

INFERMIERE

oggi

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

N°4

EDITORIALE

Sanità, una cura che uccide

CONTRIBUTI

Imparare
a fare ricerca

FOCUS

Annual Report
del Centro di Eccellenza

ATTUALITÀ

Caso Idi-San Carlo
Interviene il Collegio

SANITÀ A RISCHIO

EMERGENZA

INFERMIERE

oggi

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXII - N. 4 - OTTOBRE-DICEMBRE 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: EDS Roma
Impaginazione: Madi Studio di D. Cirillo - Salerno - per Artigrafiche Boccia
Foto: Mario Esposito; Shutterstock

Finito di stampare: dicembre 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 **Sanità, una cura che uccide**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 **Imparare a fare ricerca**
di Maria Grazia Proietti, Teresa Compagnone
- 7 **Come migliorare la qualità di vita nel paziente affetto da Sclerodermia Sistemica**
di Nicoletta Di Gravio, Viola Risi
- 13 **Unità operative di Riabilitazione Specialistica
Riorganizzazione delle unità operative**
di Gabriele Trioni
- 16 **Pratica infermieristica nel mondo occidentale e cure complementari
Un intervento educativo**
di Giulia Quattrone, Teresa Compagnone, Giuseppina Carovillano
- 21 **Il "Risveglio dei cinque sensi"
Ricerca del professionista attraverso l'uomo**
di Annamaria Santandrea, Angela Infante
- 25 **Etica della professione, etica nella professione,
etica del professionista**
di Gennaro Rocco, Alessandro Stievano
- 29 **Indagine conoscitiva sul livello di burn out tra gli infermieri che operano nella Salute Mentale del Distretto sanitario Asl Rm/A**
di Adriana Costa, Ione Moriconi

FOCUS

- 37 **ANNUAL REPORT DEL CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA**

DICONO DI NOI

- 46 **Quando la sanità locale si fa con il salvadanaio**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 50 **Aperte le iscrizioni Ipasvi Cup**
51 **Posta elettronica certificata. È tempo di attivarla gratis!**

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 52 **Bondi nuovo Commissario per la sanità.
L'Ipasvi interviene sul caso Idi-San Carlo**
54 **L'infermiere al centro delle celebrazioni del IV centenario della morte di San Camillo de Lellis**

PILLOLE DI STORIA

- 55 **"Quelli che servono gli infermi". Caratteri generali sull'organizzazione dell'assistenza a Roma nella prima età della Controriforma**
59 **La storia del Policlinico Umberto I**

LETTO PER VOI

- 61 **Un panorama completo sulle tecniche anestesilogiche**
62 **Nursing transculturale. Risultati di una ricerca del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica**

64 LA VIGNETTA DEL MESE



Sanità, una cura che uccide

di Gennaro Rocco

Noi infermieri, che pure ne abbiamo viste di tutti i colori, in un trattamento così bislacco e scriteriato per un malato grave non ci eravamo mai imbattuti. È proprio vero: al peggio non c'è fine. Il nostro Servizio sanitario barcolla in modo impressionante sotto una raffica di tagli: via i posti letto, chiudono reparti e interi ospedali, niente investimenti e addio perfino agli stipendi, con il personale sempre più precario, stanco e demotivato.

Nella nostra Regione, travolta da una crisi finanziaria e politica senza precedenti, il malato rischia grosso. Al capezzale della nostra sanità corrono solo chirurghi che procedono a colpi di bisturi. Non c'è un vero piano terapeutico, non si capisce come il paziente possa riprendersi dopo l'intervento. Manca un progetto di cura chiaro e sostenibile, che riabiliti il malato senza menomarlo ogni volta di un pezzo.

Non si riesce a scorgere nella Regione Lazio alcun barlume di progettualità, neanche un orizzonte di speranza per il rilancio di una sanità che soffre molto. E che tanto fa soffrire cittadini e operatori. Soltanto colpi di cesoia e tagli lineari, così tutti i sacrifici di chi lotta in prima linea vanno in fumo. La rotta è sbagliata, anzi inesistente. Attenzione, qui s'è perso il timoniere!

L'assenza di una strategia si svela soprattutto nei confronti del personale sanitario, mai così tanto bistrattato come in questi tempi di *spending review*. Eppure, in un periodo di grande criticità per il sistema sanitario, con reparti e servizi tenuti in piedi faticosamente solo grazie all'abnegazione di tanti colleghi, il personale andrebbe agevolato, motivato, incoraggiato ad impegnarsi nonostante le avversità perché l'uscita dal tunnel potrebbe essere finalmente a portata di mano.

Ma in questa direzione non si scorge nulla, ormai neppure in prospettiva. La crisi in cui è sprofondata la nostra sanità sembra non avere fine, come avvitata in una spirale perversa di autolesionismo e non si intravede alcun piano per fermare il pericoloso vortice al ribasso. È inevitabile perciò che fra gli

operatori il malessere continui a crescere fino a dilagare.

La percezione generale, sempre più concreta, è che ci si affanni a gestire la quotidianità di una complessa quanto sgangherata macchina sanitaria, senza che nessuno tenga in mano il volante e guardi al di là del parabrezza per condurla alla meta. Non è certo il modo per andare lontano.

La necessità di correggere e migliorare la spesa sanitaria non può tradursi unicamente nella riduzione dei servizi ai cittadini e di garanzie, persino le più elementari, ai dipendenti. La sofferenza è ormai eclatante per entrambi i soggetti sui quali si fonda il nostro sistema sanitario, sempre meno sensibile alla sua natura solidale e universalistica.

La scure finanziaria calata su molti servizi e il mancato rinnovo dei contratti al personale precario formano una miscela esplosiva. Si rischiano ricadute gravissime su aree di assistenza essenziali come quelle della riabilitazione, della disabilità, della cronicità. Servizi ridotti all'osso per la popolazione, operatori maltrattati con stipendi bloccati da mesi e nessuna opportunità di carriera: come si può pensare di andare avanti così? E soprattutto: dove si va?

Da tempo gli infermieri lanciano inascoltati questo allarme. La sanità vive una condizione non più compatibile con la tenuta degli operatori e della stessa cittadinanza. Ecco che quei segnali negativi che denunciavamo in passato sono oggi divenuti dei fenomeni sociali davvero preoccupanti, come l'aumento della spesa per i ticket. Sono in tanti, specialmente anziani e indigenti, a non potersi più permettere cure adeguate. E un numero crescente di famiglie, che hanno perso uno o più stipendi per la crisi, rinuncia addirittura a sottoporsi a controlli o alle terapie. È un sintomo terribile per un Paese che voglia considerarsi avanzato e civile. Il dato, del resto, è stato evidenziato da una ricerca del Censis dalla quale risulta che più di **nove milioni di italiani dichiarano di non aver potuto accedere a prestazioni sanitarie di cui avevano bisogno, per ragioni economiche.**

Il peggio è che non si vede la fine di questa stagione buia per la nostra sanità. Altri tagli sono in arrivo dallo Stato, con chissà quali ulteriori conseguenze.

Risorse sforbiciate di oltre 34 miliardi di euro entro il 2015, compresi i 2,6 miliardi decurtati già nel 2013 dal Ddl di stabilità, per effetto delle manovre che dal 2010 in poi hanno imposto risparmi forzati al Servizio Sanitario Nazionale. Tagli difficilmente sostenibili per le Regioni, tanto meno per la Regione Lazio, indebitata fino al collo e sottoposta al Piano di rientro.

Con tali premesse, il nuovo Patto per la salute con cui Stato e Regioni fissano le risorse per il prossimo triennio è destinato a saltare.

Sarebbe un altro grave elemento di incertezza, potenzialmente letale per la sanità.

Siamo tutti piuttosto scoraggiati e non vediamo la fine del tunnel in cui una pessima politica ha spinto il nostro servizio sanitario. Grandi e piccole strutture di cura sono in crisi profonda e il sistema complessivo si svilisce all'aumentare della precarietà. A Roma e nel Lazio si annunciano nuove mazzate: quasi duemila posti letto in meno negli ospedali pubblici e un taglio consistente di quelli delle strutture convenzionate.

Attenzione, il circolo è vizioso. Siamo sull'orlo del baratro e stavolta se si sbaglia ci finiremo dentro. Tutti.

Ci vuole una svolta decisa. Serve un piano credibile per sostenere il modello delle cure universali e rilanciarlo. Proprio ciò che questa classe dirigente non ha fatto, meritandosi un definitivo colpo di spugna.

Abbiamo assistito sbigottiti ad una disgustosa escalation degli scandali, esempi sfacciati di una politica che se ne infischia del benessere della collettività, capace di esprimere solo interessi di parte se non addirittura strettamente personali.

Niente è stato fatto per ridurre gli inaccettabili privilegi accumulati negli anni speculando sulla sicurezza dei cittadini e degli operatori sanitari.

Nonostante i ripetuti proclami, non è cambiato nulla, nessun segno di un reale mutamento.

Noi cittadini e operatori, però, non abbiamo alternativa.

Il servizio sanitario va difeso, riorganizzato e implementato sulla base di una domanda di salute sempre più elevata e complessa da parte della comunità.

Non possiamo consentire che l'evidente fallimento della politica distrugga l'unico sistema di protezione socio-sanitaria che abbiamo.

Lo dobbiamo ai nostri anziani, ai nostri figli, alle nostre famiglie.

Adesso tocca a noi prendere in mano le redini del gioco.

In tanti verranno a chiederci il voto per ricostruire la Regione Lazio dalle macerie politiche sotto cui è franata.

Bene, stiamo molto attenti a scegliere le persone giuste.

Non si può sbagliare un'altra volta.

Alla Pisana e in Giunta regionale servono rappresentanti nuovi soprattutto per interesse e lealtà verso il bene comune.

Nelle loro mani affideremo l'ultima *chance* di salvezza del servizio sanitario, stavolta senza appello.



Imparare a fare ricerca

Il corso di Metodologia della ricerca infermieristica del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

di Maria Grazia Proietti, Teresa Compagnone

INTRODUZIONE

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura ed è basato sul concetto di "conoscenza scientifica" (la *scholarship*).

La sinergia tra ricerca e cultura fornisce l'energia necessaria a sostenere le attività del Centro.

La prospettiva di un approccio scientifico configura, per gli infermieri, l'opportunità di acquisire le conoscenze e le abilità che li renderanno protagonisti di progetti finalizzati a trovare soluzioni nuove ai problemi assistenziali e a realizzare nuove scoperte.

D'altra parte, la crescita culturale sostiene e motiva alla ricerca dell'eccellenza.

Secondo i principi che ispirano il Centro di Eccellenza, come in un circolo virtuoso, la costruzione di una nuova cultura infermieristica apre la strada ad attività significative, che, a loro volta, danno significato al *nursing*.

La "conoscenza scientifica" rappresenta l'obiettivo del Centro di Eccellenza, in linea con l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del *nursing* del XXI secolo.

Il modello di *scholarship* di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del *nursing* in Italia.

D'altra parte, la ricerca infermieristica si afferma solo se sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di progettare e condurre studi sui fenomeni riguardanti la salute e l'assistenza.

Metodologia della ricerca infermieristica *blended* online è, pertanto, un corso progettato e realizzato dal Polo della formazione dei ricercatori del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica allo scopo di fornire gli strumenti teorici e pratici per descrivere e spiegare i fenomeni riguardanti la clinica infermieristica, attraverso la ricerca, in questo caso quantitativa.

Nelle previsioni del Comitato scientifico (probabilmente, un po' ambiziose), al termine del corso, i discenti avrebbero dovuto essere in grado di progettare, in modo autonomo, una ricerca empirica nel campo dell'assistenza infermieristica, di procedere alla rilevazione dei dati, alla loro elaborazione e alla redazione del rapporto finale.

Tale obiettivo si iscrive nella mission del III Polo: "migliorare le abilità degli in-

fermieri nell'individuazione delle priorità e nell'applicazione delle tecniche e degli strumenti di metodologia della ricerca, per l'elaborazione di nuovi progetti e per l'incremento delle conoscenze scientifiche nell'infermieristica". (Documento di programma Polo III, approvato con la deliberazione del Consiglio Direttivo n. 211 del 22.12.2009).

In effetti, uno dei traguardi operativi del Polo in questione consiste proprio nell' "Organizzazione di corsi di formazione teorico-pratica sulla metodologia della ricerca infermieristica, che tengano conto dei diversi livelli di competenza dei discenti e che si concludano con la realizzazione di ricerche scientifiche su temi predefiniti".

Il Corso di formazione teorico-pratica *blended* online in Metodologia della ricerca infermieristica è rivolto a tutti gli



La presidente onoraria del Centro di Eccellenza, Dyanne Affonso, nel corso di un recente convegno

infermieri che, a qualsiasi livello e in ogni contesto, aspirino a risolvere i problemi riguardanti la salute e l'assistenza, utilizzando un approccio scientifico.

Si tratta di un corso di formazione di base, su un progetto di ricerca semplice (campo di indagine limitato e poche variabili osservate), con approccio esclusivamente quantitativo. La valutazione dei requisiti di accesso, oltre che sui titoli, verte sulla conoscenza dell'inglese, dell'epidemiologia e della statistica, anche se, nella prima fase, si ritiene opportuno privilegiare la partecipazione di infermieri docenti nei corsi di laurea in Infermieristica, affinché possano, a loro volta, trasmettere agli studenti le competenze metodologiche.

La nostra professione è in rapido cambiamento sospinta dalle innumerevoli innovazioni di carattere legislativo, formativo, tecnologico e dal costante e continuo consolidarsi delle conoscenze scientifiche che sostengono la disciplina, il cui oggetto di studio è rappresentato dai bisogni di assistenza infermieristica della persona e della famiglia, nelle loro dimensioni bio-fisiologiche, psicologiche e socioculturali.

Da tempo, l'*International Council of Nurses* (Icn) sottolinea l'importanza della funzione di ricerca (che rientra nel ruolo dell'infermiere).

La connotazione infermieristica della ricerca è legata alla prospettiva con cui ci si relaziona all'ad-sistere: è nelle dimensioni fisica (bio-fisiologica), psichica e socio-culturale dei bisogni di assistenza

infermieristica della persona assistita che risiede il punto di partenza - e quello di arrivo - della ricerca infermieristica.

La complessità che ne consegue è legata, dunque, anche ai pregi e ai limiti degli approcci e delle tecniche utilizzabili per lo studio delle diverse dimensioni.

Le connotazioni delle attività di ricerca (qualitativa e quantitativa) e i diversi disegni di ricerca (non sperimentale, semi-sperimentale, sperimentale), definiscono un panorama complesso, sia di natura teorico-concettuale che metodologica.

Lo sviluppo della ricerca infermieristica, nei diversi Paesi, passa generalmente da una fase iniziale di studio delle diverse aree dell'esercizio professionale (*management*, formazione, professione) a fasi successive, in cui si realizzano prevalentemente studi clinici che riguardano l'assistenza infermieristica diretta alle persone e al loro entourage. Anche in Italia l'evoluzione della ricerca infermieristica ha visto, in linea con le tendenze generali, progetti di ricerca inizialmente più rivolti allo studio della professione.

Solo negli ultimi 20 anni si è assistito ad un graduale aumento del numero di pubblicazioni infermieristiche.

MATERIALI E METODI

Il percorso di strutturazione del Corso per diventare quello che è oggi è iniziato nel 2010, con l'avvio del Corso residenziale e il supporto di una piattaforma Moodle (*Modular Object-Oriented Dyna-*

mic Learning Environment) per la condivisione del materiale didattico, al quale hanno partecipato 24 colleghi (prevalentemente, docenti e dirigenti infermieri). Il corso è articolato in cinque moduli e la metodologia didattica prevede che i partecipanti siano organizzati in quattro gruppi, a ciascuno dei quali viene assegnato un tutor. Il corpo insegnante è costituito da soli docenti universitari. Questa prima esperienza è servita per mettere a punto programma e metodologia.

Moodle è una piattaforma web gratuita e disponibile per l'*e-learning* (*Learning Management System*), progettata per permettere agli insegnanti e agli educatori di creare e gestire corsi online con ampie possibilità di interazione tra studente e docente.

L'*open source* è utilizzata per supportare un'epistemologia sociale e costruzionista dell'insegnamento e dell'apprendimento nelle comunità di internet (Martin Dougiamas, Curtin University-Australia). La scelta di privilegiare la partecipazione al primo corso residenziale di colleghi prevalentemente impegnati nella formazione (tant'è che, il primo avviso è stato rivolto ai direttori dei Corsi di laurea in Infermieristica affinché designassero i loro docenti infermieri) è sostenuta da due principali motivi:

1. l'opportunità di utilizzare le conoscenze acquisite per la formazione degli studenti;
2. l'esigenza di reclutare tutor per le successive edizioni.



**CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA**

La realizzazione dell'edizione 2011 ha richiesto che il team dei docenti analizzasse e rivedesse la struttura del Corso, ma soprattutto ha visto un radicale cambiamento: la metodologia *blended* online che permette di integrare lezioni online e lezioni residenziali. Ciascun modulo residenziale (della durata di tre giorni) è stato trasformato in una sezione residenziale di un giorno (di circa otto ore), integrato da attività didattiche, individuali e di gruppo, da fruire online, attraverso la piattaforma *moodle*.

Per consentire ai partecipanti di prendere confidenza con la piattaforma, ai cinque moduli della precedente edizione ne è stato aggiunto uno introduttivo.

L'ammissione alla formazione residenziale richiedeva il superamento di un test di apprendimento relativo ai contenuti distribuiti online.

I *learning objects* sono rappresentati dagli audio/video dei docenti, sincronizzati con animazioni ad hoc, realizzati con la collaborazione di Giunti Organizzazioni speciali.

I partecipanti al corso, di nuovo organizzati in gruppi di cinque/sei persone, sono stati guidati da un tutor, sia nelle esercitazioni pratiche e nel lavoro effettuato in forma residenziale, sia nella parte online del corso effettuata sulla piattaforma.

Ciascun gruppo ha dovuto consegnare, entro un termine stabilito, il rapporto finale di ricerca.

In considerazione della provenienza piuttosto eterogenea dei partecipanti (quanto a formazione ed esperienza nella metodologia della ricerca), le lezioni online hanno avuto il principale obiettivo di rendere il più possibile omogenee le conoscenze del gruppo.

I discenti hanno potuto auto-somministrarsi, più volte, ogni elemento didattico fino ad ottenere un apprendimento soddisfacente che li metteva in condizioni di superare il test e di interagire efficacemente nel gruppo di appartenenza.

Le domande di chiarimento e le richieste di approfondimento, poi risolte in aula od online, registrate in modo sistematico (assieme all'esito dei test di apprendimento), hanno consentito di individuare gli aspetti su cui intervenire per migliorare l'efficacia didattica delle lezioni.



RISULTATI E DISCUSSIONE

In ogni caso, proprio l'incremento dei punteggi di apprendimento dei post-test rispetto ai pre-test, depone per un'importante acquisizione di conoscenze rispetto ai temi trattati nel corso.

La scelta di realizzare una parte della didattica usando lo strumento della formazione online è in linea con l'esigenza di

innovazione che caratterizza sia i metodi della ricerca che quelli della formazione. L'innovazione non è, dunque, l'obiettivo, ma lo strumento che facilita il perseguimento degli obiettivi didattici e scientifici.

Nel caso del corso di formazione teorico-pratico *blended* online, più che di formazione a distanza (Fad, espressione che

sottolinea la lontananza tra docenti e discenti), vorremmo sempre più parlare di formazione in rete che permette di usare gli strumenti e le tecnologie della rete per avvicinare, e mettere in contatto, i colleghi coinvolti nella formazione, che, molto spesso, hanno tempi ed esigenze difficili da conciliare.

L'obiettivo è proprio quello di facilitare la frequenza al corso, ampliando le opportunità di partecipazione: le edizioni 2011 sono state tre, per un totale di 51 colleghi che hanno completato il percorso formativo, realizzando una ricerca sul campo dal titolo "La domanda d'assistenza dell'anziano dimesso dall'ospedale" presentata al III Workshop del Centro di Eccellenza per la Cultura infermieristica e la Ricerca Infermieristica dal titolo: "Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica: una revisione a medio termine della sua struttura e dei progetti di ricerca", svoltosi il 23 ottobre 2012 al ministero della Salute, in via Lungotevere Ripa.

Un'ulteriore messa a punto e, poi, anche nel 2012 il corso è stato replicato in cinque edizioni a cui hanno partecipato 100 colleghi.

Quest'anno, però, la ricerca non è unica per tutte le edizioni, come nel 2011; anche se il tema centrale è lo stesso: l'aderenza alla cura.

Ora, i partecipanti di ogni edizione inda-



La sede della Biblioteca del Collegio Ipasvi di Roma

gano su diversi tipi di pazienti.

I risultati saranno pronti per il 2013.

Considerata l'utilità del corso per lo sviluppo della disciplina infermieristica, le risorse utilizzate per realizzarlo, l'apprezzamento e le richieste di partecipazione, il Consiglio direttivo ha deliberato di realizzare, per il 2013, altre quattro edizioni. Il web, con i suoi strumenti di accesso alle informazioni e di interazione tra i professionisti, è - e sarà sempre di più - un ambiente privilegiato per il *nursing*: frequentare un corso di formazione che include componenti online aiuta ad

accrescere l'abitudine e l'attitudine al *networking*, come base per lo sviluppo di una *professional community*.

AUTORI:

Maria Grazia Proietti, direttore Polo Formazione dei Ricercatori del CdE, segretaria del Collegio Ipasvi di Roma, docente di Metodologia della ricerca infermieristica presso l'Università di "Tor Vergata", Roma;

Teresa Compagnone, docente di Metodologia della ricerca infermieristica presso l'Università "Tor Vergata", Roma.

BIBLIOGRAFIA

Bellingeri A, Dalfino S, Falli F, Malinverno E, Origlia A, Piccoli M, Proietti M.G, Rasero L, Suzzi R, *La ricerca infermieristica in Italia. Linee-guida per la ricerca infermieristica*. Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, Collana Metodi e Strumenti; Roma. 2003.

Chiari P, Mosci D, Naldi E (a cura di), *L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'evidence based nursing*. Mc Graw-Hill, Milano. 2006.

Fain J.A, *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*. Mc Graw-Hill, Milano. 2004.

Hamer S, Collison G, *Evidence based practice*. Mc Graw-Hill, Milano. 2002. (Edizione italiana a cura di Chiari P, Santullo A).

Lo Biondo-Wood G, Haber J, *Metodologia della ricerca infermieristica*. Mc Graw-Hill, Milano. 1997.

Lo Palco P.L, Tozzi A.E, *Epidemiologia facile*. Il Pensiero Scientifico Editore, Torino. 2003.

Nebuloni G, *Introduzione alla ricerca per infermieri ed altri operatori sanitari*. Sorbona, Milano. 1995.

Sackett D.L, Straus S.E, Richardson S.W, Rosenberg W, Haynes B.R, *La medicina basata sulle evidenze scientifiche*. Centro Scientifico Editore, Torino. 2002.

Vellone E, Piredda M, *La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria*. Mc Graw-Hill, Milano. 2009.

Vellone E, Sciuto M, *La ricerca bibliografica. Applicazione nel nursing e nelle scienze sanitarie*. Mc Graw-Hill, Milano. 2001.

Come migliorare la qualità di vita nel paziente affetto da Scleroderma Sistemica

di Nicoletta Di Gravio, Viola Risi

ABSTRACT

Scopo di questo lavoro è condurre un'indagine conoscitiva sulla qualità di vita dei pazienti affetti da Scleroderma Sistemica.

A tal fine, è stato utilizzato il questionario 36 (SF-36), composto da 36 domande che possono essere raggruppate in otto campi:

1. funzionalità fisiche;
2. ruolo fisico;
3. sofferenze corporee;
4. salute generale;
5. vitalità;
6. funzioni sociali;
7. ruolo emozionale;
8. salute mentale.

Ad ognuno di questi campi può essere assegnato un punteggio con un range da 0-100, dove 0 indica la "peggiore qualità di vita" e 100 la "migliore".

I punteggi dei vari campi possono essere combinati in due sotto-punteggi: la componente fisica e la componente mentale.

Da gennaio a luglio 2011, il campo d'indagine della ricerca è stata l'Unità Operativa di Immunodermatologia dell'Irccs Idi (Istituto Dermopatico dell'Immacolata) di Roma.

Da questo studio emerge l'importanza e la necessità di promuovere una più ampia conoscenza e preparazione, sia del personale infermieristico che dei pazienti, della Scleroderma Sistemica, al fine di migliorare la qualità di vita di quest'ultimi, rendendoli autonomi nella gestione della patologia e delle problematiche che ne conseguono.

INTRODUZIONE

La Scleroderma Sistemica o Sclerosi Sistemica (SSc) è una patologia rara, multi-sistemica, del tessuto connettivo, caratterizzata da patologie micro-vascolari.

Colpisce la pelle e la maggior parte degli organi interni quali, cuore, polmoni, reni e tratto gastrointestinale, attivando il sistema immunitario che culmina nella fibrosi di tali organi.

La SSc può provocare diversi sintomi quali: dolore articolare, dispnea, disfagia, ridotta forza fisica, ispessimento simmetrico della pelle, fenomeno di Raynaud che progredisce inizialmente con il gonfiore di mani e piedi e, successivamente, delle dita, facendogli assu-

mere il tipico aspetto noto come "trico-lore francese" che è caratteristico di questa patologia.

La SSc colpisce i pazienti non solo sotto l'aspetto fisico, ma compromette, in modo rilevante, anche il lato psicologico e psicosociale: non a caso, questa malattia si traduce spesso in problemi di aspetto, di ansia e depressione.

Nonostante siano stati fatti progressi nella terapia, gli interventi sanitari, hanno ancora un effetto limitato sulla progressione della malattia ed è, quindi, inevitabile che i sintomi e le conseguenze psicologiche vadano ad influire negativamente sulla qualità di vita dei malati. In merito a questo, recenti studi hanno dimostrato che l'assistenza sani-



taria risulta “insoddisfacente” per i pazienti affetti da SSc a causa della scarsa - o totale - mancanza di conoscenze e/o informazioni su tale patologia.

Nel 1988, LeRoy et al proposero una classificazione della SSc utilizzata ancora oggi.

La classificazione comprende due sottotipi: il tipo limitato o localizzato e il tipo diffuso.

Nel primo caso, si ha il coinvolgimento della pelle distale dalle ginocchia ai gomiti, mentre nel secondo, la SSc si estende alle zone prossimali e al tronco. Si sa poco circa l'esperienza delle persone di vivere con una patologia rara e devastante come la SSc e di come i pazienti debbano affrontare non solo la malattia ma anche le sfide, sempre più critiche, che la vita gli propone quotidianamente.

IL CAMPIONE

La popolazione studiata è rappresentata da tutti gli adulti ricoverati nel periodo tra l'11 gennaio e il 30 gennaio 2011 presso l'Unità Operativa di Immunodermatologia dell'Irccs Idi di Roma.

Dopo aver accettato di partecipare allo studio, ai soggetti coinvolti è stato consegnato il questionario *Short Form 36*.

I pazienti sono stati informati sullo studio al fine di motivarli attraverso una migliore comprensione dei questionari e chiarendo eventuali dubbi. Sono stati incoraggiati a porre domande ed è stata sottolineata l'importanza del loro contributo.

Sono stati somministrati all'ingresso 50 questionari e, di questi, ne sono stati ritirati lo stesso numero. Tutti i questionari sono risultati utili perché completi ai fini della ricerca.

Criteri d'inclusione

- Capacità di scrivere e comprendere l'italiano;
- aver raggiunto la maggiore età.

Tempi dello studio

Lo studio si è svolto nell'arco di sei mesi, da gennaio a giugno 2011.

La raccolta dei dati è avvenuta nei mesi di gennaio/febbraio, mentre i mesi successivi sono stati dedicati alla “pulitura” dei dati e all'inserimento degli stessi all'interno del *database*; da aprile a mag-



gio è stata effettuata l'analisi statistica.

Materiali e metodi

Per lo studio è stato usato il questionario SF-36 con una scheda anagrafica.

La distribuzione del questionario è avvenuta al momento dell'accoglienza all'Idi: qui gli è stata sottolineata l'importanza della partecipazione ai fini dello studio.

Gli è stato sottolineato che potevano essere aiutati nell'eventuale comprensione delle domande non perfettamente capite. La raccolta dei dati demografici (età, sesso e titolo di studio) è stata eseguita attraverso una scheda anagrafica consegnata a parte; mentre, la valutazione dello stato di salute per la tesi è stata condotta unicamente condotta attraverso il questionario SF-36.

Analisi statistica

L'analisi statistica è stata effettuata con il programma Stata versione 9.

Sono state calcolate le percentuali delle caratteristiche del campione, la media degli indici Pcs (stato di salute fisico) e

Mcs (stato di salute mentale) e dei valori delle scale dello SF-36.

RISULTATI

Il campione di studio risulta essere composto da 48 femmine e due maschi, con un'età media di 61,6 anni.

Il 36% del campione possiede la licenza media superiore, il 34% quella elementare e il 12% dei pazienti la laurea.

Per effettuare lo studio, il campione è stato suddiviso in fasce di età: il 46% ha un'età compresa tra i 64-83 anni; il 44% tra i 43-63 anni e il 10% tra i 22-42 anni (Tabella 1).

I valori medi del Pcs e Mcs del livello d'istruzione dei pazienti sclerodermici risulta essere di 29,9 e 40,6 nelle persone con età tra i 64-83 anni; di 35,4 e 43,1 nelle persone con età tra i 43-63 e di 47,1 e 50,6 in quelle tra i 22-42 anni.

Dai dati emerge che i valori del Pcs e Mcs ottenuti risulta essere di 50 e 46,6 per la popolazione normale e di 33,9 e

Tabella 1.
Valori medi
dell'indice Pcs e
Mcs dell'intera
popolazione e
varie patologie
dermatologiche

Variabili	Pcs	Mcs
Popolazione normale	50.0	46.6
Ds	10.2	10.7
Pazienti sclerodermici	33.9	42.7
Ds	12.1	10.3
Pazienti psoriasici	44.6	41.3
Ds	6.9	6.9
Nevi	50.1	42.2
Ds	3.2	7.00
Acne	48.14	42.65
Ds	4.49	6.12
Neoplasie cutanee benigne	47.21	43.95
Ds	5.46	6.82

42,7 per i pazienti sclerodermici (Tabella 1).

Nella tabella 2, invece, sono riportati i valori medi del Pcs e Mcs relativi all'età ed al livello d'istruzione del campione. I dati relativi all'età corrispondono a 22-42 con un Pcs e Mcs di 47,1 e 50,6; 43-63 con un Pcs e Mcs di 35,4 e 43,1; 64-83 con un Pcs di 29,6 e 40,6.

Nel livello di istruzione invece, risultano valori molto bassi del Pcs e Mcs in coloro che hanno conseguito la licenza della scuola primaria di primo grado (i valori medi sono di 31,1 e 47,7); mentre i valori della scuola secondaria di primo grado sono, rispettivamente: 32,2 e 40,3 (scuola secondaria di secondo grado 35,2 e 43,6) e in coloro che sono in possesso del diploma di laurea, i dati

Tabella 4. Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata.

La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

	SI mi limita parecchio		SI mi limita parzialmente		NO non mi limita per nulla	
	n	%	n	%	n	%
a. Attività fisicamente impegnative, come correre sollevare oggetti pesanti, praticare sport faticosi	17	34	24	48	9	18
b. Attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta	15	30	25	50	10	20
c. Sollevare o portare le borse della spesa	25	50	23	46	2	4
d. Salire qualche piano di scale	24	48	14	28	12	24
e. Salire un piano di scale	12	24	15	30	23	46
f. Piegarsi, inginocchiarsi o chinarsi	18	36	24	48	8	16
g. Camminare per qualche chilometro	30	60	17	34	3	6
h. Camminare per qualche centinaia di metri	13	26	22	44	15	30
i. Camminare per circa cento metri	8	16	17	34	25	50
j. Fare il bagno o vestirsi da solo	8	16	11	22	31	62

Tabella 2. Valori medi del Pcs-Mcs in relazione all'età ed al livello di istruzione dei pazienti sclerodermici

Variabili	Pcs	Mcs
Età		
22-42	47.1	50.6
DS	6.7	5.6
43-63	35.4	43.1
DS	12.1	10.8
64-83	29.9	40.6
DS	29.6	10.1
Scuola secondaria di I° grado	32.2	40.3
DS	12.7	11.1
Scuola secondaria di II° grado	35.2	43.6
DS	11.4	9
Laurea	39.3	43.9
DS	12.2	10.5

emersi equivalgono a: 39,3 e 43,9 (Tabella 2).

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni dei punteggi delle scale nel campione di riferimento della popolazione normale e dei pazienti sclerodermici.

Mettendo a confronto i valori medi delle otto scale della popolazione normale e dei pazienti sclerodermici, si è visto che i risultati inferiori di questi ultimi corrispondono all'attività fisica (Af) con un punteggio pari a 46,8), il ruolo e stato fisico (Rf) e dolore fisico (Df) corrispondente a 50,5 e 57, mentre lo stato di salute generale (Sg) risulta essere di 36,8 (Tabella 3).

Tabella 5.

Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica?

	n	%
Ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività	13	26
Ha reso meno di quanto avrebbe voluto	22	44
Ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività	34	68
Ha avuto difficoltà nell'eseguire il lavoro o altre attività (ad esempio, ha fatto più fatica)	34	68

Nella tabella 4 sono riportate le frequenze e le percentuali delle risposte alla domanda 3: "Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. La Sua salute la limita, attualmente, nello svolgimento di queste attività?"

Nella tabella 5 sono riportate le risposte alla domanda 4: "Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica?"

Tabella 3. Distribuzione dei punteggi delle scale nel campione di riferimento della popolazione normale e dei pazienti sclerodermici

	AF	RF	DF	SG	VT	AS	RE	SM
Popolazione normale								
Media	84.5	78.2	73.7	65.2	61.9	77.4	76.2	66.6
Mediana	95	100	84	70	65	87.5	100	68
Deviazione standard	23.2	35.9	27.6	22.2	20.7	23.3	37.2	20.9
Pazienti sclerodermici								
Media	46.8	50.5	57	36.8	52.8	61	58.7	61.8
Mediana	45	50	52	40	55	62,5	66,7	64
Deviazione standard	30.5	34.4	30.7	21.1	19.6	28	40.7	17.1

I dati emersi evidenziano che il 68% dei pazienti ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività (c) e lo stesso valore lo ritroviamo nella domanda dove molti pazienti rispondono che hanno avuto difficoltà nell'eseguire il lavoro o altre attività (d).

Un 60% invece, ha risposto che ha reso meno di quanto avrebbe voluto (b).

DISCUSSIONE

Lo studio effettuato ha evidenziato che la malattia sclerodermica incide enormemente sullo stato di salute fisico dei pazienti, riducendo così la loro qualità di vita.

I dati emersi con l'SF-36 mostrano chiaramente che i valori medi ottenuti in questi pazienti sono notevolmente più bassi rispetto ai valori della popolazione normale.

I pazienti sclerodermici stanno peggio fisicamente rispetto a tutti gli altri pazienti dermatologici, soprattutto psoriasici, anche se, rispetto a questi, stanno meglio psicologicamente.

Come è stato possibile dimostrare, in alcuni casi può avere un maggiore impatto sulla qualità di vita dello stato di salute fisico una malattia come la Sclerodermia, piuttosto che una come la Psoriasi che, al contrario, incide di più sulla qualità di vita dello stato psichico.

Ciò è supportato dal fatto che, spesso, le cure di alcune patologie dermatologiche, non portano a nessun risultato soddisfacente, facendo sentire i pazienti sconfitti dalla malattia.

L'approccio che gli infermieri devono avere con questa tipologia di pazienti è di non concentrarsi sull'organo, bensì sul paziente inteso come unità bio-psico-sociale: questo vuol dire che la professione infermieristica non deve trascurare l'importanza dei fattori psichici determinanti lo stato di salute malattia-persona.

Tra le malattie dermatologiche, risulta che le patologie di tipo cronico hanno un importante impatto sulla qualità di vita dei malati che, essendo bisognosi di cure lunghe e spesso non risolutive, finiscono col perdere la fiducia.

Dai risultati ottenuti sugli indici Pcs, i punteggi più alti appartengono a coloro

tra i 22-42 anni e in chi è in possesso del diploma di laurea, mentre i punteggi più bassi appartengono ai pazienti che anno un'età compresa tra i 64-83 anni e in chi ha la licenza di scuola elementare.

Per quanto riguarda l'Mcs i dati più alti appartengono a chi è in possesso di un diploma di laurea, mentre i dati più bassi appartengono a chi rientra nella fascia di età tra i 64-83 anni e in chi è in possesso della licenza media.

L'infermiere si deve far carico soprattutto di questo gruppo di pazienti che sembrerebbero più "fragili" fisicamente. Sarebbe opportuno educare/informare anche con appositi strumenti (depliant informativi) tali pazienti al fine di fornire consigli utili su come prendersi cura della propria malattia una volta tornati a casa.

Tale patologia determina una limitazione dell'attività fisica, che se non adeguatamente sostenuta, potrebbe portare il paziente ad uno stato di dipendenza dagli altri, con conseguenti ripercussioni negative sia sulla persona stessa che sui caregiver.

Mettendo a paragone i dati ottenuti di Pcs e Mcs dei pazienti sclerodermici e di quelli affetti da altre patologie dermatologiche (come psoriasi, acne, nevi e neoplasie cutanee benigne), è risultato che i pazienti sclerodermici hanno un Pcs notevolmente inferiore rispetto ai pazienti psoriasici, mentre un Mcs notevolmente migliore.

Si può, quindi, concludere che i pazienti sclerodermici, con un'età compresa tra i 64-83 anni e che, fra questi, è in possesso di una licenza elementare, hanno una salute fisica e mentale peggiore dei pazienti che hanno un'età compresa tra i 22-42 anni e che sono in possesso di un diploma di laurea.

Risultano, invece, differenti le conclusioni che vengono fatte con i pazienti sclerodermici messi a confronto con le altre tipologie di pazienti dermatologici, in quanto risulta un Pcs notevolmente peggiore rispetto ai pazienti psoriasici e un Mcs migliore da parte dei pazienti sclerodermici.

Inoltre, dai dati analizzati risulta che la Sclerodermia è una patologia che colpisce maggiormente il sesso femminile:

una verità resa palesata dalla distribuzione dell'SF-36. Su 50 pazienti a cui è stato somministrato in test, infatti, solo due sono risultati essere uomini, mentre, a conti fatti, le donne erano 48.

In base a questo è, dunque, spiegato il motivo per il quale parecchie risposte alla domanda 3, si siano riscontrate alla risposta "c", in quanto *"sollevare la buste della spesa"* è in genere un'azione tipicamente femminile.

Un altro dato che fa capire quanto i pazienti sclerodermici soffrano di disturbi fisici articolari terribilmente invalidanti sta nella risposta "e", dove un alto indice risponde che *"ha difficoltà nel camminare per qualche chilometro"*.

I dati più bassi si sono ottenuti nella risposta "i": *"camminare per circa 100 metri"* e nella risposta "l", *"farsi il bagno"* o *"vestirsi da solo"*.

Riguardo ai problemi che la Sclerodermia causa sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, il punteggio più basso lo riscontriamo alla domanda 4 alla risposta: *"Ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività"*.

Troviamo, invece, il punteggio maggiore ed equivalente alla risposta "c": *"ho dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività"* e alla risposta "d": *"ho avuto difficoltà nell'eseguire il lavoro o altre attività"* (ad esempio, ha fatto più fatica).

Nella pratica clinica, malgrado le dimensioni del problema che vengono considerate in molti studi, viene data poca importanza al rilevamento dello stato di salute e della qualità di vita dei pazienti dermatologici.

Per questa ragione, occorre moltiplicare gli sforzi per contribuire ad aumentare la consapevolezza dell'importanza degli strumenti in grado di rilevare i soggetti a rischio che necessitano di un'assistenza infermieristica orientata al miglioramento delle attività quotidiane.

È auspicabile che l'uso degli strumenti di valutazione della qualità di vita vengano introdotti nella pratica clinica e utilizzati di routine.

È intenzione del presente lavoro contribuire alla riflessione su come migliorare l'assistenza infermieristica per i pazienti sclerodermici e quali strumenti siano utili fornire ai pazienti con limitazioni fisiche.

CONCLUSIONI

È importante individuare i bisogni assistenziali in un soggetto con SSc, per poter poi pianificare - ed attuare - interventi infermieristici idonei mirati a:

- ridurre dolore e malessere;
- ridurre l'affaticamento,
- aumentare l'indipendenza nell'autogestione della malattia (*self-care*);
- ampliare le conoscenze sul trattamento della patologia;
- migliorare l'immagine di sé.

Una volta accertato il grado di dipendenza dell'individuo, bisogna stabilire quali siano gli atti infermieristici che promuovano, mantengano e ristabiliscano il grado d'indipendenza perduto.

Uno dei problemi assistenziali maggiormente riferito dai pazienti è il dolore associato a poliartralgie diffuse ed ai disturbi del microcircolo.

In merito al dolore, occorre ricordare che il problema è di tipo "collaborativo" e la risoluzione prevede l'intervento del medico con la prescrizione di terapia antidolorifica, tenendo conto dello stato di salute del paziente.

In questo caso, la competenza infermieristica si esprime nella corretta somministrazione dei farmaci prescritti dal medico e nella valutazione della risposta al trattamento.

Le competenze infermieristiche sono:

- Educare il paziente nei riguardi della sua malattia.

Ciò risulta essere un aspetto importante perché è evidente che la conoscenza della malattia facilita l'approccio terapeutico, migliora la *compliance* (aderenza del paziente ai controlli della terapia) ed, in sostanza, migliora l'andamento clinico e la qualità della vita.

Molto spesso è importante anche il sostegno psicologico di chi si trova alle prese con una malattia cronica, spesso con presenza di dolore.

In caso di alcune patologie, l'infermiere aiuta il medico a rilevare la disabilità del paziente con questionari auto-somministrati al paziente.

Ai pazienti che accusano dolore lombare o dolore alle spalle legato a periartrite, l'infermiere consiglia gli esercizi fisici da eseguire gradualmente e con regolarità. I piccoli gesti ripetitivi della vita quoti-

diana (tenere una pentola o i piatti, aprire un rubinetto, sbrigare faccende di casa, vestirsi, etc) possono diventare un problema ed è proprio a questi pazienti che si possono insegnare una serie di gestualità da effettuare, in maniera più corretta, per risparmiare le articolazioni.

- Educare il paziente nell'assunzione della terapia farmacologica.

L'infermiere controlla se il paziente ha capito bene come assumere la terapia, se ha compreso il trattamento, il dosaggio e l'orario di assunzione.

In caso di nuovi farmaci (specie se si tratta di immunosoppressori), l'infermiere rinforza la spiegazione data dal medico, sui possibili effetti indesiderati e sulla modalità di controllo. Inoltre l'infermiere contribuisce nel chiarire al paziente quando dovrà sottoporsi a prelievi ematici per il monitoraggio di eventuali effetti collaterali od ad altre procedure.

- Fornire mezzi di conforto per alleviare il dolore.

Ovvero, insegnargli le applicazioni calde e fredde, le tecniche di rilassamento, le attività di svago, il cambiamento di posizione, gli impacchi con pomate per trattare la cute edematosa e massaggi con creme emollienti per proteggere la cute a rischio di rottura e, quindi, d'infezione.

- Fornire misure di sostegno.

Per ridurre la fatica, l'infermiere insegnerà ai pazienti come definire, nell'arco della giornata, periodi di riposo nel programma di attività fisica, aiutandolo a stabilire le priorità.

- Informare il paziente.

Parlare dell'esistenza di mezzi di supporto, di deambulazione e di come adattare gli oggetti di uso comune in modo che egli stesso possa usarli autonomamente nelle attività quotidiane.

Il paziente va inoltre informato sulla esistenza di "ausili" capaci di permettergli il ripristino di una manualità discreta (come posate con manici più grossi ed altri presidi, che gli consentiranno così di acquisire i principi della "economia articolare").

- Fornire al paziente le conoscenze sul trattamento necessario.

Dargli informazioni sulla sua patologia e discutere con lui delle reazioni alla patologia (rabbia, paura, ansietà, timore, ri-

fiuto) ed identificare meccanismi di reazione efficaci.

L'attività infermieristica non si conclude nel solo ambito ospedaliero, ma deve essere garantita anche a livello domiciliare con una rete di servizi adeguati.

Per questo motivo, l'infermiere deve coinvolgere il paziente nel piano assistenziale, educarlo, assieme ai familiari, sui vari presidi e sulle tecniche, fornendo adeguate informazioni in merito alle strategie da adottare per prevenire l'insorgenza di complicanze e garantire la continuità degli interventi assistenziali, volti a promuovere l'autonomia dell'individuo.

In base allo studio effettuato si è potuto constatare che i pazienti anziani, quelli di età compresa tra i 64 e gli 83 anni, hanno una qualità di vita decisamente scadente sotto l'aspetto mentale, ma soprattutto fisico, e, in merito a questo, il paziente sclerodermico deve imparare a saper gestire il dolore articolare che è risultato essere l'elemento di disturbo per eccellenza.

La proposta, quindi, è quella di introdurre, come supporto, un libretto educativo ideato appositamente per i pazienti sclerodermici che propone, al suo interno, una serie di esercizi che egli stesso può compiere quotidianamente, nella tranquillità della sua casa, visto che l'importanza di saper educare il paziente all'interno dell'Unità Operativa è ha quale fine renderlo autonomo al momento della dimissione.

Avere a portata di mano una guida che spieghi, passo passo, cosa fare, al fine di poter gestire la patologia e convivere con essa il meglio possibile, rende il paziente molto più tranquillo e sicuro e non lo farà sentire abbandonato a se stesso. Inoltre, la guida fornisce spiegazioni anche su come praticare l'economia articolare e su come è possibile effettuarla con l'utilizzo di semplici utensili che si possono trovare facilmente in commercio.

Al suo interno sarà possibile trovare nozioni educative riguardo l'alimentazione, l'allenamento fisico e tutto quello che serve per poter compiere, nel modo più semplice, una ginnastica facciale al fine di rendere più semplice l'apertura del

cavo orale (poiché è un problema in chi è affetto da parecchio tempo da Sclerodermia Sistemica) e tutti i consigli per poter mantenere una corretta pulizia orale.

Il libretto è semplice e facilmente comprensibile, alla portata di tutti.

Anche i familiari possono avvalersene, al fine di aiutare i pazienti nella gestione di una patologia così difficile - e spesso devastante - come la Sclerodermia Sistemica.

AUTORI:

Nicoletta Di Gravio, infermiera presso l'ospedale San Carlo di Nancy di Roma; Viola Risi, infermiera, segretaria presso il polo Universitario Padre Luigi Monti.

BIBLIOGRAFIA

- Apolone G, Mosconi P, *The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming*. J.Clin Epidemiol. 1998;51: 25-36.
- Cuomo G, *Conoscere la Sclerodermia sistemica; la dimensione del problema*. Sclerodermia Sistemica: appunti e note. Comune di Milano; Associazione Salute. 2009; p.4.
- Le Roy E.C, Black C, Fleischmajer R et al. *Scleroderma (systemic sclerosis): classification, subsets and pathogenesis*. J Rheumatol. 1998;15: 205.
- Benrud-Larson L.M, Hein Berg L., Haythothwaite J.A et al., *Body Image dissatisfaction in scleroderma: extent and relationship to psychosocial function*. Health Psychol. 2002;22:130-139.
- Muller H, Rehberger P, Gunther C, Schmitt J, *Determinants of disability, quality of life and depression in dermatological patients with systemic scleroderma*. Epidemiology and health services research BJD. British Journal Dermatology. 2011 September 6.
- Hudson M, Brett D. Thombs, Russell S, Pantelis P, Newton E, Baron M and the Canadian Scleroderma Research Group, *Arthritis & Rheumatology Health-Related Quality of life in Systemic Sclerosis: a systemic review*. American College Rheumatology. 2009 August 15;61(8):1112-1120
- Kwakkenbos L, Bluysen S.J.M, Vonk M.C, Van Helmond A.F, Van den Ende C.H.M, Van den Hoogen F.H.J, Van Lankveld W.G.J.M, *Addressing patient health care demands in systemic sclerosis: pre-post assessment of a psycho-educational group programme*. Clinical Experimental Rheumatology. 2011; 29(65).
- Joachim G, Acorn S, *Life with a rare chronic disease: the scleroderma experience*. Journal of Advanced Nursing 2003;42(6):598-606.
- French T, Hays R.D, Maranian P, Clements P.J, Furst D.E, Khanna D, *Prevalence and correlates of sleep disturbance in systemic sclerosis-from the Ucla scleroderma quality of life study*. 2011 Feb 15;50:1280-1287.
- Schouffoer A.A, Zirkzee E.J.M, Henquet S.M, Caljow M.A.A, Steup-Beekman, Van Laar J.M, Vliet Vlieland T.P.M, *Needs and preferences regarding health care delivery as perceived by patients with systemic sclerosis*. Clin Rheumatol 2011 Jan 18;30:815-824.
- Ware J.E, Kosinski M, Bayliss M.S, Mc Horney C.A, Rogers W.H, Raczek A, *Comparison of methods for scoring and statistical analysis of SF-36 health profiles and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study*. Medical Care. 1986;33:264-279.
- Ware Jr J.E, Sherbourne C.D, *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection*. Medical Care 1992;30:473-83.
- Newell R, *Body image and disfigurement care*. 2001.
- Newell R, *The fear-avoidance model: helping patients to cope with disfigurement*. Nursing Times 2002;98(16):38-39.
- Felce D, Perry J, *Quality of life: its definition and measurement*. Res in Dev Disabilities. 1995;1(16):51-74.
- Donabedian A, *La qualità dell'assistenza sanitaria*. La nuova Italia scientifica. 1989.

PRECISAZIONE

Elena Valeri, Laura Lombardi e Umberto Tulli, autori dell'articolo "Risk management in emodialisi ed il coordinatore infermieristico", pubblicato a pagina 32 del n.3 di questa rivista, specificano che l'equipe infermieristica citata nel contributo in oggetto non corrisponde all'effettivo personale della Uoc di Nefrologia e Dialisi del presidio ospedaliero di Tivoli, ma si riferisce ad una equipe "ideale, ipotetica", che potrebbe essere sottoposta ad un percorso di formazione analogo a quello dello studio presentato.

Unità operative di Riabilitazione Specialistica

Riorganizzazione delle unità operative

di Gabriele Trioni

ABSTRACT

Questo progetto ha lo scopo di riorganizzare l'azienda per aree distinte per intensità di cura e diversa complessità nell'assistenza. Nello specifico: alta, media e bassa.

Nella fattispecie, la proposta di riprogettazione interesserà le unità operative di Riabilitazione Specialistica all'interno del dipartimento ortopedico-riabilitativo della "Clinica Ortopedica Fisioterapia" di Lanzo D'Intelvi.

Con l'elaborato, il progetto vuole essere, quindi, un'opportunità per l'azienda di ripensare l'organizzazione, ponendo al centro del suo processo di cura la persona.

Si tratta di superare la frammentarietà delle cure e dell'assistenza tipica della società moderna in cui la progressiva specializzazione - sia scientifica che organizzativa - ha tolto, in parte, quella **visione olistica della persona** a cui, invece, è opportuno fare riferimento.

Per restituire tale genere di approccio (diciamo così, personalizzato) alle cure mediche e all'assistenza, una delle soluzioni più innovative è la strutturazione ed organizzazione dei reparti di degenza per "intensità di cura" e, per realizzare ciò, ci siamo ispirati all'organizzazione di molti ospedali statunitensi e ai cinque, nuovi ospedali della Regione Lombardia che hanno recepito questo nuovo modello.

Credo che il continuo processo di cambiamento in corso nel nostro Paese e, in particolar modo, nel panorama sanitario

"La vecchia teoria dell'organizzazione scientifica del lavoro consisteva nel concepire il pensiero organizzativo solo attraverso strutture e procedure; si scopre ora che lo spirito umano è il migliore strumento di integrazione che permette di affrontare la complessità".

Michel Crozier

avvenga oggi con una rapidità, un impatto e una modificazione senza precedenti.

Vi è sempre un continuo sviluppo di cose ed opportunità.

E, in questo momento, l'opportunità è questa.

PREMESSA

Il progetto propone una riorganizzazione delle unità operative di Riabilitazione

Specialistica secondo il modello organizzativo per intensità di cure e complessità assistenziale.

Il contesto organizzativo-sanitario, ma anche socio-economico e culturale, in cui il progetto si sviluppa è la "Clinica Ortopedica Fisioterapia" di Lanzo

D'Intelvi (Cof Lanzo Hospital), nato nel lontano 1951 e divenuto, nel corso del tempo, una struttura di riferimento per le attività ortopedico-traumatologiche e riabilitative sul territorio comasco.

Dal 2009, la struttura ha adottato il modello dipartimentale che, come si sa, favorisce - e può quindi rappresentare - sul piano organizzativo la naturale evoluzione verso il modello per intensità di cura.



La "Clinica Ortopedica Fisioterapia" nel comasco

Il settore sanitario, in Italia come in molti Paesi, sta cambiando, sotto la spinta dell'evoluzione della pratica medica, delle innovazioni tecnologiche, della riduzione delle risorse disponibili e della maggiore consapevolezza dei cittadini circa il loro ruolo di clienti/utenti.

Inoltre, fattori di criticità interni alla struttura (la suddivisione delle aree di degenza dimensionate sulla base della patologia; la frammentarietà dei percorsi di cura; lo scarso utilizzo di Pdtra), unitamente a fattori di criticità esterni al sistema organizzativo (la collocazione geografica molto decentrata rispetto alla città; la presenza di altri *competitor* e il configurarsi di nuove politiche sanitarie) rappresentano, da un'attenta analisi, una pressione tale da promuovere, necessariamente, un cambiamento e spingerci verso un nuovo modello da tutti considerato la "nuova frontiera" dell'organizzazione ospedaliera.

Il modello organizzativo strutturato per aree dedicate ad utenti omogenei (sotto il profilo del fabbisogno assistenziale graduato) a cui dobbiamo tendere non deve far dimenticare che esiste un modello originario che deve adattarsi alle realtà locali e i cui principi cardine sono:

1. centralità del paziente-centralità della persona;
 2. integrazione delle risorse-superamento della suddivisione dei reparti secondo le differenti specialità scientifiche;
 3. integrazione clinica e coinvolgimento dei clinici. Ossia, lavorare per processi ad alta integrazione multidisciplinare.
- In merito al modello di intensità le indicazioni normative sono molteplici sia a livello nazionale che regionale.

In particolar modo, voglio citare la Regione Toscana che, dal 2005, con l'istituzione della Legge 40 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" che rappresenta uno dei riferimenti principali sul tema dell'intensità di cura.

Ma anche degna di nota è la Delibera della Giunta della Regione Lombardia n.351 del 28 luglio 2010 che dispone l'introduzione, in via sperimentale, di un accreditamento per "aree di intensità di cura" da applicarsi in relazione all'attivazione delle nuove strutture di ricovero e

cura.

Delibera che denota una forte volontà politica di implementare in tutto il territorio il modello in questione.

La definizione che, secondo la mia opinione, si presta meglio a descrivere il modello di intensità di cura è la seguente: *"Livello di cura richiesto dal caso conseguente ad una valutazione di instabilità clinica (associata ad alterazione di parametri vitali) e complessità assistenziale (medica e infermieristica)"*. Di fatto, l'intensità di cura e la complessità assistenziale sono due facce di una stessa medaglia.

Pensare di implementare il modello organizzativo per intensità di cure significa quindi, rivedere completamente la propria organizzazione ed apportare un profondo cambiamento non solo negli assetti di potere ma, soprattutto, nel modo di pensare e di lavorare dei professionisti.

L'obiettivo principale **"è mettere al centro del sistema-salute il paziente e non la malattia"**.

Sotto-obiettivi del progetto sono:

1. superare la suddivisione dei reparti sulla base delle specialità/patologia;
2. effettuare una divisione delle unità operative in aree omogenee per intensità di cura;
3. attribuire a ciascuna area i contingenti

di personale sanitario medico e non medico;

4. formazione ed istruzione del personale sanitario ed amministrativo;
5. introdurre dei meccanismi operativi che documentino all'ingresso la valutazione delle condizioni del paziente (es. scale di valutazione);
6. identificazione del team di riferimento per la presa in carico del paziente;
7. uniformare i modelli clinici ed assistenziali delle Riabilitazioni Specialistiche sulla base dei Pdtra;
8. migliorare il processo di ricovero nelle sue fasi di accoglienza, gestione e dimissione.

Il modello organizzativo qui proposto mantiene separate le due unità operative di Riabilitazione Specialistica, ciascuna diretta da un dirigente medico di II livello, a costituzione di un proprio centro di responsabilità, a sua volta diviso in due reparti.

Per quanto concerne il *layout*, ogni unità operativa prevede tre aree di degenza che, secondo il bisogno assistenziale, sono articolate in: alta (colore azzurro), media (colore verde) e bassa intensità (colore giallo). (Figura 1)

I tre gradi di intensità di cura sono distinguibili in base a caratteristiche tecnologiche, quantità e qualità e, dunque, competenze del personale presente.

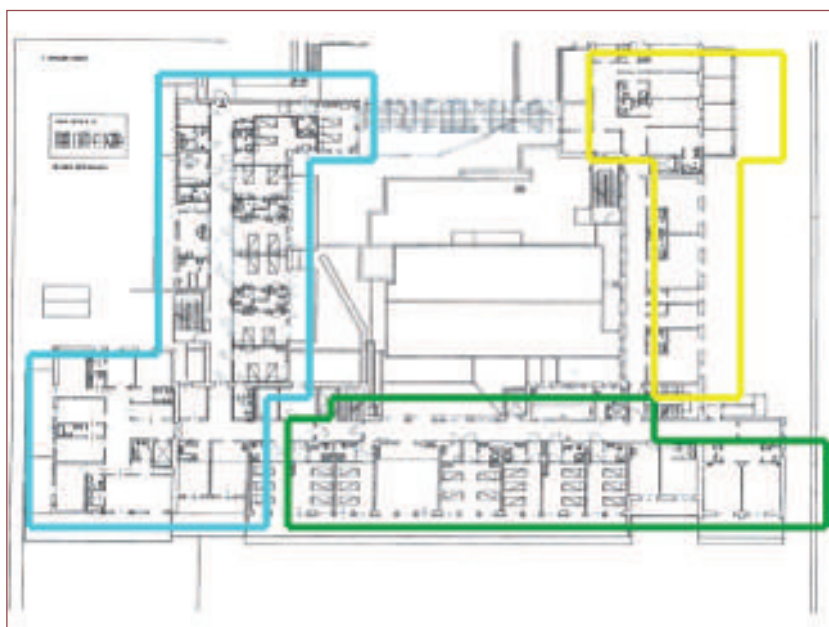


Figura 1. Articolazione delle aree di degenza in ciascuna unità operativa

IPOTESI DI MODELLO ORGANIZZATIVO

Centrale è la componente clinica, quindi, il percorso di cura che, una volta stabilito attraverso "scale visionate", orienterà il paziente ad un preciso livello nel quale esso riceverà le cure prescritte secondo lo specifico grado di intensità.

Le necessità clinico-assistenziali e riabilitative vengono realizzate con modalità interprofessionale da parte del team della riabilitazione composto da: fisiatra, neurologo, pneumologo, cardiologo, psicologo clinico, infermiere, operatore socio-sanitario, fisioterapista, logopedista e terapeuta occupazionale.

Per i pazienti che giungono da altre strutture, il percorso inizia con l'invio della "Scheda di prenotazione ricovero" presso l'Ufficio Accettazione del Cof che provvederà ad inoltrarle ad una delle due Riabilitazioni Specialistiche, a seconda dell'occupazione dei posti letto e della tipologia di paziente.

In questa fase, il paziente viene sottoposto a valutazione da parte dell'equipe multidisciplinare: essa rappresenta una delle fasi cruciali dell'intero processo, ed è proprio attraverso la valutazione che si stabilisce se il ricovero è appropriato e se il paziente va assegnato ad un'area piuttosto che ad un'altra.

Ciascuna Riabilitazione Specialistica valuta bi-settimanalmente o, secondo le necessità, i pazienti candidati al ricovero. La "Scheda di prenotazione ricovero" è strutturata in una piccola parte dedicata all'anagrafica, all'anamnesi clinica e alla raccolta dati ed integrata con una valutazione fisiatrica (o sono specificati gli obiettivi riabilitativi).

Inoltre, da questa deve risultare la data di compilazione, i sanitari compilatori ed il giorno in cui il paziente diviene dimissibile.

La "scheda di prenotazione ricovero" ha come obiettivo quello di fornire una gamma di informazioni atte a determinare un punteggio secondo cui viene definita la pesatura della complessità assistenziale in alta, media e bassa.

La scheda potrebbe essere così strutturata con i seguenti indicatori:

- indice Barthel/Fim;
- indice di comorbidità (Cirs);
- indice di severità (Cirs);
- Sic;
- Glasgow Coma Scale;
- Asia Scale;
- Mmse;
- comunicazione;
- ausili;
- carico;
- Ldd/lesioni vascolari;
- ambito sociale;
- Indice Complessità Assistenziale.

L'equipe, in base alle informazioni ottenute dalla "Scheda di prenotazione ricovero", compila una griglia che possiamo chiamare di "Pesatura della complessità assistenziale", in cui si raccolgono, analiticamente, tutti gli indicatori sopra definiti e, con essa, si giunge ad attribuire al paziente la categoria di riferimento relativa alla alta, media e bassa intensità e assegna, contestualmente, il team di riferimento.

Questa valutazione, basata su una metodologia e su criteri scientifici, permette, quindi, di assegnare il paziente al setting-modulo di degenza più idoneo e agli specialisti della patologia di cui è affetto che

lo seguiranno durante il ricovero.

La stessa modalità valutativa viene somministrata anche per le altre tipologie di pazienti, sia essi provenienti dall'unità operativa di ortopedia sia dall'ambulatorio. Il paziente che viene assegnato all'area omogenea di degenza viene ad essere preso in carico e seguito mediante percorsi clinici specifici (Pdtra) sino alle dimissioni.

CONCLUSIONI

In conclusione voglio citare una frase tratta dal Pssr: "...Dalla cura al prendersi cura...".

In essa si riassume tutta la filosofia del modello proposto e, con essa, emerge la convinzione di aver intrapreso una strada "sfidante e necessaria", auspicando che ciò possa determinare un cambiamento e uno sviluppo reale, aderendo alle linee date dalla pianificazione Regionale in cui il paziente è al centro di quest'innovativa organizzazione, contenendo, al contempo, alle necessità del contenimento della spesa e all'utilizzo razionale delle risorse.

Senza farci dimenticare che processi di cambiamento di questa portata debbono essere fortemente voluti da coloro che hanno le responsabilità strategiche aziendali e ricordandoci che: *"Un'azienda non è né migliore né peggiore di chi ci lavora dentro"*.

AUTORE:

Gabriele Trioni, responsabile Servizi sanitari Cof Lanzo Hospital.

Un ringraziamento al professor Antonio Pignatto.

NOTIZIE IN PILLOLE

Yogurt magro, rischia il bebè

Il consumo prolungato di yogurt a basso contenuto di grassi in gravidanza può aumentare il rischio che il bambino, una volta venuto al mondo, sviluppi asma infantile e rinite allergica.

A rivelarlo, uno studio presentato ad Amsterdam in occasione del congresso della European Respiratory Society che mirava a valutare se gli acidi grassi che si trovano nei latticini possano proteggere contro lo sviluppo di malattie allergiche nei bambini.

I ricercatori hanno valutato l'assunzione di latte e latticini durante la gravidanza e monitorato la prevalenza di asma e rinite allergica attraverso i registri e i questionari utilizzati nella Danish National Birth Cohort.

Ne è scaturito che le donne che mangiano yogurt magro alla frutta almeno una volta al giorno hanno 1,6 volte più probabilità di avere bambini che sviluppino asma all'età di 7 anni, rispetto a quelle che non ne consumano.

Pratica infermieristica nel mondo occidentale e cure complementari

Un intervento educativo

di Giulia Quattrone, Teresa Compagnone, Giuseppina Carovillano

ABSTRACT

L'aspetto olistico è un principio fondamentale della formazione infermieristica che promuove la considerazione dell'individuo nella sua globalità e unicità di essere umano. L'approccio olistico rappresenta la rivisitazione occidentale dell'approccio al paziente proprio delle medicine orientali.

MATERIALI E METODI

Revisione della letteratura su banche dati nazionali ed internazionali. Presentazione dei risultati agli studenti del primo anno attraverso la preparazione e la realizzazione di un intervento educativo con il metodo della lezione frontale integrata dalla discussione. Questo allo scopo di divulgare le informazioni raccolte e sollecitare sempre più l'interesse a tener conto - seriamente - dell'approfondimento culturale aggiornato e cura della propria spiritualità, considerando che ciò contribuisce all'evoluzione del pensiero umano volto ad accogliere il cambiamento, osando oltre i limiti della conoscenza scolastica.

RISULTATI

L'esito di quest'intervento educativo si è dimostrato positivo, visti i risultati ottenuti dal questionario valutativo del post-test (che ha permesso di osservare come la lezione abbia avuto successo, sebbene l'argomento sia nel suo genere, complesso).

Gli studenti hanno accolto con interesse il tema olistico trattato con profondità e le informazioni culturali che pongono in

discussione la propria crescita spirituale in relazione alla scelta della propria professione.

CONCLUSIONI

Dai risultati ottenuti dal questionario è stato possibile attestare l'efficacia dell'intervento che ha sollecitato l'interesse di giovani studenti all'inizio di un nuovo percorso formativo così ricco di aspettative.

INTRODUZIONE

Nella tradizione occidentale, la filosofia del pensiero rimarca il metodo analitico, capace di solide dimostrazioni e verifiche quantitative.

L'oriente, invece, da sempre ha privilegiato il metodo analogico, che è allusivo, prospettico, empatico nelle sue modalità descrittive e sintetico nelle sue conclusioni.

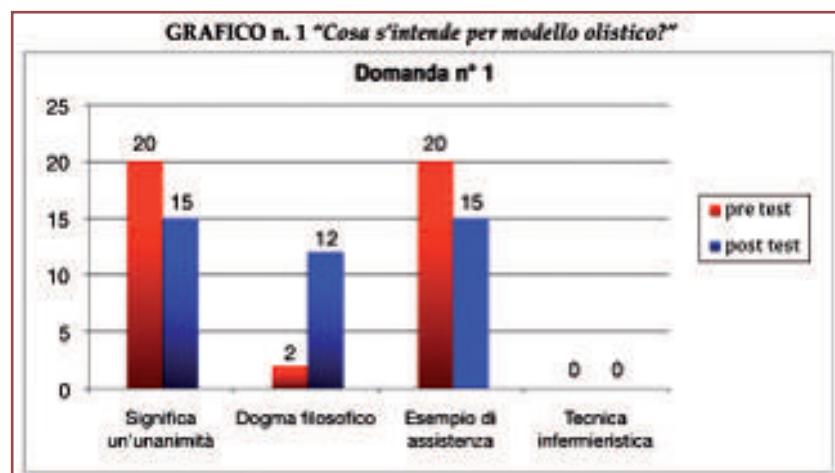
Un popolo come quello orientale (che

abita un continente sterminato) dedito all'agricoltura come principale fonte di sopravvivenza, non possiede altro che l'osservazione della natura, dei ritmi della terra e del cielo con le sue costellazioni per orientare la propria vita e costruire la propria metafisica.

L'approccio olistico rappresenta la rivisitazione occidentale dell'approccio al paziente proprio delle medicine orientali, ma è anche un principio fondamentale della formazione infermieristica che promuove la considerazione dell'individuo nella sua globalità e unicità di essere umano.

L'attenzione rivolta alla pratica infermieristica di questa natura, è stata rivalutata successivamente alla riapertura del dibattito sull'integrazione tra le cosiddette cure complementari e l'assistenza infermieristica.

Il concetto di "olismo" è centrato sul tutto e l'intero e rinasce dalla continua



evoluzione dell'approccio culturale con le cure complementari di assistenza. Questa tematica è, da tempo, affrontata a livello internazionale, mentre l'Italia esordisce riconoscendola - e sperimentandola - solo nell'ultimo decennio, come può dimostrare il documento stipulato dalla Federazione dei Collegi Ispasvi nel settembre del 2002, attraverso il quale viene stimata la possibile integrazione tra l'infermieristica e le cure complementari.

Con ciò non si pretende di opporsi alle tecniche preesistenti, ma di integrare il tutto, incentivando professionalità e competenza.

In pratica, si concilierebbe l'evidenza scientifica (*Evidence based Nursing*) con la considerazione olistica della persona, della sua più profonda essenza e delle sue dimensioni psicologiche e socio-culturali.

È stato preparato - ed attuato - un intervento educativo per gli studenti infermieri in forma di breve lezione teorica il cui scopo consisteva nel sollecitare le nuove generazioni di infermieri

a prestare maggior attenzione ad un possibile approccio alle tecniche complementari nello svolgimento della professione.

IL PROGETTO EDUCATIVO

Nella programmazione dell'intervento educativo si è tenuto conto del termine delle lezioni di Antropologia che hanno reso agli studenti le nozioni necessarie per raggiungere la sufficiente conoscenza degli argomenti trattati nello studio.

Destinatari: 42 studenti del primo anno di corso di Scienze Infermieristiche di Tor Vergata, con sede presso l'ospedale San Giovanni Battista Acismom.

La loro età è compresa tra i 19 e 25 anni,

GRAFICO n. 2 "Cosa s'intende per salute secondo l'aspetto olistico?"

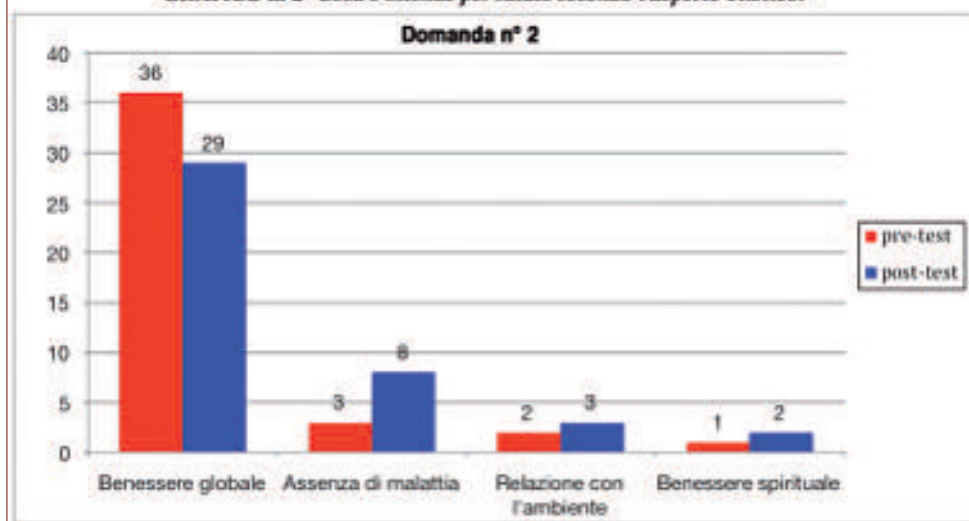
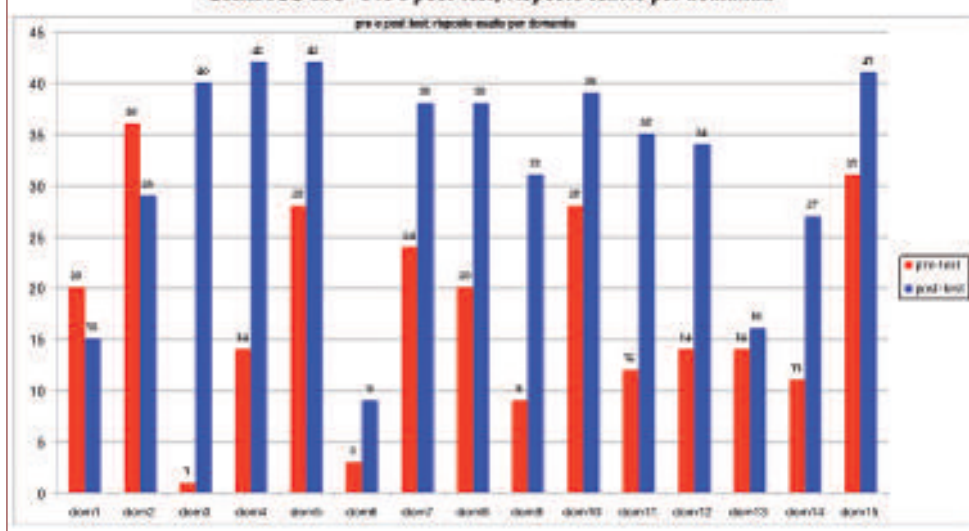


GRAFICO n. 3 "Pre e post test; risposte esatte per domanda"



uno solo ha 32 anni.

La lezione ha preceduto l'attività del primo tirocinio che avrebbe avuto inizio nel mese di febbraio 2012.

OBIETTIVI

L'obiettivo generale consiste nel divulgare maggiori informazioni riguardo le cure complementari e alternative, sollecitando le nuove generazioni di infermieri verso un'integrazione dei diversi approcci.

Gli obiettivi di apprendimento specifici che si intende raggiungere con la lezione sono:

obiettivi cognitivi:

- conoscere la distinzione tra i diversi metodi diagnostici e terapeutici;

- sapere i principi base delle filosofie orientali da cui ha origine il modello olistico di assistenza;
- distinguere le tecniche infermieristiche da quelle mediche secondo la pratica orientale;

obiettivi affettivo relazionali:

- ragionare sulla possibile interazione di diversi approcci;
- comprendere l'importanza di un costante aggiornamento professionale.

Pianificazione della valutazione

La valutazione è stata effettuata per mezzo di un questionario anonimo, segnato da un codice d'identificazione, da somministrare prima e dopo l'intervento educativo, per valutare il raggiungimento degli obiettivi cognitivi, affinché

si possa confrontare ciò che gli studenti sapevano in precedenza e quello che hanno appreso con la lezione.

Contenuti: i contenuti sono stati scelti in base allo studio effettuato, ma riguardavano, sostanzialmente, i principi filosofici orientali di base applicati alla tecnica e teoria prettamente infermieristica da cui essa ha origine.

Metodo: lezione frontale e discussione.

Strumenti: uso del computer con video-proiettore, questionario di apprendimento appositamente elaborato sui contenuti della lezione. (Allegato n.1)

Valutazione di risultato e di processo: la valutazione di risultato sarà effettuata per mezzo del questionario pre e post-test.

La valutazione di processo terrà conto dell'interesse e partecipazione degli studenti.

Attuazione dell'intervento educativo

Preparazione

È stata attuata una revisione della letteratura su banche dati nazionali ed internazionali e, dopo aver selezionato gli argomenti più rilevanti dello studio per il raggiungimento degli obiettivi cognitivi, sono state preparate slide animate da proiettare durante la lezione e il questionario per valutare l'efficacia dell'intervento educativo (composto da 15 domande a risposta multipla somministrato prima e dopo la lezione).

Presentazione

Il giorno programmato per l'intervento educativo è stato lunedì 16 gennaio 2012, dalle ore 11 alle 12, nella tensostruttura dell'ospedale San Giovanni Battista Acismom.

Inizialmente, è stato presentato l'operatore che ha spiegato lo scopo della lezione, gli obiettivi, la sua attuazione e la successiva valutazione, chiarendo l'uso del pre e del post-test.

Dopo la compilazione del pre-test la lezione ha avuto inizio.

Partecipazione

Durante la presentazione delle slide, gli studenti hanno mostrato interesse, ponendo domande prima, durante e dopo la lezione.

Nel corso dell'esposizione, gli studenti hanno raccolto appunti e osservato con

attenzione le immagini più significative presentate nelle slide.

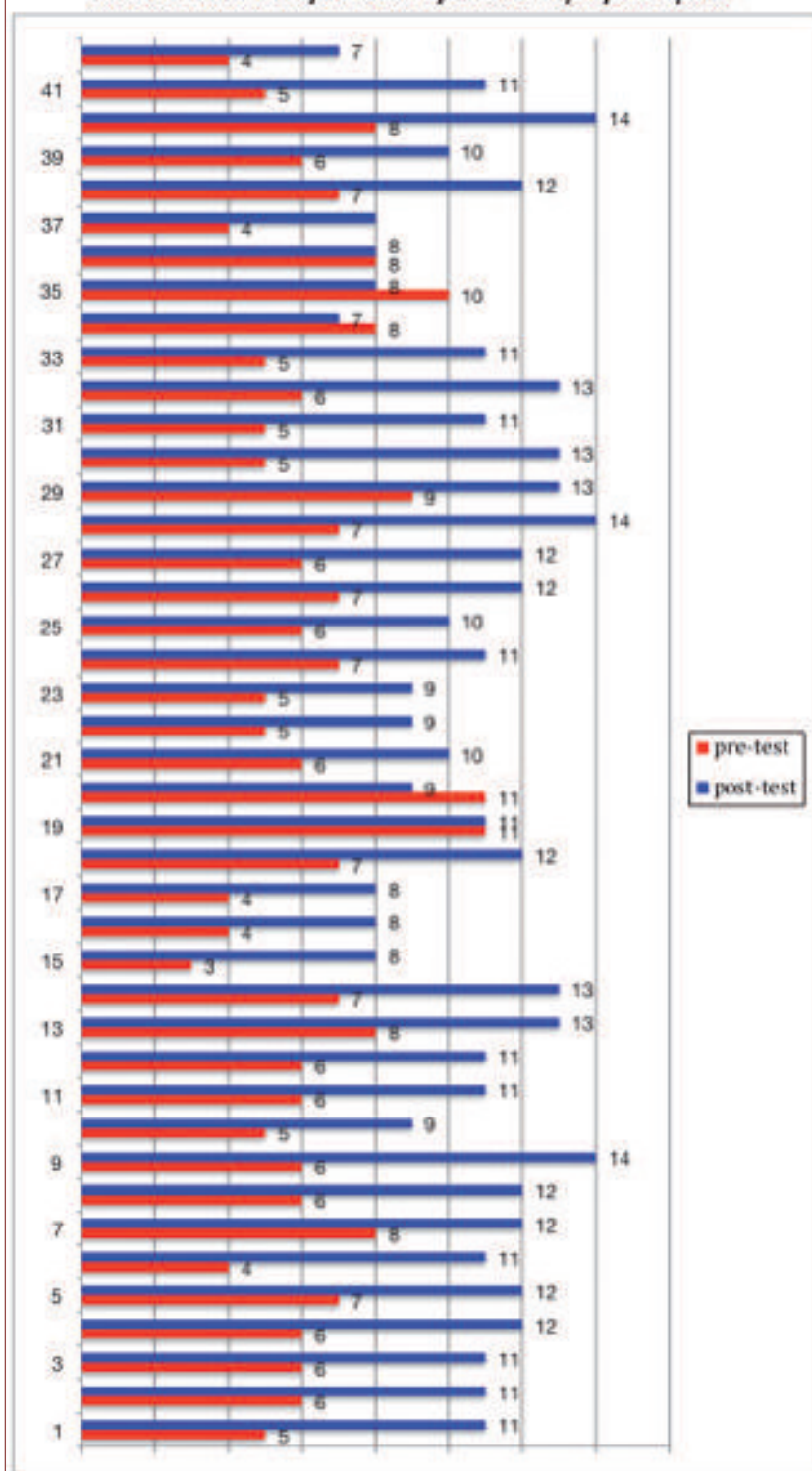
Valutazione

La valutazione dell'efficacia della lezione è stata effettuata ex-ante (effettuata con la supervisione delle dottoresse Giusep-

pina Carovillano e Teresa Compagnone), *in itinere*, ed ex-post.

La valutazione *in itinere* è stata rivelata attraverso l'attenzione all'ascolto ed all'osservazione promossa dagli stessi studenti.

GRAFICO n. 4 "Pre e post test: risposte esatte per partecipante"



QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI COGNITIVI

n. identificativo _____

Data _____

Gentile Collega, il presente questionario serve per verificare il raggiungimento degli obiettivi cognitivi. Ti preghiamo di rispondere alle seguenti domande apponendo una X sulla risposta che ritieni esatta.

Al termine dell'attività formativa ti sarà somministrato lo stesso questionario per poter confrontare i risultati. Per questo motivo, ti preghiamo di annotare il numero identificativo ed apporlo sul test finale.

Buon lavoro. Grazie per la collaborazione.

Giulia Quattrone

DOMANDE:

1. Cosa s'intende per "modello olistico"?
Deriva dalla parola greca 'olos' e significa "unanimità";
dogma filosofico dell'assistenza medica orientale;
esempio di assistenza clinica basato sulla teoria che le proprietà di un sistema non possono essere spiegate singolarmente;
antica tecnica infermieristica non più in voga.
2. Cosa s'intende per salute secondo l'aspetto olistico?
Benessere globale psicofisico;
benessere totale in assenza di malattia;
benessere in relazione alla dimensione ambientale in cui si vive;
benessere spirituale.
3. Qual è la definizione di corpo secondo la tradizione occidentale?
Insieme di parti che funzionano singolarmente per mantenere efficiente lo stato generale dell'individuo;
insieme di parti che compongono la totalità di un sistema la cui funzione è data dalla continua relazione tra i diversi organi;
sistema meccanico il cui funzionamento è dato dall'equilibrio tra psiche e materia;
insieme di organi il cui funzionamento è indipendente dai fattori esterni ambientali.
4. Come si chiama la filosofia orientale cinese?
Maoista;
buddista;
filosofia zen;
taoista.
5. Qual è la teoria su cui si basa la filosofia orientale cinese?
Teoria dello Zang-Fu;
teoria dello Yin Yang;
teoria dello Xue Shen;
teoria dello Zen.
6. Cosa sono Yin e Yang secondo la tradizione orientale cinese?
entità complementari;
categorie che identificano il processo di mutamento in natura;
polarità positive;
entità sovranaturali.
7. Cos'è la moxibustione?
introduzione di sottili aghi in punti specifici dei meridiani;
una tecnica prettamente infermieristica che consiste nel posizionamento di coppette in punti specifici della cute del paziente al cui interno viene riscaldata l'aria, creando una pressione negativa che determina il sollevamento della cute;
attraverso il calore di un cannello di erbe infiammato, vengono stimolati punti specifici dei meridiani.
8. Cosa sono i meridiani?
canali attraverso cui scorre il flusso energetico determinando la continua relazione tra i diversi organi;
influssi energetici;
canali di comunicazione tra cuore e cervello;
punti specifici di rilevamento della pressione.
9. In principale modo, con quale metodo agisce la medicina Ayurvedica?
Riabilitativo;
preventivo;
palliativo;
tutte e tre le risposte precedenti.
10. Cos'è lo yoga?
esercizio fisico specifico meditativo, mirato alla tonificazione dei muscoli delle gambe e dell'addome;
disciplina fisica con cui s'impara a respirare profondamente;
disciplina profonda di meditazione che ha lo scopo di concentrare l'attenzione sulla consapevolezza di sé;
disciplina attraverso la quale si elimina il problema a livello corporeo e poi psichico.
11. Cos'è la cromoterapia?
terapia basata sul riconoscimento dei colori primari in presenza di luce soffusa;
terapia basata sull'utilizzo dei colori associati a proprietà specifiche, basate su semplici analogie psicologiche;
terapia basata sull'utilizzo dei colori associati all'emozioni positive;
terapia basata sull'indossare esclusivamente vestiti di colori associati all'emozioni positive.
12. Quali sono gli elementi essenziali di base di una corretta cura del proprio spirito, secondo la medicina indiana?
Aria e acqua;
fuoco e aria;
terra e acqua;
acqua e fuoco.
13. Cosa s'intende con la sigla Cam?
Medicina Ayurvedica Complementare;
Medicina Alternativa Cinese;
Medicina Complementare Allopatica;
Medicina Alternativa Complementare.
14. Cosa ha dichiarato l'Oms riguardo la formazione professionale degli infermieri volta alle Cam?
"non sono ufficialmente riconosciute come tecniche e approcci terapeutici efficienti, perciò si consiglia agli infermieri di non tenerne ancora particolare conto";
"la formazione dovrebbe mettere gli infermieri in condizioni di capire i diversi approcci";
l'Oms non ha dichiarato nulla riguardo i diversi approcci assistenziali, dato che si trovano ancora in fase sperimentale;
"la formazione dovrebbe integrare, negli anni avvenire, materie di filosofia per incentivare la cultura medica anche nelle classi infermieristiche".
15. Secondo quanto appreso, è possibile una futura integrazione tra i diversi approcci assistenziali?
Sì;
no

La valutazione ex-post è stata effettuata somministrando lo stesso questionario valutativo distribuito precedentemente, verificando l'aumento delle conoscenze verso i nuovi approcci assistenziali della propria professione dopo la lezione.

Analisi dei risultati dell'intervento educativo

Per valutare il raggiungimento degli obiettivi specifici cognitivi sono stati confrontati i dati rilevati, prima e dopo l'evento formativo, relativi a tutte le 15 domande delle quali se ne riportano solo alcune, ed il dato globale.

La prima domanda posta nel questionario: *"Cosa s'intende per modello olistico?"* si riferisce ad una conoscenza elementare dell'argomento, considerando che il significato di "modello olistico" è stato già anticipato dalle lezioni affrontate nei primi mesi del corso.

Si prospettavano risposte giuste almeno dalla metà della classe e così è stato, come mostra il grafico n.1.

La domanda n.2 chiedeva: *"Cosa s'intende per salute secondo l'aspetto olistico?"*. Dalle risposte riportate nel grafico n.2, si evince che gli studenti hanno abbastanza chiaro il concetto di salute inteso come "benessere globale psicofisico" e non come semplice assenza di malattia.

La risposta globale della classe all'intervento educativo è ben valutabile dal grafico n.3 che rappresenta le risposte esatte per ognuna delle domande del test di apprendimento, sia prima che dopo la lezione.

Risulta un particolare importante nelle

domande n.1 (*"Cosa s'intende per modello olistico?"*) e n.2 (*"Cosa s'intende per salute secondo l'aspetto olistico?"*), per le quali il 23,52% risponde esattamente nel pre-test, ma sbaglia nel post. Dato che le risposte racchiudono informazioni divulgate dai docenti durante i primi mesi del corso di studi, sembra che gli studenti abbiano le loro certezze, ma una volta poste in discussione, non sappiano "trattenerle" e facilmente possono essere frammentate.

Nella domanda n.13: *"Cosa s'intende con la sigla Cam?"*, nel post-test c'è stato un miglioramento del solo 0,84%, dimostrando come il risvolto tecnico di definizioni sia risultato meno allettante di nozioni più pratiche e di significato spirituale.

Dalla domanda n.15: *"Secondo quanto appreso, è possibile una futura integrazione tra i diversi approcci?"* si nota l'aumento del 4,62% della consapevolezza degli studenti allorché hanno ricevuto chiarimenti sui metodi pratici di legame tra le diverse dinamiche tecniche e approcci culturali.

Anche analizzando le risposte dei partecipanti si nota un notevole miglioramento delle conoscenze rispetto l'argomento della lezione (grafico n.4): infatti, ogni studente ha risposto correttamente a più della metà delle domande nel post-test.

Anche il 15esimo partecipante, che nel pre-test aveva risposto in maniera corretta a sole tre domande, nel post-test dimostra di aver seguito, in gran parte, l'intera lezione.

CONCLUSIONE

L'esito di questo intervento educativo si è dimostrato positivo, dati i risultati ottenuti dal questionario valutativo del post-test (che ha permesso di osservare come la lezione abbia avuto successo, sebbene l'argomento sia nel suo genere, così complesso).

Gli studenti hanno accolto con interesse il tema olistico trattato con profondità e le informazioni culturali che pongono in discussione la propria crescita spirituale in relazione alla scelta della propria professione.

In questo ambito, si necessita di certezze e concretezza e, in questo, l'informazione assume una responsabilità fondamentale.

L'evento della lezione dimostrativa rappresenta quanto sia rilevante iniziare a discutere in sede universitaria, luogo di formazione ed educazione professionale, di un argomento così innovativo che, probabilmente, un domani verrà affrontato quotidianamente.

La classe infermieristica ha il potere di rivelare un aspetto di sé represso da troppo tempo, differenziandosi per profondità e tecnica completa ed evoluta autonomamente.

AUTORI:

Giulia Quattrone, laureata in Infermieristica, Università Tor Vergata - sede Smom;

Teresa Compagnone, professore a contratto Med 45 Tor Vergata;

Giuseppina Carovillano, professore a contratto Med 45 Tor Vergata.

BIBLIOGRAFIA

- Cocozza A, *La razionalità nel pensiero sociologico tra olismo e individualismo*. Franco Angeli editore. 2005.
- Degado C, Weber J, Mariano C, O'Brien King M, Gates M.F, Potter P, Frish N, Erickson H.L, *Nursing Clinics of North American*. 2007
- Dethlefsen T, Dahlke R, *Malattia e destino. Il valore e il messaggio della malattia*. Edizioni mediterranee. 2010
- Geraci S, Maisano B, *Una porta aperta. La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese*. Lombard Kay. 2010.
- Goldstein K, *L'organismo. Un approccio olistico alla biologia derivato dai dati patologici nell'uomo*. Fioriti editore. 2010.
- Kaptschuk T.J, *Medicina cinese. Fondamenti e metodi*. Edizioni Red. 2002
- Ranjin-Box D, *Terapie complementari. Il manuale dell'infermiere*. Gamannossi M. editore. 2002. II ed.
- Ripa P; Baffi E, *Le cure complementari e l'infermiere*. Carocci Faber editore. 2004.
- Suryanara G, *Salute e longevità con la medicina Ayurvedica. Le applicazioni pratiche della medicina indiana per ottenere il benessere totale. Guida completa*. Giovanni De Vecchi editore Milano. 1995.
- Urli N, *Parliamone senza pregiudizi*. Aggiornamenti professionali: gL'altra medicina h. 1997.

Il "Risveglio dei cinque sensi"

Ricerca del professionista attraverso l'uomo

di Annamaria Santandrea, Angela Infante

ABSTRACT

I cinque sensi ci consentono di entrare in sintonia con la vita, con gli altri e con il mondo.

Attraverso i sensi sperimentiamo la vita e proviamo emozioni: l'ascolto di un brano musicale rievoca in noi momenti carichi di emotività; sentire l'odore di un cibo gustoso provoca appetito; quando riceviamo una carezza sentiamo calore e affetto; guardare un film ci fa piangere o ridere, facendo emergere emozioni; mangiare qualcosa che ci piace ci fa sentire appagati.

Queste sono alcune delle sensazioni che proviamo attraverso i sensi; sensazioni ed emozioni che coinvolgono tutta la persona e tanto più le emozioni riescono a stimolarci tanto più le sensazioni conseguenti saranno vivide e forti. Da qui, la nostra proposta di sensibilizzare la raffinata funzione dei sensi per aprirsi alla vita e sentire il piacere e l'intensità di percepire se stessi e il mondo circostante, **perché il contatto con il proprio mondo delle emozioni è il primo passo che ci consente di porre le fondamenta di una relazione umana equilibrata e che ci soddisfa.**

INTRODUZIONE

Il progetto formativo sul "Risveglio dei Cinque Sensi" nasce dall'idea di voler realizzare

"...Gli uomini hanno reazioni diverse nei confronti delle forme espressive: uno è più sensibile alla musica..., un altro alla pittura, il terzo alla letteratura, ecc. Inoltre, le energie racchiuse nelle varie arti sono fondamentalmente diverse e quindi la loro somma rafforza il loro influsso sull'uomo, anche se agiscono isolatamente".
(Kandinsky, *Lo spirituale nell'arte*, 1912)

in un contesto sanitario, un percorso capace di risvegliare quei sensi che ci consentono di entrare in contatto con il mondo e con l'altro.

Tale esigenza è stata alla base di quello che è divenuto uno dei più affascinanti progetti realizzati presso il Policlinico universitario Tor Vergata di Roma, la cui direzione è stata seguita dai coordinatori della Terapia Intensiva del Dea e dal *counselor* della direzione Sanitaria di Presidio.

Riscoprire se stessi e ciò che ci circonda attraverso l'utilizzo dei sensi è spesso un qualcosa di dimenticato che non siamo più in grado di fare o che, forse, trascuriamo poiché troppo impegnati a correre verso una meta che non sappiamo neppure definire.

Le emozioni, le sensazioni, le paure che, naturalmente, proviamo vengono spesso mascherate dietro formalità che ci difendono dall'inevitabile attacco che la nostra sfera emotiva subirebbe.

E allora perché risvegliare i sensi?

In realtà, l'idea è quella di "educare" al risveglio dei sensi per imparare a gestire il coinvolgimento emotivo che spesso ci spaventa.

Il contesto sanitario, più di qualsiasi altra realtà, è ricco di situazioni capaci di stimolare le più recondite emotività che non è corretto reprimere.

Bisognerebbe avere la capacità e l'onestà di accettare ciò che ci sol-



letica nel momento stesso in cui questo accade, evitando inutili rinvii capaci solo di posticipare ad un futuro indefinito la gestione delle nostre emozioni e sensazioni. Saper riconoscere - e gestire - un'emozione significa saper "entrare in connessione" con se stessi, elaborare il proprio stato d'animo per poi riportare all'esterno ciò che i nostri sensi hanno prodotto. Da queste riflessioni parte, dunque, l'idea di realizzare un percorso formativo strutturato fatto di insegnamenti teorici e di attività di laboratorio capaci di "insegnare a sentire e a raccontare" con gli occhi, il naso, la bocca, l'orecchio e le mani.

Il progetto formativo

Il progetto formativo si è articolato su sette giornate/incontro: una di preparazione, cinque dedicate a ciascuno dei sensi e l'ultima di conclusione per dare una cornice definita all'esperienza.

Le cinque giornate relative ai sensi sono state articolate su una parte teorico/scientifica (I parte) che introduce e facilita "l'ingresso" nella parte artistica, esperienziale e riflessiva (II parte).

MATERIALI E METODI

Primo incontro

In questa giornata è stato illustrato come utilizzare i vari linguaggi artistici (collage, manipolazione, disegno, musica, danza, espressione corporea) e spiegato come ogni tecnica fosse stata abbinata ad un singolo senso.

Dopo aver approfondito tutte le possibilità di lavoro nei diversi linguaggi si sono gettate solide basi per i lavori di gruppo che sono stati realizzati negli incontri successivi.

Secondo incontro

"L'olfatto"

Gli odori gradevoli e sgradevoli che ci circondano, le loro qualità e differenze, sono stati i protagonisti del secondo in-



contro.

Attraverso il riconoscimento e l'utilizzo di fragranze e profumi, gli operatori hanno avuto la possibilità di "decorare con l'olfatto" allontanandosi, così, dalle esperienze olfattive quotidiane caratterizzate principalmente dagli effluvi corporei.

È il senso che permette di riconoscere "il buono e il cattivo" senza entrare in contatto con l'oggetto preso in considerazione; infatti, prima ancora di vedere gli oggetti è possibile percepirne l'odore. Laboratorio esperienziale: è stata proposta una gamma di essenze naturali e artificiali che l'infermiere doveva riconoscere e segnalare su un'apposita scheda. Lo scopo non era solo quello di riconoscere l'essenza ed il prodotto di provenienza, ma le caratteristiche proprie dell'odore annusato.

Considerazioni finali: il gruppo ha partecipato attivamente coinvolgendosi in una sorta di competizione giocosa che ha consentito di palesare le proprie emozioni.

Elaborato finale: è stato realizzato un collage di immagini associative ed evocative dell'olfatto ritagliate da riviste, è stata inserita una tabella con una scelta di sinonimi del verbo "annusare"; il collage è stato corredato di una favola scritta sulla quale bisognava inserire le parole mancanti legate all'olfatto. Il lavoro è stato ovviamente esplicitato in un'ottica del tutto soggettiva.

Feedback: in plenaria.

Terzo incontro

"Il tatto"

Oggetti e materiali di vario genere hanno dato l'opportunità al partecipante di sperimentare il tatto/contatto.

La scelta ricaduta su materiali "grossolani" non è casuale, visto che gli infermieri sono abituati ad utilizzare presidi di alta precisione.

Laboratorio esperienziale: è stata conse-

gnata ad ogni partecipante un sacchetto contenente oggetti di vario genere, forma e consistenza.

Gli infermieri sono stati bendati ed invitati a prendere e riconoscere il contenuto del sacchetto attraverso un'attenta manipolazione in un tempo definito.

Il tutor ha annotato su di una scheda i risultati ottenuti.

Considerazioni finali: prendere conoscenza attraverso il tatto di un qualcosa che non si ha la possibilità di vedere, ha consentito agli infermieri di esprimere con le mani le proprie emozioni.

Elaborato finale: la riproduzione dell'impronta della propria mano è stata la base da cui partire per la successiva realizzazione del collage contenente immagini associative ed evocative del tatto ritagliate da riviste; è stata, poi, inserita una tabella con una scelta di sinonimi del verbo "toccare".

Feedback: in plenaria.

Quarto incontro

"L'udito"

Giocare con i suoni, i rumori, il silenzio, la voce ha fatto riaffiorare emozioni primordiali.

Percepirsi e raccontarsi attraverso l'utilizzo di questo senso ha permesso di "udire" con l'orecchio ed "ascoltare" con il cuore dando la possibilità all'infermiere di sintonizzarsi su frequenze diverse da quelle comunemente udite all'interno delle proprie unità operative. Laboratorio esperienziale: è stato propo-

sto all'orecchio, al cuore e alla mente del partecipante un brano di Maurice Ravel dal titolo "Bolero" che genera sollecitazioni per le sue caratteristiche innovative e provocatorie.

Dopo l'ascolto ripetuto del brano è stato chiesto agli infermieri di mettere le proprie emozioni su una superficie bianca impiegando una gamma di colori da usare esclusivamente con le mani (come note su uno spartito vergine).

Considerazioni finali: mentre l'ascolto del brano è stato un momento individuale, l'uso del colore ha offerto ai partecipanti l'opportunità di creare uno spirito di gruppo.

Gli infermieri hanno espresso le loro emozioni con disegni di senso compiuto o astratto riconoscendosi la possibilità di intervenire l'uno sul lavoro dell'altro senza chiedersi il permesso e cercando di gestire l'ancestrale frustrazione per qualcuno che mette disordine dove ordine era stato creato.

Elaborato finale: è stato prodotto un disegno rappresentativo delle emozioni e dei sentimenti evocati dal brano ascoltato durante il laboratorio; su di una grande superficie bianca di stoffa di circa 25 mq sono stati realizzati disegni astratti e significativi utilizzando esclusivamente il colore e le mani. Ognuno poi ha tagliato e scelto di portare con sé un pezzo dell'arte appena espressa.

Feedback: in plenaria.

Quinto incontro

"Il gusto"

Un cibo semplice come il pane prende "vita" e diventa protagonista non solo del palato, ma anche dell'esperienza pratica di laboratorio.

L'assaporare elementi naturali ha fatto sperimentare la soggettività del gusto e del disgusto e fatto affiorare emozioni più o meno antiche legate ai ricordi.

Laboratorio esperienziale: è stato chiesto agli infermieri l'assaggio repentino di ali-



menti confezionati appositamente per il laboratorio, con caratteristiche discordanti tra colore e sapore al fine di sintetizzare due sensi utilizzati durante lo svolgimento dei laboratori precedenti (olfatto e tatto, ingannando e meravigliando il senso della vista).

Considerazioni finali: il tutor ha distribuito una tovaglietta di "carta paglia" chiedendo ai partecipanti di esprimere le proprie emozioni attraverso l'utilizzo della tecnica del collage.

Alcuni infermieri fantasiosi non si sono limitati all'uso di materiali classici, ma hanno inserito nei propri lavori sia il pane sia gli altri elementi naturali dando così un tocco originale e "appetitoso" al collage.

Elaborato finale: la possibilità di utilizzare altri materiali oltre la carta è stato il punto di partenza per questo collage che ha avuto come supporto una tovaglietta di "carta paglia" per uso alimentare. Marmellata, pane e salse sono stati elementi originali con i quali cimentarsi. Anche in questo caso è stata inserita la tabella dei sinonimi relativi al verbo "gustare".

Feedback: in plenaria.

Sesto incontro

"La vista"

L'iniziale scelta dell'uso del colore è stata poi sostituita dal bicromatismo (bianco-nero) per dare uno stimolo diverso a questo senso che ha dovuto dirottare le sue capacità sull'individuazione delle forme piuttosto che sulla scelta del colore.

Il passaggio successivo è stato quello di sostituire "all'inquadratura a tutto campo" del mondo circostante, la "messa a fuoco" sul particolare.

L'uso di questi due vincoli (il bicromatismo e la messa a fuoco) ha consentito agli infermieri di guardare la realtà con occhi più attenti a ricordare che ogni individuo è unico ed irripetibile al fine di sottrarsi all'inevitabile sovrapposizione di immagini che quotidianamente bombardano l'occhio e la mente.

Si è preso spunto per il lavoro proposto, dal testo di Bruno Munari "Alla faccia", eccellente esempio di come il gioco legato agli occhi diventi possibilità diversa di vedere.

Laboratorio esperienziale: dopo la presentazione agli infermieri del testo di Munari, si è consegnato un foglio bianco

come base di lavoro e alcuni cartoncini neri necessari per la realizzazione del collage estemporaneo. Infatti, è stato chiesto di visualizzare mentalmente i particolari di volti significativi e di trasferirli sul foglio bianco solo il tempo necessario per essere fotografati.

La velocità con cui i volti hanno preso forma è stata la risposta adeguata alla domanda del tutor: "dare volto ad un volto".

Considerazioni finali: il testo di Munari ha suscitato iniziale curiosità e diffidenza e il gruppo, poi, si è allontanato dall'idea dell'autore per produrre un qualcosa di originale ed autobiografico.

Elaborato finale: è stato realizzato un percorso di collage in movimento rappresentante una serie di volti in modalità bicromatica (bianco /nero) come omaggio all'artista Munari.

Feedback: in plenaria.

Settimo incontro

"Condivisione"

Nel settimo incontro si è presentata l'idea di fare un "tableau", una parola di origine francese che sta a significare "quadro".

Fare "tableau" significa stare immobili, generalmente alla fine di un atto o di un'opera, per pochi istanti, proprio come un quadro, di modo che il pubblico possa apprezzarne scenografia, coreografia, costumi e poi applaudire.



Quindi, si è proposto attraverso questa tecnica di interpretare i sensi utilizzando le espressioni e la gestualità del corpo. Si sono formati cinque gruppi, uno per ogni senso, ed è stato chiesto loro di dare una loro personale interpretazione. Caratteristiche del "tableau" sono il lavorare in gruppo, la comunicatività e la creatività, poiché i componenti dei gruppi non sanno cosa faranno i loro compagni durante la esibizione. Importante è anche la rapidità nel prendere contatto con la propria emozione ed adattarla alla presentazione per il pubblico.

blico.

L'incontro si è concluso con una grande "tableau" comune a tutti gli "attori": mettere in scena i cinque sensi contemporaneamente.

La restituzione in plenaria delle emozioni provate nell'esecuzione dell'esibizione ha dato ragione alla genialità degli ideatori e degli interpreti.

CONCLUSIONI

Cosa dire... Siamo operativi per la seconda edizione e ne abbiamo una terza in preparazione.

AUTORI:

Annamaria Santandrea, infermiera Pronto Soccorso-Dipartimento Emergenza/Urgenza Policlinico Tor Vergata di Roma;

Angela Infante, counselor Direzione Sanitaria di Presidio Policlinico Tor Vergata di Roma.

GRUPPO DI STUDIO:

Federico D'Emilio, infermiere Dea; Girolamo De Andreis, coordinatore infermieristico Dipartimento Dea; Silvana Di Florio, coordinatore gestionale Dea; Maddalena Galizio, direttore servizio infermieristico e professioni sanitarie; Angela Infante, counselor; Marco Romani, coordinatore clinico Dea; Annamaria Santandrea, infermiera Dea e Giuseppe Visconti, direttore sanitario di presidio

BIBLIOGRAFIA

- Amati U, *L'incantesimo della creazione*. Ed. Alpes, Roma. 2008.
 Bunt L, *Musicoterapia*. Ed. Kappa, Roma. 1999.
 Campbell J, *Attività artistiche in gruppo*. Ed. Erickson, Trento. 1996.
 Dei P, Gambarini C, *Tra gioco e arte*. Armando Editore, Roma. 2000.
 Demetrio D, *Raccontarsi. L'Autobiografia come cura di sé*, 1996, Cortina, Milano.
 Edelstein C, *Il counseling sistemico pluralista*. Centro Studi Erickson, Trento. 2007.
 Giusti E, Piombo I, *Artiterapie e Counseling espressivo*. Aspic, Roma. 2004.
 Goleman D, *Lavorare con l'intelligenza emotiva*. Bur Rizzoli, Milano. 2000.
 Goleman D, *L'intelligenza emotiva*. Bur Rizzoli, Milano. 1999.
 Landa N, *Giochiamo con tutti i sensi*. Editrice Elledici, Leumann, Torino. 2000.
 Molteni R, *L'arteterapia*. Xenia, Milano. 2007.
 Piccini F, *Ri-Vedersi*. Edizioni Red!, Milano. 2008.
 Pizzol G, Aguzzini L, *Il senso dei cinque sensi*. Itaca Libri, Castel Bolognese, Ravenna. 2007.
 Restelli B, *Giocare con tatto*. F.Angeli Editore, Milano. 2002.
 Widmann C, *Il simbolismo dei colori*. Edizione Magi, Roma. 2006.

Etica della professione, etica nella professione, etica del professionista

La centralità delle virtù nella professione infermieristica: aspetti e differenze rispetto ad un'etica "della terza persona"

di Gennaro Rocco, Alessandro Stievano

INTRODUZIONE

Nella società post-moderna (Bauman 2005) la professione infermieristica si interroga sul ruolo che le caratteristiche valoriali della persona assumono: il "saper essere", infatti, sta avendo un ruolo-chiave nella condotta di tutte le persone impegnate nell'arena sociale e ciò è tanto più importante per chi, tutti i giorni, dialoga con il bisogno sanitario degli individui.

Nella prospettiva neo-aristotelica (MacIntyre 2001; McGillin 2006) o, più in generale, del pensiero classico, l'etica si configura come una ricerca sul bene globale dell'uomo, cioè sul bene e i progetti della vita umana presa come un tutto.

Tale riflessione prende in esame, pertanto, diversi stili di vita e non singole azioni, o meglio, giudica queste solo in rapporto e alla luce della continuità biografica del singolo infermiere.

Per comprendere l'importanza di essere una "buona persona" bisogna fare chiarezza su alcuni concetti dibattuti in filosofia morale.

Con il termine di "etica della prima persona" si indica un approccio alla condotta dell'uomo che non si concentra sui criteri e i principi per l'azione giusta, ma, piuttosto, sul soggetto che agisce e che si pone la domanda: "Che tipo di persona voglio essere?".

"L'etica della prima persona" - o etica

delle virtù - si propone come compito etico fondamentale l'educazione del desiderio, in modo tale che la forza delle tendenze e dell'affettività possa dare il suo contributo essenziale alla realizzazione del bene umano.

Questo presuppone che l'etica debba innanzitutto tracciare un'immagine del bene umano, e capire come i diversi beni e le diverse attività si integrano nel bene della vita umana presa olisticamente.

Tale prospettiva si orienta a delineare, non solo che cosa si debba fare o omettere, ma piuttosto ad affermare che cosa sia bene desiderare, quale tipo di vita sia desiderabile e buona (Peláez 2007).

Si tratta di tutte quelle concezioni che si riferiscono al bene inteso come essenza teleologica dell'uomo retto.

Da Aristotele, passando da San Tomaso D'Aquino fino ad arrivare a MacIntyre, l'etica delle virtù o "della prima persona" inquadra le tre istanze fondamentali dell'etica, beni, virtù e norme come intimamente articolate e operative.

Nell'etica della prima persona, le norme non sono predominanti: sono collocate entro uno schema più vasto, dove le varie virtù occupano un posto centrale. Le virtù, infatti sono sorgente privilegiata di conoscenza del bene morale.

"...La vita secondo le virtù è la vita

buona, quella che tende all'eudaimonia (che in greco si traduce oltre che con felicità anche come vita riuscita, vita buona), la migliore vita che il soggetto agente etico possa condurre, in cui non deve mancare.....alcunché di importante" (ibidem).

Per chiarire ulteriormente la nozione di "etica della prima persona", occorre analizzare il concetto di virtù elaborato dal pensiero classico, in particolare da Aristotele.

Il termine "virtù" deriva dal greco aretè, che era il marchio dell'uomo eticamente coltivato.

Mentre Platone sosteneva che la virtù aveva un valore di per se stessa, indipendentemente dal raggiungimento della vita felice, Aristotele sosteneva che: "la felicità (eudaimonía) consisteva nell'esercizio concreto della ragione, nell'attività dell'anima conforme a virtù".¹

L'etica teleologica aristotelica non si orienta, quindi, al raggiungimento del massimo bene futuro, ma è intesa come un modo di vivere la vita, un modo virtuoso che permette di superare gli ostacoli di cui è costellata.

La virtù ha una struttura stabile o costitutiva, una sua struttura intellettuale e una dimensione affettiva costituita dalla "medietà" o "giusto mezzo", una disposizione stabile o costitutiva che si struttura come habitus; non è innata, ma si



sviluppa con l'educazione, con l'esperienza, con il tempo e con l'abitudine. Nessuna virtù etica secondo Aristotele nasce in noi per natura, né contro natura, ma per natura il soggetto umano è orientato a sviluppare la virtù, come perfezionamento delle sue facoltà operative. Per ciò che concerne la dimensione intellettuale della virtù, la virtù possiede una struttura razionale e continuativa nel tempo.

Le scelte etiche hanno carattere diacronico e guardano anche al passato, la virtù rende l'uomo capace di giudicare rettamente ciò che dovrebbe compiere. La disposizione intellettuale della virtù prende a prestito la regola d'oro *"non fare agli altri ciò che non vuoi che gli altri che facciano a te"*, in pratica si può affermare che il punto di vista intellettuale della virtù si fonda sulla conoscenza dei principi primi della ragione.

La parte intellettuale della virtù è, per parafrasare San Tommaso D'Aquino, la virtù che deve essere coniugata: la volontà guidata dalla *recta ratio*.

Le virtù, infatti, sono il risultato della compenetrazione tra dimensione razionale e dimensione affettiva e si costituiscono in riferimento alle passioni.

Annas (1997) sottolinea il concetto aristotelico di medietà o affettività della

virtù e anche la partecipazione delle passioni nel compimento dell'atto virtuoso. La parte affettiva della virtù è rappresentata dalla gioia dell'agire virtuoso.

La virtù, allora, non si configura solamente come imperativo morale, secondo l'approccio Kantiano, ma contiene anche un elemento di soddisfazione personale nel suo raggiungimento.

Questa è una delle differenze più importanti dell'etica delle virtù rispetto all'etica normativa, dove le norme morali sono principi o proposizioni astratte e impersonali che ciascun agente razionale deve applicare deduttivamente, nel suo ragionamento pratico, alla situazione concreta e alle sue particolari circostanze personali; applicazione resa pressoché impossibile dall'astrattezza della prospettiva di tali norme e principi.

Questa è l'etica che si può definire "della terza persona", in quanto assume il punto di vista dell'osservatore esterno che ricerca quale sia il miglior assetto sociale per la convivenza civile, ma lascia passare in secondo piano la questione del progetto di vita buona.²

La virtù al contrario, non reprime le passioni, piuttosto se ne serve orientandole in modo che influiscano positivamente "nella scelta gioiosa dell'azione buona".

La medietà - o giusto mezzo - si riferisce

alla posizione intermedia da assumere nella guida delle passioni in concreto.

Anche Taylor (2006) afferma che, nella società contemporanea, sembra prevalere l'individualismo dell'autorealizzazione, che spinge l'io alla ricerca della felicità individuale, chiudendosi nella razionalità logica di una società sempre più socialmente atomistica e strumentale, sempre più frammentata dove i membri trovano molta difficoltà a riconoscersi comunitariamente nell'arena politica.

Taylor si orienta a recuperare l'autenticità delle passioni, contro l'autenticità morbida del soggettivismo contemporaneo per far sì che gli esseri umani escano dalle pastoie dei *"petits et vulgaires plaisirs"* di Tocquevilliana memoria.

La sua lotta contro l'individualismo dell'autorealizzazione (in cui la perdita di un orizzonte tradizionale comporta una condizione di pura e semplice anomia) è portata a termine attraverso il recupero del senso profondo dell'autenticità.

Per un'etica dell'autenticità, sono necessari tre elementi, oggi controversi e intimamente connessi: (Peláez, 2007):

1. che l'autenticità sia un ideale valido diverso dalla libertà che si autodetermina;
2. che si rifiuti il soggettivismo morale (cioè che le posizioni morali non siano

in nessun modo fondate esclusivamente sulla ragione disincarnata post-cartesiana o sulla natura delle cose ma siano adottate dagli individui per la loro attrazione);

3. che non si cerchino nella cultura moderna del sistema politico dominante (post-industriale, capitalista) le giustificazioni per un comportamento non morale.

Per cercare l'autenticità nelle cure, allora, Taylor (2006) rimanda alla famosa teorica del nursing Patricia Benner che, insieme alla Wrubel (1989) nel suo testo: *"The primacy of caring: stress and coping in health and illness"*, enfatizza come il paziente debba essere considerato nella sua interezza, come un soggetto che ha alle spalle un vissuto esperienziale di interconnessioni socio-storiche e non solo come il luogo dove esiste un problema tecnico.

L'autrice, formatasi alla McGill University, aggiunge: *"... Non di rado, la società e l'establishment medico sottovalutano gli infermieri, cui spetta il più delle volte di fornire questo trattamento umanamente sensibile, rispetto a quello degli specialisti provvisti di un sapere tecnologicamente avanzato"* (Taylor 2006).

Nella riflessione sulla modernità, Taylor (2006) sottolinea il rapporto tra il soggetto morale e l'eredità della modernità, che è il risultato dei seguenti elementi: rivoluzione scientifica;

1. secolarizzazione;
2. individualismo.

Secondo il filosofo, un'etica della modernità post-radical (Giddens 1990), dovrebbe favorire il recupero di un contatto morale autentico con noi stessi e con gli altri a cui Rousseau, ad esempio, aveva già attribuito il nome di *"le sentiment de l'existence"*.

Come altri filosofi neo-aristotelici (che enfatizzano l'importanza della società e dei valori comuni ereditati da una tradizione per la comprensione di se stessi e della propria identità), Taylor (2006) sostiene che la tradizionale teoria liberale dell'identità personale è troppo astratta, strumentale e ad una dimensione.

Essa produce un atomismo individualista poiché frammenta le coscienze e

tale frammentazione cresce in maniera esponenziale nella misura in cui gli individui non si identificano più con la loro comunità politica.

La società, dunque, è vista in base agli interessi strumentali del singolo e gli individui sono sempre meno legati ai loro concittadini da una comunanza di progetti e di fedeltà.

Per Taylor, il mondo liberale frammentato porta a dimenticare la dimensione comunitaria in cui l'essere umano si trova.

L'uomo vive sempre in una comunità composta da suoi simili ed è, in questo senso, un "animale comunitario", come già era stato colto da Aristotele, che aveva definito l'uomo un "animale sociale" (*zōon politikòn*), destinato alla vita comunitaria.

VIRTÙ FONDAMENTALI NELLA VITA PROFESSIONALE

Con il concetto di virtù, centrale nell'etica "della prima persona", si intende, quindi, una disposizione, un *habitus*, una qualità buona.

Questa etica considera l'areteicità, cioè, primariamente, quelle qualità legate alle persone ed al loro essere piuttosto che all'azione.

Quindi, per l'etica dei valori la moralità non ha a che fare con la deonticità dell'azione; per essere morali bisogna essere "un certo tipo di persona", bisogna "saper essere", non semplicemente agire in un certo modo.

Già Platone identificava le quattro fondamentali virtù morali in:

1. saggezza pratica o prudenza;
2. forza o coraggio;
3. giustizia;
4. temperanza.

Alasdair MacIntyre ha riproposto, nel noto saggio del 1981, *"After virtue. A study in moral theory"*, un ritorno al concetto classico di virtù.

Le singole virtù contengono i criteri secondo cui avviene la valutazione morale delle scelte nei tempi e nei luoghi.

Queste quattro virtù (chiamate poi da Sant'Ambrogio, cardinali), hanno costituito il sostegno per tutte le altre virtù: ad esempio, la fedeltà o la dignità si rifanno alla giustizia.

La *phronesis* aristotelica, così come la

prudenza (*auriga virtutum*) costituisce quel connubio tra sapere conoscitivo etico e prassi morale che conduce all'azione virtuosa e saggia.

La prudenza configura le scelte professionali eticamente fondate e costituisce un anello di raccordo tra attività speculativa e prassi morale, come afferma Peláez (1995): *"... le qualità di un professionista sono...saggezza, dottrina, equilibrio interiore, misura (anche nel manifestare le emozioni), imparzialità ed equità nel giudicare e nel considerare problemi e situazioni, nel risolverli e nel dare consigli: capacità, quindi di prendere decisioni sagge ed opportune"*. *"... L'atto prudente è composto di conoscenza, giudizio e comando"* (ibidem).

Per ciò che concerne la conoscenza, si parla di "conoscenza morale" applicata al caso professionale utilizzando la memoria ed il consiglio.

Non si parla allora, in questo ambito, di quella conoscenza meramente tecnica legata al professionista, ma di quella parte di conoscenza morale che forma un tutto inestricabile con la conoscenza ontologica.

Il giudizio, non ostinato, che deve far tesoro degli errori e dei quasi-errori, allora, deve essere ben ponderato, effettuato con discrezione: *"... termine che sta appunto per giudizio pratico, frutto di attenta riflessione e proprio perciò di persone responsabili"* (ibidem).

Una volta, comunque, ben ponderato, l'atto prudente deve essere effettuato con rapidità, prontezza, caratteristiche fondamentali per rendere la decisione concreta.

Sempre parlando di virtù etiche fondamentali caratterizzanti il professionista, ci piace sottolineare, oltre alla veracità e alla fedeltà di comportamento, valori spesso dimenticati e spesso persi nelle nebbie dell'individualismo e dell'egoismo ambizioso, della magnanimità, particolare forma di forza che si coniuga bene con le virtù della magnificenza (si esercita quella professione pensando soprattutto al bene rispetto ad altre considerazioni) e della liberalità.

Con il termine "magnanimo", invece, si vuole indicare quella virtù acquisitrice e moderatrice di onori e fama.

Magnanimo è, dunque, chi si stima degno di grandi cose, ma è anche chi, senza presunzione, si rende disponibile e generoso nei confronti degli altri.

È il professionista operoso che osa con una forma sana di competizione che non deve mai sfociare nell'ambizione egoistica.

La magnanimità è, allora, una peculiare interiorità morale intrisa di perseveranza, che rifugge l'adulazione e la simulazione, che ama la verità, la dedizione, la disciplina, la generosità, la modestia, la lotta contro lo scoramento e si rivela nel clima di collaborazione che sa suscitare sia per i fatti professionali piccoli che per quelli più grandi: "... Come ogni virtù morale essa permea la vita ordinaria" (ibidem), e proprio i vizi contrari alla magnanimità la fanno ancor più risplendere come virtù forte della persona e, nel nostro caso, del professionista infermiere. Tra i vizi del non magnanimo si possono senza dubbio annoverare la presunzione coniugata in arroganza e prepotenza (foriera di quel carrierismo antimorale, caratteristico del vanaglorioso).

Tra le manifestazioni contrarie alla magnanimità vanno, infatti, annoverate la millanteria e l'ipocrisia; antivirtù che possono ritrovarsi nei rapporti umani in alcune organizzazioni sanitarie. Anche il litigio, la pertinacia eccessiva, l'immobilismo del proprio volere e la disobbedienza

possono configurarsi come dei veri e propri mali morali che caratterizzano i rapporti di lavoro dei professionisti sanitari sia in senso interprofessionale che verso il fruitore dei servizi: la persona.

Ma come arriviamo a conoscere i valori morali fondamentali?

Anche qui l'insegnamento da solo non basta.

Come ci illustra Peláez (2007) "... La verità etica è pratica, non si raggiunge mediante una semplice conoscenza dei valori ottenuta attraverso l'istruzione, la quale rimane sempre conoscenza di seconda mano. È necessario un contatto diretto con la realtà con la vita, fornita dalla propria esperienza dei valori. L'istruzione successiva svolge allora un ruolo importante, quello di fornirci i concetti ed il linguaggio che ci rendono capaci di trarre profitto dal contatto diretto con le cose e con le persone; capaci, cioè, di una profonda riflessione etica. L'istruzione migliora solamente se unita all'esperienza riflessiva".

Quindi, **in campo sanitario un infermiere - o un medico - eccellente deve possedere la virtù della sollertia, cioè quella flessibilità nella prassi che permette di trovare soluzioni immediate a problemi complessi.**

Il *quid* ulteriore che caratterizza il professionista eccellente dal professionista puro e semplice.

Concludendo si può affermare che l'etica "della prima persona" ritiene che orientare e giudicare le scelte che riguardano il bene globale della vita è il compito fondamentale dell'etica e, soprattutto, che un sapere riflessivo non può non porsi la domanda sul bene della vita presa come un tutto, perché ogni nostra scelta presuppone una visione delle priorità da assegnare alle nostre attività e ai nostri beni (famiglia, professione, posizione economica, riposo, religione, ecc.) e, pertanto, una concezione pratica della vita umana e del suo bene.

Se il dovere di fare - o di omettere - delle azioni venisse assunto come punto di partenza (etica "della terza persona"), e, quindi, senza indicare previamente un fine globale positivo e desiderabile, l'etica non potrebbe essere altro che un insieme di doveri e divieti in funzione di uno scopo che, pur nobile, sarebbe sempre parziale, limitato e limitante, sul quale una persona potrebbe sempre chiedersi se vale veramente la pena rispettarlo.

AUTORI:

Gennaro Rocco, direttore Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica;

Alessandro Stievano, Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica.

NOTE

¹ Cfr. Aristotele (Etica Nicomachea I, 10, 1099 b 26; X, 7, 1177 a 12), in Mazzei C. (a cura di) (2000), *Etica Nicomachea*, Bompiani, Milano.

² Si veda tra gli altri: Rhonheimer M. (1994), *La prospettiva della morale. Fondamenti dell'etica filosofica*, Armando, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Annas J, *La morale della felicità*, Vita e Pensiero, Milano. 1997.

Bauman Z, *Globalizzazione e glocalizzazione*, Armando Editore, Roma. 2005.

Benner P, Wrubel J, *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*, Prentice Hall, Boston. 1989.

Giddens A, *Le conseguenze della modernità. Fiducia e rischio, sicurezza e pericolo*, Il Mulino, Bologna. 1990.

MacIntyre A, *After virtue. A study in moral theory*, University of Notre Dame Press, Indiana; trad.it. (1988), *Dopo la virtù. Saggio di teoria morale*, Feltrinelli, Milano. 1981.

MacIntyre A, *Animali razionali dipendenti. Perché gli uomini hanno bisogno delle virtù*, Vita e Pensiero, Milano. 2001.

Mazzei C, a cura di, *Etica Nicomachea*, Bompiani, Milano. 2000.

Mocellin S, *Ripartire dalla vita buona*, Edizioni Cleup, Padova. 2006.

Peláez M, *Etica, professioni, virtù*, Ares, Milano. 1995.

Peláez M, *L'arte di vivere bene, beni, virtù, norme*, Ares, Milano. 2007.

Rhonheimer M, *La prospettiva della morale. Fondamenti dell'etica filosofica*, Armando Editore, Roma. 1994.

Taylor C, *Il disagio della modernità*, IV ed., Editore Laterza, Roma-Bari. 2006.

Indagine conoscitiva sul livello di *burn out* tra gli infermieri che operano nella Salute Mentale del Distretto sanitario Asl Rm/A

di Adriana Costa, Ione Moriconi

ABSTRACT

Il *burn out* è una sindrome da esaurimento emozionale, depersonalizzazione e riduzione delle capacità personali di risposta emotiva che può presentarsi in persone che espletano la "professione d'aiuto".

Questo articolo si propone di individuare i livelli di potenziale *burn out* esistente tra gli infermieri che operano all'interno della Salute Mentale ed, in particolar modo, tra quelli delle Comunità Terapeutiche (Ct) e gli infermieri dei Centri di Salute Mentale (Csm) della Asl Rm/A.

Per comprendere meglio il fenomeno è stata effettuata una ricerca bibliografica con fonti tradizionali ed informatiche, utilizzando un metodo di ricerca quantitativa, attraverso l'utilizzo del questionario "Potential Burn out Inventory" di Potter. Il campione preso in considerazione è caratterizzato da 50 infermieri facenti parte di queste specifiche aree, ed è stato "di convenienza".

I risultati della ricerca hanno dimostrato che il 26% della popolazione analizzata ha riscontrato un potenziale livello medio di *burn out*.

Parole-chiave: *burn out*; stress occupazionale; stress psicofisico; infermieri psichiatrici; infermieri salute mentale.

INTRODUZIONE

Con l'introduzione, in ambito psicolo-

gico, del concetto di *burn out*, si è avuto un forte interesse anche in Italia per tale fenomeno, ma ancora troppo scarse sono le ricerche effettuate a tal proposito.

Questo tema ha ottenuto, al contrario, un'attenta considerazione da parte degli psicologi dei Paesi di influenza anglosassone, dove la riflessione, attiva già dagli anni '70, conta numerosi interventi particolarmente focalizzati sullo studio di alcune professioni a maggiore rischio di *burn out*.

Il vocabolo italiano che meglio potrebbe indicare cosa si intende per operatore in *burn out* è "bruciato".

Gli infermieri vivono più a stretto contatto con il paziente, sia in termini di tempo, sia in termini di emotività, ragion per cui sono, fra quegli operatori sanitari, quelli che rischiano maggiormente il *burn out*.

Il termine *burn out* indica una sindrome caratterizzata da una reazione allo stress sperimentata dagli operatori sanitari, che si trovano costantemente ad avere rapporti con pazienti affetti da patologie gravi o che comunque sperimentano situazioni reiteranti come angoscia di morte, disabilità, sofferenza.

La multidimensionalità della sindrome del *burn out* è ormai ampiamente riconosciuta da quanti si occupano del problema.

Non esiste una sola causa, è più natu-

rale pensare al *burn out* come l'epilogo di complesse vicende personali e lavorative; mentre, per ciò che concerne la natura lavorativa essa può riferirsi sia alla struttura organizzativa che alla specificità della professione svolta.

Individuo ed ambiente interagiscono costantemente e l'analisi di qualsiasi contesto professionale non può prescindere dalla conoscenza:

- della personalità del singolo soggetto, delle sue motivazioni e dei suoi interessi;
- della struttura organizzativa;
- del tipo di attività che viene svolta (per calcolare l'eventuale stress addizionale).

Per poter meglio affrontare questa ricerca è stata eseguita una revisione bibliografica includendo articoli pubblicati dal 2006 al 2011, ricercando all'interno dei database elettronici della biblioteca del Collegio Ispasvi di Roma e nelle banche dati: Cinhal ed Ilisi.

Tra gli articoli individuati attraverso la ricerca (in tutto, 11), solo cinque sono stati ritenuti appropriati all'argomento che intendo affrontare.

La tabella 1 illustra in maniera sintetica i nostri articoli.

MATERIALI E METODI

Per effettuare questa ricerca è stato seguito un approccio quantitativo.

È stato individuato il "Burn out Potential

ANNO	RIVISTA	TITOLO ARTICOLO	RISULTATI
2009	<i>Nursing standard</i>	Experiences of stress among nurses in acute mental health settings	- staff spesso soggetto a comportamenti aggressivi e violenti da parte dei pazienti; - impossibilità di "spegnersi" dal lavoro a turno terminato
2009	<i>British Journal of Nursing</i>	An exploration of burnout among city mental health nurses	- chi possiede master presenta livelli più bassi di <i>burn out</i> ; - maggiore livello di <i>burn out</i> per coloro che ricevono minore supervisione clinica
2008	<i>British Journal of Nursing</i>	Stress and burn out in forensic mental health nursing: a literature review	- individuati principali fattori di stress: conflitti interprofessionali, carico di lavoro e mancanza di coinvolgimento nel processo decisionale
2009	<i>Journal of Nursing Management</i>	Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health nurses: an exploratory study	- teoria di Kanter sull' <i>empowerment</i> convalidata e supportata dallo studio effettuato
2008	<i>International Nursing Review</i>	Burn out in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards	- maggior parte campione: sesso femminile, età media inferiore a 40 anni; - livelli di <i>burn out</i> maggiori negli infermieri di Salute Mentale

Tabella 1. Revisione della letteratura

Inventory" di Potter come strumento di raccolta ed elaborazione dei dati. All'interno del questionario vengono indagate 12 specifiche aree:

mancanza di potere; assenza di informazioni; conflitto; equipe inefficace; straripamento; noia; scarsi *feedback*; punizioni; alienazione; ambiguità; scarsità di ricompense e conflitti di valore.

Tutto, tramite 48 *item* (quattro per ogni area) al quale l'infermiere può attribuire un punteggio da 1 a 9 rispetto all'intensità con la quale egli riscontra la situazione lavorativa percepita.

È stata integrata una breve scheda demografica volta a conoscere dell'intervistato il sesso, l'età, lo stato civile, il titolo di studio, l'anzianità di servizio nel set-

tore socio-sanitario e da quanto tempo lavora in quel determinato settore.

Nell'originale questionario di Potter, la scheda demografica non è presente; queste domande sono state inserite per avere un quadro più preciso della vita professionale dell'infermiere e permettono di capire un pò meglio la situazione extra lavorativa.

Il "*Burn out Potential Inventory*" individua tre fasce di risultato:

punteggio compreso tra 48 e 168 = basso rischio di *burn out*;

punteggio compreso tra 169 e 312 = medio rischio di *burn out*;

punteggio compreso tra 312 e 432 = alto rischio di *burn out*;

Il questionario, così completato, è stato

distribuito a 62 infermieri che lavorano nei Csm (h12) e nelle Ct (h24), previa autorizzazione della Direzione Sanitaria del Dsm e del Servizio Infermieristico.

Il campione sottoposto a indagine include la popolazione facente parte di sei Csm e di tre Ct del Dsm della Asl Rm/A. L'adesione è stata molto buona, visto che, dei questionari distribuiti, ne sono stati raccolti 54 (solo quattro dei quali sono risultati nulli a causa dell'errata compilazione).

I questionari (anche se non tutti compilati o compilati in maniera errata) hanno reso possibile il sondaggio dell'82% della popolazione iniziale.

La somministrazione è sempre stata preceduta da una breve presentazione della ricerca e dei suoi scopi, per poi procedere con una rapida illustrazione del questionario, di come è articolato, con eventuali chiarimenti sulla modalità di compilazione e sui vari *item*.

I dati sono stati trattati secondo le norme vigenti sulla privacy e l'anonimato.

RISULTATI

Analizziamo dapprima le caratteristiche demografiche del nostro campione.

La distribuzione dei due sessi è così rappresentata: 36% uomini e 64% donne.

Nello specifico, gli operatori delle Ct sono rappresentati per il 52% dagli uomini, e il restante 48% dalle donne; mentre per i Csm abbiamo solo il 20% di uomini e il restante 80% di donne. (Grafico 1)

Consideriamo ora la suddivisione per fascia d'età: nessun infermiere risulta avere meno di 30 anni e la maggior parte di

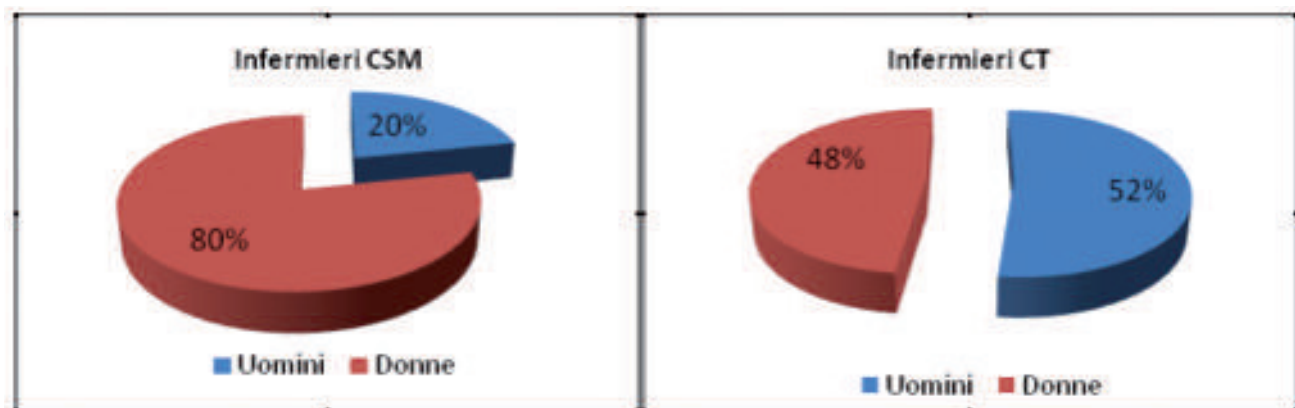


Grafico 1. Distribuzione degli infermieri per sesso: confronto fra Csm e Ct

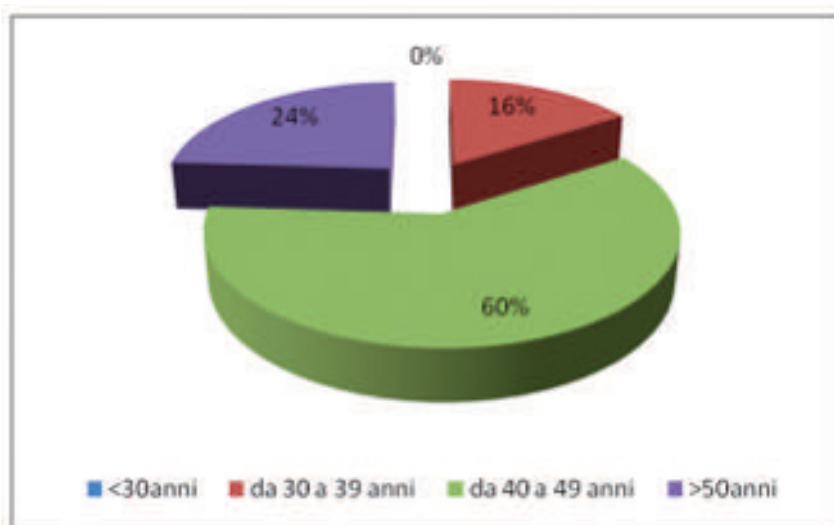


Grafico 2. Distribuzione del totale degli infermieri per età

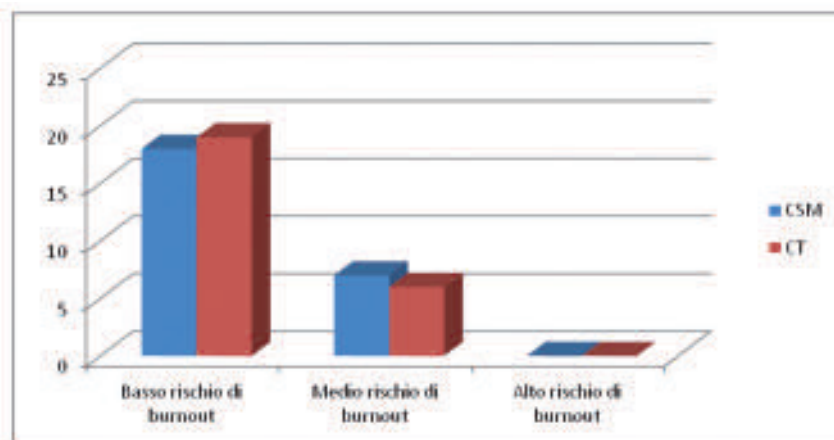


Grafico 3. Livello potenziale di burn out: confronto fra Csm e Ct

essi - il 60% - ricopre la fascia d'età compresa tra i 40 e i 49 anni; i restanti 16% e 24% corrispondono, rispettivamente, agli infermieri con età compresa tra i 30 e i 39 anni, e a quelli con età superiore ai 50 anni. (Grafico 2)

Un altro dato rilevante può essere descritto analizzando gli anni di servizio svolti nell'attività attuale.

Ne deriva che il 54% degli infermieri che hanno partecipato alla ricerca svolgono da meno di 10 anni l'attività professionale nell'area specifica di Salute Mentale.

Per ciò che riguarda, invece, i titoli di studio conseguiti da chi ha partecipato alla ricerca è interessante notare che solo il 10% possiede un master o una laurea specialistica e che, di questa minoranza, il 40% ha manifestato un livello potenziale medio di *burn out*.

Passiamo ora all'elaborazione dei dati del nostro questionario.

Ne risulta la seguente suddivisione degli infermieri per fascia di rischio:

· basso rischio di *burn out* = 37 unità (74%)

· medio rischio di *burn out* = 13 unità (26%)

· alto rischio di *burn out* = 0 unità (0%)

Considerando, quindi, i dati complessivi si evidenzia come 13 infermieri (corrispondenti al 26% del campione complessivo) presentino un livello medio di *burn out* potenziale.

Utile è invece evidenziare l'assenza di casi di alto livello di *burn out*.

Nel grafico 3 viene riportata la fotografia del rischio potenziale di *burn out* sul totale degli infermieri oggetto di studio.

Dai dati non emerge una differenza significativa tra i livelli di potenziale *burn out* tra le realtà all'interno dei Csm e delle Ct.

Nei Csm, il 72% (18 unità) presenta un basso rischio di *burn out*, contro il 76% (19 unità) delle Ct; nella fascia di rischio medio, invece, rientra il 28% (sette unità) degli infermieri dei Csm, in rapporto ad un 24% (sei unità) di quelli delle Ct.

Dal momento che l'età media del totale degli infermieri corrisponde a 45 anni, è stato analizzato il rischio potenziale di *burn out* prima negli infermieri con età uguale o inferiore ai 45 anni (che rappresentano il 50% del totale) e poi in quelli con età superiore ai 45 anni.

Dell'intero campione, risultano con livello potenziale medio di *burn out* il 12% degli infermieri con età uguale o inferiore ai 45 anni, e il 14% di quelli con età superiore ai 45 anni.

Analizzando, inoltre, il livello di *burn out*

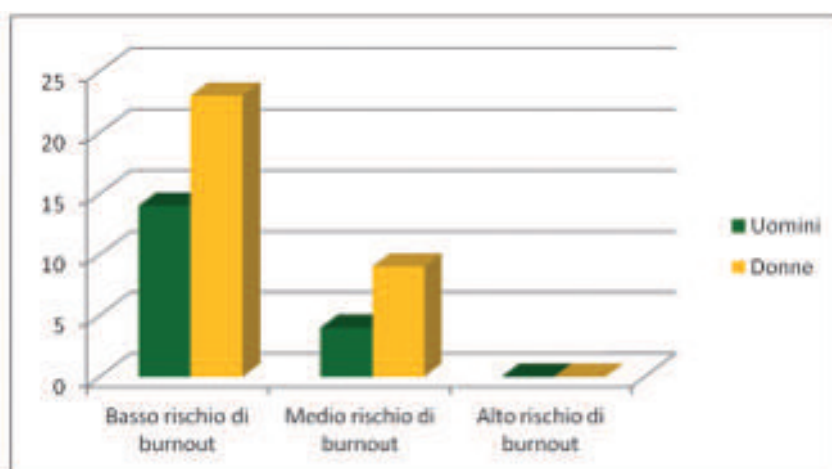


Grafico 4. Distribuzione degli infermieri in base al sesso e al livello di *burn out*

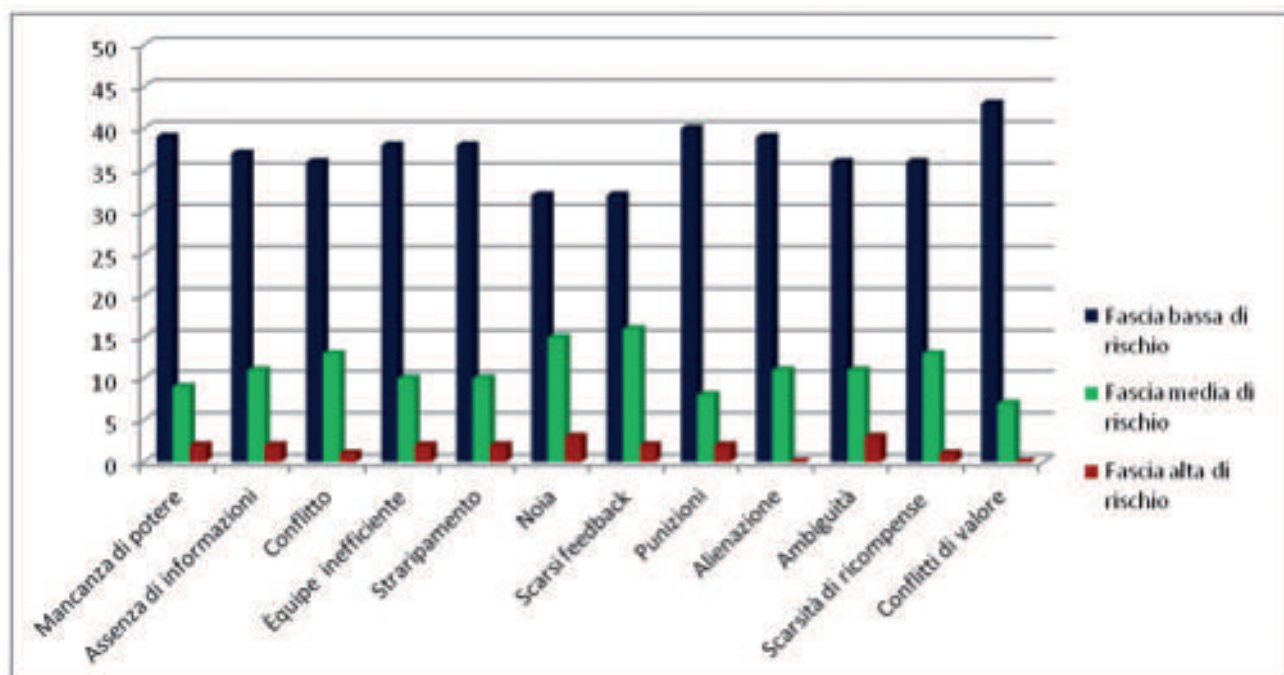


Grafico 5. Fascia bassa, media e alta per area specifica

in relazione al sesso, il risultato è stato che il 18% di coloro che hanno mostrato un livello medio di *burn out* sono donne, il restante 8% uomini. (Grafico 4)

Un'ulteriore analisi effettuata prende in considerazione le singole aree proposte nel questionario.

Ciò, si è indagata la possibilità che un questionario con esito di basso o medio rischio di *burn out* possa, comunque, contenere al suo interno qualche area con alto livello di rischio.

In particolare, è stata calcolata dapprima

la somma dei punteggi per ogni area di tutti i questionari, successivamente, i risultati ottenuti sono stati classificati in basso, medio e alto rischio:

- basso rischio = da 4 a 13
- medio rischio = da 14 a 25
- alto rischio = da 26 a 36

Successivamente, abbiamo introdotto questi risultati in un grafico, riportando l'intensità per ogni area di basso, medio o alto rischio del nostro campione. (Grafico 5)

Dal grafico 5 si evince che tre infermieri

sul campione totale che ha partecipato alla compilazione del questionario presenta un livello alto di rischio per quanto riguarda le aree "noia" e "ambiguità". Non trascurabili sono anche gli infermieri che dimostrano in queste aree un livello medio di rischio, rappresentati da 15 unità nell'area "noia" e 11 per quanto riguarda l'area "ambiguità".

Ciò indica che il personale, spesso, si ritrova immerso nei soliti lavori di routine, non ricevendo stimoli dall'ambiente lavorativo e che, inoltre, potrebbe riscontrare delle difficoltà nella chiarezza del proprio ruolo.

A livello generale, appaiono in maniera significativa anche le aree "mancanza di potere", "assenza di informazioni", "equipe inefficace", "straripamento", "scarsi feedback", "punizioni" dove due infermieri sul totale raggiungono dei livelli alti di rischio.

Questo sta ad indicare che gli infermieri spesso si ritrovano a non poter risolvere i problemi che si presentano sul posto di lavoro, non possiedono le informazioni necessarie - o anche il tempo - per lo svolgimento di determinate attività, il rapporto con i colleghi non permette di lavorare in maniera efficace, o non si riescono a vedere i risultati del proprio lavoro.

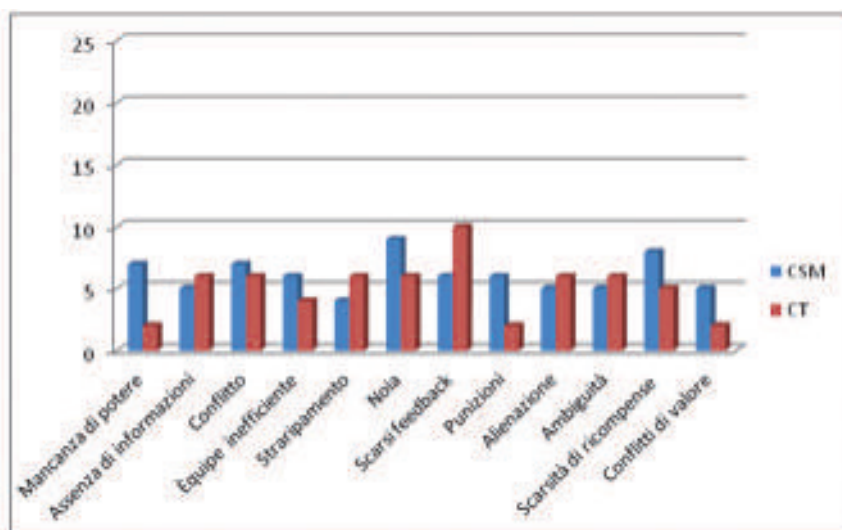


Grafico 6. Livello di rischio medio per area specifica

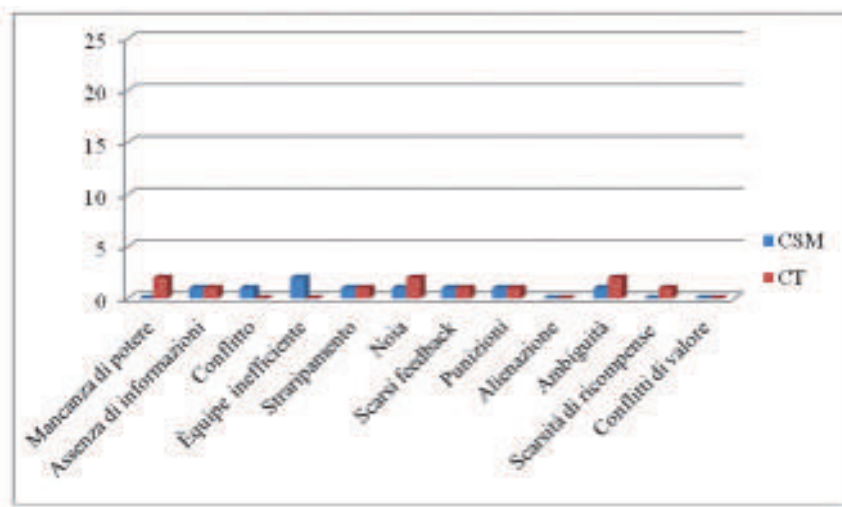


Grafico 7. Livello di rischio alto per area specifica

Delle aree indicate, in particolare "scarsi feedback" e "assenza di informazioni" riscontrano anche una buona percentuale degli infermieri a medio rischio, rispettivamente rappresentate dal 32% (ovvero 16 unità) per "scarsi feedback" e dal 22% (11 unità) per "assenza d'informazioni".

Nei grafici 6 e 7, riportati di seguito, è possibile avere una visione d'insieme della situazione inerente ai livelli di rischio medio e alto per singola area, effettuando un confronto tra gli infermieri del Csm e quelli delle Ct.

Nel grafico 6 l'area "scarsi feedback" risulta particolarmente manifesta nelle Ct dove dieci unità registrano un livello medio di rischio rispetto alle sei presenti nei Csm; qui, invece, l'area dominante

risulta la "noia", contando nove unità (rispetto alle sei delle Ct).

Possiamo notare come nelle aree "mancanza di potere", "punizioni", "conflitti di valore" e "scarsità di ricompense" ci siano grandi differenze tra i due servizi, con rilevanza maggiore nei Csm.

Nel grafico 7 possiamo notare che il livello di rischio alto nelle aree "mancanza di potere" e "scarsità di ricompense" risulta assente tra gli infermieri dei Csm, così come nell'area "equipe inefficiente" e "conflitto" risulta assente nelle Ct.

Assente in entrambi i servizi il livello di rischio alto per quanto riguarda le aree "alienazione" e "conflitti di valore".

Una differenza notevole si riscontra nelle aree "noia" e "ambiguità" dov'è

maggiore nelle Ct.

Sullo stesso piano, si mantengono le aree "assenza d'informazioni", "straripamento", "scarsi feedback" e "punizioni".

Successivamente, si è analizzata anche l'intensità delle risposte relative ad ogni singolo item, confrontando quelle ricavate dai Csm e quelle dalle Ct.

Di seguito, saranno riportati due grafici (grafico 8 e 9), il primo riguardante le risposte date dai soggetti dei Csm, e l'altro da quelli delle Ct.

Questi grafici sono stati rappresentati tenendo conto che le ascisse indicano il n. dei singoli item (48) e le ordinate l'intensità rilevata dai punteggi dei singoli. Tale intensità, quindi, viene data sommando i punteggi registrati per ciascun item preso singolarmente.

Considerando che i soggetti dei Csm e quelli delle Ct sono 25 per ciascun gruppo, e dato che ciascuna unità ha dato un punteggio per item che va da 1 a 9, possiamo individuare come massima intensità riscontrabile il valore 225 ($25 \times 9 = 225$), che è appunto quello massimo delle nostre ordinate.

Nel grafico 7 possiamo notare che il livello di rischio alto nelle aree "mancanza di potere" e "scarsità di ricompense" risulta assente tra gli infermieri dei Csm, così come nell'area "equipe inefficiente" e "conflitto" risulta assente nelle Ct. Assente in entrambi i servizi il livello di rischio alto per quanto riguarda le aree "alienazione" e "conflitti di valore".

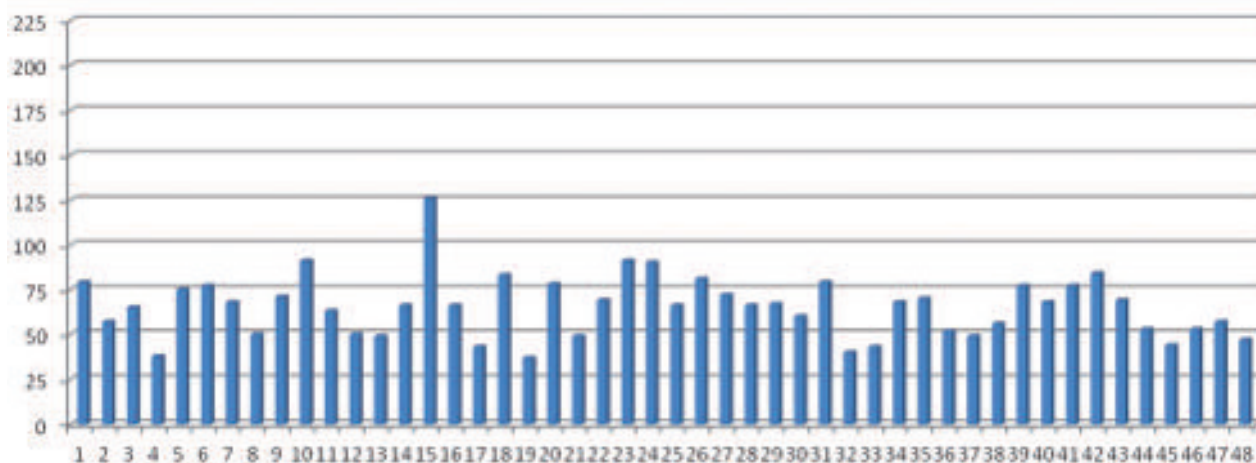


Grafico 8. Csm: intensità punteggio per singolo item

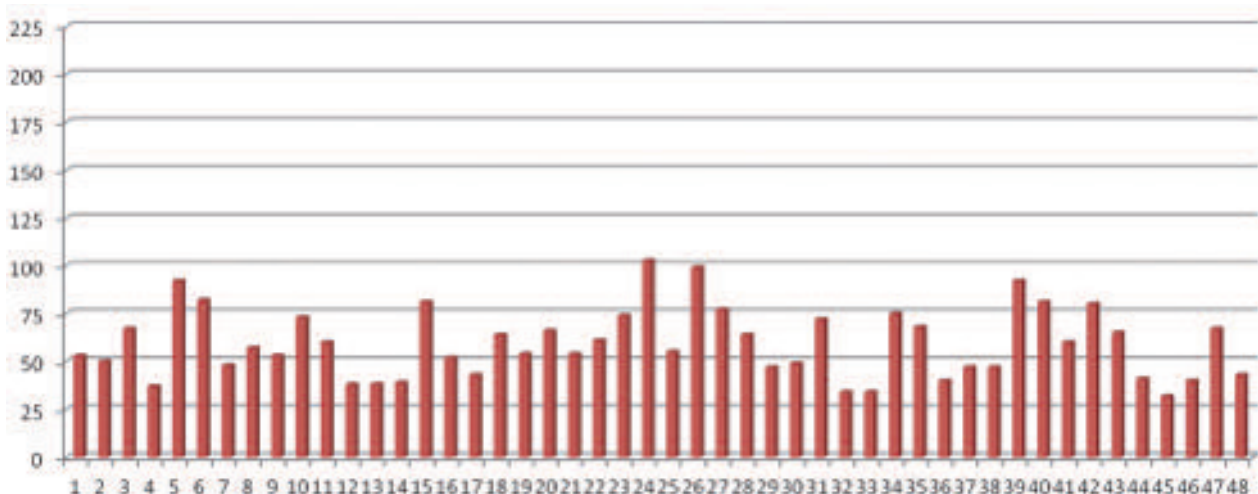


Grafico 9. Ct: intensità punteggio per singolo item

Una differenza notevole si riscontra nelle aree "noia" e "ambiguità" dov'è maggiore nelle Ct.

Sullo stesso piano, si mantengono le aree "assenza d'informazioni", "straripamento", "scarsi feedback" e "punizioni".

Successivamente, si è analizzata anche l'intensità delle risposte relative ad ogni singolo item, confrontando quelle ricavate dai Csm e quelle dalle Ct.

Di seguito, saranno riportati due grafici (grafico 8 e 9), il primo riguardante le risposte date dai soggetti dei Csm, e l'altro da quelli delle Ct.

Questi grafici sono stati rappresentati tenendo conto che le ascisse indicano il n. dei singoli items (48) e le ordinate l'intensità rilevata dai punteggi dei singoli. Tale intensità, quindi, viene data sommando i punteggi registrati per ciascun item preso singolarmente.

Considerando che i soggetti dei Csm e quelli delle Ct sono 25 per ciascun gruppo, e dato che ciascuna unità ha dato un punteggio per item che va da 1 a 9, possiamo individuare come massima intensità riscontrabile il valore 225 ($25 \times 9 = 225$), che è appunto quello massimo delle nostre ordinate.

Nell'analisi dei risultati dei singoli item, possiamo notare che alcuni di essi presentano un'intensità maggiore rispetto ad altri.

Tuttavia, bisogna tener presente che questi punteggi non riportano il livello di

burn out, bensì mostrano in maniera più dettagliata, dove si potrebbe eventualmente intervenire, valutando appunto l'intensità.

Nel dettaglio, possiamo notare l'item n.15, "La burocrazia interferisce con il mio lavoro", dell'area "equipe inefficiente" con intensità per gli infermieri delle Ct (126) maggiore rispetto a quelli delle Ct (81).

O anche l'item n.24 dell'area "noia", "La maggior parte del mio tempo è spesa in lavori di routine" che presenta un'intensità non indifferente per i Csm e le Ct, ed, in particolar modo, nei Csm (103) rispetto alle Ct (90).

Oltre agli item appena elencati, che comunque risultano maggiormente rilevanti, non meno importanti, anche se con intensità relativamente minore, risultano anche l'item n.5, "Le responsabilità legate al mio lavoro non sono chiare" dell'area "assenza di informazioni", che presenta un'intensità maggiore nei Csm (92) rispetto ai Ct (75); nuovamente nell'area "noia" il n.23, "Il lavoro non offre nessuna sfida", dove ritroviamo un'intensità maggiore nelle Ct (91) rispetto ai Csm (74); l'item n.26, "Il mio capo non dice mai nulla di quello che faccio", in cui l'intensità rilevata sono per Csm (99) e per le Ct (81) facente dell'area "scarsi feedback" e l'item n.39, "Non c'è relazione fra prestazione e successo", dell'area "ambiguità" che risulta essere d'intensità maggiore nei

Csm (92) rispetto ai Ct (77).

CONCLUSIONI

Considerate le competenze richieste all'infermiere di Salute Mentale (escritte anche nella molteplice bibliografia esistente), ci si rende conto di quanto sia complesso, lungo e "costoso" il processo formativo di questo tipo di professionista.

Questo tipo di lavoro, nel quale è necessario coniugare all'estrema competenza professionale anche una buona competenza relazionale ed emozionale, potrebbe risultare molto stressante a causa delle numerose ed imprevedibili situazioni di forte impatto psicologico ed emotivo cui l'infermiere è sottoposto.

L'obiettivo di analizzare il livello di *burn out* sul campione è stato raggiunto: si è riusciti ad individuare e definire la situazione di *burn out* nelle due aree proposte: all'interno dei Csm e delle Ct del Dsm della Asl Rm/A.

I livelli di potenziale *burn out* registrati attraverso l'analisi del questionario "Burn out Potential Inventory" sono tutt'altro che indifferenti: infatti, circa un quarto del campione complessivo presenta un livello potenziale medio di *burn out*, e ciò ci permette di fare alcune considerazioni.

Per esempio, si potrebbe pensare a quanto possa essere conveniente per le Aziende Sanitarie, ed in particolare per il Dsm, prevenire il rischio di *burn out*

negli operatori, dal momento che questa sindrome può avere conseguenze deleterie che vanno ben oltre la sua azione corrosiva dell'anima.

A fronte di impegni umani ed economici da mettere in campo per supportare i professionisti della Salute Mentale a prevenire o risolvere queste difficoltà professionali, occorre considerare le ricadute economiche derivanti dalle situazioni precedentemente descritte, di disagio sul lavoro (in termini di malattie, assenze, scarsa qualità del servizio o, addirittura, in trasferimenti o dimissioni) di persone caratterizzate da una professionalità elevata, costata tempo, fatica ed investimenti economici.

Si può imparare a lavorare meglio in termini qualitativi anziché quantitativi.

Le raccomandazioni per ridurre lo stress per gli infermieri all'interno di questa area specialistica potrebbero essere:

- i membri dello staff dovrebbero avere facile accesso ai sistemi di supporto, tra cui supervisione clinica;
- i dirigenti dovrebbero favorire un'aperta e onesta cultura per consentire ai membri dello staff di esprimere i loro sentimenti apertamente o in confidenza e imparare a trattare con le loro frustrazioni;
- il personale dovrebbe essere incoraggiato alla rotazione dei reparti per aumentare lo sviluppo personale e professionale e ridurre la noia e l'apatia;
- lo staff deve essere dotato, e incoraggiato ad intraprendere, lo sviluppo professionale continuo, che può includere

interventi di formazione psicosociale (come viene suggerito anche nello studio *"Stress and burn out in forensic mental health nursing: a literature review"*).

Molto interessante, a questo proposito, potrebbe risultare anche lo studio condotto in Italia *"Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among italian mental health nurses: an exploration study"* che dimostra che il *"workplace empowered"* permette una maggiore soddisfazione e motivazione nel proprio lavoro e aumenta la qualità e la performance assistenziale, dal momento che l'insoddisfazione lavorativa risulta la prima causa di *turn over*.

L'*empowerment* è un processo individuale e organizzativo attraverso il quale le persone, a partire da una qualche situazione di svantaggio e di dipendenza non emancipante, vengono rese più forti, più ricche e, perciò, più "potenti" (*empowered*, appunto); permette di ottimizzare le competenze e le abilità infermieristiche dove l'attuale scarsità delle risorse economiche e la carenza di personale possono compromettere la qualità assistenziale.

Ciò permetterebbe di prevenire lo stress ed il *burn out* tra gli infermieri.

I limiti dello studio possono essere dati dalla grandezza del campione e dall'area in cui è stata eseguita la ricerca: ciò, infatti, non permette una generalizzazione dei risultati, ma potrebbe rappresentare uno spunto per eventuali approfondimenti futuri.

Da quanto esposto, emerge che il *burn*

out può essere sconfitto e non deve diventare un inevitabile pedaggio che l'infermiere deve pagare per assistere questo tipo particolare di pazienti.

Riuscire a superare, ridurre o prevenire il *burn out* negli operatori delle *helping professions*, ma soprattutto negli operatori di Salute Mentale (che possono considerarsi, anche da quanto detto dalle nostre fonti letterarie, a maggior rischio *burn out*) significa aiutarli a tessere relazioni sociali e professionali più significative e profonde non solo verso chi soffre, ma anche verso chi è preposto all'organizzazione delle strutture.

A tutt'oggi, la sindrome da *burn out*, dai monitoraggi effettuati in modo non sempre sistematico e periodico, non è stata approfondita quale fenomeno generalizzato nel mondo del lavoro, per cui presenta lati ed aspetti ancora oscuri e tutti da scoprire.

Pertanto, solo attraverso un minuzioso lavoro di un team multidisciplinare capace di mettere in atto strategie specifiche si può raggiungere un proficuo risultato nella sua gestione e controllo. Importante, in tal senso, potrebbe risultare anche l'ottimizzazione e la valorizzazione delle risorse umane inteso come la cura e l'attenzione alle persone.

AUTORI:

Adriana Costa, infermiera laureata c/o Università "Sapienza" Roma;
Irene Moriconi, laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche, responsabile Assistenza Infermieristica Dsm Asl Rm/A.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *L'operatore cortocircuitato*. Clup, Milano. 1987.
Cherniss C, *La sindrome del burn out*. Centro Scientifico Editore, Torino. 1983.
Contessa G, *L'operatore sociale in cortocircuito. La burning out sindrome in Italia*. Animazione sociale, n.4243. 1982.
Maslach C, Leiter P, *Burn out e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Feltrinelli. 2000.
Maslach C, Jackson S, Mbi, *Maslach Burnout Inventory*. Organizzazioni speciali, Firenze. 1994.
Maslach C, *La sindrome del burn out. Il prezzo dell'aiuto agli altri*. Cittadella editrice. 1992.
Pellegrino F, *La sindrome del burn out*. Centro scientifico Editore, Torino. 2000.

Eures seleziona personale sanitario per il Regno Unito

La Bpl, agenzia di reclutamento specializzata nel settore sanitario con sede in Irlanda, in collaborazione con il *Nhl Trust (National Health Service)* del Regno Unito e la rete Eures italiana, ricerca diversi profili nel settore infermieristico per lavorare in Inghilterra.

La ricerca è finalizzata all'inserimento di **30 infermieri professionali** con diverse specializzazioni nel Servizio Sanitario nazionale d'oltremarica.

Tutte le posizioni sono a tempo indeterminato, per un *full time* di 40 ore settimanali.

La retribuzione è regolata dal Nhs, sulla base dell'esperienza e del livello di specializzazione.

Le candidature saranno preselezionate dai Consulenti Eures di ciascuna regione/provincia, quindi inoltrate alla *Best Personnel Ltd* che selezionerà i candidati da invitare ad un colloquio iniziale in lingua inglese via Skype.

La stessa Best Personnel Ltd assisterà, gratuitamente, i candi-

dati durante il loro iter di selezione, assunzione ed inserimento. I requisiti richiesti sono: cittadinanza comunitaria; completamento degli studi in un Paese della Comunità Europea; conoscenza dell'inglese, parlata e scritta, almeno di livello B2; titolo di studio: possesso del titolo abilitante all'esercizio della professione di infermiere ed iscrizione al relativo Collegio Ipasvi.

Chi è interessato a partecipare deve inviare un curriculum vitae (modello Europass), in lingua inglese, al servizio Eures della propria regione/provincia di residenza/domicilio.

L'elenco dei servizi Eures attivi sul territorio nazionale potrà essere consultato al seguente link: <http://www.cliclavoro.gov.it/servizi/eures/Pagine/default.aspx>, cliccando su "Trova l'EURES Adviser più vicino a te".

I candidati laziali interessati a partecipare alla selezione potranno inviare un curriculum modello Europass, in lingua Inglese, al seguente indirizzo di posta elettronica:

eures@regione.lazio.it

Il Collegio IPASVI in Rete



Focus

**Annual Report del Centro di Eccellenza
per la Cultura e la Ricerca Infermieristica**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

**WORKSHOP DI "MID TERM" DEL CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA**

Presentato il terzo *Scientific Annual Report* alla presenza del ministro Balduzzi

Workshop di *mid term*, all'auditorium del ministero della Salute, per il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, nato nel 2010 in seno al Collegio Ipasvi di Roma. Il presidente del Collegio capitolino, **Gennaro Rocco**, in qualità di direttore del Centro, ha orgogliosamente presentato alla platea il terzo *Scientific Annual Report* che dà conto dei 43 progetti di ricerca avviati e in parte conclusi durante i primi due anni e mezzo di attività. Studi nati grazie alla collaborazione con atenei italiani e stranieri, coinvolgendo

migliaia, tra infermieri e ricercatori. "Tutte testimonianze - ha commentato Rocco - che danno il senso del lavoro che stiamo portando avanti, pur in un contesto economico certamente non favorevole, soprattutto quando si parla di investire in cultura e innovazione". Rocco, inoltre, ha presentato nuovi servizi riservati agli iscritti, in nome dell'innovazione culturale della professione infermieristica attraverso le nuove piattaforme digitali di libero accesso alla letteratura scientifica e alle pratiche migliori. La presidente della Federazione nazionale

dei Collegi Ipasvi, **Annalisa Silvestro**, nel suo saluto iniziale, ha tenuto a sottolineare proprio il valore intrinseco del Centro di Eccellenza in questo particolare momento storico del Paese. "Solo chi ha una mente piccola può criticare, in maniera miope, questo tipo di attività - ha dichiarato -. Invece, è proprio questa l'occasione per ripensare al futuro della nostra professione, e ripensarlo in grande, muovendoci a testa alta anche nel campo della ricerca, così come abbiamo saputo fare nel corso degli ultimi due decenni sul fronte della formazione e del riconosci-



Il direttore del Centro di Eccellenza, Gennaro Rocco, tra la presidente nazionale Ipasvi, Annalisa Silvestro, e la professoressa Dyanne Affonso



Il direttore Gennaro Rocco con il ministro Renato Balduzzi

mento della professione. Oggi più che mai - ha concluso - abbiamo bisogno di infermieri specializzati, capaci di dare risposte innovative ai crescenti bisogni dei cittadini, in corsia come sul territorio”.

Apprezamenti al lavoro svolto anche dalla presidente onoraria del Centro, la professoressa statunitense **Dyanne Alfonso**, che ha rimarcato l'unicità di questa esperienza italiana nel panorama europeo, considerandola “una banca delle conoscenze infermieristiche, che mai e poi mai dovrà essere messa sull'altare dei sacrifici economici pur necessari per uscire dalla crisi, proprio per non restare ancora una volta indietro nel panorama internazionale”.

Al workshop ha presenziato il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, che ha constatato il grande progresso professionale e scientifico compiuto in questi anni dalla professione infermieristica, la categoria più numerosa e presente all'interno del Sistema sanitario nazionale, la cui evoluzione scientifica e culturale produce un impatto diretto sulla qualità dei servizi. Il *meeting* si è chiuso con un partecipato

questioning time che ha approfondito le problematiche legate ai rapporti fra i Comitati Etici coinvolti nelle ricerche ed ha affidato le conclusioni tecniche al board internazionale del Centro di Eccellenza,

dal quale è giunto un corale apprezzamento per gli studi conclusi e per quelli in corso, con l'incoraggiamento a sviluppare ulteriormente le attività di ricerca. (*approfondimento a pagina 43*).



L'intervento del vice capo di Gabinetto del ministro della Salute, Giovanni Leonardi

"L'incoraggiamento e il vostro sostegno ci forniscono le energie per proseguire!"

In questi ultimi due decenni, l'Infermieristica italiana ha vissuto un radicale processo evolutivo sul fronte della formazione e dell'esercizio professionale. Siamo passati, in pochi anni, dalle Scuole professionali ai Diplomi universitari (dal 1992), per approdare finalmente alla Laurea (dal 2001), alla Laurea magistrale (dal 2004) e ai dottorati in Scienze infermieristiche (dal 2007).

Un'analoga cavalcata è stata compiuta con la definizione del profilo professionale (1994), l'abrogazione del mansionario e l'inclusione tra le professioni intellettuali (1999), fino ad arrivare al riconoscimento della dirigenza infermieristica, della carriera clinica ed organizzativa, delle cattedre universitarie affinché fossero gli infermieri a formare gli infermieri, per poi arrivare alla nuova normativa concorsuale sulla dirigenza, datata 2008.

Passi da gigante, non c'è che dire.

Ma, ad essere precisi, sul fronte della ricerca infermieristica il nostro percorso evolutivo non è stato altrettanto rapido.

È anche partendo da questa considerazione

che abbiamo deciso, nel 2010, di dare vita al Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica - prima esperienza del genere in Italia - al fine di contribuire a costruire una cultura infermieristica fondata sulla formazione, la ricerca e la pratica permeata dal sapere

scientifico, creando una rodada rete di contatti internazionali a riguardo.

Obiettivi ben esplicitati dai quattro "pilastri" su cui regge il Centro: **il Polo per l'Istruzione, il Polo per la Ricerca, il Polo per la Formazione dei ricercatori, il Polo della Pratica clinica.**

Pilastri autonomi ma interconnessi, come evidenziato dal logo istituzionale.

I risultati dei primi tre anni di attività premiano la scommessa fatta dal Collegio Ispasvi di Roma.

Sono stati oltre **7.000** gli infermieri che hanno partecipato ai progetti di ricerca partecipando alla raccolta dati, rispondendo a questionari, partecipando a *focus group*.

Oltre **350** i colleghi che hanno partecipato personalmente ai progetti del Centro di Eccellenza tra ricercatori, rilevatori, docenti e tutor delle attività previste; circa **730** sono stati gli infermieri che hanno partecipato al reclutamento di pazienti e dei loro *caregiver*, o alla raccolta dei dati previsti per i vari progetti (tra questi oltre **350** studenti dei corsi di base, dei master e della laurea magistrale).

Sono stati oltre **800** i dirigenti, i coordinatori, gli infermieri che hanno partecipato ai corsi proposti dal Centro; oltre **50** gli ospedali, le aziende sanitarie, gli Irccs, e le altre strutture sanitarie coinvolte; ben **7** le Università partner.



Il direttore Gennaro Rocco presenta l'Annual Report del Centro di Eccellenza



Competence "in progress": il bilancio di competenza, formazione sul campo;

- Installazione presso le aziende sanitarie di unità di *Nursing risk management*;
- Progetto di ricerca multicentrica sulla presa in carico del paziente nel percorso peripartorio presso le aziende sanitarie di Roma e provincia;
- Linee di indirizzo per il miglioramento dell'integrazione tra infermieri stranieri provenienti dall'area sud-americana e figure professionali socio-sanitarie autoctone in una società plurale;
- *Rights and Duties in Health Care: Nurses' Rights*;
- *Self care* nel paziente con

A due anni dal loro avvio, i progetti del Centro cominciano a dare i primi importanti frutti.

Grazie al coinvolgimento attivo di tantissimi infermieri nello sviluppo delle strategie e nella stesura dei programmi, tra il 2010 e il 2011 il Centro ha dato il via a 25 progetti, parte dei quali di durata biennale.

Alcune di queste ricerche sono giunte a conclusione, altre lo saranno nei prossimi mesi.

Basta scorrere i titoli di questi progetti per comprenderne da subito la valenza e l'elemento di novità che ciascuno di essi porta con sé:

- Costruzione di un modello per la valutazione del *Core Competence* infermieristico nell'esame di abilitazione professionale;
- Ricerca multicentrica sul Benessere Organizzativo degli infermieri in servizio presso le Aziende Sanitarie di Roma e provincia;
- La sicurezza nell'area dell'emergenza: i requisiti quali quantitativi della comunicazione a supporto della diminuzione del rischio di errore e della qualità delle cure;
- Il rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali un'analisi multicentrica Italia - Gran Bretagna;

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

- Studio descrittivo dei servizi di Cure Palliative e terapie del dolore in Italia finalizzato a individuare le forme attivate e attivabili di riduzione della sofferenza alla fine della vita;

- Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da *Stroke*;

- Ascoltare il silenzio – il vissuto delle donne vittime di violenza che si rivolgono alle strutture sanitarie;

- Corso di formazione teorico pratica "Metodologia della ricerca infermieristica";

- Corso di formazione teorico-pratica *blended on line* "Metodologia della ricerca infermieristica";

- Corso di formazione teorico pratica "Bibliografia e ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche: teoria e prassi per le procedure tecniche di ricerca e accesso alle risorse";

- La responsabilità educativa nei percorsi clinico-assistenziali dei pazienti in stomaterapia: formazione sul campo all'utilizzo della scheda di diagnosi educativa.;

- Autovalutare lo sviluppo delle *Core*

scompenso cardiaco;

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

- Progetto di ricerca sull'impatto delle nuove tecnologie della simulazione nell'apprendimento delle competenze nel corso di laurea in infermieristica;

- Corso di inglese generico 5 livelli;

- Corso di fonetica e conversazione inglese;

- Corso di inglese per la ricerca bibliografica;

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

Con quelli approvati nel 2012 **siamo a quota 43 progetti.**

Un patrimonio culturale e professionale mai raggiunto prima; un "tesoretto" (come ama definirlo la presidente onoraria, Dyanne Affonso) cui attingere nella pratica quotidiana, per rendere sempre migliore il servizio reso al cittadino.

D'altra parte, la bontà dei risultati raggiunti finora dal Centro è testimoniata, in modo oggettivo e disinteressato, dall'interesse suscitato dalle nostre attività presso case editrici e riviste specializzate

nazionali e internazionali.

Articoli completi o *abstract* sono già stati pubblicati sulla rivista della Federazione nazionale Ispasvi, su *International Nursing Perspectives*, su Assistenza Infermieristica e Ricerca e sull'*European Journal of Cardiovascular Nursing*.

Altri progetti di ricerca sono confluiti in esperienze editoriali di successo: Franco Angeli editore ha recentemente dato alle stampe il libro "Lettere dal silenzio: storie di accoglienza e assistenza sanitaria di donne che hanno subito violenza", basato sul progetto "Ascoltare il silenzio". A breve, ulteriori volumi saranno pubblicati dal medesimo editore, come quello sul miglioramento dell'integrazione tra infermieri stranieri provenienti dall'area sudamericana e figure professionali socio-sanitarie autoctone.

Le nostre ricerche sulle cure palliative hanno poi costituito la base per ben tre tesi di laurea magistrale.

Chi conosce il nostro Collegio sa quanto ci siamo spesi - e ci spendiamo - per favorire la ricerca, l'aggiornamento professionale e il continuo accrescimento delle competenze e delle conoscenze.

La Biblioteca digitale *on line* è infatti gratuita per tutti i 30mila infermieri iscritti all'Ispasvi di Roma, con oltre 700 riviste fruibili *on line con full text* (Cinahl, Ovid, etc.).

Dal 2013 tale servizio sarà esteso agli oltre 400mila infermieri italiani, a riprova del fatto che, ancora una volta, ci avevamo visto giusto.

In più, ulteriori nuovi servizi, legati al Centro di Eccellenza, saranno offerti gratuitamente agli iscritti al Collegio di Roma.

Il **Nursing Reference Center** è il più autorevole ed avanzato sistema di supporto alla pratica clinica progettato per gli infermieri che operano sul campo e consente di accedere alle sintesi delle migliori evidenze infermieristiche prodotte nel campo della ricerca e pubblicate in oltre 3.000 riviste specialistiche *peer reviewed*.

Il **Nursing Reference Center** consente di accedere ad oltre 3.000 *quick lessons, skills*, moduli di educazione continua,

I NUOVI PROGETTI APPROVATI NEL 2012

- Costruzione di un modello per la valutazione del *Core Competence* infermieristico nell'esame di abilitazione professionale (fase 2)
- Da Panacea a Igea: "Il potere della relazione di aiuto". Strumenti relazionali e professione infermieristica
- La professionalità del *care* infermieristico. Seconda indagine nazionale.
- Assistenza infermieristica e diversità religiosa dei pazienti nelle strutture nosocomiali
- Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da *Stroke* (fase 2)
- *Nursing professional dignity: a meta-synthesis*
- *Self care* nel paziente con scompenso cardiaco (fase 2)
- *Professional Assessment Instrument* (Sistema informatico di supporto decisionale per l'assistenza infermieristica)
- L'infermiere *case manager* nel Dsm
- Efficacia di un programma di dimissione infermieristica per il miglioramento dell'aderenza farmacologica del paziente ricoverato in Spdc
- Il disimpegno morale e i comportamenti controproducenti degli infermieri. Uno studio multicentrico longitudinale
- La ricerca dei comportamenti non aderenti nei soggetti sottoposti a trapianto di organi solidi
- Corso di formazione teorico-pratica *blended on line* in "Metodologia della ricerca infermieristica (5 edizioni)
- Strumenti e strategie per la ricerca bibliografica nelle Scienze infermieristiche (3 edizioni)
- Corso di inglese scientifico per il *nursing* in 5 livelli (base, pre-intermedio, intermedio, avanzato, post avanzato)
- Fonetica e conversazione inglese (4 edizioni)
- L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale (4 edizioni)
- L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche
- Miglioramento della pratica assistenziale attraverso la formazione di infermieri clinici esperti in *Evidence Based Practice* (seconda edizione)
- Analisi della documentazione infermieristica e relazione con l'outcome assistenziale
- Interventi infermieristici informativi/educativi per l'autogestione dell'apertura della bocca nei pazienti sclerodermici: trial randomizzato a due bracci
- Aumentare la capacità dei pazienti con scompenso cardiaco di eseguire esercizi fisici mediante l'uso dei videogames: uno studio controllato randomizzato

testi di manuali, *evidence based care sheet, health news*, linee guida, protocolli ed informazioni farmaceutiche.

La **Health Library** e la **Consumer Health Complete** (tradotta in esclusiva in lingua Italiana), sono le risorse più autorevoli in ambito di *patient education* e contengono migliaia di schede di educazione paziente su patologie, procedure ed altri argomenti di interesse clinico.

Sono anche disponibili video su interventi chirurgici ed altri contenuti multimediali. Sono inoltre in dirittura d'arrivo il **portale dedicato** per la pubblicazione delle evidenze scientifiche, protocolli, linee guida,

procedure, raccomandazioni ecc. di interesse professionale; e il progetto di una **rivista scientifica** dedicata, da indicizzare negli *index* internazionali.

Tutto, nell'ottica di ampliare la rete di collaborazioni di sostenere in tutti i modi l'accesso ai finanziamenti per tutti gli infermieri che hanno proposte di ricerche interessanti ed originali.

Investire nella ricerca richiede un grande impegno e rappresenta una grande sfida.

L'incoraggiamento che viene dal vostro sostegno ci fornisce le energie per proseguire!

LA TAVOLA ROTONDA

Apprezzamenti e consigli del *board* internazionale

Il workshop del 23 ottobre scorso si è chiuso con la promozione, a pieni voti, dei progetti di ricerca presentati da parte dello straordinario board scientifico internazionale che ha esaminato i lavori. Un plauso corale e, con esso, un potente incoraggiamento alle attività del Centro di Eccellenza, è arrivato da tre fra i più stimati esperti mondiali di ricerca infermieristica: le statunitensi **Dyanne Affonso** e **Linda Jane Mayberry** e l'inglese **Martin Johnson** che, insieme al direttore del Centro, **Gennaro Rocco**, hanno animato il confronto conclusivo della giornata, mo-

derato dal giornalista medico-scientifico **Paolo Romano**, con la puntuale traduzione di **Giuseppe Aleo**.

Un confronto aperto fino a sera, condito da contributi interessanti offerti dai relatori e dai tanti colleghi che si sono dati appuntamento presso la sala convegni del ministero della Salute di Lungotevere Ripa.

Subito il punto è caduto su uno degli aspetti più delicati e critici della ricerca infermieristica, quello etico.

Lo spunto lo ha fornito il nuovo portale web del Centro di Eccellenza.

Uno strumento che Linda Mayberry ha

definito molto utile per implementare i contatti in rete: "Servirà anche a misurare l'interesse degli infermieri italiani verso la ricerca – ha aggiunto – ma, proprio per le sue forti potenzialità, il portale ha bisogno della massima attenzione sul fronte del trattamento dei dati sensibili e di quelli riservati. Sui dati che vengono inseriti in rete serve, perciò, il controllo preventivo del Comitato Etico, un lavoro impegnativo ma assolutamente necessario".

Da qui il suo autorevole consiglio: "Suggerisco ai responsabili dei singoli progetti di ricerca di anticipare al Comitato Etico i





La vice presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Ausilia Pulimeno, introduce gli ospiti del workshop

dati che andranno inseriti nel portale, così da abbreviare i tempi attraverso una sorta di autorizzazione preventiva. E aggiungo: è importante informare correttamente e completamente sull'utilizzo dei dati gli stessi pazienti dai quali sono stati raccolti".

Sui potenziali effetti di una cattiva gestione dei dati sensibili legati alla ricerca infermieristica si è soffermato in particolare Martin Johnson.

"In Gran Bretagna – ha spiegato il docente inglese – abbiamo vissuto diversi scandali che hanno scosso fortemente l'opinione pubblica. E, nella maggior parte dei casi, la reazione allo scandalo si è rivelata molto esagerata rispetto ai danni effettivamente causati. È accaduto, ad esempio, per alcune biopsie utilizzate poi per fini di ricerca scientifica all'insaputa dei pazienti e delle loro famiglie. Alla luce di casi come questi, è bene quindi, affrontare il problema prima che si crei. Ecco l'utilità dei Comitati Etici che devono valutare gli aspetti più critici dei lavori anche in un'ottica di *risk management*".

Sul concetto di "scienza responsabile" si è soffermata Dyanne Affonso, dalla quale è giunto un incoraggiamento che suona come un prezioso riconoscimento dello sviluppo del Centro di Eccellenza.

"Il Centro ha un buon progetto di piattaforma su internet, adatto per inserire correttamente il criterio della responsabilità scientifica dei lavori. Negli Stati Uniti questa materia la controllano i medici, con Comitati Etici divenuti oggi molto selettivi e, talvolta, intransigenti. A questo punto – ha aggiunto – suggerisco all'Ipasvi di realizzare un apposito prospetto di linee-guida di riferimento, uno strumento che può risultare molto utile per prevenire possibili criticità. Se gli infermieri assumono la *leadership* su questo tema in Italia – è stata la sua sfida – costringeranno anche i medici italiani ad adeguarsi. Il Centro di Eccellenza può aprire questa pista, innovare e dare l'esempio".

Il direttore, Gennaro Rocco, ha ripercorso brevemente l'attività svolta in questo delicatissimo campo ed ha aggiunto la sua raccomandazione ai ricercatori impegnati



La presidente della Federazione Annalisa Silvestro con i consiglieri (da sinistra) Napolano, Fiorda e Tosini

nei vari progetti: "La valutazione e la revisione operata dal Comitato Etico interno non ci esime dal presentare i progetti ai Comitati Etici delle strutture sanitarie in cui vengono effettuate le ricerche. Un conflitto fra i due soggetti, infatti, potrebbe ostacolare il programma fino ad impedirne materialmente lo sviluppo".

Quanto ai progetti di ricerca, conclusi o ancora in corso, presentati nel workshop del 23 ottobre, il giudizio finale del *board* internazionale del Centro di Eccellenza è stato unanime quanto lusinghiero. "Il massimo dei voti per tutti i lavori – ha detto Linda Mayberry nel suo intervento di chiusura – per la qualità molto significativa delle ipotesi di ricerca e per le importanti applicazioni che potranno avere". Quindi, i suoi consigli per proseguire sulla strada intrapresa: "Con l'aumento del numero degli studi vanno rimodulati anche i finanziamenti. Inoltre, si possono preve-

dere premi per i ricercatori delle categorie *senior* e *junior*. E poi insistere sulla ricerca transnazionale, anche per ricevere un importante *feedback* da altri ricercatori di tutto il mondo, magari afflitti dagli stessi problemi".

Martin Johnson si è detto "affascinato dal numero e dalla qualità degli studi proposti" nel *workshop*, sottolineando i rischi paradossali di un'attenzione eccessivamente sbilanciata sulla figura professionale e dunque un po' autoreferenziale. "Il rischio è quello di studiare più noi stessi che i pazienti – ha detto – ma i lavori che ho visto qui sono di ottima qualità anche sotto questo aspetto e saranno molto utili al benessere dei pazienti".

"Anche io do il massimo dei voti ai progetti e al Centro di Eccellenza di Roma – ha aggiunto Dyanne Affonso –. In soli tre anni, è riuscito a realizzare diversi filoni di ricerca che destano attenzione in tutta la comunità infermieristica internazionale,

con una buona organizzazione fondata sulla piattaforma a quattro pilastri. L'originalità dei suoi progetti sta distinguendo la ricerca infermieristica italiana da quella di altri Paesi. Avanti così!".

Ringraziando per i brillanti voti ricevuti, Gennaro Rocco ha chiosato sulla dose di ulteriore e vitale entusiasmo che l'assistenza del *board* internazionale infonde in tutti gli operatori coinvolti nelle attività del Centro di Eccellenza.

"C'è ancora molto da fare – ha avvertito Rocco – ma le valutazioni di Affonso, Mayberry e Johnson ci confermano che siamo sulla strada giusta. Si tratta ora di mettere in rete le nostre esperienze e di affrontare il problema del finanziamento dei progetti, anche se la grande voglia di fare e la generosa disponibilità di così tanti colleghi vale ben più dei soldi. Ora al Centro serve un passo ulteriore e l'esito del confronto di oggi con i nostri esperti ci induce a ritenere che lo stiamo compiendo".

Quando la sanità locale si fa con il salvadanaio

Un'equazione che fa venire i brividi: sanità uguale economia.

Eppure, domina sempre più le cronache giornalistiche in questi maledetti tempi di crisi.

L'aspetto finanziario, nell'epoca della *spending review*, sovrasta ogni considerazione sull'assistenza ai cittadini e sulle condizioni di lavoro del personale.

Nel Lazio, con la Regione strangolata da un deficit spaventoso e da un piano di rientro sanitario tutto lacrime e sangue, la situazione si fa esplosiva.

Così, fra tagli e stipendi bloccati, anche prestigiose strutture di cura finiscono col riempire i titoli di giornali e tg.

A Roma fa scalpore il caso dell'Idi-San Carlo, dove il personale è in fermento.

Il Messaggero (1/9/2012) titola "L'Idi aspetta un miracolo. 'Si sopravvive alla giornata'". Si legge: *"Nell'Istituto Dermatopatico dell'Immacolata, in via Monti di Creta, è il deserto. I pazienti riposano, le macchine della radiologia per il momento funzionano, a volte mancano dei farmaci, ma il personale anche se ridotto, è stato sempre presente. Insomma tutto è a posto. E niente in ordine. 'Non abbiamo ricevuto il saldo di agosto che aspettavamo. E i sindacati dicono che anche a settembre non riceveremo lo stipendio, è un caos qui dentro, si sopravvive alla giornata'. Medici, paramedici, infermieri non sanno cosa accadrà domani, eppure mostrano una calma che forse è parte del mestiere. In passato, non hanno ricevuto due stipendi, poi ne hanno visti tre in ritardo tutti insieme, ora la voce che gira è che per settembre 'non c'è liquidità'".*

Il reportage del quotidiano romano conclude: *"Liquidità, stipendi, all'Idi aspettano fiduciosi. Tutto questo non arriva ai pazienti, che non hanno di che lamentarsi, che si affacciano fuori alla stanza e si meravigliano della domanda: 'Qui? Va tutto bene, sono tanto gentili'".*

Non solo Roma, però.

I tagli di spesa falciavano posti letto e servizi in tutta l'area metropolitana della capitale.

IL TEMPO (2/9/12) lancia l'allarme: "Sit-in di protesta contro i tagli negli ospedali. I nosocomi di Subiaco, Palombara e Monterotondo si coalizzano per evitare altre penalizzazioni".

Si annunciano proteste fragorose: *"Cresce la mobilitazione contro il trasferimento del personale dall'ospedale di Monterotondo e la protesta torna a montare anche negli altri due no-*

socomi dell'Asl RmG avviati alla riconversione: Subiaco e Palombara. Mercoledì i sindacati allestiranno un presidio davanti al 'Santissimo Gonfalone' dopo il 'no all'ennesimo taglio al personale' gridato dal sindaco che venerdì ha 'diffidato formalmente la Asl ad annullare il trasferimento di altri tre infermieri del nosocomio'. Anche perché 'a Monterotondo già mancano 20 infermieri, con gli operatori costretti a coprire fino a 12 ore continuative'".

Il Tempo (21/9/12) rilancia anche da Palestrina l'allarme sulle condizioni di lavoro degli infermieri: "Il sit-in degli infermieri stremati", è il titolo.

Si legge: *"L'ospedale di Palestrina continua a crescere ma il personale è sempre meno. La denuncia: pochi e costretti a lavorare anche 15 ore al giorno".*

Il Messaggero (26/10/12) fa eco da Albano: "Pronto soccorso al tracollo, un medico per 150 degenti". Il quotidiano spiega: *"Al pronto soccorso dell'ospedale di Albano è emergenza infinita. Gli amministratori si muovono e chiedono alla Regione interventi rapidi a tutela dei lavoratori e degli utenti. Ieri, intanto, si è verificato un caso che ha dell'incredibile: c'era soltanto un medico per 150 pazienti perché l'altro dottore in servizio era dovuto andare con l'autoambulanza per soccorrere un uomo colpito da infarto". E ancora: "Si è proposto alla dirigenza dell'Asl RmH di favorire un trattamento accessorio per gli infermieri che si rendono disponibili a sacrificarsi con turni straordinari".*

Intanto, il Governo lavora al decreto sulla sanità, subito ribattezzato dai media "decreto Balduzzi". La governatrice del Lazio, Renata Polverini, prefigura scenari apocalittici per fine anno e si appella al ministro.

asca |

L'agenzia **Asca** (4/9/12) dirama il dispaccio: *"Sanità: Polverini, di garantisca lavoratori Regioni in piano di rientro". E spiega: "La Regione Lazio ha chiesto nell'ambito della discussione sul decreto Balduzzi la garanzia dei lavoratori precari della sanità nelle regioni in piano di rientro. 'Una questione che riteniamo rappresenti elemento di urgenza, anche alla luce del rischio di completa paralisi a dicembre del servizio sanitario pubblico'. Lo dichiara in una nota la presidente della Regione Lazio, Renata Polverini. 'Si tratta di un tema che ho posto in tutti i precedenti incontri all'attenzione del ministro Balduzzi, così come del Governo - prosegue - perché in un momento in cui si pensa ai precari della scuola e a quelli di tanti altri settori del comparto pubblico, è doveroso preoccuparsi anche dei tanti medici e infermieri che da anni si*

impegnano quotidianamente seppur nella precarietà. La Regione Lazio - conclude la Polverini - è già intervenuta, nei limiti consentiti dallo sblocco del 10% del turn over all'interno dei vincoli del piano di rientro, ma occorre un impegno forte del Governo'".

Tempi duri per la sanità e per gli infermieri.

Eppure, la professione attrae sempre di più i giovani, nonostante che le difficoltà di accesso al corso di studi finiscano per scoraggiare molti di loro.

CORRIERE DELLA SERA Il Corriere della Sera (2/9/12) titola "L'infermiere è una professione che ora piace ai giovani". Il servizio spiega: "Aumenta il numero di ragazzi che hanno presentato domanda per il corso di laurea in Scienze Infermieristiche. Dal 2008 al 2011 si è passati da 12 mila a 16.500 richieste e anche quest'anno la proiezione è in crescita. Non solo. Tra il 2007 e il 2011 la quota di laureati con meno di 25 anni è cresciuta dal 45,6% al 57,8%. Segno di un percorso universitario che regge e di un'attrattiva ritrovata nei confronti della professione da parte dei giovani".

Le lunghe code ai test di ammissione confermano l'interesse dei ragazzi verso la professione infermieristica e le altre professioni sanitarie.

CORRIERE DI VITERBO Il Corriere di Viterbo (6/9/12) riferisce del boom di domande all'università Cattolica di Roma: "In 4mila per le professioni sanitarie, 1700 le domande per la sede di Roma. Tra i corsi più gettonati: Fisioterapia, con 517 domande per 35 posti, Infermieristica con 211 domande per 75 posti, Logopedia con 182 domande per 20 posti e Ostetricia con 90 domande per 10 posti".

il Giornale Il Giornale (3/9/12) pubblica una sorta di manuale destinato ai giovani in cerca di occupazione suggerendogli alcune regole d'oro per fare centro. "Ecco cinque idee per trovare un impiego", è il titolo. E fra le figure maggiormente richieste dal mercato del lavoro il quotidiano milanese segnala proprio quelle sanitarie: "In ambito sanitario non esistono solo i medici: cresce infatti la domanda di infermieri e tecnici di radiologia medica, già oggi sottodimensionati rispetto alle esigenze".

Cresce l'attenzione dei giovani verso le professioni sanitarie, ma aumenta anche la disillusione di molti. La selettività dei test di ingresso negli atenei finisce per scoraggiare tanti neodiplomati.

Sanità Il Sole24Ore-Sanità (12/9/12) dedica un ampio servizio a questo aspetto e pubblica gli ultimi dati. Il titolo è: "Lauree sanitarie: domande in calo".

Si legge: "Stabili a Medicina, le domande per i corsi di laurea calano nelle 22 professioni sanitarie del 3,1%, soprattutto per infermieri e tecnici di radiologia. Si interrompe il trend positivo

delle domande sulle lauree per le professioni sanitarie. Da quest'anno si verifica una lieve flessione (-3,1%) sulle 123.419 domande dello scorso anno su 27.368 posti a bando. Il calo di domande nelle università private (-25%) è superiore a quelle delle statali (-2%)".

Il ministro Balduzzi prova, intanto, a dare corpo all'impegno per una sanità più territoriale e vicina ai cittadini.

Sul via libera agli ambulatori (aperti 24 ore al giorno), però, si imbatte subito nell'altolà dei medici. E la stampa si scatena.

Alla vigilia del Consiglio dei ministri che si annuncia decisivo, Il Corriere della Sera (4/9/12) scrive: "I medici protestano contro le Regioni. Verso lo sciopero per l'idea di usare gli ospedalieri negli ambulatori". Ancora: "I medici di famiglia della Federazione Fimmg hanno dichiarato lo stato di agitazione e minacciano lo sciopero se il governo accetterà le modifiche proposte dalle Regioni sulla riforma della medicina territoriale (studi aperti 24 ore su 24). Gli assessori chiedono che le Asl possano organizzare i servizi utilizzando anche i dipendenti del servizio sanitario. Un esempio: un medico ospedaliero potrebbe essere spostato in ambulatorio. Altro punto contestato è quello del numero ottimale di pazienti per ciascun professionista, che oggi è di mille soggetti. Le Regioni vorrebbero avere la possibilità di eliminarlo o modificarlo".



Avvenire (4/9/12) aggiunge: "Caos sanità, medici di base in rivolta". E spiega che "Fimmg, Sumai e Fimp, i tre maggiori sindacati, paventano 'effetti devastanti sui livelli e sulla qualità dell'assistenza' e minacciano azioni di lotta 'senza escludere lo sciopero'".

IL SECOLO XIX Da parte sua il ministro tiene duro e dichiara al Secolo XIX (6/9/12): "Un decreto che vedrà medici di famiglia impegnati 7 giorni su 7, 24 ore su 24, in una nuova alleanza tra utente e medici di famiglia che richiede un'organizzazione integrata della medicina di famiglia".

Fra i vari punti contenuti nel decreto Balduzzi, i riflettori dei mass media si accendono soprattutto sugli ambulatori h24.

la Repubblica La Repubblica (7/9/12) titola: "Task force di medici e infermieri, laboratori per analisi ed ecografie: così funzionerà l'ambulatorio h24", spiegando che la novità "Servirà ad alleggerire l'assedio ai Pronto soccorso dove solo il 5% dei 20 milioni di utenti è in codice rosso ha bisogno delle strutture di un ospedale". E aggiunge: "Saranno aperti 24 ore al giorno tutta la settimana e avranno, a seconda del luogo, della densità abitativa, dai dieci ai trenta tra medici, infermieri, tecnici e segreteria per la telemedicina. Ancora non è deciso ma si ipotizza in media un bacino di utenza tra i 10 e i 20mila pazienti per centro".

Lo stesso quotidiano, però, mette in risalto il tallone d'Achille del piano: "La nota dolente del progetto, che è piaciuto ai più, è la mancanza di fondi che rischia di fare restare il tutto lettera morta. Non sono previsti finanziamenti e le Regioni, che do-

vrebbero mettere i soldi visto che gestiscono la sanità, sono a secco”.



Sulla vicenda **Blitz Quotidiano** (6/9/12) mostra tutto il suo scetticismo e taglia corto: “Decreto sanità: medici h24 solo se paga la Regione. Fino al 2015 tutto bloccato”.

Qualche giorno dopo **Libero** (8/9/12) svela: “Già da rifare il decreto sui medici di base. Tempi più lunghi del previsto per il decreto sanità. Il provvedimento andrà nel Patto della salute e sarà aperto al massimo confronto con le Regioni, ha annunciato il ministro della Salute, Renato Balduzzi”.

Anche gli infermieri fanno sentire la loro voce e prendono posizione attraverso la presidente della Federazione Iplasvi.



Quotidianosanità (13/9/12) riassume così l'intervento di Annalisa Silvestro: “Senza gli infermieri, nessuna riforma delle cure primarie. Il ministro convochi le rappresentanze professionali e provi a valutare le loro proposte, diversamente da quanto ha ritenuto di fare nella fase di elaborazione del provvedimento. Noi infermieri sappiamo di essere capaci di dare un contributo decisivo che vada oltre le fumose formule generiche della riforma”.

Nel frattempo, la crisi politica alla Regione Lazio, travolta dagli scandali, precipita.

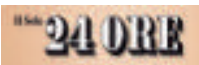
La governatrice, Polverini, si dimette proprio mentre la stampa rilancia gli ultimi dati nazionali, in crescita, sulla spesa sanitaria.

Avvenire (30/9/12) titola: “Regioni, esplodono i costi della sanità”. Nel servizio si legge: “In Italia, più che nel resto d'Europa, ammalarsi non conviene, avverte un rapporto di Confartigianato presentato ieri al Festival della Persona di Arezzo. Nel nostro Paese, tra luglio 2007 e luglio 2012, i prezzi dei servizi e dei prodotti sanitari sono cresciuti del 14,1%, vale a dire 5,7 punti in più rispetto all'aumento dell'8,4% nell'Eurozona, e la spesa sanitaria tra il 2000 e il 2011 è cresciuta il doppio del Pil”.

A Roma e nel Lazio l'incertezza della situazione politica si traduce subito in emergenza.

la Repubblica

La Repubblica (3/10/12) scrive: “Sanità, il lascito Polverini: a rischio tremila precari e via altri 947 posti letto”. L'articolo spiega che “sono in pericolo i contratti di tremila camici bianchi precari. Rischiano di sparire altri 947 posti letto negli ospedali pubblici e negli accreditamenti con i privati (oltre ai 2.900 già cancellati). E l'occupazione in sanità, scesa di 5 mila addetti negli ultimi quattro anni, vacilla ancora con il ricorso alla cassa integrazione per 1.500 dipendenti dei centri privati. I sommovimenti seguiti a sprechi e saccheggi dei consiglieri regionali preoccupano Cgil, Cisl, Uil”.



Il Sole24Ore (3/10/12) titola: “Lazio, la crisi travolge il risanamento”. E commenta: “Il terremoto che ha scosso alle fondamenta la politica ha il sapore del colpo di grazia sul

bilancio pubblico del settore, già gravemente fiaccato da un piano di rientro durissimo e che nonostante il commissariamento dei conti non riesce a vedere la luce alla fine del tunnel. Con lo scandalo dei fondi che ha travolto l'amministrazione regionale, per il delicato capitolo del piano di rientro sono dolori”. Con le dimissioni, nel Lazio arriva il nuovo commissario governativo per la sanità, Enrico Bondi.

Il Messaggero

Il Messaggero (17/10/12) riferisce le parole pronunciate, per l'occasione, dalla presidente Polverini: “Consegniamo al commissario Bondi una sanità sulla via della guarigione, con un disavanzo ridotto a 600 milioni che è circa un terzo di quello che abbiamo ereditato dalla giunta Montino-Marrazzo”.

Negli stessi giorni, il decreto Balduzzi supera la sua prima tappa parlamentare.

Italia Oggi

Italia Oggi (19/10/12) titola: “Ambulatori 24 ore su 24, la Camera approva il decreto Balduzzi”.

Il quotidiano economico riassume così i tratti salienti del decreto: “Restyling della medicina territoriale (diventerà un servizio offerto a ogni ora del giorno e della notte), nuove regole per le nomine dei direttori generali delle Asl che le Regioni attingeranno da elenchi aggiornati costantemente. E ancora, multe da 250 a 1.000 euro per chi venderà alcol e tabacchi a minorenni, mentre il gioco online sarà vietato nei pubblici esercizi. Taglia il primo traguardo (con voto di fiducia) il decreto legge 158/2012 sulla tutela della salute del ministro Renato Balduzzi, che ottiene 380 sì e 85 no in un'aula della Camera con molti scranni del centrodestra vuoti (assenti 126 deputati su 208 del Pdl). Il testo passa ora all'esame di Palazzo Madama”.

Tre settimane più tardi, il decreto riceve anche l'approvazione del Senato.

L'Unità

L'Unità (1/11/12) titola: “Ambulatori e intramoenia, il decreto sanità è legge”. Il servizio riferisce: “È servita la quarantaduesima fiducia della breve storia del Governo Monti, ma da ieri il decreto sanità del ministro Balduzzi è legge con le sue norme che contengono numerose novità, dall'assistenza h24 all'intramoenia, dalla stretta sul fumo a quella sui giochi. Una riforma passata al Senato con 181 voti a favore, 43 contrari e 23 astenuti”.

Nei palazzi della politica si discute, mentre fuori la protesta divampa.

A Roma le situazioni più esplosive fanno finalmente notizia.

La Repubblica (22/10/12) riferisce: “Idi, lavoratori ancora senza stipendio: giornata di presidi e contestazioni”. E annuncia una fiaccolata di protesta dei dipendenti a piazza San Pietro.

IL TEMPO

Tre settimane dopo, **Il Tempo** (14/11/12) aggiunge: “La crisi dell'Idi-San Carlo arriva in Parlamento”. E spiega: “Lavoratori senza stipendio da agosto. La Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale ha deciso di aprire un'istruttoria sulla situa-

zione drammatica dell'Idi-San Carlo di Nancy-Villa Paola".

Le crescenti incertezze esasperano gli animi dei professionisti sanitari nelle più grandi strutture sanitarie romane.



Avvenire (6/11/12) scrive: "Infermieri del Gemelli contro la cassa integrazione".

Racconta della singolare protesta inscenata dai colleghi del Gemelli: "Hanno passeggiato sulle strisce pedonali di fronte al proprio ospedale per un'ora, bloccando il traffico a intermittenza. È stata questa la protesta del personale sanitario, soprattutto infermieri, del Policlinico Gemelli di Roma, che ieri ha deciso di lasciare i reparti e scendere in strada per chiedere 'visibilità sulla situazione del nosocomio, dove dalla scorsa estate è partita una cassa integrazione per ottanta lavoratori'. L'accordo firmato dal Gemelli con i sindacati prevede la cassa integrazione straordinaria per 196 dipendenti a rotazione, per due anni, a partire dall'inizio del 2013".

IL TEMPO

Il Tempo (7/11/12) si aggiunge alla lista, dedicando ampio risalto alla protesta dei colleghi di Tor Vergata, con il titolo: "Protesta di infermieri e medici al Policlinico".

Non basta. Dal Governo, per gli effetti della *spending review*,

CORRIERE DELLA SERA

arrivano altri tagli sugli ospedali.

Il Corriere della Sera (8/11/12) annuncia: "Trentamila posti letto in meno nel 2015, tagli record in Molise, Lazio e Trentino". Il servizio spiega: "Entro il 31 dicembre le Regioni dovranno indicare dove e come ridurre 30 mila posti letto negli ospedali che saranno riutilizzati per altre funzioni. Si punta sull'efficienza e sull'eliminazione dei doppioni. A Roma, per esempio, solo una cardiocirurgia delle 8 presenti rispetta i nuovi criteri". Si legge ancora: "Si dovrà passare nel prossimo triennio 2013-2015 a un rapporto di 3,7 letti ogni mille abitanti dall'attuale 4,2 della media nazionale. Lo 0,7% devono essere dedicati a riabi-

litazione e lungodegenza di malati che hanno superato la fase acuta. Alcune Regioni, come Emilia Romagna, Veneto, Toscana o Lombardia, hanno già avviato questa operazione, altre invece devono cominciare quasi da zero e non a caso sono quelle con maggior deficit, sotto piano di rientro. Il Molise è quella che deve ridurre di più (-33,2%), seguita dalla Provincia autonoma di Trento (-20,9%) e Lazio (-19,9%). Le parole chiave: meno ospedali (molto costosi e fonte di sprechi), più servizi territoriali, più appropriatezza".

Sarà, ma qui a furia di tagliare senza cucire il servizio sanitario finisce a brandelli.

La vicenda del più grande ospedale italiano è emblematica di come le cose si complichino anche se i soldi ci sono.

Il Messaggero

La racconta **Il Messaggero** (15/11/12) rilanciando l'appello del direttore generale del Policlinico Umberto I con il titolo: "'Rischiamo di chiudere'". Si legge: "L'Umberto I rischia di chiudere se non saranno sbloccati i 104 milioni di euro stanziati dalle legge 448 del 1998 per la riqualificazione del più grande ospedale universitario d'Europa. L'allarme arriva da Domenico Alessio, direttore generale del Policlinico. Il manager sottolinea: 'Si tratta di fondi fermi da 14 anni mentre l'Umberto I langue nel degrado. Visto che i fondi ci sono, cosa si aspetta in Regione?'".

In uno scenario tanto desolante per la sanità regionale, una nota positiva spicca come una fulgida eccezione. Per fortuna! Sempre **Il Messaggero** (25/10/12) riferisce: "Inaugurato il nuovo Bambino Gesù". Scrive: "Circondato da mamme e bambini, infermieri e politici, il cardinale Tarcisio Bertone benedice il nuovo Centro dell'ospedale Bambino Gesù a San Paolo. La struttura porterà il nome di Benedetto XVI e dal 2013 diventerà il più grande centro d'Europa dedicato alla ricerca pediatrica". Come dire: meglio affidarsi all'intervento divino!...

AVVISO

Partecipa al sondaggio on line sulla qualità dell'assistenza

Il Coordinamento regionale Collegi Ipasvi del Lazio sta conducendo una ricerca sulla percezione degli infermieri sulla qualità dell'assistenza infermieristica effettuata. Con questa iniziativa, il Coordinamento vuole dare vita ad una serie di iniziative che perseguono lo scopo di indagare in maniera oggettiva e rigorosa le opinioni degli infermieri iscritti ai Collegi Ipasvi su alcuni aspetti dell'assistenza infermieristica effettuata in attività dipendente o libero professionale.

Per fare ciò, inviamo i nostri iscritti a rispondere in modo completo a questa veloce survey/questionario disponibile sulla homepage del sito www.ipasvi.roma.it che permetterà di implementare la qualità dei servizi offerti a favore della qualità dell'assistenza offerta al cittadino.

I risultati saranno pubblicati a fine indagine sui siti web dei rispettivi Collegi provinciali del Lazio.

Aperte le iscrizioni Ipasvi Cup Per i migliori infermieri calciatori torneo nazionale a giugno

Anche quest'anno siamo pronti ad iniziare l'Ipasvi Cup. Si tratta della sesta edizione del Torneo, con alcune novità rispetto agli anni precedenti, necessarie soprattutto per evitare di perdere squadre durante la competizione. Per prima cosa, abbiamo deciso di svolgere la competizione in un'unica sessione primaverile: si inizierà a metà febbraio e si giocherà tutte le settimane, fino a fine maggio. Abolita quindi la pausa invernale che, nell'ultimo anno, ha fatto "ritirare" quattro squadre su 11.

A seconda del numero di squadre iscritte, si giocherà su un campo unico (fino a sette squadre, girone unico e *play off*), o su due campi (fino ad 11 squadre, girone unico con partite in "casa" e "fuori casa", quindi *play off* in casa delle migliori classificate).

Nel caso si iscrivano almeno 12 squadre, si giocheranno due gironi separati (Nord e Sud), quindi i *play off* sempre in casa dei meglio piazzati.

Si tornerà al pagamento settimanale della quota campo: verrà richiesta una quota iniziale per partecipante (20 euro) per le tessere associative/assicurative, quindi, le squadre pagheranno 45 euro per ogni partita giocata, comprensiva di quota campo ed ar-



gimento del torneo dobbiamo raggiungere il numero di 6 squadre.

La compagine di Roma sarà rappresentata dai migliori 15 infermieri (il torneo nazionale è aperto esclusivamente agli infermieri, sarà richiesto certificato di iscrizione all'Albo) iscritti all'Ipasvi Cup 2013.

La classifica terrà conto, soprattutto, della "disciplina" dei partecipanti, intesa come presenza alle partite, correttezza in campo, regolarizzazione dei pagamenti e consegna dei documenti richiesti (identità e certificato medico).

Info: 339/7326143.

bitro.

Ogni squadra potrà iscrivere un numero illimitato di infermieri e studenti infermieri, e, inoltre, potrà aggiungere in rosa fino a tre operatori sanitari non infermieri.

Le iscrizioni saranno aperte da inizio dicembre a tutto il mese di gennaio. Per giugno 2013 (dal 17 al 20), stiamo organizzando pure il **primo Torneo nazionale di calcio a 7 per infermieri**: abbiamo invitato i Collegi Ipasvi di tutt'Italia e già fissati campo ed albergo. Inoltre, la Federazione nazionale ha concesso il patrocinio gratuito all'iniziativa.

Per confermare lo svol-

Posta elettronica certificata È tempo di attivarla gratis!

Cari Collegghi, è scaduto il 30 novembre scorso il termine ultimo per comunicare al Collegio la propria casella di posta elettronica certificata (PEC), **obbligatoria per tutti i professionisti.**

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

Per chiedere l'attivazione della nuova casella di posta elettronica certificata basta seguire alcune semplici istruzioni descritte successivamente.

Il sistema richiederà oltre al codice fiscale, il numero di iscrizione all'Albo, necessario per poter procedere. Per chi non lo ricordasse, il numero è riportato sulla tessera d'iscrizione. Chi non avesse ancora ritirato la tessera (i nuovi iscritti la ricevono a casa) può farlo in ogni momento presso la sede del Collegio (Viale Giulio Cesare, 78). Tutti gli iscritti possono avere la nuova tessera elettronica corredando la richiesta di due fotografie formato tessera uguali. In ogni caso, il numero d'iscrizione all'Albo sarà indicato anche nella lettera di convocazione della prossima Assemblea Ordinaria Annuale (prevista per il 18 marzo 2010) che gli iscritti riceveranno entro la fine di febbraio, assieme ad un'informativa più completa sulla PEC.

La PEC rappresenta la nuova frontiera della comunicazione professionale. Va utilizzata per ricevere e spedire documenti, domande, certificati e ogni tipo di informazione in modo sicuro e direttamente da casa propria.

La posta elettronica certificata consente di inviare e-mail con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno.

Il sistema garantisce la sicurezza del contenuto di ogni comunicazione, impedendo modifiche ai messaggi e ai relativi alle-

gati. Attesta inoltre data e ora esatta della spedizione e dell'avvenuto ricevimento attraverso un'apposita ricevuta, che costituisce a tutti gli effetti prova legale dell'invio/ricevimento. In caso di smarrimento della ricevuta, la traccia informatica delle operazioni svolte viene conservata dal gestore del servizio per 30 mesi e consente la riproduzione della ricevuta con lo stesso valore giuridico dell'originale.

La Posta Elettronica Certificata offre una nuova grande opportunità di crescita professionale.

Il Collegio Ipasvi di Roma è lieto di offrirla a sua volta a tutti gli iscritti.



Come richiederla

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

Ti verranno chiesti inizialmente il Codice Fiscale e il numero di iscrizione all'Albo di Roma (solo i numeri. Es: IP-77890 sarà 77890)

Successivamente saranno necessari: i tuoi dati completi, un documento di identità valido, e un indirizzo di posta elettronica tradizionale (o personale/aziendale) dove Ti verranno recapitati i moduli di adesione al servizio che

successivamente andranno rispediti via fax al gestore, datati e firmati, assieme alla fotocopia del Tuo documento di Identità precedentemente comunicato.

Terminato il flusso di attivazione, riceverai 2 (due) email: una di avvenuta attivazione contenenti i parametri tecnici per usare la tua nuova mailbox, ed un'altra contenente la modulistica da compilare e spedire via fax. La nuova mailbox sarà subito funzionante, ma disattivata se non invii i moduli al gestore.

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

Bondi nuovo Commissario per la sanità L'Ipasvi interviene sul caso Idi-San Carlo

Su proposta del ministro dell'Economia e delle Finanze e del ministro della Salute, Enrico Bondi, è stato nominato nuovo Commissario ad acta per la sanità nel Lazio in sostituzione della presidente Renata Polverini, dimissionaria dalla carica.

Bondi era stato scelto dal Governo Monti anche come Commissario per la realizzazione del programma di *spending review*. A commento della nomina, Renata Polverini ha dichiarato 'a caldo': "Consegniamo al Commissario Bondi una sanità sulla via della guarigione, con un disavanzo ridotto a 600 milioni, cioè circa un terzo di quello che abbiamo ereditato".

"In due anni e mezzo - aggiunge - siamo infatti passati dai 1,5 miliardi di deficit del 2010 ai 610 milioni previsti per il 2012, in base alle stime avallate dalla società di revisione del Governo, grazie alla riduzione dei costi e alla razionalizzazione della rete ospedaliera. Abbiamo anche trovato, grazie ai controlli introdotti, un ulteriore buco di bilancio di 1,5 miliardi che abbiamo coperto nonostante i continui tagli delle varie manovre governative che hanno inciso, ovviamente, anche sulla sanità". Il 17 ottobre il nuovo commissario ha varcato il cancello del palazzo della Regione per il passaggio di consegne.

Lo scenario che deve affrontare Enrico Bondi è difficile, in una Regione che deve fare i conti con il Piano di rientro e la dura realtà della *Spending Review*.

Fondi. Novecento milioni di euro. A tanto ammontano i fondi statali destinati alla Regione Lazio dopo l'ultima riunione del tavolo di verifica sull'applicazione del piano di rientro. Tavolo e Comitato di valutazione confermano "che non è possibile procedere ad erogare spettanze fino a quando la struttura commissariale non porrà in essere tutte le iniziative al fine di dare concreta e puntuale attuazione di quanto

evidenziato", in particolare rilevano il "grave ritardo con cui la struttura commissariale sta procedendo a definire i rapporti con gli erogatori privati per il 2012" e le "criticità presenti in alcuni accordi-contratti siglati nel 2011". Ospedali. Per applicare il piano di rientro, la Giunta Polverini è stata costretta a tagliare 2.700 posti letto. In totale, considerata anche la gestione Marrazzo, sono stati eliminati circa 6.000 posti. Ma si prevedono ulteriori tagli perché il decreto sulla *spending review* indica di raggiungere il rapporto di 3,7 posti letto per mille abitanti, con alcuni paletti precisi: 3 posti letto sono per acuti e 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza. Alcune proiezioni stimano che questo comporterà nel Lazio la perdita di altri 716 posti letto.

Ci sono inoltre le questioni aperte che coinvolgono le strutture della sanità privata e cattolica, come il Gemelli, il Santa Lucia e il gruppo San Raffaele. Pur differenti tra loro, tali vicende si riflettono anche sulla riduzione del personale e dei posti letto.

Occupazione. Con il blocco del *turn over*, nel Lazio, come nelle altre Regioni sottoposte a piano di rientro, non si possono sostituire i dipendenti che lasciano il loro posto. Questa limitazione, pur con le limitate deroghe che sono state concesse negli

anni, ha causato la difficoltà a coprire anche i servizi più importanti e vi sono alcuni reparti, che reggono solo grazie alla presenza dei precari. Inoltre, per la fine dell'anno, si delinea l'incognita di 3.000 contratti di precari in scadenza, senza i quali gli ospedali romani si fermerebbero.

La situazione dell'Idi - San Carlo. Il 7 novembre scorso, il presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco, ha inviato una lettera urgente al nuovo commissario sulla gravissima difficoltà vissuta in da migliaia di infermieri romani che non hanno ricevuto il regolare stipendio per mesi. Vi proponiamo il testo integrale della missiva.



Enrico Bondi

Egr. Prof. Enrico Bondi

Commissario Straordinario alla Sanità

Regione Lazio

Esimio Professore,

il Collegio Ipasvi di Roma, facendosi interprete della condizione di gravissima difficoltà vissuta in queste settimane da migliaia di infermieri romani che continuano a non ricevere lo stipendio, sollecita il Suo più autorevole e rapido intervento affinché si ponga fine allo stillicidio di rinvii che sta mettendo in ginocchio tante famiglie e pregiudica fortemente la qualità dei servizi sanitari erogati ai cittadini.

Si ribadisce pertanto quanto segnalato in precedenti comunicazioni con il Suo Ufficio e si invita caldamente la S.V. ad assumere iniziative utili a fermare l'increscioso ritardo che, ormai da alcuni mesi, va accumulandosi nel pagamento degli stipendi del personale in alcune strutture sanitarie romane tra le più importanti e qualificate per la qualità delle cure e dell'assistenza.

Il perdurante blocco degli stipendi, come nel caso eclatante dell'Idi-San Carlo, sta causando gravissime ripercussioni su migliaia di infermieri e sui bilanci delle loro famiglie, in forti difficoltà nel fronteggiare le spese incompressibili come il mutuo, l'affitto, le utenze, lo studio dei figli.

Lo spirito di sacrificio con cui gli infermieri operano responsabilmente per evitare che i disservizi del SSR ricadano

sui cittadini viene profondamente tradito da questo inaccettabile trattamento, che prevarica il diritto fondamentale alla regolarità della retribuzione e sviscerla quanti, ogni giorno e molto faticosamente, garantiscono l'operatività dei reparti ospedalieri e dei servizi ambulatoriali nonostante la gravissima carenza di personale che impone loro sforzi fisici e psicologici rilevanti.

A tal riguardo, il Collegio Ipasvi di Roma torna a manifestare viva preoccupazione per la condizione di ulteriore stress che la situazione riversa su ciascun operatore, infondendo un senso di sfiducia e incidendo negativamente sulle motivazioni professionali nonché sui rischi di errore sanitario.

Nel ribadire tutta la vicinanza e la solidarietà ai lavoratori ingiustamente penalizzati da questa assurda situazione, il Collegio Ipasvi di Roma La invita ad attivare con la massima urgenza ogni azione in Suo potere per scongiurare ulteriori ritardi nella corresponsione degli stipendi ed allontanare così dall'orizzonte personale e familiare di tanti bravi professionisti lo spettro dell'indigenza.

Confidando in un riscontro risolutore di una situazione tanto angosciante, si conferma la massima disponibilità alla collaborazione con il Suo Ufficio e si inviano i più cordiali saluti.

*Il Presidente
dott. Gennaro Rocco*

NOTIZIE IN PILLOLE

Osteoporosi, milioni di italiani ne soffrono. Peggio, le donne

Cinque milioni di italiani soffrono di osteoporosi, la malattia delle ossa fragili che causa, nel mondo, una frattura ogni tre secondi.

La probabilità di incorrervi, per le donne, è superiore al rischio complessivo di tumore del seno, delle ovaie e dell'utero.

A rilanciare il monito sull'importanza di prevenzione, diagnosi precoce e terapie tempestive e mirate sono gli esperti della Società italiana di ortopedia e traumatologia, riuniti a Roma per il 97esimo Congresso nazionale Siot.

Le proiezioni confermano come l'osteoporosi sia da considerarsi una patologia in continua crescita nel nostro Paese e, più in generale, in tutto il mondo occidentale, a causa del progressivo e costante invecchiamento della popolazione.

L'osteoporosi non presenta sintomi - spiega la Siot - ma, causando un progressivo indebolimento dello scheletro, si manifesta con la frattura che molto spesso non viene riconosciuta come, conseguenza della malattia e il paziente non viene prontamente sottoposto ad un'adeguata terapia.

"Le fratture da fragilità possono avvenire a carico di qualsiasi segmento scheletrico, ma più frequentemente sono interessati il femore prossimale, le vertebre, il polso e l'omero prossimale. L'ortopedico - evidenzia Paolo Cherubino, neoeletto presidente Siot - è spesso il primo e unico medico specialista a cui il paziente con osteoporosi si rivolge. Nostro è il compito quindi di affrontare il problema dell'osteoporosi con trattamenti specifici non solo chirurgici, ma anche farmacologici per prevenire gli eventi fratturativi".

La Siot, nei prossimi anni, "proseguirà la sua attività di studio e formazione, per sensibilizzare i chirurghi ortopedici come affrontare al meglio la gestione del paziente con fratture da fragilità".

Le fratture da osteoporosi hanno un elevato impatto sociale, avvertono ancora gli specialisti: entro un anno dall'evento, infatti, circa il 20% dei pazienti muore; il 40% non è in grado di camminare autonomamente, il 60% è limitato in attività quali mangiare, vestirsi e lavarsi, e l'80% è limitato in attività come fare la spesa, giardinaggio, salire o scendere le scale.

I costi derivanti dalle fratture da fragilità ossea e dalle loro conseguenze (ricoveri, pensioni ed invalidità) saliranno nella sola Unione europea dai 31 miliardi di euro del 2000 a circa 76 miliardi nel 2050.

L'infermiere al centro delle celebrazioni del IV centenario della morte di San Camillo de Lellis

Procedono i preparativi per le celebrazioni del IV Centenario della morte di San Camillo de Lellis, patrono universale degli infermieri e di tutti gli operatori sanitari, nonché degli infermi, degli ospedali e della Sanità Militare.

Importanti iniziative si stanno già svolgendo in tutte le province Camilliane, in Italia e nel mondo. Mentre si sono da poco riuniti diversi comitati per stabilire come festeggiare degnamente l'anno giubilare a livello territoriale, a Roma, nella Casa Generalizia dell'Ordine dei Ministri degli Infermi, presso la chiesa di Santa Maria Maddalena in Campo Marzio, si stanno ultimando i lavori di rinnovamento del museo, ricco di testimonianze storico-artistiche (risalenti alla seconda metà del XVI secolo, epoca in cui visse e operò San Camillo, e dei secoli successivi).

Oltre a preziose reliquie del Santo, infatti, il museo custodisce documenti storici fondamentali e alcune curiosità, come una cartolina spedita da un infermiere camilliano dalla nave su cui Guglielmo Marconi stava compiendo alcuni esperimenti.

Le sale del museo sono state completamente restaurate, ampie e dotate di nuovi contenuti esplicativi e multimediali (nonché multilingue) che coinvolgeranno i visitatori nell'appassionante vicenda biografica del Santo che ha rivoluzionato il mondo della sanità e nella fondamentale opera svolta dai Camilliani ancora oggi.

Basti pensare alla Camillian Task Force, organizzazione internazionale di più gruppi (formati da infermieri e medici sia religiosi che laici) che soccorre i più bisognosi di cure in tutte le zone d'emergenza nel mondo.

La chiesa di Santa Maria Maddalena, inoltre, si prepara ad ospitare una nuova, splendida urna per le spoglie di San Camillo de Lellis.

L'opera, realizzata dallo scultore Alessandro Romano è in avanzata fase di creazione e andrà a sostituire quella esistente a metà del prossimo anno, poco prima dell'apertura ufficiale dell'anno giubilare che avverrà il 14 luglio 2013 a Bucchanico, in Abruzzo, città natale di San Camillo.

Il monumento è un'imponente - ma dinamica - costruzione in bronzo con lamine d'oro, che ben si sposa con lo stile barocco-rococò della basilica, incentrata simbolicamente proprio sulla



Interno della chiesa della Maddalena a Roma

totale dedizione all'assistenza e al sostegno, fisico e psicologico, dei sofferenti e degli ammalati (missione avviata e perseguita da San Camillo e poi proseguita da tutti gli infermieri del mondo).

Per approfondire la conoscenza dei luoghi camilliani d'Italia, in particolare quelli di Roma che hanno fatto da scenario alla nascita di una nuova idea di assistenza al malato (e al suo sviluppo e diffusione), è stata creata l'App iCamilliani, in italiano e in inglese, totalmente gratuita e disponibile per iPhone, iPad, Android e BlackBerry.

L'anno giubilare avrà un occhio speciale per gli "eredi moderni" di una grande scuola di assistenza ai malati che è iniziata con San Camillo, padre fondatore dell'assistenza infermieristica. Le attività e le iniziative saranno sempre più volte ad intensificare il coinvolgimento diretto degli infermieri, discendenti diretti del Santo di Bucchanico.

Se volete essere aggiornati su tutti gli eventi in corso o in programma nei prossimi mesi, potete visitare il sito ufficiale: www.camillodelellis.org o seguendoci su twitter (@San_Camillo) o su facebook, www.facebook.com/camillodelellis.org

Giorgio Trasarti
Ufficio Comunicazione per le attività del IV Centenario

"Quelli che servono gli infermi"¹ Caratteri generali sull'organizzazione dell'assistenza a Roma nella prima età della Controriforma

Tra la fine del Quattrocento e la prima metà del Cinquecento, il mondo cristiano fu investito da una delle sue crisi più profonde che minò le basi del Cattolicesimo stesso, costringendo i vertici ecclesiastici a considerare nuovi modelli spirituali e riorganizzare lo stesso governo temporale.

I movimenti riformatori (nati per lo più nelle ricche nazioni centroeuropee), avevano posto al centro dell'azione apostolica il "ruolo religioso dell'individuo"² e - fatto innovativo - al posto del latino, nelle preghiere, nelle letture e nelle funzioni fu introdotto l'uso della lingua volgare per avvicinare il sentimento religioso anche all'uomo più umile.

Il movimento eretico più diffuso e travolgente (nonché di maggior impatto per il mondo cattolico) fu la Riforma protestante della quale Martin Lutero fu il principale animatore.

Roma, sede della cattedra di Pietro, fu l'epicentro di questi profondi disagi: qui, forte e diffuso, si avvertì, più che altrove, un sentimento d'inquietudine.

*"Colpita dall'eresia, dalle critiche e confrontata dal dilagare del male, la Chiesa riorganizza le proprie forze. Non senza tensioni interne, ci si orienta a impegnarsi nella pratica sociale. Si apre così un fermento di iniziative assistenziali... Eventi laceranti hanno scosso le certezze e alimentano le inquietudini. Di fronte alle insidie che s'addensano, la Chiesa riflette, riunisce il Concilio di Trento."*³ (F.M. Ferro, p. 27).

La Chiesa secolare reagì, infatti, serrando le fila e dando vita ad una vera e propria ondata di trasformazioni ed interventi correttivi miranti a costruire nuovi assetti organizzativi delle istituzioni ecclesiali e delle magistrature pontificie nella prospettiva sia di una capillare presenza in ogni settore della società, sia di un rinnovato fervore spirituale che passava attraverso la disciplina, la morale e le azioni caritatevoli.

Gli obiettivi di questa "risvegliata religiosità" furono individuati nelle opere di carità ed assistenza indirizzate ai rappresentanti di quella vasta area di umanità povera, malata, derelitta.

Le principali protagoniste di questa operazione furono le confraternite (affiancate da nuovi ordini e compagnie religiose): libere associazioni di uomini e donne, regolate da norme e statuti, dedicate alla cura, salvezza e carità di poveri ed infermi. I nuovi assetti organizzativi dell'assistenza abbandonano l'idea di interventi sporadici e volontaristici per assumere ruoli importanti all'interno di un disegno strategico più articolato che porterà all'istituzione di luoghi istituzionali ed assistenziali specifici.



Porto di Ripetta 1858

Gli scopi perseguiti da queste nuove comunità erano quelle di soccorrere e aiutare gli ammalati, di sfamare la carne e di mondare lo spirito con la preghiera di recuperare le anime a Dio. Solo attraverso la salvezza del singolo si poteva giungere alla propria: "salvezza di chi riceve e di chi dona"⁴ (Black p. 30).

La variegata umanità presente nella città eterna presentava componenti diverse: vagabondi, pellegrini, e gruppi sociali appartenenti alle varie *nationi* (fiorentini, bergamaschi, lombardi, boemi) e costituì "materia prima" per quella specializzazione delle opere caritatevoli delle varie confraternite, determinandone lo "scopo sociale".

Nacquero così le confraternite dedicate all'assistenza dei carcerati, dei condannati a morte, dei poveri e, soprattutto, per importanza e per numero, le confraternite dedicate all'assistenza degli infermi.

SANITÀ E CARITÀ PUBBLICA A ROMA NEI SECOLI XVI E XVII

Alquanto complessa appare l'organizzazione della sanità pubblica nella città del vicario di Cristo.

Proveremo ad offrire un quadro, seppur sommario, della fitta rete dei ricoveri e degli ospedali nel periodo preso in esame.

Uno sguardo indietro...

Nel Medioevo, non esisteva una specialità nell'assistere gli in-

fermi, spesso assimilati ai poveri ed erano oggetto di *"hospitalitas disinteressata, espressione civile della Caritas"*⁵ (Cosmacini p. 49).

L'assistenza e l'accoglienza era fornita in modo incondizionato ai poveri, ai malati, a chi aveva bisogno di aiuto, ai pellegrini e agli orfani.

Tutti potevano essere accolti nelle strutture degli ordini religiosi (ovvero, negli alberghi dei poveri) che, via via, si trasformeranno in fondazioni ospedaliere.

Chi veniva accolto nei ricoveri era oggetto di un'assistenza generica senza diversificazione di cure. La storica Saunier⁶ (p. 235) ricostruisce stralci di vita quotidiana negli ospedali medievali e tardo medievali: normalmente gestiti da enti religiosi, questi luoghi fruivano di personale di assistenza specialmente femminile – le suore ospedaliere – a cui era affidata l'assistenza dei malati per ciò che concerneva la pulizia e l'igiene, l'alimentazione, la custodia, mentre, per l'espletamento dei lavori pesanti, c'erano i "servi".

Fatte le dovute eccezioni, il medico quasi mai costituiva parte del personale stipendiato, pur rivestendo, spesso, un ruolo di consulente che impartiva disposizioni alle suore.

La formazione "assistenziale" delle religiose rimane ancora da indagare: con ogni probabilità, le giovani suore ricevevano una "formazione empirica" al loro ingresso in ospedale trasmessa dal personale più anziano.

Anche l'estrazione sociale rimane mal conosciuta: l'unico punto fermo sembra essere la vocazione assistenziale⁷ (p. 236) e probabilmente, la sicurezza di luogo *"dove potranno vivere fino alla loro morte. Nell'attesa, ognuna si vota al servizio di Dio, attraverso il sentiero dell'amore per il malato, un servizio attivo, interamente dominato dall'umiltà, dalla carità e della povertà"*⁸ (ibid.).

È a loro che verrà affidata, ancora per qualche secolo, la cura e, come diremmo oggi, la presa in carico del malato nella totalità dei suoi bisogni.

La maggior parte degli ospedali medievali erano gestiti da fondazioni religiose⁹ (cfr. Cosmacini, p. 51), ma esistevano anche modelli di ospedali a gestione mista *"l'amministrazione è laica retta da un collegio civico, l'assistenza è religiosa, retta da un prelado o 'ministro'... All'interno, il 'ministro' è coadiuvato da persone pie dell'uno e dell'altro sesso, che non sono propriamente frati e suore ma... afferiscono in qualche modo allo stato religioso, col titolo di 'conversi', affiancati nei lavori più umili dell'assistenza da servitori"*¹⁰ (ibid.).

Il modello trecentesco, poi, entra in crisi per due ordini di motivi, individuabili nella dilagante diffusione del morbo della peste (che assume anche l'accezione di "castigo divino") e della consapevolezza scientifica della necessità di diversificare la cura secondo le differenti patologie.

Si avvia così una riforma delle istituzioni sanitarie: intorno alla

metà del Quattrocento nascono nei vari Stati, ducati e signorie italiane gli Ospedali Maggiori nati su accordo congiunto tra istituzioni laiche ed ecclesiastiche.

I luoghi della sofferenza e gli uomini che la curano

Intorno alla metà del Cinquecento, si contavano a Roma circa una ventina di istituzioni ospedaliere gestite da ordini religiosi o dalle varie "nazioni" straniere presenti in città.

Alcune erano di nuova istituzione, nate in seguito all'opera propulsiva delle Congregazioni.

Gli ospedali, alcuni di lunga tradizione, vennero specializzandosi nella cura specifica di singole malattie per offrire quella carità, cura e salvezza che era tanto più incisiva quanto più numerose erano le anime e i corpi malati bisognosi di considerazione.

I lebbrosi, i "tignosi" e i "rognosi" venivano accolti all'ospedale San Lazzaro, alle pendici di Monte Mario. La cura di queste patologie passò poi al San Gallicano.

Ai "febricitanti" e ai "feriti" erano deputati l'ospedale di Santa Maria in Portico, l'ospedale di San Giovanni in Laterano, l'ospedale San Giovanni di Dio dei Fatebenefratelli.

L'ospedale Santo Spirito in Saxia, il più imponente, edificato nel XII secolo, aveva vocazione di ospedale generale che poteva accogliere poveri, infermi, esposti e pellegrini.

Il gravoso impegno della gestione economica dell'ospedale fu sostenuto dalla Confraternita di Santo Spirito che annoverava tra i propri sodali alte cariche pontificie come il papa Sisto IV, e personaggi di spicco dell'aristocrazia e della mercatura.

L'ospedale di San Rocco, edificato nei pressi del porto di Ripetta, fu deputato alle partorienti bisognose *"sia oneste che nubi"*. Le nubili accolte in un reparto speciale godevano di una



Pietro da Cortona, San Filippo Neri guarisce Clemente VIII dalla gotta.

privacy particolare: *"questo settore dell'ospedale era detto delle 'celate'... con i letti nascosti da una tenda era assolutamente inviolabile. L'ingresso era vietato perfino ai rappresentanti della giustizia".*¹¹ (Quelli... p. 29).

L'ospedale della SS. Trinità dei pellegrini e dei convalescenti fu eretto nel 1548-49 con il fattivo apporto di San Filippo Neri.

Inizialmente dedicato all'ospitalità dei pellegrini arrivati per il Giubileo, fu aperto contestualmente a quanti bisognosi di aiuto ed assistenza nella convalescenza.

Buona parte delle istituzioni ospedaliere romane erano di proprietà delle rappresentanze delle Paesi stranieri più ricchi e numerosi: esse avevano facoltà di erigere i propri ricoveri dove potevano ricevere cure e ospitalità i numerosi pellegrini appartenenti alla nazione e a quanti ricoprivano qualche impiego in città.

Tra i ricoveri più importanti, si annoverano l'ospizio-ospedale di San Giovanni dei Fiorentini, l'ospedale dei Lombardi, l'ospedale dei Lucchesi, l'ospedale dei Francesi e l'ospedale dei Boemi.

Alla metà del Cinquecento, poi, nasce una nuova e importante istituzione dedicata ai sofferenti di disagi mentali: l'ospedale di Santa Maria dei poveri pazzi.

Nel 1548, due spagnoli, Ferrante Ruiz e Angelo Bruno, iniziarono ad accogliere poveri e pellegrini che presentavano patologie mentali prima nella loro casa, Santa Caterina dei Funari, e poi, in seguito ad una donazione, in un edificio a piazza Colonna. Nel 1561, dopo l'approvazione della Confraternita di Santa Maria della Pietà dei Pazzarelli, il luogo si costituì in vera e propria istituzione ospedaliera con statuti che ne regolavano l'organizzazione. Tra i suoi benefattori, anche San Carlo Borromeo e San Filippo Neri.¹²

Altra categoria sulla quale si concentrarono gli sforzi della nuova spiritualità furono le prostitute e le cortigiane.

Per loro vennero edificati luoghi destinati alla redenzione ed espiatione dei peccati e a loro si dedicò dapprima la Compagnia del Divino Amore che aveva la propria sede a Santa Dorotea a Trastevere¹³ (libro p. 331).

Inizialmente impegnata nella cura dei sifilitici poi, per "naturale" associazione, la Compagnia si convertì al soccorso delle meretrici pentite ed affidò, successivamente, alla Congregazione di San Gerolamo della Carità le cure delle prostitute presso la chiesa di Santa Lucia al Corso.



Questo intenso movimento spirituale e caritatevole, che vede nelle opere di assistenza la propria espressione tangibile, è vivificato dalla presenza, a Roma, di personalità religiose di altissimo livello: Sant'Ignazio di Loyola, a cui si deve la fondazione della Compagnia dei poveri preti pellegrini, arriva nel 1537; San Filippo Neri, promotore della Confraternita della SS. Trinità dei Pellegrini e ideatore dello splendido oratorio a piazza della Chiesa Nuova, arriva qualche anno più tardi.

Faranno seguito, San Carlo Borromeo e San Camillo De Lellis.

A quest'ultimo, in particolare, si deve un intervento organico del piano di riforma attuato attraverso le sue "Regole della Compagnia dei Servi degli Infermi" che aveva la sua sede all'ospedale di San Giacomo degli Incurabili.

Le regole erano indirizzate alla creazione e formazione della figura dell'Infermiere, agli ordini e modi di servire i malati, nonché alla costituzione interna della Compagnia¹⁴ (San Giacomo, p. 111).

San Giacomo degli Incurabili e le "Regole della Compagnia dei Servi degli Infermi" di Camillo De Lellis

L'esigenza di sistematizzare tutte le operazioni destinate all'assistenza si rivelò una necessità nell'ambito della riorganizzazione generale della riforma assistenziale.

Il caso delle Regole redatte da Camillo De Lellis risulta emblematico sia per comprendere i nuovi dettami tridentini indirizzati alla nuova configurazione della rete assistenziale sia per la creazione e la formazione della figura che curava gli infermi.

Le Regole¹⁵ (Asv) vengono scritte dal religioso tra il 1584 e il 1585, probabilmente nell'ospedale di San Giacomo degli incurabili che era destinato alla cura della sifilide, conosciuta, al tempo, come il mal francese, in quanto apparso in forma epidemica dopo la discesa delle truppe di Carlo VIII nel territorio italiano tra il 1494 e il 1496.

La sifilide, malattia trasmessa per via venerea, assumeva il significato di castigo divino per coloro che ne erano stati contagiati, quasi una giusta punizione per comportamenti licenziosi, per gli atti contro natura e quelli di mal costume.

La malattia, ritenuta incurabile, suscitava disgusto e paura sia per il la degenerazione fisica che ne derivava, sia per il giudizio morale che accompagnava la malattia, motivi per i quali il sifilitico rappresentava una delle categorie più emarginate.

Le norme portano il titolo originale di *"Libellus regularum societatis servientum infirmis cum adnotationibus"*¹⁶ (ovvero, *"Le regole della Compagnia dei servi degli infermi"*).

Indirizzate a coloro che entravano a far parte della Compagnia dei Servi degli Infermi i cui aderenti dovevano osservare come primo insegnamento le opere di *"Povertà Carità e Obedientia e Hospitalità perpetua"*, la prima parte delle Regole era dedicata alla costituzione e alla organizzazione interna della Compagnia, la seconda agli *"Ordini e modi di servire i malati"*, dove si evidenziano le istruzioni e la formazione per la cura del malato.¹⁷ Possiamo facilmente individuare una prima parte dedicata ai comportamenti etici (*"non lasciarsi ... ad haver ... maneggi di denari e d'altre robbe"*): il comportamento degli infermieri, infatti, doveva essere probò e onesto.

A questo seguivano compiti meramente assistenziali: gli infermieri si dovevano trovare al capezzale del malato quando il medico veniva a fare visita per poter *"pigliare informazione"* sulla terapia e la cura.

Si doveva quindi aiutare i malati a mangiare, e controllare se questi mangiassero a sufficienza e farli mangiare *"a testa alta"*. Inoltre, occorreva usare diligenza nel medicare le piaghe ed era opportuno accompagnare l'operazione con esortazioni alla preghiera, alla *"pazienza e alla confessione"*.

Un capitolo importante era dedicato all'igiene personale del malato. Nella regola XXXVIII viene imposto il cambio delle lenzuola e del vestiario quando questo era lordo. Importante era l'attenzione che si doveva prestare ai malati quando dovevano essere spostati o alzati *"ognuno avvertisca di levarli... procurando di non farli far troppo moto, non farli pigliare freddo...e che stiano a testa alta"*.

L'infermiere doveva accompagnare il malato morente verso il

trapasso, quando *"sarà in agonia si metta la diligentia possibile in aiutarlo a ben morire"*.

Il servizio prevedeva il controllo periodico giornaliero dei malati e se il guardiano *"vederà che alcuno infermo haverà bisogno di qualche cosa non resti di servirlo subito"*.

Il malato doveva essere sempre al centro dell'opera di carità e di assistenza si *"guarderà di non trattare li poveri infermi con mali portamenti e male parole"* (comportamenti sicuramente riscontrati dal De Lellis in numerose occasioni).

Da sottolineare che la formazione dell'infermiere doveva arricchirsi di esperienze comuni come prescritto dalla regola X *"Ogn'otto giorni...facciano conferentia delle bisogni dell'infermi, e trattino anco delle cose che giovano alla loro perfezione"*.

La cura spirituale e la cura corporale costituivano un unico ufficio per i Servi degli Infermi: l'anima e il corpo dovevano essere sanate con lo stesso amore e la stessa premura e affetto come una madre fa con il proprio figlio.

Dalle norme di Camillo de Lellis si delinea, in modo chiaro e univoco, quale fosse il punto di forza dell'assistenza e del gravoso impegno di chi doveva assistere gli infermi: la sistematica attenzione ai bisogni degli ammalati che si concretizzavano in spirituali e corporali. Paradigma quanto mai attuale.

Solo attraverso la piena risposta a tali bisogni si rivelava *"l'istinto divino"* e la naturale - e conseguente - salvezza in Cristo.

Carlo Turci

Ringraziamenti

Si ringrazia la dottoressa Alessandra Bonfigli, bibliotecaria, già redattrice ed autrice di voci del Dbi dell'Enciclopedia Italiana, per i consigli e per le ricerche bibliografiche e storiche.

NOTE

¹ Il titolo si riferisce alla mostra bibliografica *Quelli che servono gli infermi. Assistenza e medicina a Roma nei secoli XVI e XVII*, tenutasi a Roma dal 18 maggio al 18 giugno 1987 presso la Biblioteca Vallicelliana.

² C.F. Black, *Le confraternite italiane del Cinquecento*, Milano, Rizzoli, 1992, p. 20

³ F.M. Ferro, *Il gran teatro della romana Pietà*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, II, a cura di F. Fedeli Bernardini, A. Iaria, A. Bonfigli, Bari, Dedalo, 1994, p. 27.

⁴ Black, cit. p. 30

⁵ G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Bari, Laterza, 1988, p. 49.

⁶ A. Saunier, *La vita quotidiana negli ospedali del Medioevo*, in *Per una storia delle malattie*, a cura di J. Le Goff e J.C. Sournia, Bari, Dedalo, 1986, p. 235

⁷ Ibid., p. 237.

⁸ Ibid.

⁹ Cosmacini, cit., p. 51

¹⁰ Ibid.

¹¹ *Quelli che servono gli infermi. Assistenza e medicina a Roma nei secoli XVI e XVII*. Catalogo della mostra. Roma [1987], p. 29.

¹² La storia di questa istituzione sarà oggetto di un successivo articolo.

¹³ D. Matteucci, *"Se è mossa intrar in religione, o ero in questa casa, per passione o disperationi, o vero da qual spirito è guidata"*. Gli ospizi di S. Maria Maddalena e S. Marta, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, II, a cura di F. Fedeli Bernardini, A. Iaria, A. Bonfigli, Bari, Dedalo, 1994, p. 331

¹⁴ M. Vanti, *S. Giacomo degli Incurabili di Roma nel Cinquecento*, Roma 1991, p. 111.

¹⁵ Le Regole sono conservate presso, L'Archivio segreto vaticano, la riproduzione è in M. Vanti, *S. Giacomo degli Incurabili di Roma nel Cinquecento*, Roma 1991, pp. 129-135.

¹⁶ Ibid., p. 129.

¹⁷ Ibid., p. 132.

La storia del Policlinico Umberto I Presentato al Senato un volume edito dalla Zecca dello Stato

Raccontare la storia del Policlinico Umberto I, partendo dall'idea di progettazione e di costruzione, nel clima culturale e sociale legato al grande evento di Roma capitale. Questo il senso del libro **'Il Policlinico Umberto I di Roma. Nella storia dello Stato unitario italiano'** presentato il 15 novembre scorso in Senato.

Il volume, realizzato da **Silvio Messinetti e Piero Bartolucci** (ed edito dall'Istituto Poligrafico Zecca dello Stato - Libreria dello Stato) si presenta come un'opera ricca di documenti originali e inediti, legati anche a grandi eventi nazionali come il terremoto della Marsica nel 1915, la prima e la seconda guerra mondiale, il bombardamento di Roma nel 1943. Grazie all'innovativa idea di Guido Baccelli, clinico e ministro, che ebbe l'intuizione di raccogliere in un unico perimetro ospedaliero tutte le cliniche universitarie sparse nel territorio cittadino, il Policlinico Umberto I divenne prototipo di ospedale a padiglioni, rendendo superata l'architettura dell'ospedale massiccio Filaretiano e diventando protagonista della svolta storica dell'architettura sanitaria che interessò tutta l'Europa nella seconda metà dell'Ottocento.

In quegli anni, il Policlinico Umberto I divenne prototipo insuperato di ospedale a padiglioni, oltre ad essere considerato sicuro protagonista della svolta storica dell'architettura sanitaria che coinvolse tutta l'Europa nella seconda metà dell'Ottocento. Il Magistero di Baccelli improntò l'attività svolta nel Policlinico dalla sua fondazione fino al tempo odierno, tale attività vide protagoniste le gloriose Scuole Mediche che, dal grande ospedale romano, scandirono ininterrottamente i tempi del progresso, della scienza e della tecnica in campo medico, come descritto, per merito di allievi degni dei grandi maestri, nella seconda parte del testo dedicata alle scuole mediche. Il volume, corredato da un ampio apparato fotografico vuole "dedicare un messaggio ai giovani: le memorie, custodite e trasmesse attraverso questo volume, vanno tramandate alle nuove generazioni per ricordare le tappe di un passato che costituisce la radice storica e cultu-



Il Policlinico Umberto I di Roma

rale del loro sapere".

L'idea di costruire un grande ospedale in Roma si evidenziò principalmente dal fatto, comune del resto ai grandi ospedali d'Italia esistenti nel tempo, che le vecchie costruzioni ospedaliere risalenti in gran parte al sorgere delle confraternite, nonostante modifiche e miglioramenti, non rispondevano più alle esigenze dei progressi della medicina di fine 1800 in rapida evoluzione, specialmente nell'indirizzo preventivo, curativo e specialistico,

oltre alla insufficiente recettività dei locali, per lo più malsani.

Primitivo concetto del policlinico come è indicato dalla sua denominazione, fu quello riunire in un unico grandioso stabilimento le Cliniche della Facoltà di Medicina di Roma che si trovavano sparse in varie località ed aggregate ai diversi ospedali esistenti nella città.

Con alla guida del Ministero della Pubblica Istruzione, Guido Baccelli, venne quindi bandito un concorso per architetti in base al quale l'architetto Giulio Podesti venne incaricato di redigere il progetto del Policlinico stesso (1883).

Successivamente il progetto subì diverse



modifiche, anche per adeguarlo alla zona prescelta per la costruzione, il quartiere Castro Pretorio, fino ad arrivare alla stessa definitiva presentata il 23 dicembre del 1888 al Consiglio Superiore dei Lavori Pubblici. Il progetto copriva circa 160.000 metri quadrati di cui 10.000 coperti dagli edifici e circondata da lunghi viali della larghezza di 30 metri.

Il Policlinico inizialmente concepito come esclusiva sede universitaria, venne adottato anche ad uso ospedaliero di assistenza. La prima pietra del Policlinico fu posta il 19 gennaio 1888 alla presenza del Re Umberto I e della Regina Margherita, però fu verso il settembre dell'anno successivo che i lavori di costruzione



Monumento a Guido Baccelli in via Bari, Roma

presero effettivo sviluppo, dopo cioè che furono completati i progetti definitivi dei diversi edifici. I lavori proseguirono fino a tutto l'anno 1902 e nell'agosto del 1904 il Policlinico cominciò a funzionare con una capacità complessiva di 1650 letti.

Il costo complessivo della spesa per la costruzione fu di 18.348.400 lire.

Nel 1937 la Regia Università e il Pio Istituto di Santo Spirito stipularono una convenzione per regolamentare i loro rapporti all'interno del Policlinico (fonte: Ufficio Stampa e Comunicazione interna del Policlinico).

Inaugurazione del Polo Didattico del "San Giovanni Calibita" Una giornata particolare

Il 6 novembre, presso la Sala Assunta del "San Giovanni Calibita" dell'Isola Tiberina, si è svolta l'inaugurazione dell'Anno Accademico 2012/2013 del Polo Didattico dell'ospedale.

Questo, convenzionato con l'ateneo Roma 2 "Tor Vergata", appartiene all'ordine dei Fratelli di San Giovanni di Dio e, ad esso, afferiscono il corso di Laurea per Igienisti Dentali, quello in Infermieristica e in Ostetricia.

Per l'occasione, erano presenti: gli studenti; la coordinatrice del profilo professionale delle ostetriche, la dottoressa Maria Grazia Pellegrini; le coordinatrici responsabili dei corsi di Laurea, le dottoresse Giovanna Finocchi e Valeria Olivieri; i coordinatori Giovanni Agopovich, Massimiliano Carloti, Elisabetta Forti, Sandra Giacchetti e suor Mary Thaliath. La cerimonia ha avuto inizio alle ore 9, con l'accoglienza dei partecipanti, cui è seguito il saluto delle diverse personalità presenti: per l'Ipsvi, ha partecipato la dottoressa Angela Basile, uno dei consiglieri del locale Collegio, che ha attirato l'attenzione dei partecipanti con una relazione sul significato di essere "un professionista della salute", affrontando il tema sotto molteplici punti di vista.

Interessante pure l'intervento della dottoressa Luciana Passi, responsabile della segreteria amministrativa, che ha esposto i dati statistici dell'Anno Accademico appena trascorso, completando la sua esposizione con un excursus storico del Polo



Didattico dell'ospedale, dalla nascita all'attuale configurazione che ha visto l'assegnazione di un Centro di Costo e la nomina di un direttore, nella persona della dottoressa Addolorata Vassallo.

A seguire, la Vassallo stessa ha illustrato la storia e l'evoluzione del "San Giovanni Calibita", sottolineando le innovazioni che lo hanno reso uno dei luoghi di riferimento dell'assistenza capitolina; mentre, le riflessioni sull'assistenza secondo lo stile di San Giovanni di Dio, da parte del Dai fra Nemesio Vargas OH, hanno suscitato grande interesse da parte della platea.

Al termine, è stato proiettato un filmato realizzato dagli studenti per accogliere le matricole; quindi, la mattinata si è conclusa con un buffet offerto e "confezionato" dai membri del Polo Didattico in uno dei cortili del nosocomio.

Un panorama completo sulle tecniche anestesilogiche

Lo scopo di questo libro è quello di presentare un panorama completo delle tecniche anestesilogiche e dei macchinari con una particolare attenzione all'uso delle immagini, che stimola l'attenzione e la stessa capacità di apprendimento di chi si cimenta nello studio di una materia altamente complessa.

Uno strumento che per il suo rigore scientifico e l'approccio innovativo alla didattica clinica può risultare di grande utilità anche per i laureandi in Medicina che intendano approfondire gli aspetti più avvincenti della moderna anesthesiologia.

Dalla presentazione di Gennaro Rocco: "Non sempre un'opera rispecchia fedelmente il suo autore e la sua esperienza. Accade spesso che le competenze professionali maturate pure con grande merito non riescano a trapassare il 'filtro' invisibile quanto stretto della comunicazione didattica. Una prerogativa che invece il volume 'Anesthesiologia e terapia antalgica' di Alberto Igino Bernini esalta, mettendo a disposizione dei professionisti sanitari e degli studenti nelle discipline connesse, ma anche dell'intera comunità sanitaria italiana, uno strumento di qualità per scandagliare un campo così difficile e delicato come quello dell'anesthesiologia.

Conosco bene la storia professionale dell'autore, con cui ho avuto il pregio di condividere parte della mia storia professionale, e ne testimonio l'impegno incessante verso l'acquisizione di nuove conoscenze, unitamente ad una spiccata abilità nel trasmetterle ai discenti.

In questa pregevole pubblicazione, egli esprime con preziosa semplicità la sua esperienza trentennale in sala operatoria, a cui aggiunge una sapiente capacità di coinvolgere lo studente nell'apprendimento delle tecniche più aggiornate di anestesia e analgesia superando il linguaggio tipico di una certa cultura accademica che più propriamente potremmo definire cattedratica. In questa chiave, l'opera ha il grande merito di presentare un panorama completo delle tecniche anestesilogiche e dei macchinari con una particolare attenzione all'uso delle immagini, che stimola l'attenzione e la stessa capacità di apprendimento di chi si cimenta nello studio di una materia altamente complessa.

Uno strumento che per il suo rigore scientifico e l'approccio innovativo alla didattica clinica può risultare di grande utilità anche per i laureandi in Medicina che intendano approfondire gli aspet-



ti più avvincenti della moderna anesthesiologia. Frutto di un lungo e approfondito lavoro di ricerca, il volume propone un approccio votato all'*evidence based practice*, saldamente ancorato alla necessità di assicurare, a chi è in condizioni di criticità vitale, un'assistenza ispirata ai criteri di centralità della persona, globalità e continuità del processo assistenziale.

I contenuti, l'approccio riflessivo, il rigore scientifico e la praticità di consultazione con cui l'autore ha articolato l'opera, offrono all'infermiere un utile strumento di lavoro, una guida efficace e ben organizzata a cui riferirsi in tutto il percorso di continuum dell'assistenza.

Il volume è diviso in 14 capitoli che definiscono

dapprima le generalità dell'anestesia e dell'apparecchio per effettuare l'anestesia stessa. Inoltre, sono presentati lo strumentario ed i presidi per il controllo delle vie aeree, il monitoraggio e le fasi del paziente in anestesia.

Nel testo vengono, indi, esaminate: l'anestesia generale inalatoria e quella endovenosa dando particolare risalto alle tecniche corrette ed aggiornate di intubazione anche in *setting* altamente complessi come la sala operatoria.

Il volume parla di anestesia e anesthesiologia per le professioni sanitarie in generale ma anche per quello che concerne il posizionamento del paziente sul tavolo operatorio, la gestione del dolore post-operatorio e l'anestesia e la terapia antalgica in ostetricia.

In conclusione, si può ben affermare che questo libro raccoglie l'esigenza dell'infermiere esperto in area critica di saper rilevare, interpretandoli, i bisogni della persona sottoposta ad anestesia generale o loco regionale, coglierne con rapidità i mutamenti clinici e le necessità assistenziali che emergono numerosi, in questo ambito come in nessun altro.

Tale testo costituisce, quindi, uno strumento importante nel panorama editoriale di settore, in grado di promuovere la figura infermieristica dell'esperto clinico quale elemento determinante di coordinamento tra il contesto sanitario ed il nuovo paziente sempre più esigente e consapevole dei suoi diritti e di ciò che si deve attendere da un'assistenza anesthesiologica di qualità attenta ai suoi bisogni".

Alberto Igino Bernini
Anesthesiologia e Terapia Antalgica
Edizioni Nuova Cultura, 2012, pp. 296 (40 €)

Nursing transculturale **Risultati di una ricerca del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica**

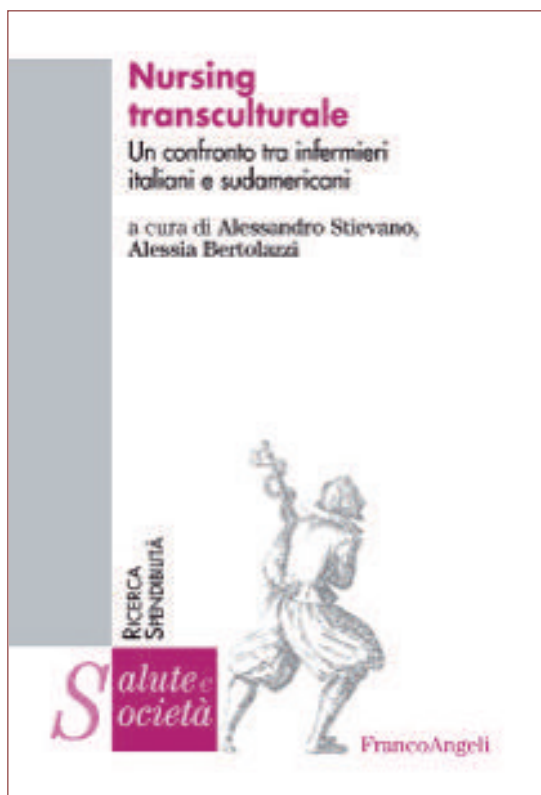
Il volume presenta i risultati di una ricerca condotta su infermieri italiani e stranieri provenienti dal continente sud-americano e intende offrire un apporto conoscitivo al complesso tema dei cambiamenti del sistema di cure ed assistenza in una società multiculturale.

Anche in Italia, i mutamenti intervenuti nel contesto sociale si riflettono inevitabilmente sul sistema sanitario, che è chiamato ad affrontare bisogni sanitari sempre più complessi verso gli assistiti che provengono, talvolta, dai diversi angoli del pianeta e a proporre soluzioni organizzative e assistenziali innovative.

L'incontro fra culture richiede l'adozione di un approccio pluralista rispetto ai valori e alle pratiche sociali che si radicano nella vita quotidiana.

Il pluralismo assunto a livello epistemologico dovrebbe caratterizzare il lavoro degli operatori sanitari e, nel nostro caso, di infermieri eclettici (*fuzzy*), che sappiano muoversi in ambienti assistenziali ibridi, dove la diversità di approccio assistenziale dovrebbe diventare un valore aggiunto alle pratiche professionali.

In particolare, tra tutti gli operatori del sistema sanitario, gli infermieri costituiscono una delle figure più coinvolte nel rapporto con le persone straniere.



Si tratta di un rapporto che ha una duplice dimensione: da un lato, la continua crescita della popolazione straniera fa sì che gli infermieri entrino in relazione con un numero crescente di pazienti appartenenti a differenti culture; dall'altro, la sempre maggiore presenza di personale sanitario straniero è ormai un fenomeno di assoluta rilevanza, in modo particolare per quanto concerne la professione infermieristica (mediamente, a livello nazionale, un infermiere su dieci è straniero).

L'indagine, realizzata con il supporto del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri), rappresenta uno dei primi contributi euristici nel nostro Paese riguardanti il nursing transculturale – branca fondata oltre 50 anni fa da Madeleine Leininger – e, più che un punto di arrivo, vuole essere una

base di partenza per ulteriori iniziative che si potranno sviluppare in un campo di azione in continua evoluzione.

Alessandro Stievano, Alessia Bertolazzi, a cura di
Nursing transculturale
Un confronto tra infermieri italiani e sudamericani

FrancoAngeli editore, 2012 pp. 176, (22 €)

Quel diritto alla salute non sempre "uguale per tutti"

Riceviamo e pubblichiamo l'intervento del collega Francesco Lena che invita tutti ad avvicinarsi di più al mondo del volontariato, sempre più spesso presente nei vuoti lasciati dalle istituzioni. Specie se si tratta delle cosiddette "malattie rare"...

In Italia, abbiamo normative tra le migliori al mondo, a cominciare dall'articolo 32 della nostra Costituzione che tutela il diritto alla salute per tutti i cittadini. La legge n.833 del 1978 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale e contiene dei principi di uguaglianza di trattamento, decentramento di gestione e unificazione di intervento su tutto il territorio nazionale, contiene anche degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione, non ha, però, garantito come rispettare questi principi. Per raggiungere questi obiettivi ci vorrebbe una programmazione seria, con un Piano Sanitario Nazionale che risponda al meglio ai bisogni di salute dei cittadini e, di conseguenza, anche un Piano Sanitario Regionale che sappia organizzare con efficienza - ed efficacia - tutte le strutture sanitarie e convenzionate del territorio, eliminando anche tanti sprechi, le Aziende Ospedaliere e le Aziende Sanitarie Locali (che sia fatto un serio Piano Sanitario Locale ed Ospedaliero), i servizi alle persone in base ai loro bisogni. A livello nazionale dico: "basta ai tagli alla Sanità", anche se non spendiamo troppo visto il 9,5% del Prodotto Interno Lordo confrontato all'11,5% della Germania. Semmai, bisogna spendere meglio!

I tagli bisognerebbe farli sulle spese militari ed armamenti, strumenti di morte e con un costo veramente spaventoso, investendo in salute e difendendo il valore della vita. Da parte delle Regioni bisognerà organizzare meglio tutte le strutture, eliminare gli sprechi, superare doppioni, consulenze costose, gli appalti poco trasparenti, e che siano nominati Direttori Generali di Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere con criteri di base quali capacità, preparazione, responsabilità, merito. I Direttori Generali siano in grado di organizzare al meglio i servizi alle persone bisognose di salute. Ci vorrebbe meno personale dipendente precario, infermieri professionali a sufficienza, superando la cronica carenza, fare tutto il possibile per arginare liste di attesa troppo lunghe per le prestazioni sanitarie ed eliminare tante altre disfunzioni. I medici di base vanno organizzati meglio: raggrupparli; se è il caso, affiancarli anche al pediatra ed al geriatra, aprirli più ore al giorno, potenziare la qualità del servizio e fare da "filtro" per tante prestazioni, evitando di andare ad intasare il pronto soccorso come si legge spesso sui giornali, potenziare l'assistenza domiciliare. Il personale dipendente del Ssn lavora con professionalità, umanità, con scienza e coscienza, e, nonostante la carenza di programmazione da parte della classe dirigente, riesce a garantire una sanità che è fra le migliori al mondo. Il punto vero, secondo me, è a livello governativo che non fa a sufficienza per eliminare i disservizi e le disuguaglianze di trattamento, venendo meno al principio del diritto alla salute "uguale per tutti". Ad esempio, chi ha una malattia rara, per arrivare ad una diagnosi, affronta tempi troppo lunghi e, una volta diagnosticata, deve spostarsi da una regione all'altra per trovare una cura appropriata, quando, invece, ci vorrebbe almeno un centro ad hoc in ogni regione. Per questo motivo, sono da incoraggiare, aiutare ed ammirare le associazioni di volontariato che fanno tanti sacrifici, lavorando gratis, elaborando progetti per la ricerca, organizzando convegni, incontri, feste, manifestazioni, per farsi conoscere, per autofinanziarsi e finanziare dei progetti. In particolare, vorrei incoraggiare pubblicamente un'associazione di volontariato nata da pochi anni: si chiama Simba e si occupa della malattia di Behcet. Sono in pochi, ma determinati, stanno lavorando bene, con entusiasmo e tenacia, hanno incominciato anche ad elaborare progetti di ricerca e altri su questa malattia, ma hanno bisogno di sostegno. A tutti i cittadini chiedo di interessarsi di più e meglio dell'universo del volontariato, di entrare in associazioni, nelle istituzioni ad ogni livello, nei sindacati, per portare avanti le proposte, con un impegno serio e costante.

Se faremo tutti la nostra parte per migliorare la sanità, l'obiettivo del diritto alla salute sarà davvero garantito a tutti in eguale misura.

POESIA

L'attesa per la diagnosi di una malattia rara

*L'attesa è, come essere dentro le
turbolenze di un temporale,
non vedi l'ora che possa cessare.
L'attesa mette ansia e ti devi incamminare,
da una struttura sanitaria all'altra
per fare esami e pazientare.
L'attesa è, immergersi dentro
un mare di notizie e cercare,
quelle che al meglio ti possono aiutare.
L'attesa è, quella di mettersi a guardare
tanti ammalati e osservare,
quei sintomi che ai tuoi
possono somigliare.
L'attesa è, con attenzione e
pazienza mettersi ad ascoltare,
le informazioni date con gentilezza
dai specialisti
e sperare che ti sappiano ben indirizzare.
L'attesa è, con le proprie paure e raffinata
attenzione verificare,
dentro il labirinto della burocrazia,
di trovare lo sbocco,
che alla diagnosi ti possa portare.
L'attesa è, infilarsi in una ricerca di sette-
mila malattie rare e immaginare,
quella che non avresti mai voluto trovare.
L'attesa è, con un semplice
ottimismo a sperare,
in un futuro sereno, guardando alla vita
che è il valore più alto
e neanche un secondo si deve sprecare.
L'attesa è, con lucidità pensare, con l'aiuto
della scienza, della ricerca, anche le malat-
tie rare si possono ben curare.
Arrivata la diagnosi della malattia rara,
l'attesa è finita, con la sua dolce compagnia,
ho incominciato una nuova vita.
In questo percorso, ho incontrato e
trovato nella gente tanta solidarietà,
ed è molto bello sentirsi parte di
una comunità, piena di umanità.
In una comunità di brave persone che
hanno portato dentro di me la luce,
la voglia di vivere la mia vita
con coraggio e intensità,
in un mondo in cui esiste veramente an-
cora tanti valori e tanta bontà.*

Francesco Lena



NORME EDITORIALI

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

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

Gli autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato al Collegio Ispasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

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