTIONARI DISTRIBUITI	QUESTIONARI RESTITUITI	% ADESIONE
Dipartimento di Chirurgia e Area Critica	75	60	60%
Dipartimento di Medicina	60	23	23%
Dipartimento Ginecologico e Materno Infantile	35	12	12%
Dipartimento dei Servizi Diagnostici	1	4	4%
Aree interdipartimentali	10	1	1%

Tabella 1. Analisi delle adesioni nei vari dipartimenti

ITEM RAGGRUPPATI PER AREA	TOTALE		
	MEDIA	SD	RANGE
Superiore diretto (<i>item 11</i>)	2,45	1,45	1-5
Supervisione/controllo del tuo lavoro (<i>item 20</i>)	2,17	1.17	1-5
Riconoscimento del tuo lavoro da parte dei superiori (<i>item 22</i>)	2.08	1.19	1-5
Incoraggiamenti e rinforzi positivi (<i>item 24</i>)	2.18	1.19	1-5
Totale Area Leadership trasformativa	2.22	1.20	1-5
Stipendio (<i>item 1</i>)	2.67	1.13	1-5
Ferie (<i>item 2</i>)	3.02	1.08	1-5
Benefici (<i>item 3</i>)	2.37	1.14	1-5
Ore di lavoro (<i>item 4</i>)	3.03	1.14	1-5
Flessibilità dell'orario di lavoro (<i>item 5</i>)	3.02	1.13	1-5
Possibilità di lavoro diurno (<i>item 6</i>)	3.07	1.17	1-5
Opportunità di part time (<i>item 7</i>)	2.45	0.99	1-5
Incentivi per lavoro festivo (<i>item 8</i>)	2.24	1.11	1-5
Permessi per maternità (<i>item 9</i>)	2.50	1.14	1-5
Permessi per i figli (<i>item 10</i>)	2.29	1.09	1-5
Opportunità di avanzamento di carriera (<i>item 21</i>)	1.85	1.15	1-5
Possibilità di dare il proprio contributo alla soluzione di problemi lavorativi (<i>item 28</i>)	2.44	1.28	1-5
Partecipazione nel prendere decisioni organizzative (<i>item 29</i>)	2.16	1.20	1-5
Sistema d'incentivazione aziendale basato sulle posizioni funzionali (<i>item 30</i>)	1.83	1.08	1-5
Totale Area struttura dell'empowerment	2.50	1.19	1-5
Colleghi (<i>item 12</i>)	3.29	1.37	1-5
Medici con i quali lavori (<i>item 13</i>)	2.76	1.36	1-5
Utilizzo di metodologie assistenziali in uso nel tuo reparto (<i>item 14</i>)	2.34	1.18	1-5
Opportunità di contatti sociali nel lavoro (<i>item 15</i>)	2.84	1.24	1-5
Opportunità di contatti sociali con i colleghi fuori orario di servizio (<i>item 16</i>)	2.82	1.25	1-5
Opportunità di integrazione con altre figure professionali (<i>item 17</i>)	2.40	1.23	1-5
Riconoscimento del tuo lavoro da parte dei colleghi (<i>item 23</i>)	2.80	1.24	1-5
Livello di responsabilità (<i>item 27</i>)	2.65	1.37	1-5
Totale Area pratica professionale esemplare	2.74	1.31	1-5
Opportunità di far parte di progetti e gruppi di lavoro aziendali (<i>item 19</i>)	1.81	1.11	1-5
Opportunità di partecipare a ricerche o attività di aggiornamento/formazione (<i>item 25</i>)	2.00	1.13	1-5
Totale Area nuove conoscenze innovazioni e miglioramenti	1.91	1.12	1-5
Opportunità di integrazione on Università o altri centri di formazione (<i>item 18</i>)	1.83	1.04	1-5
Opportunità di scrivere e pubblicare articoli (<i>item 26</i>)	1.61	0.93	1-5
Totale Area qualità empirica dei risultati	1.72	0.99	1-5

Tabella 2. La soddisfazione degli infermieri sulle aree del modello empirico del *Magnet Recognition Program*

VARIABILE	GRUPPO 1	GRUPPO 2	VALORE t	p
Soddisfazione M, SD	Maschi 72.38 (± 18.38)	Femmine 73.34 (±20.64)	-0.236	0.814
Soddisfazione M, SD	Sì trasferirsi altrove 66.75 (± 15.94)	No trasferirsi altrove 88.21 (± 19.95)	-5.567	0.000

Tabella 3. Confronto della soddisfazione in base al sesso e alla volontà di trasferirsi

metodologie di assistenza: il 63% degli infermieri definiscono il proprio modello "per compiti", il 21% per settori, il 13% per équipe/team e il 3% *primary nursing*. Il 68% degli infermieri, lavora, in media, alla settimana da 36 a 40 ore, il 19% dichiara di lavorare, mediamente, più di 40 ore alla settimana, mentre il 30% degli infermieri riferisce di lavorare meno di 36 ore settimanali.

Gli intervistati, attribuiscono al lavoro un livello di stress medio di 3.21 (±1.39; range 0-5), mentre attribuiscono alla vita personale un livello di stress pari a 1.15 (±1.15; range 0-4).

Analisi dei risultati

Complessivamente, gli infermieri coinvolti

hanno espresso una soddisfazione/insoddisfazione media di 72.97 (± 19.70; range 39-119).

In particolare per quanto riguarda il modello empirico del *Magnet Recognition Program*, le aree che risultano maggiormente consolidate all'interno della struttura ospedaliera sono: area pratica professionale esemplare (2.74) e area struttura dell'*empowerment* (2.50). (Tabella 2)

Le aree che, invece, andrebbero maggiormente sviluppate in base al modello di riferimento sono: area qualità empirica dei risultati (1.72), area nuove conoscenze innovazioni e miglioramenti (1.91), area leadership trasformativa (2.22).

Non emergono differenze statisticamente

significative ($p > 0.814$) tra il livello medio di soddisfazione dei maschi e il livello medio di soddisfazione delle femmine. Il livello medio di soddisfazione risulta invece significativamente diverso ($p < 0.000$) tra coloro che hanno dichiarato di volersi trasferire in un altro posto di lavoro, rispetto a chi ha riferito di non avere, attualmente, intenzione di trasferirsi altrove. (Tabella 3)

Analizzando il livello medio di soddisfazione tra coloro che lavorano nelle diverse Uo/ Servizio non emergono differenze statisticamente significative ($F 1.999$; $p > 0.119$).

Il livello di soddisfazione non differisce nemmeno rispetto alla quantità di ore lavorate in media alla settimana ($F 2.276$; $p > 0.108$).

Al contrario, la soddisfazione è significativamente diversa tra gli infermieri che ritengono di lavorare in base a un modello assistenziale per compiti/giri (68.59; ± 19.06), per settori (79.52; ± 19.81), per équipe team (81.08; ± 18.31) e per *primary nursing* (84.00; ± 18.68) [$F 3.039$; $p 0.033$].

Nella tabella 4 sono rappresentati i dati relativi al confronto delle medie di soddisfazione tra la tipologia di Uo/ Servizio, le ore di lavoro svolte alla settimana e la metodologia assistenziale.

Il livello di soddisfazione complessivo è significativamente correlato con l'età degli infermieri ($r = 0.266$; $p < 0.007$) e significativamente e negativamente correlato con il livello di stress "attribuito" al lavoro ($r = -0.420$; $p < 0.000$). Lo stress sul lavoro è, inoltre, significativamente correlato con le ore di lavoro svolte in media alla settimana ($r = 0.227$; $p < 0.023$) e con il livello di stress "attribuito" nella vita personale ($r = 0.251$; $p < 0.012$), nonché significativamente e negativamente correlato con l'anzianità di servizio ($r = -0.319$; $p < 0.001$) e con l'età

TIPOLOGIA DI UO/SERVIZIO				
Fonte di variazione	GL	MQ	F	p
Tra gruppi	3	753.026	1.999	0.119
All'interno dei gruppi	96	376.644		
Totale	99			
ORE DI LAVORO SVOLTE IN MEDIA ALLA SETTIMANA				
Fonte di variazione	GL	MQ	F	p
Tra gruppi	2	860.833	2.276	0.108
All'interno dei gruppi	97	378.301		
Totale	99			
METODOLOGIA ASSISTENZIALE				
Fonte di variazione	GL	MQ	F	p
Tra gruppi	3	1110.493	3.039	0.033
All'interno dei gruppi	96	365.473		
Totale	99			

Tabella 4. Confronto della soddisfazione in base alla tipologia di Uo/ Servizio, le ore di lavoro e la metodologia assistenziale

	VARIABILE		1	2	3	4	5	6
1	Livello soddisfazione	r p	1.000					
2	Anzianità di servizio	r p	0.172 0.087	1.00				
3	Ore di lavoro svolte in media alla settimana	r p	-0.02 0.987	0.074 0.466	1.000			
4	Età	r p	0.266 0.007	0.848 0.000	-0.038 0.706	1.000		
5	Stress non lavorativo	r p	-0.044 0.664	0.086 0.394	0.173 0.086	0.034 0.740	1.000	
6	Stress lavorativo	r p	-0.420 0.000	-0.319 0.001	0.227 0.023	-0.380 0.000	0.251 0.012	1.000

Tabella 5. Matrice di correlazione tra le variabili

degli infermieri ($r = -0.380$; $p < 0.000$). La soddisfazione non risulta, invece, correlata con le ore di lavoro svolte in media alla settimana ($r = -0.02$; $p > 0.987$), con il livello di stress “attribuito” nella vita personale ($r = -0.044$; $p > 0.664$) e con l’anzianità di servizio ($r = 0.172$; $p > 0.087$).

Nella tabella 5 è rappresentata la matrice di correlazione tra le variabili: livello di soddisfazione, anzianità di servizio, ore di lavoro svolte in media alla settimana, età, stress non lavorativo, stress lavorativo.

DISCUSSIONE

Lo studio ha confermato alcune tendenze note in letteratura:

- esiste un’evidenza empirica che sostiene il legame tra l’insoddisfazione al lavoro, lo stress sul lavoro e l’intenzione di abbandonare il posto di lavoro. Nel campione si conferma questo trend, ovvero che l’insoddisfazione è all’origine dell’*intention to leave* e che la soddisfazione diminuisce quanto più è elevato il livello di stress sul lavoro;
- anche nel presente studio è stato riscontrato che il sesso ha un effetto trascurabile sul livello medio di soddisfazione del personale;
- nonostante dal campione si evinca una correlazione tra lo stress sul lavoro e le ore di lavoro svolte in media alla settimana, non sono state riscontrate differenze significative tra queste e il livello di soddisfazione. Dormann e Zapt

hanno rilevato che l’insoddisfazione causata dagli orari di lavoro, dipende dalla distribuzione piuttosto che dal numero di ore complessive.

Come nell’analisi di Blegen, dallo studio è emerso che esistono differenze di soddisfazione associate alla metodologia assistenziale adottata e dall’indagine emerge pure che i giovani infermieri, oltre ad essere più stressati sul lavoro, sono anche meno soddisfatti degli infermieri anziani.

Un dato, quest’ultimo, che è confermato anche dallo studio svolto da McCart e collaboratori dove viene dimostrato che **l’insoddisfazione è particolarmente avvertita dagli infermieri più giovani.**

Per quanto riguarda invece il modello empirico del *Magnet Recognition Program*, emergono nelle aree analizzate alcuni elementi di criticità.

Leadership trasformazionale

Questa componente del modello fa riferimento ad un tipo di *leadership* che si dimostra efficace quando chi la esercita mira ad aumentare, nei propri collaboratori, la motivazione e l’orientamento alla realizzazione e, contemporaneamente, l’autostima e l’efficacia.

Dall’indagine emerge che gli infermieri del campione non sono particolarmente soddisfatti dello stile di leadership adottato dal proprio superiore diretto (coordinatore infermieristico).

In particolare mostrano insoddisfazione

rispetto alle variabili: riconoscimento del tuo lavoro, supervisione/controllo e incoraggiamenti/rinforzi positivi.

Probabilmente, all’interno dell’ospedale non è particolarmente consolidata una “filosofia assistenziale” volta a difendere e sostenere il personale infermieristico, fattore che invece, secondo Boyle e collaboratori, è determinante per favorire non solo la soddisfazione, ma anche la stabilizzazione del personale infermieristico.

Struttura dell’empowerment

Nel modello empirico, la struttura dell’*empowerment* definisce l’insieme delle politiche e dei programmi sviluppati per creare un ambiente innovativo, orientato ad una gestione del personale flessibile e volta a rafforzare la pratica professionale.

Gli infermieri intervistati nello studio risultano “mediamente soddisfatti” per quanto riguarda quest’area. In particolare, vi è una più alta soddisfazione per le variabili che dipendono maggiormente dal contratto nazionale (possibilità di lavoro diurno, ore di lavoro, flessibilità dell’orario di lavoro, ferie e stipendio). Viceversa, gli infermieri hanno espresso più insoddisfazione per quelle variabili che le evidenze scientifiche reputano determinanti nel ridurre l’*intention to leave* e che sono maggiormente controllabili nel contesto organizzativo (sistema d’incentivazione aziendale basato sulle posizioni funzionali, opportunità di avan-

zamento di carriera, partecipazione nel prendere decisioni organizzative e possibilità di dare il proprio contributo alla soluzione di problemi lavorativi).

Pratica professionale esemplare

L'obiettivo di questa componente del modello è di definire quello che dalla pratica professionale si può ottenere, ovvero fare in modo che l'essenza della professione infermieristica possa esprimersi pienamente all'interno dell'organizzazione.

Gli infermieri dello studio dimostrano di avere un buon livello di soddisfazione, soprattutto rispetto ai colleghi, ai medici e alle opportunità di contatti sociali, a indicare un buon clima complessivo di relazioni dirette all'interno e all'esterno dell'ospedale.

Sono, invece, "mediamente soddisfatti" del livello di responsabilità e "poco soddisfatti" della metodologia assistenziale in uso nella Uo.

Probabilmente, il fatto che nell'ospedale sia prevalente il modello "per compiti", non favorisce la valorizzazione dell'autonomia dei professionisti.

Nuove conoscenze, innovazioni e miglioramenti

La componente del modello richiama l'organizzazione e i professionisti alla responsabilità etica di contribuire alla cura del paziente in termini innovativi e migliorativi, attraverso l'acquisizione di nuove conoscenze, l'*evidence based nursing* e la ricerca.

Gli infermieri del campione presentano valori non elevati per entrambe le variabili che confluiscono in quest'area (opportunità di far parte di progetti e gruppi di lavoro aziendali e opportunità di partecipare a ricerche o attività di aggiorna-

mento/formazione), probabilmente perché in ospedale vi è una scarsa valorizzazione dei gruppi di lavoro e un ridotto coinvolgimento alla formazione interna.

Tali aspetti sono poco collegati all'incentivazione economica, ma sono estremamente importanti per sostenere la motivazione al lavoro e per sviluppare l'autostima.

L'aspetto economico del lavoro, da solo, si conferma non importante ai fini della soddisfazione e che deve essere, comunque, integrato da altre soluzioni che sappiano meglio rispondere ai bisogni del professionista infermiere.

Qualità empirica dei risultati

Nel modello, la qualità empirica dei risultati rappresenta la componente costituita dall'interazione congiunta di tutti gli altri elementi, che pone l'enfasi sul miglioramento della qualità intesa come strategia educativa.

In questo senso, i risultati e i dati che l'organizzazione raccoglie devono essere sfruttati per effettuare dei *benchmark* quantitativi che consentano il confronto con le migliori evidenze e la possibilità di attuare i cambiamenti necessari.

Dallo studio è emerso che questa è l'area in cui il livello medio di soddisfazione è più basso: gli infermieri, infatti, sono "insoddisfatti" sia rispetto all'opportunità di scrivere e pubblicare articoli, sia rispetto all'opportunità di integrazione con università o altri centri di formazione. Va precisato, comunque, che la questione inerente la documentazione degli *outcome* si colloca in un panorama molto più ampio, che vede solo negli ultimi anni il professionista infermiere impegnato a sostenere lo sviluppo di sistemi specifici per il monitoraggio degli esiti assistenziali.

CONCLUSIONI

Il presente studio ha fatto emergere gli aspetti che, nella percezione degli infermieri impegnati nella pratica clinica, influenzano maggiormente la voglia di rimanere nella struttura.

Inoltre, ha consentito di identificare, in base al modello empirico del *Magnet Recognition Program*, le criticità su cui è necessario intervenire per implementare un'efficace politica di *retention* del personale infermieristico.

I soggetti coinvolti hanno disegnato una situazione complessiva suscettibile di miglioramento, che riflette l'attuale cambiamento in corso nelle istituzioni sanitarie.

L'insoddisfazione riguarda soprattutto gli ambiti attinenti la formazione, la ricerca e lo sviluppo di sistemi di monitoraggio che possono informare sulla qualità dell'assistenza erogata e consentire la diffusione dei risultati.

In particolare, sarebbe di estremo interesse proseguire la ricerca cercando di esplorare perché i giovani infermieri sono meno soddisfatti rispetto ai colleghi più anziani.

Inoltre, in futuro, potrebbe essere oggetto di nuova ricerca implementare i 14 elementi di forza degli ospedali magnet attraverso un processo di iniziale autovalutazione e di successivo confronto reciproco, stimolando le realtà che hanno elevate capacità di trattenere gli infermieri a riflettere sui determinanti da loro osservati nella pratica quotidiana, al fine di creare una lista di indicatori sul magnetismo più pertinente al contesto italiano.

AUTORE:

Micaela Carnali, coordinatore infermieristico presso Daiort, ospedale Cristo Re, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Abu Ajamieh A.R, Misener T, Haddock K.S, Gleaton J.U, *Job satisfaction correlates among Palestinian nurses in the West Bank*. Int J Nurs Stud 1996; 33 (4): 422-432.
- American Nurses Credentialing Center, *Magnet Recognition Program: manual recognizing nursing excellence 2009*. Silver Spring: American Nurses Credentialing Center; 2008.
- Blegen M.A, *Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables*. Nurs Res 1993; 42 (1): 36-41. 1993.
- Boyle D.K, Bott M.J, Hansen H.E, Woods C.Q, Taunto R.L, *Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay*. Am J Crit Care 1999; 8 (6): 361-371.
- Bulgarelli G, Cerullo F, Chiari P, Ferri P, Taddia P, *Caratteristiche delle organizzazioni sanitarie di successo. Gli Ospedali magneti*. Assist Inferm Ric 2006; 25 (1): 29-34.
- Carlson S, Cowart M, Speake D, *Cause of the nursing shortage: a critical review of the theoretical and empirical literature*. J Health Hum Resour Adm 1992; 34 (7): 225-250.
- Cruse P.S, *Job characteristics related to job satisfaction in rehabilitation nursing*. Rehabilitation nursing 1999; 24 (3): 95-102.
- Cumbey D.A, Alexander J.W, *The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing*. J Nurs Adm. 1998; 28 (5): 39-46.
- Dolea C, Adams O, *Motivation of health care workers. Review of theories and empirical evidence*. J Adv Nurs 2005; 35 (4): 533-542.
- Dormann C, Zapt D, *Social stressors at work, irritation, and depressiv symptoms: according for unmeasured third variable in a mult-wave study*. J Occup Health Psychol. 2002; 75: 33-58.
- Hicks V, Adams O, *Pay and non-pay incentives. Performance and motivation*. In: Ferrinho P, Dal Poz M editors. Towards a Global Health Workforce Strategy, Studies in Health Services Organization and Policy. Belgio: Itg Press, Antwerp; 2003.
- Holmas H, *Keeping nurses at work: a duration analysis*. Health Economics 2002; 11 (6): 493-503.
- Joint commission strategies for addressing the evolving nursing crisis. *Health care at the crossroads* 2002; 4-40.
- Irvine D.M, Evans M.G, *Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies*. Nurs Res 1995; 44 (4): 246-53.
- Lundmark V.A, Hickey J.V, *The Magnet recognition program: understanding the appraisal process*. J Nurs Care Qual 2006; 21 (4): 290-294.
- McCarthy G, Tyrrell M.P, Cronin C, *National Study of Turnover in Nursing & Midwifery*. Dublin, Department of Health & Children; 2002.
- McClure M-L, Hinshaw A.S, *Magnet hospitals revisited: attraction and retention of professional nurses*. Washington: American Nurses Publishing; 2002.
- Mick S.S, Mark B.A, *The contribution of organization theory to nursing health services research*. Nurs Outlook 2005; 53 (8): 317-32.
- Mueller C.W, McCloskey J.C, *Nurses' job satisfaction: a proposed measure*. Nurs Res 1990; 39 (2): 113-117.
- Price M, *Job satisfaction of registered nurses working in an acute hospital*. Br J Nurs 2002; 3 (4): 275-2
- Shields M, Ward M, *Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit*. J Health Econ 2001; 20 (5): 677-701. 2001.
- Van Saane N, Sluiter J.K, Verbeek J.H, Frings-Dresen M.H, *Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction. A systematic review*. Occupational Medicine 2003; 53 (3): 191-200.
- Van Laar D, Edwards J.A, Easton S, *The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers*. J Adv Nurs 2007, 60 (3): 325-333.
- Wai Chi Tai T, Bame S, Robinson C, *Review of nursing turnover research, 1977-1996*. Social Science and Medicine 1998; 47 (12): 1905-1924. 1998.

IN PILLOLE

Staminali per riparare lesioni spinali

Le cellule staminali possono essere utilizzate per curare soggetti affetti da lesioni alla spina dorsale e per creare ponteggi biologici che riparino le lesioni da trapianto. È quanto emerso durante l'Ibro, il Congresso Internazionale sulle Neuroscienze di Firenze, dove si è discusso dell'importante ruolo che ricoprono le cellule staminali nella ricerca scientifica. È stata descritta la possibilità di utilizzare cellule staminali adulte per curare i pazienti affetti da Sci (Spinal Cord Injury) e di sfruttare ponteggi biologici per perfezionare le riparazioni delle lesioni da trapianto.

Inoltre il professore di neurochirurgia dell'Università di Toronto, Michael Fehlings, ha voluto mettere in luce i dibattiti che da anni coinvolgono l'utilizzo delle staminali nella ricerca; in particolare ha sottolineato la differenza tra cellule staminali totipotenti e cellule staminali che non sono in grado di creare una nuova vita.

Salute occupazionale e stress da lavoro correlato

La questione infermieristica

di Laura Sabatino

La salute occupazionale è considerata un fattore di potenziale disuguaglianza sociale e riveste un ruolo rilevante all'interno delle varie iniziative delle istituzioni nazionali e internazionali¹.

Il lavoro rappresenta un mezzo fondamentale per favorire la crescita economica e la competitività, ma è anche uno strumento che può conferire dignità all'essere umano, ove quest'ultimo sia trattato come "fine" e non come "mezzo"².

La prevenzione dei rischi occupazionali assume importanza non solo perché il benessere personale del lavoratore ha ricadute economiche sulla salute dell'intera popolazione, ma soprattutto perché il cittadino lavoratore è un essere vivente, portatore di valore suo proprio e merita rispetto e valorizzazione per il fatto che non è una "cosa".

L'Organizzazione mondiale della Sanità ritiene che, entro il 2020, la depressione diventerà la causa principale di inabilità al lavoro.

Ciò è documentato dal fatto che i problemi connessi a una cattiva salute mentale costituiscono, attualmente, la quarta causa più frequente di inabilità al lavoro³. La salute mentale, la parità fra i sessi e lo stress da lavoro correlato sono in stretta connessione. Lo stress è uno dei problemi più frequenti che ineriscono la salute occupazionale e, infatti, si colloca al secondo posto, colpendo il 22% dei lavoratori dei 27 Paesi della Ue⁴.

È interessante notare che tra i dipendenti sanitari lo stress è una delle principali cause di malattia professionale e di assenza per malattia⁵.

Il *Labour Force Survey*⁶ aveva stimato che nel 2009/10, 189.000 persone, la cui

occupazione era stata nel settore della sanità e dell'assistenza sociale, aveva sofferto di una malattia causata o aggravata da tale lavoro.

Anche in Italia la valutazione del rischio lavorativo è tenuta fortemente in considerazione: particolare attenzione viene riservata proprio allo stress da lavoro correlato⁷, dovuto principalmente al carico mentale inteso non solo come impegno intellettuale, ma anche come possibilità di esperienze relazionali ed emotive presenti in ogni attività lavorativa.

Aspetti interdipendenti che vanno considerati come inseparabili perché incidono sul rendimento del lavoratore e dipendono dalle capacità e caratteristiche di ognuno di reagire agli stimoli relazionali e di fronteggiare adeguatamente o meno gli stimoli ritenuti stressanti.

Un'attenzione particolare, in questo contesto, si vuole rivolgere ai professionisti infermieri e alle motivazioni che li spingono a lasciare la professione⁸, nonché ai problemi di salute che possono soffrire in seguito a comportamenti vessatori nei loro confronti, ma anche rispetto a modalità organizzative della stessa struttura nella quale lavorano e al clima etico che in essa insiste.

Un dato significativo è che l'80% dei lavoratori impiegati nel settore sanitario è di genere femminile⁹ e che la maggiore esposizione allo stress-lavoro correlato interessa più donne che uomini¹⁰.

Questo per una serie di ragioni: maggiore incidenza di comportamenti violenti, molesti o, più in generale, ostili, nei confronti delle donne; difficile conciliazione tra lavoro retribuito e quello svolto in famiglia; differenze salariali, mancate

promozioni, differenti opportunità nell'accesso alla formazione.

Esistono una serie di studi che mostrano come lo stress psicologico incida negativamente proprio sulla salute.

Per esempio, su un gruppo di infermiere si è visto che lo stress agisce abbassando il livello dei globuli bianchi¹¹, con una conseguente difficoltà a rispondere in maniera appropriata alle infezioni; altri problemi¹² ineriscono la possibilità di contrarre infezioni da Hiv ed epatite; di entrare in contatto con sostanze chimiche pericolose come detersivi, disinfettanti, sostanze chemioterapiche per tumori e patologie di altra natura così come con altre sostanze tossiche.

Le infermiere inoltre sono chiamate a svolgere attività faticose anche dal punto di vista fisico, come il sollevamento di persone, il lavoro a turni e in particolare notturno¹³, il turno di lavoro prolungato, ma si possono verificare anche allergie al lattice nonché violenze di diverso genere. Che il lavoro infermieristico sia pesante soprattutto per le donne è riportato anche in un altro articolo¹⁴, in cui viene evidenziato che lo stress per le donne è doppio proprio per la cura che profondano anche in famiglia, infatti: *"mentre i lavoratori uomini dedicano, in media, due ore al giorno per assistere i famigliari, le donne ne dedicano in media cinque e mezza. Il superlavoro stressante delle donne costa caro alla loro salute non solo nella vita di tutti i giorni, ma anche a lungo termine"*. La **valutazione dello stress**¹⁵, quindi, è un elemento fondamentale anche in Italia¹⁶ e dovranno essere considerati anche tutti quei fattori di rischio che



riguardano il lavoro infermieristico, proprio per lo stress ad esso connesso.

L'evoluzione rapida della tecnologia, il conflitto tra i valori sociali e culturali, la pressione per controllare i costi sanitari, l'assenza di *turn over*, la riduzione del personale, i turni di lavoro troppo lunghi, lo scarso potere decisionale, lo svolgimento di attività improprie per carenza di personale di supporto, la retribuzione inadeguata, sono solo alcuni dei motivi per cui la professione infermieristica non viene scelta o viene lasciata o, quanto meno, crea *distress* morale.

Il concetto di *distress* morale viene tradotto come: sofferenza, disagio o angoscia morale, provocata da ostacoli istituzionali, vincoli giuridici, subordinazione gerarchica, conflitti interpersonali sui valori, mancanza di tempo che porta a trattare i pazienti come oggetti.

Tutti questi fattori (e altri ancora) impediscono l'azione ritenuta giusta creando sentimenti dolorosi, con possibili ripercussioni sull'assistenza infermieristica che i pazienti ricevono¹⁷. L'infermiere può sentirsi frustrato, può provare sentimenti di rabbia, impotenza e sensi di colpa.

Se privo di capacità atte ad agire sugli stadi iniziali del disagio, può arrivare alla disaffezione verso il lavoro, a non avvicinare il paziente, fino all'abbandono della professione stessa¹⁸.

La propensione all'abbandono della

professione è molto elevata nel Regno Unito¹⁹, ma anche in Italia questo fenomeno è piuttosto evidente, così come si evince da uno studio di ricerca²⁰ in un grande ospedale di Milano che ha indagato le motivazioni legate a tale intenzione (i risultati di quest'ultimo studio sono comparabili con quelli del *Nurses Early Exit Study-Next* del 2005). Lo studio italiano è nato per fronteggiare l'incremento di domande di part-time e di trasferimenti in altre regioni da parte della categoria infermieristica in servizio presso l'azienda ospedaliera che ha promosso l'indagine.

Tra le motivazioni individuate è stato rilevato il disagio psicologico e la stanchezza: più della metà del campione si lamentava della stanchezza ogni settimana e anche ogni giorno; una consistente porzione di infermieri, inoltre, riferivano di essere estremamente insoddisfatti per la qualità delle cure fornite, per come le loro competenze venivano percepite, per le condizioni ambientali del posto di lavoro, per le prospettive professionali ed economiche, nonché per la valutazione del loro lavoro.

Lasciare la professione, così come riportano gli autori della ricerca nell'ospedale italiano²¹, rappresenta una grande perdita per il sistema sanitario in quanto viene perso l'accumulo di *know-how* utile anche per formare nuovi infermieri.

Nel Servizio Sanitario Nazionale le donne rappresentano il 60,9% del totale delle risorse umane ed il 75% delle donne appartiene alla professione infermieristica²².

Nonostante l'evoluzione culturale e normativa²³ abbia interessato questa categoria professionale, ancora oggi, le sfide da affrontare nei contesti di lavoro sono numerose.

L'importanza e la necessità di tale figura non viene effettivamente riconosciuta né dal punto di vista sociale né economico, e questi fattori sono solo alcuni dei molti motivi che rendono tale professione difficile da vivere.

Quanto tutto questo inoltre dipenda dal fatto che la professione sia sostanzialmente caratterizzata dalla presenza femminile²⁴, è un'ipotesi su cui si auspica un'apertura del dibattito.

Possiamo ricordare, però, che anche all'interno della Comunicazione della Commissione Europea del settembre 2010, "Strategia per la parità tra uomini e donne 2010-2015" si sostiene che: "...i lavori 'femminili', principalmente nell'assistenza sanitaria, in generale vengono valutati meno delle professioni tipicamente maschili..."²⁵.

AUTORE:

Laura Sabatino, infermiera Inail, Centro diagnostico polispecialistico regionale del Lazio.

NOTE

- ¹ Un ruolo importante, per esempio, lo ha svolto l' *International Labour Organization* (ILO), che ha prodotto una serie di dichiarazioni, convenzioni e raccomandazioni e che, nel 2005, ha introdotto all'interno del primo Obiettivo del Millennio – *Millennium Development Goals* - (MDG1), un nuovo target (1.B): "garantire piena e produttiva occupazione e lavoro dignitoso per tutti, compresi le donne e i giovani" http://www.ilo.org/public/italian/region/eurpro/rome/newsletr/romenews_1009/01.htm
<http://www.ilo.org/public/italian/region/eurpro/rome/aboutilo/history.htm>
- ² Per i contenuti inerenti la dignità umana e i riferimenti bibliografici si consiglia Becchi P. (2006); si veda anche l'articolo di Berlinguer G. (2006).
- ³ Regione Europea dell'OMS <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0062:FIN:it:PDF> in particolare punto 7.2 *Promozione della salute mentale sul luogo di lavoro*
- ⁴ <http://osha.europa.eu/it/front-page> e anche <http://osha.europa.eu/it/topics/stress/index.html>
- ⁵ <http://www.hse.gov.uk/healthservices/stress.htm>
- ⁶ È un questionario che viene somministrato trimestralmente a un campione di famiglie che vivono presso le proprie abitazioni in Gran Bretagna. Lo scopo è quello di raccogliere informazioni sul mercato del lavoro che possono essere utilizzate per riferire, valutare, gestire e sviluppare le politiche sul mercato del lavoro. Per ulteriori informazioni consultare il sito: <http://www.hse.gov.uk/statistics/industry/healthservices/index.htm>
- ⁷ Esistono diversi interventi legislativi che ineriscono lo stress lavorativo e la sua valutazione: D.Lgs 9 Aprile 2008, n. 81/2008 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" in particolare art. 28 comma 1, consultabile al sito: <http://www.camera.it/parlam/leggi/ddeleghe/08081dl.htm>; D.Lgs 106/2009; Accordo Europeo 8 Ottobre 2004; Accordo Interconfederale 8 Giugno 2008; alcune norme ISO 10075 che recepiscono le norme europee e che riguardano anche le modalità per rilevare il carico mentale.
- ⁸ Destrebecq A., et. al., (2009).
- ⁹ *Il settore sanitario è uno dei principali settori nel mercato del lavoro europeo che impiega circa il 10% dei lavoratori dell'Unione Europea. Il principale gruppo di operatori sanitari è impiegato in ospedale*; tradotto dal documento Mental Health. <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact46>
- ¹⁰ http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/index_it.htm
- ¹¹ Kyoung-Mu L., et. al., (2010).
- ¹² Caruso C.C., (2010).
- ¹³ Costa G. (2010).
- ¹⁴ Figà Talamanca I. (2009).
- ¹⁵ In linea con i contenuti dell'Accordo Europeo del 2004, la Commissione Consul-

tiva Permanente per la salute e sicurezza sul lavoro nella riunione del 17 novembre 2010, ha dato indicazioni metodologiche in ordine alla valutazione obbligatoria da parte del datore di lavoro, dello stress lavoro-correlato. http://www.fiom.cgil.it/sas/materiali/salute/stress/10_11_19-valutazione_stress.pdf

- ¹⁶ Negli atti del 73° Congresso Nazionale SIMLII Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, svoltosi a Roma 1-4 dicembre 2010, è possibile trovare articoli specifici che ineriscono la tutela della salute della donna lavoratrice nonché alcuni poster di ricerca che hanno indagato lo stress occupazionale negli operatori della sanità e anche degli infermieri.
- ¹⁷ Corley M. C., et. al., (2005).
- ¹⁸ Le caratteristiche dello staff infermieristico ospedaliero contribuiscono a determinare i risultati sul paziente. Nello studio si è voluto indagare l'importanza degli interventi formativi sugli infermieri, della qualità delle cure, della continuità assistenziale e della qualità dell'ambiente di lavoro nel predire la mortalità a 30 giorni dei pazienti assistiti. Estabrooks C. A., et. al., (2005).
- ¹⁹ Lo studio europeo Nurses Early Exit Study (NEXT) del giugno 2005 ha indagato le ragioni, le circostanze e le conseguenze dell'abbandono prematuro della professione da parte degli infermieri europei. I paesi coinvolti dallo studio, iniziato nel 2000 e finito dopo il Giugno 2005, sono stati: Belgio, Finlandia, Francia, Germania, Gran Bretagna, Italia, Olanda, Polonia, Svezia e Slovacchia e Norvegia. Il gruppo studiato includeva non solo infermieri laureati perché in Europa, nonostante le linee d'indirizzo europee, il percorso formativo non è omogeneo. <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?praesentationen-1>
- ²⁰ Vedi nota 8.
- ²¹ Quanto riportato è stato tradotto dall'articolo citato in nota 20.
- ²² Esistono delle differenze percentuali tra le varie regioni italiane. Si vedano a tal proposito le statistiche presenti sul sito della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi presso: <http://www.ipasvi.it> e D'Addio L. (2011).
- ²³ Già nel 1977 con la Convenzione sul personale infermieristico dell'ILO veniva sottolineata l'importanza del personale infermieristico ai fini della qualità dell'assistenza da fornire alla popolazione, per perseguire il livello più alto possibile di salute; inoltre, veniva anche evidenziata l'importanza delle condizioni d'impiego e di lavoro, incluse le prospettive di carriera e remunerazione, per attirare e trattenere il personale nella professione: <http://www.ilo.org/public/italian/region/eurpro/rome/standards/c149.htm> Per un'esauriva panoramica inerente la formazione infermieristica si rimanda al sito della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI <http://www.ipasvi.it/formazione>
- ²⁴ Collière M.F. (1992); Dimonte V. (1995); Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI (2004).
- ²⁵ Il documento della Commissione è scaricabile dal sito <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=418&langId=it>.

BIBLIOGRAFIA

- Becchi P, *Dignità umana*, 153-181, in Pomarici U., a cura di, *Filosofia del diritto. Concetti fondamentali*, Giappichelli, Torino. 2006.
- Berlinguer G, *L'origine sociale delle malattie. Assistenza infermieristica e Ricerca*, 25(4), 238-248. 2006
- Caruso C.C, *Occupational health and safety for nurses benefits patients too*. Rehabilitation Nursing Journal, 35(5), 176. 2010
- Collière M.F, *Aiutare a vivere. Dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica*. Sorbona, Milano. 1992
- Corley M.C, Minick P, Elswick R.K, Jacobs M, *Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment*. Nursing Ethics, 12(4), 381-390. 2005.
- Costa G, *Lavoro a turni e rischio di cancro della mammella*, 454-457, in Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, (23)4. 2010.
- D'Addio L, *La sanità italiana è donna*. L'infermiere, Federazione nazionale Ispasvi, II. 2011
- Destrebecq A, Terzoni S, Colosio C, Neri L, Brambilla G, *Intention to leave nursing in a major Milan hospital: current situation and future perspectives*. La Medicina del Lavoro, 100(2), 109-119. 2009.
- Dimonte V, *Da servente a infermiere, una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*. Cespi Editore, Torino. 1995.
- Estabrooks C.A, Midodzi W. K, Cummings G.G, Ricker K.L, Giovannetti P, *The impact of hospital nursing characteristics on 30-Day mortality*. Nursing Research, 54(2), 74-84. 2005.
- Federazione Nazionale Ispasvi (a cura di), 1954-2004: *La storia nascosta gli infermieri si raccontano*. Tipografia Stampalith, Trento. 2004.
- Figà Talamanca I, *Differenze di genere nella valutazione del rischio lavorativo: temi per la formazione ed esigenze di ricerca*. Inail-Comitato per le Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Pari Opportunità, *Genere e stress lavoro-correlato: due opportunità per il "Testo Unico"*. Verso l'elaborazione di linee guida, 89-100. 2009. 2005.
- Kyoung-Mu L, Daehee K, Kijung Y, Sun-Young K, Ho K, Hyung-Suk Y, Douglas B.T, Hurrell Jr J, *A pilot study on the association between job stress and repeated measures of immunological biomarkers in female nurses*. International Archives of Occupational and Environmental Health, (83)7, 779-789. 2010.
- Salerno S, *Donne, lavoro e salute: un alfabeto internazionale che declina il genere*, Inail Comitato per le Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Pari Opportunità, *Genere e stress lavoro-correlato: due opportunità per il "Testo Unico"*. Verso l'elaborazione di linee guida, 41-47. 2009.

La presenza dei parenti nelle Unità di Cure intensive: una revisione della letteratura

di Matias Eduardo Diaz Crescitelli

INTRODUZIONE

La maggior parte delle Terapie intensive in Italia limita l'accesso ai familiari a fasce orarie ristrette nell'arco della giornata, o addirittura, in alcuni contesti, non vi è affatto possibilità di accesso (terapie intensive chiuse).

L'"ermetismo" di questa tipologia di Unità operative è finalizzato soprattutto a prevenire le contaminazioni ambientali potenzialmente pericolose per il paziente ricoverato, anche se, da parte loro, i familiari restano ansiosi di essere informati sulla situazione del parente, oltre che per l'impossibilità di potergli stare vicino.

L'apertura della Unità di Cura intensiva (Icu) al pubblico non presenta un rischio medico: è noto che esse sono luoghi ad elevato rischio di infezione e, comunque, si tratta principalmente di infezioni nosocomiali, la cui incidenza in Icu è cinque-dieci volte superiore rispetto a quella nei reparti di medicina generale¹. Nelle esperienze cliniche, è stato osservato come, tra le richieste ricorrenti dei pazienti adulti ricoverati in Terapia Intensiva, spicchi quella relativa al desiderio di poter avere vicino un familiare o una persona di riferimento.

In particolare, gli stessi hanno potuto osservare, in molteplici occasioni, come la presenza di un familiare influisca positivamente sullo stato di salute del paziente e sull'ansia correlata.

Però, permettere ai familiari di rimanere accanto al paziente durante la degenza nelle Icu (ergo, durante l'esecuzione di manovre invasive e di emergenza) è un concetto relativamente nuovo: tradizionalmente, infatti, le famiglie venivano

escluse da questa possibilità, poiché si riteneva che potessero disturbare l'attività assistenziale e che potessero rimanere traumatizzate^{2,3}.

Studi rivolti a familiari di pazienti in gravi condizioni di salute o in fin di vita hanno rivelato, invece, un profondo bisogno di informazioni⁴ la cui inadeguatezza (unita a quella della comunicazione) può impedire ai parenti di fornire un appropriato supporto ai propri familiari⁵.

MATERIALI E METODI

Obiettivo della revisione bibliografica è indagare sull'evidenza riguardante le Unità di Cura intensiva aperte, un approccio adottato in molte Unità di Cura intensiva (Icu) del mondo, come proposta di una visione "alternativa"

delle Cure Intensive.

La revisione è stata effettuata sul Database di Medline (PubMed), prendendo in considerazione articoli scientifici che analizzano il problema dal punto di vista infermieristico.

Le *keyword* utilizzate e tra loro combinate per lo svolgimento della ricerca sono: "Open Intensive Care Unit" o "Open Icu".

I limiti della ricerca sono stati: articoli recenti, di massimo cinque anni, la presenza delle *keyword* nei campi (*title/abstract*).

L'impostazione dei limiti è basata sulla quantità di articoli pubblicati nell'arco degli anni e la loro validità attraverso la scelta di tipologie che garantiscono in tal senso.



ARTICOLO	Giannini A. <i>"The Open Icu: no just a question of time"</i> . Minerva Anestesiologica 2010 Febbraio;76(2):89-90.
OBIETTIVI	Introdurre un punto di vista attraverso una revisione della letteratura sul discorso delle <i>"open"</i> Icu in Italia.
CAMPIONE	Non rilevato.
DISEGNO	<i>Editorial.</i>
RISULTATI	<p>Si rileva l'importanza dell'implementazione di strutture contenenti <i>"open"</i> Icu e della relativa istruzione del personale (medico, infermieristico) nella gestione dell'Unità stessa.</p> <p>Si invita ad un graduale processo di adeguamento, regolato seriamente e coinvolgendo con ruolo importante i famigliari dei degenti, i quali potranno trarre beneficio da tale esperienza (in termini di ansietà, stress ed eccessivo carico di lavoro).</p> <p>Si sostiene, comunque, l'importanza della relazione sia tra il personale ed i parenti che tra i parenti ed i degenti in momenti particolari della loro vita (come, ad esempio, nel fine vita del degente).</p> <p>Infine, si propone la open Icu come requisito di accreditamento per il Sistema Sanitario Nazionale, quindi un beneficio economico per le aziende coinvolte.</p>
CONCLUSIONE	Nonostante sia un articolo di tipo <i>editorial</i> , la rivista sulla quale è stato pubblicato, la bibliografia utilizzata ed il provato interesse dell'autore riguardante l'argomento fanno sì che si prenda in considerazione l'articolo.



ARTICOLO	Azzil R, Bambi S. "Open intensive care units: a feasible option? The opinions of patients, relatives and health care workers". Assist Inferm Ric 2009 Apr-Jun;28(2):89-95.
OBIETTIVI	Rilevare le opinioni sia dei parenti che del personale medico e infermieristico riguardo le "open" Icu in Italia.
CAMPIONE	Somministrata una elevata quantità di questionari (non specificata nell'abstract). Questionario per il degente e i caregiver Questionario per medici e infermieri in due open Icu e in due closed Icu.
DISEGNO	Indagine descrittiva.
RISULTATI	I questionari ai pazienti e ai parenti sono stati distribuiti soltanto in un open Icu. Il livello di soddisfazione dei degenti e dei parenti è risultato elevato. Una vasta maggioranza di medici favorisce le politiche di visita senza restrizione, mentre gli infermieri temono l'aumento del carico di lavoro determinato dalla presenza di parenti.
CONCLUSIONE	Le open Icu rappresentano una sfida: si rivelano positive nella soddisfazione dei parenti e dei pazienti ma richiedono una struttura e un'organizzazione appropriate per essere messe in pratica.

RISULTATI

La strategia di ricerca descritta ha permesso di reperire 13 articoli dei quali sono stati selezionati sette articoli, perché pertinenti rispetto agli obiettivi della ricerca bibliografica.

DISCUSSIONE

Giannini⁶ tenta di avvicinare i professionisti che lavorano in Icu ad una visione alternativa, quella delle "Open Icu", argomentando, attraverso la letteratura internazionale, **i benefici legati all'implementazione dell'allargamento dell'orario di visita sia per i parenti e i degenti che per il personale**, e addirittura per la struttura, che lo inserisce come elemento di miglioramento della qualità ai fini dell'accreditamento. Si rileva che i cambiamenti in questo senso devono essere eseguiti in modo graduale e naturalmente, formando in maniera adeguata il personale. Si sostiene l'importanza della relazione nel triangolo infermiere-degente-parente.

L'articolo, nonostante sia un *editorial*, è stato preso in considerazione per la ricerca bibliografica per l'autorevolezza della rivista sulla quale è stato pubblicato e per il provato interesse dell'autore nei confronti dell'argomento (senza dimenticare che si tratta di un articolo di un ricercatore italiano inserito nella cultura

specificata in cui l'esperienza si inserisce). Nell'articolo di Azzil e Bambi⁷ si rileva un livello elevato di soddisfazione da parte di degenti e parenti per la tipologia di Cura Intensiva Aperta. Inoltre, si individua un'opinione favorevole da parte dei medici, mentre per quanto riguarda gli infermieri, essi temono un aumento del carico di lavoro dovuto alla presenza dei parenti nelle Unità Operative e, quindi, risulta un atteggiamento negativo.

È evidente che per implementare strutture di questo genere si richieda una struttura e un'organizzazione appropriate per essere messe in pratica.

Il limite maggiore di questo articolo è quello di aver somministrato il questionario riguardante l'opinione dei degenti e parenti in una sola open Icu, mentre la ricerca ha investito ben quattro Unità Operative (due di tipologia open e due closed).

Nello studio italiano di Biancofiore et al⁸, che intende valutare gli atteggiamenti del personale che lavora nelle Icu della Regione Toscana, per quanto riguarda le opinioni degli infermieri, si evince che essi considerano le open Icu:

1. una violazione della privacy del paziente (P<0,01);
2. un elemento di interferenza con i caregiver (P<0,01);
3. un impedimento per l'espletamento

dei propri doveri (P<0,05).

Per quanti riguarda i medici:

4. la causa di aumento dell'insorgenza di eventi avversi (P<0,05);
5. un elemento di forte stress e disagio per i pazienti (P<0,05).

Per quanto riguarda le attitudini verso questa tipologia di intervento, gli infermieri sono in forte disaccordo: preferiscono visite meglio controllate (P<0,01). Dall'analisi dei dati, **i medici si dichiarano più flessibili rispetto agli infermieri per quanto riguarda l'adattamento e la personalizzazione delle Icu.**

In considerazione del fatto che il campione è abbastanza ampio e che si tratta di un'indagine descrittiva trasversale, si ritiene valido questo studio.

Per quanto riguarda l'indagine comparativa e retrospettiva di Hackner et al⁹ si è cercato di indagare sulle differenze per quanto riguarda i dati di mortalità e i costi correlati in due Icu, una open e un'altra closed, gestite dalla stessa tipologia di personale, perché facenti parte della stessa facoltà.

La mortalità risulta essere più elevata nella Icu open rispetto a quella closed, mentre per quanto riguarda la durata media della degenza, i valori non sono molto differenti così come i costi.

In relazione alla numerosità del campione lo studio si ritiene valido.

ARTICOLO	Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Bladini S. <i>"Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals"</i> 2010 Febbraio; 76(2):93-99.
OBIETTIVI	Valutare, per conto di un comitato etico regionale (Toscana), le opinioni e le condizioni di accettazione degli infermieri e medici delle Icu nei confronti di una <i>open Icu</i> per modificare e proporre nuovi approcci di vigilanza per quanto riguarda le visite dei parenti.
CAMPIONE	Sono state coinvolte 28 Icu.
DISEGNO	Indagine descrittiva trasversale.
RISULTATI	Hanno aderito all'indagine un totale di 25 Icu: 377 infermieri, 230 medici. <u>Gli infermieri considerano le <i>open Icu</i>:</u> una violazione della privacy del paziente (P<0,01); un elemento di interferenza con i <i>caregiver</i> (P<0,01); un impedimento con i propri doveri (P<0,05). <u>Per quanti riguarda i medici:</u> considerano le frequenti visite un elemento di aumento dell'insorgenza di eventi avversi (P<0,05); un elemento di forte stress e disagio per i pazienti (P<0,05). <u>Per quanto riguarda le attitudini verso questa tipologia di intervento:</u> gli infermieri sono in forte disaccordo, preferiscono visite meglio controllate (P<0,01).
CONCLUSIONE	Dal campione preso in esame si evince che i medici si dichiarano più flessibili rispetto agli infermieri sull'adattamento e la personalizzazione dell'Icu.

Inoltre, lo studio comparativo, con personale formato nella stessa facoltà, permette un confronto più accurato, ergo, di valore ai fini della ricerca.

Nella Revisione della letteratura di Giannini¹⁰, nonostante non siano state prese in considerazione soltanto Rct, l'autore giunge alla conclusione che non vi sono sufficienti evidenze per giustificare la "chiusura" delle Icu.

Questo tipo di servizio sembrerebbe, viceversa, una risorsa per garantire una maggiore dignità dell'assistito, soprattutto in momenti critici e di sofferenza quali, ad esempio, il fine vita.

L'indagine di Lee et al¹¹ è divisa in due parti: una quantitativa (per determinare le politiche delle ore di visita degli ospedali del New England, contattando 171 strutture ospedaliere) e una qualitativa (riguardante personale che lavora in Icu da oltre otto anni).

Per quanto riguarda l'indagine quantitativa, di tutte le Icu esaminate solo il 32% dichiara di fornire ore di visita senza restrizione. Di queste, il 92% sono Icu mediche o Icu medico/chirurgiche.

Nella ricerca qualitativa, il personale infermieristico ha definito le strategie impiegate o sostenute per affrontare i punti critici di questa tipologia di intervento.

Come studio-pilota, avendo due componenti (una quantitativa e un'altra qualita-

ARTICOLO	<i>"Do faculty intensivists have better outcomes when caring for patients directly in a closed Icu versus consulting in an open Icu?"</i> ; 2009. Hackner D, Shufelt CL, Balfe DD, Lewis MI, Elsayegh A, Braunstein GD, Mosenifar Z.
OBIETTIVI	Indagare sulle differenze tra i casi di mortalità in una <i>open Icu</i> nei confronti di una <i>closed Icu</i> di Los Angeles (Usa).
CAMPIONE	2602 schede di ammissione distribuite tra le due Icu tra gennaio 2006 e dicembre 2007.
DISEGNO	Indagine retrospettiva e comparativa. Una <i>open Icu</i> ed una <i>closed Icu</i> gestite entrambe dallo stesso tipo di personale perché coordinate dalla stessa facoltà di Medicina.
RISULTATI	Di tutti i degenti ammessi rispettivamente alle unità chiuse e aperte, il 19,2% e 24,7%, non sono sopravvissuti (P < 0,001). Per quanto riguarda la durata media dell'ospedalizzazione i valori sono di 10 giorni per quella chiusa e di 12 giorni per quella aperta (P<0,001). L'indice di costo non regolato per l'unità aperta era 1,11 riguardante l'unità chiusa (1,0) (P < 0,001). Tuttavia, dopo aver calcolato per severità di malattia, le differenze di costo non erano significativamente differenti.
CONCLUSIONE	Sono state osservate riduzioni significative della mortalità e della durata media del ricovero per i pazienti inizialmente ammessi a un Icu chiuso contro una Icu aperta. Non sono state osservate differenze significative in durata media del ricovero o nel costo complessivo delle cure dopo il calcolo per adeguamento di severità.

ARTICOLO	Lee MD, FriedenberG AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. "Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement". Crit Care Med 2007 Feb;35(2):497-501.
OBIETTIVI	Questo studio è suddiviso in due parti: un'indagine per determinare le politiche di ore di visita degli ospedali nuovi dell'area del New England; e i gruppi di controllo per descrivere le sfide e le barriere che il personale infermieristico che lavora in un lcu aperto ha avvertito e per fornire le soluzioni che faciliteranno l'attuazione di una politica aperta di ore di visita.
CAMPIONE	171 ospedali del New England. Personale di lcu esperto (con più di otto anni lavorativi) delle città e del Nord-Est.
DISEGNO	Studio in due parti: indagine quantitativa, descrittiva per gli orari di visita delle diverse lcu attraverso intervista con questionario telefonico; e <i>focus group</i> (qualitativa) per migliorare le politiche degli orari di visita.
RISULTATI	Complessivamente 171 ospedali hanno compilato il questionario (96%). Di tutte le lcu esaminate, 62 (32%), dichiarano di fornire ore di visita senza restrizione. Di queste, 57 (92%) erano lcu mediche o lcu medico/chirurgiche. Il personale infermieristico ha identificato tre aree d'interesse importanti per avviare una politica aperta di ore di visita: spazio, conflitto e carico. Il personale infermieristico ha descritto le strategie impiegate o sostenute per affrontare i punti critici di questa tipologia di intervento.
CONCLUSIONE	La maggior parte delle lcu del New England ha limitano le ore di visita. Soltanto un terzo di lcu offre politiche di visita aperte. Sono stati identificati i punti critici di cura per un lcu senza restrizione. Sono state fornite le soluzioni per l'orientamento di altre lcu che studiano la possibilità di adottare una politica aperta delle ore di visita.

tiva), si ritiene di rilevanza un approfondimento della domanda di ricerca, al fine di un'offerta di linee guida per l'implementazione e il miglioramento delle *open lcu*. Nella ricerca effettuata da Nathens et al¹² sono stati messi a confronto il modello di "closed lcu" vs quello "open lcu" in relazione al rischio di morte nei Trauma Center.

Si tratta di uno studio di coorte, multicentrico (68 centri di cura) e prospettico, che evidenzia che la cura in un modello "closed lcu" è associata ad una grande riduzione della mortalità in ospedale dopo il trauma, specie in pazienti anziani che potrebbero essere già limitati dal punto di vista fisiologico a causa di altre patologie croniche.

Nella specificità della patologia traumatica, lo studio si rivela di importanza rilevante ma non può essere esteso alla totalità della popolazione ricoverata in lcu.

CONCLUSIONI

Nella maggior parte degli studi analizzati emergono elementi positivi e favorevoli all'implementazione delle lcu aperte, non

ARTICOLO	Giannini A. "Open intensive Care Units: the case in favour". <i>Minerva anesthesiol</i> 2007 Maggio;73(5):299-306.
OBIETTIVI	Evidenziare l'importanza dell'argomento. Riportare alla luce, attraverso una revisione della letteratura i casi, le opinioni, le idee per migliorare le condizioni delle lcu o, addirittura modificarle.
CAMPIONE	Letteratura internazionale.
DISEGNO	<i>Review</i> .
RISULTATI	L'autore sostiene che non vi siano <i>evidence</i> sufficienti per giustificare la limitazione delle visite dei parenti, ossia la vasta presenza nel territorio Italiano di "closed lcu", anzi, l'autore ritiene che sia un vantaggio per il degente. Inoltre afferma che il cambiamento spetta soprattutto alla decisione dei medici e degli infermieri, i quali dovranno modificare le loro abitudini, anche in merito alla relazione con i parenti ed i pazienti.
CONCLUSIONE	"Aprire" le lcu si ritiene una risorsa per favorire una maggior espressione del valore della dignità del degente, soprattutto nei momenti di maggiori difficoltà e nel fine di vita. Si ritiene che tale cambiamento debba avvenire in Italia.

ARTICOLO	Nathens AB, Rivara FP, MacKenzie EJ, Maier RV, Wang J, Egleston B, Scharfstein DO, Jurkovich GJ. "The impact of an intensivists-model ICU on trauma-related mortality". Ann Surg 2006 Oct;244(4):545-54.
OBIETTIVI	Valutare l'effetto di un modello di "closed lcu" di cura sul rischio di morte dopo un trauma (Trauma Center).
CAMPIONE	Utilizzo di un grande Db (68 centri di cura).
DISEGNO	Studio multicentrico (68 centri), di coorte, prospettico.
RISULTATI	Dopo avere osservato i dati per ottenere le differenze nelle caratteristiche della linea di base, il rischio relativo di morte nel modello "closed lcu" era più basso rispetto ad un modello di "open lcu". L'effetto era più grande negli anziani, nelle unità principalmente chirurgiche e nei Trauma Center designati.
CONCLUSIONE	La cura in un modello "closed lcu" è associata a una grande riduzione della mortalità in ospedale dopo il trauma, specialmente in pazienti anziani che potrebbero essere già limitati dal punto di vista fisiologico a causa di altre patologie croniche. Il fatto che l'effetto sia più grande nei Trauma Center e nelle unità principali chirurgiche suggerisce l'importanza di competenza nella cura del traumatizzato critico.

soltanto come modello alternativo di cura intensiva. Questo punto è validato dall'omogeneità dei risultati clinici ottenuti nella differenziazione tra le lcu aperte e quelle chiuse.

Una revisione della letteratura, inoltre, invita ad adottare questo tipo di modello di cura sostenendo che non vi siano indicazioni favorevoli all'utilizzo di modelli chiusi di lcu.

Per quanto riguarda l'aspetto relazionale, alcuni articoli rilevano una maggior attenzione da parte del personale e quindi maggior soddisfazione da parte dell'assistito e della sua famiglia.

Mentre in altri si evidenzia un atteggiamento

positivo da parte dei medici e negativo da parte degli infermieri che vedono come un "elemento di disturbo" la costante presenza dei parenti, non soltanto nei riguardi dei loro carichi di lavoro, ma anche per la privacy del degente.

L'unico studio con un forte risultato negativo dal punto di vista clinico è stato quello in cui si prendevano in considerazione soltanto i Trauma Center, nel quale è emerso che è più indicata una gestione chiusa degli orari di visita.

Ma lo stesso studio rivela pure che non vi sono differenze tra la degenza media degli assistiti in lcu aperte o chiuse, e

nemmeno dal punto di vista dei costi delle cure.

Questa ricerca bibliografica può essere considerata un punto di partenza per dedicare ulteriori indagini mirate agli atteggiamenti del personale e dell'utenza nei confronti delle attività delle Cure Intensive Aperte.

Costruendo, di conseguenza, le basi per un'implementazione del modello anche nella Regione Lazio.

AUTORE:

Matias Eduardo Diaz Crescitelli, infermiere in Neuroriabilitazione, Ini Grottaferrata.

NOTE

- Burchardi H. Apriamo le porte. Intensive Care Med Ed. Italiana 2003;1:4-5.
- Van Der Woning M. Should relatives be invited to witness a resuscitation attempt? A review of the literature. Accid Emerg Nurs 1997;5(4):215-218.
- Redley B, Hood K. Staff attitudes towards family presence during resuscitation. Accid Emerg Nurs 1996;4(3):145-151.
- Mosenthal AC. Palliative care in the surgical ICU. Surg Clin North Am 2005;85:303-313.
- Gerstel E, Engelberg RA, Koepsell T, Curtis JR. Duration of withdrawal of life support in the intensive care unit and association with family satisfaction. Am J Respir Crit Care Med 2008;178:798-804.
- Giannini A. The "Open" ICU: no just a question of time. Minerva Anestesiologica 2010 Febbraio;76(2):89-90.
- Azzil R, Bambi S. [Open intensive care units: a feasible option? The opinions of patients, relatives and health care workers]. Assist Inferm Ric 2009 Apr-Jun;28(2):89-95.

- Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Bladini S. Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals 2010 Febbraio;76(2):93-99.
- Hackner D, Shufelt CL, Balfe DD, Lewis MI, Elsayegh A, Braunstein GD, Mosenifar Z. Do Faculty Intensivists Have Better Outcomes When Caring for Patients Directly in a Closed ICU versus Consulting in an Open ICU? Hosp Pract (Minneapolis) 2009 Dec;37(1):40-50.
- Giannini A. Open intensive Care Units: the case in favour. Minerva anestesiologica 2007 Maggio;73(5):299-306.
- Lee MD, Friedenber AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement. Crit Care Med 2007 Feb;35(2):497-501.
- Nathens AB, Rivara FP, MacKenzie EJ, Maier RV, Wang J, Egleston B, Scharfstein DO, Jurkovich GJ. The impact of an intensivists-model ICU on trauma-related mortality. Ann Surg 2006 Oct;244(4):545-54.

BIBLIOGRAFIA

- Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Arich C, Brivet F, Brun F, et al, *Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff*. Intensive Care Med 2003;29(9):1498-504.
- Azzil R, Bambi S, *Open intensive care units: a feasible option? The opinions of patients, relatives and health care workers*. Assist Inferm Ric 2009 Apr-Jun;28(2):89-95.
- Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Bladini S, *Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals*. 2010 Febbraio;76(2):93-99.
- Foster M, Chaboyer W, *Family carers of Icu survivors: a survey of the burden they experience*. Scand J Caring Sci 2003;17:205-214
- Gerstel E, Engelberg R.A, Koepsell T, Curtis J.R, *Duration of withdrawal of life support in the intensive care unit and association with family satisfaction*. Am J Respir Crit Care Med 2008;178:798-804.
- Giannini A, *Open intensive Care Units: the case in favour*. Minerva anesthesiol 2007 Maggio;73(5):299-306.
- Giannini A, *The open Icu: no just a question of time*. Minerva medica copyright 2010 Febbraio;76(2):89-90.
- Hackner D, Shufelt CL, Balfe D.D, Lewis M.I, Elsayegh A, Braunstein G.D, Mosenifar Z, *Do faculty intensivists have better outcomes when caring for patients directly in a closed Icu versus consulting in an open Icu?* Hosp Pract (Minneap) 2009 Dec;37(1):40-50.
- Hyzy R.C, Flanders S.A, Pronovost P.J, Berenholtz S.M, Watson S, George C, Goeschel C.A, Maselli J, Auerbach A.D, *Characteristics of intensive care units in Michigan: not an open and closed case*. J Hosp Med 2010 Jan;5(1):4-9.
- Jacobowski N.L, Girard T.D, Mulder J.A, Wesley Ely E, *Communication in critical care: Family Rounds in the Intensive Care Unit*. American Journal of critical care 2010;19(5):421-430.
- Lee M.D, Friedenber A.S, Mukpo D.H, Conray K, Palmisciano A, Levy M.M. *Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement*. Crit Care Med 2007 Feb;35(2):497-501.
- Meyers T.A, Eichhorn D.J, Guzzetta C.E, Clark A.P, Klein J.D, Taliaferro E, *Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses, and physicians*. Top Emerg Med 2004;26(1):61-73.
- Mosenthal A.C, *Palliative care in the surgical Icu*. Surg Clin North Am 2005;85:303-313.
- Nathens A.B, Rivara F.P, MacKenzie E.J, Maier R.V, Wang J, Egleston B, Scharfstein D.O, Jurkovich G.J, *The impact of an intensivist-model ICU on trauma-related mortality*. Ann Surg 2006 Oct;244(4):545-54.
- Redley B, Hood K, *Staff attitudes towards family presence during resuscitation*. Accid Emerg Nurs 1996;4(3):145-151.
- Van Der Woning M, *Should relatives be invited to witness a resuscitation attempt? A review of the literature*. Accid Emerg Nurs 1997;5(4):215-218.

IN PILLOLE

La grande rivincita del cioccolato

Buone notizie per gli amanti del cioccolato. Un nuovo studio americano afferma che il fondente potrebbe produrre lo stesso effetto dello sport: rinforzare i muscoli e mantenerli giovani negli anni. Ma occorre andare con i piedi di piombo perché la ricerca, coordinata da Moh Malek della Wayne State University di Detroit e pubblicata sul *Journal of Physiology*, è stata condotta sui topi. L'esperimento dimostra le virtù del cacao e in particolare dell'epicatechina, una sostanza contenuta nella polvere nera, che secondo gli scienziati agisce direttamente sulle centrali energetiche delle cellule: i mitocondri. Nei topi quindi, mangiare cacao aumenta il numero di mitocondri nelle cellule muscolari. "Avere più mitocondri – ha spiegato il professor Malek – significa riuscire a produrre più energia, quindi poter sostenere performance muscolari migliori e più intense. Se da un lato è noto che l'esercizio fisico di tipo aerobico aumenta il numero di mitocondri nelle cellule dei muscoli, la nostra ricerca indica che l'epicatechina del cacao produce la stessa risposta, specie a livello del cuore e dei muscoli scheletrici". Gli studiosi hanno somministrato a un gruppo di topi un tipo particolare di epicatechina ottenuta dal cacao, due volte al giorno per 15 giorni. I roditori venivano anche sottoposti a un programma di allenamento che prevedeva trenta minuti quotidiani di tapis roulant. Il risultato è stato che i topi ai quali era stata data l'epicatechina mostravano le stesse performance fisiche di quelli che correvano sul nastro. Il team di Malek spera che un giorno sarà possibile "prescrivere" un consumo giornaliero di cacao per aiutare chi non è più giovanissimo a mantenersi in forma. Nel loro esperimento i ricercatori hanno anche osservato benefici concreti nei topi di mezza età che facevano sport e allo stesso tempo ricevevano l'epicatechina del cacao. Per questo hanno voluto sfruttare l'azione dell'epicatechina sui mitocondri come strategia per ridurre gli effetti dell'invecchiamento muscolare.

Lavoro, l'infermiere tra le dieci professioni che guadagneranno di più in futuro

Il magazine economico americano *Wall Street Journal* ha stilato la classifica delle dieci professioni più pagate e più ricercate del futuro. L'indagine si riferisce agli Stati Uniti, ma è sicuro che questi dati avranno una grande incidenza anche in Europa. E in Italia.

Quindi, è importante che i giovani che stanno decidendo, oggi, di cosa occuparsi in futuro, facciano una scelta ponderata e, magari, leggere bene i dati di quali, tra le professioni attuali, saranno le più ricercate – *ergo*, le più pagate – dei prossimi anni. Il magazine statunitense ha identificato le professioni sulle quali investire, quelle che offrono maggiori prospettive di guadagno e di crescita e, malgrado la ricerca si riferisca a Stati di oltreoceano, è più che ovvio che gli stessi dati saranno validi anche da noi.

Due i fattori determinanti nelle previsioni: i cambi generazionali della popolazione e il modo in cui l'economia del Paese muta.

In particolare, si è tenuto conto dell'invecchia-

mento del Paese, supponendo che, con una nazione più anziana, ci sarà sempre più bisogno di figure professionali legate all'ambito medico-sanitario; ma anche della quantità crescente di dati a disposizione delle imprese, che porterà a un costante aumento delle professioni legate al mondo del business.

Ecco le dieci figure professionali che saranno richiestissime nei prossimi dieci anni: una speranza per chi ora magari vive momenti di scoramento.

Al primo posto, gli infermieri (con un incremento del 22%); seguiti da commercialisti e revisori dei conti (+21%); analisti di gestione (+23%); sviluppatori di applicazioni per pc (+24%); medici chirurghi (+21%); analisti di sistemi informatici (+20%); ricercatori di marketing (+28%); ingegneri civili (+24%); igienisti dentali (+36%) e promotori finanziari (+30%).

Tiziana Mercurio



Il Collegio IPASVI in Rete

italiano

benvenuti

welcome

bienvenidos

español

english

www.ipasvi.roma.it

Siamo anche su Televideo Rai 3 alla pagina 439

Focus

**Il bilancio delle attività
del triennio 2009-2011**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

INTERVISTA AL PRESIDENTE GENNARO ROCCO

“Orgogliosi del lavoro svolto e con la schiena dritta contro gli attacchi all'autonomia degli infermieri”

Tre anni di attività intensa su tutti i fronti aperti della professione. Il bilancio del lavoro svolto dal Collegio in questo ultimo mandato è tutto nei numeri. Dati e cifre che danno conto di un'operatività straordinaria e di un crescente coinvolgimento dei colleghi alla vita della loro “casa professionale”.

In questo Focus, Infermiere Oggi ospita un sommario delle principali attività degli uffici e del Consiglio direttivo, all'insegna di un'accresciuta rete di servizi che facilita e moltiplica la partecipazione degli iscritti offrendo loro importanti vantaggi.

Prima di addentrarci nel resoconto delle diverse attività, per inquadrare le scelte strategiche che hanno ispirato l'azione del Collegio, le prospettive del lavoro fino qui svolto e conoscere le ultime importanti decisioni per fronteggiare la crisi economica che pesa fortemente anche sugli infermieri, abbiamo intervistato il presidente Gennaro Rocco.

Presidente, quale bilancio può tracciare di quest'ultimo triennio?

“È stato un periodo difficile da riassumere per la straordinaria intensità dei suoi eventi. La nostra rappresentanza professionale è stata impegnata su tutti i fronti, senza tregua e senza esclusione di colpi. Ci siamo misurati apertamente con le sfide aperte della sanità, col piano di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale, con le assurde condizioni di lavoro che ancora dobbiamo subire per far fede alla nostra mission professionale, che resta ancorata all'interesse dei cittadini i quali si affidano a noi per avere un'assistenza adeguata, sicura e umana”.

Da tempo il Collegio sta esercitando un tenace pressing sulla Regione Lazio per una riorganizzazione complessiva del sistema sanitario. Qual è la vostra idea?

“Sul destino incerto del nostro Ssr, sommerso dal debito e falciato dai tagli, continuiamo a confrontarci, anche duramente, con i diversi livelli istituzionali e politici. Ci siamo rivolti a più riprese alla presidente Polverini, soprattutto nella sua veste di Commissario alla Sanità, per sollecitare interventi urgenti in grado di arginare le gravissime difficoltà in cui siamo costretti ad operare, a cominciare dalla pesante carenza degli organici infermieristici in gran parte delle strutture sanitarie pubbliche e private della regione. Ci siamo rivolti alla governatrice anche pubblicamente, con una serie di lettere aperte che hanno fatto rumore soprattutto per i loro contenuti concreti: proposte operative che gli infermieri avanzano sulla riorganizzazione dei servizi in senso territoriale, per una nuova programmazione sanitaria, per la fine degli sprechi e delle

spese inutili, per la gestione trasparente delle nomine e degli appalti, insomma per restituire fiducia a quanti, come gli infermieri, continuano a sacrificarsi per evitare che il collasso del sistema travolga i cittadini”.

Quali risultati avete ottenuto finora?

“Abbiamo molto insistito sulla necessità di ribaltare l'attuale assetto ospedale-centrico portando la sanità quanto più vicina possibile ai cittadini. E in questo senso abbiamo indicato modelli di riferimento precisi sperimentati con successo in altre regioni e all'estero. Abbiamo quindi inizialmente apprezzato la logica che ha ispirato i decreti commissariali che intendevano spostare l'asse strategico degli interventi dall'ospedale al territorio e che istituiscono più rigorosi meccanismi di controllo della spesa. Ma oggi la nostra preoccupazione si concentra sulle modalità di attuazione dei decreti e sulla loro effettiva applicazione. Finora abbiamo assistito alla chiusura di ospedali, reparti e servizi senza che però sia stata attivata la necessaria rete di assistenza territoriale. Praticamente un fallimento totale. Il percorso virtualmente imboccato sembrava positivo ma si presenta e disseminato di resistenze. Siamo delusi e allarmati per la tenuta del nostro sistema sanitario pubblico universale”.

Nelle ultime settimane il Collegio ha fatto nuovamente risuonare l'allarme sul blocco del turn-over per gli operatori sanitari. Con quali speranze di spuntarla?

“Nel Lazio mancano all'appello più di 4.500 infermieri e senza questa figura centrale il sistema non funziona, con ricadute

molto pesanti sulla salute pubblica. In molti ospedali e presidi ambulatoriali, anche i più qualificati e prestigiosi, si continua a scaricare il peso degli organici semivuoti sui pochi infermieri in servizio, sui quali ricade un aumento inaccettabile di fatica, responsabilità e dei rischi professionali dovuti al forte stress lavorativo. Garantire almeno la sostituzione del personale che va in pensione è il minimo che si possa fare per non far franare tutto. Finora ci è stato risposto che il blocco del turn-over non poteva essere superato a causa del dissesto dei conti sanitari; oggi, con l'ultima manovra finanziaria, accogliendo le nostre istanze il Governo ha previsto la possibilità di sbloccare le assunzioni per le Regioni che, come il Lazio, sono soggette al Piano di rientro del deficit sanitario. Perciò le nostre insistenze hanno ripreso vigore e abbiamo chiesto alla presidente Polverini di avviare immediatamente le procedure dei concorsi”.

Ma notoriamente gli infermieri non si trovano e, stando alle statistiche, restano tra i professionisti di più difficile reperimento sul mercato del lavoro. Ce ne saranno a sufficienza per rimpinguare gli organici?

“Altro che se ci saranno! Ciò che la nostra professione sta vivendo in questi anni ha dell'incredibile. Da un lato c'è una fortissima domanda di infermieri che resta insoddisfatta, dall'altra per molti colleghi un contratto stabile e decentemente retribuito è diventato una chimera. Siamo al punto che la precarietà dei rapporti di lavoro imposti a tanti infermieri, assunti oggi quasi esclusivamente attraverso contratti a tempo determinato

e con le forme più fantasiose, alimentano odiosi fenomeni di sfruttamento. Così, pur di lavorare, molti colleghi neolaureati accettano condizioni fortemente discriminatorie e retribuzioni da fame, umilianti per professionisti formati nelle università e sui quali gravano grandi responsabilità professionali e sociali. I nuovi concorsi pubblici della Regione avrebbero di sicuro parecchi concorrenti”.

È soddisfatto del lavoro che si era prefissato di compiere tre anni fa insieme al Consiglio Direttivo?

“Sono molto soddisfatto del lavoro svolto, anche se ce n'è ancora tanto da fare. Ho potuto contare su un team davvero esperto, motivato e unito. Grazie all'impegno corale dei consiglieri è stato possibile realizzare una grande quantità di iniziative che non hanno pari in Italia e che hanno consacrato il nostro Collegio come punto di riferimento della professione a livello internazionale. Basti ricordare l'accoglienza tributata dai maggiori esperti del mondo al **Centro di Eccellenza di cultura e di ricerca infermieristica** in occasione della presentazione dei primi risultati delle ricerche. Il coinvolgimento di **migliaia di infermieri** nelle attività del Collegio è in costante aumento anche grazie alle possibilità offerte dalla nostra sede, funzionale e ben attrezzata. Siamo riusciti a coinvolgere maggiormente gli iscritti attraverso una serie di servizi innovativi e gratuiti, **dalle banche dati digitali alla biblioteca on line**, dalla posta elettronica certificata al tesserino magnetico, ai certificati on line. E un grande sforzo è stato fatto per incrementare ulterior-



Un momento del confronto tra il presidente Rocco e il ministro Fazio nel corso dell'ultima edizione di Sanit

mente gli **eventi di formazione e aggiornamento**, sempre più partecipati e distribuiti su tutto il territorio provinciale. Il peso della nostra voce è cresciuto e abbiamo potuto combattere importanti battaglie in difesa dell'autonomia professionale e universitaria su tutti i tavoli aperti al Ministero, alla Regione e nelle singole Aziende sanitarie e ospedaliere”.

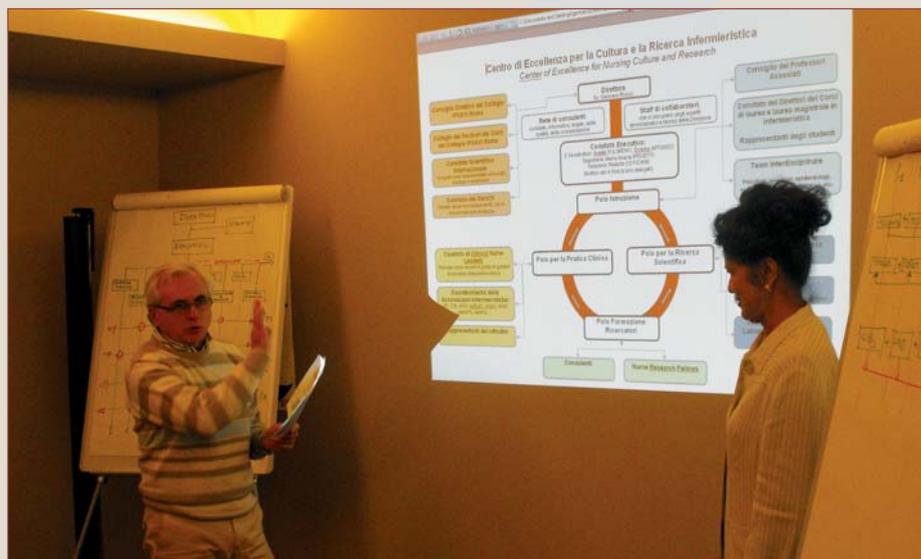
Battaglie di che tipo?

“Per difendere l'autonomia della professione dai continui attacchi di chi proprio non vuole che siano gli infermieri la figura centrale dell'assistenza. Ci siamo battuti molto duramente, ad esempio, per tutelare la sopravvivenza della Dirigenza Infermieristica, tra le prime a finire sotto la scure dei tagli di spesa con la scusa del Piano di rientro del deficit. Perdere la Dirigenza vuol dire tornare indietro di tanti anni e riconsegnare il nostro destino

retribuzioni assolutamente inadeguate, spesso calpestando i più elementari diritti dei lavoratori, come quello ai riposi e alle ferie. Una situazione che ha pericolosi effetti anche sulla sicurezza del personale e sulla possibilità di commettere errori anche gravi. Su questo fronte, insieme alla Federazione Ispasvi e alle rappresentanze sindacali, c'è ancora molto da lottare”.

Fra tagli alla sanità e nuove tasse gli infermieri rischiano di pagare a caro prezzo la crisi generale. Che può fare il Collegio per aiutare i colleghi in difficoltà?

“Il momento è particolarmente difficile e servono misure eccezionali. Alcune le abbiamo già adottate. Il Consiglio direttivo ha già deliberato la riduzione della tassa di iscrizione annuale per tutti gli iscritti. Ciò è stato possibile senza tagliare le risorse destinate ai servizi grazie a una difficile ma determinata azione di recupero delle morosità. Inoltre stiamo vagliando la possibilità di creare un fondo finanziario di solidarietà per i colleghi in difficoltà. E' un progetto di non semplice realizzazione e che necessita delle opportune garanzie di gestione efficiente e improntata alla massima trasparenza. Può rappresentare tuttavia un sostegno determinante per molti infermieri. Per questo ci stiamo lavorando di buona lena”.



Il presidente Rocco insieme alla professoressa Dyanne Affonso in una delle prime riunioni in cui è stata lanciata l'idea del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

professionale nelle mani di chi non ha mai voluto farlo crescere fino alla completa indipendenza. E poi il grande impegno che c'è voluto per salvare il nostro settore scientifico disciplinare Med 45, anche questo in viso a quanti temono un infermiere autonomo in tutto e per tutto, dalla formazione all'esercizio professionale. Battaglia molto dura quest'ultima, ma alla fine vinta”.

Che cosa è sfuggito finora alle vostre rivendicazioni?

“Diverse cose. A partire da condizioni e carichi di lavoro inaccettabili. Nonostante il credito che abbiamo indubbiamente guadagnato sul campo, su molte questioni restiamo inascoltati. Ma la cosa che ci affligge di più è il mancato riconoscimento della nostra elevata professionalità, che la legge ci impone con la formazione universitaria, ci riconosce sulla carta con lo status di professione intellettuale, ma che ci viene negata in concreto con

dimostrata da tantissimi colleghi di cogliere le opportunità di crescita e di formazione offerte dal Collegio a tutti gli iscritti. Il coinvolgimento diretto ed entusiasta di migliaia di infermieri di Roma e provincia nelle attività di studio, aggiornamento e ricerca promosse dal Collegio, testimonia una risposta davvero straordinaria e suggerisce di insistere sulla qualità della formazione e sulla nostra capacità di tenerci costantemente aggiornati e ricettivi. La coesione di tutti gli infermieri, l'essere uniti e non contrapposti, la capacità di far convergere gli sforzi delle nostre associazioni professionali, delle nostre società scientifiche, dei sindacati con quelli del nostro Collegio, pur tenendo ben presenti le finalità e gli scopi diversi di ognuno di essi, rappresentano la nostra vera forza. Non permettiamo a nessuno di minarla o di distruggerla. Questa è la nostra sfida per il difficile futuro che ci attende”.

Un impegno verso gli iscritti?

“Tenere la schiena dritta sotto gli attacchi interessati di gruppi politici e di altre famiglie professionali che continuano ad ostacolare la definitiva autonomia degli infermieri. Possiamo farlo con la forza dei numeri e delle nostre ragioni, confortati dalla voglia

I numeri dei servizi offerti dal Collegio

In questa pagina riepiloghiamo, prendendo a riferimento il triennio 2009-2011, tutte le attività riservate gratuitamente agli iscritti Ipasvi. Ecco tutti i numeri di un successo reso possibile dall'impegno quotidiano di chi lavora al fianco degli infermieri.



CONSULENZA LEGALE GRATUITA

- 543** appuntamenti in sede con l'avvocato
- 840** consulenze telefoniche
- 377** interventi legali a carico del Collegio



FORMAZIONE

- 157** edizioni di progetti formativi gratuiti
- 17.149** partecipanti totali a corsi di formazione
- 103.720** crediti Ecm erogati dal Collegio Ipasvi di Roma



BIBLIOTECA

- 5.383** accessi unici alla biblioteca digitale
- 5.998** utenti in sede per consultazioni del patrimonio bibliografico e on line
- 1.331** periodici e monografie disponibili liberamente in sede e accesso gratuito alle riviste digitali on line (PubMed con Link Source, Cinhal, Ovis, Ilisi)



CENTRO DI ECCELLENZA

- 23** progetti di ricerca avviati
- 14** università coinvolte
- 107** le pagine del primo Scientific Annual Report



ATTIVITÀ DEGLI UFFICI

- 15.194** certificati ritirati allo sportello
- 1.344** certificati gratis on line
- 666** colleghi esaminati dal Collegio in 47 sessioni per la verifica della conoscenza della lingua italiana



EVENTI

- 1.000** infermieri partecipanti alla Race for the Cure del 2010
- 1.200** presenze medie giornaliere agli eventi formativi Sanit
- 425** infermieri iscritti ai tornei dell'Ipasvi Cup



COMUNICAZIONE

- 1.750.000** accessi unici al sito istituzionale www.ipasvi.roma.it nel 2010
- 219%** di incremento accessi rispetto al 2008
- 10.000** caselle gratuite di Posta elettronica certificata messe a disposizione degli iscritti
- 120.000** copie di "Infermiere Oggi" inviate gratis ogni anno a tutti gli iscritti
- 22** newsletter inviate via email ogni anno a tutti gli iscritti



Ampia offerta formativa per gli iscritti Crediti Ecm, superata quota 100mila

Sono stati 157 gli eventi formativi organizzati in prima persona dal Collegio Ipasvi di Roma nel triennio 2009-2011. Il Collegio, diventato intanto un provider formativo Ecm, ha coinvolto un totale di 17.149 partecipanti, erogando ben 103.720 crediti. Nella tabella a pagina seguente, il dettaglio di tutti i corsi.

2009



2010



Il Forum internazionale della Salute SANIT, annualmente ospitato a Roma presso il Palazzo delle Esposizioni, ha continuato ad essere un ottimo banco di prova per testare la vocazione alla formazione e all'aggiornamento professionale sia del Collegio di Roma che degli studenti e degli infermieri laziali. Lo testimoniano il successo di presenze a tutti gli eventi targati Ipasvi nonché la qualità e la quantità degli interventi ospitati. L'appuntamento con la nona edizione della manifestazione è fissato dal 12 al 15 giugno 2012.

2011



TITOLO	EDIZIONI	PARTECIPANTI TOTALI	ECM EROGATI	COSTO EURO
La gestione del Team infermieristico	33	810	5.670	GRATUITO
Corso d'Inglese scientifico base	16	329	9.146	120
Corso d'Inglese scientifico pre-intermedio	11	220	7.920	120
Introduzione alla banche dati infermieristiche	6	134	1.072	GRATUITO
Percorso assistenziale inf. al pz cardiocirurgico	1	174	1.044	GRATUITO
Riflessioni etiche per la transculturalità	2	253	1.518	GRATUITO
Il nuovo Codice Deontologico	1	900	5.400	GRATUITO
Garantire la sicurezza del malato	1	854	5.978	GRATUITO
Rete dei servizi tra integrazione e continuità: il focus...	1	871	5.226	GRATUITO
La cultura della prevenzione e sicurezza nella clinica...	1	732	5.124	GRATUITO
Integrazione negli sc enari emergenziali: il ruolo...	3	638	2.552	GRATUITO
Indicizzazione della letteratura infermieristica...	3	59	944	GRATUITO
...Oltre il pregiudizio esperienze di assistenza infer...	1	366	1.830	GRATUITO
L'Infermiere: attualità e prospettive	1	197	788	GRATUITO
Corso Nazionale per Infermieri: (INPS)	1	117	1.053	GRATUITO
Ricerca sul Benessere Organizzativo	35	1.488	5.952	GRATUITO
Inglese scientifico 3° livello	5	90	2.250	120
Il contributo delle professioni sanitarie (INPS)	1	187	748	GRATUITO
L'endoscopia e i suoi interlocutori	1	115	460	GRATUITO
Prevenzione e valutazione del rischio cardiovascolare	2	95	475	GRATUITO
Dignità della persona nel fine vita	1	874	3.488	GRATUITO
Nuovi modelli organizzativi in ospedale	1	794	3.176	GRATUITO
Nuovi modelli organizzativi per l'assistenza sul territorio	1	778	3.112	GRATUITO
La multiculturalità differenti punti di vista...	1	587	2.348	GRATUITO
Metodologia della ricerca infermieristica 1° modulo	1	30	570	GRATUITO
La ricerca bibliografica 2° modulo	1	30	570	GRATUITO
Metodologia della ricerca infermieristica 3° modulo	1	27	513	GRATUITO
Corso teorico - pratico di BLS	1	9	216	GRATUITO
Corso d'inglese per la ricerca bibliografica	2	31	341	120
Dignità della persona umana e assistenza infermieristica	1	187	935	GRATUITO
Bibliografia e ricerca bibliografica nelle scienze inferm.	1	23	529	GRATUITO
Modelli organizzativi infermieristici	1	139	695	GRATUITO
Metodologia della ricerca 4° modulo	1	23	368	GRATUITO
Corso per istruttori di BLS	1	8	192	GRATUITO
Valore dell'integrazione nel nursing transculturale	1	25	100	GRATUITO
Metodologia della ricerca 5° modulo	1	23	368	GRATUITO
Ambiti transculturali per l'infermiere	3	235	1.645	GRATUITO
Autocura del paziente con scompenso cardiaco	1	48	192	GRATUITO
Aggiornamento sistematico professionale...	1	248	248	GRATUITO
Ruolo dell'infermiere per la sostenibilità del sistema san.	1	900	1.350	GRATUITO
Innovare ed informare: le nuove strategie...	1	857	857	GRATUITO
Il contributo delle Associazioni professionali...	1	597	597	GRATUITO
Alzheimer	1	187	2.805	GRATUITO
Aggiornamenti formativi cardiopatie-diabete e deontologia professionale	2	220	3.300	GRATUITO
E-Health: le tecnologie dell'assistenza...	1	875	875	GRATUITO
Audit	1	136	1.632	GRATUITO
Root -Cause Analysis (RCA)	1	629	7.548	GRATUITO
NUMERO TOTALI EVENTI NEL TRIENNIO	157	17.149	103.720	

Biblioteca, passi da gigante!

Sempre più frequentata e sempre più ricca di testi consultabili gratuitamente, dal febbraio 2011 la Biblioteca del Collegio Ipasvi si è arricchita di un nuovo sensazionale servizio in digitale. Con esso è possibile aggregare tutte le risorse bibliografiche disponibili in un semplice colpo di mouse.

UTENZA CONSULTAZIONE BIBLIOTECA IN SEDE

La consultazione del patrimonio bibliografico (cartaceo), diversamente dal triennio precedente, si è svolta da maggio 2009 per tre pomeriggi a settimana: lunedì, mercoledì e giovedì.

Per la rappresentazione statistica del triennio si chiude l'anno 2011 al 31 agosto, quindi per rendere omogenei e paragonabili i dati si utilizza la media mensile ottenuta dividendo il numero degli utenti per 11,5 mesi quando l'anno è intero (si contempla la chiusura estiva), per 7,5 nel caso del 2011. L'incremento massimo registrato nel triennio 2008/2011 è pari al 5,67%. (Tabella 1).

Anno	Numero utenti
2009	1273
2010	1284
2011	1188

Tabella 1. Utenti alla consultazione del patrimonio bibliografico cartaceo

UTENZA CONSULTAZIONE BANCA DATI CINAHL IN SEDE

La consultazione assistita del Cinahl si è svolta, come di consueto, per appuntamento, il martedì mattina ma, come spesso negli ultimi anni, ne è stata promossa anche la consultazione autonoma negli orari di apertura della biblioteca, disponendo di personale dedicato per assistenza alle postazioni.

L'incremento delle consultazioni è costante negli anni (assistita e autonoma) e sta dando risultati estremamente soddisfacenti, a conferma dell'investimento effettuato su questa risorsa.

Per la consultazione in sede del Cinahl l'incremento triennale è pari al 59,14 %; l'incremento triennale delle consultazioni assistite Cinahl è pari al 34, 28%. (Tabelle 2, 3 e 4).

Anno	Numero utenti Cinahl
2009	244
2010	331
2011	334

Tabella 2. Utenti che hanno utilizzato il Cinahl in sede

Anno	Numero utenti Cinahl assistiti
2009	163
2010	200
2011	205

Tabella 3. Utenti delle consultazioni assistite in sede

Anno	Numero utenti Cinahl autonomi
2009	81
2010	131
2011	129

Tabella 3. Utenti delle consultazioni autonome in sede

UTENZA INTERNET IN SEDE

L'accesso ad internet è utilizzato a complemento delle ricerche svolte in biblioteca per consultare siti biomedici o per uso personale. (Tabella 5).

Anno	Numero utenti
2009	161
2010	146
2011	128

Tabella 5. Accesso degli utenti a internet

IL PATRIMONIO BIBLIOGRAFICO Periodici cartacei

Nel corso del triennio sono state apportate modifiche agli abbonamenti dei periodici al fine di ottimizzare l'investimento economico su una maggiore diversificazione e fruizione.

Al termine del 2009, si è deciso di trasformare, per esempio, 19 abbonamenti cartacei di *nursing* della Lippincott in abbonamenti digitali on line per sottoscriverne, complessivamente, 31 titoli consultabili nella Biblioteca digitale.

Si aggiunge che, nel corso del triennio, sono cessate importanti riviste internazionali e italiane, tra cui: *Nursing oggi*, *Management infermieristico*, *Giornale italiano delle infezioni ospedaliere* e alcune altre.

Altri periodici sono presenti in biblioteca perché offerti in regime di scambio, o gratuitamente, o perché riviste cessate. (Tabella 6).

Periodici digitali

Le testate in formato digitale attualmente disponibili nella Biblioteca digitale per l'accesso remoto di tutti gli iscritti sono in parte sottoscritte, in parte concesse per convenzione da Ebsco Publishing e Ovid/DeaMediagroup e in parte gratuitamente aggregate dalle stesse società per

Anno	Totale periodici	Abbonamenti periodici internazionali	Abbonamenti periodici italiani	Altri periodici *
2008	169	73	26	70
2011	152	52	20	80

Tabella 6. Patrimonio periodici cartacei triennio 2009-2011

la comodità del ricercatore (*open access/free journals*).

Collezioni di periodici digitali: Cinahl with Full Text (Ebsco Publishing): 611 titoli; Ebsco Open Access Medical and Health Collection: 2789 titoli; Free Medical Journals: 1762 titoli; Geneva Foundation Free Medical Journals: 557 titoli; Lippincott Williams and Wilkins: 10 titoli sottoscritti; Ovid Nursing Collection II: Lippincott Premier Nursing Journals: 21 titoli sottoscritti e PubMed Central (Open Access): 557 titoli.

Nel complesso, 6.307 testate.

Al termine del triennio, il patrimonio bibliografico riferito ai periodici è pari 6.459 titoli.

Monografie

Relativamente all'acquisizione di libri nel triennio si registra un incremento dell'8,26%. (Tabella 7).

Anno	In catalogo
2008	1.089
2011	1.179

Tabella 7. Monografie in catalogo 2009-2011

LA BIBLIOTECA DIGITALE

Accadimento rilevante, nel febbraio del 2011, l'inaugurazione per tutti gli iscritti del servizio di Biblioteca Digitale sul portale del Collegio di Roma rendendo accessibili da casa o dal luogo di lavoro importanti risorse indispensabili per la ricerca infermieristica implementate dal Servizio bibliotecario del Collegio.

La Biblioteca Digitale, disponibile in area autenticata, presentata e aperta all'accesso

degli iscritti nel febbraio 2011, è fruibile attraverso il portale **AtoZ** (Ebsco Information System) che aggrega: periodici digitali fulltext (6.307), il catalogo del posseduto cartaceo della biblioteca, la banca dati Cinahl (Ebsco Publishing) integrata dei link a tutti i periodici disponibili in fulltext, PubMed egualmente integrato, la piattaforma di ricerca Ovid/Sp-Medline di Ovid Technologies/DeaMediagroup, non ultima la banca dati Ilisi del Collegio stesso (sempre disponibile anche in area non autenticata).

Pur rappresentando AtoZ l'ambiente ideale nel quale muoversi per eseguire tutte le ricerche, è possibile accedere alla banca dati Cinahl e alla piattaforma di ricerca Ovid/Sp anche fuori da AtoZ, questo per spiegare per esempio i diversi accessi di AtoZ e Cinahl.

Ecco le statistiche disponibili relative ad

AtoZ, Cinahl, Ilisi.

AtoZ (fonte sito AtoZAdmin)

Dal 1 gennaio 2011 al 31 Agosto 2011:

Totale sessioni/accessi: 2.979

Durata totale delle sessioni: 1.063 ore 57 minuti 9 secondi

Durata media delle sessioni: 4 ore 37 minuti 33 secondi

Totale visualizzazioni di pagina 12.749

Visualizzazioni medie di pagine per sessione: 4.

Cinahl (fonte sito Admin Ipasvi su Ebsco-Host)

Lo storico progetto del Collegio di Roma di coinvolgere quanti più iscritti all'utilizzo della banca dati Cinahl, irrinunciabile per la ricerca infermieristica, oramai, a qualsiasi stadio di formazione, ottiene finalmente i risultati auspicati.



La sede della Biblioteca ospitata presso il Collegio di Roma

Si vedrà dai numeri dei primi otto mesi del 2011 come la risposta al nuovo servizio in accesso remoto sia stata notevole da parte di un gran numero dei potenziali utenti, tale da essere estremamente soddisfacente e al di sopra di ogni aspettativa.

Questi si riferiscono all'uso complessivo della banca dati: nel 2009 e 2010 limitato alle consultazioni in biblioteca, alla didattica e all'accesso remoto dei consiglieri autorizzati, a partire dal 2011 e comprende anche gli accessi in remoto degli infermieri iscritti.

Nel **2009: 502** accessi (utenti registrati in sede, uso interno della biblioteca, didattica, consiglieri-ricercatori autorizzati per accesso remoto); **4.988** interrogazioni (*query*); **3.079 full text** scaricati; **8.905 abstract** salvati;

Nel **2010: 731** accessi (utenti registrati in sede, uso interno della biblioteca, didattica, consiglieri-ricercatori autorizzati

per accesso remoto); **7.202** interrogazioni; **4.190 full text** scaricati; **10.962 abstract** salvati;

Nel **2011** (fino al 31 agosto): **4.150** accessi (utenti registrati in sede, uso interno della biblioteca, didattica, accesso remoto degli infermieri iscritti al Collegio); **14.602** interrogazioni; **4.839 full text** scaricati; **14.286 abstract** salvati;

L'incremento di consultazione della banca dati Cinahl da gennaio 2009 al 31 agosto 2011 è pari al 726,69%.

La sessione media di consultazione del 2011, riferita in particolare all'utenza remota, depone per un uso equo e qualitativamente adeguato della banca dati, indica infatti per utente: 3,51 interrogazioni svolte; 1,16 *full text* scaricati; 3,44 *abstract* scaricati.

Ilisi

Ilisi (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche), banca dati

bibliografica curata dal Collegio di Roma attraverso il progetto omonimo, è disponibile sul sito del Collegio dal primo giugno 2008, da febbraio 2011 aggregata anche su AtoZ.

Al 31 agosto 2011, contiene **3.238** schede bibliografiche relative a **31** riviste italiane indicizzate di area infermieristica e sanitaria. Ha mutato radicalmente la modalità di consultazione della letteratura infermieristica ed è utilizzata su tutto il territorio nazionale.

Ecco i dati disponibili (fonte Google Analytics):

2008 (1/6-31/12): 4.743 utenti unici; 5.390 pagine visualizzate; 2:49 minuti di permanenza sulla homepage

2009 (1/1-31/12): 7.073 utenti unici; 7.944 pagine visualizzate; 2:27 minuti di permanenza sulla homepage

2010 (1/1-31/12): 7.206 utenti unici; 7.854 pagine visualizzate; 2:06 minuti di permanenza sulla homepage.



Alcune riviste scientifiche consultabili gratuitamente presso la Biblioteca del Collegio

Le attività degli uffici

L'attività degli uffici di segreteria del Collegio Ispasvi di Roma nel triennio 2009/2011 ha visto un incremento cospicuo dei servizi erogati.

Ciò anche grazie all'utilizzo sempre più frequente del sito internet da parte degli iscritti, con la possibilità di richiedere il certificato di iscrizione *on line*.

Il Collegio ha ottenuto due importanti obiettivi: il primo è stato quello di rendere un servizio "comodo" (l'iscritto non deve più recarsi in sede per richiedere un certificato: può farlo comodamente da casa e gratis) e il secondo è stato quello di aver alleggerito di molto il tempo utilizzato allo sportello dalle segretarie nell'erogazione dei certificati. (Tabelle 1 e 2).

Tutti i dati relativi all'anno 2011 sono aggiornati al 12 settembre, data dell'ultima rilevazione.

ESAMI COMUNITARI ED EXTRACOMUNITARI

Durante il triennio 2009/11, si sono svolte 47 sessioni di esami di cui:

- nel 2009, 16 sessioni di esami, di cui nove per colleghi comunitari e sette per

ANNO	CERTIFICATI	ISCRIZIONI ALL'ALBO	CANCELLAZIONI DALL'ALBO
2009	7362	1590	329
2010	4823	1199	310
2011*	3009	888	223

Tabella 1. Operazioni effettuate allo sportello

ANNO	CERTIFICATI	RICHIESTE REGISTRAZIONE	REGISTRAZIONI AL SITO
2009	48	191	
2010	759	1111	
2011*	537	1325	2626

Tabella 2. Operazioni effettuate sul portale dinamico certificati

quelli extracomunitari;
 - nel 2010, 17 sessioni di esami, di cui otto per colleghi comunitari e nove per extracomunitari;
 - al 31 agosto 2011, 14 sessioni di esami, di cui sette per colleghi comunitari e altrettante per quelli extracomunitari.
 In totale, in 47 sessioni di esami, il Collegio di Roma ha verificato 666 colleghi.

(Tabelle 3, 4 e 5).

INCARICHI ASSEGNATI

Gli incarichi assegnati a colleghi per effettuare i rappresentanti del Collegio di Roma presso le varie sedi di esami finali delle lauree in Infermieristica, negli anni accademici 2008/2009 e 2009/2010, sono stati 112.

ESAMI COMUNITARI ANNI 2009-2011													
	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic	
Totale partecipanti	30	22	22	55	35	13	48		22	42	15	22	
Idonei	28	20	15	52	35	13	42		15	37	15	18	
Non idonei	2	2	7	3			6			5		4	
ESAMI EXTRACOMUNITARI ANNI 2009-2011													
	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	sett	ott	nov	dic	
Totale partecipanti	35	10	54	28	54	28	30		14	36	25	26	
Idonei	25	7	38	25	39	20	24		11	28	25	17	
Non idonei	10	3	16	3	15	8	6		3	8		9	
Totale partecipanti mensili	65	32	76	83	89	41	78		36	78	40	48	666

Tabella 3. Resoconto degli esami comunitari ed extracomunitari svolti dal gennaio 2009 al 31 agosto 2011



Le attività di vigilanza

Nel 2009, sono stati convocati 30 iscritti ai sensi dell'art. 39, 1° comma, del Dpr 5 aprile 1950, n. 221, per assumere le informazioni necessarie a verificare fatti che potrebbero "formare oggetto di procedimento disciplinare".

Per quattro di questi è stato avviato il procedimento disciplinare, che ha determinato tre cancellazioni dall'albo e un proscioglimento.

Nel 2010, sono stati convocati 20 infermieri, per uno solo dei quali è stato avviato il procedimento disciplinare ed è stata disposta la cancellazione.

Nel 2011, fino ad oggi, sono stati infine convocati dieci infermieri, per i quali le valutazioni circa l'avvio di un eventuale procedimento disciplinare sono tuttora in corso. Nel triennio 2009-2011 sono state infine respinte tre domande di iscrizione all'albo, per difetto dei requisiti prescritti oppure per gravi reati penali, passati in giudicato o tuttora in corso di giudizio, altri due casi sono tuttora oggetto di valutazione, per analoghi motivi.

In ultimi, sono in corso accordi con i Nas per procedere a controlli sistematici sull'iscrizione all'albo.

Una qualità... certificata

Sono ormai quattro anni che un organismo internazionale accreditato ha certificato che il Collegio Ispavi di Roma è conforme agli standard internazionali che fanno riferimento all'ISO 9000: una garanzia per tutti gli iscritti.

Ma anche – e soprattutto – per i cittadini.

Adottare un Sistema Qualità nella nostra struttura (come nelle altre che erogano servizi), ha comportato essenzialmente un "riesame" del nostro lavoro quotidiano che, seppur senza grandi sconvolgimenti, ci ha indotto a operare secondo schemi definiti. Le motivazioni di quella scelta insistevano essenzialmente nei tre ambiti:

1. Organizzazione interna attraverso il recupero dell'efficienza che, con l'adozione di un Sistema Qualità si viene a determinare;
2. servizi ai propri iscritti che diventano, attraverso la Carta dei

Servizi, il vero valore aggiunto del progetto;

3. il territorio che, attraverso il Collegio, trova un valido alleato per avere interlocutori, in ambito infermieristico, preparati sia a livello professionale che "umano".

Chiaramente, questo è solo il primo passo, visto che, come ribadito più volte, con la conoscenza si migliora: questo è il vero obiettivo.

Migliorare le prestazioni, ascoltare la voce del "cliente" interno ed esterno, progettare con maggiore incisività nuovi servizi: ecco i target che sono già tangibili, ma pure il cui standard elevato è da raggiungere.

Ovviamente, lo sviluppo del Centro di Eccellenza non poteva restare "immune" dall'applicazione del nostro metodo acquisito attraverso l'adozione di un Sistema Qualità.

La gestione di decine di progetti, articolati per autori, contenuti, obiettivi, budget e quanto è necessario per la loro corretta gestione, non è pensabile senza un'efficiente pianificazione. Anche in questo caso, abbiamo approcciato gli aspetti di metodo applicando lo stesso rigore che contraddistingue gli aspetti scientifici dei nostri progetti.

E i risultati ci stanno confermando la correttezza della scelta!

Ricerca, formazione e pratica clinica chiavi dell'eccellenza infermieristica

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica ha dato alla luce il primo report annuale delle attività e ha messo in cantiere ben 23 progetti.

Uno sforzo reso possibile dalla "rete" costruita con università, istituzioni e partner italiani e soprattutto stranieri.

In questi anni, l'Infermieristica italiana ha raggiunto già traguardi ragguardevoli, come il riconoscimento di professione intellettuale, la docenza nelle università, la dirigenza sanitaria ai diversi livelli.

Nuovi scenari, però, si prospettano per il futuro: lo sviluppo della libera professione in tutte le sue forme, il riconoscimento delle competenze specialistiche sia in ambito clinico che educativo, che organizzativo e il governo dei processi di assistenza alla persona, sia nei setting ospedalieri che in quella di comunità e territoriali.

Si può affermare che l'Infermieristica è una disciplina scientifica capace di offrire un sostrato teorico di spessore con i suoi paradigmi, la sua *Weltanschauung*, i suoi concetti, il suo linguaggio specialistico ed è decisa a intraprendere un confronto alla pari con tutte le altre professioni.

Ora è il momento della misurazione sul campo della ricerca e della sperimentazione clinica, organizzativa ed educativa, promuovendo iniziative e percorsi che aiutino a far decollare la disciplina nelle

sedi accademiche e nei luoghi dove si effettua l'assistenza.

In tale ottica di cambiamento, nasce il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, un progetto del Collegio Ispavi di Roma iniziato nel 2010 (progetto unico in Italia e fra i primi in Europa), in linea con le positive esperienze, maturate in questo senso, negli Stati Uniti, che contribuirà allo sviluppo delle competenze e al miglioramento delle performance sia dei singoli professionisti che delle equipe professionali impegnate nell'assistenza.

L'obiettivo dichiarato del Centro è far avanzare la Cultura e la Ricerca infermieristica per migliorare l'assistenza ai cittadini e la percezione pubblica e sociale della nostra nobile professione.

Il modello adottato per fondare il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è stato quello del famoso studioso Ernest Boyer, basato su quattro pilastri interagenti: Istruzione, Ricerca, Formazione dei Ricercatori e Pratica Clinica.

I quattro pilastri (o Poli) spaziano dallo

sviluppo della formazione di base e avanzata, alla produzione di ricerche multicentriche e interdisciplinari; dalla formazione di nuovi infermieri-ricercatori, alla creazioni di laboratori e atelier di ricerca infermieristica; dall'organizzazione degli studenti in gruppi di lavoro, alla costituzione di comitati di infermieri clinici esperti per l'analisi e la revisione della documentazione e degli standard assistenziali. A dirigere i Poli, storiche figure di riferimento per il Collegio di Roma: dal presidente **Gennaro Rocco**.

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica si avvale del contributo di un Comitato Internazionale di prim'ordine, con famosi *scholars* provenienti dai Paesi, infermieristicamente parlando, più avanzati: **Dyanne Affonso** – Research Director, Nih/ Nchmd/Rimi & Rural Health, affiliate Professor of Psychology (Usa); **Linda Mayberry** – Faan adjunct Professor College of Nursing New York University (Usa); **Souraya Sidani** – Professor and Canada Research Chair, Ryerson University (Canada); **Roger Watson** – Editor-in-Chief, Journal of Clini-



Il tavolo di presidenza in occasione della presentazione del primo Annual Report del Centro



Il presidente Rocco illustra lo Scientific Annual Report

cal Nursing-Professor of Nursing Centre for Health & Social Care Studies and Service Development School of Nursing and Midwifery – University of Sheffield Samuel Fox House Northern General Hospital (UK); **Martin Johnson**, Professor University of Salford Manchester (UK); **Ann Gallagher**, reader in Nursing Ethics, Director of the International Centre for Nursing Ethics, Editor-in-Chief Nursing Ethics, Surrey University (UK).

Inoltre, l'organizzazione si avvale di tantissimi colleghi, impegnati nella clinica nelle diverse aree assistenziali che costituiscono i *clinical nurse leaders*.

I collaboratori esperti del Centro di Eccellenza sono costantemente affiancati da una rete di consulenti giurisprudenziali, esperti della qualità, esperti della comunicazione e di lingua inglese, informatici, giornalisti come: **Giuseppe Aleo**,

Adalberto Camisasca, Alessandro Cuggiani, Angelo Del Monte, Silvestro Giannantonio, Francesca Nappi, Ennio De Santis, Emma Martellotti, Paolo Romano, Fabrizio Tallarita, Federica e Luigi Trinchieri, nonché da tutti i Presidenti delle Associazioni e Società scientifiche infermieristiche italiane.

Un contributo di alto valore bibliografico è offerto dal gruppo Thisi-Ilisi che ha costituito il primo database di Scienze Infermieristiche in Italia che tanto successo ha riscosso in tutta la penisola

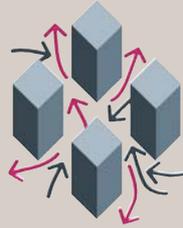
Un contributo importantissimo è, inoltre, apportato dai professori di *nursing* delle università italiane che sono affiancati da un gruppo di *nurse research fellow* dai dirigenti dei servizi e dei dipartimenti infermieristici e/o delle professioni sanitarie, dai direttori dei corsi di laurea e laurea

magistrale in Infermieristica e Scienze Infermieristiche di Roma e provincia e anche da professori esperti in numerose discipline, sia sociali che sanitarie, provenienti dalle più prestigiose università della Penisola come **Francesco Avallone** (Ordinario di Psicologia del Lavoro Università La Sapienza di Roma), **Antonio Boccia** (Ordinario di Igiene Università Sapienza di Roma), **Costantino Cipolla** (Ordinario Sociologia Università di Bologna), **Ennio Fortunato** (Statistico Istat Roma), **Augusto Panà** (Ordinario di Igiene Università Tor Vergata di Roma), **Alberto Quagliata** (professore associato Didattica Generale Università Roma 3), **Walter Ricciardi** (Ordinario di Igiene Università Cattolica Sacro Cuore di Roma), **Federico Spandonaro** (Economista, Ricercatore, Università Tor Vergata di Roma), **Paolo Villari** (professore associato di Igiene Università Sapienza di Roma).

Non per ultimi, i rappresentanti delle associazioni dei cittadini come Cittadinanza Attiva e Codici, i rappresentanti degli studenti in Infermieristica e i garanti del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica come: **Giovanni Berlinguer, Elio Guzzanti, Giovanni Leonardi, Luciano Onder, Annalisa Silvestro e Antonio Gioacchino Spagnolo** conferiscono alla neonata organizzazione un contributo di alto valore e di garanzia di partecipazione sociale.

Il Centro si propone come un soggetto segnato da un'anima, fondato su valori comuni e integrati tra tutte le culture, proiettato al servizio dell'essere umano, promotore di principi dove, sia laici che credenti, possano riconoscersi al di là degli orientamenti personali di ciascuno. Il Centro di Eccellenza ha l'ambizione di divenire, nei prossimi anni, un punto di riferimento importante per l'intera professione infermieristica italiana, europea ed internazionale.

In tale quadro, il Centro, che ha visto tantissimi infermieri coinvolti nello sviluppo di lavori nel settore, ha dato il via a 23 progetti tra il 2010 e il 2011 (alcuni hanno una durata temporale di due anni) come si evince dalla tabella nella pagina seguente.



CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA

I PROGETTI DEL CENTRO NEL 2010

- Costruzione di un modello per la valutazione del *core competence* infermieristico nell'esame di abilitazione professionale;
- Studio e realizzazione di un sistema di classificazione e consultazione delle tesi di laurea;
- Progetto di ricerca multicentrica sul benessere organizzativo degli infermieri in servizio presso le aziende sanitarie di Roma e provincia;
- La sicurezza nell'area dell'emergenza: i requisiti quali-quantitativi della comunicazione a supporto della diminuzione del rischio di errore e della qualità delle cure;
- Il rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali: un'analisi multicentrica Italia-Gran Bretagna;
- La continuità assistenziale nella cronicità: definizione dei bisogni educativi dei pazienti e dei *caregiver* per la riduzione dei riaccessi impropri e l'aumento dell'adesione al trattamento;
- Nodol. Studio descrittivo dei servizi di cure palliative e terapie del dolore in Italia finalizzato a individuare le forme attivate e attivabili di riduzione della sofferenza alla fine della vita;
- Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da *stroke*;
- Ascoltare il silenzio. Il vissuto delle donne vittime di violenza che si rivolgono alle strutture sanitarie;
- Corso di formazione teorico pratica "Metodologia della ricerca infermieristica";
- Bibliografia e ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche: teorie e prassi per le procedure tecniche di ricerca e accesso alle risorse.

I PROGETTI DEL CENTRO NEL 2011

- La responsabilità educativa nei percorsi clinico assistenziali dei pazienti in stoma terapia: formazione sul campo all'utilizzo della scheda di diagnosi educativa;
- Autovalutare lo sviluppo delle *core competence* "in progress". Il bilancio di competenza: formazione sul campo;
- Progetto di ricerca multicentrica sulla presa in carico del paziente nel percorso perioperatorio presso le aziende sanitarie di Roma e provincia;
- *Nursing risk management*. Installazione presso le aziende sanitarie di unità di *nursing risk management*;
- Linee di indirizzo per il miglioramento dell'integrazione tra infermieri stranieri provenienti dall'area sud-americana e figure professionali socio-sanitarie autoctone in una società plurale;
- Diritti e doveri nell'assistenza sanitaria: i diritti degli infermieri;
- *Self-care* nel paziente con scompenso cardiaco;
- Individuazione di uno strumento finalizzato alla riduzione degli errori da somministrazione di farmaci attraverso un abbigliamento dedicato e una cartellonistica di "non disturbo";
- Corso di inglese scientifico per il nursing 4 livelli: base, pre-intermedio, intermedio e avanzato;
- Corso di inglese scientifico per la ricerca bibliografica;
- Miglioramento della pratica assistenziale attraverso la formazione di infermieri clinici esperti in *evidence based practice*;
- Progetto di ricerca sull'impatto delle nuove tecnologie della simulazione nell'apprendimento delle competenze nel corso di laurea in Infermieristica.

Bilancio, più trasparenza e razionalizzazione delle spese

Nonostante le attività del Collegio siano in costante crescita, i conti sono rimasti immutati. Anzi, attraverso puntuali verifiche e procedure di acquisto in economia, si sono ridotti i costi di alcuni importanti servizi.

Considerare questi tre anni di mandato dal punto di vista della tesoreria, significa parlare di bilanci previsionali e consuntivi, di andamento finanziario, di organizzazione amministrativa.

Anzitutto, va ricordato che il Collegio è un ente pubblico e che, come tale, necessita di una solida e trasparente base amministrativa, di conti in regola e di scelte ed investimenti mirati.

La tesoreria, per questo, si è proposta come scopo precipuo, quello di garantire un'amministrazione oculata che garantisca il massimo servizio all'iscritto, dotandosi di strumenti tecnici sempre maggiori e di competenze adeguate.

Tutto ciò risulta sia dall'analisi dei bilanci consuntivi (da cui si evincono gli obiettivi raggiunti) che dai bilanci di previsione, da cui si desumono gli obiettivi che, di anno in anno, ci siamo prefissi.

I cambiamenti apportati durante questi anni sono stati ben individuati e raggiunti attraverso una valutazione obiettiva delle risorse a disposizione per poterle utilizzare al meglio, pensando sempre in primis all'iscritto.

Infatti, in riferimento alle spese rileviamo che quelle relative al personale dipendente e quelle relative al funzionamento dell'Ente (affitto, telefoniche ecc...) hanno

avuto un andamento costante.

Le voci di bilancio che hanno subito delle variazioni sono soprattutto quelle relative alle spese di consulenza legale/amministrativa, legate all'attività deontologica di protezione e garanzia dell'utenza e della professione. Sono aumentate in modo esponenziale, nel corso degli anni, le spese relative all'aggiornamento professionale per gli innumerevoli eventi/convegni/corsi Ecm organizzati dal Collegio, segno di un preciso indirizzo che l'Ente si è dato.

Risultano aumentate, infine, le spese che concernono la comunicazione con gli iscritti, con particolare riferimento al nostro sito, dov'è possibile richiedere certificati *on line* e accedere alla nostra biblioteca. Tutto questo grazie ad un ampliamento del portale.

Altri servizi rivolti agli iscritti hanno aperto nuovi capitoli di spesa, quali la *newsletter* e la posta certificata, tramite una convenzione con la società Aruba.

Si è proceduto annualmente, in forza di quanto previsto dall'art 44 della L.724/1994 (che vieta il rinnovo tacito dei contratti della pubblica amministrazione per la fornitura di beni e servizi) a una revisione completa dei contratti in essere: abbiamo provveduto a una verifica, anno per anno, sia della sussistenza/permanenza di ragioni di convenienza e di pubblico interesse, sia alla valutazione dell'operato del singolo fornitore o prestatore di servizi che dell'effettivo rispetto di quanto oggetto del contratto, comunicando sempre per iscritto la volontà dell'Ente di procedere o meno al loro rinnovamento.

Questo, per garantire il rispetto del principio di trasparenza dell'azione amministrativa attraverso una manifestazione di volontà espressa e del principio del buon andamento dettati da esigenze di razionalizzazione della spesa

(che si deduce dal prezzo particolarmente vantaggioso oggetto del contratto), nonché dalla manifestazione di volontà dell'Ente di proseguire il rapporto contrattuale con un fornitore o prestatore di servizi che ha dato prova di buono e corretto adempimento del contratto stesso.

Ad esempio, per la fornitura del servizio di stampa della rivista "Infermiere Oggi" (che, inevitabilmente, comporta dei costi elevati e quindi ha un peso rilevante sulla gestione della spesa, nell'anno 2011) si è deciso di procedere all'acquisto dei servizi di stampa, indirizzando tale offerta a sei tipografie.

Nell'offerta si sono indicate le caratteristiche tecniche a cui i potenziali partecipanti alla gara dovevano attenersi, si è seguita la procedura di apertura delle buste.

La valutazione del prezzo di stampa unitario più basso ha portato all'assegnazione della fornitura.

Un altro capitolo importante, tra le entrate del Collegio, è stato quello della lotta ai morosi.

In tal senso, il Consiglio Direttivo, con più deliberazioni e con l'aiuto dei nostri collaboratori (esperti, commercialista, avvocato, informatico), ha provveduto a mettere in atto un recupero delle quote dovute da coloro che sono stati cancellati per morosità (2000-2006) e per cui le precedenti procedure di sollecito e di convocazione non hanno sortito alcun effetto.

Il Collegio ha dato mandato alla Gerit di provvedere, attraverso l'emissione di cartelle esattoriali, alla riscossione coatta di queste quote.

Tale deliberazione è stata posta in essere dal Consiglio direttivo per evitare alcun tipo di abuso nei confronti dei colleghi che, invece, pagano regolarmente le quote.

“Fare rete in Rete” Il successo del sito

Il portale del Collegio Ipasvi di Roma continua ad essere un punto di riferimento per tutti i colleghi, così come per studenti e cittadini. Più che raddoppiati gli accessi dal 2008 al 2010. Tante adesioni anche alle caselle di Posta elettronica certificata, messe a disposizione gratuitamente agli iscritti. E c'è ancora tempo per richiederne una!

SITO WEB

Il triennio di osservazione completo rappresenta per il sito web **www.ipasvi.roma.it** il vero banco di prova per verificare i servizi e le politiche web del Collegio Ipasvi di Roma. A cominciare dal vertiginoso incremento degli accessi globali al sito, che passano rispettivamente da 800.000 nel 2008, 1.300.000 nel 2009 fino ad arrivare a quota **1.750.000 nel 2010**.

Le pagine più visitate si attestano sempre stazionarie nel triennio, ovvero le pagine dei concorsi a vario titolo, i corsi Ecm, ed a seguire la rivista, la collana arcobaleno, Ilisi, ecc...

Appare invece curioso il dato riguardante le modalità di accesso al portale: circa il 53-60% dei visitatori vi approda attraverso una ricerca attraverso un motore dedicato (google, tra gli altri) a discapito del traffico diretto (37-40%) e il restante attraverso link.

La mappa internazionale fornisce altri dati interessanti tra le sorgenti di traffico: oltre all'Italia (circa 450.000 visitatori univoci) troviamo a seguire visitatori rumeni, statunitensi, tedeschi, inglesi e spagnoli, in una mappa che, escludendo i Poli e l'Africa, rappresenta pressoché tutto il mondo.

PEC

Con l'intento di promuovere fra gli iscritti la più ampia diffusione della Pec e per incentivarne quanto più possibile l'utilizzo, il Collegio di Roma ha deciso di venire in soccorso dei Colleghi che non l'abbiano ancora attivata, offrendo **gratuitamente** una nuova casella Pec (con dominio @PEC.IPASVI.ROMA.IT), a tutti coloro che ne faranno richiesta.

Per richiederla:

- collegarsi al sito internet dedicato per la richiesta, ovvero <http://www.gigapec.it/wrapper/convenzioni.html> e seguire le istruzioni a video;
- inserire il codice fiscale e il numero di iscrizione all'Albo di Roma (solo numeri, ovvero se IP-77890 sarà 77890);
- successivamente saranno necessari: i

tuo dati completi, un documento di identità valido, e un indirizzo di posta elettronica tradizionale (o personale/aziendale) dove verranno recapitati i moduli di adesione al servizio che successivamente andranno rispediti via fax al gestore, datati e firmati, assieme alla fotocopia del documento di identità precedentemente comunicato;

- terminato il flusso di attivazione, l'utente riceverà 2 email: una di avvenuta attivazione, contenente i parametri tecnici per usare la nuova mailbox, un'altra contenente la modulistica da compilare e spedire via fax. La nuova mailbox sarà subito funzionante, ma disattivata se non saranno inviati i moduli al gestore.

Ricordiamo che, essendo una mailbox certificata, è strutturata per essere utilizzata solamente inviando e ricevendo da altre mailbox certificate; se si intende utilizzarla anche come posta elettronica tradizionale, si può attivare l'opzione attraverso il pannello di controllo dedicato, chiamato "gestione mail" all'indirizzo descritto nella lettera di attivazione.



Infermieri sportivi e protagonisti sui campi di calcio e per le strade

Mentre le adesioni al torneo di calcetto Ipasvi Cup crescono di anno in anno, così come l'interesse che suscita questa manifestazione, il Collegio di Roma, nel 2010, è stato protagonista della maratona benefica "Race for the Cure", partecipando in massa al lodevole evento (che raccoglie fondi per la ricerca contro il tumore al seno) e favorendo la massima diffusione del primo francobollo dedicato alla professione infermieristica nato per l'occasione.

RACE FOR THE CURE

La manifestazione ha rappresentato un riconoscimento importante alla nostra professione per il qualificato contributo che dà per la promozione della salute e nell'assistenza alle persone.

Il francobollo presentato ufficialmente alla Race di Roma del 16 maggio 2010 rappresenta molto bene con le immagini la dedizione che gli infermieri italiani dimostrano ogni giorno sul posto di lavoro, nonché il rapporto privilegiato che ognuno di loro ha con il cittadino in difficoltà. Noi – professionalmente e umanamente –



La folla rappresentanza del Collegio di Roma ai nastri di partenza della Race for the cure

siamo al fianco di chi, proprio come le donne colpite da tumore del seno, affronta percorsi terapeutici lunghi e difficili.

Donne (ma pure uomini e ragazzi e ragazze di ogni età), insieme agli infermieri, sono stati i protagonisti dell'evento del 16 maggio scorso: 50mila persone che hanno indossato la pettorina di "Race for the cure" e hanno corso (o, anche solo passeggiato) per le strade della capitale per dare

un sostegno concreto ai ricercatori e ai programmi di prevenzione. Il sovrapprezzo del francobollo dedicato agli infermieri, infatti, è servito a finanziare la ricerca contro i tumori mammari. Inoltre, con esso, un quarto dei fondi ottenuti dalla Susan G. Komen-Italia è stato destinato anche al sostegno della formazione e dell'aggiornamento degli infermieri in oncologia, con programmi concordati con i Collegi Ipasvi.



Il francobollo dedicato alla professione infermieristica emesso nel 2010 da Poste Italiane in occasione della Race for the cure di Roma

IPASVI CUP

Nel triennio 2009/2011, il torneo di calcetto Ipasvi Cup-Memorial Enrico Grassi e Luigi Patrizi si è svolto regolarmente, e ogni anno, in occasione di Sanit, ha assegnato i diversi trofei. La partecipazione di molte squadre formate da colleghi e studenti infermieri è aumentata sempre più, così come l'entusiasmo degli organizzatori e di tutto il Collegio Ipasvi di Roma. A oggi, sono aperte le iscrizioni per il torneo 2011/2012 e già in tanti hanno aderito.

Per il futuro, attraverso l'associazione sportiva dilettantistica "Cuspidi", in collaborazione con il Collegio Ipasvi di Roma, si sta prospettando un torneo più ampio che coinvolga diverse squadre provenienti da tutto il Lazio.

Inoltre, sono in fase di progettazione diverse iniziative sportive e culturali.



Il Presidente Gennaro Rocco e l'attrice Tiziana Foschi durante la premiazione dell'edizione 2010 dell'Ipasvi Cup

ANNO	ISCRITTI AL TORNEO	SQUADRE ISCRITTE	PRIMA CLASSIFICATA
2009	124	Cristo Re, Collegio Ipasvi Roma, Nursind, Sant'Andrea, San Filippo, Castelli, Aniarti, Seven Bridge, FatabeneFratelli-Smom	San Filippo Neri
2010	148	Cristo Re, Collegio Ipasvi Roma, Nursind, Sant'Andrea, San Filippo, Castelli, Aniarti, Seven Bridge, FatabeneFratelli, Aurelia H, Sant'Andrea Bo, Ait, Vannini, S. Giovanni	M.G. Vannini
2011	153	Cristo Re, Collegio Ipasvi Roma, Nursind, Sant'Andrea, Castelli, Aniarti, Seven Bridge, Ait, M.G. Vannini, S. Giovanni, Smom, Pertini, Vannini Allievi, Umberto I	Castelli Romani

Tabella 1. Albo d'oro dell'Ipasvi Cup



Un momento della premiazione dell'Ipasvi Cup



La squadra dei Castelli Romani trionfante dell'ultima edizione dell'Ipasvi Cup

Sempre sotto i riflettori ma al centro della scena mediatica

L'azione incisiva del Collegio Ipasvi di Roma è riuscita a spostare l'attenzione dei media da presunti casi di malasanità al protagonismo e al ruolo propositivo degli infermieri sulla scena professionale e istituzionale. Attorno al Centro di Eccellenza, grande attenzione della stampa nazionale e internazionale.

Il "muro di gomma" non è caduto del tutto ma di certo mostra significative falle. Il rapporto tra infermieri e mass media, storicamente difficile e fonte di mille angustie, sta cambiando. Le criticità non mancano e spesso la rappresentazione pubblica della professione offerta dai media continua a essere lontana anni luce dalla realtà. Eppure, a compimento di un impegno determinato e costante nel tempo, negli ultimi anni il Collegio è riuscito ad attivare una serie di importanti canali di

comunicazione con il variegato (e talvolta inqualificabile), mondo dell'informazione. Ci siamo proposti di più e fatti conoscere meglio, così la relazione con la stampa, le radio e le tv è gradualmente maturata: non solo contrasti per l'immagine denigratoria della nostra figura che ancora viene propinata al pubblico in molte occasioni, ma anche un nuovo interesse dei media verso la professione, le sue potenzialità sociali, le capacità e il livello culturale acquisiti.

Ne è nato un fronte di collaborazioni che finalmente ci consente di far passare nel complicato "circo mediatico" i temi centrali del nostro ambito professionale. L'intensa attività di ufficio stampa e le numerose occasioni in cui il Collegio ha ottenuto l'attenzione dei mezzi d'informazione testimoniano che le difficoltà di accesso del passato sono in buona parte superate e che il lavoro impostato negli ultimi anni sta dando i frutti sperati.

Grazie a contatti ormai consolidati con le principali agenzie di stampa, testate generaliste e specialistiche, televisioni locali e nazionali, emittenti radiofoniche e siti d'informazione *on line*, la nostra comunità professionale può oggi far sentire la sua voce in modo più incisivo.

Dal 2009 ad oggi la presenza mediatica del Collegio di Roma si è moltiplicata. Sono moltissimi gli interventi pubblicati e i servizi messi in onda su una quantità di temi e

questioni che hanno attraversato la cronaca e l'informazione scientifica (come riferito regolarmente da "Infermiere Oggi" nella rubrica dedicata ai media).

E anche i nuovi servizi offerti agli iscritti, come nel caso della biblioteca *on line* o della Pec gratuita, hanno suscitato una vasta eco positiva, inquadrando finalmente la nostra come una professione tesa all'innovazione e all'aggiornamento culturale e tecnologico.

Il rapporto più diretto con i mezzi d'informazione, costruito anche attraverso la crescente partecipazione dei giornalisti alle tante iniziative pubbliche del Collegio, ha permesso agli infermieri di guadagnare spazi di visibilità importanti su questioni cruciali come l'emergenza degli organici. A più riprese, con i ripetuti interventi sulla stampa e in tv del presidente Rocco, è stato rilanciato l'allarme per l'insostenibilità dei sacrifici che gli infermieri si sobbarcano ancora per garantire la sopravvivenza di reparti e servizi sanitari.

Nel denunciare la situazione di grave pericolo per l'intero sistema, il Collegio ha colto ogni occasione per rilanciare un modello alternativo di sanità, più integrata sul territorio attraverso l'assistenza infermieristica domiciliare, l'assistenza socio-sanitaria integrata, gli infermieri in farmacia, gli studi infermieristici associati.

Una rete che può ridurre molto i ricoveri



Il giornalista Rai Luciano Onder modera il convegno internazionale del Centro di Eccellenza



Un momento dell'audizione in Consiglio Regionale del Lazio sul Piano sanitario nel 2009

ospedalieri e gli sprechi.

Abbiamo avuto la possibilità di intervenire su vicende che in questi ultimi anni hanno agitato non poco la professione e minacciato la sua crescita.

È accaduto per il noto caso giudiziario-mediatico del "See & Treat", per il trattamento dei codici bianchi in Pronto soccorso, per i drastici tagli imposti dal Piano regionale di rientro del deficit sanitario, per la riduzione dei corsi di laurea, per la battaglia in difesa del Med45 come nostro settore scientifico-disciplinare specifico in ambito universitario, per la mancata conquista dell'Ordine degli Infermieri, per la presenza dell'infermiere in farmacia, in tante altre occasioni e, da ultimo, per il drammatico caso del contagio tubercolare al Policlinico Gemelli di Roma.

Superando una storica quanto inopinata diffidenza comunicativa, il Collegio ha avuto ascolto anche quando si è trattato di protestare duramente contro l'uso distorto e offensivo della nostra immagine professionale: la sdrucita infermiera "Mimma" di una nota trasmissione Rai o il falso infermiere del Pronto soccorso del Cto di Roma protagonista di una popolare trasmissione Mediaset solo per fare qualche esempio. Con l'instaurarsi di un rapporto più diretto con il Collegio, giornali, radio e tv hanno mostrato una maggiore apertura verso i

temi che riguardano il presente e il futuro della professione, a cominciare dalla formazione e dalla ricerca infermieristica. In questa chiave, sono risultate davvero preziose le collaborazioni attivate con la stampa specializzata (Il Sole24Ore-Sanità e Panorama della Sanità) e con le trasmissioni tv "Medicina 33" di Rai2 e "Ippocrate" di Rai News 24, che in diverse occasioni hanno ospitato in studio il presidente Rocco per rimarcare quanto oggi gli infermieri siano professionisti di alto livello, specializzati e molto ben formati e che, nonostante tutto, la professione può esercitare una forte attrattiva sui giovani. Così pure ai media italiani e addirittura esteri è piaciuta molto la nascita del

nostro "Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica", salutato con enfasi come una novità destinata a fare scuola in Italia e a livello internazionale. Da qui, i titoli e i servizi radio-televisivi catturati in abbondanza dalla due-giorni di Roma del maggio scorso, con cui il Centro ha presentato al board internazionale e al pubblico il primo bilancio delle attività. Finalmente i riflettori mediatici si accendono su un "nuovo" infermiere che si forma, si aggiorna e fa ricerca, che interagisce direttamente col territorio, per una volta rappresentato al grande pubblico senza toni scandalistici e fuori dalle mura ospedaliere. Un buon passo avanti.



Le attività dell'ufficio legale

Nel triennio 2009/2011, l'attività dell'ufficio legale del Collegio Ispasvi di Roma, si è andata via via ampliando, occupandosi, in maniera sempre più rilevante, delle tematiche relative all'organizzazione del lavoro (rapporti con i coordinatori, turnistica e distribuzione dei carichi) tale da rappresentare circa il 50% dell'impegno complessivo.

Un altro 30% è stato rappresentato dalle problematiche della responsabilità professionale con consulenze tanto su casi pratici avvenuti quanto su casi ipotetici.

Per il restante 20%, l'impegno si è profuso in quesiti inerenti l'avvio della libera professione e il regime dell'incompatibilità nel pubblico impiego e il divieto di concorrenza nel privato.

In costante aumento le consulenze telefoniche – passate da 220 a 320 tra il 2009 e il 2010 – e che si sono attestaste già a 300 al 31 agosto di quest'anno. (Tabella 1).

Inoltre, l'avvocato Alessandro Cuggiani cura la rubrica "L'avvocato dice" pubblicata sui numeri della rivista istituzionale del Collegio: Infermiere oggi.

CONSULENZA LEGALE	2009	2010	2011*
APPUNTAMENTI	211	205	127
CONSULENZE TELEFONICHE	220	320	300
INTERVENTI	153	124	100

Tabella 1. Consulenze erogate agli iscritti al Collegio Ispasvi Roma dall'avvocato Cuggiani aggiornate al 31 agosto 2011

Tre anni vissuti intensamente, con tutti

Ripercorriamo per immagini i momenti più rappresentativi del triennio che l'attuale gruppo dirigente del Collegio si lascia alle spalle. Tra incontri istituzionali, iniziative benefiche, corsi di formazione, attività di consulenza e di aggiornamento professionale.



gli infermieri e al fianco dei cittadini



- In queste pagine: 1. La presenza delle istituzioni a Sanit 2010, al fianco del gruppo dirigente del Collegio di Roma
2. La presidente della Regione Polverini e i ministri Fazio e Meloni discutono con il presidente del Collegio Rocco e con la platea di Sanit
3. L'attore Pino Insegno fa due passi con il presidente Gennaro Rocco prima di incontrare gli infermieri romani
4. Lo stand annualmente allestito dal Collegio a Sanit
5. Il tavolo di presidenza del terzo congresso nazionale Ait, con la partecipazione dei parlamentari Corsi e Binetti
6. Maria Grazia Cucinotta e Rosanna Banfi tra gli infermieri partecipanti alla Race for the cure 2010
7. Il presidente Gennaro Rocco autografa la prima cartolina affrancata con il francobollo dedicato agli infermieri italiani
8. La conferenza stampa nazionale di presentazione del francobollo Ipsavi
9. La platea internazionale del convegno organizzato nel 2011 dal Centro di Eccellenza presso l'auditorium del ministero della Salute
10. La presentazione del primo annual report del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica

L'ingiusto accanimento dei media sull'infermiera colpita dalla Tbc

Gioie e dolori segnano ancora il rapporto tra infermieri e media. Così, accanto ad una nuova consapevolezza generale della "questione infermieristica", gli organi di informazione continuano a indugiare su atteggiamenti e luoghi comuni che speravamo superati.

Le cronache degli ultimi mesi, così come le hanno raccontate i media al grande pubblico, tradiscono questa duplice condotta verso la nostra professione.

La contraddizione tra la grave carenza di infermieri e il taglio dei posti disponibili per l'accesso all'università desta l'attenzione del

Italia Oggi quotidiano economico **Italia Oggi** (18/7/11) che, alla questione, dedica un ampio servizio nell'inserto "Sette". Il titolo è: "Infermieri, emergenza in corsia - Sale il fabbisogno negli ospedali. Ma non i posti all'università". Il servizio fornisce uno spaccato aggiornato al 2011 del fabbisogno di personale infermieristico nelle diverse regioni italiane, suddiviso per livello di formazione (di base o specialistica) e confrontato con il dato del 2010.

Ne scaturisce un quadro preoccupante, con il fabbisogno insoddisfatto di infermieri cresciuto notevolmente nell'ultimo anno. Secondo gli stessi dati forniti dal Ministero della Salute, infatti, il fabbisogno totale di infermieri a livello nazionale, nel 2011, ha toccato la quota record di 24.800 unità (l'anno scorso, il dato, pur elevato, si era fermato a 23.613 professionisti), con un incremento di +1.200 unità in un solo anno.

In particolare, per adeguare gli organici, occorrerebbero 23.655 infermieri con formazione di base (classe 1) e 1.145 con formazione specialistica (classe 1/S).

Lo studio mette in risalto come nelle strutture sanitarie pubbliche del Lazio manchino all'appello almeno 3.000 infermieri di classe 1, 50 pediatriche e 200 di classe 1/S. Prova a dare una risposta all'annosa questione il vice presidente nazionale della Federazione Ipasvi, Gennaro Rocco: "Il fatto è che la formazione dei giovani costa. 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 che per quelli in essere si svincolasse una quota parte alla formazione delle giovani leve". Nello stesso inserto il quotidiano economico parla ancora di infermieri con il servizio intitolato "L'Europa spinge per standard formativi più alti". Si legge: "Il Consiglio europeo degli enti regolatori della professione infermieristica (Fepi) al lavoro per alzare gli standard formativi e garantire alle strutture sanitarie

comunitarie operatori con percorsi omogenei che prevedano almeno 12 anni di scuola prima della specializzazione e un meccanismo di valorizzazione dell'esperienza acquisita in altri Paesi". Riferendo dei principali emendamenti all'esame dell'Unione europea per modificare la direttiva sul riconoscimento delle qualifiche professionali, **Italia Oggi** (18/7/11) spiega: "Uno di questi riguarda i requisiti di accesso alla formazione di base e post base, durata e contenuti formativi per il conseguimento del titolo di abilitazione".

E chiama in causa ancora il presidente del Collegio Ipasvi di Roma: "Il fatto è – spiega Gennaro Rocco – che non in tutti i Paesi il livello di scolarità di base è uguale. Bisogna cercare di alzarlo e portarlo per tutti a 12 anni, anche in quei Paesi in cui attualmente il minimo è di dieci anni".

Altra modifica che sarà proposta riguarda il requisito linguistico dei professionisti che si spostano. "Attualmente non è obbligatoria una verifica rigorosa e puntuale – continua Rocco – proprio per favorire il libero scambio, ma va da sé che un operatore sanitario ha più occasioni di relazionarsi con i pazienti che un operaio con il proprio datore di lavoro. Ecco perché verificare la conoscenza della lingua è molto importante".

Intanto, l'estate 2011 si consuma all'insegna dei soliti "miracoli" compiuti dal personale sanitario per garantire il funzionamento di reparti e servizi. L'effetto ferie aggrava la cronica carenza degli organici e la situazione si fa esplosiva.

Così, la stampa si scatena e riaccende i riflettori su ogni possibile caso di malasanità. Il presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, Ignazio Marino, effettua un blitz all'Umberto I di Roma.

Il Tempo (2/8/2011) titola: "Due giorni in barella al pronto soccorso. Umberto I da terzo mondo". Nel sommario si legge: "File da terzo mondo non solo al San Camillo, dopo un decesso per ictus. Al Dea dell'Umberto I attese di 48 ore, lo ha verificato

IL TEMPO

il presidente della Commissione errori sanitari che indagherà sulla carenza di personale nei pronto soccorso". Si legge ancora: "Marino ha precisato che 'Il personale dell'ospedale cerca di fare il possibile per evitare condizioni da Terzo mondo. Si va da un minimo del 30% di personale precario nelle aree di emergenza al 90% nei Dea pediatriche. Spesso si superano i dieci anni di servizio da precario". Quanto siano in grado di fare gli infermieri per una nuova sanità lo dimostra l'esperienza toscana del *see&treat* (valuta e cura).

La Repubblica (13/8/2011) intervista l'assessore alla Salute della Regione Toscana, Daniela Scaramuccia, che annuncia: "Gli

infermieri-medici in tutti i pronto soccorso. L'assessore regionale alla Salute anticipa le novità di autunno". Si legge: *"Gli infermieri-medici in tutti i pronto soccorso toscani arriveranno dopo l'estate, dopo che la sperimentazione del cosiddetto 'see&treat' ha dato buoni risultati"*.

All'inizio di settembre, una tragedia stradale segna duramente la nostra comunità professionale. Tutti i giornali e le tv ne parlano diffusamente e, in coro, sottolineano la grande umanità, il coraggio e l'altruismo di una giovane collega che ha dato la vita per soccorrere degli sconosciuti.

Il Messaggero (6/9/11) titola: "Infermiera muore per soccorrere i feriti". L'articolo spiega: *"È morta per soccorrere i feriti di un incidente nel quale era rimasta coinvolta. Stefania Fiacco, 37*

Il Messaggero *anni, infermiera del Policlinico Casilino, è stata travolta da due auto sull'autostrada A1 tra Anagni e Ferentino. La donna, di ritorno da un matrimonio, aveva fermato la sua vettura sulla corsia d'emergenza, per accertarsi delle condizioni di salute degli occupanti di un camper con il quale era entrata in collisione".* Proprio in quel momento sono sopraggiunte altre due auto che hanno travolto Stefania senza darle scampo. Scrive ancora il quotidiano romano in prima pagina: *"Stefania era la nostra migliore infermiera. È morta come ha vissuto: aiutando gli altri, commenta Adolfo Pagnanelli, responsabile del Pronto soccorso del nosocomio. Sconvolto Torrice, il paese dove la Fiacco era nata e cresciuta"*.

In una nota congiunta di cordoglio, diffusa alla stampa e pubblicata sui siti istituzionali dei Collegi, il Coordinamento Ipasvi del Lazio scrive: "Il sacrificio estremo di Stefania Fiacco ci riporta indietro di un anno esatto, quando la stessa incredibile sorte toccò a un'altra collega dal cuore grande. Nello stesso modo morì Antonella Savi, di Tivoli, falciata da un'auto pirata sull'autostrada A24 mentre soccorreva le persone rimaste ferite in un pauroso incidente stradale. Nella sua grande amarezza, il destino comune di Antonella e Stefania ci fa riflettere e ci lascia un brivido indelebile nell'animo. Il nostro impegno per gli altri, i nostri valori, il senso stesso della nostra professione può arrivare perfino a uccidere, come certi gesti estremi d'amore e di eroismo. Non potremo mai dimenticare il loro esempio".

Ma l'evento mediatico che più segna il 2011 è senz'altro quello dell'infezione tubercolare al Gemelli. Il caso scoppia subito dopo Ferragosto e alimenta ancora oggi fiumi di articoli, servizi radio-televisivi, dibattiti e interviste anche fuori dai confini nazionali.

La nostra collega, vittima inconsapevole e involontaria di questa incredibile barabanda mediatica, viene travolta da una pressione insopportabile quanto ingiusta. Il **Corriere della Sera** (18/8/2011)

CORRIERE DELLA SERA titola: "Infermiera con la tubercolosi, controlli su mille neonati - Allarme al Gemelli, richiamati i genitori". Il giorno successivo

Libero (19/8/2011) scrive: *"Bimba contagiata da infermiera. Incubo Tbc per mille neonati. Sospesa la dipendente del Gemelli: analisi su tutti i nati negli*

ultimi 4 mesi. In Italia almeno 10mila casi l'anno e nessun controllo sul personale sanitario".

I media prendono il volo sul caso Tbc. **La Stampa** (19/8/2011)

LA STAMPA scrive: "Va reintrodotta la vaccinazione obbligatoria per il personale". Sulla stessa linea **Il Giornale** (19/8/2011), che titola: "Tubercolosi sottovalutate, pochi controlli". E scrive: *"I controlli non sono previsti neppure per chi, come l'infermiera del Gemelli, viene a contatto con i neonati, più esposti al contagio perché il loro sistema immunitario è ancora in formazione"*.

Si apprenderà poi che l'infermiera del Gemelli si era vaccinata, eppure la collega finisce così sulla più sgradevole delle ribalte. In una conferenza stampa viene fatto addirittura il suo nome e si scatena un clima medievale da "caccia all'untrice". Davvero troppo!

Il Collegio Ipasvi di Roma reagisce duramente. Il presidente Rocco affida all'agenzia di stampa **Adn-Kronos** (24/8/2011) la



posizione della comunità infermieristica romana sull'incresciosa vicenda: "Ingiusto colpevolizzare l'infermiera del nido del Gemelli - ha detto -. La collega, da quanto finora accertato, era inconsapevole di avere la Tbc, era vaccinata e si era fatta visitare per la tosse". Da qui "tutta la solidarietà della categoria alla donna per la malattia e per il dispiacere per il fatto che possa essere stata veicolo d'infezione, con tutto il peso psicologico che ne deriva". E ancora: "Il Collegio degli infermieri di Roma si sente vicino dal punto di vista umano e professionale alla collega che sta subendo una pressione psicologica fortissima. E farà tutto il necessario, anche dal punto di vista legale, per sostenerla". Tuttavia, il pressing mediatico sulla povera collega del Gemelli non accenna a placarsi. Su sollecitazione del Collegio interviene anche il Garante della privacy. **Il Tempo** (25/8/2011) titola: "Il Garante della privacy in difesa dell'infermiera malata". Si legge nel servizio: *"Il Garante della privacy ha aperto un'istruttoria in seguito alla pubblicazione di notizie da parte di agenzie di stampa e quotidiani - anche on line - che, nel riferire del caso dell'infermiera del Gemelli malata di tubercolosi, hanno riportato il nome della donna, l'iniziale del cognome e l'età. Un atto che fa seguito alla richiesta di maggiore privacy da parte del presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco"*.

Il Messaggero (25/8/2011) scrive: "La rabbia dei colleghi dell'infermiera: non è giusto colpevolizzarla".

Il caso Tbc si gonfia a dismisura. La Regione e il ministero della Salute insediano un'apposita unità di crisi, alcune associazioni di consumatori presentano denunce minacciando una *class action*, la magistratura apre un'inchiesta e indaga sette persone, mentre il Tar dispone l'estensione dei test su tutti i bambini nati nella Neonatologia del Gemelli durante la permanenza nel reparto dell'infermiera ammalata.

I mezzi d'informazione continuano a bersagliare la sfortunata collega e il Collegio di Roma è costretto ad intervenire di nuovo.

L'agenzia di stampa **Omniroma** (6/9/2011) è tra le prime a rilanciare la ferma protesta del Collegio: "Tbc, Rocco (Ipsavi): Infermieri solidali con collega Gemelli". "La nostra collega è vittima



incolpevole di quanto accaduto al Policlinico Gemelli. È profondamente ingiusto e incivile perseverare l'atteggiamento accusatorio che alcuni media e talune associazioni continuano a mostrare contro la malcapitata". Il presidente aggiunge: "Il rischio di infettarsi è proprio della nostra professione e in alcuni casi gli operatori sanitari possono essere anche veicolo di infezione. Tutti i dati epidemiologici disponibili confermano che purtroppo la nostra categoria professionale è la più esposta alle patologie muscolo-scheletriche, agli eventi traumatici e alle infezioni trasmesse attraverso il sangue o altri liquidi umorali. Il problema esiste e va affrontato. A cominciare dalle assurde condizioni di lavoro che oggi più che mai gravano sugli infermieri, pregiudicandone gravemente la salvaguardia fisica e psicologica. Chiediamo quindi più controlli periodici, minori carichi di lavoro e

la garanzia di poter usufruire dei riposi spettanti. Nell'esprimere tutta la nostra comprensione ai familiari dei bambini coinvolti – conclude il presidente del Collegio Ipsavi di Roma – manifestiamo ancora una volta la nostra solidarietà alla collega del Gemelli e a tutti gli infermieri che, seppure indirettamente, vivono con dispiacere e disagio questa vicenda".

La confusione che i mass media riescono a fare sul caso ha dell'incredibile.

La positività ai test tubercolari viene scambiata per malattia e sulla vicenda interviene chiunque e a qualsiasi titolo, quasi sempre con toni allarmistici.

In attesa che la Commissione d'indagine attivata dalla Regione, d'intesa col Ministero, giunga alla sue conclusioni, a noi appare sempre più evidente che un'estensione così vasta del contagio non possa originare da una sola persona, che comunque è la prima vittima.

Attendiamo giornali, radio e tv al traguardo di questa brutta storia. Siamo convinti che, ancora una volta, dovranno darci ragione.

Il Collegio di Roma premiato al Gala Anlaids

Mercoledì 22 giugno 2011, al Casino dell'Aurora Pallavicini, si è svolto l'annuale Gala di solidarietà Anlaids - Lazio, associazione che vede, in prima linea, imprenditori ed esponenti del mondo scientifico e sociale uniti nella battaglia contro l'Aids. In questa nona edizione, l'evento ha premiato proprio un socio onorario Anlaids, il Collegio Ipsavi di Roma, per il contributo dato in favore di tre progetti sponsorizzati dall'associazione.

Il "Progetto scuole", informazione e prevenzione su Hiv/Aids/Mst negli istituti superiori di Roma e provincia, per esempio, con cui, ogni anno, si arriva a circa diecimila studenti.

Il "Progetto genitorialità", con la costituzione di una rete d'informazione e assistenza per coppie sieropositive o discor-

danti che vogliono avere un figlio. E il "Progetto Club Mingha", un centro didattico-ricreativo che opera in zona rurale del Camerun occidentale e che ospita, attualmente, 75 bambini sieropositivi, orfani di genitori morti di Aids.

La targa assegnata al Collegio era stata consegnata al presidente, Gennaro Rocco, dal vicepresidente D'ippolito, nel corso di Sanit

2011. Il 22 giugno, invece, in rappresentanza del Collegio era presente la vicepresidente, Ausilia Maria Pulimeno.

I fondi raccolti per l'occasione verranno utilizzati per intensificare l'attività di informazione e prevenzione che, da anni, Anlaids promuove sul territorio. Madrina della serata, la cantante jazz Nicky Nicolai, accompagnata al sax dal marito Stefano Di Battista.



Un momento della premiazione al Gala Anlaids

Violenza sulle donne, un libro su un fenomeno dilagante

Negli ultimi anni, è a tal punto cresciuta l'attenzione verso il problema della violenza sulle donne (una questione così strutturale e diffusa da essere considerata un vero e proprio problema di salute pubblica) che Massimo Greco, infermiere coordinatore, laureato in Educazione degli Adulti e Formazione continua, esperto di Metodologia Autobiografica e di Medicina Narrativa, presso il policlinico Tor Vergata, ha voluto dedicargli un testo.

Le donne che sono in questo tipo di situazione arrivano alle strutture socio-sanitarie di accoglienza e di assistenza sia per i bisogni determinati dalla violenza ricevuta sia per altre esigenze sanitarie.

Le ricerche hanno messo in evidenza come il ruolo del personale socio-sanitario sia cruciale in un caso e nell'altro: essere in grado di comprendere la situazione problematica della donna, al di là della frequente volontà di dissimularla, e attivare un dialogo comprensivo e attento sono elementi che possono costituire l'inizio dell'uscita dalla condizione di disagio.

Come fare per promuovere e supportare una competenza così particolare, grazie alla quale l'incontro nel luogo di cura avvenga senza giudizio, con professionalità e con umanità e sia dunque un vero e proprio fattore di salute?

Tra i vari approcci per sviluppare una presa in carico nei confronti del disagio che rispetti l'umanità delle persone coinvolte, la Medicina Narrativa, o meglio, il prendersi cura realizzato con una sensibilità umanistica alle storie di vita (*Narrative Based Care*), proprie e altrui, sta acquisendo sempre più autorevolezza.

La narrazione dimostra la capacità di sollecitare nel lettore e nella lettrice l'immaginazione e la sensazione di una interlocuzione diretta e viva.

Le lettere raccolte nel volume, scritte in prima persona dalle stesse protagoniste su invito del gruppo di ricerca del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica del Collegio Ipasvi di Roma, assieme all'Associazione di tutela delle donne "Differenza Donna", costituiscono un vero e proprio appello all'umanità, professionalità e all'etica di tutti i soggetti coinvolti. Attorno ad esse, il volume costruisce un discorso lontano dal più consueto gergo clinico-specialistico delle professioni sanitarie e mediche, proponendo un percorso di conoscenza della tematica secondo una visione infermieristica vicina alla sensibilità umanistica e autobiografica.

Esplicitando il punto di vista soggettivo del curatore e degli autori e autrici che hanno contribuito con alcuni saggi al volume,

l'opera vuole concretizzare il partire da sé come modalità trasparente di costruzione del sapere e delle prassi del prendersi cura. Dopo la prefazione di Duccio Demetrio, direttore scientifico della Libera Università dell'Autobiografia, un corposo capitolo introduttivo percorre una delle tante possibilità di riflessione culturale all'interno del vasto panorama di dati e informazioni emerse negli ultimi anni sul fenomeno della violenza maschile contro le donne.

La prima parte del volume dà spazio al tema dell'integrazione dei servizi, con il contributo di Graciela Marchueta e Lina Losacco, professioniste impegnate nell'associazione "Differenza Donna". La seconda parte, invece, propone tre diversi sguardi sul fenomeno: quello antropologico (di Lucia Portis), quello etico (di Laura Sabatino) e quello educativo (del curatore del volume).

La terza parte è dedicata alla descrizione della ricerca, sviluppata secondo l'approccio autobiografico-narrativo, con un taglio quindi fenomenologico-ermeneutico.

Nella quarta sono riportate le lettere raccolte, con proposte di percorsi di interpretazione e *close reading*.

Chiudono il volume, gli interventi del presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco, e di Alessandro Stievano, che, alla riflessione sul bisogno di salute determinato dal fenomeno della violenza maschile contro le donne, uniscono il rilievo da dare ai differenti approcci alla ricerca infermieristica e la necessità di collegarla con teorie e modelli già validati.

Alessandro Stievano

Lettere dal silenzio. Storie di accoglienza e assistenza sanitaria di donne che hanno subito violenza

a cura di Massimo M. Greco

(20 €; pp. 208)

FRANCOANGELI editore



Alcune considerazioni sul caso dell'infermiera affetta da Tbc

Chiariamo un punto importante: questo articolo non ricerca verità e non dispensa colpe.

Chi scrive non ne ha il potere, non ne ha l'interesse e difetta degli elementi *certi*.

I curiosi hanno sicuramente effettuato una ricerca da *google* digitando le parole chiave *tbc+gemelli*.

Il risultato è infinito: una quantità di articoli, notizie, informazioni o semplici commenti sui forum di discussione.

Il caso è oggetto di un procedimento penale con ben sette rinvii a giudizio e questo articolo, che per l'appunto non cerca verità, vuole rappresentare un momento di riflessione o, se vogliamo, di organizzazione del pensiero sulle tutele giuridiche.

La riflessione parte dal caso della Tbc ma si estenderà alle questioni generali. In sintesi cercherò di tratteggiare il modello o i modelli legislativi applicabili alla tutela della salute (di tutti) nelle aziende sanitarie.

Sono due, secondo me, le ragioni per cui questo caso ha avuto una forte eco nell'opinione pubblica. Da un lato, infatti, è un caso che rischia di essere epidemiologico (fenomeno che tendiamo a relegare al terzo mondo); dall'altro lato riguarda gli esseri che più degli altri hanno bisogno di protezione.

Ma il bisogno di protezione è stato avvertito a vari livelli che possiamo così riassumere:

- i genitori dei piccoli nati nel periodo di riferimento;
- il personale lavorante a contatto con la fonte del possibile contagio (i.e. l'infermiera affetta da Tbc);
- lo Stato e la cittadinanza italiana.

In sintesi estrema, vediamo come questi bisogni abbiano trovato risposta ai vari livelli.

Lo Stato ha reagito in due modi: (i) attraverso il potere giurisdizionale avviando l'azione penale e (ii) attraverso il potere esecutivo e quindi il Ministero della Salute ha avviato una serie di indagini interne e dedicato uno spazio importante sul sito web per relazionare sullo stato di rischio e gli atti a suo tempo posti in essere per la prevenzione dal rischio di diffusione della Tbc.

In questo contesto statale, i genitori dei neonati (quali esercenti la patria potestà) agiranno verosimilmente sul lato della tutela individuale per il risarcimento del danno alla salute, o in sede civile o anche eventualmente costituendosi parte civile nell'ambito del processo penale in corso (in cui risultano parti offese). Ma quali considerazioni può aver fatto il personale dipendente che pure ha sicuramente avvertito il bisogno di protezione della salute sul luogo di lavoro?

In altre parole, se la percezione del pericolo (o del danno) alla salute è diverso a seconda del punto di vista, la salute è una, e unitaria è la sua nozione e il suo fondamento.

Vediamo quindi come dalle sue fondamenta riusciamo a delineare la tutela della salute degli infermieri sul luogo di lavoro con particolare riferimento al rischio di infezioni.

Il diritto alla salute è un diritto costituzionale (art. 32) **che opera a livello collettivo** (e qui giustifica l'interesse dello Stato) e a livello individuale, sia in fase di prevenzione sia in fase "riparatoria".

Per quanto attiene alla prevenzione, nel rapporto di lavoro il datore è tenuto ad adottare tutte le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica dei lavoratori (art. 2087 c.c.).

Una specificazione e precisazione di quanto disposto da detta norma la troviamo all'interno del D.Lgs. n. 81/2008.

In particolare, l'art. 274 dispone che il datore di lavoro, nelle strutture sanitarie, in sede di valutazione dei rischi per la salute dei lavoratori, presta particolare attenzione alla possibile presenza di agenti biologici nell'organismo dei pazienti e al rischio che tale presenza comporta in relazione al tipo di attività svolta.

Qualora l'esito della valutazione del rischio ne rilevi la necessità, i lavoratori esposti ad agenti biologici sono sottoposti a una sorveglianza sanitaria dettagliatamente disciplinata ai sensi dell'articolo 41.

In particolare, è disposta una visita medica periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Il datore di lavoro, in relazione alle risultanze della visita periodica, attua le misure indicate dal medico competente e, qualora le stesse prevedano un'inidoneità alla mansione specifica, adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza.

La periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, in una volta l'anno. Orbene, si comprende come l'attenzione dei giornali al fatto che l'infermiera in questione non sia stata mai sottoposta a visita medica per sei anni sia giustificata dal punto di vista giuridico dai descritti obblighi di controllo sanitario del personale medico infermieristico. L'infermiera avrebbe dovuto essere stata visitata e, riscontrata l'infezione, adibita a diverse mansioni. Questo non è stato fatto.

Venendo poi alla fase "riparatoria", si evidenzia come, in linea generale, il datore di lavoro, sulla base del quadro normativo

sopra delineato, sia responsabile delle conseguenze derivanti dal mancato rispetto delle misure preventive poste dalla legge a tutela della salute dei lavoratori. Ma vi è di più.

Il datore di lavoro, infatti, è altresì responsabile, ai sensi dell'art. 2049 c.c., per i danni arrecati a terzi dal fatto illecito dei suoi dipendenti, commesso nell'esercizio della prestazione lavorativa.

Vediamo quindi come anche sotto il profilo della protezione del personale infermieristico trovi giustificazione la pressante attenzione che si è dedicata al caso di cronaca in esame.

Un siffatto episodio ha difatti dimostrato (e non saprei dire quanto fosse necessaria tale dimostrazione per capirne la fondamentale importanza) come tutta la normativa che nel corso degli anni si è sviluppata, nell'ottica di salvaguardia della salute nei luoghi di lavoro, specialmente in relazione a situazioni di particolare esposizione al rischio, quale quella del personale dipendente di strutture sanitarie, sia necessaria e adeguata a prevenire episodi come quello verificatosi.

Episodio che, come detto, si sarebbe potuto evitare tramite semplice applicazione e rispetto della legge vigente.

A Roma il decimo congresso Enda



Si è svolto a Roma, dal 5 all'8 ottobre, il decimo congresso internazionale dell'Enda, l'associazione che riunisce i dirigenti infermieristici europei.

L'evento è stato realizzato in collaborazione con il Comitato Infermieri Dirigenti (Cid) e con il patrocinio della Federazione nazionale Ipasvi e del Collegio Ipasvi di Roma.

"Ogni due anni abbiamo deciso di darci appuntamento per condividere soluzioni e problematiche della nostra professione e dei rispettivi sistemi sanitari – dichiara la presidente dell'Enda, Iris Meyenburg-Altwarz – non è un caso se siamo per la prima volta qui in Italia, dove, anche grazie al quotidiano lavoro degli infermieri, esiste una sanità tra le più apprezzate al mondo nel giudizio dei cittadini, nostri principali *stakeholder*".

A fare gli onori di casa, Mauro Petrangeli, del Cid: "In queste giornate si fa lo sforzo di interpretare in maniera innovativa la nuova domanda di salute e di assistenza che si registra in tutta Europa. Enda rappresenta l'organizzazione attualmente più strutturata per quanto concerne la dirigenza infermieristica e dal canto nostro registriamo sempre più adesioni di colleghi italiani, convinti di poter interpretare il cambiamento finalmente da protagonisti".

La presidente della Federazione, Annalisa Silvestro, ha introdotto i lavori parlando di cambiamenti demografici e professione infermieristica: "Il contesto internazionale che viviamo, soprattutto in Europa, ci impone di trovare un'identità e una strategia d'azione comune, uscendo ciascuno dal proprio recinto e mettendo al centro del dibattito il miglioramento dei servizi sanitari in ambito comunitario".

"Questo importante incontro – ha aggiunto il presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco – conferma la vocazione di noi infermieri italiani a essere sempre più protagonisti del

dibattito internazionale sul futuro della professione e sulle *best practices* da mettere in atto per innalzare gli standard qualitativi della nostra azione quotidiana al servizio della comunità. Ne è testimonianza anche il Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica, nato in seno all'Ipasvi di Roma".

Nel corso della mattinata inaugurale, la presidente onoraria dell'European Nurse Directors Association, Jacqueline Filkins, ha proposto un proto-codice di etica e condotta professionale come piattaforma di riflessione per il management infermieristico, le autorità competenti e i ricercatori in materia. L'obiettivo è armonizzare i vari codici deontologici vigenti nei Paesi Ue.

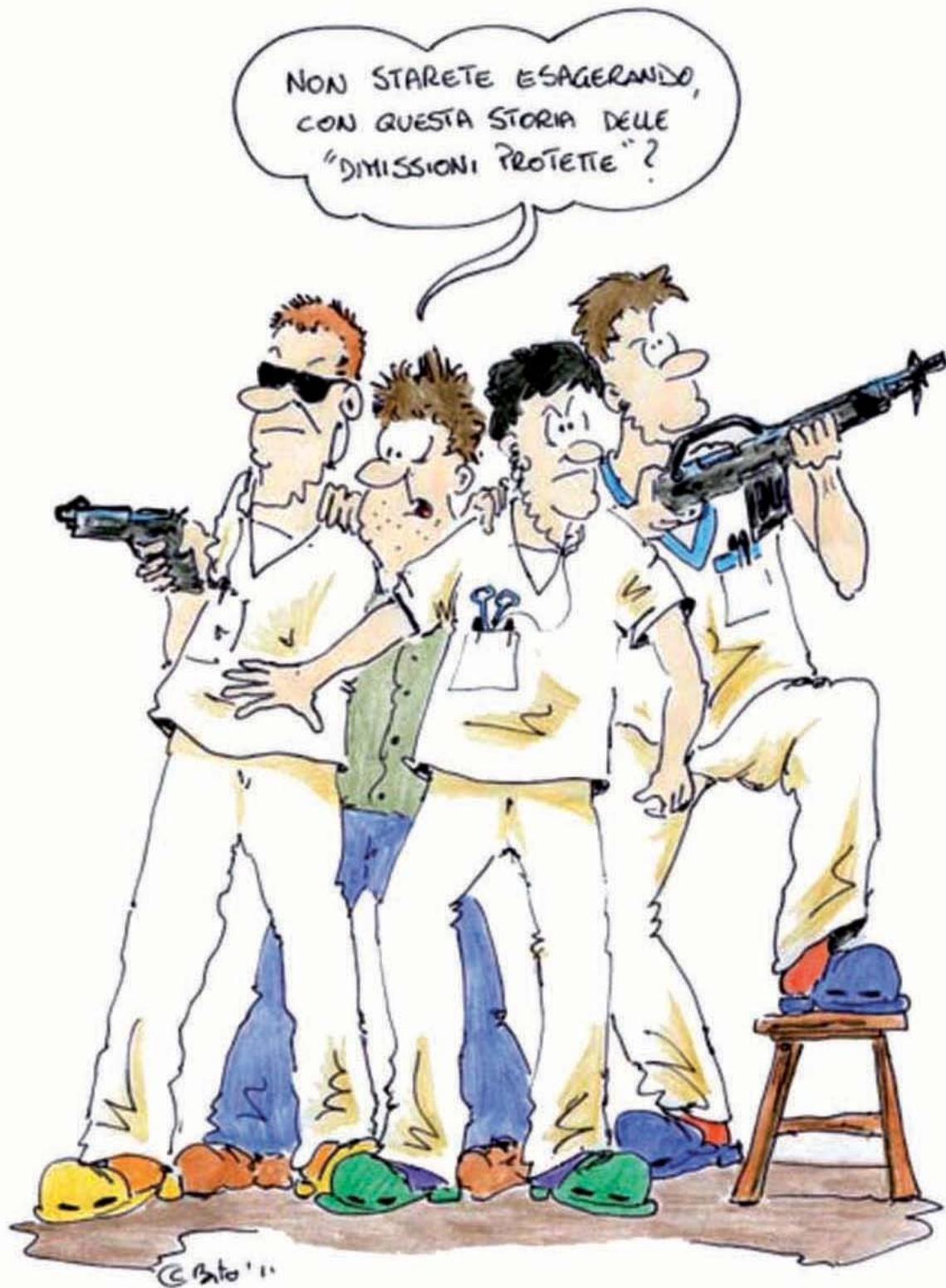
A conclusione del congresso è stato eletto il nuovo direttivo del **Cid**, il Comitato Infermieri dirigenti.

Questi i nomi dell'organigramma:

- presidente: **Mauro Petrangeli** (conferma) - infermiere dirigente Asl 4 di Terni;
- vicepresidente: **Antonella Peluso** (*new entry*) - infermiera dirigente Asl 2 di Napoli Nord;
- segretario: **Nicola Barbato** (conferma) - infermiere dirigente Gruppo Tosinvest;
- tesoriera: **Maria Grazia Montalbano** (conferma) - infermiera dirigente Lusan.

I consiglieri sono: **Francesco Casile** (conferma), infermiere dirigente Asl Torino 2; **Marco Cuboni** (*new entry*), infermiere dirigente Saio Ausl Viterbo; **Maria Piro** (già vicepresidente Cid), infermiera dirigente Arnas Civico Palermo; **Laura Sabatino** (conferma), infermiera dirigente Inail Roma; **Antonella Santullo** (*new entry*), infermiera dirigente Ausl Rimini.





NORME EDITORIALI

Quali regole seguire per pubblicare un articolo su "Infermiere Oggi"

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli direttivi.

Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) introduzione; 3) materiali e metodi; 4) risultati; 5) eventuali discussioni; 6) conclusioni; 7) bibliografia.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet <http://www.icmje.org>).

Il vantaggio dell'uso del Vancouver Style è nel fatto che la lettura di un testo non interrotto dalla citazione risulta più facile e scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola²) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine dell'elaborato. Il Vancouver Style prevede:

- iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome;
- iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citati;
- in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

CITAZIONI DA INTERNET

Per citare un articolo su una rivista on line, è bene riportare: cognome, nome. "Titolo Articolo." Titolo Rivista. Volume: fascicolo (anno). Indirizzo internet completo (con ultima data di accesso).

Per un documento unico disponibile in rete: Titolo Principale del Documento. Eventuale versione. Data pubblicazione/copyright o data ultima revisione. Indirizzo internet completo (data di accesso).

FIGURE E TABELLE

Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità; saranno numerate progressivamente in cifre arabe e saranno accompagnate da brevi ma esaurienti didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento. Diagrammi e illustrazioni dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da permetterne la riproduzione senza modificazioni.

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

et al. per indicare altri autori dopo il sesto nelle bibliografie.

L'acronimo è un genere particolare di abbreviazione. La prima volta che si incontra un acronimo in un testo è sempre necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi - ad es. Associazione Raffredati d'Italia (Ari).

Evidentemente, ciò non vale per sigle ormai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti - ad es. Usa e non U.S.A.

DATE E NUMERI

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1° gennaio (non 1 gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.

I numeri da uno a dieci vanno scritti in lettere (tranne che nelle date!). Per tutti gli altri, l'importante è separare sempre con un punto i gruppi di tre cifre. Per le grosse cifre "tonde", usare "mila", "milioni" e "miliardi" invece di "000", "000.000", "000.000.000".

PAROLE STRANIERE

Le parole straniere vanno sempre indicate in corsivo, soprattutto se non sono ancora entrate nell'uso comune italiano. Se si decide di usare un termine straniero, è bene ricordare che non si declina mai (ad es. i computer e non i computers).

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.

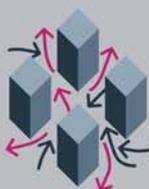
IV Congresso Nazionale AIT

26 novembre 2011

Hotel Parco dei Principi
Via G. Frescobaldi, 5
Roma

PROFESSIONE INFERMIERISTICA ED ETICA DELL'INTEGRAZIONE

Con il patrocinio del Centro di Eccellenza
per la Ricerca e la Cultura Infermieristica



CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA