INFERMIERE oggi

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

N°3

EDITORIALE
Il territorio siamo noi!

CONTRIBUTI
Riflessioni
ed approfondimenti
sul Codice deontologico

FOCUS
Il Collegio a Sanit 2012

NOTIZIE DAL COLLEGIO
"Pagare tutti
per pagare meno"

AL CENTRO DELLA RIFORMA

Anno XXII - N. 3 - luglio/settembre 2012 - Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro. Poste italiane SpA - Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in. L. 27/02/2004 n°46) art.1. comma2. DCB Roma

ISSN 2037-4364

INFERMIERE oggi

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXII - N. 3 - LUGLIO-SETTEMBRE 2012
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, 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: Donatella Cirillo per Artigrafiche Boccia
Foto: Mario Esposito; Shutterstock; Fotolia

Finito di stampare: settembre 2012

Tiratura: 31.000 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 **Il territorio siamo noi!**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

3 **Riflessioni ed approfondimenti sul Codice deontologico infermieristico**
di Laura Sabatino, Alessandro Stievano, Gennaro Rocco

7 **Esperienze delle persone affette da Linfoma di Hodgkin: studio qualitativo fenomenologico**
di Massimo Giordani

12 **L'ansia e la depressione nel dolore oncologico**
di Carlo Catanesi, Eduardo Diaz Crescitelli Matias, Francesco Scerbo

17 **L'autocura nel paziente con Scompenso Cardiaco Progettazione di uno strumento dedicato all'educazione sanitaria**
di Stefano Pepe, Cristina Calandrella

21 **La gestione del personale "donna" Aspetti critici e proposte di coordinamento**
di Rossella Petrelli

27 ***Restraint or not restraint*** **Indagine qualitativa multicentrica sul vissuto della contenzione nel nursing psichiatrico**
di Alice Gendusa Serges, Teresa Compagnone

32 ***Risk management*** **in emodialisi ed il coordinatore infermieristico**
di Elena Valeri, Laura Lombardi, UmbertoTulli

FOCUS

37 **Il Collegio Ipasvi di Roma a Sanit 2012**

NOTIZIE DALLA REGIONE

47 **Audizione in Commissione Sanità sulla legge che disciplinerà la continuità assistenziale**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

49 **Pagare tutti per pagare meno!**
50 **Ecm, ecco le nuove regole pubblicate in Gazzetta Ufficiale**
53 **Ricerca infermieristica Al via il nuovo bando del premio "Gemma Castorina"**
54 **Ipasvi Cup 2012: vince il Cristo Re**

DICONO DI NOI

57 **Estate di emergenza in corsia ma tanta solidarietà per l'Emilia**

LETTO PER VOI

61 **Manuale di ricerca infermieristica per gli studenti universitari**

L'AVVOCATO DICE

62 **Un fondamento costituzionale alle cure palliative: l'articolo 32**

64 LA VIGNETTA DEL MESE

Il territorio siamo noi!

di Gennaro Rocco

Dal cilindro della politica nostrana spuntano ciclicamente soluzioni alla crisi dei servizi sanitari. Una scena che, seppure in contesti storici e scenari diversi, si ripete dal quel lontano 1978 che segnò la prima, grande riforma e la nascita del Servizio Sanitario Nazionale.

Progetti e novità che spesso illuminano la scena per un attimo, giusto il tempo dell'effetto annuncio, per poi naufragare sugli scogli di un sistema riottoso al cambiamento come il nostro. Per questo, dopo tante promesse vane, abbiamo sviluppato una speciale immunità alle illusioni. Ce la teniamo stretta anche stavolta, al cospetto di una nuova riforma che pure in molti punti ci piace.

La nostra non è una posizione preconcetta e il decreto del ministro Balduzzi, che ridisegna gli ambiti delle cure primarie puntando sullo sviluppo della sanità territoriale, ci trova pronti più di ogni altra professione sanitaria. L'esigenza di allestire una rete assistenziale integrata sul territorio come alternativa all'ospedalizzazione è nelle rivendicazioni degli infermieri da molti anni, purtroppo inascoltate.

Il problema è arcinoto e ben vengano proposte innovative in questa direzione. Perciò il ministro avrà il nostro sostegno se riuscirà a dare una spinta decisiva al processo. Ma attenzione: potrà farlo solo se punterà con decisione sugli infermieri.

Un'assistenza di prossimità è la risposta che oggi i cittadini chiedono alla sanità. Concluso il trattamento della patologia acuta, bisogna governare al meglio tutto il processo assistenziale e riabilitativo successivo, in cui il ruolo dell'infermiere è determinante. È da questa figura e dai suoi spazi di manovra che principalmente dipende il successo dell'intero trattamento.

Il decreto messo a punto dal ministro della Salute ha un bel titolo: "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute". Ricalca l'istanza che gli infermieri italiani rilanciano continuamente: assicurare una sanità più vicina alla gente e più efficace. Si può, anzi, si deve fare!

Gli obiettivi dichiarati della nuova riforma delle cure primarie sono ben condivisibili: più sanità territoriale, valorizzazione del merito, maggiori tutele per il personale e trasparenza gestionale. Nella direzione che abbiamo sempre invocato vanno anche i provvedimenti sul governo clinico, l'intramoenia e i Lea.

Da tempo, per ridurre il tasso di ospedalizzazione e i suoi elevatissimi costi, chiediamo una riorganizzazione delle cure primarie sul modello dell'integrazione sia mono e multiprofessionale per favorire il coordinamento operativo tra i vari ambulatori medici, pediatrici e specialistici con la loro integrazione funzionale alla rete ospedaliera. Un riordino complessivo dei servizi che tenga conto delle domanda sanitaria che segna la nostra epoca. In questa direzione, l'annunciato aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza dovrà tenere in debito conto le patologie emergenti legate soprattutto alle cronicità e alle multipatologie dell'anziano.

Positiva appare anche l'accelerata sull'attività intramoenia, a patto che non finisca poi per riferirsi al solo personale medico *(qualche malizia la storia ce la concede!)*. E la nuova disciplina per la nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, con l'esordio di un albo regionale degli idonei frutto di una procedura selettiva più trasparente.

Inoltre consideriamo con attenzione l'apertura del Governo sul fronte delicatissimo della tutela legale del personale sanitario, secondo il principio che la responsabilità colposa possa essere attribuita ad un professionista sanitario solo se non ha svolto la sua prestazione professionale secondo le linee guida e le buone pratiche elaborate dalla comunità scientifica.

EDITORIALE

Nel "Decreto Balduzzi" ravvediamo spunti positivi che possono tracciare l'inversione di rotta da tempo reclamata. Ma perché il nuovo sistema si attivi c'è bisogno di una convenzione nazionale e applicazioni su base regionale. Insomma, è una riforma ancora tutta da costruire. E poi ora è all'esame delle Camere per la conversione in legge, il luogo più insidioso per le riforme, dove storicamente si sono perse le tracce di molte buone intenzioni. Già sul testo varato dal Governo fioccano critiche e perplessità trasversali, il pericolo di "inquinamento" da parte delle solite lobby politico-professionali incombe.

Siamo consapevoli di dove siamo e dei tempi che viviamo. Finora molti provvedimenti annunciati come risolutivi non lo sono stati affatto. Come pure ogni proclamato tentativo di territorializzare la sanità si è risolto in una ulteriore medicalizzazione del sistema. Lo stesso accade oggi con gli ambulatori dei medici di base aperti h24. È di certo un passo avanti ma da solo non può arginare l'enorme sovraffollamento dei Pronto Soccorso.

Per una forma più evoluta di governo clinico servono soprattutto gli infermieri, i titolari esclusivi del processo assistenziale alla persona. Non lo diciamo con spirito rivendicativo ma propositivo. Vogliamo collaborare affinché si possa rispondere alle esigenze dei cittadini in modo più coordinato e competente.

Rivendichiamo con forza l'introduzione stabile negli organici sanitari della figura dell'infermiere di famiglia, che può seguire le attività sul territorio in stretta collaborazione con il medico di famiglia. Questa sì che sarebbe una risposta vera alle istanze dei cittadini, come indica l'esperienza maturata negli ultimi anni dal nostro gruppo professionale attraverso specifici studi e ricerche scientifiche.

Gli infermieri conoscono i problemi dei pazienti più di chiunque altro e chiedono che la svolta si realizzi una volta per tutte. Una posizione giustamente ribadita anche dal Tribunale per i Diritti del Malato che, con una nota al ministro Balduzzi, ha supportato quanto sosteniamo da tempo: non si può fare assistenza a domicilio o di prossimità senza infermieri.

Ciò comporterà un adeguamento degli organici, l'arruolamento di nuovi infermieri, la dotazione di strumenti e ambienti adeguati. E non serviranno ingenti risorse economiche, tanto che la stretta sui conti di Stato e Regioni non potrà essere usata come scusa per non procedere. Basterà razionalizzare la spesa abolendo privilegi, strutture inutili e doppioni, investendo i risparmi ottenuti sugli infermieri da adibire a queste attività.

L'uscita dal lungo tunnel in cui la nostra sanità si è cacciata potrebbe essere a portata di mano. Restiamo guardinghi, fiduciosi ma disincantati, e attendiamo Governo, Parlamento e Regioni alla prova dei fatti.

Riflessioni ed approfondimenti sul Codice deontologico infermieristico

di Laura Sabatino, Alessandro Stievano, Gennaro Rocco

Il neologismo "clausola di coscienza" è stato coniato dal Comitato nazionale di Bioetica nel 2004[1] quando ha affermato il diritto del medico ad appellarsi a tale principio, così come sottolineato anche nell'ultimo Codice Deontologico della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (FNOMCeO) del 2006[2].
Con tale concetto, il Comitato nazionale di Bioetica ha voluto dare ampio spazio alla coscienza morale individuale del curante.
Tale possibilità è stata utilizzata, in seguito, anche dagli organi di rappresentanza della professione infermieristica: la Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, infatti, nel nuovo Codice deontologico[3], invita espressamente ad utilizzare tale diritto in occasione di conflitti derivanti da diverse visioni etiche.
L'infermiere, pertanto, se attraverso il dialogo con la persona di cui si prende cura non riesce a trovare una soluzione alle richieste che ella gli pone (e che ritiene lesive per la propria dignità morale), può seguire il richiamo dei principi e dei valori personali anche se in contrasto con le esigenze del malato.
La clausola di coscienza, infatti, è legata ad aspetti di natura morale personale.
Nel Codice di deontologia medica[4], vengono utilizzate espressioni diverse dal neologismo in esame, ma sostanzialmente equiparabili al concetto sopra esposto; nel nuovo codice deontologico degli infermieri, invece, la possibilità di avvalersi della "clausola di coscienza" è chiaramente esplicitata nel Capo II all'articolo 8 *"... Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, (l'infermiere) si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito".*
Questo concetto viene riproposto anche nella fase finale del Pronunciamento[5], elaborato dalla stessa Federazione Ipasvi nel novembre del 2009, dopo l'analisi del disegno di legge sulle "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento"[6].
Tale disegno, infatti, secondo la Federazione, non pone al centro delle attenzioni la persona e le sue volontà: la discrezionalità decisionale non viene attribuita al paziente (le cui scelte appaiono poste in secondo piano), ma ad altre figure professionali, soprattutto ai medici, a discapito degli altri componenti dell'equipe[7].
Proprio per questo, lì dove le decisioni terapeutiche possono contrastare con le scelte etiche del paziente, l'infermiere può ricorrere alla "clausola di coscienza".
Nel 2010, sulla rivista 'L'Infermiere'[8] viene pubblicato un articolo nel quale si ribadisce l'importanza dell'inserimento del diritto alla "clausola di coscienza" nel Codice deontologico degli infermieri[9] "(...) *evidenzia una chiara assunzione di responsabilità etica e deontologica..."* (Binello 2010:11).
I curanti, dunque, durante l'esercizio della loro professione, si possono appellare al rispetto della propria coscienza in una serie di circostanze, anche al di là - ed in aggiunta - alla normativa che regolamenta l'obiezione di coscienza, prevista, per legge, in ambiti definiti[10].
Senza dubbio, l'infermiere ha il diritto di effettuare scelte morali[11] sia quando viene coinvolto in prima persona durante le procedure diagnostiche e terapeutiche, sia nel dialogo con la persona assistita e la sua famiglia.
Alcuni standard etici per talune persone sono talmente importanti e significativi che non rispettarli minerebbe la propria integrità morale, generando un senso di colpa e di vergogna profondo.
Le diverse visioni etiche possono riguardare temi scottanti come la concezione della vita e della morte; il senso della sofferenza; la libertà di scelta rispetto ai percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali; il modo di intendere la dignità personale ed il suo rispetto.
Questioni che vengono affrontate in modi molto diversi dalle persone e dai professionisti in base a convinzioni religiose, politiche, culturali e sociali.
Purtroppo, le differenti modalità di intendere la vita e il suo senso, nel manifestarsi delle vicende umane e personali, possono determinare "tensione" nella relazione assistenziale.
Del resto, se le posizioni fossero chiaramente definite e di facile scelta non ci sarebbe il dilemma etico: esso sorge quando l'operatore sanitario si trova di fronte a linee di condotta entrambe ragionevoli, anche se per motivi diversi.
Nel penultimo Codice deontologico infermieristico, elaborato nel maggio del 1999, a seguito della fondamentale legge che sancisce l'autonomia delle professioni sanitarie (Legge 42/99), veniva indicato il ricorso all'obiezione di coscienza ma non alla "clausola di coscienza", infatti, l'art. 2.5. scriveva:

"... *In presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale, si avvale del diritto all'obiezione di coscienza".*

Cosa ha spinto la Federazione Ipasvi ad introdurre l'appello alla "clausola di coscienza"? Perché ha scelto di ricordare agli infermieri che possono seguire i propri valori etici quando ciò che gli viene chiesto, per esempio, vi confligge?

Qual è, di fronte ad un caso che pone dei dilemmi etici, il comportamento più buono e più giusto?

La professione infermieristica è servizio alla persona, così come specificato nell'articolo 1.2 del nuovo Codice deontologico del 2009 e la sua responsabilità, come si legge nell'articolo 1.3, consiste "*... nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo".*

In questi articoli leggiamo alcuni valori etici a cui la professione guarda e si ispira.

La scelta delle parole ed il loro posizionamento all'interno delle frasi ha un significato[12]? Se lo ha, la vita ha forse un valore più forte della dignità del paziente?

I contenuti di questi ultimi articoli, confrontati con il Pronunciamento su "La persona nel fine vita" della Federazione nazionale, i molteplici commenti e le varie considerazioni inerenti il Codice deontologico, pubblicati sulle riviste ufficiali dei vari Collegi provinciali o interprovinciali degli infermieri[13], nonché della Federazione[14], possono stimolare una serie di riflessioni e di domande.

Per esempio: "Come conciliare il diritto all'autodeterminazione della persona assistita, il rispetto della libertà e della dignità dell'individuo con le posizioni intellettuali del personale d'assistenza che crede nell'indisponibilità della vita?"; "Cosa è più forte il diritto del paziente ad essere assistito secondo le proprie convinzioni o il diritto del professionista?"; "L'infermiere, leggendo il nuovo codice deontologico[15], se è vero che pone la persona al centro dei propri interessi e che i doveri dell'infermiere sono i diritti dei cittadini[16], potrebbe sentirsi indotto a prendere una posizione sui valori etici della persona che è chiamato ad assistere?".

La "clausola di coscienza", a differenza dell'obiezione di coscienza (che nel nostro Paese è legiferata solo per alcuni casi[17]), in realtà, non ha forza di legge: allora, quali rischi corre un infermiere che voglia seguire la propria coscienza o che voglia far rispettare le richiesta del paziente a discapito di quelle degli altri curanti?

Un'altra questione importante su cui riflettere, a parte il reale diritto degli infermieri ad effettuare scelte morali che li coinvolgono, è **la scelta del paradigma morale** a cui rivolgersi, come ci ricorda Botti (2002:80) "... *quali criteri devono guidare le valutazioni delle infermiere. Esistono criteri specifici caratteristici della professione (...) oppure si tratta di criteri validi per tutti? E comunque quali?".* E ancora: "... *Quale paradigma morale è più adatto a gestire le questioni bioetiche ed etiche?...*" (ibidem.)

Continuando ad analizzare il contenuto dell'art. 1.3 del Codice deontologico infermieristico, ci possiamo soffermare sul *"rispetto dalla vita .... e della dignità dell'individuo".*

Anche questo aspetto appare interessante: cosa significa vita dignitosa che valga la pena di essere vissuta?

Nei dilemmi etici, come può l'infermiere esercitare la funzione di *advocacy*[18] caratterizzante l'approccio infermieristico?

Anche nei casi in cui la volontà non può essere più espressa, dunque, è importante tener conto di quanto è stato precedentemente dichiarato dalla persona.

L'articolo 37 del Codice deontologico infermieristico su questo punto è chiaro: *"L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato".*

L'articolo 36, inoltre, cita testualmente: *"L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita"*, ma anche l'articolo 38: *"L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte,*

La copertina del Codice Deontologico dell'Infermiere 2009

La locandina della Giornata dell'Infermiere 2009

anche se la richiesta proviene dall'assistito".

Come conciliare i contenuti dell'articolo 37 con quelli dell'articolo 38?

L'infermiere, certamente, ha la grande responsabilità di andare incontro alle esigenze della persona malata che si aspetta di *"realizzare l'utilità da lui attesa"* (Borsellino 2009).

Per trovare una strada nelle nostre riflessioni etiche, al di là dell'utilizzo del senso comune che non si addice ad un professionista della salute quale è l'infermiere, di fronte a casi etici conflittuali, uno strumento che potrebbe risultare utile è la griglia di lettura o modello decisionale, proposta da Beauchamp e Childress (2001), basata su quattro punti cardine:

1. il principio della non maleficità;
2. il principio della beneficienza;
3. il principio della giustizia;
4. il principio di autonomia.

Tali principi sono considerati *"diritti prima facie"*, cioè da osservare, ma non in modo assoluto, è necessario ricorrere al metodo della specificazione e del bilanciamento tra i vari principi: sulla base delle circostanze che l'operatore sanitario si trova ad affrontare, alcuni atti, infatti, possono essere contemporaneamente sbagliati *prima facie* e giusti *prima facie*.

L'argomentazione delle varie posizioni è orientata a ridurre il contrasto fino a trovare la soluzione più giusta con il paziente, dove è possibile, per il paziente dove non si può fare altrimenti.

Escludendo qualsiasi pretesa di esaustività, l'analisi effettuata ha voluto solamente evidenziare alcuni aspetti del nuovo codice deontologico infermieristico, fornendo spunti per ulteriori approfondimenti.

Il Codice deontologico è un documento importante nel quale tutti i professionisti si dovrebbero riconoscere, tanto da acquisirlo come guida e orientamento professionale anche a valenza pratica, come specificato da uno dei fondamenti legislativi della professione, la Legge 42/99 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"; ed insieme al profilo professionale e all'ordinamento didattico, rappresenta uno degli elementi intorno ai quali sviluppare l'identità e l'appartenenza professionale.

AUTORI:
Laura Sabatino, infermiera Inail; esperta in Etica pratica e bioetica;
Alessandro Stievano, Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica;
Gennaro Rocco, presidente Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica.

NOTE

[1] Tale concetto è stato utilizzato dal CNB nella Nota sulla contraccezione d'emergenza, formulata il 28 maggio del 2004 http://www.governo.it/bioetica/testi/contraccezione_emergenza.pdf

[2] Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri, articolo 22 del Codice deontologico: Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica *"Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento"*

[3] L'ultimo Codice Deontologico dell'infermiere approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI nel gennaio del 2009, è entrato in vigore il 01/03/2009.

[4] Nel codice di deontologia medica del 1998, all'art. 19, si parlava di "Rifiuto d'opera professionale"; nel nuovo codice del 2006, all'art. 22, si parla, invece, di "Autonomia e responsabilità diagnostica e terapeutica".

[5] http://www.ipasvi.it/archivio_news/download/827_1302125758_229.pdf

[6] Titolo breve: *Testamento biologico* http://www.ansa.it/documents/1234289751486_Ddl_testamentobiologico.pdf

[7] http://ipasvimi.it/allegati/notizie/notizia1261064870.pdf

[8] Organo ufficiale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI – Notiziario aggiornamenti professionali

[9] http://www.ipasvi.it/archivio_news/download/9_1301547135_496.pdf

[10] Legge 194/78 sull'interruzione volontaria di gravidanza, Legge 413/93 sulla sperimentazione animale e Legge 40/04 sulla procreazione medicalmente assistita.

[11] Per il tema interessante della competenza morale infermieristica si rimanda al testo di Helga Kuhse riportato in bibliografia.

[12] Si riprende il concetto espresso nell'articolo di Masucci e Tessadori (2009: 172) a cui si rimanda anche per l'interessante confronto con i contenuti di altri codici deontologici, canadese e inglese.

[13] Nei commenti al nuovo codice deontologico infermieristico è importante notare la connessione con le discussioni sul cosiddetto disegno di legge Calabrò, la cui lettura è consigliata. Si rimanda alla bibliografia per alcuni articoli del Collegio Ipasvi Milano-Lodi.

[14] Ci si riferisce, in particolare, alla parte seconda del testo: (Silvestro 2009).

[15] Il codice deontologico rappresenta una fonte di riferimento normativo, nonostante appartenga ad un ambito propriamente detto "extragiuridico".

[16] http://www.limen.biz/ftp/downloads/0/Codice_nfermieri.pdf (consultato il 09/06/10, ore 21,30).

[17] Cfr. nota 2.

[18] Cfr. (Stievano 2004).

BIBLIOGRAFIA

Beauchamp T. L, Childress J. F, *Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press*, New York. V ed. 2001.

Becchi P, *Il principio dignità umana*. Morcelliana, Brescia. 2009

Binello D, *Fine vita, il valore della persona*. L'infermiere 1, pag. 11-14. 2010.

Borsellino P, *Bioetica tra "morali" e diritto*. Raffaello Cortina Editore, Milano. 2009.

Botti C, *Oltre la cura: l'etica femminista e la bioetica. Un commento a Kuhse*. Bioetica, Rivista interdisciplinare, 1, 79-90. 2002

Cozzi D, Nigris D, *Gesti di cura*. Milano, Colibrì. 1996.

Curtin L.L, *The nurse as advocate: A philosophical foundation for nursing*. Advances in Nursing Science, 1, 3, pag.1-10. 1979.

Kuhse H, *Prendersi cura, l'etica e la professione di infermiera*. Edizioni di Comunità,Torino. 2000.

Masucci A, Tessadori B, *Il nuovo codice deontologico degli infermieri: alcune prime riflessioni*. Bioetica Rivista Interdisciplinare, 1-2, pag.169-177. 2009.

Muttillo G, *La deontologia professionale degli infermieri italiani e la legge sul "fine vita"*. Io Infermiere, 4, pag.6-7. 2009.

Silvestro A, a cura di, *Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009*. McGraw-Hill, Milano. 2009.

Spinsanti S, *Il coraggio di essere liberi fino alla fine*. Janus, 23, pag.124-128. 2006.

Stievano A, *L'infermiere etico garante della funzione di advocacy verso il paziente in posizione di svantaggio sociale*. Infermiere Oggi, n. 3, pag.9-15. 2004.

Esperienze delle persone affette da Linfoma di Hodgkin: studio qualitativo fenomenologico

di Massimo Giordani

ABSTRACT

Lo scopo di questo studio qualitativo di tipo fenomenologico è stato di descrivere, con visione infermieristica, le esperienze di vita delle persone affette da Linfoma di Hodgkin.
La ricerca è stata svolta su un campione propositivo di otto pazienti (quattro uomini e quattro donne), utilizzando un'intervista semi-strutturata composta da cinque domande.
I risultati dell'indagine hanno evidenziato il vissuto di questi pazienti oncologici, prima, durante e dopo la diagnosi: storia clinica pre-diagnosi "lunga e difficile" con vissuti di "incredulità e casualità" al momento della diagnosi che "cambiano la vita all'improvviso".
Il loro futuro è descritto come "pieno di ansie e di incertezze".
La nota più bella dello studio è stato il rapporto infermiere-paziente, assimilabile ad una "relazione di aiuto" che, secondo gli intervistati, ha visto gli infermieri sempre disponibili ed umani in ogni fase della malattia, offrendo sempre un'assistenza qualitativamente superiore alle aspettative.

INTRODUZIONE

Il Linfoma di Hodgkin è una patologia neoplastica maligna del tessuto linfoide che, nonostante sia relativamente rara, ha un'incidenza mondiale in aumento (tre casi su 100mila nei Paesi occidentali). Lo scopo di questo studio qualitativo di tipo fenomenologico è descrivere, con visione infermieristica, le esperienze di vita delle persone affette da questa patologia tumorale.

Ammalarsi di tumore in generale comporta, fin dalla diagnosi, una molteplicità di reazioni che, almeno inizialmente, possono essere simili a quelle di un vero e proprio shock.
Pertanto, è possibile provare forti emozioni quali disorientamento, angoscia e rabbia, parallelamente a vissuti di incredulità, impotenza e senso di colpa.
"Cosa mi succederà? Riuscirò a tornare quello di prima? Riuscirò ad affrontare le cure? Il mio fisico reggerà? Come cambierà il mio aspetto? Come e cosa potrò dire ai miei cari di quanto mi sta accadendo? Potrò tornare al lavoro? E quando? ...", queste le domande più frequenti.
Tutto ciò può tradursi in veri e propri sintomi di ansia, come agitazione, insonnia, minore concentrazione, o, anche contemporaneamente, in sintomi di tristezza, con demoralizzazione e preoccupazioni per il proprio futuro, la propria immagine, i propri cari, le modifiche dei propri ritmi quotidiani (nel lavoro, in famiglia, nel tempo libero) e così via.
Questi vissuti possono considerarsi normali e comprensibili, come reazioni di adattamento al "trauma" conseguente alla diagnosi.
La ricerca ha, quindi, come obiettivo specifico quello di capire come questi pazienti vivono emotivamente questa patologia prima, durante e dopo la diagnosi, che in letteratura scientifica è scarsa di ricerche riguardanti questa tematica.
Un ulteriore scopo è capire il rapporto

infermiere-paziente rapportandolo a questa specifica patologia oncologica.

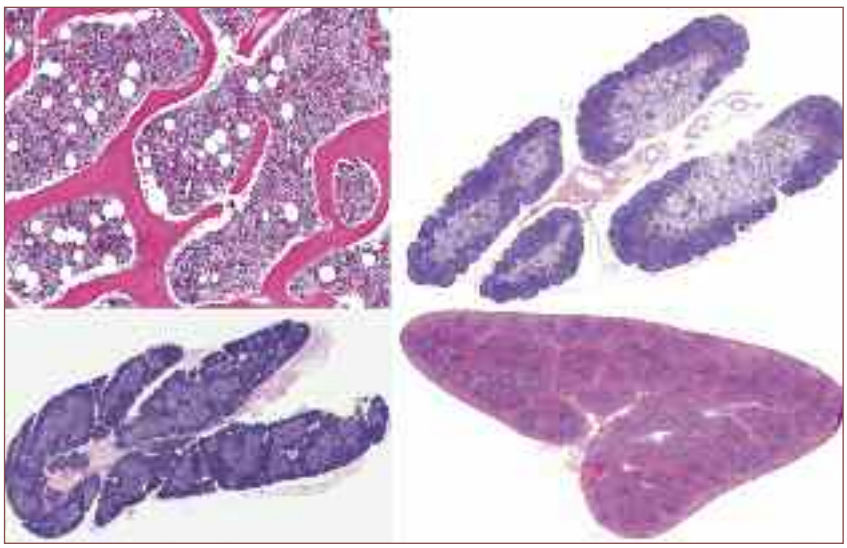
Parole-chiave: infermiere; Linfoma di Hodgkin; studio qualitativo fenomenologico; vissuto.

CENNI SUL LINFOMA DI HODGKIN

Il linfoma è una malattia neoplastica del tessuto linfoide (linfociti T e B e loro precursori), che si presenta sotto forma di masse distinte (in un tessuto linfoide periferico, generalmente).
La *Who-Classification* è l'ultima classificazione dei linfomi pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) nel 2001 e propone cinque, grandi categorie per inquadrare le numerose forme di disordini neoplastici linfoidi.
Alle prime quattro (Neoplasie dei precursori dei linfociti B, Neoplasie dei linfociti B maturi, Neoplasie dei precursori dei linfociti T, Neoplasie dei linfociti T ed NK maturi) ci si riferisce quotidianamente ai "Linfomi non-Hodgkin", mentre la quinta inquadra il "Linfoma di Hodkgin" (LH).
Il LH è relativamente raro (in Italia, circa cinque/sette persone ogni 100mila abitanti), ma la sua incidenza è in aumento (ogni sette linfomi diagnosticati, uno è Hodkgin).
Le classi di età più a rischio sono tra i 20 e 30 anni e sopra 70 anni, ma esistono casi anche nell'infanzia.
I fattori di rischio per questa malattia non sono noti con certezza: è presente talvolta un'associazione con l'infezione da virus di Epstein-Barr (mononucleosi infettiva) o una deficienza del sistema immunitario.
La classificazione Oms del 1997 distingue tre forme di LH:

1. LH a predominanza linfocitaria nodulare;
2. LH classico, a sua volta distinto in quattro sottotipi: a sclerosi nodulare, ricco in linfociti, a cellularità mista, a deplezione linfocitaria;
3. LH inclassificabile (che non rientra con certezza in una delle altre classificazioni).

Caratteristica del LH è la presenza nel contesto del tumore delle cellule di Reed-Stenberg (cellule giganti con molti nuclei di origine linfocitaria).



Il LH si presenta generalmente all'esordio con un ingrossamento dei linfonodi, soprattutto della regione cervicale (70-80%), mediastiniche e lombo-aortiche.
Nel 30-40% dei casi sono presenti febbre alta, sudorazioni notturne, perdita di peso e prurito in tutto il corpo.
La biopsia dei linfonodi è l'esame fondamentale per fare una diagnosi precisa.
Per studiare l'estensione della malattia, la sua evoluzione e l'efficacia della terapia possono essere utili, esami radiologici, Tac, risonanza magnetica, l'ecografia e la linfografia.
Per la classificazione della gravità (stadiazione), il sistema più utilizzato è quello di Ann-Arbor che distingue quattro stadi di malattia e prende in considerazione il numero di linfonodi coinvolti, le sedi di malattia e la presenza o assenza di segni generali come la febbre, la perdita di peso e le sudorazioni notturne.
In generale, per la prognosi si considera una malattia con ottime probabilità di sopravvivenza (circa 85%).
Generalmente, la terapia è multidisciplinare e si avvale della combinazione di chemio e radioterapia.

MATERIALI E METODI

Il campione scelto per lo studio è costituito da otto persone (quattro maschi e quattro femmine) residenti a Roma che si sono prestate volontariamente.
Si tratta di otto interviste anonime, semistrutturate, composte da cinque domande, le cui risposte sono state registrate su nastro.
Non sono stati arruolati più di otto soggetti in quanto si è raggiunto subito la ridondanza nelle informazioni (saturazione dei dati).
I dati sono stati raccolti in un arco di tempo di circa tre mesi (tra il 2 marzo e il 7 giugno 2012).
I criteri di scelta del campione sono stati assai limitati a tre:

1. diagnosi di Linfoma di Hodgkin in qualunque stadio della malattia;
2. vigile e orientato nello spazio e nel tempo;
3. consenso informato alla partecipazione dello studio di ricerca.

Per quanto riguarda la tutela della *privacy* (Legge 196/93), essa è stata garantita in tutte le sue parti, attraverso una nota informativa, garantendo l'anonimato del trattamento dei dati forniti e ulteriore *privacy* durante la fase dell'intervista.
A tutti i partecipanti è stato ricordato lo scopo dello studio e che i dati saranno utilizzati solo per la ricerca.
Il campionamento è stato del tipo propositivo.
Il reclutamento è avvenuto per conoscenza personale dei pazienti, grazie ad una fitta rete di amicizie maturate nel mio contesto di lavoro infermieristico.

STRUMENTI E METODI

La metodologia utilizzata lo studio è

stato di tipo fenomenologico.
La raccolta dati è avvenuta attraverso interviste *"face-to-face"* durate circa 20-30 minuti l'una.
I dati ottenuti dalle registrazioni delle interviste sono state poi analizzate secondo il metodo Colaizzi che prevede la lettura più volte delle interviste fatte, per coglierne il significato profondo, estraendo le espressioni più significative *(extracting significant statement)*, e il loro significato *(formulate meanings)*.
I risultati ottenuti sono, infine, sintetizzati con dei temi identificativi e validati ulteriormente dagli intervistati attraverso una seconda intervista di verifica e correzione della prima *(member checking)*.
Grazie a questa metodologia di interpretazione dati è stato possibile assicurare la confermabilità *(confirmability)* e quindi il rigore scientifico della ricerca.
Per una migliore comprensione del fenomeno si è deciso di riportare i risultati dello studio, seguendo la sequenza delle cinque domande proposte nell'intervista.
Le prime quattro hanno indagato le esperienze di vita; prima della diagnosi (1), durante la diagnosi (2) e dopo la diagnosi di Linfoma di Hodgkin (3 e 4); la quinta ha indagato sul rapporto infermiere-paziente.
Nel dettaglio:

1. "Qual è stata la sua storia clinica per giungere alla diagnosi di Linfoma di Hodgkin?";
2. "Come, e in che modo, ha vissuto il momento della diagnosi di Linfoma di Hodgkin?";
3. "Mi può descrivere il vissuto degli eventuali cambiamenti avvenuti nella sua vita quotidiana (vita sociale, lavorativa, rapporti interpersonali, eventuale partner, ecc.) dopo la diagnosi del Linfoma di Hodgkin?";
4. "Il Linfoma di Hodgkin è un tumore maligno che in generale ha una prognosi con ottime probabilità di sopravvivenza che può arrivare fino all'incirca l'85% dei casi. Mi saprebbe elencare le Sue (eventuali) paure, presenti o future, connesse a questa patologia oncologica?";
5. "Mi può descrivere in poche parole il suo rapporto nei confronti del personale infermieristico che le ha prestato assistenza durante questa esperienza di malattia?".

LIMITI DELLA RICERCA

Nonostante sia stato garantito l'anonimato dei risultati, l'intervista registrata può aver generato risposte non complete o falsate, in quanto durante la fase di raccolta dati, soprattutto gli intervistati di sesso femminile risultavano un po' a disagio a raccontare i loro vissuti emotivi riguardanti in particolare le loro relazioni interpersonali.
L'intervista registrata è stata scelta in quanto l'esposizione orale dei vissuti tendono ad essere più "veri" e "completi" rispetto a un questionario con domande aperte.
Un limite della ricerca può essere inoltre stato il tipo di domande scelte da rivolgere all'intervistato, in quanto, essendo solo cinque, potrebbero non aver descritto in modo completo gli obiettivi di studio prefissati dalla ricerca.
Da segnalare, inoltre, che il valore di questo studio auspicabilmente è quello di aver generato una serie di possibili "quesiti di ricerca" ed aree di approfondimento per contribuire allo sviluppo professionale in questo campo medico-infermieristico oncologico.

RISULTATI

Rispetto al primo quesito.
Tema identificato: storia clinica lunga e difficile.
Significato delle espressioni più importanti: la maggior parte dei pazienti proviene da una diagnosi di Linfoma di Hodgkin avvenuta dopo svariati mesi di diagnosi errate.
Espressioni più significative:

1. *"Sono stato curato per quasi tre anni per il reflusso gastroesofageo a causa della mia tosse";*
2. *"Per più di un anno i medici dicevano che ero un soggetto allergico e nervoso perché mi grattavo spesso";*
3. *"Ho avuto per circa tre mesi un linfonodo ascellare ingrandito e nessun medico riusciva a capirne il motivo";*
4. *"Verso il mese di maggio 2011, ho iniziato a fare una serie di accertamenti, ecografia del collo, analisi del sangue e visite specialistiche di vario tipo fino ad arrivare ad ottobre 2011, quando finalmente, mediante una Tac, con e senza mezzo di contrasto, ho scoperto di avere vari linfonodi al collo superiori a 2 cm e pacchetti di linfonodi di superficie 4 cm x 6 cm in corrispondenza dei polmoni".*
5. *"I mie primi sintomi sono stati prurito e un gonfiore al collo, in realtà il prurito si è manifestato mesi prima. Ho consultato diversi dermatologi ma nessuno aveva capito nulla, mi hanno prescritto diverse pomate ma il prurito non passava. Poi si è gonfiato il collo e ho fatto un'ecografia e ho consultato un ematologo che dopo Tac e biopsia ha diagnosticato la malattia".*
6. *"In un solo giorno mi sono accorta di avere un linfonodo ingrossato nella parte sovraclaveare destra, ma prima di arrivare alla diagnosi è passato svariato tempo";*
7. *"Tutto è cominciato con un forte prurito di cui nessun medico capiva la causa. Sono andata avanti mesi cambiando tantissime terapie e girando vari dermatologi";*
8. *"Avevo numerosi linfonodi del collo ingrossati. Il mio medico curante mi fece fare le analisi del sangue pensando si trattasse di mononucleosi, quindi esclusa questa ipotesi fui dirottata a vari specialisti che, per svariati mesi, mi fecero perdere solo tempo e denaro".*

Rispetto al secondo quesito.
Tema identificato: incredulità e casualità della diagnosi.
Significato delle espressioni più importanti: i pazienti stentano a credere alla diagnosi di Linfoma, in quanto tutto è avvenuto casualmente, a seguito di visite specialistiche ed esami diagnostici per altri presunti problemi di salute.
Espressioni più significative:

1. *"È iniziato tutto così in fretta e per caso che non ho avuto il tempo materiale di approcciarmi all'idea del Linfoma";*
2. *"Tutto pensavo tranne che avevo un tumore. Anche i medici stentavano a crederci";*
3. *"Non riesco ancora a credere di avere un tumore e stare fisicamente bene";*
4. *"Dopo mesi di visite specialistiche*

inutili, quando ho saputo la diagnosi non ci credevo e non sono riuscita a trattenere le lacrime";

5. *"Mi sono sentita persa, perché in un attimo ho visto svanire i miei progetti futuri";*
6. *"Alcuni medici mi dicevano che ero nervoso, altri che ero allergico, ma la diagnosi di Linfoma di Hodgkin è avvenuta casualmente e mi ha lasciato incredulo e amareggiato";*
7. *"È accaduto tutto per caso, a seguito di esami diagnostici per altri presunti problemi di salute e in un attimo mi sono sentita sola e disperata";*
8. *"Dopo anni di controlli e visite specialistiche inutili, la diagnosi a sorpresa di tumore mi ha lasciato senza parole".*

Rispetto al terzo quesito.
Tema identificato: la vita cambia all'improvviso.
Significato delle espressioni più importanti: dall'oggi al domani, tutte le certezze, i progetti per il futuro, la routine ed i rapporti interpersonali cambiano radicalmente, trasformando la vita.
Espressioni più significative:

1. *"Mi sono sentito perso. Dal giorno successivo alla diagnosi mi sono messo in malattia al lavoro, non faccio più sport, ed esco pochissimo con i miei amici perché mi sento triste";*
2. *"La mia vita è cambiata radicalmente, tuttavia ho scoperto piccole felicità a cui prima non davo peso";*
3. *"Sto cercando di mantenere la mia vita regolare, tuttavia non riesco più a distinguere chi tra i miei amici mi compatisce e chi mi vuole bene veramente";*
4. *"La mia vita era frenetica e piena di progetti, mentre ora è monotona e insicura";*
5. *"Tutto ormai è cambiato dal giorno alla notte, infatti cerco di non progettare più a lungo termine, bensì a breve termine";*
6. *"Vivevo per lo sport, mentre ora che non posso svolgere il mio sport preferito la mia vita è vuota e piena di incertezze. Tornerò a praticare sport?";*
7. *"Mi sento un peso per la famiglia perché non sono più nelle condizioni di poter lavorare come prima. Riuscirò con questa malattia a rendermi utile in futuro e a guarire? Quando tornerò al lavoro?";*
8. *"La mia vita era fatta di progetti per il futuro e di certezze, e da un giorno all'altro è diventata caotica e incerta. Ho paura per la mia famiglia. Ho paura di perdere gli amici".*

Rispetto al quarto quesito.
Tema identificato: un futuro di ansie e incertezze.
Significato delle espressioni più importanti: i pazienti vivono ansie e incertezze su tutto, soprattutto per quanto riguarda se stessi, il futuro della famiglia, il partner, i rapporti interpersonali, figli ed il proprio lavoro.
Espressioni più significative:

1. *"Ho sempre paura di non riuscire a farmi una famiglia";*
2. *"La cosa che mi rende più triste è che con questa malattia ho paura che non riuscirò più a trovarmi una partner";*
3. *"Mi sento a disagio nei rapporti interpersonali, in quanto mi sento diverso e non accettato";*
4. *"Ho paura che mi succeda qualcosa da un giorno all'altro e non posso più stare vicino alla mia famiglia";*
5. *"Che ne sarà di me? In questo periodo tutto mi fa paura. Una volta non ero così pauroso. Il mio lavoro? La mia famiglia? Avrò dei figli? Una ragazza? Mi sento insicuro";*
6. *"Ho paura di morire giovane. Vorrei che tutto tornasse alla normalità";*
7. *"Perché proprio a me? Ho fatto sempre del bene a tutti. Cosa farà mia moglie e mia figlia se io venissi a mancare?";*
8. *"Ormai vivo alla giornata e spero di avere un futuro".*

Rispetto al quinto ed ultimo quesito.
Tema identificato: Relazione di aiuto.
Significato delle espressioni più importanti: **il personale infermieristico è sempre stato disponibile de umano in ogni fase della malattia, offrendo un'assistenza qualitativamente superiore alle aspettative personali.**
Espressioni più significative:

1. *"Gli infermieri sono sempre stati molto gentili ed educati e mi hanno sempre offerto un'assistenza veloce e competente";*
2. *"Sono delle persone meravigliose, infatti molti di loro sono diventati miei amici";*
3. *"Mi hanno tirato su di morale in tutte le fasi della malattia";*
4. *"Il loro lavoro e la loro disponibilità è impagabile";*
5. *"Pensavo di trovarmi davanti a delle persone indifferenti e fredde, invece si sono dimostrati delle persone fantastiche sempre pronti a consigliarmi come affrontare la malattia";*
6. *"Alcuni infermieri hanno caratteri un po' difficili ma sono stati sempre carini e gentili con me";*
7. *"Gli infermieri mi hanno aiutato in tutto il processo di cura offrendomi professionalità e competenza che non avrei mai immaginato";*
8. *"Sono professionisti molto umani e mi hanno fornito sempre un'assistenza qualitativamente alta rispetto alle mie aspettative".*

DISCUSSIONE

Dai risultati della ricerca è emerso che le persone intervistate vivono questa patologia come un'esperienza drammatica con vissuti spesso molto simili tra loro.
Il momento della diagnosi di Linfoma di Hodgkin è vissuto come un evento improvviso e che suscita anzitutto incredulità, in quanto la frase più significativa degli intervistati "Tutto pensavo tranne che avevo un tumore. Anche i medici stentavano a crederci", chiarisce il concetto che persino i medici erano stupiti da una simile diagnosi.
Va tuttavia ricordato che il Linfoma di Hodgkin può presentare sintomi della malattia molto sfumati che possono essere fraintesi e confusi con altre patologie: infatti, la maggior parte dei pazienti proviene da una diagnosi casuale dopo svariati anni di errate. Significativa, in questo, la frase: "Tutto è cominciato con un forte prurito che nessun medico ne capiva la causa. Sono andata avanti mesi cambiando tantissime terapie e girando vari dermatologi".
Dopo la diagnosi, i pazienti hanno dichiarato un brusco cambiamento della quotidianità, sottolineando che la loro vita è diventata, sotto tutti gli aspetti, ansiosa e piena di incertezze per il futuro, proprio come descritto da un intervistato:

"La mia vita era frenetica e piena di progetti, mentre ora è monotona e insicura"; *"Ho paura che mi succeda qualcosa da un giorno all'altro e di non poter più stare vicino alla mia famiglia..."*.
La ricerca ha infine evidenziato che esiste una forte relazione d'aiuto infermiere-paziente, infatti in sintesi gli intervistati hanno affermato che: "Il personale infermieristico è sempre stato disponibile e umano in ogni fase della malattia, offrendo un'assistenza sempre qualitativamente superiore alle aspettative personali", e questo è un grande traguardo per l'infermieristica, perché significa che il malato si fida e nutre delle aspettative sulla professione.
L'infermiere ha il dovere morale e professionale di approfondire sempre di più questo campo oncologico per poter, giorno dopo giorno, creare un'atmosfera e un rapporto infermiere-paziente sempre migliore, affinché il paziente si senta sempre protetto e supportato per affrontare e sconfiggere la malattia.
La presenza continua dell'infermiere al fianco del paziente oncologico, comporta un impegno psico-fisico molto importante, in quanto offre al malato un supporto olistico non solo medico.
L'ansia, la tristezza, la rabbia, la paura e l'angoscia sono sensazioni che spesso il paziente non riesce ad esprimere a tutti, nemmeno al medico e ai familiari, ma che "sfoga" più facilmente con il personale infermieristico.
L'infermiere deve, quindi, "sfruttare" questa fiducia in più per poter rafforzare e stimolare la voglia di reagire alla malattia e contrastare gli eventuali atteggiamenti negativi del paziente, preparando insieme ai familiari e ai medici, il reinserimento del paziente nella vita sociale.
Da sottolineare che i risultati derivati dallo studio sono stati in parte sovrapponibili alle mie esperienze e assunzioni personali riguardanti l'argomento trattato (*bracketing* personale) e a quando riportato dalla letteratura generale inerente la patologia oncologica.

CONCLUSIONI

Lo scopo di questo studio qualitativo di tipo fenomenologico è stato quello di descrivere, con visione infermieristica, le esperienze di vita delle persone affette da Linfoma di Hodgkin.
La ricerca ha avuto come obiettivo capire come questi pazienti vivono emotivamente questa patologia prima, durante e dopo la diagnosi, soffermandosi sul rapporto infermiere-paziente.
I risultati emersi hanno evidenziato che il Linfoma di Hodgkin (seppure sia un tumore curabile in molti casi: circa 85%) rimane sempre una patologia oncologica che, fin dalla diagnosi, spesso avvenuta casualmente, si presenta con una storia clinica pre-diagnosi lunga e difficile.
La diagnosi di malattia è vissuta con esperienze di emozioni simili ad un trauma emotivo, con una molteplicità di reazioni che, almeno inizialmente, possono essere simili a quelle di un vero e proprio shock (come il disorientamento o l'ansia), o, parallelamente, a vissuti di incredulità che cambiano la vita all'improvviso.
L'infermiere deve essere, quindi, a conoscenza di queste problematiche, in quanto la ricerca ha evidenziato che il paziente vive una prospettiva per il futuro di ansie e di incertezze e si fida della professione infermieristica capace, più di altre, di creare una relazione di aiuto col paziente. **L'infermiere deve saper preparare al meglio il paziente a vivere e ad affrontare tutte le difficoltà che dovrà superare per sconfiggere la malattia.**
Egli deve essere un punto di riferimento per il paziente e deve svolgere un intervento di assistenza morale/psicologica ed informativa per poter guidare il paziente verso il processo di guarigione.

AUTORE:
Massimo Giordani, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, master universitario di I livello in Infermieristica Clinica nel paziente critico; in Management per il coordinamento nell'area infermieristica, ostetrica, riabilitativa e tecnico-sanitaria. Uoc Pneumologia "G.Cardaci" (Riabilitazione Respiratoria, Area critica Respiratoria); Irccs San Raffaele (Pisana), Roma.

BIBLIOGRAFIA

Ail Milano, *I Linfomi.* Milano, 2006, da sito ufficiale.
Fain J.A, *La ricerca infermieristica.* Milano: McGraw Hill, II Edizione; Giugno 2004.
Federica Web Learning, *Intervista semi-strutturata.*
Ipasvi Roma, *Problematiche e prospettive infermieristiche in Oncologia.* Collana Arcobaleno, vol. VI.
Massini R, Izzi D, Marchetti P, Passeretti F, Recine U, *Medicina Interna.* IV Edizione. 2009.
Wikipedia, *Linfoma di Hodgkin.*
Wikipedia, *Linfoma.*
www.ior-forli.it, *Vivere la malattia oncologica: capire per affrontarla.* 2012, da sito ufficiale.

L'ansia e la depressione nel dolore oncologico

di Carlo Catanesi, Eduardo Diaz Crescitelli Matias, Francesco Scerbo

INTRODUZIONE

La depressione e l'ansia sono due importanti condizioni che possono accompagnare l'excursus clinico e quello psico-sociale del paziente affetto da carcinoma.
Scopo del presente lavoro di revisione della letteratura è quello di valutare quanto l'aumento e/o riduzione della depressione e dell'ansia incidano sull'intensità del dolore oncologico.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una prima ricerca nei database della Medline e, successivamente, nei database della Cinahl, prendendo in considerazione: articoli di meta-analisi e studi clinici controllati e randomizzati che analizzano la prevenzione dell'ansia e della depressione per la riduzione del dolore oncologico.

RISULTATI

Sono stati recuperati e inclusi otto studi clinici controllati e randomizzati, dai quali è emerso che il livello di ansia e di depressione è maggiore nei pazienti con dolore oncologico, rispetto a quelli senza dolore.
Nonostante l'ansia e la depressione vengano spesso considerate in parallelo, è stato interessante notare che, in realtà, il dolore è correlato allo stato depressivo del paziente, mentre l'ansia è legata soprattutto allo stato funzionale e all'effetto dei trattamenti che questi riceve.

CONCLUSIONI

La prevenzione dell'ansia e della depressione, può ridurre l'intensità del dolore nel paziente oncologico attraverso la presa a carico del paziente, che, se supportato da un team che applica programmi educativi su tale problematica, favorirà una maggior consapevolezza della propria condizione dolorosa.

Parole-chiave: cancro, dolore, depressione, ansia.

BACKGROUND

Il paziente oncologico, colpito da una neoplasia, presenta dolore nel 50% dei casi nelle varie fasi della patologia e interessa il 70-80% dei malati nelle fasi avanzate.
Esso può variare in relazione al tipo di tumore ed è più forte nei tumori solidi, raggiungendo le percentuali più elevate nei tumori ossei, e in tutte le forme che determinano formazioni di metastasi ossea: in sette/otto casi (su 10), il dolore è collegato al fatto che ci sia un'invasione, da parte della neoplasia, di ossa, tessuti molli e nervi, ed alla compressione di strutture nervose, mentre la chirurgia, la radioterapia e la chemioterapia possono essere causa del dolore nel 20% dei casi.
Il dolore neoplastico può stimolare nel paziente due stati emotivi che sono ansia e depressione, sintomi del disagio nel vivere una determinata situazione.
L'ansia segnala la presenza di un conflitto che deve essere risolto mentre alla base della depressione si ritrova una carenza di autostima: ciò significa che il depresso "sente" di valere qualcosa solo se ottiene amore e approvazione da parte di una persona per lui significativa (coniuge, figlio, genitore), oppure se raggiunge dei risultati straordinari nella vita.
Depressione e ansia vengono spesso accostate quasi fossero la stessa cosa, ma seppur un'ansia cronica determini variazioni chimiche nel cervello simili a quelle della depressione, ansia e depressione sono disturbi molto diversi.
Ogni disturbo d'ansia è caratterizzato dalla presenza di sintomi differenti: i principali, però, si riassumono in timore e terrore eccessivo ed irrazionale.
Nelle sue varie espressioni (dalla leggera tachicardia all'angoscia profonda all'attacco di panico), l'ansia non è altro che un segnale, una spia che segnala che qualcosa non va bene.
In altre parole, l'ansia ci avverte che qualcosa dentro di noi ha bisogno di essere ascoltato e di venire espresso; di questo disagio interiore, però, spesso non percepiamo l'esistenza e l'unica cosa che proviamo è un'ansia forte ed apparentemente immotivata.
Alla base della depressione si trova invece, come già detto in precedenza, una carenza di autostima: ecco, perché, di conseguenza, i depressi, per star bene con se stessi, hanno costantemente bisogno di amore e di approvazione da parte di persone significative.
Una condizione che nel paziente oncologico è ulteriormente rafforzata dalla condizione di salute che presenta. Non è un caso, infatti, che, per il miglioramento dello stato depressivo, rivesta un ruolo importantissimo il personale d'assistenza, oltre che i familiari: quando questo riconoscimento da parte degli altri non giunge, allora subentra la depressione.

MATERIALI E METODI

L'obiettivo della revisione bibliografica è indagare come l'aumento/riduzione dell'ansia e della depressione del paziente possa incidere sull'intensità del dolore oncologico, considerando il ruolo

importante che rivestono sia l'ansia che la depressione su un paziente oncologico che vive in tutti i sensi un momento difficoltoso della propria vita difficile.
La revisione è stata effettuata sul *database* di Medline (PubMed) e Cinahl ed è stata finalizzata al raggiungimento di risultati che rispondano accuratamente alla domanda di ricerca analizzando il quesito di ricerca dal punto di vista prettamente infermieristico.
Le *keyword* utilizzate e combinate tra loro per lo svolgimento della ricerca sono state: *"neoplasm"*, *"pain"*, *"depression"*, *"anxiety"*.
Inoltre, sono stati selezionati solo articoli di studi clinici controllati, randomizzati e meta-analisi, dei quali fosse disponibile l'*abstract* o il *full-text* per poter meglio valutare la qualità della ricerca, escludendo le *review* e le opinioni, impostando come ulteriore limite, l'analisi di articoli di ricerca primaria, relativi solo agli ultimi 15 anni.

RISULTATI

La strategia di ricerca utilizzata per trovare articoli su PubMed ci ha permesso di reperire tre articoli di ricerca primaria che analizzano l'ansia e la depressione nel paziente oncologico.
La ricerca effettuata sul data base Cinahl ci ha permesso di reperire, invece, 15 interessanti risultati, cinque dei quali verranno descritti singolarmente in maniera dettagliata.

AUTORI	TITOLO DELL'ARTICOLO	RIVISTE/ANNO
Chen M; Chang M; Yeh C	*Anxiety and depression in taiwanese cancer patients with and without pain*	Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS), 2000 Oct; 32(4): 944-51.
Yildirim Y; Sertoz O.O; UyarM; Fadiloglu C; Uslu R	*Hopelessness in turkish cancer inpatients: the relation of hopelessness with psychological and disease-related outcomes*	European Journal of Oncology Nursing (EUR J ONCOL NURS), 2009 Apr; 13(2): 81-6.
Mystakidou K; Tsilika E; Parpa E; Katsouda E; Galanos A; Vlahos L	*Psychological distress of patients with advanced cancer: influence and contribution of pain severity and pain interference*	Cancer Nursing (Cancer Nurs), 2006 Sep-Oct; 29(5): 400-5.
Crogan N.L;Evans BC; Bendel R	*Storytelling intervention for patients with cancer: part 2 pilot testing*	Oncology Nursing Forum (Oncol Nurs Forum). 2008 Mar; 35(2): 265-72.
Gaston-Johansson F; Fall-Dickson J.M; Nanda J; Chly K.V; Stillman S; Krumm S; Kennedy M.J	*The effectivenes of the comprehensive coping strategy program on clinical outcomes in breast cancer autologous bone marrow transplantation*	Cancer Nursing (Cancer Nurs), 2000 Aug; 23(4): 277-85.
Walker J, Cassidy J, Sharpe M; SMaRT Oncology-3 Trialists	*The third symptom management research trial in oncology (SMaRT oncology-3): a randomised trial to determine the efficacy of adding a complex intervention for major depressive disorder (depression care for people with lung cancer) to usual care, compared to usual care alone in patients with lung cancer*	Trials. 2009 Sep 30;10:92.
Van der Peet E.H, van den Beuken-van Everdingen M.H, Patijn J, Schouten H.C, van Kleef M, Courtens A.M	*Randomized clinical trial of an intensive nursing-based pain education program for cancer outpatients suffering from pain*	Support Care Cancer. 2008 Dec 23.
Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee P.J, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, Muderspach L, Russell C.	*Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer*	J Clin Oncol. 2005 May 1;23(13):3052-60.

DISCUSSIONE

Lo studio di Chen M et al., pubblicato nel 2000 dal *Journal of Advanced Nursing*, ha come scopo quello di confrontare l'ansia e la depressione nei pazienti oncologici taiwanesi con e senza dolore. Di un campione significativo di 203 malati di cancro ricoverati, 77 con dolore e 126 senza dolore, sono stati valutati per l'ansia e la depressione utilizzando la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Hads).

La prevalenza della nascita di ansia e depressione, nel gruppo di pazienti con dolore era significativamente superiore più che nel gruppo di pazienti senza dolore. I risultati dello studio dimostrano che, dopo aver controllato l'effetto dei fattori correlati alla malattia, il dolore nei pazienti ha un effetto significativo sulla depressione, ma non sull'ansia. I pazienti con dolore hanno più sintomi depressivi rispetto a quelli senza dolore.

L'ansietà dei pazienti oncologici può essere prevista in modo significativo dallo stato funzionale (*functional status*) e dall'effetto dei trattamenti ricevuti.

In aggiunta allo stato di sofferenza, la depressione dei pazienti oncologici può essere predetta dal loro stato funzionale (*functional status*).

Lo studio di Yldirim et al., pubblicato nel 2009 sull'*European Journal of Oncology Nursing* ha avuto come scopo quello di valutare il livello di disperazione e il rapporto tra depressione ed ansia tra i pazienti oncologici turchi.

Sono stati valutati per questo studio 95 pazienti ricoverati in ospedale per le cure oncologiche.

È stato interessante notare le differenze significative in termini di disperazione tra i pazienti che avevano metastasi e dolore rispetto a quelli senza ($p < 0,05$).

Sono state trovate anche correlazioni significative tra disperazione e depressione e tra disperazione e ansia ($r = 0,721$, $r = 0,645$, rispettivamente, $p < 0,001$).

I risultati suggeriscono che i livelli di disperazione tra i pazienti oncologici con metastasi o dolore sono più elevati rispetto a quelli senza dolore e senza metastasi, e che la gravità del dolore, ansia e depressione è positivamente correlata con il livello di disperazione.

La valutazione di disperazione, dolore, ansia e livello di depressione dei pazienti oncologici dovrebbe essere una parte essenziale dei processi di cura sanitaria. Pertanto, al momento di organizzare la valutazione della cura, il valutare la disperazione potrebbe aiutare i professionisti ad usufruire adeguatamente delle risorse disponibili per l'assistenza psicologica.

Il crescente interesse per il disagio psicologico e la multidimensionalità del dolore in pazienti oncologici è stata la ragione principale per la conduzione del terzo studio.

Gli obiettivi erano di valutare lo stress psicologico e il dolore nei pazienti con cancro avanzato e l'impatto della gravità del dolore e le dimensioni di interferenza del dolore in ansia e depressione. Sono stati osservati nell'unità di cure palliative di Atene 120 pazienti con tumore avanzato.

Sono state utilizzate per lo studio la versione greca della *Hospital Anxiety and Depression* (G-Had) e la scala *Brief Pain Inventory*.

I risultati dello studio dimostrano che associazioni significative sono state riscontrate tra le interferenze del dolore sull'umore e Had-A (ansia) ($r = 0,252$, $P = 0,005$) e tra le interferenza del dolore sulle "relazioni con altre persone" e Had-A ($r = 0,474$, $p < 0,0005$).

Un'analisi di regressione multipla ha mostrato che "il dolore medio" ($P < .05$), l'interferenza del dolore sulla "capacità di camminare" ($P < .05$), "lavoro normale" ($P < 0,05$, e "le relazioni con le altre persone" sono predittori significativi di Had-ansia (Had-A) ($P < 0,0005$), esprimendosi con il 46,2% del totale (spiegando 46,2% della varianza totale).

Per la depressione (Had-d), la versione greca del *Brief Pain Inventory* utilizza come predittore "il piacere di vivere", così come le variabili demografiche di "età" e "genere" ($P < .05$), spiegando il 22,2% della varianza.

Inoltre, un'ulteriore analisi della gravità del dolore e le scale di interferenza del dolore, hanno dimostrato di differenziare l'ansia del pazienti oncologico.

In questo campione di pazienti, l'interferenza del dolore e, in misura minore, la gravità del dolore è risultata significativamente associata a disturbi psicologici (ansia e dolore), mentre l'interferenza del dolore sulla "capacità di camminare", di compiere un "normale lavoro", e di avere " relazioni con altre persone" è risultato essere più evidente e fastidioso in pazienti ansiosi rispetto ai pazienti depressi.

Lo studio pubblicato nel 2008 dall'Onco-

logy Nursing Forum è un progetto pilota di tipo descrittivo con un pre e post-test di controllo del gruppo.
Sono stati sottoposti allo studio, un campione di convenienza di dieci pazienti con diagnosi di cancro differenti, di cui sette hanno completato l'intervento.
I partecipanti sono stati assegnati in modo casuale (randomizzati) ad un *storytelling* (racconto efficace) o ad un gruppo di controllo.
Utilizzando un kit di attrezzi generato per questo progetto, un facilitatore infermiere ha guidato il gruppo di partecipanti *storytelling* (racconto efficace) in 12 sessioni di 1,5 ore.
Sei strumenti, le valutazioni dei sintomi, e una retrospettiva revisione delle tabelle mediche sono state completate per ogni gruppo. I dati sono stati analizzati mediante ripetute misure di analisi della varianza (variabili). I risultati evidenziano che vi è una considerevole riduzione dell'ansia nel gruppo di narrazione (*storytelling*), nonostante la progressione della malattia.
La documentazione della sintomatologia psico-sociale da parte dei medici è limitato, tuttavia, l'assistenza infermieristica è stata utilizzata nel determinare lo status psicosociale prima e dopo l'intervento. I risultati possono, quindi, essere visualizzati solo nel contesto di uno studio di fattibilità e non sono generalizzabili a causa di un campione limitato.

Lo studio di Gaston-Johansson F et al., controllato randomizzato clinico, pubblicato sulla rivista Cancer Nursing, nel 2000, ha come scopo quello di determinare se un programma *coping* di strategia globale (Ccsp) è stato efficace nel ridurre in modo significativo il dolore, l'affaticamento, lo stress psicologico e la nausea nei pazienti con cancro della mammella che hanno subito trapianto autologo di midollo osseo/trapianto di cellule provenienti dal sangue periferico (Abmt).
In modo casuale, vengono posti 52 pazienti nel gruppo trattati con Ccsp e 58 pazienti in quello di controllo. Il Ccsp è risultato essere efficace nel ridurre in modo significativo la nausea e nausea combinato con fatica sette giorni dopo la Abmt, quando gli effetti collaterali del trattamento sono stati più gravi. Questi risultati sono importanti data l'alta incidenza di nausea e stanchezza nella popolazione Abmt. Il gruppo trattato con Ccsp ha sperimentato "ansia mite" rispetto al gruppo di controllo che ha segnalato "ansia moderata".
La maggiore efficacia del Ccsp può corrispondere al tempo delle più grandi morbilità per i pazienti con cancro al seno che hanno subito Abmt.

Il sesto studio è un Trials Clinico randomizzato, indicizzato da PubMed, nel quale viene descritto un intervento complesso per pazienti con depressione maggiore e affetti da carcinoma polmonare.
Il lavoro è condotto da un gruppo di infermieri, sotto la supervisione di uno psichiatra e vi hanno partecipato 200 pazienti con diagnosi di carcinoma polmonare, con una speranza di vita stimata a tre mesi o più ed affetti da depressione maggiore.
Il test di valutazione della depressione, è stato somministrato ai pazienti, ogni quattro settimane per 32 settimane. *Come out* come primario, è stato valutato il livello della depressione media.
Gli *out* come secondari prevedono, inoltre, la valutazione della gravità dell'ansia, del dolore e della fatica.

Il settimo studio, indicizzato da PubMed, è un *trial* clinico randomizzato, nel quale è stato introdotto un intenso programma di cura del dolore, di educazione dei pazienti ambulatoriali affetti da dolore oncologico.
Vi sono stati sottoposti 120 pazienti che hanno ricevuto un programma di educazione al dolore (Pep).
La conoscenza e consapevolezza quindi, del dolore, della qualità della vita, dello stato di ansia e depressione sono state misurate prima a quattro e poi a otto settimane dal programma, ed è stato dimostrato che ciò ha determinato una diminuzione significativa del dolore.
Il risultato dello studio è stato infatti positivo, perché si è visto come l'uso del Pep, somministrato da infermieri, ha ri-

dotto il livello di intensità del dolore nei pazienti oncologici, aumentandone invece le conoscenze.

Lo scopo dell'ultimo studio indicizzato su PubMed è stato quello di valutare la diffusione della depressione tra le donne appartenenti a minoranze etniche con tumore al seno o della regione genitale. Le pazienti sottoposte allo studio sono state 472, delle quali è stato valutato lo stato depressivo prima, durante e dopo il trattamento.
I risultati hanno dimostrato che il 24% di esse ha riferito uno stato di disordine depressivo, da "moderato" a "grave" (il 30% con carcinoma al seno e il 17% dell'area genitale).
Solo il 12% delle pazienti sottoposte allo studio, hanno rilevato un miglioramento dello stato depressivo e inoltre il 5% di esse ha partecipato a gruppi di supporto al cancro.
Inoltre, è stato rilevante constatare come, in tali pazienti, vi sia un'evidente correlazione tra il dolore oncologico e l'ansia e la depressione: affinchè ciò possa migliorare è necessario per queste donne (con un certo disagio economico-sociale) l'introduzione di test di *screening* di routine.

CONCLUSIONI

Negli studi analizzati vengono descritte delle strategie finalizzate alla valutazione del livello dell'ansia e della depressione dei pazienti con dolore oncologico.
È stato interessante notare come, negli articoli reperiti ed inclusi, la nostra domanda di ricerca sia stata analizzata, valutandone diversi aspetti.
Innanzitutto, in più studi è stato possibile constatare che la nascita di ansia e depressione, nel gruppo di pazienti con dolore era significativamente superiore rispetto a quello di pazienti senza dolore; mentre la depressione è spesso correlabile all'intensità del dolore, l'ansia a volte è dettata dallo stato funzionale del paziente e dall'effetto dei trattamenti ricevuti.
Altro importante aspetto che può essere evidenziato è l'importanza del supporto messo in atto dall'equipe assistenziale.
Lo studio pubblicato nel 2008 dall'*Oncology Nursing Forum* è, infatti, un progetto pilota di tipo descrittivo con un pre e post-test di controllo del gruppo, nel quale viene puntualizzata l'azione svolta da infermieri esperti che ottengono, per il gruppo narrazione, una notevole riduzione del livello di ansia.
Tali risultati, per quanto positivi, non possono però essere generalizzati, visto che il campione sottoposto allo studio è molto limitato.
Inoltre, nel *trial* clinico randomizzato di Van der Peet et al., viene evidenziato un altro importante aspetto: quello legato all'educazione dei pazienti sottoposti ad un intenso programma di cura del dolore oncologico. Sono stati ottenuti risultati molto confortanti, visto che i pazienti sottoposti al programma di prevenzione del dolore hanno riportato una riduzione del livello di intensità ed una maggiore consapevolezza e conoscenza della propria condizione dolorosa.
Sarebbe comunque auspicabile proporre dei nuovi programmi che approfondiscano tale problematica.

AUTORI:
Carlo Catanesi, Uo Chirurgia e Ortopedia, ospedale Cortona la Fratta;
Matias Eduardo Diaz Crescitelli, Neuroriabilitazione-Ini Grottaferrata;
Francesco Scerbo, Irccs San Raffaele Pisana-Riabilitazione Neuromotoria

BIBLIOGRAFIA

Chen M, Chang M, Yeh C, *Anxiety and depression in Taiwanese cancer patients with and without pain.* Journal of Advanced Nursing, 2000 Oct; 32(4): 944-51.
Crogan N.L, Evans B.C, Bendel R, *Storytelling intervention for patients with cancer: part 2 pilot testing".* Oncology Nursing Forum, 2008 Mar; 35(2): 265-72.
Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee P.J, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, Muderspach L, Russell C, *Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer.* J Clin Oncol. 2005 May 1; 23(13):3052-60.
Gaston-Johansson F, Fall-Dickson J.M, Nanda, Ohly K.C, Stillman S, Krumm S, Kennedy M.J, *The effectivenes of the comprehensive coping strategy program on clinical outcomes in breast cancer autologous bone marrow transplantation.* Cancer Nursing, 2000 Aug; 23(4): 277-85.
Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L, *Psychological distress of patients with advanced cancer: influence and contribution of pain severity and pain interference.* Cancer Nursing, 2006 Sep-Oct; 29(5): 400-5.
Van der Peet E.H, Van den Beuken-Van Everdingen M.H, Patijn J, Schouten H.C, Van Kleef M, Courtens A.M, *Randomized clinical trial of an intensive nursing-based pain education program for cancer outpatients suffering from pain.* Support Care Cancer. 2008 Dec 23.
Vellone E, Piredda M, *La Ricerca Bibliografica: strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria.* McGraw-Hill, 2009.
Walker J, Cassidy J, Sharpe M, *The third symptom management research trial in oncology (SMART oncology-3): a randomised trial to determine the efficacy of adding a complex intervention for major depressive disorder (depression care for people with lung cancer) to usual care, compared to usual care alone in patients with lung cancer.* Trials. 2009 Sep 30;10:92.
Yildirim Y, Sertoz O, Uyar M, Fadiloglu C, Uslu R, *Hopelessness in Turkish cancer inpatients: the relation of hopelessness with psychological and disease-related outcomes.* European Journal of Oncology Nursing, 2009 Apr; 13(2): 81-6.

L'autocura nel paziente con Scompenso Cardiaco

Progettazione di uno strumento dedicato all'educazione sanitaria

di Stefano Pepe, Cristina Calandrella

INTRODUZIONE

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è una sindrome caratterizzata da elevata mortalità, frequenti ospedalizzazioni e spesso, da una scadente qualità di vita e da un regime terapeutico complesso.
La rilevanza epidemiologica, l'impegno assistenziale e l'impatto economico sulla spesa sanitaria nazionale ne fanno, dunque, un tema di attualità.
L'incidenza e la prevalenza dello SC aumentano con l'età e, in Italia, ha un'incidenza molto simile a quella degli altri paesi Europei: pari allo 0,1-0,2% (87.000 nuovi casi all'anno) con una prevalenza dello 0,3-2% (circa 600.000 soggetti).
Il nuovo scenario che si impone, quindi, è quello di un'elevata prevalenza di SC nei reparti di degenza specialistici determinato dalla concomitanza di due fattori: invecchiamento della popolazione generale e maggiore efficacia del trattamento della cardiopatia ischemica.
Inoltre, le modificazioni dello stile di vita e la compliance di schemi terapeutici complessi sono difficilmente ottenibili, specie negli anziani, data per dimostrata una maggiore efficacia dei programmi di educazione sanitaria volti a coinvolgere i pazienti/familiari nella gestione della malattia.
Sarà argomento di discussione il programma di educazione all'autocura da noi adottato e il suo ambito di realizzazione.

IMPORTANTE L'EDUCAZIONE ALL'AUTOCURA DELLO SC

Alla luce dei progressi nella terapia farmacologica, la mortalità e la morbilità dei pazienti affetti da scompenso cardiaco rimangano alte: questo dato ha fatto sì che, negli ultimi anni, un grande interesse si sia concentrato sulla ricerca di strategie non farmacologiche, ma gestionali.
L'infermiere rappresenta una figura fondamentale nei confronti dell'educazione sanitaria in questa tipologia di paziente.
Dalla letteratura internazionale si evince come l'educazione sanitaria sia fondamentale a stabilire dei processi di apprendimento per i pazienti e per i loro familiari: un buon processo educativo dimostra essere efficace nel ridurre i ricoveri ospedalieri con conseguentemente abbattimento della spesa sanitaria.
Molti articoli sottolineano come i pazienti scompensati "principianti" conoscono molto poco la loro patologia, non sono in grado di riconoscere i sintomi né tanto meno trattarli.
Il contatto quotidiano con pazienti scompensati è stato fondamentale per somministrare loro un questionario specifico sul *self-care* (in italiano, la cura di sé), constatando un punteggio del grado di *self-care* basso su una scala validata scientificamente.
Ciò è stato utile per verificare la carenza di queste nozioni.
È molto importante che i pazienti capiscano la loro malattia e siano coinvolti nella cura: la conoscenza di ogni preciso intervento aiuta il paziente e la famiglia ad avere aspettative realistiche.
L'importanza di creare uno strumento educativo che spiega, in maniera semplice, a riconoscere situazioni pericolose è nata dal fatto che spesso i pazienti scompensati, trascurati alcuni segnali importanti, si vedevano costretti ad usufruire del pronto soccorso per risolvere questioni facilmente prevedibili.
La comparsa di segni e sintomi sono precedentemente accompagnati da iniziali manifestazioni cliniche che i pazienti sottovalutano prima che la situazione peggiori.
In letteratura è ampiamente descritto come un paziente in grado di riconoscere i propri sintomi riesca a mantenere un buon stato di salute e, quindi, condurre una buona qualità di vita.
Inoltre, avere uno strumento educativo può essere utile sia per chi fa educazione sanitaria sia per chi la riceve.

IL MATERIALE EDUCATIVO: SISTEMA MEMORIZZAZIONE "ACRONIMO" ASSOCIAZIONE FOTO/SINTOMI

Formulare un acronimo utilizzando come parola chiave "Cura di sé" ha reso possibile la realizzazione di uno strumento, in duplice formato, associato a immagini caratteristiche.
Nella pratica assistenziale, durante le

manovre rianimatorie, alcuni acronimi ci aiutano a ricordare rapidamente i diversi passaggi, e cercare di trovare delle soluzioni attraverso quest'ultimi (Mano, Abc, Gas etc...)
La definizione acronimo (dal greco, *akron*, "estremità" + *onoma*, "nome") identifica la sigla ricavata dalle iniziali di più parole o frasi che costituiscono un'associazione o un oggetto, tuttavia spesso vengono considerati anche come metodi di studio semplici e veloci per memorizzare le informazioni.
Le immagini riassumono le attività che vengono descritte sulle linee guida internazionali: servono per aiutare i pazienti a comprendere meglio i loro problemi, perché la persona che riceverà lo strumento sarà in grado di fare più facilmente delle associazioni.
Lo strumento la cui struttura è articolata in forma tascabile sarà utile per la consultazione ai pazienti a domicilio e, in forma più grande, da appendere nelle sale d'attesa dei vari ambulatori dedicati ai *follow-up* degli stessi.
Il duplice formato rappresenta una strategia d'apprendimento che oltre a sensibilizzare i pazienti e i loro familiari sul *self-care* della loro patologia, vuole creare un *feedback* durante l'attesa dei pazienti prima della visita.
Il poster (riportato in pagina) inquadra da vicino argomenti semplici considerandone l'importanza fondamentale che rivestono nel processo della cura di se: l'esercizio fisico, la terapia farmacologica, l'alimentazione il riconoscimento dei segni e sintomi, la possibilità di usufruire dei servizi ambulatoriali, gli stili di vita sani e il vaccino antinfluenzale rappresentano le attività da mettere in atto.
In virtù delle attività da consigliare ai pazienti sarà utile stilare una lista di indicazioni da tradurre nella pratica clinica.
Qualche esempio:
- l'esercizio fisico: è consigliabile che il paziente non abbandoni mai l'attività fisica; è importante che si abitui a camminare almeno mezz'ora al giorno e che, qualora decidesse di praticare uno sport, informasse il medico per valutare quello più adatto;
- il soccorso alle cure: è bene informare il paziente sulla propria patologia: la consapevolezza del loro stato di salute e su improvvisi cambiamenti non dovrebbe in alcun modo far desistere dal contattare il medico; difficoltà respiratorie, aumento di peso improvviso, febbre, gambe gonfie e battiti irregolari del cuore rappresentano i giusti motivi per contattarlo;
- la valutazione di segni e sintomi: sensibilizzare il paziente a controllare spesso repentini cambiamenti di salute, utilizzando strumenti di misura come la bilancia, lo sfigmomanometro, la fettuccia centimetrata per il controllo degli edemi (che costituiscono le attrezzature per la gestione della loro patologia a domicilio);

- la terapia farmacologica: i farmaci servono ad alleviare i sintomi e a stabilizzare l'andamento della patologia. È possibile utilizzare un foglio di terapia che il paziente contrassegna ogni volta che la assume: è questo un modo per annotare che la terapia venga somministrata e non dimenticata. Inoltre, questo tipo di metodo può essere utile anche nella autogestione del diuretico, previo accordo col personale sanitario;
- l'alimentazione: un'alimentazione corretta ed equilibrata è fondamentale per star bene; insegnare al paziente cosa deve mangiare. Alcuni esempi pratici possono aiutarli a comprendere meglio gli alimenti da assumere: evitare cibi troppo grassi, preferire alimenti ricchi di fibre, cucinare con poco sale e preferire frutta e verdura;
- le vaccinazioni: le malattie infettive possono influire sulla funzionalità del cuore. È quindi fondamentale spiegare loro l'importanza della vaccinazione annuale contro l'influenza stagionale;
- gli stili di vita: il fumo e l'alcool sono i principali fattori di rischio per molte malattie gravi, chi fuma o beve deve assolutamente smettere, consigliare quindi ai pazienti incontri di gruppo o terapie alternative per smettere di fumare o bere;
- i controlli ambulatoriali: i *follow-up* rappresentano dei momenti importanti per definire il quadro della situazione da parte del personale sanitario; la necessità di un nuovo esame diagnostico, la prescrizione di un farmaco, alcuni aggiustamenti terapeutici, rappresentano i criteri fondamentali durante la visita ambulatoriale. Consigliare loro un metodo per evitare che si dimentichino l'appuntamento.

Il poster rappresenta uno strumento semplice, di facile memorizzazione e consultazione, confrontato al classico opuscolo che, spesso, una volta tornati a casa, finirà nei cassetti; la cui struttura, troppo articolata e ricca di nozioni da consultare, risulterebbe noiosa e poco stimolante, visto il target rappresentato dai pazienti in associazione alla loro età.

Il nostro strumento educativo mira a dare consigli chiari e precisi da tradurre nella pratica quotidiana: la conoscenza da parte del paziente della sua patologia e delle strategie terapeutiche percorribili risultano essere fondamentali al fine di ridurre le ri-ospedalizzazioni e consentire alla persona di vivere una vita migliore.

Ad ausilio del contesto, abbiamo voluto inserire la regola del "come, quando, quanto e perché" che integra concetti-chiave, migliora il piano di assimilazione dei contenuti, chiarisce le dinamiche sbagliate, rende pazienti e familiari consapevoli della loro patologia, aumenta la conoscenza, la consapevolezza e l'importanza di un comportamento corretto nei confronti della persona malata/assistita.

Tuttavia, riteniamo che si possa fare molto per migliorare quest'aspetto, partendo innanzitutto dall'educazione sanitaria al momento stesso del ricovero, con programmi che vedrebbero coin-

volte diverse figure professionali tra le quali anche quella dell'infermiere (che, a nostro avviso) potrebbe esercitare un ruolo importante in questo ambito.
I pazienti con SC sono i destinatari del nostro progetto, i contenuti presenti vengono ripetuti e consolidati nei colloqui individuali e collettivi che il paziente sosterrà dopo la dimissione ospedaliera con gli operatori sanitari.
L'educazione sanitaria in altre specializzazioni ha dato ottimi risultati: autorizzare un paziente nell'autogestione di alcuni farmaci "salvavita" da parte nostra significa responsabilizzarlo (e, sarà fondamentale coinvolgere anche i familiari).

CONCLUSIONI

L'educazione sanitaria rappresenta un processo d'insegnamento/apprendimento attraverso un percorso definito *ad hoc*: durante gli incontri con i pazienti, vengono trattati temi attuali sul loro modo di vivere lo SC.
L'utilizzo di strumenti pratici e facili sono utili per far sì che le cose non vengano dimenticate, ma apprese il più possibile. Ai pazienti vengono suggeriti schemi semplici per evitare di non incorrere in situazioni difficili.
Esempi pratici vengono portati al caso per insegnare al paziente come gestire la propria salute.
Per quanto concerne la pressione arteriosa, per esempio? Misurarla tutte le mattine al braccio sinistro, e prima della terapia farmacologica.
Il peso? Utilizzare sempre la stessa bilancia, tutte le mattine e sempre con le stesse modalità, non dimenticare i range di riferimento e l'indice di Bmi.
I farmaci? Utilizzare una scheda integrata cercare di non auto-somministrarsi il farmaco più volte.
Il controllo delle caviglie? Utilizzare la fettuccia centimetrata tutte le mattine e far riferimento ai range stabiliti dal medico.
Il respiro? Evitare di avere affaticamenti, in caso di difficoltà respiratorie durante la notte è possibile utilizzare dei cuscini per dormire in posizioni comode.
L'educazione continua e la formazione specifica porteranno un paziente affetto da SC alla sostanziale riduzione dell'ospedalizzazione, privilegiando l'ausilio degli ambulatori piuttosto che l'accesso ai pronto soccorsi.
L'importanza di educare il paziente con SC ad un efficace *self-care* è dimostrato che ha un notevole impatto sul riconoscimento e trattamento dei sintomi e, di conseguenza, sulle dinamiche sopra descritte, l'educazione sanitaria a scopo educativo e terapeutico potrebbe migliorare il grado di *self-care* (in molti casi, causa di una mal gestione della patologia stessa).
Fornire il significato delle manovre aiuta i pazienti a comprendere meglio il grado della loro patologia: tuttavia, in considerazione del paziente da sottoporre all'intervento educativo sarà nostra premura personalizzare gli argomenti, non dimenticando che lo scompenso cardiaco rappresenta una patologia cronica destinata ad aumentare visto l'allungamento della vita delle persone.
In seguito, si potrebbe verificare se lo strumento applicato allo scompenso aiuterà i pazienti a casa per la cura/gestione della loto patologia, effettuando magari uno studio di efficacia.
Nella pratica assistenziale potremmo, infine, valutare se il paziente preso in esame attraverso il nostro progetto di auto-cura viene ricoverato meno, considerando il successo del percorso.

AUTORI:
Stefano Pepe, infermiere presso il policlinico Gemelli, Roma;
Cristina Calandrella, infermiera presso l'ospedale pediatrico Bambino Gesù, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Arcangeli E et al, *Educazione all'autocura dello scompenso cardiaco: descrizione di un'esperienza.* Vol.II. 2009.
Clinical Evidence, edizione italiana, *Una sintesi delle migliori prove di efficacia.* BMJ Publishing Group-Zadig, Milano. 2001.
Remme W.J, Swedberg K, *Task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure, European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure.* Eur Heart J 22:1527–1560. 2001.
Ils-Manuale di Rianimazione Cardiopolmonare Immediata. Irc edizioni. 2006.
Dickstein K et al, *Esc-Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology.* Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (Hfa) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (Esicm). Eur Heart J, 2008. 29(19): pp. 2388-442.

La gestione del personale "donna" Aspetti critici e proposte di coordinamento

di Rossella Petrelli

Questo studio vuole essere soprattutto un affresco dell'identità femminile contemporanea, in particolare della donna infermiera e coordinatrice, che deve lottare con il tempo per conciliare tutto: gestione del materiale, organizzazione del personale ed assistenza.
Insomma, una vita in prima linea!
È auspicabile programmare una prevenzione specifica che preveda piani di intervento che aboliscano le discriminazioni, favorendo l'inserimento delle donne nel mondo del lavoro. L'aumento deciso del part-time riguarda soprattutto le lavoratrici che devono conciliare lavoro e famiglia. Ma non sempre la flessibilità dei tempi di lavoro produce vantaggi e conciliabilità.
Molte donne lavorano in orari disagiati, altre sono "inattive" perché lasciano il lavoro o non lo cercano, anche se inizierebbero a cercarlo se avessero a disposizione servizi di supporto alla famiglia che le disimpegnassero dai compiti di cura.
Va riservata una particolare attenzione ai profili femminili "a rischio", prevedendo che i piani di intervento siano progettati secondo metodologie e modelli che privilegino la donna, nonché la sua necessità di conciliare vita personale, casa e lavoro.

INTRODUZIONE

Esiste un gran numero di donne che la società non aiuta.
Molte di queste vengono discriminate sul lavoro e spesso non trovano nessuno con cui parlarne, a dimostrazione della scarsa capacità di ascolto in merito a tale problematica.
Sarebbe, dunque, auspicabile programmare una prevenzione specifica che voglia piani di intervento che aboliscano le discriminazioni, favorendo l'inserimento delle donne nel mondo del lavoro.
La donna italiana è sempre meno madre: dal 1961 ad oggi, si è praticamente dimezzato il numero di figli per donna e l'età della maternità si è posticipata.
Spicca il divario tra i desideri e le scelte dovuto alla necessità di avere del tempo a disposizione per realizzarsi prima professionalmente ed a livello personale: in questo, la donna impiega molte energie perché è consistente la preoccupazione di essere emarginata o di auto-emarginarsi socialmente.
La scelta di non avere un figlio è dovuta sia al fattore economico, che alla sensazione di essere lasciate sole (sensazione accentuata dalla percezione del rischio di una diminuzione del sostegno del *welfare*). Ergo, le giovani donne hanno sempre più spostato l'attenzione su cose che gli danno maggiore sicurezza: studio e lavoro.
Eppure, malgrado realizzino migliori *performance* universitarie rispetto agli uomini, le donne non raggiungono mai le posizioni di lavoro più prestigiose, anzi la maggior parte è presente nel lavoro dipendente e parasubordinato con contratti atipici (di collaborazione, a progetto, occasionale) rispetto agli uomini.
L'aumento deciso del *part-time* riguarda soprattutto le lavoratrici che devono conciliare lavoro e famiglia, ma non sempre la flessibilità dei tempi di lavoro produce vantaggi e conciliabilità.
Molte donne lavorano in orari disagiati, altre sono inattive perché lasciano il lavoro o non lo cercano. Certo, inizierebbero a cercarlo se avessero a disposizione servizi di supporto alla famiglia che le disimpegnassero dai compiti di cura.
Spesso, le lavoratrici subiscono *mobbing*; spesso, le donne - madri o figlie - hanno responsabilità e cura di un malato cronico senza che questo venga loro riconosciuto (*caregiver*); spesso, quelle in gravidanza e quelle con le problematiche da questa derivanti (depressione postpartum, in primis) non vengono aiutate dalla società.
Peggio ancora, quelle in condizioni socio-economiche svantaggiate in cui versano le donne in caso di divorzio (in molti casi, sottomesse agli ex mariti); le umiliazioni e violenze a cui, in forma più o meno grave, in tante vengono sottoposte.
Questo deve farci riflettere sull'opportunità di riservare una particolare attenzione ai profili femminili a rischio, prevedendo che i piani di intervento siano progettati secondo metodologie e modelli che privilegino l'interessata e la sua necessità di conciliare vita personale, casa e lavoro.
Il primo elemento necessario per far funzionare un qualsiasi piano di prevenzione è la preparazione degli operatori coinvolti.
Da qui, la necessità della formazione ed Educazione Continua in Medicina *"quale elemento di tutela dell'equità sociale"*.
Valorizzare e rafforzare la *leadership* or-

ganizzazioni è fondamentale per *"favorire il rapporto tra leadership e potere, donne e uomini, in un continuum tra incontro-scontro-armonizzazione"* (Proietti).

Nella realtà operativa, l'aspetto che più colpisce è il tipo di organizzazione, cioè la struttura organizzativa, visto che si avverte la carenza di reti di collaborazione: il lavoro straordinario con le limitazioni contrattuali, normative di legge, budget, disponibilità di personale per la cronica carenza e per la gioia di alcuni che "hanno fame di ore" (passando gran parte del tempo a contarle e ricontarle); assenteismo con il numero di assenze totali, benefici delle leggi (L.104, maternità, Diritto allo Studio, ecc.), di malattia.

Occorre valorizzare le persone e le loro differenze (sia che si tratti degli uomini che delle donne), per integrare strategie, soggetti, strumenti e realizzare politiche di sostegno all'innovazione ed al cambiamento, migliorando la qualità del lavoro con relazioni positive e con nuove opportunità di sviluppo professionale.

L'orario flessibile o il *part-time* hanno facilitato l'ingresso delle donne al lavoro: una sorta di conciliazione fra il lavoro e gli impegni familiari.

Eppure, a ben guardare, c'è una certa conflittualità fra tempo libero, tempo di cura, tempo di lavoro e, non ultima, sulla ripartizione del tempo bilanciato in tempo nostro e tempo altrui.

Quello che in inglese viene definito *work life balance*: il bilanciamento fra vita e lavoro!

In molti casi, il lavoro ha preso possesso della totalità della vita e molti infermieri si ribellano a questa situazione, anche se spesso ne sono succubi, vivendo lo straordinario con fenomeni di stress lavorativo, definito anche come "sindrome da *burn-out*".

Invece, la riconciliazione tra lavoro e vita permette a donne e uomini di dare un contributo al lavoro, sentendosi motivati e soddisfatti.

Il *work life balance* si sta affermando perché la flessibilità agevola un lavoro sempre più riconciliato con la vita.

Donna e uomo sono al centro di un ecosistema (la famiglia), un sistema aperto, attivo ed in costante trasformazione: da qui, la conferma della circolarità del rapporto individuo/ambiente, come soggetto in reciproca interazione.

Per mantenere l'equilibrio di fronte ad input previsti nel programma sistema-lavoro, occorre favorire la creatività del sistema e di ogni singolo membro.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto in un ospedale del Lazio ed è stato rivolto a 150 infermieri (uomini e donne), in servizio presso 14 reparti, presi in esame in modalità *random*.

I colleghi sono stati invitati a rispondere ad alcuni quesiti: infatti, l'indagine si è svolta mediante la somministrazione di un questionario anonimo costituito da nove domande a risposta chiusa che riguardano il tipo di orario di lavoro effettuato, le preferenze, la possibilità di assolvere agli impegni familiari, la composizione del nucleo familiare, il numero dei figli e la presenza di persone non autosufficienti (al fine di una maggiore conoscenza del gruppo, è stato chiesto anche il sesso, l'età e lo stato civile).

Il progetto è durato tre mesi - ottobre 2010/fine gennaio 2011 -, dal momento in cui è stato evidenziato il problema alla fase della valutazione e verifica.

La ricerca effettiva, poi, è stata effettuata su un campione di 138 infermieri (100 femmine e 36 maschi), in quanto 12 colleghi non hanno aderito alla ricerca.

Il campione che è stato sottoposto ad indagine è rappresentato dalla popolazione di infermieri che svolge assistenza in sala operatoria e nei reparti, di età compresa tra i 30 e 60 anni.

Ritirati i questionari, è emerso che **esiste una relazione tra soddisfazione lavorativa e specifiche componenti individuali ed organiche** come l'autonomia, le opportunità professionali e le relazioni all'interno dell'equipe multiprofessionale: la maggiore soddisfazione si ha verso la professione, il posto di lavoro, la formazione ricevuta in passato e l'inserimento professionale.

I colleghi hanno dato valutazioni negative soprattutto in riferimento all'organizzazione, ai carichi di lavoro ed al trattamento economico.

La soddisfazione lavorativa, in passato, era uguale al grado di corrispondenza tra bisogni individuali e lavoro, migliora le organizzazioni socio-sanitarie e la previene i fenomeni dannosi come l'abbandono del lavoro o il *burn-out*.

Sono più soddisfatti quelli che ricoprono posizioni funzionali caratterizzate da maggior coinvolgimento, responsabilizzazione e progettualità.

Gli aspetti che gli infermieri ritengono più critici riguardano i rapporti con il *management* aziendale, in relazione all'assenza di sviluppo professionale, la scarsa approvazione ed il limitato riconoscimento nei processi decisionali.

In breve, si ha più soddisfazione per: la professione, il posto di lavoro, la formazione ricevuta e l'inserimento professionale; se ne ha poca per il trattamento economico, l'organizzazione ed i carichi di lavoro quotidiani.

Lo studio è rilevante per la pratica infermieristica visto che porta alla luce la necessità di personalizzare il percorso professionale e la carriera per un miglior connubio famiglia/lavoro, con una dinamica gestione del lavoro.

Nel campo dell'assistenza infermieristica, l'interesse della ricerca è rivolto verso lo sviluppo di approcci efficaci per il mantenimento ed il recupero della salute.

Lo studio utilizzato è di tipo osservazionale-descrittivo.

Non è stato sempre facile: hanno collaborato, soprattutto, le donne, più sensibili ed interessate al problema. Si sono mostrate più loquaci, disponibili, aperte (a volte, narrando anche problemi personali).

In tabella, il questionario correttamente compilato:

Reparti	Questionari distribuiti	Questionari restituiti
S.O. Pronto soccorso	12	12
S.O. Neurochirurgia	12	12
Toups-Unità Traumatologia Ortopedica	13	12
Area medica	16	15
Neurochirurgia	10	10
I divisione Ortopedia	12	12
II divisione Ortopedia	10	9
Unità spinale unipolare	12	12
T.I. Neurochirurgica	10	10
Rianimazione	8	8
Chirurgia urgenza	10	10
Day Hospital T.nale	6	6
D.H. Reumatologia	2	2
D.H. Endocrinologia	5	5
TOTALE	138	136

Nei reparti in cui è stata svolta l'indagine ci sono alcune unità infermieristiche in turno h12 o h14, per esigenze di servizio o per andare incontro ad eventuali difficoltà dovute a scarsità del personale.

Tutti hanno collaborato alla ricerca: solo due persone non hanno restituito il questionario affermando che non era necessario, in quanto, dal loro punto di vista, "la realtà della nostra professione non è modificabile".

Purtroppo, in loro la rassegnazione ha preso il posto della tenacia: per molti il sogno nel cassetto resta il *part-time* o il turno fisso di mattina, ma attualmente è impossibile.

Non è errato ricordare che anche persone poco motivate, spinte da interessi materiali, hanno intrapreso questo lavoro e che altre, invece, con la pratica hanno maturato un reale interesse per la professione.

RISULTATI

I dati dell'indagine sono stati sottoposti a verifica statistica per evidenziarne la significatività, cioè per comprendere se le differenze hanno un senso che va al di là della casualità.

Per l'osservazione è stato utilizzato un questionario finalizzato a rilevare le seguenti variabili: sesso, età, stato civile, conviventi, numero familiari, componenti famiglia non autosufficienti, orario di lavoro, conciliazione orario lavoro & fa-

miglia, preferenza dell'orario.
È stato utilizzato il test del $\chi 2$ (chi quadrato di Pearson) che ha consentito di individuare una relazione significativa tra la possibilità di conciliare orario di lavoro e impegni familiari con le seguenti variabili: stato civile (p=0,003): più insoddisfatti i coniugati (78%) e celibi/nubili (79%) rispetto ai separati (66%) ed ai vedovi (50%); conviventi (p=0,026): i più insoddisfatti sono quelli che vivono con la famiglia di origine (87%) o con il coniuge (77%), rispetto a quelli che vivono soli (71%) o soli con i figli (69%); numero dei componenti della famiglia (p=0,003) (Fig.1): non si osserva una relazione diretta o inversa tra le due variabili: i più insoddisfatti sono piuttosto quelli che vivono in gruppi familiari di due (81%) o quattro persone (84%), piuttosto che da soli (77%) o in gruppi familiari di tre (76%) o cinque persone (71%); numero dei familiari non del tutto autosufficienti (p=0,001) (Fig.2): anche in questo caso, la relazione non è lineare e la soddisfazione sembra piuttosto migliorare con l'aumento delle persone non del tutto autosufficienti che vivono in famiglia. In realtà, la gran parte degli intervistati (80,5%) non ha persone non del tutto autosufficienti che vivono in famiglia, tuttavia sono proprio questi i più insoddisfatti dell'orario di lavoro(82%).
La maggior parte delle unità infermieristiche ha un familiare non autosufficiente, nessun infermiere ha 4 o 5 persone non autosufficienti.
Le relazioni più significative si hanno proprio per le domande inerenti al numero dei familiari che compongono la famiglia ed al numero di non autosufficienti presenti.
La possibilità di assolvere agli impegni in casa è in funzione del numero di familiari, non è, infatti, in relazione né con il genere, né con l'età, né con l'orario di lavoro osservato.
L'insoddisfazione deriva anche dai servizi, spesso insostenibili: la maggior parte del personale effettua turni di lavoro superiori alle otto ore continuative, talvolta, fino a 14 o 17 ore.
Ciò mette a repentaglio sia la sicurezza dell'operatore che quella dell'assistito: non è sostenibile un turno che superi le otto ore.
La stanchezza, la demotivazione, lo stress, conduce ad una naturale diminuzione dell'apprendimento e se, spesso scegliamo di effettuare turni massacranti pur di aumentare i nostri stipendi, commettiamo l'errore, non rendendocene conto, di creare una totale dipendenza dal lavoro, che in America viene denominato come *work addiction*.
Nel caso delle donne, inoltre, questa situazione è anche più rischiosa perché non è previsto che debbano organizzare il tempo fuori casa.

L'infermiere intrattiene i rapporti con il paziente, dialoga con i familiari, interagisce con i medici, osserva la vita ospedaliera e la vive sperimentando, in prima persona, disponibilità, carenze e disfunzioni dell'intera organizzazione.

L'insoddisfazione degli infermieri non deriva tanto dal tipo di lavoro, ma dal modo in cui è spesso costretto a lavorare: un modo che rende difficoltoso conciliare l'attività professionale con la vita privata.
Dai questionari si evidenzia il bisogno di cambiamento per migliorare proprio la qualità della vita.
Gli infermieri dovrebbero poter scegliere il tempo del lavoro: orario mobile annuale (in alcune settimane si lavora di più, in altre di meno. Il monte ore viene fatto a fine anno, senza avere ripercussioni sullo stipendio); orario a scelta, scaglionamento delle ferie, lavoro alternato (una settimana di lavoro ed una di pausa).
A proposito dell'orario di lavoro, la maggior parte preferisce il turno nelle 24 ore (44,9%) o il *part-time* (33,8%).
L'applicazione del test del $\chi 2$ consente di individuare una relazione significativa tra la preferenza di orario e le altre variabili, l'unica relazione delle preferenze di orario è con l'avere persone non autosufficienti a carico (in particolare, chi ha persone non autosufficienti predilige orari diversi da M/P/N).
Il *part-time*, invero, non è tanto gradito a chi ha familiari non autosufficienti, probabilmente per problemi economici, giacché tenere a casa una persone non autosufficiente è sempre costoso; mentre si prediligono orari quali M/P o "altro".
Le donne, di solito, prediligono il *part-time*, se libere da condizionamenti.
Non esistono differenze significative tra i sessi, anche se permangono discriminazioni e maschilismo sul luogo di lavoro.
Gli infermieri sono sempre più soli, marginali, in un mondo del lavoro senza valori e spesso sono vittime di *mobbing*: è quanto riportato da una collega perseguitata psicologicamente solo perché dopo la maternità tutti gli anni usufruisce dell'aspettativa per il bimbo.
Questo fenomeno, fino a poco tempo fa, era trascurato da tutti (anche da chi lo subiva: lo vedevano quasi come un dato strutturale del lavoro, le cui ripercussioni venivano vissute con vergogna, ma privatamente).
Un'altra ha detto di essere discriminata perché usufruisce del diritto del permesso allo studio, altre per una minore forza fisica: insomma, una lunga catena di sottomissioni al al potere degli uomini, che, in alcuni reparti, sono apprezzati per le diverse capacità fisiche.
La differenza "di genere" cresce se si considera pure l'insieme delle retribuzioni, visto che gli uomini trascorrono in ufficio molto più tempo delle donne (prendendo, così, stipendi più robusti).
Gli uomini passano fuori casa nove ore (le donne sette), ma a casa i ruoli si ribaltano: loro pensano ai lavori domestici ed ai figli quasi otto ore (quattro in più degli uomini), dormono meno e dedicano meno tempo alla cura personale.
L'aspetto retributivo e la carriera sono fondamentali per l'uomo quanto per la donna, in quanto collegati al riconoscimento in campo professionale. I colleghi che sentono "riconosciuti" i propri meriti esprimono la loro componente relazionale ed hanno un buon rapporto con il gruppo.
La retribuzione, la formazione continua, gli orari congrui stimolano la puntualità ed incoraggiano la presenza costante dei lavoratori.
Tutto ciò, però, non accade in quanto, nell'organizzazione dell'ospedale, spesso si convive con sistemi retributivi bassi, criteri di avanzamento di carriera inesistenti e carenze continue di risorse umane.

Non a caso, in tanti nel questionario hanno denunziato: *"molti colleghi sono andati in pensione e non vengono reintegrati"*; *"non si fanno concorsi per assumere altri infermieri"*.
È arrivato il momento di un'integrazione tra variabili organizzative e soggettive: bisogna evidenziare le diverse attitudini di uomini e donne e partire da questo per cambiare.
Occorre superare le rigidità mentali, i limiti, gli ostacoli della vita personale: dopo la gravidanza, una donna su quattro lascia i posti ai vertici per mancanza di strutture adatte.
Gli operatori dei servizi vivono una forte crisi di identità, sia nei confronti del ruolo professionale, sia nei confronti delle richieste da parte di un'utenza sfiduciata e di una struttura organizzativa che pretende, ma è carente.
La situazione di instabilità della Sanità attuale ed i continui tagli (con ospedali che all'improvviso vengono chiusi o altri che vivono sotto la continua minaccia di chiusura) creano un clima di "terrorismo psicologico" che vige su tutti, specie sugli infermieri, rendendoli frustrati, non gratificati e impedendogli di lavorare con serenità, esponendoli ad un rischio reale quale il *burn-out*. In tal senso, gli operatori della Terapia Intensiva, Rianimazione e Sale Operatorie sono più a rischio ed è da loro che sono arrivate molte lamentele. Troppo spesso gli operatori si accorgono di dare costantemente e ricevere poco in cambio: l'aspetto economico è spesso l'unico "ritorno" per l'operatore…
Occorrerebbe un progetto di lavoro, l'apprendimento legato alla formazione teorica o ed ai vissuti di crescita personale. Come afferma Cherniss: *"il progetto di lavoro, troppo spesso poco chiaro, è importante per definire il ruolo"*.
Bisogna limitare il numero di ore di lavoro per ogni infermiere, non scoraggiare il *part-time*, incoraggiarli a prendere "periodi di riposo": la flessibilità e la sensibilità ai bisogni ed alle necessità contingenti di ogni particolare situazione deve essere sempre il principio fondamentale che ci guida. Se qualche infermiere vorrebbe lavorare in altro reparto, altri hanno voglia di continuare a lavorarvi con grande entusiasmo: non è un errore assecondare le attitudini professionali.
Probabilmente, l'aspetto che più lascia l'amaro in bocca di questo studio è che nessuno ha scritto nulla: i partecipanti si sono limitati a contrassegnare le risposte, perché ritengono che in questo lavoro vi sia un grande dispendio di energie, ma poca valorizzazione.
Questa situazione di disagio è avvertita soprattutto dalle donne che non riescono a dedicare molto tempo alla famiglia ed a sé.
Ha, forse, ragione una coordinatrice affermando che gli infermieri sono "allergici alla penna"! Il più delle notizie le ho avute dialogando con loro.
In questi anni, si è fatto molto a proposito del lavoro femminile, eppure non si può ancora sostenere di aver raggiunto la parità tra uomo e donna, soprattutto nel campo della vita domestica ed extradomestica.
Occorrerebbe promuovere una ridistribuzione dei ruoli familiari (L.9 Dicembre 1977 n.903 sulla parità di trattamento tra uomini e donne in materia di lavoro), anche al fine di favorire il progressivo ridimensionamento dell'assenteismo, per motivi familiari, delle lavoratrici.
Nella forza-lavoro ospedaliera, abbiamo diviso le donne in tre gruppi:
1. quelle giovani;
2. quelle che suddividono le responsabilità familiari con un partner,
3. quelle che devono assumersi le responsabilità familiari: donne "sole"o capofamiglia.

Riguardo agli impegni familiari, altre variabili influiscono sulla risposta, come il livello di formazione (istruzione ed esperienza di lavoro) ed il numero dei figli.
Molti colleghi hanno riferito che il lavoro è sì lo scopo della loro vita, ma, col formarsi una famiglia, è passato in secondo piano, stabilendo una sorta di gerarchia di importanza tra impegni familiari e lavorativi. Ciò, non senza ingenerare dei sensi di colpa.
Eppure, *"Sono sempre qui dentro, mi sembra di essere in prigione!"*: ha scritto un collega che vive nell'impossibilità di allontanarsi dal reparto. Una sensazione aumentata dall'impossibilità di sbocchi professionali per il blocco della carriera.
"L'unica soluzione è cercare di lavorare il meno possibile": ha detto un'altra infermiera.
È su quest'ultimo aspetto che si ingenera uno scontro tra infermieri di una certa età e neo assunti: i primi giudicano i giovani più acculturati, "laureati" e, per le diverse capacità fisiche, dovute alla minore età, più volenterosi e scaricano, così, su di loro i lavori più pesanti. Altri, ancora, uscirebbero dal turno, cambierebbero il proprio lavoro con un impiego diverso, più rilassante. *"Il sabato faccio il parrucchiere!"*: ha scritto un altro.
Gli operatori pubblici, rispetto a quelli nel privato, hanno una maggiore aspettativa verso l'evoluzione culturale e di carriera, una celata sofferenza li spinge a cercare un altro lavoro, un secondo lavoro o a cambiare addirittura la sede.
L'esigenza di uscire dal turno vale soprattutto per le donne (per l'alterazione dei ritmi della vita personale e familiare); mentre, nei giovani c'è per la difficoltà ad instaurare relazioni sociali.
"Il lavoro dell'infermiere è molto pesante e col passare degli anni non riesco più a fare le notti!"; *"C'è un vero sfruttamento con i turni e con retribuzioni irrisorie!"*: molti infermieri sono fiduciosi e soddisfatti solo rispetto alla formazione ed al loro "agire professionale", ma aumentano le delusioni in riferimento all'organizzazione. *"L'unica soddisfazione viene dalle relazioni con i pazienti ed i familiari, in quanto non c'è gratificazione!"*.
Eppure, è naturale che, dopo aver studiato, appreso nozioni, acquisito competenze, si avverta la voglia di cambiare, di crescere, di elevare il proprio status sociale, fare ricerca e pubblicazioni; far valere la propria leadership!
Ne è trascorso di tempo da quando alle suore o alle trovatelle delle prime scuole infermieristiche sorte in Italia nel '900 si diceva che negli ospedali bisognava: *"… Avere del personale istruito, quel tanto che bastasse per soddisfare le esigenze dei medici…!"*.
Oggi, l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la for-

mazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati (art.11,Codice Deontologico dell'Infermiere, 2009).

Siamo immersi in una società che corre una lotta contro il tempo: esso scandisce la nostra vita. Eppure, *"il tempo dovrebbe essere un mezzo"*, visto che: *"l'economia del tempo non ha un valore intrinseco in se stesso"*.

AUTORE:
Rossella Petrella, master in Management Infermieristico per le Funzioni di Coordinamento. università degli studi di Roma Tor Vergata, polo infermieristico Idi-"Padre Luigi Monti".

BIBLIOGRAFIA

Alvaro R, Sili A, *Il benessere organizzativo: la percezione degli infermieri romani. Infermieristiche*, 2007, Luglio-Sett., 60 (3).
Arcidiacono C, *Identità femminile e psicoanalisi.* Franco Angeli, Milano, 1993.
Avallone F, Gemelli M.G, *Lavorare in Ospedale.* Franco Angeli, Milano,1990, p.77.
Avallone F, Paplomatas A, *Salute organizzativa.* Raffaello Cortina, Milano, 2005.
Brun R, *Comunicazione, relazione e supporto psicologico per gli operatori di un servizio di dialisi.* Wichtig Ed., Milano, 1998, p.112.
Cherniss C, *La sindrome del burn-out.* Centro Scientifico Torinese, Torino, 1980, p.187.
Ferri M.R, *Psicoterapia familiare e psicosi,* Editrice Italica, Pescara, 2000.
Ipasvi, Mobbing, Congresso nazionale Ipasvi, Roma, 19/21 Sett.2002.
Ipasvi, *I risultati del sondaggio su etica, assistenza e lavoro.* L'Infermiere, Anno LI, n.2, 2007, p.9.
Istat, *Indagine sulle forze lavoro.*
Livraghi R, *La discriminazione tra le donne: l'istruzione,* Notiziario Ceres di Economia del lavoro, Roma n.13,16 Sett. 1981.
LoBiondo-Wood G, Haber J, *Metodologia della ricerca infermieristica.* McGraw-Hill, Milano.
Logli L, Metro, Roma, 10 Luglio 2008, p.27.
Proietti M.G, *L'accesso ai risultati della ricerca per migliorare la pratica infermieristica.* Slide Master di Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento, Roma, A.A.2009/2010.
Proietti M.G, *Criteri per la valutazione di ricerche quantitative.* Slide Master di Management infermieristico per le funzioni di coordinamento, A.A.2009/2010.
Taddia P.et al, *Valutazione della soddisfazione per l'organizzazione basata sulla valorizzazione di posizioni funzionali tra gli infermieri del Policlinico S. Orsola-Malpighi.* Assistenza infermieristica e ricerca, 2007, Ott.-Dic., 26 (4).
Trevisanato S, Studio Isfol *"Rompere il cristallo"*. Metro, Roma, 10 Luglio 2008, p.27.

NOTIZIE IN PILLOLE

Donne più depresse di 40 anni fa

Rispetto a 40 anni fa, le donne, sempre più divise tra casa e lavoro, si ammalano il doppio di depressione.
Lo segnala un team di ricercatori dell'Università di Dresda in uno studio pubblicato sulla rivista European Neuropsychopharmacology.
Coordinati da Hans-Ulrich Wittchen, gli scienziati sottolineano che tutte le battaglie condotte dalle donne per le pari opportunità nel mondo del lavoro sembrano aver portato loro ulteriori problemi a livello di "mal di vivere": circa una donna su 7 soffrirà di depressione (2,6 volte in più rispetto agli uomini).
La fascia di età a maggior rischio è quella compresa fra i 16 e i 42 anni, proprio quando generalmente mette al mondo dei figli. In questo particolare momento, le probabilità di ammalarsi di depressione vanno dal 10% al 13,4% (il doppio rispetto ai maschi della stessa età).
Utilizzando dati emersi da vari studi condotti sul tema in Europa, l'equipe tedesca ha analizzato i dati dei problemi di salute mentale ed è emerso che il 38% della popolazione soffre di disturbi di questo tipo e che, in cima alla classifica, ci sono depressione, insonnia, fobie e demenza in età senile.
In particolare, lo studio ha confermato che la depressione è "propria" della donna e che, rispetto agli anni '70, le pazienti sono raddoppiate.
Già nel recente meeting dell'American Sociological Association di Las Vegas gli esperti avevano messo in guardia le "super-mamme" che pretendono di trovare un equilibrio perfetto tra famiglia e carriera: sono loro quelle più a rischio di ammalarsi di depressione. Questo almeno è il risultato di un'indagine condotta su oltre 1.600 giovani spose, coordinata all'Università di Washington.

Restraint or not restraint
Indagine qualitativa multicentrica sul vissuto della contenzione nel nursing psichiatrico

di Alice Gendusa Serges, Teresa Compagnone

ABSTRACT

In ambito psichiatrico, per contenzione si intende ogni metodo di costrizione/restrizione della libertà di movimento della persona.
L'infermiere gioca un ruolo fondamentale nei tempi della contenzione, sia per quanto riguarda la decisione, sia per la sua attuazione.
Il professionista sanitario vi è coinvolto sul piano emotivo, etico e legale e, proprio per questa sua peculiarità, la contenzione interessa la relazione tra il paziente e l'infermiere.
L'atto contenitivo è legittimato solo dallo "stato di necessità" sancito dall'art. 54 del Codice Penale, quindi, in una situazione di pericolo imminente o per la compromissione della sicurezza del paziente stesso e dello staff.
Gli autori ritengono che sia necessario guardare al passato e al presente, non per una speculazione intellettuale su un tema scottante quale quello della contenzione, ma per favorire una consapevolezza dei problemi reali che si presentano nel quotidiano di chi assiste il paziente con disturbo mentale.

MATERIALI E METODI

Si tratta di una ricerca qualitativa multicentrica di tipo fenomenologico che ha lo scopo di indagare il tema della contenzione ascoltando il vissuto degli infermieri e dei pazienti, al fine di comprendere se essa possa condizionare la relazione terapeutica infermiere-paziente, che occupa un ruolo centrale nel *nursing* di settore.
Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è stato l'intervista semi-strutturata registrata *"face to face"*.

RISULTATI

Per analizzare i dati è stato usato il metodo Colaizzi: sono state isolate sette affermazioni significative per gli infermieri e cinque per i pazienti.
Ognuna di queste è supportata da una serie di frasi ed identificata con un tema.

CONCLUSIONI

Effettuare questo studio è stato utile per comprendere ed approfondire il tema della contenzione, permettendo di confermare la natura problematica della stessa, nonché la sua influenza sul rapporto infermiere-paziente.

Parole-chiave: contenzione, relazione terapeutica, de escalation, nursing psichiatrico.

INTRODUZIONE

Con la nascita dei primi manicomi, nacquero pure le misure contenitive, allora mezzi cruenti per tenere fermo il paziente ed annullare la sua pericolosità.
Il simbolo di questo periodo, non a caso, è la camicia di forza.
L'infermiere svolgeva esclusivamente la funzione di custode, di guardiano e a lui spettava soprattutto il compito di contenere il paziente.
Il manicomio era una struttura chiusa e in sé rinchiudeva sì i pazienti, ma, in qualche modo, anche gli infermieri.
Il concetto di malattia mentale si sviluppò soltanto nell'epoca illuminista ed iniziò ad essere considerata nei suoi bisogni assistenziali.
Oggi, la contenzione si attua nei reparti di psichiatria, ma in che modo?
A trent'anni dalla Legge 180 è cambiata l'assistenza del paziente psichiatrico, così com'è cambiata la figura professionale dell'infermiere.
Sovente il paziente si presenta in una situazione patologica in fase acuta: è delirante, allucinato, agitato, ansioso e confuso.
Inoltre, può spesso agire d'impulso, manifestando comportamenti aggressivi verso se stesso o verso gli operatori e ciò comporta interventi terapeutici immediati quali, appunto, la contenzione fisica o farmacologica.
L'infermiere è presente in tutte le fasi della contenzione, dalla decisione in equipe alla sua attuazione, fino al momento della decontenzione.
La contenzione, come atto sanitario-assistenziale, ha un riscontro emotivo sia sugli operatori che sull'utenza ed è proprio tale coinvolgimento che permette l'instaurarsi di una partecipazione empatica allo stato affettivo del paziente, lì dove c'è stata comunicazione vi è una relazione terapeutica, vissuta dal paziente come una relazione affidabile, sincera e coerente.
Nel 2005, una ricerca promossa dal Coordinamento dei Spdc (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) ha messo in luce

come l'80% circa delle contenzioni che avvengono nel Lazio abbia come motivazione lo stato di agitazione e l'aggressività del paziente; una violenza che, oltre ad essere un problema da gestire tempestivamente per la sicurezza di tutti, risulta pure un evento da prevenire. Molti studi della letteratura internazionale in tal senso sostengono che per l'infermiere sia fondamentale conoscere tecniche di *de-escalation* e di negoziazione: il compromesso rappresenta un patto tra operatore e paziente nonché l'inizio di un'alleanza terapeutica.

L'operatore e l'equipe devono saper gestire le emergenze comportamentali e cooperare. **L'infermiere, insieme alle altre figure professionali, ha un ruolo decisivo nel processo terapeutico del paziente**: da qui nasce l'esigenza di indagare sull'esperienza della contenzione prendendo in considerazione il punto di vista degli operatori e dei pazienti, per comprendere le criticità ad essa correlate e come essa possa condizionare la relazione terapeutica infermiere-paziente.

MATERIALI E METODI

L'indagine utilizza una ricerca qualitativa multicentrica di tipo fenomenologico, con l'obiettivo di analizzare il vissuto della contenzione sia dal punto di vista degli operatori che dei pazienti.

Il campionamento è di tipo propositivo: 16 infermieri e sette pazienti reclutati nei seguenti Spdc di Roma: G.B. Grassi, Fatebenefratelli, San Giovanni Calibita, San Filippo Neri e Sandro Pertini, nel periodo compreso tra il 1 dicembre ed il 13 febbraio 2012.

Per la selezione delle unità campionarie sono stati utilizzati i seguenti criteri di inclusione:

- infermieri operanti negli Spdc;
- infermieri con un'esperienza lavorativa nell'ambito psichiatrico di almeno quattro anni;
- pazienti con diagnosi di depressione, disturbo bipolare, schizofrenia;
- pazienti in dimissione o in prossimità della stessa;
- pazienti tra i 18 e i 55 anni di età;
- pazienti che siano stati contenuti almeno una volta nella loro storia clinica.

Mentre sono stati esclusi:

- infermieri che abbiano lavorato in realtà manicomiali;
- infermieri che rifiutino di partecipare allo studio;
- pazienti in regime di Tso;
- pazienti in trattamento per abuso di sostanze, con deficit cognitivo medio-grave o con diagnosi non previste nei criteri di inclusione;
- pazienti che rifiutino di partecipare allo studio.

Prima di cominciare a reclutare i futuri partecipanti allo studio è stata richiesta l'autorizzazione a poter svolgere questo lavoro sia al Responsabile del reparto, sia a quello infermieristico, poiché gli Spdc fanno capo al Dipartimento di Salute Mentale.

Il passo successivo è stato quello di scegliere i partecipanti in ogni reparto, previo appuntamento ed accordo con i responsabili.

Lo strumento utilizzato per la raccolta dei dati è stato l'intervista semi-strutturata registrata, composta da sei domande per gli infermieri e cinque per i pazienti (figure 1 e 2); le interviste hanno avuto una durata media di 30 minuti ciascuna.

Figura 1
Domande per l'intervista semi-strutturata registrata (infermieri)

Per contenzione si intende, in senso ampio, ogni metodo di contenzione/restrizione della libertà di movimento della persona. È un tema da sempre attuale e discusso; coinvolge l'operatore sanitario dal punto etico, legale e psico-emozionale. Proprio per questa sua peculiarità interessa la relazione tra il paziente e il professionista, responsabile dell'assistenza infermieristica alla persona.

1. A livello legale la contenzione è regolamentata da alcune normative: quali sono, secondo lei quelle che riguardano la responsabilità professionale dell'infermiere, in quanto incaricato di pubblico ufficio?
2. La contenzione può essere attuata, in primo luogo, viene prescritta dal medico, per poi diventare un intervento d'equipe: mi può parlare di come si attua questa cooperazione nella sua realtà operativa?
3. In relazione alla sua esperienza professionale, può descrivere i suoi sentimenti riguardo l'atto contenitivo?
4. Mi può raccontare un episodio in particolare che le è rimasto impresso?
5. La contenzione, a suo avviso, come può compromettere la relazione terapeutica infermiere-paziente?
6. Quando e perché ritiene sia necessario che vengano utilizzate misure contentive nella sua realtà operativa?

Figura 2
Domande per l'intervista semi-strutturata registrata (pazienti)

La contenzione è un mezzo da sempre utilizzato nell'ambito psichiatrico in particolare in casi di comportamenti aggressivi che possono mettere in pericolo la persona.

1. Lei ha vissuto l'esperienza della contenzione: potrebbe descriverla?
2. Che impatto ha avuto nella sua vita?
3. Secondo lei qual è l'immagine che meglio potrebbe rappresentare la contenzione?
4. Nella sua situazione si è sentito aiutato dagli operatori sanitari?
5. Quali pensa possano essere valide alternative alla contenzione?

Prima della registrazione, tutti i partecipanti hanno preso visione delle lettere per il consenso ove viene spiegato il motivo dello studio e la nota informativa che garantisce l'anonimato e il rispetto della privacy.

I partecipanti collaborano su base volontaria e possono ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento. Le interviste sono state fatte *"face to face"* dopo dei momenti di condivisione con lo staff ed i pazienti sulle attività del reparto.

ANALISI DEI DATI

I risultati sono stati analizzati secondo il metodo Colaizzi: nella fase dell'immersione dei dati, le interviste sono state riascoltate tante volte.

Nella ripetizione dell'ascolto sono emersi i sentimenti dei partecipanti e le loro opinioni. L'intervista registrata consente di rivivere il ricordo del colloquio e di concentrare l'attenzione non solo sulle frasi dette, ma anche sulla comunicazione non verbale del partecipante al momento della registrazione.

Non a caso, l'analisi dei dati raccolti è avvenuta sempre precocemente, al fine di non perdere l'essenza di ogni incontro.

Per quanto riguarda i pazienti, durante il colloquio, il ricercatore è stato sempre affiancato da un infermiere, nel caso emergessero delle difficoltà nella comunicazione.

Nell'analisi dei dati, si è scelto di riportare le risposte significative sotto forma di tabelle, in modo da schematizzare tutti i concetti, permetterne un'aggregazione ed individuarne i temi: quelli emersi dall'indagine ed i concetti soggiacenti (rispettivamente, per quanto riguarda gli infermieri ed i pazienti) sono riportati nella tabella 1.

Analizzando le risposte degli infermieri sono stati individuati sette concetti principali ed i relativi temi (tabella 2): per ognuno di essi è stata redatta un'appo-

sita tabella che riporta le frasi che lo motivano ed il tema individuato dal ricercatore (un esempio è riportato nella tabella 3 che esplora il tema n. 6: "Se c'è comunicazione c'è relazione terapeutica").
Intervistare i pazienti, come immaginabile, è stato più difficile ed il campione complessivo è risultato inferiore a quello degli infermieri.
Anche qui per l'analisi dei dati vengono utilizzate delle tabelle con un titolo che sintetizza i vissuti dei partecipanti sul tema della contenzione ed alcune frasi che lo supportano: i temi individuati dall'analisi delle risposte dei pazienti sono cinque e sono riportati nella tabella 4.

DISCUSSIONE

La contenzione - e, nello specifico, quella fisica - è un argomento che è stato discusso da sempre nella storia dell'assistenza psichiatrica.
Nell'assunto di partenza, si sostiene che la contenzione, in quanto procedura con un riscontro emotivo sia per gli operatori che per gli utenti, condizioni la relazione terapeutica infermiere-paziente.
Lo studio ha confermato tale affermazione, ma soprattutto ha messo in luce in che modo venga condizionata.
Molto dipende dalle competenze e dalla consapevolezza professionale dell'infermiere.
Non è vera la formula: contenzione= compromissione della relazione. Anzi, il momento della contenzione può essere l'inizio della relazione terapeutica.
Gli infermieri hanno sottolineato l'importanza della continua ricerca della comunicazione con il paziente, ed è nella relazione che si instaura una contenzione verbale e psicologica che rimane il primo obiettivo del professionista nell'assistenza: *"La relazione non è compromessa se il paziente si rende conto e capisce ciò che è accaduto, occorre parlare con il paziente* (...)" e ancora *"...la contenzione è valida se riesci a costruire un rapporto, una comunicazione, se si riesce a stabilire un contatto con il paziente"*.
Dalla ricerca, inoltre, emerge che gli infermieri non conoscono bene le voci normative che parlano della contenzione: *"L'infermiere non è scritto da nessuna parte che debba contenere un paziente* (...), *l'unica figura deputata è il vigile urbano"*; *"Non ci sono norme legate alla contenzione, il legislatore non si è espresso; è difficile anche fare una regolamentazione interna con protocolli e linee guida..."*.
Tuttavia, sanno individuare gli interventi di loro competenza per assistere il paziente contenuto: *"È importante la valutazione dei parametri vitali, le cure igieniche, la mobilizzazione e la prevenzione delle lesioni da pressione"*; *"Le responsabilità sono di tipo assistenziale e per la salvaguardia del benessere del paziente che deve essere maggiormente posto al centro dell'attenzione"*.
Per quanto riguarda gli operatori, c'è da fare una riflessione: gli infermieri che aderiscono ad un protocollo e che hanno una conoscenza delle tecniche di *de-escalation* vivono l'evento della contenzione con equilibrio emotivo ed accettazione, poiché hanno compreso quando e perché l'atto è necessario.
Quelli, invece, con una conoscenza diversa rispetto alle raccomandazioni, alle Leggi e ai protocolli, nutrono sentimenti contrastanti verso la contenzione.
In ogni caso, il tema apre la strada a sentimenti e punti di vista discordanti o complementari; lo dimostrano due temi emersi: "la contenzione è un atto terapeutico" e "la contenzione è una sconfitta".
Nelle interviste, gli infermieri si sono soffermati molto sull'importanza del lavoro d'equipe in Spdc e, in particolare, nell'atto del contenere.
Alcuni sostengono che ci sia un ottima cooperazione tra tutte le figure professionali coinvolte: *"Nell'equipe ognuno sa qual è il suo ruolo e tutto avviene con una comprensione veloce, fatta di sguardi"*; mentre ce ne sono altri che hanno denunciato delle difficoltà nella gestione della contenzione: *"Dovrebbe avvenire in modo meno dispersivo, si dovrebbero capire le risorse umane prima di intervenire, ognuno dovrebbe sapere cosa fare come in un Basic Life Support"*.
Sono emerse pure delle riflessioni personali, alcune molto diverse tra loro e ciò ha rivelato la natura problematica del tema: la restraint va a toccare, oltre l'etica professionale, anche la morale di ciascun operatore ed è per questo che troviamo visioni molto diverse tra loro, nelle quali ogni operatore mette un po' della sua storia personale.
Gli infermieri provano rabbia, smarrimento, stupore, preoccupazione, tristezza, dolore e, talvolta, rancore all'atto della contenzione.
Dallo studio emerge che nel *nursing* psichiatrico evitare la contenzione grazie ad altre tecniche, è sempre un successo ed

una soddisfazione che appaga il personale, rinforzandone la motivazione. Gli operatori individuano, in modo omogeneo, i casi in cui la contenzione è necessaria, ovvero nelle situazioni di pericolo per il paziente, per gli altri e per lo staff.

In una delle interviste si paragona l'elaborazione della *restraint*, "all'elaborazione del lutto" o, a detta dei pazienti, di un trauma e l'infermiere (così come il paziente) ha bisogno dei suoi tempi per superarla.

La contenzione rimarrà per tutta la vita nella mente del paziente: a volte lo ricorderà nel dettaglio, a volte avrà solo un'immagine sfocata, ma comunque se la porterà con sé in tutta la sua storia. Ciò trova conferma sia nelle risposte degli infermieri che in quelle dei pazienti: *"Il paziente si ricorda perfettamente di essere stato contenuto e ne vuole parlare con i suoi tempi e modi, se lo ricorda sempre, anche dopo anni"*. Una paziente ha detto: *"…I ricordi sono confusi, talvolta mi sembra di ricordare tutto perfettamente altre volte tutto è lontano come fosse avvenuto cent'anni fa"*.

Tutti i pazienti hanno descritto, nel dettaglio, la propria contenzione; l'impatto sulla loro vita sembra essere sempre traumatico, proprio perché la contenzione sopraggiunge in un momento acuto, ma è emerso che, nella maggior parte dei casi, si sono sentiti aiutati dagli operatori sanitari, alcuni hanno associato la funzione d'aiuto ad una figura in particolare: *"mi parlavano con calma, mi tranquillizzavano, mi davano la mano, ed una in particolare era seduta lì vicino a me, sono sicura che è andata via solo quando mi sono addormentata…"*; *"mi sono sentito aiutato soltanto da quella povera infermiera che mi faceva le punture intramuscolo per farmi stare più tranquillo"*. Anche i vissuti dei pazienti offrono immagini forti e personali sulla contenzione: *"è una porta chiusa"*; *"il libero arbitrio incatenato"*; *"i lacci e il letto"*.

Gli utenti chiedono dialogo, ascolto, considerazione, oltre ad una corretta terapia farmacologica.

Per chi assiste il paziente psichiatrico è importante mettere in atto tutti gli interventi al fine di instaurare una relazione efficace, quindi terapeutica.

Nell'analisi delle differenze tra i temi emersi dagli infermieri ed i pazienti, appare chiaro come le visioni di entrambi non possano essere sovrapponibili: l'infermiere è colui che opera la contenzione, vivendo l'atto sia professionalmente sia sul piano emotivo. La *restraint* rimane presente in ogni momento dell'attività lavorativa come un tema che mette in discussione, che comporta delle responsabilità e delle criticità. C'è il professionista che parla e c'è la persona che racconta il suo vissuto nel proprio lavoro. Il paziente subisce la contenzione e ne parla come un ricordo, un fatto accaduto a volte elaborato, a volte ancora da superare. Gli utenti hanno condiviso la loro esperienza mettendo in luce "il bisogno d'aiuto" in quella situazione.

Sia gli infermieri che i pazienti hanno definito, quali valide alternative alla contenzione strettamente fisica, "la comunicazione" e il "dialogo".

Gli infermieri sono parte del ricordo del vissuto dei pazienti e viceversa.

Sebbene, molte risposte siano in antitesi tra loro, proprio questa discrasia testimonia l'esigenza di dover parlare ancora della contenzione, con tutte le persone coinvolte.

LIMITI DELLA RICERCA

Considerata la delicatezza del tema, è stato difficile procedere al colloquio con i pazienti, sia per problemi legati al permesso, sia per lo stato di agitazione legato alle contingenze del momento, sia per l'impossibilità di sostenere il colloquio a causa della terapia farmacologica.

Probabilmente, se la ricerca sui pazienti fosse stata fatta anche nelle strutture extraospedaliere non si sarebbero presentate tali difficoltà.

CONCLUSIONI

Per chi assiste il paziente psichiatrico è importante mettere in atto tutti gli interventi, al fine di instaurare una relazione efficace, quindi terapeutica con l'utenza.

La *restraint* rimane presente in ogni momento dell'attività lavorativa come un tema che mette in discussione, che comporta delle responsabilità e delle criticità.

Infermieri e pazienti hanno entrambi definito, come valide alternative alla contenzione strettamente fisica, comunicazione e dialogo.

Nella contenzione, l'infermiere è coinvolto per quattro momenti:

1. nella decisione di contenere un paziente;

2. nell'attuazione operativa;
3. durante la contenzione;
4. nella decontenzione.

Il professionista ha la possibilità di fare di un atto coercitivo uno terapeutico, applicando le sue competenze tecnico-relazionali.

La relazione terapeutica non viene compromessa solo se l'infermiere riesce a trovare l'incontro con il paziente e il suo dolore.

Molti pazienti riconoscono di essere stati pericolosi per sé e per gli altri, quindi, giustificano ed accettano la contenzione, altri no.

Molti infermieri riconoscono la validità dell'atto contenitivo, altri non lo accettano.

Il paziente non accetta la contenzione, quando ancora non l'ha elaborata, quando non è pronto ad ammettere che aveva bisogno d'aiuto.

L'infermiere non accetta la contenzione quando non si riconosce nei protocolli, quando, secondo il suo giudizio, si poteva evitare.

Sono emersi molti sentimenti contrastanti in questo studio: il paziente, più spesso, nutre paura e rabbia in quel momento, gli infermieri hanno parlato di tristezza, preoccupazione, smarrimento.

Lo stato di necessità (quindi, la situazione di pericolo) è l'unica condizione che motiva la contenzione.

La finalità di questo lavoro è stata quella di rivelare, tramite le risposte degli infermieri e degli utenti, la natura problematica della contenzione essendo un tema molto legato alle contingenze, piuttosto che ad un protocollo esecutivo efficace e funzionale per tutti.

L'infermiere è il protagonista dell'assistenza al paziente contenuto e, per questo, deve poter rispondere ai bisogni della persona con competenza, empatia e professionalità.

Gli infermieri, in cooperazione con il medico e le altre figure presenti in reparto, attuano la contenzione: a loro compete la parte operativa dell'applicazione delle fasce e della tutela della sicurezza del paziente e degli altri.

Gli operatori sono i protagonisti dell'assistenza per tutta la durata della contenzione, poiché il paziente, essendo immobilizzato, diviene totalmente dipendente: devono rilevare i parametri vitali ad intervalli di tempo prestabiliti, mobilizzare il paziente, provvedere al soddisfacimento dei suoi bisogni.

L'infermiere, durante la contenzione, può iniziare la relazione terapeutica con il paziente, parlando e spiegando ciò che accade, tentare di arrivare a dei compromessi e, piano piano, ottenere la fiducia e la collaborazione del paziente.

Dopo la contenzione, l'infermiere partecipa all'elaborazione su quanto accaduto da parte del paziente, lo sostiene e lo aiuta tramite un "ascolto attivo".

Le emozioni riportate dai partecipanti rivelano il bisogno di parlare della contenzione e di capire come sia stata vissuta da entrambe le parti: ciò può essere possibile creando dei momenti di condivisione tra infermieri e tra infermieri e pazienti, con l'aiuto di altre figure presenti in reparto, come lo psicologo o il medico che ha prescritto la contenzione.

I pazienti hanno bisogno di essere assistiti da professionisti altamente competenti, che sappiano ciò che fanno in ogni *step* della contenzione.

Gli infermieri, rivestendo un ruolo importante per tutto l'atto contenitivo, devono crescere nella loro pratica clinica con la formazione sulle tecniche di *de-escalation* e di negoziazione, nonché sulla gestione delle emergenze comportamentali.

A conclusione, ecco le parole della "Canzone per Alda Merini" del cantautore Roberto Vecchioni. Alda Merini, nota poetessa scomparsa di recente, ha vissuto l'esperienza del manicomio e della contenzione: *"Io non scrivo più niente, mi legano i polsi; ora l'unico tempo è nel tempo che colsi; qui dentro il dolore è un ospite usuale; ma l'amore che manca è l'amore che fa male"*.

AUTORI:
Alice Gendusa Serges, laureata in Scienze Infermieristiche presso l'università di Tor Vergata sede di Ostia;
Teresa Compagnone, professore a contratto Med 45, corso di laurea in Infermieristica- università di Tor Vergata.

BIBLIOGRAFIA

Bowers L, Alexander J et al, *Student psychiatric nurses' approval of containment measures: relationship to perception of aggression and attitudes to personaly disorder.* Int. J. Nurs. Stud., Elsevier 2005.

Bowers L, Crowder M, *Nursing staff numbers and their relationship to conflict and conteinment rates in psychiatric wards- A cross sectional time series Poisson regression study.* Int. J. Nurs. Stud. 2011.

Casciarri G, *Prevenire gli errori, imparare dagli errori-la contenzione del paziente.* Professione infermiere, Umbria. 2007.

Catanesi R, Ferrannini L, Peloso P.F, *La contenzione fisica in psichiatria,* Milano, Giuffrè Editore. 2006.

Ducci G, *Buone pratiche in Spdc.* Roma, Alpes Italia, 2010.

Foucault M, *Storia della follia nell'età classica.* Milano, BUR saggi, VIII edizione. 2006.

Haglund K et al, *Psychiatric wards with locked doors–advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistant.* J. Clin. Nurs. 2006.

Ospedale Niguarda Ca' Garda, *La contenzione fisica in ospedale–evidence based guideline.* Milano, rev. 2010.

Saginario G, Masera D, Traina, *Il lavoro emotivo in ambito psichiatrico - risultati di una ricerca.* Neu Aggiornamenti, 2011.

Stefan S, Phil A.B, J.D, *Successful Restraint and Seclusion Reduction Programs as Quality Indicators for Psychiatric Services,* 2007.

Zanon R, *Elementi di etica per operatori socio-sanitari.* Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2010.

Zuppi P.L, Hassan G, Di Donato B, Della Rocca L, Fabiano V, *Linee-guida per il trattamento delle emergenze comportamentali-Interventi e strategie precoci,* Fatebenefratelli, 2011.

Risk management in emodialisi ed il coordinatore infermieristico

di Elena Valeri, Laura Lombardi, UmbertoTulli

ABSTRACT

L'errore è una caratteristica della condizione umana ed è per questo motivo che, consapevoli del fatto che non lo si può eliminare completamente, è necessario adottare tutte le strategie che impediscano di sbagliare.
Nello specifico della nostra professione, è doveroso ogni tentativo che consenta di ridurre gli errori, magari grazie al sistema di *risk management*.
Il progetto che s'intende realizzare è quello di gestire il rischio clinico sugli errori che si potrebbero commettere in emodialisi e, più specificatamente, su come gestire e ridurre le infezioni degli accessi vascolari (in particolar modo dei cateteri venosi centrali).
Da questa evidenza è scaturita l'idea di coordinare un gruppo di lavoro capace di analizzare il percorso infettivo con il metodo Fmea *(Failure Mode and Effects Analysis)*.
La realizzazione del progetto ha visto nel coordinatore infermieristico una figura indispensabile.
Gli studi sin qui prodotti hanno evidenziato sì l'impossibilità di azzerare gli errori, ma pure emerge la necessità di individuare, progettare e coordinare delle continue strategie atte a ridurli il più possibile.

Parole-chiave: *risk management;* emodialisi; catetere venoso centrale; coordinatore infermieristico; rischio clinico.

INTRODUZIONE

È tipico del sistema sanitario la prevalenza dell'uomo sulla macchina e, quindi, la possibilità di sbagliare, poiché l'errore è una caratteristica inevitabile della condizione umana.
Così, se non si può eliminare completamente l'errore umano è necessario adottare tutte le strategie che impediscono all'uomo di sbagliare.
L'errore è, pertanto, **inseparabile dalla pratica medica ed infermieristica, ma è più che doveroso ogni tentativo di ridurne i margini.**
Si tratta, perciò, di promuovere quel cambiamento culturale, già iniziato nel mondo anglosassone, che consente di superare l'approccio punitivo dell'errore.
Ciò che serve è un sistema che renda possibile la rilevazione di tutti gli errori (anche quelli che non hanno generato un evento avverso), consentendone l'analisi approfondita e la ricerca delle cause, al fine di prevenire il ripetersi delle stesse condizioni di rischio o di limitare il danno quando esso si è ormai verificato.
Risk management, letteralmente, significa "gestione del rischio", dove per rischio s'intende la possibilità di accadimento di tutti quegli eventi che possono comportare perdita o danni per l'azienda e le persone coinvolte (ad esempio: danni alle strutture, alle persone fisiche, danni economici o di immagine).
Il primo passo fondamentale per il *risk management* è conoscere in modo preventivo i rischi (quali sono gli eventi potenzialmente dannosi, con quale frequenza si possono manifestare e quale impatto possono avere).
Senza la conoscenza del rischio è impensabile adottare azioni correttive e preventive migliorative.
Il tema dell'errore in medicina nasce negli Stati Uniti.
Nel rapporto a cura dell'*Institute of Medicine* (Iom): *"To err is human: building a safer health system"*, pubblicato nel 2000, si analizzano e commentano i dati provenienti da due importanti studi (il primo condotto nello stato di New York su circa 30mila casi e il secondo in Utah e Colorado su circa 15mila casi) stimando che tra 44mila e 98mila persone muoiono, ogni anno, in America a causa di errori medici.
In Italia, queste tematiche sono ancora considerate "innovative" e i dati disponibili sono più incerti trattandosi, più che altro, di estrapolazioni dai risultati di analisi condotti negli States e Gran Bretagna.
Considerando come attendibile una percentuale d'errore intorno al 4% (come negli studi americani), nel nostro Paese, dove vengono ricoverate, ogni anno, circa otto milioni di persone, almeno 320mila andrebbero incontro ad una malattia o ad un danno ascrivibile ad un errore medico e il numero dei morti oscillerebbe tra 14mila e 50mila.
Le branche in cui si sono registrati più contenziosi sono ortopedia e traumatologia (10,6%) , oncologia (13%), ostetricia e ginecologia (10,8%), chirurgia generale (10,6%).
Nel 20% dei casi, si tratta di veri e propri errori medici in cui si sono interpretati, in maniera scorretta, i sintomi di una malattia o si è sbagliata la terapia. Nel 22% dei casi si tratta di ritardo della diagnosi, nel 53% nell'interpretazione scorretta di un test diagnostico.
L'errore più comune è comunque lo scambio dei farmaci e le infezioni ospedaliere.
Uno studio, pubblicato nel febbraio del 2003 sul *New England Journal of Medicine*, riporta come prima gran fonte di complicanze le infezioni nosocomiali.

Tra il 5% e il 10% dei pazienti ricoverati sviluppa una o più infezioni; questi eventi interessano negli Usa, ogni anno, da uno a due milioni di pazienti.
Dalla revisione bibliografica effettuata è emersa una scarsa quantità di studi italiani riguardanti le infezioni dei cateteri venosi centrali in emodialisi.
Il progetto che s'intende realizzare è quello di gestire il rischio clinico sugli errori che si potrebbero commettere in emodialisi e, più specificatamente, su come gestire e ridurre le infezioni degli accessi vascolari, in particolar modo dei cateteri venosi centrali.
I pazienti in trattamento dialitico cronico sono ad alto rischio di contrarre infezioni di origine virale e/o batterica: la ripetitività di manovre invasive (posizionamento di cateteri venosi centrali, indagini radiologiche vascolari, ecc.), l'utilizzo di apparecchiature medicali, il contatto con superfici ambientali potenzialmente infette e la convivenza con altri pazienti portatori di infezioni rappresentano le principali fonti di trasmissione diretta - o indiretta - di infezioni.
I pazienti emodializzati presentano, inoltre, una compromissione del sistema immunitario favorita dallo stato uremico e condizionata dal trattamento emodialitico, a cui si aggiungono le frequenti ospedalizzazioni e gli interventi chirurgici che possono aumentare le esposizioni anche alle infezioni ospedaliere.
Le infezioni batteriche, specialmente quelle riguardanti gli accessi vascolari, sono le complicanze infettive più frequenti dell'emodialisi e la maggior causa di morbilità fra i pazienti emodializzati.
Durante gli anni '90, la prevalenza di batteri antibiotico-resistenti aumentò rapidamente negli ambienti sanitari tra cui le unità di emodialisi.
Benché siano stati riportati numerosi episodi di infezioni batteriche in emodialisi, pochi lavori scientifici sono stati pubblicati sull'epidemiologia e la prevenzione di infezioni batteriche endemiche avvenute nei pazienti emodializzati.
Raccomandazioni formali per prevenire tali infezioni, in passato, non sono state pubblicate.
Nel 1999, i Cdc *(Center for Diseases Control)* di Atlanta adottò un sistema di sorveglianza per le infezioni dei flussi ematici e degli accessi vascolari nei pazienti ambulatoriali dei centri dialisi *(Prevention Guidelines System)* per determinare la frequenza dei fattori di rischio per queste complicanze, allo scopo di formulare e valutare le strategie di controllo.
L'infezione da catetere venoso centrale rappresenta un'evenienza molto frequente e, purtroppo, in continuo aumento, se si pensa che nell'ultimo decennio secondo i dati americani del Nnis *(National Nosocomian Infection Surveillance)* si è registrato un incremento delle infezioni dal 7 al 27% e che il 17% di tali infezioni traggono origine dal catetere venoso centrale.
Il rischio di un'infezione da catetere dipende dalla sede di posizionamento del Cvc, ma anche dalla presenza o meno della cuffia.
I cateteri senza cuffia, così come i cateteri posizionati in femorale, sono gravati da una maggiore incidenza di infezioni rispetto ai cateteri a lunga permanenza.
I fattori predisponenti lo scatenarsi dell'infezione sono molteplici e vanno dallo stato immunitario del paziente fino allo stato coagulativo dello stesso.
È stato più volte affermato che la trombosi del catetere predispone alle infezioni, pertanto, curare l'aspetto coagulativo del paziente significa contribuire alla prevenzione delle infezioni.
Uno degli aspetti da non trascurare è quello che riguarda le manovre effettuate dagli operatori sanitari durante l'inserimento del Cvc e della sua gestione, poiché si è visto che, durante tali manovre, il rischio di contrarre una infezione è molto alto.
Lo studio seguente è stato effettuato dall'equipe medica ed infermieristica della Uoc di Nefrologia e Dialisi del P.O. di Tivoli.

MATERIALI E METODI

Nel nostro centro dialisi, dal gennaio 2010 sono stati posizionati 20 cateteri venosi centrali a lunga permanenza in silicone radiopaco.
In aggiunta a questi, abbiamo gestito cinque pazienti giunti nel nostro centro con catetere cuffiato già precedentemente inserito in altra sede.
I 20 pazienti a cui abbiamo posizionato il catetere centrale sono stati immediatamente sottoposti a terapia anticoagulante orale a basso dosaggio mantenendo l'INR tra 2 e 3, mentre i rimanenti cinque pazienti di altra provenienza sono stati lasciati senza anticoagulante orale.

RISULTATI

Ad oggi, tra i pazienti coagulati, abbiamo registrato tre episodi di infezione riconducibili al catetere (15%): due di questi si sono risolti con terapia antibiotica, mentre in un caso si è dovuti ricorrere alla rimozione del catetere.
Nessun caso di malfunzionamento per trombosi del catetere.
Tra i pazienti non sottoposti ad anticoagulante siamo invece ricorsi a rimozione del catetere (dopo un tentativo infruttuoso di risoluzione dell'infezione con antibioticoterapia) in tre casi (60%) e ciascun catetere ha avuto almeno un episodio di malfunzionamento risoltosi con terapia medica locale con urokinasi.
I pazienti sottoposti ad anticoagulante non hanno avuto nessun tipo di complicanza legata alla terapia medica, mentre hanno beneficiato di un buon funzionamento del catetere e di una riduzione di episodi infettivi.
Però, visto che l'obiettivo principale dello studio era quello di ridurre al minimo il rischio di infezione correlata al catetere venoso centrale, si è pensato di coordinare un gruppo di lavoro capace di effettuare un'analisi del processo, con metodo Fmea *(Failure Mode and Effects Analysis)*, da aggiornare annualmente.
In primo luogo, si è sentita la necessità di effettuare un'intervista agli operatori (infermieri) dell'unità operativa di emodialisi, per capire meglio quali fossero le loro conoscenze in merito, ma, purtroppo, dei dieci infermieri, solo uno era a conoscenza della metodica (e non l'aveva applicata in alcun campo).
Per questo motivo, si è deciso di organizzare un corso di formazione capace di formare tutti gli infermieri dell'unità di dialisi.
Il corso si propone di sviluppare e promuovere nelle figure infermieristiche una cultura gestionale che, superando

una logica sanzionatoria dell'errore, si orienti verso una conoscenza dell'errore come fonte di opportunità e di apprendimento per prevenire e ridurre al minimo gli errori in un'ottica di miglioramento continuo dell'assistenza.
In particolare, si prefigge l'obiettivo di far acquisire abilità sull'utilizzo dei metodi e degli strumenti per la gestione e l'aggiornamento in tema di:

- rischi ed eventi avversi in campo sanitario;
- scopi, principi generali e fasi del *risk management;*
- responsabilità infermieristiche nella prevenzione del rischio.

Il corso si articola in due lezioni di otto ore ciascuna ed i contenuti che andrà a toccare sono:

- definizione di evento: evento significativo (incidente), quasi evento, evento sentinella ed evento avverso;
- definizione di errore: errore attivo, errore latente;
- *risk management* e strutture sanitarie;
- le fasi del risk management e varie metodiche (Fmea);
- il ruolo e le responsabilità dell'equipe infermieristica nella prevenzione del rischio;
- l'applicazione del *risk management* alla realtà ospedaliera.

Il percorso formativo parte dalla percezione e definizione del rischio per arrivare ad illustrare i principi, gli strumenti e le condizioni per una pratica sicura.
Il responsabile del corso è il coordinatore dell'Uoc di Dialisi.
L'obiettivo del primo modulo è: "identificare gli ambiti di responsabilità del coordinatore nell'individuazione e riduzione degli errori".
I contenuti del primo modulo, vanno dai concetti fondamentali di rischio, errore, evento avverso (docente: coordinatore Uoc Dialisi), all'epidemiologia delle infezioni (docente: medico igienista); dagli accessi vascolari (docente: medico nefrologo) al ruolo e le responsabilità del coordinatore nella prevenzione del rischio (docente: coordinatore Uoc Dialisi) fino alla gestione dei Cvc in emodialisi (docente: infermiere specializzato in infezioni ospedaliere e/o in Nefrologia e Dialisi).
Gli obiettivi del secondo modulo sono: definire principi, strumenti e condizioni per una pratica sicura; la funzione ed organizzazione di un sistema di *risk management.*
I contenuti del secondo modulo vanno dalla Definizione e filosofia di *risk management* (docente: Direttore Sanitario) alla Funzione di *risk management:* fasi, metodologia e strumenti (docente: Direttore Sanitario); dall'applicazione del *risk management* alla realtà ospedaliera (docente: Direttore Sanitario) al lavoro di gruppo (docenti: Direttore Sanitario e coordinatore Uoc Dialisi), fino alla discussione (con tutti i docenti). È previsto anche un test finale.
Durante il corso sono state distribuite delle dispense con testi di approfondimento sugli argomenti in corso e materiale bibliografico a tutti i partecipanti; nonché, alla fine, è stato distribuito un test di valutazione articolato in dieci domande a risposta unica.

RISULTATI DEL CORSO

Il corso è stato accettato di buon grado da tutti i partecipanti che si sono mostrati interessati a tali argomenti ed il risultato dei test è stato soddisfacente, poiché i concetti salienti sono stati introiettati e tutto il gruppo, ora, è a conoscenza della metodica da applicare nei vari casi che si presenteranno.
Si è passati subito, perciò, ad organizzare il gruppo di lavoro; tutti gli infermieri hanno preso parte al progetto.
Il gruppo, avendo ora le basi per poter effettuare l'analisi del rischio clinico con il "metodo Fmea", potrà programmare il lavoro con scadenza annuale.
La scelta del lavoro è ricaduta sulle infezioni da catetere venoso centrale, perché si è visto che il numero di pazienti, portatori di Cvc, che contraeva un'infezione catetere-correlata era ancora alto.
Analizzare il percorso infettivo con il metodo Fmea deriva dal fatto che, in un'unità d'emodialisi, qualsiasi imprecisione nella gestione del catetere venoso centrale può provocare danni al paziente, nonché alti costi per l'organizzazione.
L'analisi del processo, e il suo continuo aggiornamento, dovrebbe rilevarsi uno strumento valido per la stima preventiva dei rischi e la ricerca delle soluzioni migliorative atte a rimuovere i fattori di rischio.

CONCLUSIONI

Parlare di "**qualità delle cure**" oggi significa parlare non solo d'efficienza e d'efficacia delle prestazioni, ma anche e soprattutto di sicurezza del servizio offerto.
Il termine "sicurezza", in tutto il mondo dell'imprenditoria e non diversamente nelle aziende sanitarie, evoca immediatamente il rispetto delle norme, regolamenti e disposizioni legislativi come il D.Lgs. 626/94 e successivamente D.Lgs. 81/08, spostando l'attenzione del problema sugli aspetti prettamente strutturali e tecnologici o sulla sorveglianza sanitaria degli operatori coinvolti, piuttosto che sulla sicurezza del paziente.
Si tratta, perciò, di promuovere quel cambiamento culturale già iniziato nel mondo anglosassone e che comincia a muovere i primi passi anche in Italia, che consente di **superare l'approccio punitivo dell'errore**, favorendo, invece, un sistema che renda possibile la rilevazione di tutti gli errori, anche quelli che hanno generato un evento avverso, consentendo l'analisi approfondita e la ricerca delle cause, al fine di prevenire il ripetersi delle stesse condizioni di rischio, o di limitarlo quando questo si è ormai verificato.
Per promuovere il cambiamento culturale utile all'avvio di un sistema di "gestione del rischio", è fondamentale una *leadership* forte che individui come prioritario l'obiettivo di garantire la sicurezza delle prestazioni sanitarie per il paziente, attraverso sistemi di *risk management* che prevedano, se necessario, anche la profonda revisione, la modifica dei processi e il suo continuo aggiornamento.
La scelta del progetto è ricaduta sulle infezioni da catetere venoso centrale perché si è visto che il numero di pazienti, portatori di Cvc, che contraeva un infezione catetere-correlata, nella nostra Uoc, era ancora alto.
Da quest'evidenza, è scaturita l'idea di coordinare un gruppo di lavoro capace di

analizzare il percorso infettivo con il metodo Fmea *(Failure Mode and Effects Analysis)*.
La realizzazione del progetto ha visto nel coordinatore infermieristico una figura indispensabile. Nello specifico dell'Uoc di Dialisi, *al coordinatore infermieristico vengono richieste capacità manageriali ed abilità poiché il contesto dove opera è sempre più articolato*.
Il coordinatore infermieristico,nell'ambito dell'attività d'organizzazione dei servizi sanitari, programma la migliore utilizzazione delle risorse umane in relazione agli obiettivi assegnati e verifica l'espletamento delle attività del personale; collabora alla formulazione dei piani operativi e dei sistemi di verifica della qualità ai fini dell'ottimizzazione dei servizi sanitari; coordina le attività didattiche, tecnico-pratiche e di tirocinio del personale appartenente ai profili sanitari a lui assegnati. Assume responsabilità diretta per le attività professionali cui è preposto e formula proposte operative per l'organizzazione del lavoro nell'ambito dell'attività affidatagli.
Alla luce di tutto questo, appare fondamentale promuovere quel cambiamento culturale grazie al quale è possibile mettere a punto tutti quei sistemi capaci di gestire il rischio clinico. Tale cambiamento può raggiungersi solo grazie al contributo di competenze, esigenze ed idee di progettualità.
Gli **infermieri** che si pongono in questa prospettiva, nello svolgimento del proprio operato professionale, **rappresentano i protagonisti di un più ampio progetto di valorizzazione e d'impegno professionale per un'assistenza di "qualità".**
Ogni intervento capace di rilevare - ed analizzare - tutti gli errori possibili dei processi dell'assistenza infermieristica porta ad una pratica clinica "efficace, efficiente ed appropriata".
Consapevoli dei limiti dello studio (campioni ridotti, tempo a disposizione, risorse disponibili) possiamo ritenerci soddisfatti dell'obiettivo raggiunto.
Tutti i progetti fin qui prodotti hanno evidenziato l'impossibilità di azzerare gli errori, ma pure la necessità di individuare, progettare e coordinare strategie continue, atte a ridurli il più possibile.

AUTORI:
Elena Valeri, infermiera specializzata in Nefrologia e Dialisi, Uoc Nefrologia e Dialisi P.O. Tivoli;
Laura Lombardi, infermiera specializzata in Nefrologia e Dialisi, Uoc Nefrologia e Dialisi P.O. Tivoli;
Umberto Tulli, coordinatore infermieristico, Uoc Nefrologia e Dialisi P.O. Tivoli.

BIBLIOGRAFIA

Calamendrei C, Orlandi C, *La dirigenza infermieristica manuale per la formazione dell'infermiere dirigente e del caposala*. Ed.McGrav LHill Milano. 1998.
Del Vecchio M, Cosmi L, *Il risk management nelle aziende sanitarie*. Ed. McGrav Hill Milano. 2003, p.28.
Ronco C, Bonello M, Inguaggiato P, *Terapia dialitica nell'insufficienza renale acuta- Aggiornamenti in tema di nefrologia*. Accademia nazionale di Medicina Genova. 2003, p.61-75.
Ministero della Salute, Ipasvi, *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico. Manuale per la formazione degli operatori sanitari*; Biblioteca la Professione Roma 2005.
Azienda ospedaliera di Lecco, *Progetto di sviluppo del sistema di Risk management*. Gennaio 2004.
Burke J.P, *Infection control. A problem for patient safety*. New Engl J Med. 2003.
Maioli E, *Profilo e competenze del coordinatore: indagine conoscitiva*. Management Infermieristico. Ed Lauri n. III. 2006.
Leape L.L et al, *The nature of adverse events in hospidalized patients*. New Engl J Med. 1991.
Gessaroli M, *Accessi vascolari per emodialisi*.
Galli F, Mandilfo S, *Complicanze infettive-epidemiologia fattori di rischio*. Ed Minerva Torino. 2001.
Gessaroli M, *Accessi vascolari per emodialisi*. Ed Minerva Torino. 1994.
Fazzone U, Macchi C, Mancini C, *Igiene epidemiologia e tecnica ospedaliera*. Ed. McGraw Hill Milano. 1993.
Ipasvi, *L'infermiere*. n.V. 2008.
Ipasvi, *Competenze infermieristiche in dialisi: dall'ospedale al domicilio*. n.XV. 2002.
Azienda ospedaliera universitaria senese, *Linee-guida Catetere Venoso Centrale-medio e lungo termine-età adulta e pediatrica*. Coordinatore: dottor A. Brogi.
Ministero della Salute, *Risk Management in Sanità-Il problema gli errori*. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 5 Marzo 2003); Roma 2004.
Naomi P, O'Grady, M.D. et al, *Linee-guida per la prevenzione delle infezioni associate a catetere intravascolare*. Giornale italiano delle infezioni ospedaliere, vol.IX, n.III, luglio-settembre 2002.
Cavatorta F, *Il cateterismo venoso centrale quattro mosse vincenti per raggiungere la massima sicurezza nell'impianto*. Ed.Wichtino Medial Publisher Milano. 2005.
Packard H, *Manuale pratico sui rischi per la salute dei tecnici medicali*. Brescia 1998.
Thomas N, *Renal Nursing*. Ed. Bailliere Tindall Londra. 2006.
Tulli U, *Manuale operativo per gli infermieri di dialisi*. Asl Roma G Tivoli. 2006.
Leape L.L, *Error in medicine*. Jama. 1994.
Brennan T.A, Leape L.L, Laird N.D, *Incidence of adverse events and negligence in hospidalized patients*. N Engl Med. 1991.
Andrews L.B, Stoking C, Krizek T et al, *An alternative strategy for studying adverse events in medical care*. Lancet. 1997.
Marcon G, Ciuffreda M, Corrò P, *Errori medici e danni causati dalle cure*. Professioni. 2001.
Bignami A, *Evidence-based medicine e linee guida di pratica clinica: soluzione o parte del problema?* Medicina e morale fascicolo II. Aprile 2001.
Fineschi V, Frati P, *Linee-guida: a duble edged-sword. Riflessioni medico-legali sulle esperienze statunitensi*. Rivista italiana di Medicina legale. 1998.

Infermieri sempre più giovani ma la pensione arriva più tardi

La Federazione nazionale Ipasvi ha reso noti i dati relativi alle "transizioni in ingresso e in uscita dalla condizione professionale di infermiere" nel quadriennio 2007-2011. Si tratta di informazioni utili ad analizzare la reattività della professione infermieristica alle sollecitazioni della realtà sociale ed economica del nostro Paese e alle modifiche che, in essa, intervengono.
Sotto la lente di ingrandimento sono così finiti i nuovi iscritti agli Albi provinciali Ipasvi appartenenti alla fascia d'età 22-30 anni, proprio per fotografare la transizione università-lavoro.
Il confronto 2007-2011 mostra come, nel periodo considerato, l'età media dei nuovi iscritti si sia abbassata in maniera significativa, passando dai 25,3 anni del 2007 ai 24,7 del 2011.
La riduzione interessa indistintamente maschi (da 25,5 anni a 25,2) e femmine (da 25,3 a 24,5), così come, a livello territoriale, investe tutte le ripartizioni geografiche. Dal dettaglio per singolo anno di età, emerge che la quota dei nuovi iscritti con meno di 25 anni è cresciuta di oltre il 12% (dal 45,6% al 57,8%).
Secondo l'analisi degli uffici delle Federazioni, le evidenze riscontrate vanno ricondotte a molteplici fattori: l' accorciamento dei tempi di conseguimento della laurea derivante da una maggiore applicazione negli studi (verosimilmente determinata da una maggiore motivazione e fiducia nelle opportunità offerte dalla professione); l'anticipo dei tempi di ingresso ai corsi universitari (almeno in parte dovuta al fatto che la professione di infermiere non è più vista come scelta di "ripiego") e, l'ingresso ai corsi universitari di studenti di "qualità" che si riflette positivamente sui punti precedenti. Tutti fattori, questi, che testimoniano di un accresciuto appeal della professione infermieristica e di una maggiore fiducia sulle relative prospettive professionali.
Tale conclusione sembra, peraltro, trovare una conferma nel dato del 2011 sulle iscrizioni di giovani 22-30enni,, che parla di un incremento del 17% rispetto al 2010 e del 53% rispetto al 2007.
Disponibili anche i dati sulle cancellazioni intervenute tra i 56 e i 65 anni d'età, quelle più verosimilmente riconducibili a pensionamento e non derivanti da cancellazioni ritardate e provvedimenti disciplinari. Ciò per mettere in evidenza le "reazioni" del mondo del lavoro infermieristico alle modifiche del sistema previdenziale intervenute nel periodo considerato, dal sistema delle "quote" agli ultimi provvedimenti del governo Berlusconi-Tremonti.
Fuori dal campo di osservazione, restano, invece, gli effetti derivanti dalla riforma Monti-Fornero del novembre 2011: dai dati a disposizione, risulta che nel 2011 l'età media al pensionamento è stata pari a 60,7 anni a livello nazionale (61 per gli uomini e 60,6 per le donne).
Nel 2007, l'età media al pensionamento era di 59,9 anni: in quattro anni, dunque, la vita lavorativa degli infermieri si è mediamente allungata di 0,8 anni (per i maschi, sensibilmente superiore a quello delle femmine: 1,2 anni contro 0,7).

focus

Il Collegio Ipasvi di Roma a Sanit 2012

Collegio Provinciale IPASVI di Roma

SPECIALE SANIT 2012

Il valore aggiunto degli infermieri a salvaguardia dei servizi sanitari in tempo di crisi

Gli infermieri di Roma sono stati i veri protagonisti di Sanit anche nell'edizione 2012 del Forum internazionale dei servizi sanitari.
Con quattro, intense giornate di studio (il 12, 13, 14 e 15 giugno), il Collegio Ipasvi di Roma ha scandagliato i temi di più stretta attualità infermieristica in un confronto diretto con migliaia di professionisti sanitari provenienti da tutta Italia.
In primo piano, gli effetti drammatici della crisi economica sui servizi sanitari e la necessità di innovazione dei modelli assistenziali.
Riflettori puntati anche sul grande lavoro di approfondimento e ricerca svolto in questo campo dalle associazioni e dalle società scientifiche infermieristiche, nonché sulle criticità dell'assistenza alla popolazione a più alto rischio di esclusione sociale.
E poi il ruolo cruciale dei modelli organizzativi nella qualità e nella continuità assistenziale, oltre a un focus sullo sviluppo della libera professione.
Infine, una giornata dedicata alla straordinaria esperienza del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica con cui gli infermieri italiani hanno raccolto la sfida mondiale per la crescita del sapere disciplinare nell'ambito della formazione e della pratica clinica.
In questo speciale cercheremo di raccontare, soprattutto attraverso le immagini, queste quattro giornate vissute dal Collegio al fianco di migliaia di colleghi e studenti, alla presenza di docenti, ricercatori, infermieri e rappresentanti delle istituzioni.

Lo staff del Collegio Ipasvi di Roma a Sanit 2012

12 GIUGNO

Il primo appuntamento in programma è stato imperniato attorno al tema della crisi economica e dell'innovazione necessaria all'interno del sistema salute del nostro Paese. In particolare, ci si è soffermati sul ruolo dell'infermiere nella salvaguardia dei valori e dei principi del Servizio sanitario nazionale.

L'obiettivo era analizzare il ruolo e la responsabilità dell'infermiere per la sostenibilità del sistema che deve portare, giocoforza, alla conoscenza dei percorsi di integrazione per la continuità dei servizi e al ruolo che l'infermiere del futuro potrà avere per garantire una sostenibilità adeguata sia dal punto di vista economico che etico.

Per effettuare tale passaggio culturale, è importante acquisire conoscenze in merito ai principali modelli organizzativi che

Il presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco

Il vice direttore della Fondazione Censis, Carla Colicelli

Il filosofo della medicina, Ivan Cavicchi

favoriscono la continuità assistenziale e l'intensità di cura: modelli che diventano elemento portante per gestire una "sostenibilità attiva", a misura di cittadino.
L'introduzione, affidata al presidente del Collegio, **Gennaro Rocco**, è stata seguita dall'intervento del filosofo della medicina e sociologo della sanità, **Ivan Cavicchi**, una personalità che gli infermieri romani hanno imparato a conoscere e ad apprezzare nel corso degli ultimi anni, a partire proprio dal palcoscenico di Sanit.
Il tenore del dibattito è rimasto alto anche grazie alle successive relazioni ad opera del vice direttore della Fondazione Censis, **Carla Colicelli**, e del direttore dell'istituto di Bioetica dell'università cattolica del Sacro Cuore, **Antonio Spagnolo**.
Nella sessione pomeridiana, il consigliere Ipasvi, **Nicola Barbato**, ha moderato una serie di interventi centrati sul concetto di "benessere organizzativo sul luogo di lavoro".
Hanno dato il proprio contributo il dirigente infermieristico del policlinico universitario Tor Vergata, **Alessandro Sili**; il coordinatore infermieristico del San Filippo Neri, **Francesco Musti** ed il tesoriere del Collegio, **Carlo Turci**, che ha illustrato, nel dettaglio, i risultati raggiunti dal Centro di Eccellenza nello studio della salute organizzativa.

13 GIUGNO

La seconda giornata di formazione targata Ipasvi è stata articolata in due sessioni parallele, per offrire un ventaglio di scelta ancora maggiore agli iscritti alla manifestazione.
Nella sala principale, spazio all'annuale momento di incontro tra il Collegio di Roma e le numerose sigle dell'associazionismo infermieristico che rappresentano da sempre "un valore" per l'innovazione assistenziale sul territorio.
Le associazioni e le società scientifiche infermieristiche assumono, infatti, un ruolo sempre più cruciale nella sanità a misura di persona e nel determinare processi assistenziali di qualità basati su solide e validate prove scientifiche.
I loro contributi nel campo assistenziale e la promozione dello spirito scientifico e della ricerca infermier istica interdisciplinare contribuiscono a promuovere la sostenibilità del sistema sanitario attraverso un lavoro cooperativo per dare rilevanza a tutti i nodi - centrali e periferici - della rete sanitaria nazionale.
In tale contesto, diventa fondamentale implementare le conoscenze nell'ambito della clinica specialistica, con particolare interesse all'innovazione ed alla prevenzione.
Nonché, altresì, fondamentale diventa approfondire la conoscenza di tecnologie e strumenti innovativi per l'assistenza infermieristica, anche per prevenire le infezioni associate alle pratiche assistenziali e per essere al passo con la nuova società multietnica.
Una tavola rotonda, moderata dalla vice-

presidente del Collegio, **Ausilia Pulimeno**, ha visto la partecipazione del presidente Rocco e delle sigle **Aico** (P. Mancini-M. Pisanelli), **Ait** (A. Stievano), **Aislec** (A. Peghetti), **Aniarti** (S. Scelsi) e **Anipio** (L. Martini).

Parallelamente, in un'altra ala del Palazzo delle Esposizioni, sede ufficiale di Sanit, il tesoriere Turci e il direttore del corso di laurea magistrale de La Sapienza presso l'ospedale San Camillo-Forlanini, **Loredana Fabriani**, hanno moderato una giornata dedicata al pensiero infermieristico circa la criticità e la fragilità.

L'infermiere, essendo per sua natura un professionista sanitario particolarmente competente nella promozione attiva della salute, deve farsi carico di garantire questo bene in tutte le circostanze e condizioni, come ben delineato nel Codice deontologico del 2009, e ciò vale oltremodo laddove sono presenti manifeste disuguaglianze sociali.

È il caso di situazioni assistenziali a ri-

Il direttore dell'Istituto di Bioetica dell'università del Sacro Cuore, Antonio Gioacchino Spagnolo

Il dirigente infermieristico del policlinico Tor Vergata, Alessandro Sili

La vice presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Ausilia Pulimeno

L'impegno di Cives si salda all'attività del Collegio

Sanit 2012 ha rappresentato un'ulteriore occasione per saldare il legame tra il Collegio Ipasvi di Roma e Cives, l'associazione di volontariato costituita nel 1998 per volontà della Federazione, che riunisce gli infermieri disponibili, gratuitamente e spontaneamente, per fini esclusivamente di solidarietà sociale.
Cives è presente anche nel Lazio ed i suoi iscritti si sono rivelati risorse preziosissime anche durante episodi che hanno scosso l'Italia intera, come la serie di terremoti in Emilia e nel nord del Paese. Cives è articolata su base provinciale ed è formata esclusivamente da infermieri regolarmente iscritti ai Collegi Ipasvi.
Il progetto, che si sviluppa nell'ambito delle attività di protezione civile ed emergenza sanitaria di massa in Italia e all'estero, vuole offrire uno strumento per ottimizzare ed organizzare lo spirito di solidarietà dei professionisti sanitari, costruendo un sistema di intervento volontario che sappia esaltare la competenza e le specializzazioni che gli infermieri sono in grado di esprimere.
Nell'ottica di valorizzazione di tutte le professionalità infermieristiche, si può parlare di un intervento a tutto campo di volontari che possono garantire una presenza qualificata in tutti i settori della sanità.
Possono iscriversi a Cives tutti gli infermieri inseriti negli albi provinciali Ipasvi.
Chi lo desiderasse, può chiedere di essere accreditato nell'elenco dei soci operativi, disponibili cioè ad essere mobilitati in caso di necessità alle attività di protezione civile in Italia e all'estero.
Ogni volontario ha la facoltà di dare la propria disponibilità in termini di luogo della missione (missioni provinciali, regionali, nazionali o internazionali), preavviso (partenza immediata oppure preavviso di 6 ore, 1 giorno, 1 settimana), durata della missione (missioni brevi da 1 a 7 giorni, missioni intermedie fino a 15 giorni a un mese, missioni lunghe oltre un mese).
Per contatti: roma@cives-onlus.org e segreteria.roma@cives-onlus.org

Lorena Martini, presidente nazionale Anipio

Il tesoriere del Collegio di Roma, Carlo Turci e il coordinatore infermieristico del San Filippo Neri, Francesco Musti

schio come quelle che coinvolgono i pazienti *homeless*, quelli anziani, i pazienti provenienti da minoranze etniche (che non raramente presentano anche disagi mentali), individui tossicodipendenti e/o alcolisti.
Si tratta di malati che, per lo stigma sociale associato alla loro patologia o per il loro stato di *powerlessness* rispetto alla fruizione della salute, vengono connotati moralmente in negativo da alcuni settori sociali, mentre sono, forse più di altri, bisognosi di *empowerment* riguardo ai loro bisogni di salute.
Dopo i saluti del presidente, l'intervento di apertura è stato affidato al consigliere del Collegio **Angela Basile** che ha parlato di ruolo e di identità, soffermandosi sulla motivazione infermieristica. A seguire, il consigliere **Simonetta Bartolucci** ha affrontato il tema del mondo del fragile, mentre il "duo" formato dai dirigenti infermieristici dell'Italia Hospital Group, **Alessandra Mazzoli** e **Luciana Spinelli**, si è concentrato sull'assistenza all'anziano.
Di terza età, nel corso della mattinata, ha parlato anche il dirigente infermieristico della Lusan Srl, **Mariagrazia Montalbano**. A seguire, qualche riflessione sul paziente fragile e sul relativo impatto nell'area dell'emergenza, a cura del neo consigliere Ipasvi, **Girolamo De Andreis**.
Nella sessione pomeridiana, spazio a temi come l'infermiere *case manager* (**Dania Angelini**, Asl Rm/B), l'assistenza infermieristica nel Polo di Rebibbia (**Cinzia Puleio**, Asl Rm/B), la tossicodipendenza (**Laura Bianchi**, Asl Rm/H), il processo migratorio (**Angela Infante**, Tor Vergata).

14 GIUGNO

Due sessioni parallele hanno contraddistinto anche la terza giornata di Sanit.
Il primo *focus* ha riguardato l'innovazione

e la prevenzione nel sistema salute, con particolare attenzione ai nuovi modelli organizzativi e assistenziali.
Si è trattato, come nelle passate edizioni, di fare il punto sulle esperienze di maggior rilievo in questo campo, a Roma e non solo.
Gli interventi - moderati dalla professoressa **Rosaria Alvaro** nella sessione mattutina e dal consigliere Ipasvi **Nicola Barbato** nel pomeriggio – hanno riguardato i seguenti temi: continuità assistenziale (D. Tartaglini), sperimentazione di ospedali per intensità di cura nella Asl Rm/B (B. Porcelli), continuità clinico-assistenziale in area pediatrica (F. Masucci), scheda di continuità assistenziale infermieristica Rad-Sica (M. Zega), modelli antropologici di continuità assistenziale (A. Basile), proto-codice etico per la complessità assistenziale e la nuova dirigenza infermieristica (A. Stievano), l'esperienza del *case manager* del presidio ospedaliero Pertini (S. Di Berardino).
Ha riscosso poi molto interesse l'altro *focus*, dedicato a un tema di stretta attualità come la libera professione infermieristica.
In un contesto economico e sociale arduo come quello attuale, le professioni sanitarie, infatti, sono oggetto di alcuni provvedimenti che si pongono l'obiettivo di rendere tutto il sistema più concorrenziale.
L'attuale mercato del lavoro in ambito sanitario è stato, perciò, analizzato a fondo grazie ai puntuali interventi del presidente Rocco, affiancato dal presidente e dal vicepresidente dell'Enpapi (l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica): **Mario Schiavon** e **Pierluigi Ladu**.
A corredo di queste riflessioni, particolarmente apprezzata la partecipazione di esperti di diritto del lavoro, come il professore **Paolo D'Agostino** del dipartimento di Scienze giuridiche dell'università di Torino e l'avvocato del Collegio Ipasvi di Roma, **Alessandro Cuggiani**.
Si è parlato anche di assicurazione professionale, con **Marco G. Gariglio** (Willis Italia SpA), e del sistema di tariffazione degli infermieri libero professionisti, con **Maria Teresa Pegoraro** che da anni esercita questo tipo di attività, così come la collega **Elena Toma** che ha affrontato il tema delle opportunità di lavoro.
La segretaria del Collegio di Roma, **Maria Grazia Proietti**, e il consigliere **Maurizio Fiorda** hanno poi illustrato alla platea il progetto relativo alla creazione di uno sportello *ad hoc* dedicato alla libera professione, con un approfondimento sui temi del diritto del lavoro che riguardano più da vicino gli infermieri.
La giornata si è conclusa con la premiazione del torneo calcistico "Ipasvi Cup", alla presenza del consigliere **Marco Tosini**.

Lo stand Ipasvi allestito a Sanit 2012

15 GIUGNO

L'ultima giornata di Sanit si è svolta nuovamente in plenaria.
Temi di riflessione: il benessere, l'innovazione e la ricerca.
Non c'è, infatti, un campo come quello della ricerca in grado di rendere al meglio l'idea dei passi avanti fatti dagli infermieri italiani negli ultimi anni.
Una professione che oggi è il frutto di un complesso e sapiente mix di un solido percorso universitario, arricchito da esperienze di tirocinio e dalla possibilità di percorsi specifici per la produzione di ricerca scientifica.
L'apertura dei dottorati di ricerca in infermieristica rappresenta la svolta epocale in tal senso.
Il Collegio Ipasvi di Roma, con il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, ha voluto essere protagonista di questa nuova sfida per la crescita del sapere disciplinare con una strategia ad ampio respiro per costruire un'epistemologia specifica della professione, permeata dal sapere scientifico nell'ambito della formazione e della pratica clinica.
Spazio, dunque, ai primi risultati raggiunti dal Centro di Eccellenza, illustrati dagli interventi in prima persona dei ricercatori, moderati dal consigliere **Mario Esposito** e introdotto dal presidente **Gennaro Rocco**.
Di "Etica della ricerca" ha parlato il consigliere **Angela Basile**, a cui hanno fatto seguito **Loredana Sasso** e **Angela Bagnasco** (Università di Genova) che hanno affrontato il tema della sicurezza nell'area dell'emergenza con "i requisiti quali-quantitativi della comunicazione a supporto della diminuzione del rischio di errore e della qualità delle cure".
Il progetto sulla costruzione di un modello per la valutazione del *core competence*

infermieristico nell'esame di abilitazione professionale è stato descritto da **Maria Grazia De Marinis** (Campus Bio Medico) e da **Auslia Pulimeno**, vice presidente del Collegio.

Cesarina Prandi (Cespi, Torino) ha, invece, illustrato lo 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.

Nella sessione pomeridiana, si è approfondita l'analisi del bisogno formativo nell'esperienza del Policlinico Umberto I (a cura di **Rosa Maria Spadano**) e, a seguire, il tema del rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali (**Alessandro Stievano**).

In tema anche l'intervento della ricercatrice **Alessia Bertolazzi** che ha parlato di infermieri nella società multiculturale, mentre la chiusura della giornata è stata affidata al tesoriere **Turci** ed alla responsabile bibliotecaria del Collegio, **Edvige Fanfera** che hanno affrontato il tema – molto caro soprattutto agli studenti – della bibliografia e ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche.

Tiziana Mercurio

Grazie ai Camilliani interviste a sorpresa a tanti partecipanti

Se al Sanit 2012 avete notato due simpatici ragazzi, con operatore al seguito, e magari siete stati anche avvicinati con la richiesta di un'intervista, vi siete di certo imbattuti in una delle molteplici iniziative organizzate per celebrare il IV Centenario della morte di San Camillo de Lellis, Santo Patrono degli Infermi, degli Infermieri e degli Operatori sanitari.

Queste vostre testimonianze sono state pubblicate sul canale youtube e sul sito dedicato alle celebrazioni, **www.camillodelellis.org**: il successo è stato clamoroso, con migliaia di visualizzazioni, commenti e condivisioni.

È stato bello vedere come ogni voce (da quella degli infermieri più anziani ed esperti a quella dei giovani che si stanno avvicinando solo ora alla professione) sia accomunata da un sentimento forte e da principi etici universali.

Gli stessi che, più di 400 anni fa, hanno reso unica e "rivoluzionaria" l'opera di San Camillo, diventato poi fonte di ispirazione per tutti gli operatori sanitari.

Basti pensare che nel Rinascimento la cura dei malati era affidata a prigionieri condannati per reati comuni, ed era quindi

assolutamente lontana da quell'amore e da quella dedizione che da San Camillo in poi hanno segnato in modo indelebile l'assistenza infermieristica.

Le testimonianze realizzate in video (che potete vedere sul canale youtube camillodelellisvideo), hanno suggerito all'Ufficio Comunicazione per le attività del IV Centenario un'iniziativa sul social network facebook.

Da un'apposita applicazione, infatti, è stato chiesto a tutti gli operatori sanitari di raccontare in che modo l'assistere i malati ha cambiato la loro vita.

La partecipazione è stata grande e spontanea ed ha coinvolto anche persone che non sono strettamente "addette ai lavori": ne è venuto fuori un ritratto a tutto tondo che ben racconta tutti gli aspetti di una professione diversa dalle altre, cui spesso si approda anche dopo difficili esperienze personali.

Se volete essere protagonisti di questo progetto, potete inviare una email con la vostra storia all'indirizzo: comunicazione@camillodelellis.org

L'Ipasvi interviene sui questionari Istat

È pervenuta nel mese di agosto all'Ipasvi la risposta ufficiale che il capo della Direzione centrale dei dati amministrativi e dei registri statistici dell'Istat, **Manlio Calzaroni**, ha fatto pervenire alla presidente della Federazione nazionale, **Annalisa Silvestro**.

A maggio, infatti, l'Ipasvi aveva formalmente rappresentato all'Istituto la specificità della professione infermieristica rispetto alla generica sottocategoria di "paramedico" nella quale è stata inserita nei questionari dell'ultimo censimento della popolazione del 2011.

Più in dettaglio, la risposta dell'Istituto di statistica fa presente che la classificazione Ateco è vincolata alla nomenclatura delle attività economiche Nace, predisposta e riconosciuta a livello

Istituto Nazionale di Statistica

Dipartimento per i censimenti e gli archivi amministrativi e statistici

europeo. Ateco, precisa dunque Calzaroni, è una classificazione di carattere economico, non professionale, e il codice che indica le attività "paramediche" comprende i servizi non erogati da ospedali, medici e odontoiatri. Inoltre, precisa Calzaroni, a tutti i livelli (mondiale, comunitario e nazionale) le leggi o gli Albi professionali non vengono considerati tra i criteri utili a definire la "classe" di riferimento.

Peraltro, il termine "paramedico" è rimasto generico perché finora non si è ritenuto di introdurre un'ulteriore differenziazione all'interno della classificazione e di conseguenza, tra le diverse attività che vi sono comprese, c'è anche quella infermieristica.

Ribadito, quindi, che l'Istat non ha alcun potere per intervenire nel determinare la classificazione, il direttore assicura che rappresenterà la questione posta dall'Ipasvi nel corso del processo di aggiornamento della Nace (che si sarebbe dovuto svolgere quest'anno, ma che molto probabilmente slitterà al prossimo).

Decisioni definitive su un'eventuale nuova classificazione delle attività economiche potranno essere prese solo in sede di Comitato Ateco del quale egli stesso è Coordinatore e al quale assicura che porrà la questione tra i primi punti dell'ordine del giorno.

E tuttavia fa presente che in precedenza, nell'iter di revisione, difficilmente sono state accolti cambiamenti proposti da un solo Stato membro e perciò suggerisce di sollecitare l'interessamento delle rappresentanze professionali di altri Paesi.

In ogni caso, conclude il direttore, decisioni definitive su un'eventuale nuova classificazione delle attività economiche potranno essere prese solo in sede di Comitato Ateco del quale egli stesso è Coordinatore e al quale assicura che porrà la questione tra i primi punti dell'ordine del giorno.

15° CENSIMENTO GENERALE DELLA POPOLAZIONE E DELLE ABITAZIONI 2011

Audizione in Commissione Sanità sulla legge che disciplinerà la continuità assistenziale

Il 13 settembre scorso, il Collegio Ipasvi di Roma è stato convocato in audizione dalla Commissione Sanità del Consiglio regionale del Lazio per esprimere una valutazione sulla proposta di legge n.33, a firma di Giulia Rodano (Italia dei Valori), riguardante la "Disciplina del diritto di continuità assistenziale".
A rappresentare il Collegio, su delega del presidente Gennaro Rocco, è intervenuto ai lavori della Pisana il consigliere Nicola Barbato. Di seguito, i punti salienti della relazione depositata agli atti della Commissione.
Aggiornamenti in tempo reale sull'iter della proposta di legge sono disponibili sul portale istituzionale del Consiglio regionale del Lazio, all'indirizzo: www.consiglio.regione.lazio.it

"Gli infermieri esprimono compiacimento per l'iniziativa legislativa e l'utilità di una norma regionale che assicuri e disciplini il diritto alla continuità assistenziale per ogni cittadino della nostra Regione.
La salute o il suo livello accettabile, anche quando è compromessa, resta un diritto per ogni persona, costituisce la precondizione per il benessere e la qualità della vita, è riferimento per misurare la riduzione della povertà, lo sviluppo della coesione sociale e l'eliminazione delle disuguaglianze.
Pertanto, l'adozione di strategie 'non ospedaliere' è fondamentale per offrire risposte concrete sul piano sanitario e socio-assistenziale ai cittadini che esprimono o ne evidenziano il bisogno. Tale bisogno, come pure la necessità di cure e di assistenza infermieristica qualificata, deve ricevere risposte che garantiscano la continuità terapeutica ove questa sia stata individuata, voluta e accettata dal cittadino.
Siamo certi che tutti condividono il fatto che la salute sia un elemento basilare, ma sappiamo anche che la spesa sanitaria è in continua crescita. Il piano di rientro della Regione Lazio e la difficoltà economica di recupero e sviluppo di risorse ha portato ad individuare strategie di innovazione o riorganizzazione dei modelli di assistenza preesistenti, attraverso l'ottimizzazione e la valorizzazione delle risorse disponibili, così come previsto da questa proposta.
Gli infermieri sono consapevoli che garantire il più alto livello di appropriatezza e qualità nella continuità assistenziale serve principalmente a contrastare con forza sprechi e inefficienze. Ugualmente, assumere la responsabilità della presa in carico implica una competenza capace di individuare e utilizzare strumenti, anche multidimensionali, per comprendere le priorità sanitarie e socio-assistenziali ed essere garante dei risultati assistenziali previsti. Così il ruolo del *Care Manager* e del *Case Manager*, già utilizzati con beneficio in altre realtà nazionali e non, possono trovare giusta collocazione in questo progetto.

Chi è chiamato a predisporre interventi specifici normativi deve considerare e riconoscere, con senso di equità, i comportamenti dei tanti professionisti infermieri che quotidianamente già lavorano sul territorio, a domicilio e nelle strutture socio-sanitarie, un impegno che utilizza principalmente professionalità, umanità, relazione e fiducia verso l'altro, che ogni giorno esprime con passione e spirito di servizio il proprio dovere verso la collettività.

Valorizzare la risorsa professionale infermieristica nella continuità assistenziale significa dimostrare con azioni concrete la volontà di cambiamento nella sanità regionale, rispondendo alla domanda di salute con una logica di prestazioni misurabili, affidabili e riconosciute dal cittadino.

In questa direzione, Il Collegio Ipasvi di Roma e Provincia ritiene che il principio di continuità debba essere valorizzato attraverso le seguenti azioni:

- il percorso assistenziale deve prevede procedure che garantiscano la centralità del paziente;
- l'organizzazione dei servizi deve poter sviluppare azioni in grado di descrivere il percorso assistenziale senza soluzioni di continuità, rispettando i diritti del cittadino;
- la formazione e la ricerca svolta dagli operatori sanitari e sociali coinvolti deve adottare strumenti innovativi e flessibili;
- la comunicazione con i cittadini, per una capillare informazione sull'offerta regionale di continuità assistenziale, deve illustrare e divulgare le diverse tipologie di prestazioni offerte e i servizi disponibili;
- l'integrazione con la rete ospedaliera e dei servizi territoriali deve essere implementata e in questa chiave i processi di informatizzazione rappresentano una soluzione perseguibile.

Dunque, la proposta di legge in oggetto trova una sostanziale condivisione da parte degli infermieri, nella convinzione che questa figura professionale, indispensabile e insostituibile per garantire la continuità assistenziale auspicata, venga utilizzata per quello che è: la professione responsabile dell'assistenza generale infermieristica, capace di promuovere nuove modalità di lavoro interdisciplinare e di squadra e di sviluppare la cultura dell'outcome e della valutazione come condizione necessaria ad assicurare la qualità e l'appropriatezza del servizio.

Per tale ragione e con l'obiettivo di migliorare il testo della proposta di legge regionale in questione, il Collegio Ipasvi di Roma chiede di rendere maggiormente evidente la centralità della figura infermieristica nei processi che sovrintendono all'assistenza sanitaria e alla sua continuità".

AVVISO IMPORTANTE AGLI ISCRITTI

Pagare tutti per pagare meno!

Come da impegno assunto dal Consiglio Direttivo è iniziata la campagna di recupero crediti oggetto di morosità.

Questo, secondo il principio: "se paghiamo tutti possiamo pagare tutti meno".

Com'è noto, la tassa annuale di iscrizione al Collegio Ipasvi è obbligatoria: si tratta di una somma che serve a finanziare tutte le attività del Collegio, tra cui una gran quantità di iniziative che tornano utili a tutti gli infermieri in termini di servizi (in larga parte gratuiti).

In questi anni, il Collegio di Roma ha moltiplicato le sue prestazioni, ha assistito un numero sempre crescente di colleghi, ha incrementato l'attività in tutti i campi istituzionali: dall'aggiornamento alla formazione professionale, dai servizi di front-office alle consulenze specialistiche, dallo sviluppo dei servizi informatici alla ricerca.

Collegio Ipasvi di Roma

In sostanza, ogni centesimo che gli iscritti sono chiamati a versare torna indietro sotto forma di nuovi servizi, maggiore rapidità, qualità e gratuità delle prestazioni.

In un periodo di grave crisi finanziaria come quello attuale, il Collegio ha ritenuto di dover compiere un ulteriore sforzo di razionalizzazione interna per poter contenere al massimo il costo dell'iscrizione.

Così, già per il 2012, la quota annuale a carico degli iscritti è stata significativamente ridotta, senza, per questo, intaccare la rete dei servizi che ha avuto anzi un'ulteriore implementazione.

Ma, pagare meno si può a patto che tutti lo facciano con regolarità: chi non versa la quota di sua spettanza, beneficia dei servizi offerti dal Collegio gravando sui colleghi che la pagano regolarmente.

Tutta la normativa vigente e da ultimo la legge 43/2006 stabilisce l'obbligatorietà dell'iscrizione al Collegio e vincola a questa la possibilità di esercitare la professione.

La stessa normativa impone al Collegio di attivare il recupero forzoso delle morosità.

Il processo di riscossione coatta delle quote di iscrizione non versate comporta la "messa in mora" dell'iscritto e culmina nella sua cancellazione dall'Albo Professionale.

Perciò cara/o Collega, se non lo hai ancora fatto, mettiti subito in regola con il versamento delle quote di iscrizione arretrate, evitando così di essere incluso nel procedimento di riscossione coattiva che partirà il 1 dicembre 2012 e comporterà l'aggravio della sanzione per il mancato pagamento.

Se sei moroso, contatta il Collegio al numero dedicato 06.37511597 o all'indirizzo mail: cinzia.testa@ipasvi.roma.it per conoscere la tua posizione ed avere i dati per effettuare il pagamento.

Ogni sforzo compiuto in nome della professione è un prezioso investimento per il nostro futuro!

n.b.: Immediatamente dopo aver effettuato il pagamento, è necessario inviare copie del bollettino al numero di fax 06.45437034 o all'indirizzo: cinzia.testa@ipasvi.roma.it per permetterci di chiudere la posizione debitoria.

Ecm, ecco le nuove regole pubblicate in Gazzetta Ufficiale

È stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il nuovo accordo sul sistema di formazione continua in medicina (Ecm) che traccia nuove regole per rendere omogeneo il sistema su tutto il territorio nazionale, introducendo una maggiore integrazione tra i diversi attori della formazione in sanità.
Il documento sancisce definitivamente il passaggio dall'accreditamento dei singoli eventi alla situazione attuale, che prevede quello dei *provider*, introducendo alcuni importanti elementi di novità soprattutto sul ruolo rivestito da Ordini, Collegi ed Associazioni.
Diversi sono i contenuti inclusi nel documento: le linee-guida per i Manuali di accreditamento dei *provider* a livello nazionale e regionale; l'istituzione dell'Albo dei Provider; i crediti formativi richiesti per il triennio 2011-2013; le regole per i corsi tenuti da Ordini e Collegi; gli obiettivi formativi del programma Ecm; il sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità e le regole per i liberi professionisti.
Confermati in 150 i crediti formativi richiesti complessivamente per il triennio 2011–2013. Per ogni anno i professionisti dovranno acquisire un minimo di 25 crediti e un massimo di 75. Si prevede la possibilità di riportare fino ad un massimo di 45 crediti dal triennio 2008-2010, a condizione che il professionista abbia pienamente ottemperato al debito formativo previsto per il triennio precedente di 150 crediti formativi oppure 90.
In pratica, dal triennio 2005-2007, il professionista che ha acquisito 60 crediti formativi può detrarli dal numero di crediti complessivo (150) relativo al successivo triennio (2008-2010) e acquisire 90 crediti Tale misura consente di detrarre ulteriormente nel triennio in corso (2011-2013) 45 crediti formativi e quindi acquisire 105 c.f. Chi non ha acquisito i crediti formativi sulla base delle indicazioni riportate, deve per ogni periodo, acquisire 150 crediti formativi.
Il nuovo accordo conferma le diverse modalità di formazione così come i criteri per l'assegnazione dei crediti, definiti dai precedenti documenti: **formazione residenziale; convegni, congressi, simposi, conferenze (con oltre 200 partecipanti); workshop, seminari, corsi (anche all'interno di congressi ecc.); formazione residenziale interattiva; training individualizzato; gruppi di miglioramento; attività di ricerca; audit clinico e/o assistenziale; autoapprendimento senza tutoraggio; autoapprendimento con tutoraggio; docenza e tutoring.**

Il ruolo degli sponsor

I professionisti possono conseguire, al massimo, 1/3 dell'intero ammontare di crediti del triennio attraverso la partecipazione ad eventi formativi su invito diretto di sponsor (qualsiasi soggetto privato che fornisce finanziamenti, risorse o servizi a un *provider* Ecm mediante un contratto a titolo oneroso in cambio di spazi di pubblicità o di attività promozionali per il nome e/o i prodotti del soggetto sponsorizzante); ogni professionista sponsorizzato deve trasmettere al *provider* che gestisce il corso una copia dell'invito o una dichiarazione sottoscritta attestante l'invito o l'autorizzazione della propria amministrazione a partecipare in virtù dell'invito da parte dello sponsor.
Al professionista che consegue, in seguito alla sua partecipazione su invito diretto da parte delle Aziende, un numero di crediti superiore a un terzo dell'intero ammontare di crediti del triennio, l'eccedenza non verrà considerata al fine del computo totale dei crediti necessari per il triennio.

I requisiti minimi per l'accreditamento

L'accordo descrive i requisiti minimi richiesti per accreditare un soggetto organizzatore di eventi formativi, ovvero il *provider.*
Sono indicati i requisiti amministrativi, organizzativi e scientifici dell'aspirante provider, le risorse finanziarie e organizzative che deve dimostrare di avere, l'indipendenza da interessi commerciali e le procedure per il controllo della qualità dell'offerta formativa.
La scelta di definire criteri comuni risponde all'obiettivo di assicurare omogeneità alla formazione continua del personale sanitario che opera e si muove su tutto il territorio nazionale.
Ogni anno, il 10% dei provider dovrà essere ispezionato dall'Ente che lo ha accreditato (Commissione nazionale, regionale o provinciale) per verificare requisiti e qualità.

La aree di formazione

Sono 29 le aree in cui si articolano gli obiettivi formativi della formazione, che vanno a comporre il "dossier formativo individuale" di ciascun professionista, che dovrà integrare obiettivi formativi di sistema (con tematiche di valore strategico aziendale), obiettivi formativi di processo (con tematiche legate al miglioramento della qualità dei processi nella specifica area sanitaria in cui si opera) e obiettivi formativi tecnico-professionali (rivolti all'acquisizione di conoscenze e competenze nel settore di attività).
Indicati come di particolare rilievo per il Ssn e i Ssr le tematiche legate all'umanizzazione delle cure e terapia del dolore e alla qualità dei sistemi e dei processi clinico-assistenziali. Non potranno rientrare nel sistema Ecm i corsi di formazione sulle me-

dicine non convenzionali, che potranno essere oggetto di corsi soltanto se il programma prevede prove di efficacia e un confronto con la medicina tradizionale.

Le novità

Gli Ordini, i Collegi, le Associazioni professionali e le relative Federazioni rivestiranno un ruolo centrale nella certificazione della formazione svolta.

Per tale finalità è operante il CO.GE.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie) deputato a gestire l'anagrafe nazionale dei crediti Ecm. Quest'ultimo riceve le informazioni relative al conseguimento crediti Ecm da parte dei *provider* nazionali e regionali e in futuro renderà disponibili tali informazioni a Ordini, Collegi e Associazioni, affinché gli stessi possano certificare, al termine del triennio formativo (2011 – 2013) i crediti acquisiti. La certificazione avverrà con modalità che saranno comunicate dagli Ordini, Collegi e Associazioni ai propri iscritti.

L'Accordo riconosce, a differenza del passato, ad un ruolo decisivo nella formazione continua per Ordini, Collegi ad Associazioni in quanto la loro offerta formativa potrà consentire ai professionisti formarsi su tematiche di particolare rilevanza tecnico professionali. Accanto alle materie "proprie" (etica, deontologia, legislazione, informatica, inglese e comunicazione), il documento prevede la possibilità che Ordini e Collegi organizzino anche corsi su materie tecnico-professionali, ma in modo da non superare il 50% dell'offerta complessiva.

I liberi professionisti

I liberi professionisti avranno una maggiore flessibilità nell'acquisizione dei crediti annuali. Proprio per rispondere alle loro esigenze formative si è data la possibilità ad Ordini, Collegi e Associazioni professionali di organizzare corsi su materie tecnico-professionali, che però non potranno avere sponsorizzazioni commerciali e dovranno essere gratuiti o a costo minimo.

Esoneri

Nella circolare del Ministro della Salute del 5/03/02 N. DIRP 3 /AG/448, al comma 15, viene chiarito che è esonerato dall'obbligo dell'Ecm - per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza) - il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propria della categoria di appartenenza:

- corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, previsti e disciplinati dal Decreto del Murst del 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella G.U. n. 2 del 4 gennaio 2000;
- corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Dlgs 17 agosto 1999, n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli;
- formazione complementare; es. corsi effettuati ai sensi dell'art. 66 "Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza" di cui al Dpr 28 luglio 2000, n. 270, Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;
- corsi di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) "Piano di interventi contro l'Aids" di cui alla Legge 5 giugno 1990, n. 135, pubblicata nella G.U. n. 132 dell'8 giugno 1990.

Sono esonerati, altresì, dall'obbligo Ecm i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n.1204, e successive modificazioni, nonché in materia di adempimento del servizio militare di cui alla legge 24 dicembre 1986, n.958, e successive modificazioni, per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

Si precisa che occorre conservare la documentazione comprovante la facoltà della fruizione dell'esonero, data l'impossibilità di frequentare i corsi.

L'esonero dall'obbligo di acquisire i crediti è valido per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui i soggetti interessati usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

Occorre specificare che nel caso in cui il periodo di assenza dal lavoro ricadesse a cavallo di due anni, l'anno di validità per l'esenzione dai crediti sarà quello in cui il periodo di assenza risulta maggiore.
Ad esempio: se l'astensione obbligatoria cade nel periodo da settembre 2003 a gennaio 2004, l'esenzione dall'obbligo di acquisire i crediti sarà valida esclusivamente per l'anno 2003, ossia per l'anno 2003 non si devono acquisire i crediti.
Eventuali crediti percepiti nell'anno di esenzione non possono essere portati in detrazione per l'anno successivo, in quanto vengono assorbiti dal diritto di esonero vantato dall'operatore per le tipologie indicate precedentemente.
Sono altresì esonerati, in base alla Determina della Commissione Nazionale per la Formazione Continua del 13 gennaio 2010, gli operatori sanitari che assumono incarichi di alta amministrazione di natura gestionale (a titolo esemplificativo Direttori generali dei Ministeri e delle Agenzie nazionali).

Si precisa che il debito formativo per il professionista iscritto per la prima volta all'Albo professionale decorre dall'anno successivo a quello di conseguimento del titolo e dell'iscrizione all'Albo stesso.
Se la data di iscrizione all'Albo professionale non è immediatamente successiva alla data del conseguimento del titolo abilitante, è comunque legittimo ritenere l'obbligo formativo vigente dall'anno successivo a quello di iscrizione.

NOTIZIE IN PILLOLE

L'altra faccia del tabacco

Dalla foglia di tabacco nuovi farmaci per contrastare virus come l'Hiv e altre gravi patologie. Queste le conclusioni a cui è giunto il progetto di ricerca internazionale "Pharma-Planta", a cui partecipano ricercatori del Cnr (Istituto di Biologia e Biotecnologia agraria Ibba-Cnr e Istituto di Genetica vegetale Igv-Cnr), dell'Enea (Laboratorio Biotecnologie) e dell'Università di Verona (Dipartimento di Biotecnologie).
"Pharma-Planta" è partito nel 2004, finanziato dalla Commissione Eropea con 12 milioni di euro ed ha coinvolto 40 gruppi di ricerca appartenenti a 33 istituzioni di ricerca e industriali.
Il Cnr ha comunicato che, utilizzando piante geneticamente modificate di tabacco, è stato prodotto e purificato un anticorpo umano che neutralizza ad ampio spettro molti isolati del virus Hiv-1 e potrebbe diventare strategico per ridurre la diffusione del virus nei Paesi più poveri e più colpiti.
La sperimentazione clinica è iniziata nel giugno 2011 presso l'Università del Surrey (Regno Unito). L'impianto realizzato per questo primo farmaco "verde" potrà essere utilizzato per produrre e purificare dalle piante altre proteine ricombinanti con effetti farmacologici.
"Pharma-Planta" ha messo a punto numerose metodologie per lo sviluppo di biofarmaci da piante, oggi largamente diffuse tra i ricercatori di tutto il mondo. Ha prodotto circa 200 articoli su riviste scientifiche internazionali, sottoscrivendo un accordo per il libero accesso ai risultati e ai prodotti del progetto (copyright, brevetti, varietà vegetali).

Ricerca infermieristica Al via il nuovo bando del premio "Gemma Castorina"

Il Collegio Ipasvi di Grosseto indice, anche per il 2013, un concorso nazionale di ricerca infermieristica per ricordare la collega Gemma Castorina, deceduta nel 2011 durante una delicata operazione di elisoccorso in Toscana.
Il significato di questa scelta scaturisce dal principio che la ricerca rappresenti uno strumento fondamentale per lo sviluppo scientifico della professione, poiché misura le conoscenze prodotte e la capacità di tradurle in miglioramento della qualità dell'assistenza offerta ai cittadini; rappresenta l'elemento imprescindibile per migliorare la disciplina infermieristica e per applicare interventi assistenziali efficaci.
In occasione della XII edizione, vi saranno tre riconoscimenti: due premi speciali ed il premio principale del Collegio in collaborazione con la Provincia di Grosseto a sostegno di un progetto di ricerca per poterne favorire l'avviamento.
Gli argomenti - e i premi - sono i seguenti.
Primo premio "Infermiera Gemma Castorina (3.500 euro): i candidati dovranno produrre un progetto di ricerca infermieristica concretamente attuabile in un qualsiasi ambito afferente alle discipline infermieristiche.
Secondo premio speciale (1.000 euro): I candidati dovranno produrre un elaborato inerente "La valutazione degli esiti assistenziali nel nuovo contesto del contenimento della spesa sanitaria".
Terzo premio speciale (1.500 euro, riservato agli infermieri dipendenti della Ausl 9 Grosseto). I candidati devono produrre un elaborato inerente "L'approccio integrato tra le strutture ospedaliere e territoriali nella gestione delle maxi-emergenze".

Possono partecipare al concorso: gli iscritti negli Albi dei Collegi Ipasvi che operano nel territorio nazionale e, solo per il premio speciale Università, gli studenti al III anno.
L'elaborato può essere redatto da un singolo partecipante o da un gruppo di infermieri. Per il premio Collegio/Provincia, il gruppo di lavoro può essere multi-professionale, purché il coordinatore della ricerca sia un infermiere e l'ambito di ricerca afferente alle discipline infermieristiche.
Ai premi speciali non possono partecipare i professori ordinari o associati di Scienze Infermieristiche.
Considerato che l'intento del Concorso è valorizzare la ricerca e i risultati reali di beneficio per le persone con bisogni di salute, i vincitori si devono impegnare ad attuare i progetti di ricerca presentati, a presentare i risultati conseguiti applicando il progetto specifico dopo un anno dal Premio.
La domanda di partecipazione al concorso, redatta in carta semplice, dovrà essere indirizzata al Presidente del Collegio Ipasvi di Grosseto (via Repubblica Domenicana 80, 58100, Grosseto) entro le ore 12 dell'11 febbraio 2013.
L'elaborato dovrà pervenire in quattro copie e dovrà essere contenuto in un cd.
I dati anagrafici (cognome, nome, luogo e data di nascita, residenza, Albo d'iscrizione, domicilio e telefono) dovranno essere riportati nella scheda raccolta-dati allegata.
La valutazione dei lavori sarà effettuata considerando: il rispetto degli aspetti etico- deontologici; la validità della metodologia scientifica; i fondamenti teorici della ricerca (per il premio Collegio/Provincia); l'aderenza allo schema di ricerca proposto (per i premi speciali); l'operatività di eventuali strumenti attuati o proposti ed il congruo utilizzo delle risorse impiegate o previste.
La premiazione è prevista durante la celebrazione della Giornata internazionale dell'Infermiere che si svolgerà a Grosseto il 12 maggio 2013.

Per informazioni, la Segreteria del Collegio Ipasvi di Grosseto è aperta martedì e giovedì dalle 9 alle 11 e mercoledì dalle 15 alle 17. Telefono: 0564.22975; mail: grosseto@ipasvi.legalmail.it

Ipasvi Cup 2012: vince il Cristo Re

Passa agli archivi il quarto Memorial "E.Grassi e L.Patrizi"-Ipasvi Cup, il campionato di calcio a cinque riservato agli infermieri di Roma e provincia e promosso dal Collegio di viale Giulio Cesare. A conquistare la vittoria è stata la squadra dell'ospedale Cristo Re che, in questo modo, bissa il successo ottenuto nel 2008, al termine della prima edizione del torneo.
L'ultima avversaria ad arrendersi è stata - come lo scorso anno - la compagine dell'ospedale Sandro Pertini, al suo secondo piazzamento d'onore in altrettante partecipazioni alla manifestazione. Completa il podio, la squadra dell'ospedale San Giovanni che ha battuto, nella finale per il terzo posto, i campioni uscenti dei Castelli Romani.
La cerimonia di premiazione si è svolta a giugno, durante la manifestazione Sanit 2012, come testimoniano le immagini che riportiamo in queste pagine.
Come ogni anno, un ringraziamento sentito va a tutti i partecipanti che, con impegno, hanno preso parte alla competizione.
Appuntamento, dunque, alla prossima edizione, che avrà inizio durante il mese dinfatti, in concomitanza con Sanit 2013, sta pensando di organizzare un torneo nazionale di calcio a sette per infermieri.
Sono già partite le lettere di invito ai colleghi di tutti i Collegi Ipasvi d'Italia: Roma sarà rappresentata dai più meritevoli tra gli iscritti al prossimo Memorial "Grassi/Patrizi".

Luigi Di Bartolomeo

PREMIAZIONI IPASVI CUP 2012

1 POSTO:	**CRISTO RE**
2 POSTO:	**SANDRO PERTINI**
3 POSTO:	**SAN GIOVANNI**
PREMIO FAIR-PLAY:	**SANDRO PERTINI**
Miglior giocatore e capocannoniere:	**Luca Di Carlo** (Cristo Re)
Miglior portiere:	**Salvatore Roccia** (Castelli Romani)

Luca Di Carlo, premiato come miglior giocatore e capocannoniere

Salvatore Roccia, premiato come miglior portiere

Un momento della premiazione

Ospedale San Giovanni

Ospedale Cristo Re

Associazione Infermieristica Transculturale (Ait)

Ospedale Sandro Pertini

Castelli Romani

Collegio Ipasvi di Roma

Ospedale Sant'Andrea

Ospedale San Filippo Neri

Policlinico Umberto I - scuola infermieri

NOTIZIE IN PILLOLE

Nuova luce sulla Sindrome dell'X fragile

Sulla rivista "Molecular Cell" è stata pubblicata una nuova ricerca condotta per scoprire alcuni meccanismi chiave alla base della Sindrome dell'X fragile.

In questa patologia, che è la forma di insufficienza mentale ereditaria più diffusa, l'assenza della proteina FMRP causa una sregolata produzione proteica in corrispondenza delle sinapsi che a loro volta subiscono delle modificazione strutturali causando deficit nell'apprendimento e nella memoria, e inoltre si instaura una iperattivazione dei cammini di segnalazione.

Il docente di Biologia Cellulare e Neurologia della Emory University School of Medicine, Gary Bassell, e i suoi collaboratori si sono concentrati in particolar modo sulla proteina PSD-95, che sembra avere un ruolo incisivo nel legame tra le molecole di segnalazione delle sinapsi neuronali. Gli studi hanno indicato che i neuroni hanno bisogno di produrre a richiesta nuove proteine in determinate sinapsi affinché avvengano i processi di memoria e di pensiero.

Da quanto sembra, la Fmrp si è evoluta per poter sfruttare il microRNA per tenere sotto controllo la sintesi proteica nelle sinapsi. I ricercatori pensano che non poter più sintetizzare la PSD-95 sia importante nella produzione di una mutazione della sinapsi.

Estate di emergenza in corsia Ma tanta solidarietà per l'Emilia

Un'estate bollente. E non solo per gli afosi anticicloni africani.
Quest'anno, alla consueta emergenza di personale, se ne è aggiunta un'altra: l'emergenza stipendi!
A Roma e in tutta la regione gli infermieri, insieme ai medici ed agli altri professionisti sanitari, protestano.
Il problema investe molte strutture pubbliche e private, comprese quelle di maggior prestigio della capitale. **Il Messaggero** (17/5/12) titola: "Policlinico Gemelli, allarme fondi: a rischio gli stipendi". Nel servizio si legge: *"C'è il serio rischio che il policlinico Gemelli non possa pagare gli stipendi di maggio a tutti i dipendenti, medici compresi. Da quattro mesi la Regione Lazio non versa un euro e le banche stanno stringendo i cordoni del Credito"*. E ancora: *"Ogni trenta giorni dovrebbero arrivare al Gemelli 38 milioni di budget, il che vuoi dire che solo nel 2012 il credito ha raggiunto quota 152 milioni"*.
Proteste anche nelle strutture del gruppo Idi. Lo stesso quotidiano romano scrive: "Idi, il direttore sentito in procura. Gli stipendi pagati entro maggio". Nell'articolo si legge: *"Alcuni mesi fa il procuratore aggiunto di Roma, Nello Rossi, ha ricevuto un esposto anonimo e di certo i dipendenti hanno protestato più volte lamentando il ritardo nel pagamento degli stipendi"*.
I giorni passano e le proteste si inaspriscono. **Italia Sera** (29/5/12) titola: "San Carlo-Idi, medici ed infermieri protestano sul tetto dell'ospedale". Sotto accusa *"il ritardo con cui da mesi i lavoratori del gruppo Idi Sanità percepiscono gli stipendi"*.
La situazione si complica ulteriormente e **La Repubblica** (20/7/12) dedica un ampio servizio all'emergenza stipendi. Il titolo: "Al Fatebenefratelli e al San Raffaele infermieri senza stipendio da due mesi. Il Collegio infermieri: "Ritardi negli stipendi e carenze in corsia". Nel servizio si legge: *"Gli infermieri del Fatebenefratelli e del San Raffaele non percepiscono un centesimo da maggio. Non solo. Anche il personale del policlinico Gemelli subisce un ritardo nei pagamenti di diverse settimane. Le cause? Tagli, debiti accumulati e soldi che non arrivano alla Regione nei tempi previsti"*.
La situazione è molto difficile anche nelle cliniche private. E non soltanto a Roma.
Latina Oggi (15/5/12) scrive: "Aprilia, dipendenti senza stipendio a Villa Carla e Villa Silvana". *"Niente stipendi e scatta puntuale la protesta anche nelle strutture sanitarie private più importanti della città"*.
Niente stipendi e nessun investimento sugli organici infermieristici ridotti ormai ovunque sotto la soglia della sicurezza.
Gli infermieri sono merce sempre più rara ma di assunzioni neanche l'ombra.
Così, fanno notizia i numeri record di un concorso indetto dall'Azienda ospedaliera di Lecco per un solo posto da infermiere.
Il quotidiano **La Provincia di Lecco** (21/5/12) titola: "Un posto da infermiere Assalto anche dal Sud". E racconta di un pellegrinaggio davvero incredibile: *"810 i candidati iscritti, 552 quelli che si sono presentati l'altro giorno. Da tutta Italia, ma in particolare da Campania, Puglia e Sicilia. La curiosità è che alcuni di questi candidati si sono presentati in gruppo dopo aver affittato un pullman dal Sud: martedì, hanno sostenuto in mattinata un concorso a Torino e poi, nel pomeriggio, quello all'ospedale Manzoni"*.
Le assunzioni restano dei veri e propri miraggi, eppure gli infermieri continuano a rimanere in vetta alla classifica delle professioni più ricercate.
Il **Quotidiano Nazionale** (26/5/12) pubblica un servizio sulle professioni introvabili. Nessuna sorpresa: gli infermieri si confermano al vertice della top ten. Il titolo: "Lavoro, 100.000 posti che nessuno cerca". Il servizio riferisce degli ultimi dati diramati dall'Ocse: *"L'ultimo rapporto Ocse traccia i confini di quello che sembra un punto di non ritorno per i giovani, almeno nei prossimi anni: lo scorso marzo, i ragazzi tra i 14 e i 24 anni senza impiego nei paesi dell'Organizzazione mondiale erano 11 milioni, pari al 17,1% dei coetanei attivi sul mercato del lavoro. Prima di oggi, il peggio era stato toccato nel 2008, con un 13% circa. Gli introvabili: infermieri in cima alla classifica delle professioni più richieste dal mercato. Poi falegnami, cuochi, fabbri. Sono 25 i profili che sembrano introvabili per i quali c'è una disponibilità complessiva di 100 mila posti; tra questi, gli infermieri restano, di anno in anno, in cima alla classifica"*.
Il Sole 24 Ore (9/6/12) pubblica un ampio servizio sui dati Istat riferiti all'occupazione giovanile.
Il quadro generale non è incoraggiante: "A quattro anni dalla laurea, disoccupati tre su dieci", titola. E spiega: *"Aumenta il numero complessivo dei laureati ma calano i livelli di occupazione. A un anno dalla laurea, quanti hanno concluso un corso*

specialistico sono occupati nel 67,5% dei casi, mentre quattro anni dopo il titolo salgono all'82%. Percentuali che dicono, quindi, che quasi quindici laureati su cento hanno difficoltà a trovare un impiego. Risultati migliori sono invece quelli ottenuti da chi ha scelto di seguire un percorso di studio triennale, e in particolare per i corsi di laurea nelle professioni sanitarie (quelle infermieristiche e ostetriche fanno registrare il 95% di occupati, quelle riabilitative, della prevenzione e tecniche oltre il 90%), delle Scienze della Sicurezza (92,8%), delle Scienze Informatiche (83,3%) e delle Scienze dell'Amministrazione (79,8%)".

Eppure, nonostante l'aumento delle domande e la grande richiesta del mercato, nelle Università i posti per gli studenti di Infermieristica diminuiscono. E dal Miur arrivano altri tagli.

Il **Sole 24 Ore Sanità** (26/6/12) titola: "Università - Lauree, 10mila posti in meno". L'articolo spiega: *"Mancano circa 10mila posti rispetto al fabbisogno indicato dalle Regioni nei bandi che il Miur ha predisposto per decreto per l'ammissione ai corsi di laurea 2012-2013 per l'area di Medicina... Per le professioni sanitarie l'offerta è ancora una volta inferiore di circa ottomila posti sia rispetto alla richiesta di 34.729 delle categorie che ai 35.709 delle Regioni (-23%). Quasi tutta la carenza di posti rispetto alle richieste si concentra sulla professione di infermiere: 8.024 (-33%) posti i meno".*

Intanto, il malconcio Servizio Sanitario Nazionale si tinge sempre più di rosa.

Il Corriere della Sera (10/6/12) scrive: "Un Servizio Sanitario sempre più al femminile". E fornisce le cifre della monografia: "Personale delle Asl e degli Istituti di cura pubblici", a cura del ministero della Salute, che presenta i dati al 2009 del personale dipendente delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e delle Aziende ospedaliere.

Si legge: *"La presenza femminile risulta prevalente, con 407.651 operatrici, quasi il doppio dei colleghi uomini (238.432). Nel dettaglio, sul totale di 107.179 medici si contano 38.216 donne (pari al 35,7%). Tra gli infermieri, 264.093 in totale, la quota delle donne è invece del 76,7%. Rispetto al 2008, il numero totale di dipendenti è in lieve aumento (+0,8%), così come la presenza femminile (+1,8%)".*

A Roma i problemi dovuti alla grave carenza di personale sanitario si fanno esplosivi e la cronaca riprende il sopravvento. I titoli si inseguono per settimane sulla stessa drammatica emergenza.

Qualche esempio? **Il Tempo** (17/5/12) titola "La rivolta del personale. San Camillo occupato".

Si legge: *"Prima infermieri e ausiliari, ora anche i medici. Il San Camillo è in stato d'agitazione totale con l'occupazione virtuale dell'ospedale. Pronto soccorso in tilt, letti in corridoio e blocco dei ricoveri: ecco i problemi ancora irrisolti".*

Italia Sera (1/6/12) scrive: "Al Pertini non garantiti i livelli essenziali d'assistenza". Sotto accusa *"l'effetto perverso dell'azione del piano di rientro dal deficit della Regione Lazio e del perdurare del blocco delle assunzioni sancito a livello governativo".*

Il dramma degli organici a brandelli moltiplica i suoi effetti con le ferie estive.

Sui giornali è una raffica quotidiana di allarmi.

Il Messaggero (19/5/12) lancia il primo dalla provincia romana: "Dagli Ospedali Riuniti Sos infermieri per l'estate".

Il Tempo (24/5/12) gli fa eco con l'emergenza alla Asl RmG: "Pochi infermieri e tecnici. Saltano le ferie in sei ospedali". Lo stesso quotidiano romano (23/6/12) ripete, stavolta per la Asl RmH: "Gli infermieri non ci sono. Ospedali a rischio paralisi".

L'estate avanza e i problemi aumentano.

La Repubblica (15/8/12) titola: "Umberto I, chiuse per ferie le Oncologie - Sanità, l'assistenza va in ferie".

Libero (17/8/12) rincara la dose e scrive: "Niente chemioterapia: l'Umberto I va in ferie per 7 giorni", aggiungendo fra l'ironico e lo sprezzante: "Ferragosto, chemio mia non ti conosco". Mancano infermieri ovunque e i disagi per i cittadini aumentano. Il Tribunale del malato- Cittadinanzattiva tira le somme.

Il Messaggero (19/5/12) titola: "Pronto soccorso: crescono le denunce per le attese infinite". E spiega: *"Nel 2011 si è aggravata la crisi dei pronto soccorso: il numero di denunce arrivate al Tribunale del malato è decuplicato".*

Il Corriere della Sera (6/6/12) riferisce: "Sant'Andrea, attese e polemiche - Proteste al Pronto soccorso".

Non si salva niente e nessuno. E, come spesso accade, a pagare per tutti sono gli infermieri.

Il Tempo (20/6/12) riporta l'ennesima aggressione dovuta allo stress dell'attesa. Stavolta, lo scenario è il Pronto soccorso dell'Ospedale di Colleferro: "Calci e pugni ad un'infermiera del Pronto soccorso".

Protestano in piazza anche gli infermieri della Polizia. **Ciociaria Oggi** (8/6/12) titola: "Infermieri della polizia in agitazione".

E spiega: *"Anche l'ordine professionale a sostegno degli infermieri della Polizia di Stato che protestano a Roma con un sit-in a Castro Pretorio. Rivendicano un più adeguato inquadramento e un conseguente trattamento economico, in linea con le altre figure professionali laureate in forza alla Polizia".*

Il terremoto scuote l'Emilia e, nel dramma, i media riscoprono il ruolo e il coraggio degli infermieri. Tanti gli attestati di stima per i colleghi che, partiti da tutt'Italia, soccorrono i terremotati. Il presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco, scrive alla sua collega di Modena, la provincia più provata dalla prolungata onda sismica che scatena la paura per settimane. Agli infermieri che si adoperano in prima linea con i soccorritori dice: *"Va a loro tutta la nostra solidarietà e la profonda ammirazione per l'encomiabile opera che stanno svolgendo a salva-*

guardia della salute pubblica in condizioni di lavoro tanto difficili. Un impegno di grande professionalità e umanità che ci colpisce e che rappresenta un esempio per l'intera comunità infermieristica".

ItaliaOggi In un clima di grande dolore, vince la solidarietà. **Italia Oggi** (28/6/12) titola: "Infermieri, cinquemila euro per ogni collegio Ipasvi dell'Emilia Romagna colpito dal sisma".
Si legge: *"È questa la decisione del Consiglio di amministrazione della Cassa di previdenza degli infermieri che ha stabilito di concedere un contributo a fondo perduto per ogni collegio di categoria colpito dal sisma dello scorso maggio".*
L'eco mediatica sul caso della Tbc alla Neonatologia del Gemelli non si spegne.

IL TEMPO Come tutti i quotidiani nazionali, anche **Il Tempo** (1/6/12) segue gli sviluppi giudiziari della vicenda e titola: "Tubercolosi al Gemelli, il Gip dispone una perizia".
Qualche tempo dopo, **Il Messaggero** (7/7/12) scrive: "Tbc al Gemelli, un altro test su tutti i neonati". *"È il primo passo dei superperiti del Tribunale - spiega il quotidiano romano - incaricati di stabilire l'effettiva portata del contagio di tubercolosi nelle corsie del Policlinico Gemelli. Gli esperti, che dovranno firmare una relazione in sede di incidente probatorio e chiarire se la positività al test di più di 164 bambini e 29 dipendenti possa essere definita una patologia".*
Dopo la vicenda del Gemelli, i mass media sono ipersensibili e presto a Roma scoppia un nuovo caso Tbc.
La Repubblica (15/6/12) titola "Allarme Tbc all'Umberto I, la Procura indaga per epidemia".
Nel servizio si legge: *"Il precedente c'è già, quello del Gemelli. E anche per il caso di Tbc della ventiduenne del Bangladesh ricoverata nella clinica ostetrica dell'Umberto I il 10 marzo per partorire il giorno dopo, i magistrati di piazzale Clodio hanno aperto un fascicolo per epidemia colposa".*
In piena estate, un altro caso doloroso scuote la cronaca e ripropone drammaticamente la questione della sicurezza. All'Ospedale San Giovanni un neonato muore per uno scambio di flaconi: latte al posto di soluzione fisiologica. Sotto inchiesta finiscono subito sette medici e 13 infermieri, poi il numero degli indagati sale a 25. I media si scatenano.
Il Corriere della Sera (24/7/12) scrive: "Neonato ucciso dalla flebo - La madre: voglio giustizia". Sul caso si aprono subito tre inchieste: una della Procura di Roma, una interna all'ospedale e una del Ministero.
Libero (25/7/12) va all'attacco del personale sanitario e titola: "Neonato morto: 'Volevano insabbiare i fatti'. Scattano i primi provvedimenti".
Il Messaggero (25/7/12) titola: "Neonato morto, primario sospeso- È scontro tra San Giovanni e Regione". Si legge: *"Tra San Giovanni e Regione è scontro su incubatrici vecchie e carenza di personale. Sospeso il primario del reparto. Sanzioni anche per l'infermiera che somministrò latte in vena e per la caposala".*
Il Collegio Ipasvi di Roma interviene con un comunicato stampa in cui esprime cordoglio per il tragico incidente del San Giovanni e solidarietà ai colleghi coinvolti.
Il vero problema sono le condizioni di lavoro e la mancanza di strumenti per evitare gli errori. Il clima mediatico, però, è sem-

OGGI pre orientato al sospetto. Il popolare settimanale **Oggi** (31/7/12) titola: "Errori in ospedale: in che mani siamo?".
Sulla canicola di un'estate bollente si abbatte pure la *spending review.* Il Governo taglia ancora la spesa sanitaria e nel Lazio sono dolori.
La Repubblica (1/8/12) titola: "Spending review, via altri 974 posti letto e 500 primari". E spiega: *"Via altri 974 posti letto ospedalieri (metà pubblici e metà privati accreditati), oltre ai 2mila 900 già cancellati dal 2006. Via anche 500 primariati. E nel triennio2012-2014, dai trasferimenti finanziari al Lazio scomparirà un miliardo e 200 milioni, più del 12% del Fondo sanitario regionale (9,8 miliardi): 83 milioni in meno per il 2012,160 per il 2013, 180 per il 2014. In tutto, 423 milioni che alla fine del triennio, sommati alle sforbiciate delle manovre finanziane di Tremonti, si attesteranno sul mega-taglio del miliardo e passa".*
Insomma, una sanità protagonista sempre in negativo delle cronache giornalistiche.
C'è però qualche significativa eccezione. Talvolta, anche le buone notizie emergono sulla stampa.
Il Sole 24 Ore Sanità (16/5/12) sottolinea l'ultima virata parla-

Sanità mentare sul futuro degli ospedali psichiatrici giudiziari. "Ospedali psichiatrici giudiziari: dietrofront sulla gestione ai privati" è il titolo. Nell'articolo: *"Dietrofront sulla gestione ai privati. Le nuove strutture che dovranno sostituire gli Opg dovranno essere gestite dalle Asl tramite i Dipartimenti di Salute Mentale. L'ultima bozza di decreto sui requisiti dei centri, rivista dai tecnici del Ministero della Giustizia, corregge l'ipotesi di ministero della Salute e Regione: cancellata la possibilità di affidare la gestione al privato".*
Faticosamente prendono piede alcuni modelli di assistenza da sempre sostenuti con forza dagli infermieri: più sanità territoriale per fare qualità delle cure e risparmio.
E pure qualche organo di informazione se ne accorge.
Il Messaggero (16/5/12) riferisce dell'iniziativa di Zagarolo: "Dall'Asl un ambulatorio infermieristico per limitare gli accessi al pronto soccorso". Il servizio spiega con semplicità il progetto: *"La Asl RmG ha attivato a Zagarolo, nel distretto sanitario di Borgo San Martino, il nuovo Ambulatorio Infermieristico, uno strumento semplice per le cure primarie che non richiedono l'intervento ospedaliero. Il servizio è gestito interamente da personale infermieristico ed ha lo scopo di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso quando non si necessita del me-*

dico".
Le strutture sanitarie della cinta romana sono ancora protagoniste con nuovi progetti di sanità territoriale.
Latina Oggi (25/5/12) titola: "Roccamassima avrà l'infermiere di comunità". Si legge: *"Insieme ai Comuni di Aprilia, Cisterna di Latina e Cori, anche Rocca Massima è riuscita ad assicurare il servizio. Gli infermieri di comunità assicureranno sul territorio la continuità di cure nei programmi di dimissione protetta, i lavori di rete con i medici di medicina generale, gli assistenti sociali ed i volontari, le attività ambulatoriali".*
Il Denaro (29/5/12) si accorge degli sforzi compiuti dall'associazione House Hospital-onlus e del suo bell'esempio: "Per le demenze cure a domicilio e personalizzate" è il titolo. L'articolo: *"Un percorso di cura, assistenza e riabilitazione a misura di paziente e familiari, programmi di stimolazione e riabilitazione studiati ad hoc che la famiglia può continuare a casa in autonomia quando il paziente è dimesso e una parola d'ordine: il malato al centro delle cure, tutto ruota intorno al suo benessere ed alle sue esigenze. È il modello che permette considerevoli cambiamenti nelle cure ai malati di Alzheimer e demenze correlate facendo la differenza sul singolo paziente".*
Il Corriere Laziale (18/6/12) rilancia la novità dal Sud del Lazio. L'esempio è quello di Pontecorvo: "Da oggi Degenza Infermieristica con 15 posti letto".
Si legge: *"Sarà attivata oggi all'ospedale di Pontecorvo l'Unità di Degenza Infermieristica. L'Udì avrà 15 posti letto e costituirà un altro passo in avanti verso la piena attuazione del Decreto n. 80/2010 della Regione Lazio. Sei medici, sei infermieri, sette operatori tecnici assistenziali, un assistente sociale, un medico referente funzionale e il coordinatore del progetto si occuperanno di soggetti affetti da patologie cronico-degenerative in fase post acuta e in progressiva stabilizzazione o in fase di parziale riacutizzazione".*
La gente chiede una sanità più vicina. E vuole gli infermieri.
Ciociaria Oggi (14/8/12) titola: "Laboratorio infermieristico, raccolte 600 firme" riferendo di una petizione popolare a Ceprano, nel Frusinate, per attivare un servizio infermieristico pubblico nel vecchio ospedale dismesso.
Un'ultima buona notizia arriva dal ministero dell'Università: basta con le bizzarrie dei commissari nei test d'ingresso per Infermieristica.
A svelare la novità è il **Corriere della Sera** (26/5/12): "Addio alle domande di cultura generale" titola il quotidiano. Che spiega: *"Dai test d'accesso all'università dovrebbero definitivamente sparire le domande di cultura generale. È la parte dei test più temuta, più discussa, quella dove l'anno scorso era stata infilata la strepitosa domanda sulla grattachecca della Sora Maria per gli aspiranti infermieri alla Sapienza di Roma. I quesiti di cultura generale saranno sostituiti da una serie di quiz di logica e comprensione del testo".*
Sarà meglio!
La grattachecca lasciamola per lenire i bollori mediatici di questa torrida estate 2012.

NOTIZIE IN PILLOLE

Gli Usa "scoprono" la dieta mediterranea

Dai nutrizionisti americani una nuova conferma della salubrità di una dieta che somiglia parecchio a quella tradizionale italiana.
Un gruppo di ricercatori della Harvard School of Public Health ha realizzato una guida in grado di supplire alle carenze del programma di educazione alimentare "MyPlate", elaborato dall'United States Department of Agriculture e aggiornato nel 2008.
Secondo i ricercatori, la "Healthy eating plate" si basa sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e dichiara guerra all'obesità con un regime alimentare basato su prodotti vegetali, ricco di cereali integrali, grassi sani e proteine "buone".
L'obiettivo dichiarato è la riduzione del rischio di sovrappeso e di obesità, ma anche di incorrere in malattie croniche. Ecco i suggerimenti della dieta "made in Harvard": 1. consumare molte verdure, ma limitare le patate perché contengono molto amido che viene digerito rapidamente e hanno un effetto negativo sulla glicemia come tutti i cerali raffinati e i dolci; 2. anche la frutta va bene, ma occorre variare sulla tipologia; 3. sì ai cereali, ma meglio quelli integrali; 4. via libera al pesce, pollame, fagioli e noci. Da limitare le carni rosse perché il loro abuso aumenta il rischio di malattie cardiache, del diabete di tipo 2 e del cancro del colon; 5. utilizzare solo olio di oliva per condire gli alimenti perché ricco di grassi sani e capace di ridurre il colesterolo dannoso; 6. prediligere l'acqua, se si sceglie il tè o il caffè sempre con poco zucchero, il latte va limitato e i succhi di frutta vanno consumati in porzioni ridotte (un bicchiere piccolo al giorno).
Inoltre, il programma "Healthy eating plate" raccomanda di rimanere attivi, praticare attività fisica possibilmente ogni giorno.

Manuale di ricerca infermieristica per gli studenti universitari

È tempo di ripresa delle attività universitarie.
Lo scorso 11 settembre, infatti, si sono svolti in tutta Italia i test d'ammissione ai corsi di laurea in Infermieristica e il testo che vi presentiamo, ad opera di Cecilia Sironi, è stato pensato proprio per gli studenti del corso di laurea in Infermieristica.
Tuttavia, potrà essere utile anche agli studenti del triennio per Ostetricia e a tutti gli infermieri e i professionisti che già operano in ambito sanitario.
Per questo la scelta dell'autrice (attualmente, collaboratore professionale sanitario esperto presso l'Ao "Ospedale di Circolo e F. Macchi" di Varese, e con alle spalle un ruolo di primo piano nella didattica) è stata quella di approfondire le prime tre fasi del processo di ricerca: identificazione del problema; revisione della letteratura e formulazione della domanda di ricerca o ipotesi).
I primi quattro capitoli, unitamente all'ultimo (l'VIII) costituiscono di per sé una parte del testo: quella introduttiva e di contesto a tutta la ricerca e ricerca infermieristica.

I capitoli cinque, sei e sette entrano, invece, nel merito della comprensione e dell'acquisizione di competenze specifiche.
L'impiego di note, tabelle, box e figure, ha lo scopo di chiarire aspetti ritenuti utili, ma anche di approfondire contenuti che non hanno potuto essere trattati con maggior dettaglio nel corpo del testo.
Numerosi allegati offrono invece strumenti pratici utilizzabili per attività didattiche ed esercitazioni di auto-apprendimento.
Chiude il manuale un glossario che riporta anche contenuti non reperibili nel corpo del testo.

Cecilia Sironi
Introduzione alla ricerca infermieristica
I fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana
Casa Editrice Ambrosiana, 2010, pp. 496 (45,50 €)

ERRATA CORRIGE

Nel numero precedente di "Infermiere Oggi" (n. 2/12), in merito all'articolo "Indagine sul vissuto infermieristico…", pubblicato a pagina 45 a firma di Stella Del Ferraro, si precisa, su segnalazione della stessa Autrice, che l'indagine oggetto della trattazione è stata effettuata durante la stesura della tesi di laurea di I livello in Infermieristica, conseguita presso l'Università degli Studi di Roma "Sapienza", sede di Colleferro, grazie alla collaborazione della dott.ssa Luigina Antonelli, Cpse dell'Uo di Cardiologia del suddetto presidio ospedaliero, nonché relatrice della tesi discussa dall'Autrice.
Inoltre, per un mero errore di battitura, si precisa che il presidio ospedaliero di interesse non è il "Paolo Colombo" di Colleferro, bensì il "Parodi Delfino" di Colleferro appartenente alla Asl Roma G.

Un fondamento costituzionale alle cure palliative: l'articolo 32

Il malato ha diritto non solo alle cure mediche per ottenere la guarigione, ma anche a quanto necessario per alleviare il pregiudizio esistenziale. È la Suprema Corte ad affermarlo in una recente sentenza concernente un caso di diritto al rimborso per le cure sostenute all'estero, tra le quali sono da ricomprendere, ad avviso della Corte stessa, non solo quelle volte alla guarigione del paziente, ma altresì quelle meramente palliative (Cass., sez. lav. 18 giugno 2012 n. 9969, in Diritto & Giustizia 2012, 19 giugno, nota di: SCOFFERI).

Il tema della condizione giuridico-sanitaria del paziente, con particolare riferimento ai casi di malati terminali, è stato oggetto, nel nostro paese, di numerose discussioni. Se da un lato si parlava infatti di diritto del paziente a non soffrire, dall'altro lato si sosteneva che il dolore rappresenterebbe solo il sintomo di una malattia, e non meriterebbe di essere combattuto di per sé.

Il Consiglio d'Europa, in un rapporto del 1999 in tema di Protezione dei diritti umani e della dignità del malato terminale e del morente ("Rapporto del Consiglio d'Europa, Protezione dei diritti umani e della dignità del malato terminale e del morente del 21.5.1999"), aveva già rimarcato la necessità che a quest'ultimo non venisse a mancare la prestazione di congrue misure palliative. Si affermava dunque chiaramente in tale rapporto **il diritto del paziente a non soffrire.**

In particolare, veniva previsto che ogni singolo Stato membro dell'Unione europea dovesse: garantire la prestazione di cure palliative quale vero e proprio diritto dell'individuo; assicurare a tutti i malati terminali l'accesso a tali trattamenti; fornire supporto di natura psicologica al paziente e ai parenti dello stesso; fornire efficace assistenza domiciliare; consentire la collaborazione tra i soggetti impegnati nelle cure; garantire la somministrazione di trattamenti palliativi (ove consentiti dal paziente) quand'anche idonei ad abbreviare la vita; incrementare la ricerca in materia di cure palliative; favorire, almeno in ogni grande ospedale, la predisposizione di un Centro di cure palliative; incrementare la sensibilità dei cittadini sul tema della medicina palliativa, quale fondamentale obiettivo della medicina. Infine, controllare il corretto addestramento degli operatori sanitari a fornire adeguata assistenza medica, psicologica ed infermieristica.

Con particolare riferimento alla da ultimo citata assistenza di natura infermieristica, nel nostro ordinamento già il DM n. 739/1994 ("Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"), all'articolo 1, comma 2, nell'individuare l'ambito di operatività dell'assistenza infermieristica di natura tecnica, relazionale ed educativa, specificava come la stessa, oltre che preventiva, curativa e riabilitativa, fosse altresì palliativa. E ancora, in attuazione e nel rispetto di tale disposizione, nel codice deontologico degli infermieri si legge che *"L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione."*(art. 6), e ancora *"L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine*

della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale."(art. 35).
Siffatte disposizioni, già arricchite di contenuto e rese maggiormente effettive sia dall'art. 1 L. 42/1999, sia dalle indicazioni del Consiglio Europeo, generano nuovi spunti di riflessione a seguito della sopra citata recente sentenza della Corte di Cassazione. Da essa infatti emerge una lettura dell'articolo 32 della Costituzione molto ampia, tale da ricomprendere al suo interno non solo il diritto alla salute *stricto sensu*, quale mero diritto alla cura o alla assistenza, intesa nel senso tradizionale di accorgimenti terapeutici idonei a debellare la malattia o ad arrestarne l'evoluzione, ma altresì quello alla dignità umana. Le condizioni di salute oggetto della previsione costituzionale *de qua*, pertanto, coincidono non solo con l'approntamento di mezzi destinati alla guarigione del soggetto colpito, ma anche con quant'altro possa farsi per alleviare il pregiudizio non solo fisico ma anche esistenziale dell'assistito, quantomeno in ragione di

tutto ciò che manifesti concreta utilità ad alleviare la limitazione funzionale, ancorché senza apprezzabili risultati in ordine al possibile regresso della malattia.
Da un siffatto quadro derivano dunque, per quel che interessa ai nostri fini, **importanti ricadute in ordine alla responsabilità professionale del personale infermieristico derivante dalla mancata somministrazione di cure palliative.** Accertata detta responsabilità, infatti, è ammesso per il paziente non solo il tradizionale risarcimento del danno patrimoniale, atipico, (sotto forma di danno emergente e lucro cessante, nella misura in cui il dolore abbia pregiudicato qualche possibilità di lavoro), ma altresì quello del danno non patrimoniale subito, nel pieno rispetto della tipicità che lo distingue, proprio attraverso l'interpretazione estensiva dell'articolo 32 resa dalla Suprema Corte. Tutti i danni direttamente afferenti le condizioni della vita e la sfera individuale ed intima del paziente, la qualità della vita – nel complesso di tutti i suoi molteplici aspetti – che è stata compromessa e degradata dal dolore e dalla sofferenza ingiustamente subiti, trovano dunque collocazione e tutela in detta norma costituzionale, e, tipizzati attraverso essa, diventano così risarcibili.

Avv. Alessandro Cuggiani

STRALCIATA DALLA RIFORMA SANITARIA LA DISTANZA MINIMA DELLE SALE DA GIOCO DALLE SCUOLE..
SI PREVEDEVANO TROPPE ENTRATE ALLA SECONDA ORA...
©BTO'12

NORME EDITORIALI

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

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli direttivi.
Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) introduzione; 3) materiali e metodi; 4) risultati; 5) eventuali discussioni; 6) conclusioni; 7) bibliografia.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet http://www.icmje.org).
Il vantaggio dell'uso del Vancouver Style è nel fatto che la lettura di un testo non interrotto dalla citazione risulta più facile e scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola2) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine dell'elaborato. Il Vancouver Style prevede:
– iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome;
– iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citati;
– in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

CITAZIONI DA INTERNET

Per citare un articolo su una rivista on line, è bene riportare: cognome, nome. "Titolo Articolo." Titolo Rivista. Volume: fascicolo (anno). Indirizzo internet completo (con ultima data di accesso).
Per un documento unico disponibile in rete: Titolo Principale del Documento. Eventuale versione. Data pubblicazione/copyright o data ultima revisione. Indirizzo internet completo (data di accesso).

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

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

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

DATE E NUMERI

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1 gennaio (non l gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.
I numeri da uno a dieci vanno scritti in lettere (tranne che nelle date!). Per tutti gli altri, l'importante è separare sempre con un punto i gruppi di tre cifre. Per le grosse cifre "tonde", usare "mila", "milioni" e "miliardi" invece di "000", "000.000", "000.000.000".

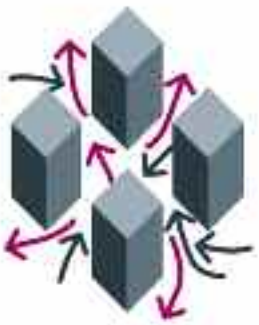
PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

Gli autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.
Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato al Collegio Ipasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

L'INNOVAZIONE PASSA PER LA RICERCA



CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA

COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA

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

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