

INFERMIERE

oggi

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

N°1

EDITORIALE

Sanità, ultima chiamata
per la salvezza

CONTRIBUTI

La figura dell'infermiere
nei telefilm italiani e Usa

FOCUS

Assemblea annuale

NOTIZIE DALLA REGIONE

Zingaretti: "Sarete protagonisti del cambiamento"

INFERMIERE

oggi

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXIII - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2013
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, ultima chiamata per la salvezza

di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

3 L'intervento dell'infermiere *case manager* sul paziente psichiatrico

di Erika Favero, Ione Moriconi

9 Studio correlazionale sulle complicanze intradialitiche ed i parametri predialitici nei pazienti in Epa cardiogeno

di Laurent Tellini, Valentina Zeffiro

14 L'efficacia del lavaggio delle mani nella prevenzione della trasmissione del batterio *Acinetobacter baumannii* nelle Unità di Terapia Intensiva (Uti)

di Marco Paturzo, Antonio Coltellaro

18 Incontro e confronto tra i professionisti della salute ed i pazienti di cultura altra

di Alessandro Sili, Giulia Venturini

24 Indagine sulle conoscenze che i pazienti hanno sui farmaci alla dimissione

di Alessandra Bacchi, Demetrio Bilotta, Renata Reggi

30 La figura dell'infermiere nei telefilm italiani e americani nel periodo fra il 1990 ed il 2011

di Mariangela Sperati, Roberta Viti

FOCUS

37 ASSEMBLEA ANNUALE DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA

NOTIZIE DAL COLLEGIO

48 Viaggiare sicuri: parte il censimento per gli infermieri di bordo

49 I Collegi regionali del Lazio incontrano Nicola Zingaretti

51 Cinahl: Collegio di Roma capofila per lo sviluppo della professione

NOTIZIE DALLA REGIONE

52 A Roma, per parlare di Cure Primarie e dell'Infermiere di Famiglia

54 Al Museo dei Camilliani di Roma le origini della missione infermieristica

DICONO DI NOI

55 La sanità laziale vacilla in nome della *spending review*

LETTO PER VOI

60 See & Treat/Protocolli medico-infermieristici: in Toscana li sperimentano nel pronto soccorso

61 L'educazione di "genere": uomini nella cura dei bambini

L'AVVOCATO DICE

62 La Legge Fornero, le Partite Iva e i chiarimenti del Ministero

64 LA VIGNETTA DEL MESE



Sanità, ultima chiamata per la salvezza

di Gennaro Rocco

La sanità pubblica rischia grosso e noi non ce la facciamo più. La nuova Amministrazione Regionale deve ripartire da qui, da una realtà che inquieta, che sta bruciando in un falò di promesse vane le speranze dei cittadini di poter contare su servizi efficienti e quelle degli operatori sanitari di avere una qualche certezza per le loro famiglie.

Non servono analisi particolarmente acute per inquadrare la peggior crisi che abbia mai colpito la sanità di Roma e dell'intera regione, gettando nell'angoscia migliaia di professionisti che operano in strutture sanitarie fra le più importanti e prestigiose del Paese.

È uno scenario che nessuno di noi avrebbe solo immaginato potesse materializzarsi in modo così drammatico. Eppure ci siamo arrivati, nonostante i ripetuti e allarmati ammonimenti di chi, come gli infermieri, vive in prima linea e sulla propria pelle il declino di un modello assistenziale che non regge più sotto i colpi di una politica sanitaria dissennata, tutta concentrata sull'aspetto finanziario, che non ha saputo generare altro che tagli di budget e riduzione di servizi, disintegrando reparti, dotazioni e posti di lavoro.

Non è questo che la società chiede oggi alla sanità pubblica. Specie in una realtà metropolitana come quella di Roma, la domanda di salute cambia rapidamente con l'invecchiamento della popolazione e il sopravvento delle multipatologie croniche. Cambia pure l'aspettativa della gente rispetto al modello di welfare, i cittadini chiedono una sanità più vicina, prossimale, capillare, una rete che dia loro sicurezza e nella quale possano confidare.

Gli operatori non chiedono cose diverse, l'interesse a battersi per salvare una sanità pubblica universale e gratuita è comune. Eccoci dunque, dopo tante cocenti delusioni, a sperare che stavolta le cose cambino davvero. Contiamo che con l'avvento della nuova Amministrazione Regionale si ponga fine al commissariamento della sanità laziale e riprendano quota la pro-

grammazione e la progettualità.

Noi siamo ormai allo stremo. Serve una sterzata decisa. Cambiare si può, a patto che, nel segno di una nuova stagione, prevalga il buonsenso sulle lotte di potere che hanno caratterizzato fino ad oggi gli schieramenti politici.

Il nostro Servizio Sanitario Regionale ha di fronte un bivio decisivo. La sanità pubblica è ad alto rischio e quella privata è in ginocchio. Il momento è di quelli in cui tutti devono assumere un comportamento di piena responsabilità.

Il pericolo incombente è che il danno già compiuto divenga irreparabile e che, dopo i più importanti ospedali convenzionati romani, il perpetrarsi di politiche cieche finisca per mettere in crisi anche le grandi strutture sanitarie pubbliche, che al prezzo di enormi sacrifici hanno garantito finora la copertura dei servizi alla popolazione.

Alla luce della preoccupante situazione in cui versa la sanità a Roma e nel Lazio, con migliaia di posti di lavoro in bilico e un precariato sempre più diffuso, il Collegio ha seguito attivamente la campagna elettorale regionale che ha poi condotto all'elezione del presidente Nicola Zingaretti.

Il Consiglio Direttivo ha incontrato i candidati governatori delle principali coalizioni in campo sottoponendo loro uno schema snello e chiaro di interventi da sottoscrivere (vedi servizio a pagina 49). Abbiamo ribadito quel che diciamo da anni: senza il contributo diretto degli infermieri non si può affrontare l'emergenza e tantomeno risolverla. Servono competenze, spirito di servizio e idee precise su come rimodellare l'assistenza sanitaria sulle esigenze dei cittadini e senza massacrare gli operatori. Noi sappiamo come fare.

Abbiamo insistito sulla necessità di attivare la figura dell'Infermiere di Famiglia, di ampliare la rete degli Ambulatori Infermieristici, di realizzare in tutte le Asl le Unità di Degenza a gestione infermieristica. Abbiamo chiesto ai candidati presi-

denti di inserire nei rispettivi programmi l'impegno a sviluppare la nostra carriera clinica e nuove forme della libera professione, di puntare con decisione sulla Dirigenza Infermieristica articolata in Dipartimenti e Strutture Complesse e di agevolare un più corretto utilizzo degli Oss.

Alla vigilia del voto, sottolineando l'estrema difficoltà del momento per la sanità capitolina e per i suoi professionisti, il Collegio ha rivolto un ultimo appello a tutti gli aspiranti governatori. Ha chiesto loro di salvare il Servizio Sanitario Regionale dal definitivo tracollo per evitare drammatici risvolti sui cittadini e sugli operatori.

Abbiamo sollecitato il loro impegno ad affrontare immediatamente le emergenze e la riforma complessiva del sistema, con misure urgenti per superare l'attuale stato di precarietà, di disoccupazione e sotto-occupazione degli infermieri, per porre fine al blocco del turn-over riattivando i concorsi e assumendo il personale previsto dagli organici, per affrontare con determinazione e in via prioritaria i problemi delle grandi strutture sanitarie convenzionate in crisi.

Abbiamo chiesto loro anche un impegno esplicito a programmare una nuova organizzazione del lavoro che riconosca e valorizzi la figura infermieristica in tutte le sue prerogative, sia per l'attività clinica sia per il coordinamento dei servizi e la dirigenza. Inoltre, in relazione alle gravi criticità emerse negli ul-

timi anni, abbiamo sollecitato i candidati ad inserire nei rispettivi programmi la previsione di investimento di risorse adeguate per la formazione di base dei futuri infermieri e per i programmi Ecm.

Le nostre istanze hanno ricevuto consensi significativi. Zingarotti e Storace hanno condiviso gli orientamenti espressi dal Collegio sottoscrivendoli ed impegnandosi a realizzarli. Questo ci fa sperare che, dopo il verdetto delle urne e ciascuno per il suo ruolo, i diversi schieramenti politici collaborino fattivamente alla riprogrammazione del SSR sulla base di una sanità diversa, più rispettosa degli utenti e dei suoi lavoratori. Ora la politica non ha più scuse.

In prima persona, il nuovo presidente della Regione Lazio ci ha assicurato l'attenzione che gli infermieri, quelli che tra mille ostacoli mandano avanti la baracca, rivendicano e meritano. Sulla sua Amministrazione grava un compito certamente difficile. Ne siamo consapevoli e, come sempre, siamo pronti a fornire il nostro contributo di idee e di esperienze, disponibili a collaborare attivamente su un progetto di riforma ispirato alla logica che da tempo gli infermieri invocano nell'interesse primario dei cittadini.

Attenzione però: non potremmo in nessun modo rassegnarci all'ennesima delusione. Per la nostra sanità non c'è spazio né tempo per altri errori.



L'intervento dell'infermiere *case manager* sul paziente psichiatrico

Comparazione dei questionari di gradimento dei familiari dopo un anno di assistenza

di Erika Favero, Ione Moriconi

ABSTRACT

Gli attuali sistemi di tutela della salute sono caratterizzati da forti cambiamenti volti a garantire l'appropriatezza delle cure ai cittadini.

Per questo motivo, le strutture sanitarie stanno sperimentando modelli organizzativi innovativi, capaci cioè di rendere possibile, da una parte, il controllo e il contenimento dei costi, e dall'altra, un incremento della qualità dei servizi offerti alla comunità.

L'introduzione di tali modelli all'interno dei servizi psichiatrici territoriali rappresenta un'importante sfida per fornire risposte efficaci ai mutevoli bisogni degli utenti.

Nel servizio infermieristico del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Asl Roma A si stanno investendo molte risorse per adempiere e tale obiettivo attraverso l'avviamento di un programma che prevede l'adesione al modello organizzativo del *Case Management* e la conseguente identificazione del *case manager*.

La metodologia di questo sistema si basa sul coordinamento e l'utilizzo di risorse adeguate, sull'appropriatezza degli interventi e sul monitoraggio dei risultati raggiunti.

A distanza di un anno dall'applicazione del *Case Management* nel Dipartimento, è stato condotto uno studio di tipo

descrittivo e longitudinale, volto a verificare se la qualità assistenziale percepita dalle famiglie degli utenti seguiti sia aumentata.

Sono stati, così, somministrati i Questionari di Indagine sui Familiari e, considerando poi un campione di 30 congiunti, i risultati ottenuti dall'analisi sono stati comparati con quelli ottenuti dalla compilazione degli stessi all'inizio del progetto.

I grafici ricavati mostrano che, a distanza di un anno, il grado di soddisfazione dei familiari è alquanto notevole e le condizioni stesse del paziente e della famiglia sono cambiate positivamente.

INTRODUZIONE

I modelli di organizzazione infermieristica sono influenzati dallo scenario della sanità, dalle risposte che si intende dare agli utenti, dai valori della professione stessa finalizzati ad una risposta pertinente ai bisogni specifici dei singoli cittadini.

Attualmente, le norme che regolano il funzionamento del servizio sanitario richiamano costantemente concetti come qualità, appropriatezza, efficacia, efficienza ed economicità; e anche i pazienti che accedono oggi alle strutture sanitarie pretendono - legittimamente - un'assistenza infermieristica caratterizzata dalla continuità, dal passaggio celere e

completo di informazioni tra le unità operative con cui vengono a contatto, dalla conoscenza completa della storia dei pazienti da parte di tutti gli operatori e da un'organizzazione in grado di adattarsi all'utente e non basata sulla ripetizione standard di manovre puramente tecniche.

Tali richieste possono essere soddisfatte solamente con l'utilizzo di modelli organizzativi che consentono di applicare appieno non solo la parte tecnica dell'assistenza, ma anche quella metodologica ed intellettuale.

Dal quadro appena descritto emerge chiaramente la richiesta di un'**assistenza infermieristica personalizzata**, possibile solo se si abbandona definitivamente l'ottica del "mansionario" facendo propria questa modalità assistenziale.

Nel Servizio Infermieristico del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Asl Roma A è già da diverso tempo che si sta sperimentando un modello assistenziale, nato in ambito psichiatrico negli Stati Uniti circa 20 anni fa sulla scia del movimento di de-istituzionalizzazione dei malati di mente, denominato *Case Management*.

Il *Case Management* è una modalità di erogazione dell'assistenza in cui si mira alla realizzazione di percorsi di cura favorendo, da un lato, l'efficacia e, dall'altro, l'efficienza attraverso la massima indivi-

dualizzazione delle risposte ai bisogni sanitari.

Lo scopo principale è, pertanto, ridurre la frammentazione delle cure e la degenza ospedaliera, fornire continuità assistenziale, migliorare la qualità di vita e la soddisfazione dei clienti.

Tutto ciò è possibile mediante l'identificazione e l'assegnazione di un *case manager*, ossia un "referente del caso", colui, cioè, che prenderà in carico il paziente e rappresenterà, di conseguenza, il punto di riferimento per quest'ultimo. L'infermiere *case manager* accompagna l'utente nel percorso di cura attraverso una buona relazione; integra i servizi coinvolti per superare la frammentarietà e portare ad una coerenza degli interventi ed a una migliore organizzazione del lavoro; coordina la micro-equipe per evitare sovrapposizione di ruoli con attivazione delle risorse al momento e nei tempi adeguati.

In quanto referente del percorso di cura è garante del progetto e della qualità delle prestazioni erogate, quindi monitorizza e valuta il Progetto Assistenziale Individuale.

Riuscire a mettere in atto, nell'ambito psichiatrico, questa modalità assistenziale, potrebbe portare ad ottimi risultati proprio perché, in tali circostanze, ci si trova davanti pazienti complessi che presentano una bassa qualità di vita, scarsa *compliance* al trattamento terapeutico e, spesso, grave sintomatologia.

Nel Dipartimento sopra citato, da circa quattro anni, si sta investendo nella formazione infermieristica del *case manager* con l'obiettivo generale di affidare agli infermieri l'assistenza dei pazienti gravi, promuovendo la riduzione dei ricoveri e/o dei tempi di inserimento/permanenza in strutture residenziali e semi-residenziali, il monitoraggio costante dei sintomi e loro precoce trattamento, l'adesione al trattamento farmacologico e riabilitativo e l'inserimento/reinserimento dell'utente nella rete familiare con la riduzione delle conflittualità e delle patologie intrafamiliari.

Il progetto comprende l'individuazione del numero di pazienti seguiti da ciascun infermiere; la distribuzione dei vari strumenti di valutazione (scala HoNOS, car-



tella infermieristica, questionari di soddisfazione degli utenti e dei familiari); la pianificazione del progetto assistenziale per ognuno dei pazienti seguiti; riunioni mensili con la famiglia e l'utente da parte dell'infermiere che segue il paziente in carico e riunioni periodiche stabilite tra l'equipe che segue il paziente e i responsabili del trattamento; e infine la consegna del materiale clinico all'infermiere coordinatore e la verifica del lavoro svolto da parte del servizio infermieristico Dsm.

In questo elaborato è stato preso in esame il questionario di soddisfazione compilato dai familiari dei pazienti seguiti, comparando i risultati ottenuti nella prima analisi effettuata a tempo 0 (cioè, all'inizio del percorso) e quelli emersi analizzando i questionari somministrati dopo 12 mesi di assistenza.

Lo studio che si va a descrivere è, di conseguenza, una ricerca quantitativa e, più in particolare, descrittiva-longitudinale, incentrata sulla verifica del grado di soddisfazione dei familiari a distanza di un anno.

MATERIALI E METODI

Come detto, per questo studio è stata condotta una ricerca di tipo descrittiva-longitudinale che ha esplorato (e verificato) il livello di gradimento dei congiunti degli utenti seguiti dall'infermiere *case manager* in tutti i servizi del Dipartimento rispetto alla qualità dell'assistenza erogata.

Ad un anno dall'avvio del progetto (dicembre 2011), è stata effettuata la som-

ministrazione di uno strumento di verifica della soddisfazione percepita (questionario) finalizzato a rilevare l'impatto del nuovo modello organizzativo sui familiari dei pazienti.

Il campione preso in considerazione è di tipo non probabilistico propositivo composto da 30 familiari di utenti, di cui: otto del Centro di Salute Mentale, 17 delle Comunità Terapeutiche e cinque dei Centri Diurni.

Il questionario di indagine sui familiari contiene una serie di domande: la maggior parte presentano diverse opzioni di risposte che i soggetti devono selezionare; altre, invece, permettono una risposta libera.

Le domande sono classificate in cinque aree, ognuna delle quali ne comprende una o più:

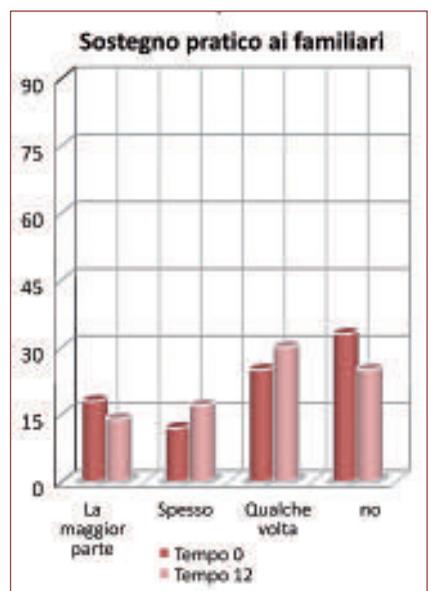
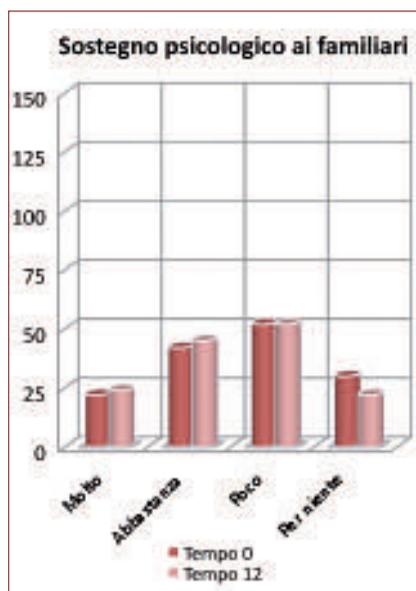
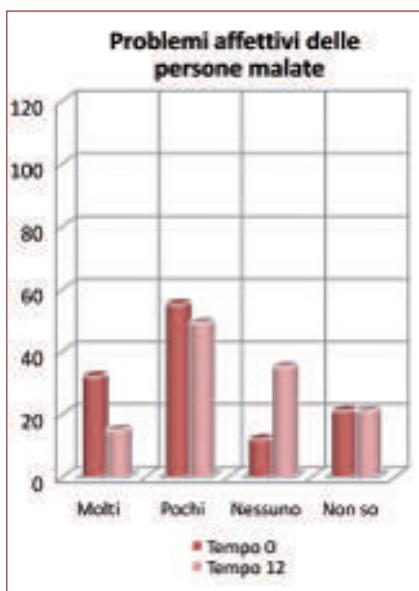
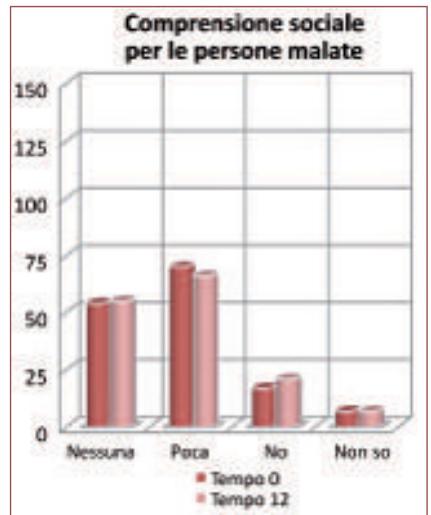
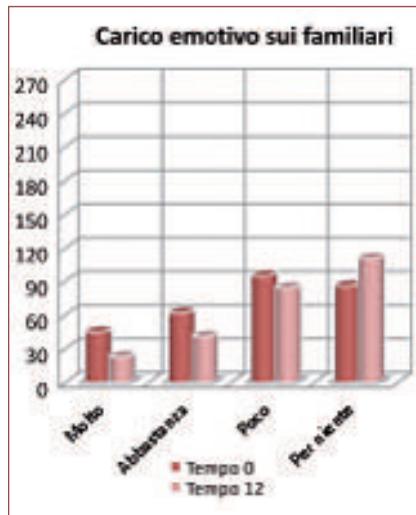
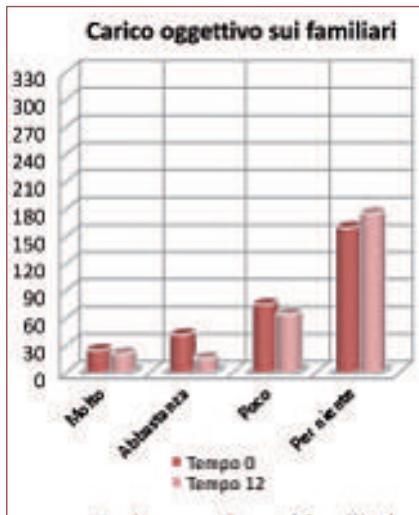
- opinione del familiare sui disturbi del proprio caro (Rs);
- problemi relativi al prendersi cura del proprio caro (Pf);
- spese sanitarie (Sf);
- contatti del familiare del paziente con parenti e amici (Of);
- contatti con il Servizio di Salute Mentale (Csm).

Il gradiente di valutazione del questionario assegna alle risposte diversi punteggi:

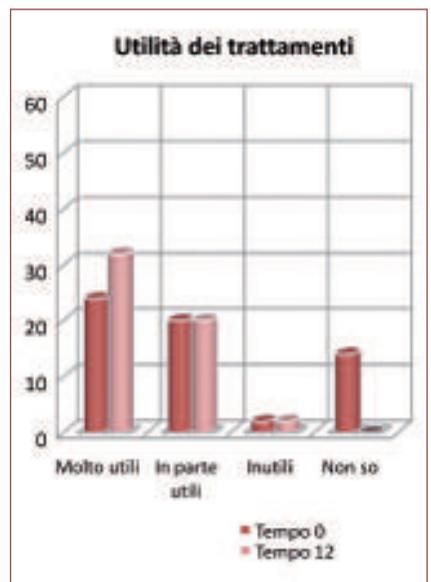
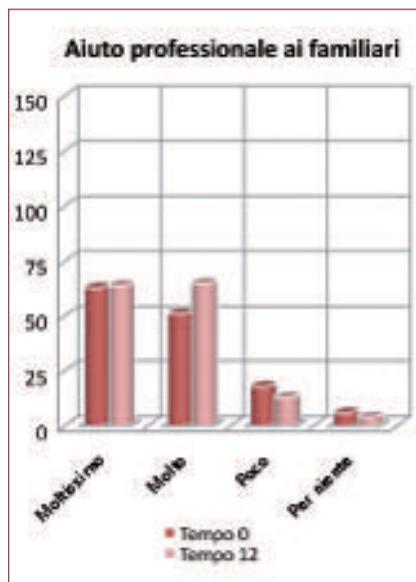
- per la risposta "moltissimo" o "la maggior parte delle volte", un punteggio di 4;
- per la risposta "spesso", "molto" o "è proprio vero", un punteggio di 3;
- per la risposta "qualche volta", "un poco" o "è vero in parte", un punteggio di 2;
- per la risposta "mai", "non è vero" o "per niente", un punteggio di 1;
- per la risposta "non so", un punteggio di 0.

Successivamente, sono state create delle sottoscale che racchiudono una o più domande e, per ognuna, sono state accorpate e rappresentate graficamente le risposte ottenute, comparandole con i rispettivi grafici ricavati dall'analisi effettuata sui questionari a tempo 0 sul medesimo campione.

Diverso sarà per le ultime cinque domande che verranno mostrate singolarmente, con i rispettivi grafici.



1. Carico oggettivo sui familiari (PF 1/2/3/4/5/6/7/8/28/29 SF1)
2. Carico emotivo sui familiari (PF 9/10/11/12/13/14/25/16/17)
3. Comprensione sociale per le persone malate (OF 21/22/23/24/25)
4. Problemi affettivi delle persone malate (OF 31/32/33/34)
5. Sostegno pratico ai familiari (RS 6/7/8)
6. Sostegno psicologico ai familiari (RS 4/5/9/10/11)
7. Aiuto professionale ai familiari (CSM 2/3/4/5/6)
8. Utilità dei trattamenti (OF 8/11)



RISULTATI E DISCUSSIONE

I grafici qui mostrati rappresentano il risultato cumulativo delle risposte ottenute per ogni sottoscala dai questionari somministrati e analizzati a tempo 0 e da quelli somministrati e analizzati a distanza di un anno.

In questo modo, è possibile evidenziare e valutare se sono presenti differenze in termini di miglioramento o peggioramento.

Figura 1: item PF 1/2/3/4/5/6/7/8/28/29 SF 1

Figura 2: item PF 9/10/11/12/13/14/15/16/17

Figura 3: item OF 21/22/23/24/25

Figura 4: item OF 31/32/33/34

Figura 5: item RS 6/7/8

Figura 6: item RS 4/5/9/10/11

Figura 7: item CSM 2/3/4/5

Figura 8: item OF 8/11

L'analisi dei grafici ci permette di capire che il grado di soddisfazione dei familiari è alquanto notevole: nello specifico, possiamo affermare che, comparando i primi due grafici (che indagano sul carico che la famiglia subisce), si evince che, a distanza di un anno, il carico oggettivo e soggettivo è percepito dalla famiglia minore.

In particolare, possiamo osservare che, se nel primo grafico, già a tempo 0, c'era una netta predominanza delle risposte di chi affermava che il carico oggettivo non era così condizionante; nel secondo, invece, possiamo notare come, da una distribuzione per lo più simile, tra le quattro possibili risposte, si è passato a un aumento consistente dei familiari che affermano la non presenza di un carico emotivo.

Tale risultato è da considerarsi positivo, in quanto è espressione che la situazione, dall'inizio del progetto a 12 mesi, è cambiata in meglio e che, probabilmente, il sostegno dato alla famiglia, anche da un punto di vista psicologico, ha avuto i suoi effetti.

Osservando il quarto grafico possiamo notare che, a differenza delle risposte ottenute al tempo 0, un maggior numero di intervistati non crede che gli utenti con tali disturbi non possano avere una

storia d'amore, sposarsi, prendersi cura dei propri figli o, in generale, avere relazioni sociali; anche se, va, comunque, osservato che l'opinione comune, in entrambi i casi, corrisponde al pensiero dell'esistenza, se pur non eccessiva, di alcuni problemi affettivi per questa categoria di persone.

Nel quinto grafico è rappresentata, invece, la richiesta di sostegno pratico (faccende domestiche, commissioni etc) da parte del familiare durante la malattia del proprio caro.

Anche in questo caso, rispetto al tempo 0, c'è una diminuzione delle risposte "la maggior parte delle volte" tradotto in una minor richiesta di supporto esterno, mentre sono aumentate le risposte di coloro che sporadicamente ne hanno avuto bisogno.

Il risultato ottenuto può essere una buona dimostrazione del fatto che un'assistenza costante e continua del paziente mette la sua famiglia nelle condizioni di poter gestire autonomamente la routine quotidiana.

Nel sesto grafico sono racchiuse le risposte ad una serie di domande che indagano i rapporti che la famiglia ha - e continua ad avere - con parenti o amici, ossia con quelle persone che normalmente rappresentano una fonte di sostegno.

Nello specifico, è stato richiesto se, durante la malattia del proprio caro, si ha

avuto la possibilità di parlare, confidarsi o esprimere le proprie paure alle persone vicine.

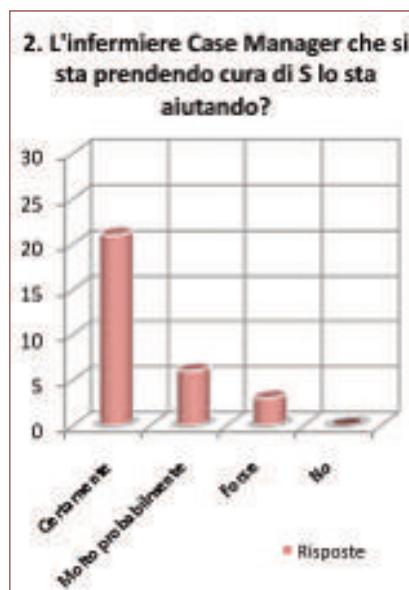
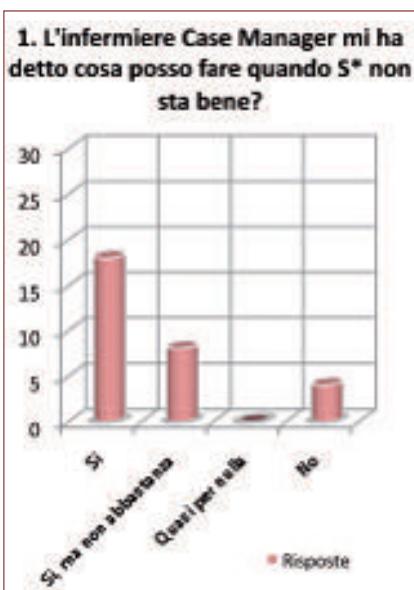
Come si può notare, gran parte dei familiari a cui è stato somministrato il questionario, in entrambi i tempi, hanno risposto di avere poche persone su cui poter fare affidamento, però, dal confronto delle due analisi, si evince una diminuzione delle persone che affermano di "non avere contatti" come supporto psicologico con un aumento di quelle che invece li hanno.

Questo aspetto è molto importante perché aiuta l'infermiere *case manager* che lavora con il paziente e la sua famiglia a capire il contesto in cui deve cimentarsi, quindi, se, davanti a sé, ha una situazione di isolamento o una retta da un forte sostegno emotivo.

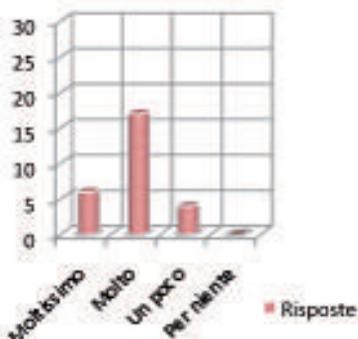
Il settimo grafico è alquanto significativo poiché dimostra che i familiari sentono di ricevere un forte aiuto dagli operatori del dipartimento.

Nonostante già a tempo 0 si fosse notata una netta maggioranza di risposte positive, un ulteriore incremento, accompagnato da una diminuzione di risposte negative, è dimostrazione che, gran parte delle famiglie (se non quasi la totalità) si sente soddisfatta del lavoro svolto nel Dipartimento, trovando nei professionisti - e persone - competenti che sono un valido supporto.

L'ottavo grafico rappresenta la perce-



3. Gli altri membri dell'equipe di riferimento, che si stanno prendendo cura di S, lo stanno aiutando?



zione che i familiari hanno riguardo all'utilità della terapia farmacologica e di eventuali altre cure (psicoterapia, colloqui, gruppi di sostegno etc) a cui il paziente viene sottoposto.

È interessante notare come, nel corso di un anno, il parere sia notevolmente cambiato: nel tempo 0 le risposte dei familiari sono per lo più divise tra "molto utili", "in parte utili" e "non lo so", mentre dall'analisi degli ultimi questionari si evince che la totalità degli intervistati, ad eccezione di una piccolissima parte, è consapevole dell'importanza della terapia farmacologica e non.

Tale risultato può essere interpretato come esito positivo di due aspetti: quello di educazione rivolto alle famiglie (dando le giuste informazioni sui diversi trattamenti per far comprendere, di conseguenza, le attività che vengono intraprese nei confronti degli utenti) e quello clinico, legato alla giusta terapia prescritta, alla giusta modalità di somministrazione e alla scelta di altre cure adeguate che giovano allo stato di salute del paziente.

Una cosa che non possiamo non notare dal terzo grafico, che racchiude le risposte a domande riguardo le opinioni che, secondo i familiari, la società ha nei confronti delle persone che soffrono di questi disturbi, è che, in generale, non ci sia una gran differenza tra il tempo 0 e 12 mesi dopo, poiché la maggior parte di risposte ottenute si dividono, in entrambi i casi, tra chi ritiene che ci sia poca comprensione e chi crede che non ce ne sia

assolutamente.

Un risultato del genere dimostra che il comportamento della gente rispetto a tal genere di malattie, attualmente, è lo stesso di quello di un anno fa.

La parte finale del questionario a tempo 12 mesi contiene, inoltre, cinque domande specifiche sull'attività svolta dal *case manager* e dall'equipe multi-professionale.

Rappresentiamo di seguito i grafici ottenuti per ogni singola domanda.

*S= paziente/utente

Analizzando tutti i grafici possiamo osservare che le risposte ottenute sono più che positive.

Nel primo grafico e nel quarto, su 30 intervistati, più della metà hanno affermato che l'infermiere *case manager* ha svolto la sua azione educativa, formativa e di sostegno, nei confronti della famiglia, la maggior parte delle volte, dando tutte le indicazioni necessarie per affrontare una determinata situazione, e solo una piccola parte, invece, crede che, nonostante ciò, quanto svolto non sia stato abbastanza.

Va, comunque, notato che nella domanda rappresentata con il quarto grafico, sette familiari non hanno dato una risposta.

Nel secondo grafico, 21 familiari su 30, sostengono che l'infermiere *case manager* certamente sta aiutando il paziente, nessuno ha risposto in maniera negativa e solo in tre sono incerti.

Anche nel terzo e nel quinto grafico (che riguardano il lavoro svolto dagli altri membri dell'equipe), le risposte ottenute sono alquanto soddisfacenti, anche se, per l'ultimo grafico, cinque intervistati non hanno risposto.

CONCLUSIONI

Nel lungo lavoro effettuato per valutare se l'introduzione del modello organizzativo innovativo del *Case Management* potesse mo-

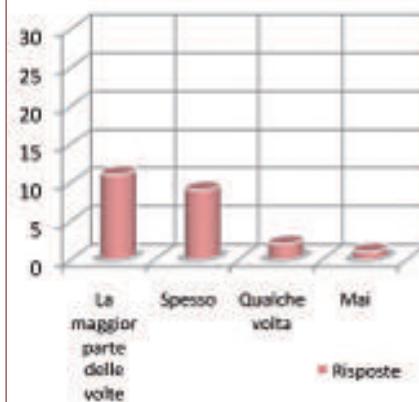
dificare la percezione della qualità assistenziale, emerge quanto la figura infermieristica sia ormai cambiata anche in Italia, avvicinandosi alla concezione che aveva, già a suo tempo, Florence Nightingale.

Quella di un infermiere come professionista: non solo un esecutore delle raccomandazioni mediche, in grado di osservare, capire, progettare e valutare gli interventi da eseguire sul paziente e sull'ambiente in cui è inserito.

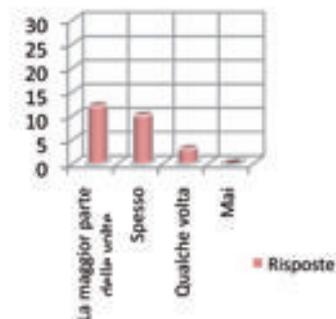
Questi aspetti, soprattutto nell'ambito psichiatrico, sono indispensabili per garantire il più possibile uno stato di salute ottimale all'utente.

Dai dati ricavati dalla somministrazione dei questionari, si può constatare che l'implementazione del modello del Case

4. Negli ultimi mesi, quando non sapevo cosa fare o volevo un consiglio, ho trovato l'Infermiere Case Manager disponibile ad ascoltarmi?



5. Negli ultimi mesi, quando non sapevo cosa fare o volevo un consiglio, ho trovato un membro dell'equipe di riferimento disponibile ad ascoltarmi?



Management ha portato un aumento della soddisfazione dei familiari e ad un miglioramento della qualità delle cure, frutto di un'assistenza personalizzata più vicina e attenta alla persona e alla famiglia.

Deduciamo quindi che, assicurando una presenza continua e costante sul territorio, l'infermiere *case manager* diventa una figura riconosciuta da tutti, rappresentando un punto di riferimento utile a fornire una risposta ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione psichiatrica.

Chiaramente, per la complessità dell'argomento, questo lavoro non pretende di imporre una soluzione definitiva al problema dell'assistenza del paziente con disagio mentale, ma vuole essere un

elemento a sostegno di una direzione da prendere.

I dati ricavati rappresentano, in questo senso, solo un primo punto di forza, permettendo di avere un fondamento concreto nel sostenere come un approccio che non si limiti alle componenti prestazionali (ma si fonda sulla continuità delle cure, sul coordinamento e la verifica degli interventi sanitari, educativi e sociali forniti) migliori la qualità dell'intervento assistenziale stesso.

Tutto ciò è conforme anche alle norme che regolano, attualmente, il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale che richiamano frequentemente concetti come "efficacia" ed "efficienza".

Da quanto presentato, comprendiamo come la figura dell'infermiere *case ma-*

nager se, da un lato, rappresenta un cambiamento radicale nei confronti dell'organizzazione dell'assistenza in ambito psichiatrico, dall'altro, mira a far abbandonare definitivamente l'ottica del mansionario e far diventare propria di ogni infermiere tale modalità assistenziale.

Tutto ciò porta ad un'appropriatezza - ed ottimizzazione - delle risorse disponibili, con conseguente riduzione e contenimento dei costi.

AUTORI:

Erika Favero, laureata in Scienze Infermieristiche presso l'università Sapienza di Roma;

Irene Moriconi, responsabile dell'assistenza infermieristica Dsm Asl Roma A.

BIBLIOGRAFIA

- Brusa D, *Applicazione del modello del case Management all'interno di un servizio psichiatrico territoriale*. Agorà 45. 2010.
- Mosca R, Ducci C, La Gamma M.L, Barbini E, *L'assistenza infermieristica dalle teorie ai modelli organizzativi*. Mondo sanitario; (1-2):10-17. 2009.
- Angelica F, *La funzione di coordinamento nella moderna organizzazione dell'assistenza infermieristica*. Mondo Sanitario; 4 (5-6):23-28. 2010.
- Carducci N, Gentile A.M, *I nuovi modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica*. Mondo Sanitario;(10):7-12. 2010.
- Cassisi I, *L'infermiere case manager in psichiatria*. L'infermiere;7:21-25. 2006.
- Corbella A, Rossini S, *Il modello organizzativo distrettuale e il ruolo dell'infermiere dirigente*. Management infermieristico.(1):18-25. 2003.
- Giustini M, Romeo V, Sansoni J, *L'infermiere di famiglia. Contesto, struttura concettuale e curriculum*. Professioni infermieristiche; 55(2): 84-112. 2002.
- Chiari P, Santullo A, *L'infermiere case manager dalla teoria alla prassi*. Mc Graw-Hill. II edizione.

NOTIZIE IN PILLOLE

Le virtù della dieta a singhiozzo

La dieta a singhiozzo è meglio di quelle ossessive: lo afferma uno studio realizzato in Gran Bretagna, secondo cui stare a dieta stretta due giorni su sette, mangiando ciò che si vuole nei cinque restanti funzionerebbe meglio che controllare in modo ossessivo le calorie dal lunedì alla domenica. Le donne che hanno sperimentato questa singolare strategia sono dimagrite il doppio delle altre che sono state "a regime" per tutta settimana.

A promuovere la dieta "a singhiozzo" è uno studio inglese effettuato su oltre 100 donne, presentato al Simposio sul cancro al seno di San Antonio, in Texas, da Michelle Harvie del Genesis Breast Cancer Prevention Centre dell'ospedale universitario di South Manchester.

Gli studiosi hanno suddiviso un campione di 115 donne in tre gruppi, sottoponendoli a tre diversi schemi di dieta: al primo gruppo, è stato prescritto un regime rigoroso per due giorni a settimana con 650 calorie quotidiane, mangiando frutta e verdura ed evitando tutti i carboidrati quali pasta, pane e patate, nonché ogni tipo di cibo grasso. Negli altri cinque giorni, invece, pur incoraggiate a mangiare alimenti sani, le arruolate del gruppo potevano consumare ciò che volevano senza particolari restrizioni caloriche.

Anche le donne del secondo gruppo dovevano stare a dieta solo due giorni a settimana (senza carboidrati) ma, a differenza delle altre del gruppo 1 non dovevano contare le calorie nel piatto. Infine, le donne del gruppo 3 seguivano un regime dietetico classico (1.500 kcal al giorno per tutta la settimana), senza poter assumere alcol né cibi grassi.

Risultato?

Dopo tre mesi le donne sottoposte alla dieta dei due giorni (primo e secondo gruppo), alla prova della bilancia, avevano perso mediamente 4 kg, contro una media di 2,4 kg nel terzo gruppo.

La spiegazione data dagli esperti è che seguire una dieta rigida per due giorni a settimana produce un sovra-effetto in termini di dimagrimento. Anche nel resto della settimana, infatti, le donne dei primi due gruppi finivano per mangiare in modo più sano, nonostante l'assenza di restrizioni.

Studio correlazionale sulle complicanze intradialitiche ed i parametri predialitici nei pazienti in Epa cardiogeno

di Laurent Tellini, Valentina Zeffiro

ABSTRACT

La prevenzione delle complicanze cliniche è una responsabilità infermieristica di primaria importanza, anche nello specifico ambito dell'emodialisi.

Lo scopo di questo studio, correlazionale retrospettivo, è stato quello di verificare l'eventuale possibilità di prevenire le complicanze intradialitiche nei pazienti in Epa cardiogeno.

La ricerca è stata svolta su un campione propositivo di 50 pazienti (68% uomini e 32% donne), raccogliendo i dati tramite un questionario (composto da 36 *item*) appositamente creato affinché rispondesse alle nostre esigenze.

Revisionando la letteratura, non è stato trovato alcun riferimento avente per oggetto lo stesso intento scientifico di questo studio. I risultati ottenuti si sono dimostrati soddisfacenti, poiché indicano la possibilità di prevenire le complicanze intradialitiche modificando le impostazioni nella macchina di emodialisi, a seconda delle condizioni generali con cui si presentano i pazienti.

Per arrivare a tale conclusione è stata ricercata - ed indagata - un'eventuale correlazione tra i dati da immettere nella macchina di emodialisi all'inizio del trattamento (considerati come le varia-

bili indipendenti) e le complicanze intradialitiche (variabili dipendenti).

Il parametro che ha mostrato di avere una maggiore influenza sulle complicanze intradialitiche è la conducibilità.

Questo studio ha permesso di dare una risposta affermativa alla domanda di ricerca iniziale, avendo ottenuto risultati con significatività sia statistica che clinica.

Domanda di ricerca: è possibile prevenire le complicanze intradialitiche nei pa-

zienti in Epa cardiogeno, agendo sui parametri da impostare nella macchina all'inizio del trattamento emodialitico?

Parole-chiave: emodialisi, Edema Polmonare Acuto (Epa) cardiogeno, complicanze.

INTRODUZIONE

L'edema polmonare acuto (Epa) cardiogeno è una sindrome clinica caratterizzata dall'aumento dell'acqua extravascolare del polmone per trasudazione o essudazione di liquido sierematico nell'interstizio degli alveoli e nei bronchioli polmonari.

L'appellativo cardiogeno è riferito al fatto che la causa sottostante dell'Epa è uno scompenso cardiaco congestizio, che, nel caso del nostro campione, è dovuto, per lo più, ad insufficienza ventricolare sinistra.

Le complicanze sono eventi difficilmente prevedibili, ma spesso causano delle deviazioni da un ottimale trattamento emodialitico. In particolare, nei pazienti in Epa cardiogeno, con una situazione emodinamica già instabile, è importante che l'emodialisi si verifichi senza complicanze.

In questo studio è stata verificata un'eventuale correlazione tra i parametri che si impostano nella



macchina all'inizio del trattamento e le complicanze intradialitiche.

Tutto ciò, allo scopo di poter prevenire - o almeno ridurre al minimo - tali complicanze.

La raccolta dei dati è stata effettuata nel reparto di emodialisi del Policlinico Umberto I: prendendo in considerazione i pazienti in Epa cardiogeno trattati dall'equipe nefrologica dal gennaio 2008 al luglio 2012, è stato così possibile formare un campione di 50 pazienti.

Per questi, la terapia medica non è stata sufficiente a risolvere l'Epa, pertanto sono stati sottoposti al trattamento "emodialisi standard con bicarbonato".

La letteratura esistente in quest'ambito è decisamente esigua ed è rivolta, in particolare, al sostegno del paziente e alla gestione degli accessi vascolari.

Non sono stati trovati studi volti alla prevenzione delle complicanze in ambito emodialitico.

MATERIALI E METODI

Lo studio in questione è correlazionale retrospettivo.

È stata effettuata una scelta di campionamento non probabilistico propositivo: cioè, sono stati appositamente scelti soggetti con caratteristiche prefisse.

Queste ultime prevedevano pazienti in Epa cardiogeno trattati con l'emodialisi; non è stato imposto alcun criterio di esclusione a tale campione.

Tramite la procedura statistica dell'analisi della potenza è stato valutato che la numerosità campionaria di 50 pazienti è rappresentativa della popolazione-target di riferimento, in quanto sono sufficienti 18,22 pazienti perché i risultati possano essere generalizzati.

Tale conclusione è stata raggiunta impostando un livello di confidenza pari al 95%, una prevalenza attesa dell'1,2% ed una precisione assoluta desiderata (errore che riteniamo accettabile) del 5%. Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è una scheda contenente le seguenti informazioni: età, sesso, Fc, Pa, tempo diagnosi-trattamento, stabilità emodinamica, valori emogasanalitici, tipo di filtro, clexane, velocità della pompa arteriosa, Uf, Δt , temperatura, conducibilità, bicarbonati ed infine un elenco

delle possibili complicanze intradialitiche. È stata analizzata l'affidabilità della consistenza interna dello strumento, ossia la consistenza tra gli *item*: il grado in cui gli item misurano lo stesso concetto.

Per ciò che riguarda le variabili numeriche presenti nel questionario è stata utilizzata la procedura statistica dell'alpha di cronbach che ha riportato un valore di 0,43: pertanto, si può dire che è presente il 57% di possibilità che la variabilità dei punteggi ottenuti sia dovuta ad errori. (Tabella 1)

Invece, l'affidabilità della consistenza interna delle variabili dicotomiche (tutte le complicanze, la stabilità emodinamica e l'eparizzazione del circuito) è stata valutata con la procedura statistica del kuder-richardson 20 (KR20), da cui è emerso un valore pari a 0,56, ossia c'è il 44% di possibilità che la variabilità dei punteggi sia dovuta ad errori.

I dati sono stati raccolti in sei settimane

nel reparto di emodialisi del Policlinico Umberto I di Roma, consultando le schede emodialitiche dei pazienti in Epa cardiogeno che si sono succeduti dal gennaio 2008 al luglio 2012.

Il fulcro di questo studio è stato verificare se ci fosse una relazione tra i dati immessi nella macchina di emodialisi e le complicanze intradialitiche.

Questi però, come si può notare dal questionario (Scheda di acquisizione dati), non sono stati gli unici dati raccolti: ne sono presenti altri, attraverso cui è stato possibile approfondire le caratteristiche del campione di pazienti preso in considerazione.

La forza di associazione fra le variabili in questione è stata calcolata dividendo ogni variabile in due gruppi: il gruppo dei pazienti nel quale si è verificata una determinata complicanza e il gruppo in cui non si è verificata la stessa.

Successivamente, sono state calcolate

Variabili INDIPENDENTI numeriche	Variabili DIPENDENTI dicotomiche
velocità della pompa arteriosa	aritmie
UF	arresto cardiaco
Δt	cefalea
temperatura	crampi muscolari
conducibilità	embolia gassosa
bicarbonati	emolisi
	emorragia
	ipotensione
Variabile indipendente nominale	ipertensione
tipo di filtro	rottura del filtro
	nausea
	vertigini
	vomito

Tabella 1. Gruppi di variabili tra cui sono state cercate delle correlazioni

Variabili impostate nella macchina	Complicanze su cui influiscono	Probabilità che la loro relazione sia dovuta al caso
velocità della pompa	arresto cardiaco	< 0,5 %
	vertigini	< 2,5 %
UF	cefalea	< 5 %
Δt	ipertensione	< 2,5 %
temperatura	ipertensione	< 5 %
conducibilità	crampi	< 2,5 %
	emorragia	< 5 %
	ipertensione	< 0,5 %
	nausea	< 0,5 %
	vomito	< 0,5 %

Tabella 2. Variabili indipendenti numeriche

Tipi di filtro	Complicanze su cui influiscono	Livello di significatività	Odds ratio
Poliflux 14 L	aritmie	1%	27
	arresto cardiaco	1%	∞
	vertigini	5%	∞
	vomito	0,5%	10
Poliflux 17 L	ipertensione	1%	7

Tabella 3. Variabili indipendenti nominali

e confrontate le medie di entrambi i gruppi, valutando così l'eventuale relazione tra variabili.

In seguito, con la procedura statistica t-student è stato verificato se la relazione tra queste variabili sia abbastanza forte da poter escludere che fosse dovuta al caso: tale procedimento è stato utilizzato per le variabili indipendenti numeriche. (Tabella 2)

Invece, per quanto riguarda la variabile indipendente nominale, il "tipo di filtro", è stato utilizzato lo stesso criterio ma con una distribuzione del chi-quadro, ovvero confrontando le proporzioni (le percentuali) del gruppo che presentava una determinata complicanza con quelle del gruppo che non l'ha mostrata. (Tabella 3) Le relazioni descritte nelle tabelle 2 e 3 non sono le sole trovate, ma sono di certo le più significative: sono state, infatti, scoperte altre relazioni tra i gruppi di variabili indipendenti e dipendenti, ma con una forza di associazione debole, < 10%, e, in alcuni casi, addirittura > 10%.

Queste ultime relazioni non sono state tenute in considerazione perché poco significative.

È dalle tabelle 2 e 3 che sono stati estrapolati i risultati della presente ricerca.

RISULTATI

Dai dati raccolti si evince che l'età media dei pazienti del campione è di 67,12 anni: il 68% è maschile ed il restante 32% femminile.

I pazienti che hanno mostrato complicanze intradialitiche sono il 64% del campione totale, un numero elevato ma che speriamo, in futuro, di poter ridurre an-

che grazie a questo studio.

La complicanza più frequente si è dimostrata l'ipotensione (come mostra il grafico 1).

Nel grafico sono state escluse tre complicanze poiché non si sono manifestate in nessun paziente del campione: l'embolia gassosa, l'emolisi e la rottura del filtro. Andando a cercare una relazione tra le variabili indipendenti (dati impostati nella macchina di emodialisi) e quelle dipendenti (le complicanze intradialitiche), è stato riscontrato che molte volte le prime influiscono sulle altre, ma non sem-

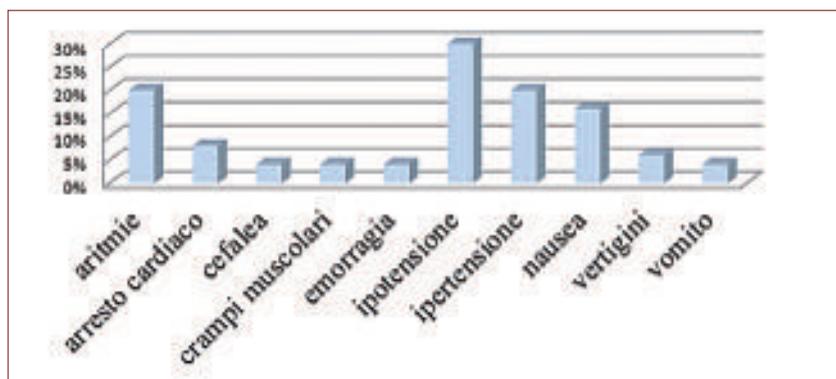


Grafico 1. Frequenza con cui si sono verificate le complicanze intradialitiche nel campione preso in considerazione

SCHEDA DI ACQUISIZIONE DATI

N° campione: _____ **Ospedale:** _____

età del paziente: _____

sexo: M F

DATI PREDIALITICI

Parametri vitali:

FC: _____ PA: _____

Altri dati all'arrivo:

Quanto tempo è trascorso dalla diagnosi di EPAC all'inizio del trattamento dialitico?

< 24h > 24h

Il paziente è emodinamicamente stabile? SI NO

Eparinizzazione del circuito: SI NO

Valori emogasanalitici:

ph: _____	pCO ₂ : _____	pO ₂ : _____	HCO ₃ : _____	Hb: _____
EB: _____	Na ⁺ : _____	K ⁺ : _____	Ca ⁺⁺ : _____	

Tipo filtro: _____

Clexane: _____

Variabile indipendente (parametri impostati nella macchina)	Variabile dipendente (complicanze su cui influiscono)	Prevenzione complicanza
velocità della pompa	arresto cardiaco	Pompa arteriosa < 227 ml/h
	vertigini	Pompa arteriosa < 233 ml/h
UF	cefalea	Impostare UF < 2850
Δt	ipertensione	Impostare Δt < 132 min
temperatura	ipertensione	Impostare t < 36,67
conducibilità	crampi	Evitare una cond. = 14,1
	emorragia	Evitare una cond. = 14,4
	ipertensione	Evitare una cond. = 14,2
	nausea	Evitare una cond. = 14,1
	vomito	Evitare una cond. = 14,1

Tabella 4. Applicazioni dei risultati nella pratica clinica

pre in modo significativo.

La variabile indipendente numerica che influisce su più complicanze, e in modo significativo, è la conducibilità, seguono: la velocità della pompa, Δt , UF e temperatura.

Nella tabella 2 si possono osservare le relazioni individuate tra le variabili indipendenti numeriche e le complicanze intradialitiche.

Le percentuali nella terza colonna sono i *p-value* osservati per ogni coppia di variabili che indicano la probabilità che la relazione osservata sia casuale.

Minore è tale probabilità, maggiore è l'evidenza empirica della relazione studiata.

Invece, per quanto riguarda le variabili indipendenti nominali le relazioni trovate con le complicanze intradialitiche sono espresse nella tabella 3.

In più, in quest'ultima, è presente l'**odds ratio**, che se > 1 (come nei casi riportati) indica che il filtro è un fattore di rischio per la complicanza indicata accanto.

Ovviamente, esistono anche altre relazioni con l'**odds ratio** < 1 , ma non sono state prese in considerazione perché, in tal caso, il tipo di filtro può essere considerato come un fattore protettivo per la determinata complicanza con la quale è associato.

Inoltre, l'**odds ratio** ci fornisce un'idea di quanto influiscano le variabili indipendenti su quelle dipendenti: addirittura, in due casi (in cui l'**odds ratio** è ∞) in modo assoluto.

Ossia, tutti i pazienti che hanno manifestato arresto cardiaco e vertigini sono stati trattati con un filtro poliflux 14L.

Per dare una significatività clinica, oltre che statistica, a questi dati, è stato individuato come ogni relazione significativa trovata tra le variabili potesse essere applicata alla pratica, allo scopo di prevenire le complicanze.

Con questo obiettivo è stata calcolata la media dei valori delle variabili indipendenti relative ad ogni complicanza con cui è stata riscontrata una correlazione. Per essere più chiari, ecco un esempio dalla tabella 2: la media della velocità della pompa arteriosa per tutti i pazienti che hanno avuto un arresto cardiaco, è di 227 ml/h.

Quindi, ricordando la domanda di ricerca iniziale, in relazione all'esempio appena descritto, si può affermare che: probabilmente, l'arresto cardiaco nei pazienti in Epa cardiogeno può essere prevenuto tenendo una velocità della pompa inferiore a 227 ml/h. E così via.

Seguendo questo criterio è stata creata la tabella 4.

Per quanto riguarda, invece, la variabile indipendente nominale (e in base ai risultati ottenuti), si consiglia di ridurre l'utilizzo dei filtri che hanno mostrato di essere fattori di rischio per le complicanze, in particolare il poliflux 14L.

DISCUSSIONE

Si può, infine, dare una risposta affermativa alla domanda di ricerca iniziale poi-

ché tra i dati che si impostano nella macchina di emodialisi all'inizio del trattamento e le complicanze esistono evidenti relazioni.

I limiti di questa ricerca sono dovuti al fatto che possono essere estrapolati consigli e non evidenze: per arrivare a queste, bisognerebbe mettere in pratica i risultati in uno studio sperimentale, su un altro campione di pazienti e confermare l'ipotesi.

A questo punto vorremmo lasciare due domande che sono sorte analizzando i dati.

La prima: dato che il 58% dei pazienti nel campione è stato trattato con i filtri poliflux 14L e poliflux 17L, la loro relazione con le complicanze intradialitiche è influenzata dal fatto che sono stati utilizzati spesso o sono veramente un fattore di rischio per le complicanze indicate nella tabella 3?

La seconda: osservando il grafico 1 si può notare che l'ipotensione è la complicanza intradialitica che si è verificata con maggiore frequenza nel campione, dunque: come mai non ha alcuna relazione significativa con nessuna variabile indipendente (tabelle 2 e 3)?

Le sue cause potrebbero essere multifattoriali?

Si lasciano queste domande al lettore come spunto per eventuali ricerche future.

CONCLUSIONI

L'emodialisi per i pazienti in Epa cardiogeno spesso si è dimostrata una terapia essenziale, ma che non sempre viene tenuta in considerazione come prima scelta, visto che, essendo l'edema polmonare definito come "un'emergenza medica", si cerca in primis di risolverlo con i farmaci.

Con questo studio, dimostrando che sicuramente si può intervenire sulle complicanze facendo attenzione alle impostazioni nella macchina di emodialisi, si vuole far comprendere la possibilità di rendere questa particolare terapia molto più sicura per i pazienti.

Le implicazioni che la ricerca effettuata trova nella pratica clinica sono rilevanti.

I risultati dimostrano che ciò che impostiamo nella macchina di emodialisi (Δt ,

COMPLICANZE INTRADIALITICHE

aritmie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
arresto cardiaco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
cefalea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
crampi muscolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
embolia gassosa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
emolisi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
emorragia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ipotensione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ipertensione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
rottura del filtro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
vertigini	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
vomito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

UF, temperatura, conducibilità, bicarbonati e velocità della pompa arteriosa) e la scelta del filtro hanno un legame con i rischi in cui può incorrere il paziente. In particolare, la variabile che ha avuto un riscontro maggiore per la ricerca è la conducibilità, la quale, già da sola, influisce sul 41,67% delle complicanze totali.

VALORI DA IMPOSTARE NELLA MACCHINA DI EMODIALISI

Variabili	Valori
Velocità della pompa	
Impostazione del peso (UF)	
Impostazione del tempo (At)	
Impostazioni della temperatura	
Impostazione conducibilità	
Impostazione bicarbonati	

Inoltre, dei forti riscontri, a conferma dell'ipotesi iniziale, sono stati dati da due tipi di filtri: il poliflux 14L e il poliflux 17L. Soprattutto il primo ha mostrato di essere un fattore di rischio assoluto per due complicanze in particolare: l'arresto cardiaco e le vertigini. Ciò significa che tutti i pazienti che hanno avuto tali complicanze avevano un poliflux 14L.

I risultati più significativi ottenuti danno delle indicazioni a porre una maggiore attenzione nell'impostazione della macchina.

Come, però, è stato specificato in precedenza, non si può parlare di evidenze in ciò che è stato riscontrato, ma di indicazioni, poiché occorrerebbero studi sperimentali per verificare con piena certezza tal genere di affermazioni.

Per concludere si può affermare che gli intenti iniziali preposti sono stati raggiunti, non solo per ciò che concerne la domanda di ricerca, ma anche col fine di diffondere maggiori conoscenze sul mondo dell'emodialisi, ancora troppo poco conosciuto.

AUTORI:

Laurent Tellini, infermiere professionale, Ipasvi Roma. Lavora presso il reparto di emodialisi del Policlinico Umberto I; professore al master in "Gestione infermieristica dell'emergenza nel territorio" all'Università La Sapienza di Roma; Valentina Zeffiro, infermiere professionale, Ipasvi Roma. Neolaureata in Infermieristica presso l'Università La Sapienza di Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Andreoni B, Chiara O, Coen D, Vesconi S, *Diagnosi e trattamento delle emergenze medico-chirurgiche*, Elsevier, Milano. 2009.
- Brunner, Suddarth, *Nursing medico-chirurgico* (vol.1-II), Ambrosiana, Milano. 2010.
- Dionigi R, *Chirurgia: basi teoriche e chirurgia generale*, Elsevier, Milano. 2009.
- Fain J.A, *La ricerca infermieristica*, Mc-GrawHill, Milano. 2004.
- Fink M.P, Abraham E, Vincent J, Kochanek P.M, *Terapia intensiva*, Elsevier, Milano. 2007.
- Fraser R.S, Colman N, Muller N.L, *Malattie del torace*, Elsevier, Milano. 2006.
- Fultz J, Sturt P.A, *Nursing nell'emergenza-urgenza*, Elsevier Masson, Milano. 2007.
- GFT(Gruppo Formazione Triage), *Triage infermieristico*, Mc-GrawHill, Milano. 2010.
- Massini R, Izzi D, Mrchetti P et al, *Medicina interna*, Mc-GrawHill, Milano. 2009.
- Parra Moreno M.L, Arias Rivera S, De La Torre A.E, *Il paziente critico*, Masson, Milano. 2005.
- Ponticelli C, *La dialisi. Il pensiero scientifico*, Roma. 1994.
- Scuro Ludovico A, *Fisiopatologia clinica*, Piccin, Padova. 1983.
- Tiberio G, *Emergenze medico chirurgiche*, Elsevier, Milano. 2006.

EMEROGRAFIA

- Marzo C, Pedicelli I: *Edema polmonare*. 2011.
- Suppa M: *Edema polmonare acuto*. 2011.
- Battigelli D, Fragiaco E, Humar F, Salvi A, Sinagra G: *Linee-guida per la gestione del paziente con scompenso cardiaco*. 1999.
- Scalambra L: *Linee-guida per la gestione del paziente dializzato*. 1994.
- Tellini L: *Trattamento emodialitico urgente in paziente con Epa in cardiopatia ischemica, nella realtà del centro emodialisi del policlinico Umberto I di Roma*. 2009.
- Tonnarini G: *Insufficienza cardiaca o scompenso cardiaco*. 2012.

L'efficacia del lavaggio delle mani nella prevenzione della trasmissione del batterio *Acinetobacter baumannii* nelle Unità di Terapia Intensiva (Uti)

di Marco Paturzo, Antonio Coltellaro

INTRODUZIONE

L'*Acinetobacter baumannii* è un'importante patogeno opportunisto responsabile di gravi infezioni nosocomiali, soprattutto nei pazienti di Terapia Intensiva. Si tratta di un batterio multi-resistente che si trasmette per contatto: tra operatore sanitario e paziente.

Il lavaggio delle mani, dunque, è una strategia cautelativa nella prevenzione della sua trasmissione.

MATERIALI E METODI

La ricerca è stata condotta consultando i database *Cochrane Library*, *Pubmed*, *Cinahl*, *Ovid Sp*, includendo studi sperimentali e non.

I *full text* e gli *abstract* sono stati ottenuti dalla consultazione della biblioteca on line del Collegio Ispasvi di Roma.

Per l'analisi, sono stati scelti otto articoli attinenti all'argomento, dal 2001 ad oggi.

RISULTATI

Dall'analisi degli articoli emerge che il 100% dei pazienti ricoverati nelle Unità di Terapia Intensiva (Uti), sottoposti a ventilazione meccanica e in presenza di Catetere Venoso Centrale (Cvc) sono a rischio d'infezione da *Acinetobacter baumannii*. In Uti, nel 90% dei casi (sette-otto articoli), l'esecuzione del semplice lavaggio delle mani quale strategia preventiva da parte degli operatori sanitari (in partico-

lare degli infermieri, poiché più a contatto con i pazienti) è efficace nella riduzione della trasmissione del batterio.

CONCLUSIONI

Il lavaggio delle mani da parte degli operatori sanitari delle Uti è una strategia determinante nella prevenzione della trasmissione dell'*Acinetobacter baumannii*.

A tale procedura si associa l'isolamento rigoroso dei pazienti, la meticolosa pulizia degli ambienti e la chiusura temporanea dell'Unità Operativa, poiché sono fattori rilevanti.

Del resto, ci si auspica future ricerche che consolidino e approfondiscano l'importanza dell'igiene delle mani in ambito delle cure intensive per la prevenzione delle infezioni nosocomiali quali, appunto, quelle determinate dall'*Acinetobacter baumannii*.

Parole-chiave: *Acinetobacter baumannii*, *Intensive Unit Care*, *hand washing*, *prevention*

BACKGROUND

Acinetobacter baumannii è un cocco bacillo Gram negativo.

È un importante patogeno opportunisto, responsabile di infezioni nosocomiali gravi, quali sepsi, infezioni chirurgiche e polmoniti associate alla ventilazione as-

sistita, soprattutto nei pazienti di Terapia Intensiva (Icu) (Dijkshoorn et al., 2007; Zarrilli et al., 2007; Peleg et al., 2008; Tsakris et al., 2008).

Mentre, questo è raramente isolato dall'ambiente naturale e dai pazienti che contraggono infezioni in comunità, è molto frequente il suo isolamento nei controlli ambientali in ospedale e in pazienti ospedalizzati colonizzati o infetti (Zarrilli et al., 2004; Dijkshoorn et al., 2007).

Acinetobacter baumannii possiede semplici requisiti di crescita e può sopravvivere all'essiccamento: ciò contribuisce alla sopravvivenza nell'ambiente ospedaliero, che resta il principale serbatoio del batterio (Dijkshoorn et al., 2007).

Dal punto di vista microbiologico, il *baumannii* è un batterio multi resistente, poiché, a livello del genoma, vi sono piccole aree contenenti Dna e materiale citologico trasmessi da altri organismi (Gertscher U., 2009).

Negli ultimi 20 anni, l'*Acinetobacter baumannii* è emerso all'attenzione scientifica quale importante patogeno nosocomiale: esso è responsabile di più dell'80% di tutte le infezioni da *Acinetobacter*.

Inoltre, sono state descritte numerose epidemie ad esso attribuite; spesso sostenute da ceppi con un'elevata antibiotico-resistenza (Dijkshoorn et al., 2007). Dalla letteratura emerge che il problema della multi resistenza agli antibiotici del

batterio è comune in molti ospedali statunitensi ed europei (Van Looveren M. et Goossens H.,2004).

Difatti, attraverso la tipizzazione molecolare si è riusciti a capire i ceppi e le modalità di trasmissione del batterio, che non si limita solo a livello nosocomiale, ma arriva addirittura su scala nazionale ed internazionale (Fournier P. E et Richet H, 2006).

Nello specifico, il *baumannii* infetta pazienti ospedalizzati, immunodepressi e lungodegenti, sottoposti a prolungata terapia antibiotica ed a procedure invasive. I principali siti d'infezione sono i tratti dell'apparato respiratorio ed urinario, il sangue e la cute (M.C, 2006).

Le infezioni coinvolgono spesso pazienti ricoverati nelle Uti e sono associate ad un elevato livello di mortalità (Zarrilli et al., 2004).

Il trattamento di prima linea è il Carbapenemi, ma la resistenza a tale antibiotico è sempre più comune (Bassetti M, 2008).

Tali trattamenti sono sempre più difficili e costosi, al tal punto che si denota l'esigenza di trovare delle metodiche preventive nel contenere quanto più possibile la trasmissione del batterio.

L'istituzione di metodiche semplici, ma fondamentali, quali il lavaggio delle mani, potrebbe essere efficace nel prevenire o ridurre quanto più possibile - l'infezione da *Acinetobacter baumannii* nelle Uti (Chong J.R, 2007).

Quindi, lo scopo di questa revisione è di dimostrare l'efficacia di tale procedura.

MATERIALI E METODI

La scelta di voler trattare tale argomento è dettata dall'esperienza sul campo.

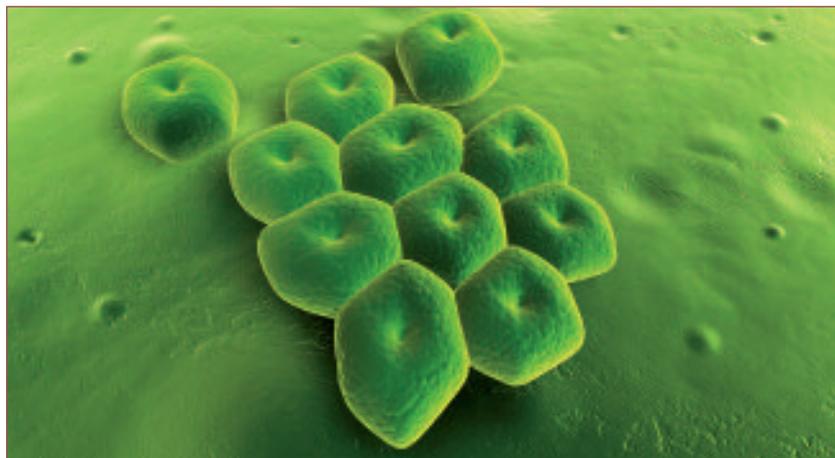
L'obiettivo principale è osservare e comprendere se la corretta applicazione del lavaggio delle mani nelle Uti incida sulla prevenzione, o almeno sulla riduzione della trasmissione del batterio in questione.

Metodo Pico

Dopo aver individuato la domanda di ricerca, per una corretta metodologia, si è adottato il Metodo Pico per focalizzare e analizzare correttamente i possibili contenuti da prendere in esame. (Tab.1a)

Mesh Terms

Nella seguente tabella sono elencati i



termini mesh in lingua inglese utilizzati nelle banche dati esaminate. (Tab. 1b)

Banche Dati

Data la specificità della domanda si è preferito svolgere la ricerca sulle seguenti banche dati: *Pubmed; Cinahl; Cochrane Library e OvidSP.*

Criteri di inclusione ed esclusione: s'includono nella ricerca articoli solo in lingua inglese.

Data l'alta specificità dell'argomento si è preferito includere studi sperimentali e non; tutte le tipologie di Unità di Terapia Intensiva; pazienti affetti da *a.baumannii* e bacilli appartenenti alla specie;

strategie di precauzione per la sua trasmissione (lavaggio delle mani).

Si sono esclusi articoli che considerano l'aspetto farmacologico (antibiotici).

I *full text* e gli *abstract* sono stati reperiti tramite la biblioteca on line del Collegio Ispasvi di Roma.

Limiti della ricerca

Alla ricerca sono stati impostati i seguenti limiti: *filters*, articoli pubblicati negli ultimi 10 anni; *humans*, articoli estratti dalle banche dati.

La strategia di ricerca utilizzata ha consentito di reperire i seguenti articoli. (Tabella 2)

Popolazione	Intervento	Comparazione	Outcomes	Disegno dello studio
Pazienti delle Uti	Igiene delle mani	Nessuna	Valutazione dell'efficacia dell'igiene delle mani nella riduzione/prevenzione delle infezioni da <i>baumannii</i> nelle Uti	Sperimentali e non

Tabella 1a. Il Metodo Pico

Population	Intervention
" <i>acinetobacter</i> "[MeSH Terms] " <i>acinetobacter baumannii</i> "[MeSH Terms] " <i>infection</i> "[MeSH Terms] " <i>communicable diseases</i> "[MeSH Terms] " <i>acinetobacter infections</i> "[MeSH Terms] " <i>cross infection</i> "[MeSH Terms] " <i>intensive care</i> "[MeSH Terms] " <i>critical care</i> "[MeSH Terms]	" <i>hand</i> "[MeSH Terms] " <i>hand washing</i> "[MeSH Terms]

Tabella 1b. Mesh terms utilizzati

Banche dati	Articoli
<i>Pubmed</i>	6
<i>Cochrane Library</i>	16
<i>Cinahl</i>	16
<i>Ovid</i>	11

Tabella 2. Articoli banche dati

Visionando tutti gli articoli reperiti dalle banche (49 articoli), ne sono stati scelti otto poiché fortemente attinenti ai criteri di ricerca prestabiliti.

Letteratura identificata

Gli articoli che sono stati ritenuti pertinenti allo scopo della ricerca e che sono cronologicamente i più recenti sono otto e prendono in considerazione la letteratura scientifica in merito dal 2000 a giugno 2012. (Tab.3)

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dalla revisione della letteratura effettuata risulta che l'esecuzione del lavaggio delle mani quale procedura cautelativa nelle Uti, da parte degli operatori sanitari, è efficace nella riduzione della trasmissione del batterio *Acinetobacter baumannii* e dei suoi rispettivi ceppi (Simor A.E et al, 2002).

Si è notato come la maggior parte dei pazienti affetti dal batterio è sottoposto

a ventilazione meccanica e presenta dei Cateteri Venosi Centrali (Cvc) (Hong K.B et al., 2012).

Gli operatori maggiormente a contatto con i pazienti sono gli infermieri e proprio loro risultano essere quelli che osservano di più le linee-guida sulle misure cautelative da adottare nelle Uti in caso d'infezione da *baumannii*, rispetto ad altri operatori (Vidal-Trecan G.M et al, 2001).

Di fatti, **è emerso che le mani degli infermieri sono più pulite di quelle dei medici** (Wilson A.P et al, 2011).

Emerge pure un aspetto, decisivo nell'attuazione della pratica dell'igiene delle mani: il tempo e l'atteggiamento negativo da parte degli operatori sanitari nei riguardi dell'applicazione del lavaggio delle mani che rappresentano una barriera all'implementazione della procedura (De Wandel D. et al, 2010; Marra A.R et al, 2008).

Inoltre, poiché è emerso che l'acquisizione del *baumannii* è probabilmente multifattoriale e relativa alla contaminazione ambientale e al contatto degli operatori sanitari, oltre al lavaggio delle mani, in diversi studi presi in analisi, si evince l'associazione di altre strategie preventive determinanti nella prevenzione della sua trasmissione.

Vale a dire: l'isolamento rigoroso dei pazienti, la meticolosa pulizia degli ambienti e la chiusura temporanea dell'Unità Operativa (Hong K.B et al, 2012; Larson E.L et al, 2005; Markogiannakis A. et al 2008; Simor A.E et al., 2002; Vidal-Trecan G.M et al, 2001; Wilson A.P et al, 2011).

CRITICA AL METODO DI RICERCA E RACCOMANDAZIONI FUTURE

Una criticità della revisione effettuata potrebbe essere il livello di evidenza scientifica degli articoli analizzati e aver escluso la presenza dell'*Acinetobacter baumannii* in altri reparti di degenza oltre alle Unità di Terapia Intensiva.

Purtroppo, l'*Acinetobacter baumannii* è emerso da pochi anni, quindi gli studi effettuati fino ad oggi sono ancora pochi e richiedono, pertanto, un approfondimento e sviluppo scientifico maggiore.

Anno	Autore	Rivista	Impact Factor	Titolo
JUNE 2012	Hong K.B, Oh H.S, Song J.S, Lim J.H, Kang D.K, Son I.S, Park J.D, Kim E.C, Lee HJ, Choi E.H,	Pediatr Infect Dis J. 31(7):685-90.	3.064	<i>Investigation and Control of an Outbreak of Imipenem-resistant Acinetobacter baumannii Infection in a Pediatric Intensive Care Unit</i>
APRIL 2011	Wilson A.P, Smyth D, Moore G, Singleton J, Jackson R, Gant V, Jeanes A, Shaw S, James E, Cooper B, Kafatos G, Cookson B, Singer M, Bellingan G.	Crit Care Med. 39(4):651-8.	6.254	<i>The impact of enhanced cleaning within the Intensive Care Unit on contamination of the near-patient environment with hospital pathogens: a randomized crossover study in Critical Care Units in two hospitals</i>
MAY 2010	De Wandel D, Maes L, Labeau S, Vereecken C, Blot S.	Am J Crit Care. 19(3):230-9.	N.D	<i>Behavioral determinants of hand hygiene compliance in Intensive Care Units</i>
AUGUST 2008	Marra A.R, D'Arco C, Bravim B.de A, Martino M.D, Correa L, Silva CV, Lamblet L.C, Silva M Jr, de Lima G, Guastelli L.R, Barbosa L, dos Santos O.F, Edmond M.B.	Infect Control Hosp Epidemiol. 29(8):730-5.	3.751	<i>Controlled trial measuring the effect of a feedback intervention on hand hygiene compliance in a step-down Unit</i>
MAY 2008	Markogiannakis A, Fildisis G, Tsiplakou S, Ikonomidis A, Koutsoukou A, Pourmaras S, Manolis E.N, Baltopoulos G, Tsakris A	Infect Control Hosp Epidemiol.29(5):410-7.	3.751	<i>Cross-transmission of multidrug-resistant Acinetobacter baumannii clonal strains causing episodes of sepsis in trauma Intensive Care Unit</i>
JULY 2005	Larson E.L, Cimiotti JP, Haas J, Nesin M, Allen A, Della-Latta P, Saiman L.	Pediatr Crit Care Med.6(4):457-61	2.672	<i>Gram-negative bacilli associated with catheter-associated and non-catheter-associated bloodstream infections and hand carriage by healthcare workers in Neonatal Intensive Care Units</i>
MAY 2002	Simor A.E, Lee M, Vearncombe M, Jones-Paul L, Barry C, Gomez M, Fish J.S, Cartotto R.C, Palmer R, Louie M.	Infect Control Hosp Epidemiol.23(5): 261- 7.	3.715	<i>An outbreak due to multiresistant Acinetobacter baumannii in a Burn Unit: risk factors for acquisition and management</i>
FEBRUARY 2001	Vidal-Trecan G.M, Delamare N, Tchery-Lessenot S, Lamoery J, Baudin F, de Prittwitz M, Salmon-Ceron D.	Infection Control and Hospital Epidemiology. Vol. 22, (2):109-11	9.656	<i>Multidrug-resistant bacteria infection control: study of compliance with isolation precautions in a Paris university hospital</i>

Tabella 3. Gli articoli identificati

EFFECTIVENESS IS DEMONSTRATED BY

1a	Systematic Review (with homogeneity) of Randomized Controlled Trials
1b	Individual Randomized Controlled Trial (with narrow Confidence Interval)
1c	All or none (met when all patients died before an intervention became available, but some now survive on it; or when some patients died before the intervention became available, but none now die on it)
2a	Systematic Review (with homogeneity) of cohort study
2b	Individual Cohort Study (including low quality Randomized Controlled Trials)
2c	"Outcomes" Research; Ecological studies
3a	Systematic Review (with homogeneity) of case-control studies
3b	Individual Case-Control Study
4	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies)
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"

Tabella 4. Livelli di evidenza del Centro Ebm di Oxford

Del resto, si sono ottenuti dei buoni risultati in merito all'efficacia del lavaggio delle mani nella prevenzione della trasmissione del batterio nelle Unità di Te-

rapia Intensiva.

Si raccomanda, perciò, di effettuare degli studi di evidenza scientifica 1a-1b, secondo i livelli del *Centre for Evidence Based Medicine* di Oxford, al fine di rafforzare ed approfondire quelle strategie di clinical governance che consentano agli operatori sanitari di contrastare al meglio la diffusione di questo nuovo fenomeno che ultimamente ha letteralmente invaso i nosocomi. (Tabella 4)

AUTORI:

Marco Paturzo, studente del CdL magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Università di Tor Vergata, Roma;

Antonio Coltellaro, infermiere di rianimazione Sant'Eugenio e docente Med-45 Università Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Albrecht M, Griffith M, Murray C, Chung K, Horvath E et al, *Impatto dell'infezione da Acinetobacter sulla mortalità dei pazienti ustionati*. J Am Coll Surg, 4 (204), 546. 2006.
- Bassetti M, Righi E, Esposito S, Petrosillo N, Nicolini L, *Drug treatment for multidrug-resistant Acinetobacter baumannii infections*. 3 (6), 649-60. 2008.
- Chong J, *The path of war sets doctors on the warpath of disease*. NapaValley Register. 2007.
- De Wandel D, Maes L, Labeau S, Vereecken C Blot S, *Behavioral determinants of hand hygiene compliance in Intensive Care Units*. Am J Crit Care, 10 (3), 230-9. 2010.
- Dijkshoorn L, Nemec A, Seifert H, *An increasing threat in hospitals: multidrug resistant Acinetobacter baumannii*. Nat Rev Microbiol (5), 939-51. 2007.
- Fournier P, Richet H, *The epidemiology and control of Acinetobacter baumannii in health care facilities*. Clin. Infect. Dis. (42), 692-699. 2006.
- Gerischer U, *Acinetobacter Molecular Biology*. London: Academic Press. 2009.
- Hong K, Oh H, Song J, Lim J, Kang D, Son I et al, *Investigation and Control of an outbreak of imipenem resistant Acinetobacter baumannii Infection in a Pediatric Intensive Care Unit*. Pediatr Infect Dis J, 31 (7), 685-90. 2012.
- Larson E, Cimiotti J, Haas J, Nesin M, Allen A, Della Latta P et al, *Gram negative bacilli associated with catheter-associated and non catheter associated bloodstream infections and hand carriage by healthcare workers in Neonatal Intensive Care Units*. Pediatr Crit Care Med, 6 (4), 457-61. 2005.
- Markogiannakis A, Fildis G, Tsiplakou S, Ikonomidis A, Koutsoukou A, Pourmaras S et al, *Cross - transmission of multidrug resistant Acinetobacter baumannii clonal strains causing episodes of sepsis in Trauma Intensive Care Unit*. Infect Control Hosp Epidemiol, 29 (5), 410-7. 2008.
- Marra A, D'Arco C, Bravim B, Martino M, Correa L, Silva C et al, *Controlled trial measuring the effect of a feedback intervention on hand hygiene compliance in a Step-Down Unit*. Infect Control Hosp Epidemiol, 29 (8), 730-5. 2008.
- Peleg A, Seifert H, Paterson D, *Acinetobacter baumannii: emergence of a successful pathogen*. Clin Microbiol Rev (21), 538-582. 2008.
- Simor A, Lee M, Veamcombe M, Jones Paul L, Barry C, Gomez M et al, *An outbreak due to multiresistant Acinetobacter baumannii in a burn unit: risk factors for acquisition and management*. Infect Control Hosp Epidemiol, 23 (5), 261-7. 2002.
- Tsakris A, Ikonomidis A, Poulou A, *Clusters of imipenem - resistant Acinetobacter baumannii clones producing different carbapenemases in an Intensive Care Unit*. Clin Microbiol Infect (14), 588-594. 2008.
- Van Looveren M, Goossens H, *Antimicrobial resistance of Acinetobacter in Europe*. Clin. Microbiol. Infect. (10), 684-704. 2004.
- Vidal-Tracan G, Delmare N, Tchery-Lessenot S, Lamory J, Baudin F, De Prittwitz M et al, *Multidrug resistant bacteria infection control: study of compliance with isolation precautions in a Paris University Hospital*. 22 (2), 109-11. 2001.
- Wilson A, Smyth D, Moore G, Singleton J, Jackson R, Gant V et al, *The impact of enhanced cleaning within the intensive care unit on contamination of the near patient environment with hospital pathogens: a randomized crossover study in critical units in two hospitals*. Crit Care Med, 39 (4), 651-8. 2011.
- Zarrilli R, Casillo R, Di Popolo A, *Molecular epidemiology of a clonal outbreak multidrug - resistant Acinetobacter baumannii in a University Hospital in Italy*. Clin Microbiol Infect, (13), 481-489. 2007.
- Zarrilli, R, Crispino M, Bagattini M, *Molecular epidemiology of sequential outbreaks of Acinetobacter baumannii in an intensive care unit shows the emergence of carbapenem resistance*. J Clin Microbiol (42), 964-953. 2004.

Incontro e confronto tra i professionisti della salute ed i pazienti di cultura altra

Uno studio descrittivo condotto all'interno del Policlinico Tor Vergata

di Alessandro Sili, Giulia Venturini

INTRODUZIONE

L'Italia, negli ultimi decenni, ha modificato sostanzialmente il suo tessuto sociale, passando da un paese di emigranti a luogo di approdo per immigranti, trasformandosi (nuovamente, come in passato), in una nazione formata da una società multi-etnica. [1]

Conseguentemente, l'arrivo di questi nuovi popoli ha modificato, nella sostanza, anche la richiesta di salute rivolta ai servizi sanitari, evidenziando la necessità delle organizzazioni di munirsi di nuovi strumenti e ponendo un'attenzione maggiore nella formazione di specifiche conoscenze e competenze dei professionisti del mondo sanitario.

L'incontro con persone di cultura altra con problemi di salute è portatore di aspettative, espressioni, percezioni e modi di comunicare diversi; è un momento che costringe alla trasformazione dei comportamenti professionali e allo sviluppo di nuove competenze specialistiche, specie in ambito relazionale e comunicativo. [2]

Una professione sanitaria, quando è in sintonia con i tempi, deve tener conto di ciò che cambia nel tessuto sociale e culturale, impegnandosi al massimo nel cambiamento. [3]

In tale contesto, le difficoltà di comunicazione linguistica e culturale creano disagio non solo agli utenti, ma anche agli

operatori sanitari che rischiano di non riuscire a svolgere efficacemente le proprie attività.

Ciò comporta la necessità, da parte del personale delle strutture sanitarie, di acquisire conoscenze e competenze interculturali - e transculturali - specifiche rispetto alla relazione e alla risposta di salute che devono dare alle persone di cultura altra con bisogni sanitari.

Le problematiche complesse di un'utenza composta da persone straniere che si rivolgono ai servizi sanitari pongono, agli stessi, vari problemi connessi alla diversità di modelli culturali, non soltanto afferenti ad un problema di barriera linguistica, ma anche a modelli di salute e malattia differenti. Avere competenze interculturali e transculturali significa sapere e poter comunicare superando le barriere linguistiche; essere in grado di sviluppare una relazione terapeutica valida con una persona con bisogni di salute proveniente da un'altra cultura e che ha anche un proprio "modello di salute" radicato in sé.

Il personale sanitario deve riuscire ad adattare la diagnosi formulata ed i trattamenti assistenziali e terapeutici anche in relazione alla differenza culturale sempre nel rispetto delle priorità di salute. [4] Nell'ultimo periodo, con l'affermarsi di una "nuova" visione del ruolo dell'ospedale e del suo rapporto con il malato, si

sono poste le basi per elaborare una profonda riflessione sul concetto di "umanizzazione" dei luoghi di cura e sulla conseguente necessità di trasformare le strutture ospedaliere (spesso fredde, distanti e paradossalmente in-ospitali) in luoghi più vicini allo stato d'animo e ai reali bisogni delle persone malate e degli operatori stessi.

Il Policlinico Tor Vergata (Ptv), fin dalla sua nascita, avvenuta ufficialmente nel gennaio 2001, ha manifestato questa volontà, tanto da definirsi già nella sua *mission* un ospedale aperto a recepire gli stimoli emergenti dai più recenti dibattiti in ambito sanitario.

In tal senso, l'organizzazione, nel corso della sua strutturazione, si è dotata di servizi essenziali per l'incontro e la gestione anche della persona di cultura altra con bisogni di salute.

La direzione del Ptv, nel tempo, ha dedicato importanti risorse nel programmare un percorso di attenzione dedicato proprio alla relazione tra i pazienti di cultura altra, gli operatori e l'organizzazione.

In questo ambito, è stato istituito un servizio di *Counseling* e Mediazione interculturale e, dal 2008, è "attivo" un gruppo di studio permanente e multidisciplinare che, occupandosi di pittura, ha creato degli strumenti per agevolare i processi comunicativi come "Il manuale multilingue", in uso presso tutti i servizi

Area della Percezione dell'Altro	
Item 1	Durante la sua professione le è capitato di venire a contatto con pazienti di cultura altra?
Item 2	Nell'Unità Operativa dove lavora sono presenti pazienti di cultura altra?
Item 3	Ritiene che negli ultimi anni sia aumentato il numero di pazienti di cultura altra nell'unità operativa dove lavora?
Item 4	Crede possa arricchire il suo bagaglio professionale e culturale assistere pazienti di cultura altra?
Area della Considerazione dell'Altro	
Item 5	Crede di prestare le dovute attenzioni durante l'assistenza a un paziente di cultura altra?
Item 6	Come si comporta se un suo collega non presta le dovute attenzioni a un paziente di cultura altra? a- chiede spiegazioni al collega b- si sostituisce al collega c- ignora il collega per non creare tensioni d- chiede consiglio su come affrontare la questione a un suo referente
Item 7	Crede che i pazienti di cultura altra abbiano delle esigenze diverse rispetto agli altri pazienti?
Item 8	Riesce a soddisfare richieste specifiche da parte dei pazienti di cultura?
Item 9	Le capita di avere un atteggiamento non usuale con il paziente di cultura altra? a- Più attento b- Più rilassato c- Più disponibile d- Più estroverso e- Più sospettoso f- Assume atteggiamenti di salvaguardia g- Fa più attenzione alle parole che utilizza h- Fa più attenzione a come si comporta i- Mi comporto come sempre
Area del Concetto di salute	
Item 10	Ritiene che il concetto di salute sia strettamente legato alla cultura di appartenenza?
Item 11	La parola salute l'associa a? a- Assenza di malattia b- Assenza di sofferenza c- Presenza di benessere d- Presenza di benessere fisico e- Presenza di benessere psichico
Area della Comunicazione paziente/curante	
Item 12	Come accoglie una paziente di cultura altra che non parla la sua stessa lingua? a- Rivolte alla propria abilità linguistiche b- Si rivolge all'ufficio accoglienza e tutela e partecipazione (URP) c- Si rivolge alla comunità di appartenenza d- Utilizza immagini e- Si avvale della gestualità
Item 13	Quanto ritiene importante raggiungere un consenso informato pienamente consapevole nel paziente?
Item 14	Crede di dare alla comunicazione la giusta importanza durante il suo lavoro?
Item 15	Riesce sempre a esporre in maniera chiara le informazioni e a dare spiegazioni al paziente di cultura altra?
Item 16	Come si accorge che il paziente di cultura altra non ha compreso quello che gli si sta dicendo? a- Non da segni di assenso b- Ha lo sguardo smarrito c- Fa sempre la stessa domanda d- Fa troppe domande e- Appare agitato
Item 17	Se il paziente non ha compreso bene quello che Lei ha detto, come si comporta? a- Ripeto più volte lo stesso concetto b- Mi avvalgo della gestualità c- Utilizzo strumenti alternativi
Item 18	Come si comporta se il paziente continua a non comprendere? a- Sono comprensivo b- Sono calmo c- Provo a spiegare le cose in modo diverso d- Sono agitato/preoccupato e- Sono frettoloso f- Ripeto le cose sempre allo stesso modo
Item 19	Come si accerta che i pazienti di cultura altra abbiano sempre capito? a- Facendosi ripetere quanto detto b- Chiedendo conferma di quanto detto c- Non mi accerto
Item 20	Crede potrebbe essere utile ricorrere all'utilizzo di immagini in sostituzione delle parole in caso d'incomprensione da parte dei pazienti di cultura altra?
Area della conoscenza della mediazione culturale	
Item 21	Conosce la figura del mediatore culturale?
Item 22	Crede che la figura del mediatore culturale possa esserle di aiuto durante il lavoro?
Area delle competenze	
Item 23	Crede che le competenze da Lei acquisite durante il suo percorso di studi e la sua esperienza professionale siano adeguate ad affrontare situazioni multiculturali?
Item 24	Ha mai frequentato corsi e seminari di Medicina, Pedagogia o Comunicazione transculturale ed Interculturale?
Item 25	Questi ultimi Le sono stati offerti dal Ptv?
Item 26	Crede siano utili dei corsi o seminari del genere?

Tabella 1. Questionario di self-report distribuito al personale sanitario

del Ptv.

Dal 2012, inoltre, è stato attivato un servizio d'interpretariato telefonico per poter comunicare correttamente con i pazienti che non parlano la lingua italiana: il servizio è attivo h24 e le lingue per cui è attivo sono ben 29.

Alla luce degli interventi organizzativi realizzati, lo scopo del presente lavoro nasce dall'esigenza di descrivere quale sia la percezione che i pazienti di cultura altra hanno dell'offerta sanitaria e dell'accoglienza ricevuta, nonché di monitorare gli atteggiamenti e i comportamenti messi in essere dal personale sanitario verso i pazienti di cultura altra.

Si è voluta, dunque, compiere una prima indagine per monitorare le capacità di accoglienza sanitaria e, più in generale, del clima relazionale che si viene ad instaurare tra il personale sanitario e le persone assistite di cultura altra presenti in una realtà così complessa come il Ptv, individuandone i punti di forza e le criticità. Ciò per poter intraprendere e promuovere eventuali azioni correttive e/o di miglioramento.

MATERIALI E METODI

Lo studio svolto è stato di tipo quantitativo con disegno osservazionale.

Tutti i partecipanti appartengono ad un campione di convenienza ed il contesto operativo, dal quale è stato tratto il campione, è rappresentato dai degenti di cultura altra e dal personale sanitario presente presso le diverse aree di degenza del Ptv.

L'intero progetto di ricerca si è svolto tra i mesi di dicembre 2011 e maggio 2012 da un gruppo di lavoro interdisciplinare, coordinato dalla Direzione Infermieristica e delle professioni Sanitarie e dal Servizio accoglienza, tutela e partecipazione-Urp.

Gli strumenti utilizzati sono stati due questionari di *self report* elaborati dal gruppo di ricerca, rispondenti al raggiungimento dello scopo dell'indagine.

Il primo questionario è composto da 17 *item* ed è rivolto ai pazienti; mentre il secondo, quello destinato ai sanitari, è composto da 26 *item*.

Ad entrambi gli strumenti di rilevazione è associata, nella modalità di risposta, una scala di Likert a 4 punti, da 0 a 3 (da "per nulla" a "molto") e, dal punto di vista concettuale, sono formati da sei macro aree: cinque comuni ed una differente nel contenuto. (Tabella 1 e 2) A tutti e due gruppi è stata chiesta l'autorizzazione al trattamento dei dati rilevati garantendo l'anonimato.

Per l'analisi statistica, si è proceduto ad analizzare i dati socio-demografici di entrambi i gruppi di partecipanti, basandosi sul calcolo delle medie di ogni dato numerico.

Al contempo, sono state misurate le distribuzioni di frequenza degli *item* nelle diverse dimensioni o aree estrapolate.

Area della percezione dell'altro	
Item 1	Com'è avvenuta la scelta del Psv? a- Per la posizione vicina all'abitazione b- Su suggerimento di un conoscente c- Su invito del Medico di base d- Su invito dei Servizi di Medicina delle Migrazioni e- Su invito di altra struttura sanitaria esterna f- Su invito di altra struttura sanitaria interna (Pronto Soccorso) g- Altro
Item 2	E' soddisfatto/a di avere scelto il Policlinico Tor Vergata?
Item 3	Consiglierebbe a un suo conoscente il Psv? a- Per l'accoglienza b- Per la disponibilità c- Per l'attenzione alla persona d- Per gli orari di visita e- Per la tutela della privacy f- Altro
Area del concetto di salute	
Item 4	Se dico la parola salute a cosa l'associa? a- Assenza di malattia b- Assenza di sofferenza c- Presenza di benessere fisico d- Presenza di benessere psichico e- Presenza di benessere emotivo f- Presenza di benessere ambientale
Area della considerazione dell'altro	
Item 5	All'interno del percorso di cura, il personale sanitario ha considerato la sua cultura di appartenenza?
Item 6	Ha mai rivolto delle richieste specifiche legate alla sua cultura di appartenenza relative a: a- Ricevere cure da personale sanitario uomo o donna b- Avere un ministro di culto appartenente alla sua comunità di origine c- Avere un'alimentazione conseguente allo stato di salute e rispettosa delle abitudini alimentari della sua cultura di appartenenza d- Avere una riservatezza propria della sua cultura di appartenenza
Item 7	Il personale sanitario è stato in grado di rispondere alle sue necessità? Area della Comunicazione paziente/curante
Item 8	Riesce a capire quello che il personale sanitario le dice?
Item 9	Quando non comprende, chiede al personale sanitario di ripetere quello che è appena stato detto?
Item 10	Dopo la nuova spiegazione (ripetizione), riesce a comprendere meglio?
Item 11	Quando chiede di ripetere quello che non ha compreso come reagisce il personale sanitario? a- È comprensivo b- È gentile c- È irritato d- È frettoloso e- Ripete la stessa espressione
Item 12	Se alla fine non ha compreso, a chi si rivolge? a- Ad altro personale sanitario b- A un familiare c- A un amico
Area della conoscenza della mediazione culturale	
Item 13	Conosce la figura professionale del mediatore culturale?
Item 14	Crede le possa essere utile all'interno del Psv?
Area della rappresentazione	
Item 15	Come si sente in Italia? a- Integrato b- Accettato c- Sopportato d- Escluso
Item 16	Su quali persone può contare per un aiuto? a- Familiari b- Amici c- Conazionali
Item 17	Motivo del suo arrivo in Italia? a- Lavoro b- Famiglia c- Salute d- Rifugiato o richiedente asilo

Tabella 2. Questionario di self-report distribuito ai degenti di cultura altra

RISULTATI

I questionari validi per l'elaborazione sono stati 225 totali: 75 appartenenti al gruppo di pazienti di cultura altra e 150

al campione dei professionisti della salute.

La prima descrizione socio-demografica è quella dei pazienti di cultura altra.

I partecipanti di questo gruppo indagato risultano avere un'età media di 37 anni (range 17-62) e sono per il 56% donne. (Grafico 1)



Grafico 1. Distribuzione per genere del campione degenti di cultura altra

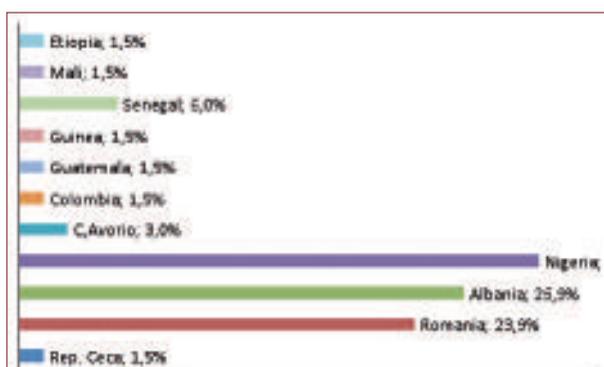


Grafico 2. Distribuzione per Paese di provenienza del campione degenti di cultura altra

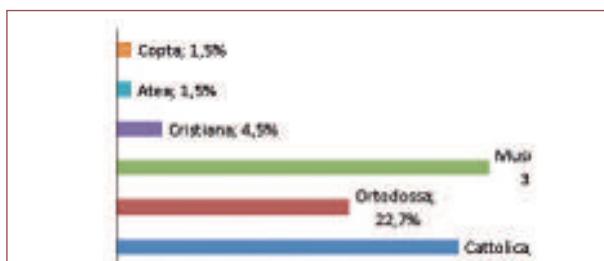


Grafico 3. Rappresentazione dell'appartenenza religiosa dei partecipanti di cultura altra



Grafico 4. Rappresentazione della capacità di comprensione della lingua inglese degli operatori sanitari



Grafico 5. Rappresentazione della capacità di espressione in lingua inglese degli operatori sanitari

E' soddisfatto di aver scelto il PTV?

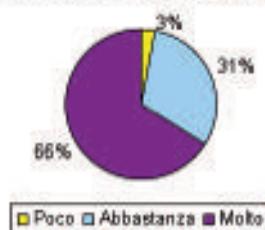


Grafico 6. Rappresentazione della soddisfazione dei pazienti di cultura altra

Il 52,3% del totale proviene da paesi dell'Est Europa; il 44,8 % dal Centro Africa e il 3% dal Centro America. Nello specifico, le comunità più rappresentative sono quelle: albanese, rumena e senegalese. (Grafico 2)

Tutti dichiarano di comprendere bene la lingua italiana e ben l'88% di loro dichiara, inoltre, di parlarla correttamente.

Il 49% abita con il proprio nucleo familiare e il 25%, alla data della rilevazione, risultava essere disoccupato, mentre il restante 75% svolge un'occupazione non qualificata in diversi settori, dal commercio, alla sanità, all'edilizia.

Il 47% dei partecipanti dice di essere in possesso di un diploma d'istruzione superiore e il 12% di una laurea.

Le religioni più rappresentative sono la musulmana (36,4%), la cattolica (33,3%) e l'ortodossa (22,7%). (Grafico 3)

La seconda descrizione socio-demografica ottenuta è stata quella dei 150 sanitari che hanno aderito allo studio e che lavorano presso le aree di degenza selezionate.

Sono in maggioranza donne (65%) ed il campione totale risulta composto dal 40% di medici, 40% di infermieri e dal 20% appartenente ad altre professioni sanitarie.

La loro età media è di 35 anni (range 21-60), gran parte di loro dichiara di comprendere abbastanza bene la lingua inglese (60%), di parlarla in modo accettabile (46%) e di conoscere anche il francese (56%), nonché il tedesco (11%). (Grafici 4 e 5)

Dopo l'analisi socio-demografica dei partecipanti, si è eseguita un'analisi descrittiva dei dati raccolti rappresentati nelle

aree o dimensioni identificate.

Alla prima dimensione analizzata, "Area della Percezione dell'Altro", appartengono i quesiti introduttivi che indagano come i pazienti di cultura altra percepiscono il servizio ed il perché hanno scelto di rivolgersi al Ptv; mentre nel questionario rivolto agli operatori si è indagata la loro conoscenza del problema e di come il paziente di cultura altra possa arricchire o modificare il loro bagaglio culturale.

La maggior parte dei pazienti ha dichiarato di giungere al Ptv attraverso un pronto soccorso (83%), molti di loro (69%) sostengono, inoltre, che è l'ospedale più vicino al luogo di domicilio.

Alle domande che monitorizzano la loro percezione e il gradimento dell'accoglienza ricevuta, un buon 66% si dichiara "molto soddisfatto", mentre un 33% è "abbastanza soddisfatto". (Grafico 6)

La totalità dei pazienti, inoltre, dichiara di "essere propenso a consigliare a parenti ed amici la struttura sanitaria", soprattutto per la disponibilità degli operatori (81%).

Questo dato è in linea con quello dichiarato dagli operatori sanitari che affermano di lavorare, abitualmente, con pazienti di cultura altra (64%) e di considerare tale aspetto un arricchimento del proprio bagaglio culturale (85%).

La seconda dimensione, "Area della Considerazione dell'Altro", è volta ad indagare tra i pazienti il livello di considerazione ricevuta rispetto ai propri bisogni culturali; mentre, tra gli operatori, viene esaminato l'impatto ed il livello delle richieste e delle domande che pongono i pazienti di cultura altra.

A tal proposito, il 93% dei pazienti di-

chiara che il personale sanitario, durante il periodo del ricovero, ha rispettato le sue esigenze culturali; soltanto il 64% dichiara di aver rivolto poche richieste legate al proprio specifico culturale.

Il 58% dichiara di aver espresso delle necessità legate soprattutto al bisogno di essere assistiti da personale di sesso identico al proprio o in relazione al proprio regime alimentare legato ai dettami religiosi e culturali.

Nel complesso, comunque, il dato è positivo: **il 100% dei pazienti di cultura altra dichiara che "il personale sanitario tutto ha soddisfatto le esigenze e le necessità espresse"**.

Questo dato è sovrapponibile al risultato ottenuto dal questionario degli operatori sanitari in cui il 94% dichiara di prestare le dovute attenzioni assistenziali nella presa in carico e cura dei pazienti di cultura altra.

Alla terza dimensione analizzata, "Area del concetto di salute" hanno partecipato tutti i partecipanti (degenti di cultura altra ed operatori sanitari) che, alla richiesta a cosa associassero la parola "salute", hanno indicato concetti universalmente riconosciuti come: l'assenza di sofferenza, lo stato di benessere e l'assenza di malattia.

La quarta e la quinta dimensione sono dedicate alla "Comunicazione paziente/curante" e alla "Conoscenza della figura del mediatore culturale".

Queste aree sono volte a rilevare l'attenzione percepita da pazienti ed operatori in merito al processo di accoglienza e relazione con pazienti di cultura altra.

I risultati descrivono una percezione positiva del livello di comunicazione da parte dei pazienti (87% dei casi) che di-

chiarano quanto gli operatori siano molto comprensivi (89% dei casi); chiari nell'esposizione (97% delle volte); non si irritino in caso di richieste ripetute (88%) e sono per nulla o poco frettolosi nella comunicazione (89% delle circostanze).

Il 100% dei pazienti intervistati sente la necessità di essere seguito nel percorso di cura anche da un mediatore culturale, ma soltanto il 10% dichiara di conoscerne bene la figura.

Sempre in merito al processo comunicativo, l'88% degli operatori sanitari ammette di ricorrere alle proprie abilità linguistiche, usando molto la gestualità: ciò, a svantaggio degli strumenti di facilitazione messi a loro disposizione dall'organizzazione.

Soltanto il 50% conosce, infatti, la figura del mediatore culturale e solamente il 30% vi si rivolge. Solo il 37% degli intervistati ammette, inoltre, di usare le immagini del manuale pittografico messo a disposizione dall'Azienda, anche se, in contraddizione, l'86% ad altra domanda risponde che "un simile strumento sia utile e fondamentale".

La sesta ed ultima dimensione del questionario rivolto ai pazienti contiene domande volte a conoscerlo come "persona migrante", mentre in quella del questionario per gli operatori sanitari gli *item* mirano a saggiare le competenze interculturali che essi pensano di possedere. I risultati di questa dimensione mostrano che i pazienti di cultura altra che hanno partecipato allo studio sono giunti in Italia per motivi di lavoro (97%) o per ricongiungersi al proprio nucleo familiare (93%).

L'82% degli intervistati dichiara di sentirsi integrato con il Paese ospite, ma di continuare a contare soprattutto sui propri familiari nei casi di necessità o di bisogno.

I professionisti della salute indagati, invece, lamentano di aver acquisito scarsissime conoscenze interculturali durante il percorso dei propri studi accademici (62%) e, nonostante ciò, ben l'89% ammette di non aver partecipato a corsi di formazione specifici nel corso della loro vita professionale, pur ritenendoli importanti (nel 90% dei casi).

DISCUSSIONE

Il fenomeno dell'immigrazione accompagna la storia dell'uomo fin dall'antichità.

L'Italia, attualmente, si colloca accanto alla Gran Bretagna per la consistenza del numero di immigranti nell'ultimo decennio. [5]

Il nostro Paese è, dunque, diventato strutturalmente una nazione multiculturale, perché vi si sono insediate stabilmente collettività provenienti da diverse parti del mondo. [6]

Il profilo sanitario degli stranieri che giungono nei Paesi occidentali è condizionato, da sempre, da molteplici fattori ed eventi sia legati al Paese di origine, che dal percorso migratorio, che dalla capacità ricettiva e dal grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio assistenziali a cui queste persone, con particolari stati giuridici, devono accedere. [7] [8]

L'ospedale, attualmente, è il servizio più utilizzato dalle famiglie immigrate, è il luogo d'accesso privilegiato per le loro richieste di salute e di risposte di cura.

L'indagine svolta, pur se rappresentativa della situazione in cui vivono i pazienti di cultura altra e gli operatori sanitari del Ptv, ha comunque messo in luce aspetti critici e, al contempo, soddisfacenti del percorso di gestione e presa in carico del paziente di cultura altra.

Un limite importante dello studio, del tutto casuale, è stato il reclutamento del campione di convenienza, al quale non appartengono pazienti cinesi, filippini e indiani e ciò ha determinato la difficoltà di confrontare i risultati con quelli analoghi presenti in letteratura.

I riscontri ottenuti mostrano che la maggioranza dei pazienti accede alla struttura perché residente in zone limitrofe e tramite pronto soccorso e ciò rispecchia quella che è la richiesta di salute dei pazienti emigranti su tutto il territorio nazionale [9], dove risulta che essi siano ancora poco inseriti in un discorso di medicina preventiva e si rivolgano all'ospedale per tutte le necessità di salute.

Il gruppo di degenti appartiene a persone giunte in Italia per motivi di lavoro e con tutto il proprio nucleo familiare,

che rimane il centro della rete di supporto e gestione dei bisogni, sia sociali che di salute. Le persone assistite di cultura altra si dichiarano soddisfatte e comprese nelle loro necessità, anche se, per rispondere ai loro bisogni di comunicazione e relazionale preferiscono farsi supportare dai familiari, che mediano le loro richieste e abbattano le barriere comunicative che si possono creare durante il periodo di degenza.

Dallo studio risulta, inoltre, che le barriere linguistiche sono meno complesse presso il Ptv, forse perché il personale è mediamente *under* 40 e possiede una discreta conoscenza della lingua inglese, attualmente usata come linguaggio universale nelle comunicazioni più fondamentali.

CONCLUSIONI

In conclusione, alla luce dei risultati della ricerca, il percorso di degenza dei pazienti di cultura altra, risulta gestito con efficacia ed attenzione dal personale del Ptv e dalla struttura nel complesso. L'approccio relazionale e comunicativo dei professionisti della salute che lavorano presso il Ptv risulta sovrapponibile a quello presentato in altri studi internazionali [10,11,12] che attiene, nella maggioranza dei casi, alle resistenze che i vari professionisti hanno nell'usare gli strumenti e le risorse che l'organizzazione mette a loro disposizione (formazione continua specifica, figura del mediatore culturale, servizio di interpretariato).

Studi e ricerche condotte sull'argomento negli ultimi 15 anni, in campo nazionale e internazionale [10, 11], affermano che i pazienti che non parlano la lingua del Paese ospite sono soggetti a tempi più lunghi di ricovero; sono più a rischio di diagnosi errate ed hanno un accesso più limitato ai servizi di prevenzione e diagnosi primaria.

Da uno studio condotto negli Stati Uniti [12], inoltre, emerge che i medici e il personale sanitario non usufruiscono spesso dei servizi d'interpretariato, gestendo il problema da soli, anche quando il servizio è disponibile, dichiarando così di "risparmiare tempo".

Questo aspetto così contraddittorio dovrebbe essere ulteriormente approfondito.

dito perché la letteratura dimostra come queste resistenze comportino che l'accesso ai servizi sanitari e sociali per i pazienti migranti sia caratterizzato da uno *standard* qualitativo più basso rispetto a quello di cui usufruiscono i cittadini di nazionalità del Paese accogliente [11], e che, alla base di questa disparità di trattamento, c'è un problema di comunicazione legato a barriere linguistiche e culturali. [13]

All'interno di una struttura grande e complessa com'è quella sanitaria, la mediazione linguistico-culturale deve assumere un ruolo importantissimo, perché un mediatore e gli strumenti di mediazione non offrono soltanto un servizio d'interpretariato fra paziente e personale

sanitario, ma riescono ad identificare anche le aree di possibile conflitto e a fornire il giusto supporto per affrontarle e risolverle.

La multiculturalità è una constatazione che tutti i settori della società hanno fatto, mentre la coesione, l'interazione e la prospettiva interculturale sono obiettivi primari da raggiungere partendo dai servizi per la salute e dalle persone che vi operano, soprattutto come messaggio di accoglienza.

AUTORI:

Alessandro Sili, responsabile Direzione infermieristica e delle Professioni Sanitarie;

Giulia Venturini, referente aziendale Tirocinio Clinico Cdl triennale Policlinico Tor Vergata.

Gruppo di Ricerca interdisciplinare: Alessandra Battaglia (Uoc Umanizzazione); Cecilia Ferrara (Scienze dell'Educazione e della Formazione in una Società Multiculturale); Angela Infante (mediatore culturale-Direzione Sanitaria di Presidio); Franca Rapone (assistente sociale-Direzione Sanitaria di Presidio); Maria Rosa Loria (dirigente Uosd Accoglienza, tutela, partecipazione-Urp); Alessandro Sili (responsabile Uoc- Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie); Elvira Lozupone (ricercatore Facoltà di Lettere-università Tor Vergata, Roma).

BIBLIOGRAFIA

1. Rizzi R, Fasaano A.I. *Ospitare e curare. Dialogo interculturale ed esperienze cliniche con gli immigranti*. Franco Angeli. Milano 2002.
2. Gostinelli M, *Assistere secondo cultura. Nursing in movimento*. Disponibile all'indirizzo internet: <http://www.damiduck.it> (data ultima consultazione 05/5/2012).
3. Atti della Conferenza dei Ministri Europei della salute. *Dichiarazione di Bratislava sulla salute, i diritti umani e le Migrazioni*. Bratislava 22 e 23 novembre 2007.
4. Saladin P, *Diversità e pari opportunità*. A cura dell'ufficio Federale della sanità pubblica Ufsp in collaborazione con H+ Gli ospedali svizzeri, Berna (2006).
5. Idos-Centro studi e ricerche. *Redazione Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes XXI Rapporto*. Elaborazione su dati Eurostat. Roma: Caritas Migrantes; 2011.
6. Caritas Italiana. Fondazione Migrantes. *Caritas di Roma* a cura di NozzaV, Perego G et al. *L'immigrazione nel 2011: riflessione del Comitato di Presidenza*. Roma 27 ottobre 2011.
7. Geraci S, *Il profilo di salute dell'immigrato tar aree critiche e percorsi di tutela*. Ann Ital Med Int 2001; suppl. 1: 167-71.
8. Diamond L.C, Schenker Y, Curry L et al, *Getting by: underuse of interpreters by resident physicians*. Journal of General Internal Medicine 2009; 2: 256-262.
9. Who Commission on social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation*. 2008.
10. Baker D, Parker R, Ramos M, Casa M, *Cultural Competency training in psychiatry*; European Psychiatry 2008; 23: 12-19.
11. Bischoff A, Bovier P, Isah R et al, *Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral*; Soc Sci Med 2003; 57:503-12.
12. Kazi B., Cooper C, *Barriers to use of interpreters in emergency room paediatric consultation*. JPediatr Child H 2003; 39:259-63.
13. El-Hamad I, Scarcella C, Pezzoli M.C, Scolari C, Geraci S, *Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione*. Studi Emigrazione 2005; 157:133:51.

NOTIZIE IN PILLOLE

I presidenti Usa vivono più della media

Jay Olshansky e il suo team dell'università dell'Illinois, a Chicago, hanno pensato di organizzare uno studio su come invecchiano i presidenti Usa. I risultati, dimostrano come questi personaggi godano di una vita più lunga della media. Lo studioso ha, quindi, calcolato l'aspettativa di vita dei presidenti in base alla loro età e all'anno in cui sono stati eletti; i dati sono stati poi confrontati con il lasso di tempo realmente vissuto da ciascuno e si è scoperto che 23 dei 34 presidenti degli Stati Uniti morti per cause naturali hanno vissuto più a lungo, e in molti casi, significativamente, più lungo, di quanto si potesse prevedere.

Tra i motivi: l'istruzione, l'accesso alle migliori cure mediche possibili e lo stato di benessere generale in cui normalmente una persona così importante vive.

Indagine sulle conoscenze che i pazienti hanno sui farmaci alla dimissione

di Alessandra Bacchi, Demetrio Bilotta, Renata Reggi

PREMESSA

Nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, la gestione del rischio clinico si propone come scopo primario il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e la garanzia della sicurezza del paziente attraverso un sistema integrato di monitoraggio delle criticità e la definizione di azioni correttive appropriate ed efficaci. L'approccio metodologico di tipo proattivo (analisi proattiva) mediante un'indagine conoscitiva, ha permesso di valutare l'aderenza dei pazienti ai nuovi farmaci prescritti in dimissione, allo scopo di rilevare e monitorare il rischio di *non-compliance* in un determinato periodo di tempo.

La metodologia adottata per valutare la *compliance* dei pazienti dimessi dall'unità operativa di medicina d'urgenza del Policlinico di Tor Vergata, si basa su uno studio condotto dal gruppo di lavoro Ipad in alcuni ospedali del Piemonte e della Lombardia.

Le fasi che hanno preceduto l'indagine sono state:

1. revisione della letteratura per individuare gli aspetti che possono influenzare la comprensione dei pazienti riguardo alle informazioni sui farmaci, che devono essere considerati negli studi di valutazione della *compliance*;
2. costruzione di un questionario;
3. scelta dei criteri di inclusione del campione di pazienti da intervistare e dei criteri per analizzare i dati relativi alle loro conoscenze sui nuovi farmaci;
3. rilevazione dei farmaci più prescritti nell'unità operativa di medicina d'ur-

genza, appartenenti ad otto categorie, mediante un'intervista alla coordinatrice gestionale;

4. auto-formazione per approfondire le mie conoscenze sui farmaci allo scopo di dare ai pazienti e ai *caregiver*, a fine intervista, le informazioni che eventualmente non avevano.

La consultazione delle schede tecniche sui farmaci, reperite principalmente su banche dati come l'Aifa e su supporto informatico cd-rom, ha permesso di scegliere i contenuti educativo/informativi di competenza infermieristica da raccogliere nel dossier sui farmaci e di semplificare le informazioni da includere nella brochure;

5. costruzione di un dossier informativo sui farmaci che contiene tutte le informazioni che gli infermieri devono dare ai pazienti e ai loro *caregiver*, per assicurargli un'informazione completa, corretta ed uniforme;
6. costruzione del materiale informativo scritto (brochure) da consegnare ai pazienti. I contenuti scelti sono semplici informazioni che riguardano gli aspetti rilevanti dei farmaci e le procedure per rilevare i parametri vitali.

La brochure contiene anche il diario dei farmaci che può essere utile per valutare la *compliance* del paziente, anche dopo la dimissione dall'ospedale.

Lo strumento utilizzato per raccogliere e selezionare i dati oggettivi e soggettivi, utili a valutare la *compliance* dei pazienti in dimissione, è un questionario strutturato e un'intervista diretta ai pazienti inclusi nel campione.

Identificato il campione da intervistare, i pazienti e/o i *caregiver* sono stati informati sulle finalità dello studio, sull'anonimato del questionario, a garanzia della loro privacy, e gli è stato chiesto il consenso all'intervista.

Il momento scelto per effettuarla è stata la dimissione (in base a quanto proposto da Cramer, Scheyer, Mattson in una revisione sistematica) perché il paziente ha già ricevuto le informazioni sui farmaci e la sua lettera per lasciare la struttura.

L'intervista è stata condotta da un infermiere formato, nella stanza dei pazienti, nel rispetto della privacy e senza interferire sulle attività del reparto.

Durante l'intervista, l'infermiere non ha dato suggerimenti al paziente, ma si è limitato a chiedere di ricordare le informazioni che aveva appena ricevuto.

I criteri per valutare la "correttezza" di ogni risposta data dal paziente alle domande del questionario sono stati definiti sulla base di uno studio di valutazione delle conoscenze dei pazienti sui farmaci alla dimissione.

OBIETTIVI

Questi gli scopi dello studio:

- valutare quante e quali informazioni il campione intervistato ha al momento della dimissione rispetto alle informazioni utili alla gestione dei nuovi farmaci prescritti;
- identificare il momento in cui hanno ricevuto le informazioni e da chi;
- identificare, in un determinato periodo di tempo, il *target* di pazienti dimessi dall'unità operativa d'urgenza;

- proporre strategie organizzative e clinico-assistenziali per migliorare la *compliance* dei pazienti ai nuovi farmaci prescritti.

MATERIALI E METODI

Nel mese di aprile-maggio 2012 è stata condotta un'indagine conoscitiva nell'unità operativa di medicina d'urgenza di un ospedale di Roma allo scopo di valutare la *compliance* dei pazienti ai nuovi farmaci prescritti in dimissione.

Lo strumento adottato per rilevare i dati è un questionario strutturato, costruito e supportato da numerosi studi reperiti in letteratura, composto da due parti: la prima parte è una "scheda di rilevazione dati giornaliera per paziente" che è servita ad annotare i dati oggettivi e ad individuare, mediante una loro analisi immediata, i pazienti da intervistare in base a criteri di inclusione prestabiliti.

La cartella clinica (scheda Rad e Sdo) è la fonte da cui sono stati rilevati i dati oggettivi (età, sesso, titolo di studio, patologia all'ammissione, terapia di dimissione valutata rispetto alla terapia che il paziente assumeva all'ammissione in ospedale, durata della terapia e complessità della posologia); fattori che devono essere analizzati negli studi di valutazione della *compliance* perché sono in grado di ostacolare o limitare la comprensione delle informazioni.

La terapia di dimissione valutata rispetto a quella che il paziente assumeva all'ammissione in ospedale, ha permesso di dividere le vecchie terapie (non modificate o modificate con uno o più farmaci appartenenti alla stessa classe) da quelle nuove.

I pazienti sono stati intervistati alla dimissione se rispondevano ai seguenti criteri di inclusione:

- pazienti in dimissione dall'unità operativa di medicina d'urgenza a cui sia stato prescritto un nuovo farmaco appartenente ad una delle otto categorie considerate ad alto rischio di interazione farmacologica dall'Osservatorio nazionale sull'impiego dei Farmaci, soprattutto in caso di polifarmacoterapia.

Le otto categorie di farmaci considerate nello studio sono: gli ace-inibitori, gli antiaggreganti, gli anticoagulanti, i beta

bloccanti, i calcio antagonisti, gli inibitori della pompa protonica, i diuretici e gli ipoglicemizzanti orali.

Per nuovo farmaco s'intende un principio attivo non assunto dal paziente all'ammissione in ospedale (quindi, se veniva modificato il farmaco all'interno della stessa classe, la terapia non veniva considerata nuova);

- pazienti adulti dai 18 ai 95 anni di età;
- pazienti intervistabili e *caregiver*, che hanno accettato di farsi intervistare;
- terapia con almeno una nuova prescrizione, da assumere per un periodo di tempo superiore ai 15 giorni.

I criteri di esclusione dallo studio sono:

- pazienti dimessi con terapia immodificata o con terapia modificata con uno o più farmaci appartenenti alla stessa classe;
- pazienti di età inferiore ai 18 anni e oltre i 95 anni;
- pazienti e i *caregiver* che non hanno accettato di farsi intervistare;
- pazienti non in grado di rispondere alle domande per problemi cognitivi;
- terapia con almeno una nuova prescrizione da assumere per un periodo di tempo inferiore ai 15 giorni.

La seconda parte del questionario è un'intervista strutturata in 27 domande: 15 chiuse e 12 aperte. L'intervista è servita a rilevare i dati soggettivi del paziente dopo che il medico gli ha consegnato la lettera di dimissione, fornendogli le informazioni sulle terapie prescritte per valutare quello che lui e il suo *caregiver* ricordano ed hanno compreso.

Nella seconda parte del questionario le domande aperte seguono quelle chiuse e sono state proposte al paziente solo in caso di risposta affermativa.

Secondo le linee-guida Cmag, infatti, non è sufficiente chiedere al paziente se ha ricevuto le informazioni o se le ha comprese, ma è necessario verificare ciò che lui e/o il *caregiver* ricordano, perché è quello che hanno davvero compreso.

RISULTATI

I questionari analizzati sono 76 ed i risultati dall'analisi di tutte le schede di rilevazione dati giornaliere sono riportati nella tabella 1.

I pazienti a cui è stata prescritta una nuova terapia e che sono stati intervistati alla dimissione sono 50 (65,7%) e i loro dati sono riportati nella tabella 2.

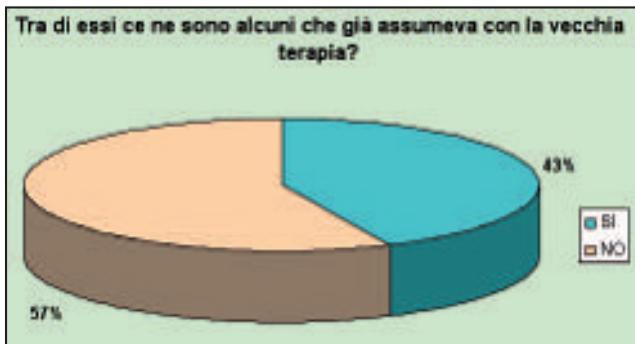
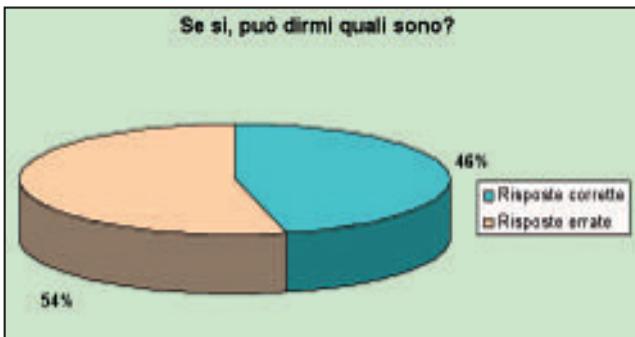
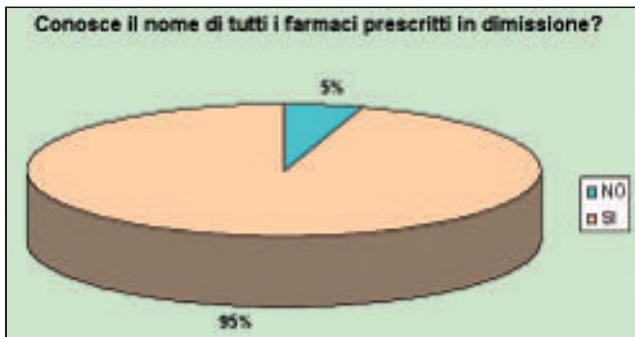
	N	%
Sesso		
M	42	55,26%
F	34	44,73%
Età media	70,77	mediana 72
Titolo di studio		
17 diploma di scuola media inferiore		25,75%
12 diploma di scuola media superiore		15,78%
4 laurea		5,26%
43 altro titolo di studio		56,57%
Patologia all'ammissione		
19 patologia cronica		25%
57 patologia acuta		75%
Terapia di dimissione valutata rispetto alla terapia all'ammissione		
50 Nuove terapie		65,78%
16 terapie non modificate		21%
10 terapie modificate con uno o più farmaci appartenenti alla stessa classe		13,15%
Durata terapia	76 terapie a lungo termine (>15 gg)	100%
Posologia		
17 posologie complesse		22,36%
59 posologie semplici		77,63%

	N	%
Sesso		
29 M		58%
21 F		42%
Età media	73	Mediana 79
Nuovi farmaci	105	
Vecchi farmaci	187	
Totale farmaci	292	
Numero di farmaci (vecchi e nuovi) assunti al giorno		Mediana 3-4, Range (1-6)

Classi di Farmaci	N	% pazienti	Nuovi farmaci	% riga
1. Diuretici	42	84%	24	57,14%
2. Antiaggreganti	39	78%	30	76,92%
3. Ace-inibitori	28	56%	9	32,14%
4. Inibitori pompa p.	25	50%	18	72%
5. B-bloccanti	16	32%	11	68,75%
6. Anticoagulanti	13	26%	7	53,84%
7. Calcio antagonisti	11	22%	4	36,36%
8. Ipoglicemizzanti orali	4	8%	2	50%

	Pazienti	%
Dal medico	43	86%
Dall'infermiere	7	14%
Da altro operatore sanitario	0	0%
Aveva già l'informazione	0	0%

	Pazienti	%
Durante il ricovero	17	34%
Alla dimissione	33	66%
Altro	0	0%



Complessivamente, essi assumono 105 nuovi farmaci: ogni paziente assume, in media, da 1 a 3 nuovi farmaci e in particolare: a 20 di loro (60%) sono stati prescritti tre nuovi farmaci, a 15 (30%) due nuovi farmaci e a 15 pazienti (30%) un solo nuovo farmaco.

I nuovi farmaci relativi ad ogni classe più frequentemente prescritti in dimissione (tabella 3) sono: gli antiaggreganti (76,92%), gli inibitori della pompa protonica (72%), i B-bloccanti (68,75%), i diuretici (57,14%), gli anticoagulanti orali (53,84%), gli ipoglicemizzanti orali (50%), i Calcio-antagonisti (36,36%), e gli Ace-inibitori (32,14%).

Dall'analisi dei dati contenuti nella seconda parte del questionario, risulta che la totalità del campione intervistato dichiara di aver ricevuto le informazioni riguardo ai farmaci prescritti ma l'infermiere è percepito come fonte di infor-

mazione solo dal 14% dei pazienti. (Tabella 4)

I dati contenuti nella tabella 5 denotano che la maggior parte del campione intervistato (66%) riceve le informazioni al momento della dimissione.

Quasi la totalità del campione (95%) ha dichiarato di conoscere il nome di tutti i farmaci prescritti in dimissione, ma meno della metà dei pazienti (46%) è riuscito a ricordarli tutti.

Il 43% degli intervistati dichiara che, tra

i farmaci prescritti in dimissione, ce ne sono alcuni che già assumevano con la vecchia terapia e buona parte di essi (38%) ricorda tutti i loro nomi.

La totalità del campione intervistato dichiara di aver ricevuto la prescrizione di nuovi farmaci anche se il 46% del campione non ricorda il loro nome.

A questo punto, sono state analizzate le conoscenze sugli aspetti relativi ad ogni nuovo farmaco prescritto. La tabella 6 contiene i risultati delle analisi indicate

Informazione nota	N	% pazienti
1. A cosa serve	43	86%
2. Posologia	34	68%
3. Quando assumere il farmaco	16	32%
4. Circostanze in cui il farmaco non si deve assumere	4	8%
5. Farmaci-cibi da evitare	1	2%
6. Cosa fare se si dimentica di assumere una o più dosi	7	14%
7. Cosa fare se si assume una dose eccessiva di farmaco	5	10%
8. Principali effetti collaterali	0	0%
9. Dove conservare il farmaco	0	0%

per paziente, non per farmaco.

Dopo una settimana dalla dimissione, i pazienti sono stati contattati telefonicamente per valutare la *compliance*.

Dalla revisione del diario dei farmaci risulta che tutti i pazienti che hanno ricevuto le informazioni che non avevano prima della dimissione hanno aderito ai nuovi farmaci prescritti.

Quindi, l'intervento educativo rivolto sia al personale infermieristico che a pazienti è riuscito.

DISCUSSIONE

L'analisi dei dati contenuti in tutte le schede di rilevazione giornaliera per paziente ha permesso di definire il *target* di pazienti dimessi dall'unità operativa di medicina d'urgenza e di valutare la presenza dei fattori di rischio legati al farmaco e/o al paziente in grado di ostacolare l'aderenza alle nuove terapie prescritte in dimissione.

L'età media dei pazienti, la prevalenza di un basso livello d'istruzione, la prescrizione di nuove terapie nel 71,42% dei pazienti e tutte di lunga durata, nonostante la maggior parte delle diagnosi all'ammissione siano acute, sono fattori che possono ostacolare significativamente la *compliance*.

Le persone anziane risultano maggiormente suscettibili alla confusione fonetica, che, insieme alla nomenclatura simile di numerosi preparati, può facilitare errori nella modalità di assunzione.

Questo problema può essere prevenuto educando il paziente e/o il *caregiver* a ricordare il nome dei farmaci attraverso la memorizzazione delle caratteristiche della confezione e del farmaco stesso come forma, colori e dimensioni.

Per evitare di non confondere la posologia, gli operatori sanitari dovrebbero favorire l'assunzione dei farmaci prima o dopo le principali attività quotidiane.

L'aderenza è maggiore nei pazienti che presentano una patologia acuta, in confronto a quelli che soffrono di una malattia cronica; la persistenza dell'aderenza



è, infatti, particolarmente bassa nei soggetti con una o più situazioni croniche.

La presenza di nuove terapie prescritte da assumere per un lungo periodo, giustifica l'utilizzo di interventi informativo-educativi multidisciplinari e combinati (informazione verbale supportata dal materiale informativo scritto e il diario dei farmaci) per migliorare la *compliance*. Per i pazienti con una posologia complessa (che nel nostro studio rappresentano una bassa percentuale) potrebbe essere utile richiedere la consulenza del farmacista prima della dimissione (Lowe et al.) oltre ad attuare gli interventi educativo/informativi.

La valutazione del *follow-up* precoce e frequente (a sette giorni dalla dimissione dei pazienti e per un periodo di almeno sei mesi) è una strategia raccomandata dalle linee-guida Cmag per valutare la *compliance* anche dopo la dimissione specie nei pazienti con una posologia complessa e/o con nuove prescrizioni da assumere previo monitoraggio di parametri vitali o di esami emato-chimici.

Lo strumento che la letteratura propone per valutare il *follow-up* (anche telefonico) è il diario dei farmaci compilato dal paziente.

Dall'analisi dei dati contenuti nella seconda parte del questionario risulta che **l'infermiere è percepito come fonte d'informazione da una bassa percentuale di pazienti, nonostante norme giuridiche e deontologiche gli riconoscano una funzione educativa.**

Un'alta percentuale del campione riceve le informazioni soprattutto alla dimissione, invece, le linee-guida Cmag conside-

rano il ricovero come il "momento ideale" per educare i pazienti perché hanno più tempo per elaborare le informazioni e fare domande su aspetti poco chiari.

Il momento della dimissione, invece, è vissuto dal paziente come la fine di una relazione con gli operatori sanitari, per cui la sua concentrazione è maggiormente rivolta a tornare a casa.

Secondo le stesse linee-guida, tutti i pazienti in dimis-

sione dovrebbero già possedere una conoscenza di base sulle terapie prescritte, soprattutto se si tratta di nuovi farmaci. I pazienti ricordano meglio i nomi dei farmaci assunti con le vecchie terapie e hanno una conoscenza insufficiente rispetto allo standard di riferimento proposto dalla letteratura (80%) su quasi tutti gli aspetti che riguardano i nuovi farmaci prescritti, eccetto il loro effetto atteso, noto dall'86% del campione.

L'informazione sugli aspetti rilevanti dei farmaci evita l'interruzione dei trattamenti farmacologici e previene l'inefficacia del trattamento conseguente all'assunzione di una dose più bassa di farmaco, o la comparsa di "effetti avversi" da sovradosaggio.

Per "reazione avversa" a farmaci si intende qualsiasi risposta non desiderata - ed involontaria - che si verifica in seguito all'assunzione di un farmaco.

Assumere farmaci a dosi non appropriate, per un periodo di tempo non chiaramente definito (prima, piuttosto che dopo o lontano dai pasti), da soli o in associazione con altri farmaci, sono aspetti critici per una buona *compliance*, per ottenere i benefici attesi e ridurre il rischio di effetti collaterali e di interazioni.

La non conoscenza delle corrette modalità di assunzione del farmaco (stomaco vuoto o pieno, orari etc.) può portare a problemi, ad esempio ad una scarsa biodisponibilità per l'assunzione a stomaco pieno, laddove il farmaco doveva essere, invece, assunto a stomaco vuoto.

La non conoscenza delle circostanze in cui un farmaco non si deve assumere, senza il parere di un medico, può com-

portare conseguenze gravi, tanto da arrivare a compromettere la vita del paziente.

La non conoscenza di cibi, farmaci e bevande che possono combinarsi coi nuovi farmaci prescritti aumenta il rischio di "interazione" che può essere la causa del potenziamento o della riduzione dell'attività terapeutica o la manifestazione di eventi avversi quale conseguenza della contemporanea somministrazione di due farmaci.

La non conoscenza del comportamento da adottare nel caso in cui il paziente dovesse dimenticare di assumere una dose di un farmaco (o se ne assume una eccessiva) può comportare gravi rischi da sovradosaggio.

La non conoscenza dei principali effetti collaterali dei farmaci è spesso la causa principale di interruzione del trattamento farmacologico.

Dai risultati dell'indagine emerge la necessità di pianificare la dimissione con l'equipe multidisciplinare e di considerarla un processo, ovvero l'insieme delle attività e di decisioni da intraprendere che devono essere finalizzate alla creazione e all'implementazione di interventi educativo/informativi che favoriscono la *compliance* dei pazienti alle terapie prescritte, soprattutto se si tratta di nuove. Gli indirizzi operativi devono essere stabiliti e condivisi con l'equipe multidisciplinare (protocolli e procedure) per regolamentare tutte le attività che devono essere svolte nelle fasi che si susseguono nel processo di dimissione dei pazienti.

Il coordinatore infermiere può adottare il questionario strutturato per monitorare il rischio di non *compliance* in quanto consente di individuare, periodicamente, la percentuale di individui che non ha una conoscenza adeguata sui farmaci prescritti alla dimissione e di confrontare i risultati ottenuti con quelli stabiliti nel piano.

Egli deve, inoltre, valutare le competenze e le conoscenze degli infermieri per pianificare gli interventi formativi mirati alle loro necessità educative.

Il coordinatore può organizzare riunioni, a cadenza regolare, per presentare i dati delle indagini e discutere sulle possibili

cause ed effetti legati al problema della non *compliance*.

La riunione è un momento formativo che consente di condividere le strategie contenute nel piano di dimissione, gli obiettivi proposti nel piano, gli interventi da attuare e gli strumenti (brochure) da utilizzare nelle varie fasi del processo per migliorare la *compliance* dei pazienti ai nuovi farmaci prescritti.

Durante la riunione, il coordinatore può consegnare agli infermieri il dossier informativo sui farmaci e verificare le conoscenze acquisite.

L'analisi organizzativa consente di rilevare il problema di non *compliance*, di individuare sia i punti di debolezza che di forza dell'organizzazione e le opportunità di miglioramento rispetto ad uno standard di *compliance* definito in letteratura. Una fase importante del *management* infermieristico nel processo della dimissione è il coordinamento delle attività e degli interventi pianificati affinché le persone giuste facciano le cose giuste, nella sequenza giusta, nel tempo giusto, nel posto giusto e con il giusto esito, nel rispetto del paziente.

Nella fase di coordinamento si deve stabilire il modello organizzativo da adottare, chi è responsabile delle singole attività, del risultato finale condiviso con l'equipe multidisciplinare e come e quando questo debba essere raggiunto.

Nel caso si scelga un modello organizzativo di tipo *case management*, il *case manager* avrebbe la responsabilità del processo della dimissione, nel rispetto della multidisciplinarietà e del lavoro di equipe.

Nel processo infermieristico, infatti, il *case manager* imposterebbe la migliore pianificazione assistenziale, guidando tutte le persone coinvolte nel processo stesso.

Il risultato del processo deve rispondere ai criteri di efficacia efficienza ed appropriatezza.

L'infermiere coordinatore deve controllare e supervisionare tutto il processo della dimissione, cioè deve verificare se le azioni previste dal piano corrispondono a quelle realmente intraprese dall'equipe multidisciplinare.

La fase di supervisione e controllo con-

sente, inoltre, di valutare l'efficacia degli interventi informativo-educativi attuati e lo strumento che può essere adottato è sempre il questionario strutturato.

L'efficacia degli interventi deve essere valutata anche dopo la dimissione del paziente mediante il *follow-up*, perché il processo non termina con l'atto della dimissione. In tal caso, lo strumento da utilizzare è il diario dei farmaci contenuto nella brochure.

CONCLUSIONI

Il rischio di non *compliance* causato dalla bassa conoscenza sui farmaci prescritti esiste ed è rilevante, per cui: come migliorare la situazione?

Gli interventi che possono essere pianificati ed implementati per ridurre/eliminare il rischio di inadeguata *compliance* e prevenire/correggere il problema, si fonda su due possibilità:

1. focalizzare l'attenzione sul comportamento umano come fonte di errore;
2. focalizzare l'attenzione sulle condizioni nelle quali accade l'errore (che è visto come un "fallimento" del sistema).

Gli interventi da attuare possono essere raggruppati in tre categorie: interventi rivolti al personale infermieristico, all'organizzazione, ai pazienti e ai loro *caregiver*. Interventi rivolti al personale infermieristico sono:

- formazione del personale per condividere il piano di dimissione, gli interventi e gli strumenti che possono essere attuati per migliorare la conoscenza dei pazienti sui nuovi farmaci prescritti. Lo scopo della formazione è aumentare le competenze degli infermieri riguardo ai farmaci prescritti in dimissione;
- coordinare gli interventi attribuendo compiti e funzioni agli infermieri, definire chi è responsabile delle singole attività, del risultato finale e come e quando questo vada raggiunto;
- favorire la registrazione di tutti gli interventi informativi attuati (dall'accettazione alla dimissione) dagli infermieri coinvolti nel processo;
- confrontare le azioni pianificate con quelle realmente intraprese dal personale infermieristico (supervisione e controllo) utilizzando periodicamente il

questionario strutturato.

Le strategie rivolte all'organizzazione sono:

- pianificare la dimissione e utilizzare la *flow-chart* per rappresentare graficamente il processo, in modo da rendere più semplice ed immediata la comprensione del processo a tutte le persone coinvolte; descrivere con procedure le attività in maniera dettagliata individuando chi fa, cosa fa, come viene fatto, dove, quando, perché e chi ne è responsabile;
- coordinare gli interventi e scegliere un modello organizzativo di tipo *case management*;
- richiedere la consulenza di un farmacista nel caso in cui i nuovi farmaci prescritti abbiano una posologia complessa;
- implementare l'utilizzo del questionario come strumento di supervisione e controllo di tutto il processo della dimissione del paziente;
- monitorare la compliance dei pazienti alle nuove terapie di lungo termine anche dopo la dimissione mediante il *follow-up* telefonico precoce e frequente, se i nuovi farmaci prescritti hanno una

posologia complessa o se devono essere assunti previo controllo dei parametri vitali e/o emato-chimici;

- effettuare una valutazione a cadenza regolare, per un periodo di almeno sei mesi per stabilire l'efficacia del piano, anche a lungo termine;
- organizzare riunioni multidisciplinari, a cadenza regolare, per presentare i risultati delle indagini e stabilire di quanto si debba migliorare la performance rispetto allo standard di riferimento.

Interventi rivolti ai pazienti e ai caregiver:

- coinvolgere il *caregiver* nel processo di cura del paziente;
- favorire l'attuazione multidisciplinare di interventi educativo/informativi e personalizzati alle necessità dei pazienti. In presenza di nuove prescrizioni da assumere per un breve periodo di tempo l'intervento da attuare è l'informazione e/o l'addestramento del paziente e del *caregiver*; per le nuove terapie di lungo termine, invece, è necessario combinare più interventi (informazione verbale e/o addestramento e consegna della brochure), soprattutto nei pazienti

adulti più anziani (età > 65 anni) e in pazienti più giovani con nuove prescrizioni che hanno una posologia complessa e/o che devono essere assunte previo monitoraggio di parametri vitali e/o ematochimici;

- educare i pazienti più anziani a ricordare il nome dei farmaci attraverso la memorizzazione delle caratteristiche della confezione e del farmaco stesso (forma, colori e dimensioni);
- chiamata telefonica, entro la prima settimana dalla dimissione, per valutare la *compliance* mediante la revisione del diario dei farmaci compilato dal paziente e contenuto nella brochure.

AUTORI:

Alessandra Bacchi, collaboratore professionale sanitario infermiere. Day Surgery-Policlinico Tor Vergata, Roma;
Demetrio Bilotta, collaboratore professionale sanitario esperto infermiere. Uos Comfort Ospedaliero-Policlinico Tor Vergata, Roma;
Renata Reggi, coordinatore gestionale Uosd Pediatria e Gastroenterologia Pediatrica-Policlinico Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Panà A, Amato S, *Il rischio clinico, metodologie e strumenti organizzativi e gestionali*. Esseditrice, 2007. p.23-37.
- Case Management society of America, *Guidelines From for Improving Patient Adherence to Medication Therapies*. Cmsa homepage.
- Alvaro R, Amato S, Barbato N, Bozzi M, Petrangeli M, Rocco G et al, *Strategie sanitarie applicate alle scienze infermieristiche*. Società editrice Universo, 2007. p.189-92; 204-11.
- Benci L, *Aspetti giuridici della professione infermieristica*. McGraw-Hill, 2005. 4a ed. p.91-99.
- Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, *Codice Deontologico dell'infermiere*. 2009.
- Fabbri C, Montalti M, *L'infermiere, manuale teorico pratico di infermieristica*. Maggioli editore; 2005. p.96-100.
- Di Giulio P, Nobili A, Pasina L, Tettamanti M, Muttillio G, Fanari F et al, *Le conoscenze che i pazienti hanno sui farmaci alla dimissione*.
- Vanzetta M, *Indagine di prevalenza sulle conoscenze delle persone anziane relativamente ai farmaci assunti*. *L'infermiere* 2009; 2 (1): 41-5.
- Vlasnik J.J, Aliotta S.L, DeLor B, *Medication Adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans*. *Case Manager*. 2005 Mar-Apr; 16(2) :47-51.
- The Case Management Society of America, *Hospital Discharge Planning and Adherence Counseling to Ensure a Successful Discharge*. Homepage Cmsa.
- Ruppar T.M, Conn V.S, Russell C.L, *Medication adherence interventions for older adults: literature review*. *Res Theory Nurs Pract*, 2008; 22 (2): 114-47.
- Haynes R.B, Ackloo E, Sahota N, McDonald H.P, Yao X, *Interventions for enhancing medication adherence*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD000011.
- Schlenk E.A, PhD RN, Dunbar-Jacob J, Faan, Engberg S et al, *Medication Non-Adherence Among Older Adults: A Review of Strategies And Interventions For Improvement*. *J Gerontol Nurs*; 2004 Jul; 30(7):33-43. Review.
- Bondioli A, D'Ercole F, *Valutazione della comprensione dell'informazione sanitaria dei pazienti*.
- Worthington B, *The nurse's role in patient centred medicines management*. *Prof Nurse*. 2003 Nov; 19(3):142-4. Review.
- Brunner S, *Nursing medico chirurgico*. Casa editrice Ambrosiana, Milano 2001. p.832-9.
- Kozier B & Erb, *Nursing clinico, tecniche e procedure*. Edises editore, 2007. p. 16-3. Edizione italiana a cura di Alvaro R e Brancato T.
- Ibf Stroder, *Schede tecniche farmaci Farma annuario [cd-rom] IX ed. Italia; 2009*. Puntoeffe editori.

La figura dell'infermiere nei telefilm italiani e americani nel periodo fra il 1990 ed il 2011

di Mariangela Sperati, Roberta Viti

ABSTRACT

Lo scopo della presente ricerca è evidenziare gli elementi comuni e le differenze nella concezione della professione infermieristica e della figura dell'infermiere in Italia e negli Stati Uniti nel ventennio compreso fra il 1990 ed il 2011.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una ricerca qualitativa di tipo storico, analizzando 14 serie televisive (sette italiane e sette americane), selezionate per convenienza, prodotte tra il 1990 e il 2011, e trasmesse sulle reti nazionali, per il 72% di genere dram-

matico (ambientate in un ospedale) e in cui l'infermiere compare come protagonista o coprotagonista.

RISULTATI

Sono stati individuati 19 personaggi: il 21% dei quali, uomini ed il 79%, donne. I personaggi giovani rappresentano il 75% del campione maschile e il 60% di quello femminile.

Proprio per quanto concerne quest'ultimo, la tipologia di divisa più rappresentata è quella composta da pantalone e casacca, individuata in nove personaggi su 15.

Il rapporto tra infermiere e paziente è positivo in 17 casi su 19; il rapporto con i colleghi è buono in 12 casi su 19 e negativo in sette; con il medico, si evidenzia un rapporto di collaborazione in 14 casi su 19, mentre in cinque si evidenzia un rapporto negativo.

CONCLUSIONI

Dal confronto tra le serie televisive italiane e americane è emerso che **la figura dell'infermiere è tenuta in maggiore considerazione negli Stati Uniti rispetto all'Italia**, anche in relazione ai diversi ruoli sociali che gli infermieri ricoprono nei due Paesi.

Parole-chiave: infermiere, telefilm, serie televisive

INTRODUZIONE

La ricerca è stata condotta nell'ambito delle attività didattiche del programma di "Metodologia della ricerca" (corso integrato di Management infermieristico, dell'università di Tor Vergata, Roma, con sede presso l'ospedale San Giovanni Battista-Acismom; docente: professoressa Teresa Compagnone).

La considerazione del ruolo dell'infermiere nella società dipende anche da come questi viene descritto dai media. Non a caso, le serie televisive veicolano un forte condizionamento sul giudizio comune.

Infatti, come risulta da Megozzi N e Pennacchioni F in: "Stereotipi dell'infermiere nella produzione cinematografica dal 1950 al 2008" (Infermiere oggi, n.1,

SCHEDA DI RILEVAZIONE	
Scheda telefilm _____	
Anno proiezione in Italia _____	
LOCANDIA _____	Titolo: _____
	Genere: _____
	Nazionalità: _____
	Ambientazione: _____
PERSONAGGI OSSERVATI NEL RUOLO INFERMIERISTICO	
1) _____	
Ruolo	Immagine sociale globale
S	Personalità
E	Ceto sociale
R	Interazione con medici
F	Interazione con colleghi
D	Interazione con pazienti
I	
T	
I	
S	
Note sul personaggio:	
DESCRIZIONE SCENE	
INDAGINI SCENE	

Figura 1. Griglia di valutazione dei personaggi

anno XX, gennaio/marzo 2010) la rappresentazione dell'infermiere nei film varia in funzione del periodo storico e della nazione di produzione, denotando un'influenza reciproca tra società e rappresentazione su pellicola.

Proprio questo articolo ha stimolato gli autori a riprodurre la ricerca, questa volta applicandola, però, ai telefilm.

Le differenze tra i telefilm italiani e quelli americani sono dovute in parte al diverso percorso formativo degli infermieri nei due Paesi e, in parte, ai diversi sviluppi della professione.

In Italia, fino al 1999, era ancora in vigore il Mansionario e le attività dell'infermiere erano tutte soggette al controllo del medico.

Negli Stati Uniti, invece, esistono già da tempo le facoltà universitarie di *Nursing* e l'infermiere è un professionista autonomo e indipendente.

Solo negli ultimi anni, grazie anche alla formazione universitaria, in Italia, la figura dell'infermiere sta acquistando professionalità e autonomia.

Lo scopo della ricerca è quello di confrontare la figura dell'infermiere che emerge dai telefilm italiani e americani prodotti e trasmessi nel ventennio 1990-2011.

Al termine della ricerca è stata messa a confronto la figura dell'infermiere emersa dalle fiction con gli stereotipi dell'infermiere nella produzione cinematografica, evidenziati nella ricerca citata di Mengozzi e Pennacchioni.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una ricerca qualitativa di tipo storico attraverso l'analisi di 14 serie televisive (sette italiane e sette statunitensi), selezionate con un campionamento di convenienza.

I dati sono stati raccolti in cataloghi di film e archivi su internet.

I criteri di inclusione per le serie televisive prevedono:

- produzione italiana o americana tra il 1990 e il 2011;
- trasmissione sulle reti nazionali;
- ambientazione in ospedale;
- infermiere che compare come protagonista o coprotagonista.

Per l'analisi sono stati presi in conside-

razione i dati generali dei telefilm e dei personaggi e le loro interazioni sociali e professionali.

Poiché uno degli scopi dell'indagine era quello di confrontare come veniva raffigurato l'infermiere nei telefilm rispetto ai film, è stata utilizzata la stessa griglia di valutazione per i personaggi ideata da Mengozzi e Pennacchioni per la loro ricerca. (Figura 1)

ANALISI E COMMENTO DEI RISULTATI

Tra i telefilm selezionati, sul totale del campione, il 72% è risultato di genere drammatico, il 14% sono commedie e il restante 14% di genere ospedaliero.

Dei telefilm italiani, cinque sono drammi, una commedia e un ospedaliero; dei telefilm americani, quattro sono drammi, due commedie e uno ospedaliero. (Grafico 1)

Nei riguardi dei 19 personaggi analizzati, il 74% ricoprono il ruolo di coprotagonisti, mentre il 26% quello di protagonisti.

In Italia i coprotagonisti sono otto personaggi su 10, mentre negli Usa sono sei su nove. (Grafico 2)

Prendendo in considerazione il sesso, si nota che il 79% degli infermieri è donna e il 21% uomo.

In Italia, otto personaggi su 10 sono di sesso femminile; negli Stati Uniti, sette su nove. (Grafico 3)

Sul totale dei maschi, il 75% è rappresentato da infermieri giovani e il 25% da adulti.

In Italia, troviamo un infermiere adulto e uno giovane, mentre negli Stati Uniti tutti gli infermieri sono giovani. (Grafico 4)

Sul totale del campione femminile, il 60% delle infermiere sono giovani e il 40% adulte.

In Italia, cinque su otto sono giovani;

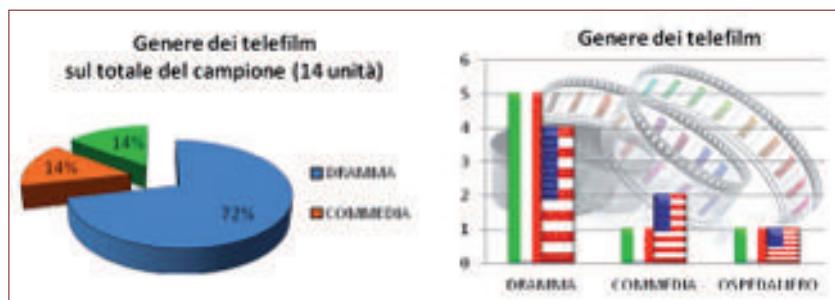


Grafico 1. Genere dei telefilm a confronto Italia-Usa

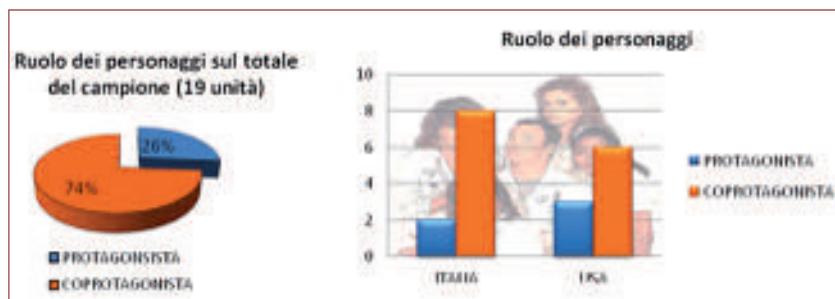


Grafico 2. Ruolo dei personaggi

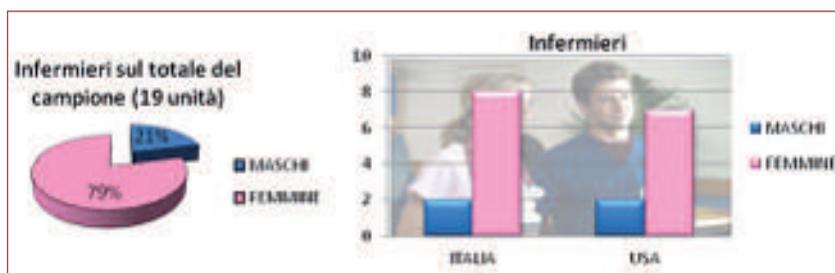


Grafico 3. Sesso degli infermieri

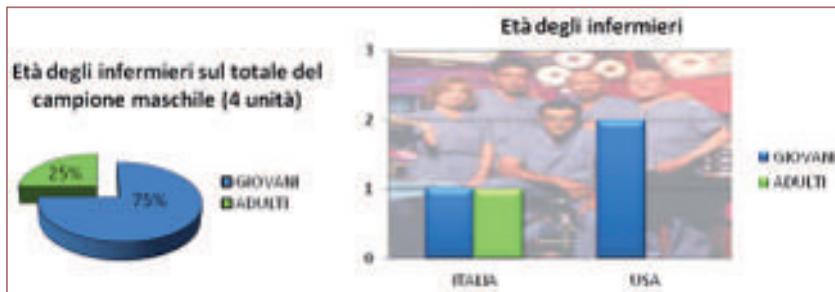


Grafico 4. Età degli infermieri

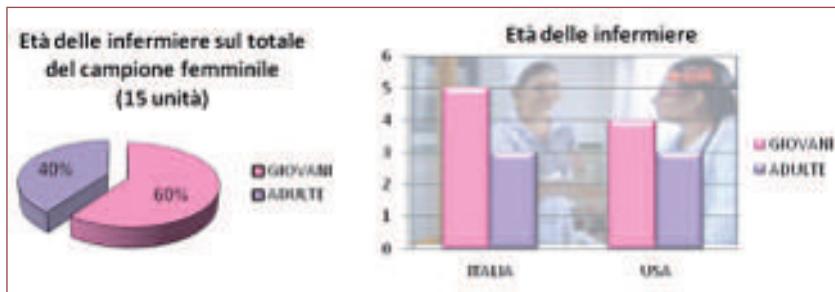


Grafico 5. Età delle infermiere

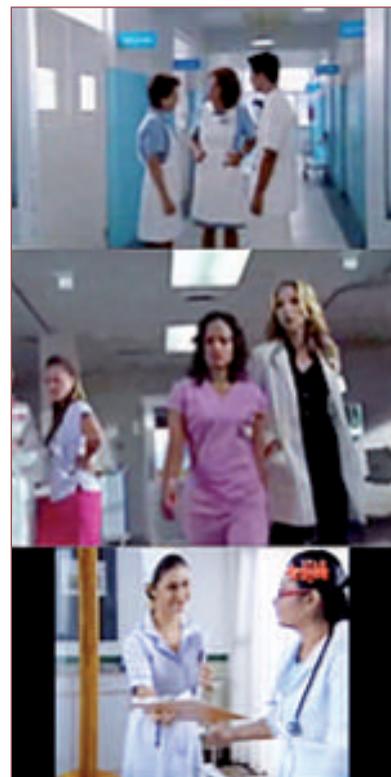


Figura 2. Tipi di divise delle infermiere

Tra di loro, i colleghi so-no collaboranti in otto casi, in quattro casi c'è complicità, in tre il rapporto è autoritario e in quattro è conflittuale.

Nei confronti del medico, l'infermiere risulta essere collaborante in 14 casi, in un solo caso è sottomesso, distaccato in due e conflittuale nei restanti due casi. (Grafico 7)

negli Stati Uniti quattro infermiere su sette sono giovani. (Grafico 5) È stata analizzata la tipologia di divisa indossata dalle infermiere, per evidenziare se ricorre di più la divisa da "crocerossina" o la classica da infermiere professionale. (Figura 2)

In Italia prevale la divisa con grembiule e gonna, indossata da cinque infermiere su otto, mentre solo tre personaggi indossano quella con casacca e pantalone. Negli Stati Uniti, invece, sei infermiere su sette indossano pantalone e casacca, mentre una sola indossa grembiule e gonna. (Grafico 6)

Per quanto riguarda il rapporto tra l'infermiere e il paziente, sul totale del campione, 10 infermieri hanno un rapporto amichevole, sette sono disponibili e solo due ostili.



Grafico 6. Divisa delle infermiere

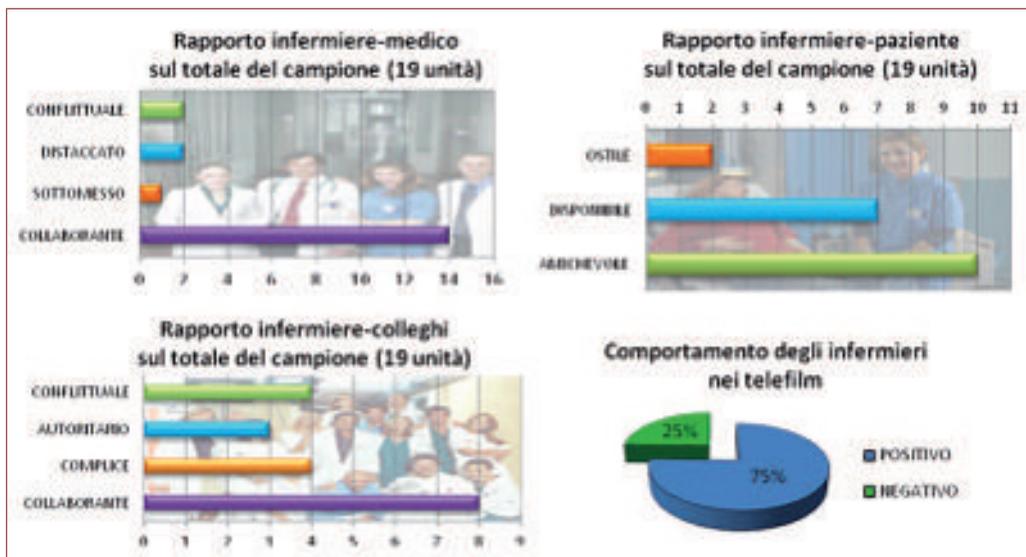


Grafico 7. Rapporti dell'infermiere con il paziente, con i colleghi e con il medico

Il grafico 8 mostra la progressione, nell'arco del ventennio 1990-2011, della produzione dei telefilm sugli infermieri negli Stati Uniti e in Italia.

È evidente come i picchi di produzione siano inversi nei due Paesi: per quanto riguarda la prima stagione, nel quinquennio 1995-99, in Italia, sono stati prodotti quattro telefilm, mentre negli Stati Uniti nessuno; al contrario, tra il 2000 e il 2004, sono stati prodotti due telefilm americani e nessuno italiano.

La produzione delle ultime stagioni segue la stessa progressione delle prime stagioni (due telefilm italiani tra il 1995 e il 1999 e nessuno americano), mentre si registra un aumento costante delle produzioni, sia in Italia che negli Stati Uniti, tra il 2000 e il 2011. (Grafico 8)

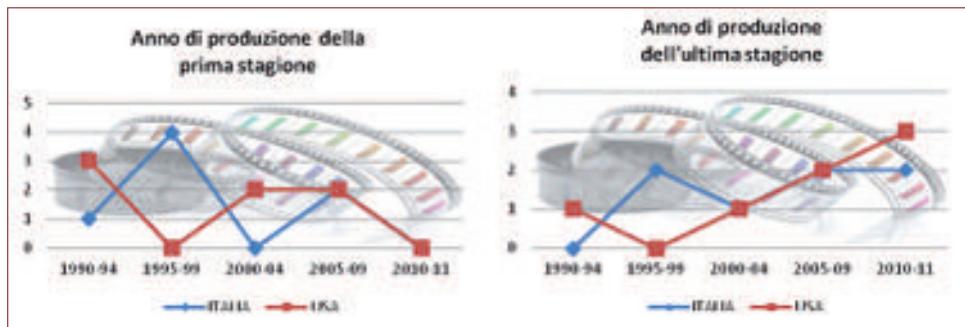


Grafico 8. Andamento negli anni della produzione dei telefilm



Grafico 9. Confronto tra generi dei film e dei telefilm

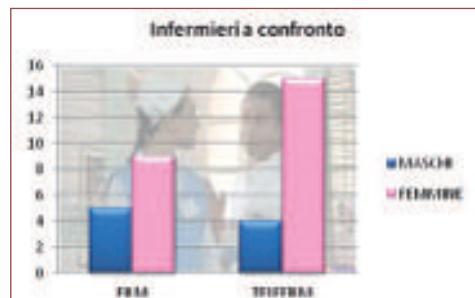


Grafico 10. Confronto tra infermieri dei film e dei telefilm

FILM E TELEFILM A CONFRONTO

I risultati della ricerca sulla figura dell'infermiere nei telefilm sono stati confrontati con i risultati di quella di Natasha Megozzi e Fabio Pennacchioni "Stereo-

tipi dell'infermiere nella produzione cinematografica dal 1950 al 2008", pubblicata sulla rivista Infermiere oggi n.1 del 2010.

Per effettuare il confronto, sono stati presi in considerazione i film prodotti tra il 1990 e il 2008, periodo in comune agli anni di produzione dei telefilm selezionati. Dal confronto tra i due studi, è risultato

che, spesso, i film sono ambientati in epoche precedenti al periodo in cui sono stati prodotti, mentre i telefilm sono sempre contemporanei all'anno di produzione.

Tra i telefilm, 11 sono di genere drammatico e solo tre di genere comico, mentre nei film il dramma prevale di poco sulla commedia, con otto film drammatici e sei commedie. (Grafico 9)



Figura 3. Immagini tratte dai film



Figura 4. Immagini tratte dai telefilm italiani



Figura 5. Immagini tratte dai telefilm americani

Per quanto riguarda la figura dell'infermiere è emerso che, anche nei film, la professione infermieristica è rappresentata maggiormente dalle donne. (Grafico 10)

Le infermiere che appaiono nei film sono tutte giovani e avvenenti ed indossano divise diverse dai colleghi maschi, quelle in stile "crocerossina". Le infermiere suore sono tutte anziane, di aspetto sgradevole e spesso autoritarie.

Nei telefilm, invece, le infermiere giovani prevalgono di poco rispetto alle infermiere adulte e spesso indossano la stessa divisa dei colleghi maschi, soprattutto nei telefilm americani.

Nella maggior parte dei casi, il rapporto con i pazienti è amichevole e di conforto, sia nei film che nei telefilm.

In alcuni film, il rapporto infermiere-paziente non viene evidenziato perché vengono messe maggiormente in risalto le vicende personali degli infermieri. Il rapporto con i medici è notevolmente diverso: nei film, gli infermieri sono sottomessi e prevale l'autorità del medico, mentre nei telefilm l'infermiere appare sicuro di sé, autonomo e più competente e preparato del medico.

Il rapporto tra colleghi infermieri è, nella maggior parte dei casi, di collaborazione, sia nei film che nei telefilm, anche se in sei film su 14 non è stato possibile rilevarlo. (Grafico 11)

La figura dell'infermiere risulta essere maggiormente positiva nei telefilm piuttosto che nei film, dove, infatti, non viene dato peso alla professionalità e alla preparazione dell'infermiere (che costituiscono, invece, aspetti fondamentali della sua figura nei telefilm, in particolare modo quelli di produzione americana).

CONCLUSIONI

Dalla ricerca condotta e dalla visione dei telefilm prodotti in Italia e negli Usa sono emerse differenze e similitudini nel modo di considerare la professione infermieristica nei due Paesi.

Tentando di schematizzare, in tutti i telefilm (eccetto "Nurses" e "Un medico in famiglia") gli elementi comuni sono:

- gli infermieri indossano il cartellino di riconoscimento;
- le capo-reparto sono molto esperte, autorevoli ed hanno buone capacità di coordinamento;
- anche in situazioni di emergenza, la maggior parte delle infermiere, è giovane e di bell'aspetto;
- la figura dell'infermiere uomo appare raramente, solo in due telefilm americani e due italiani;
- sono frequenti le storie sentimentali tra operatori (medici e infermieri) dello stesso reparto o ospedale.

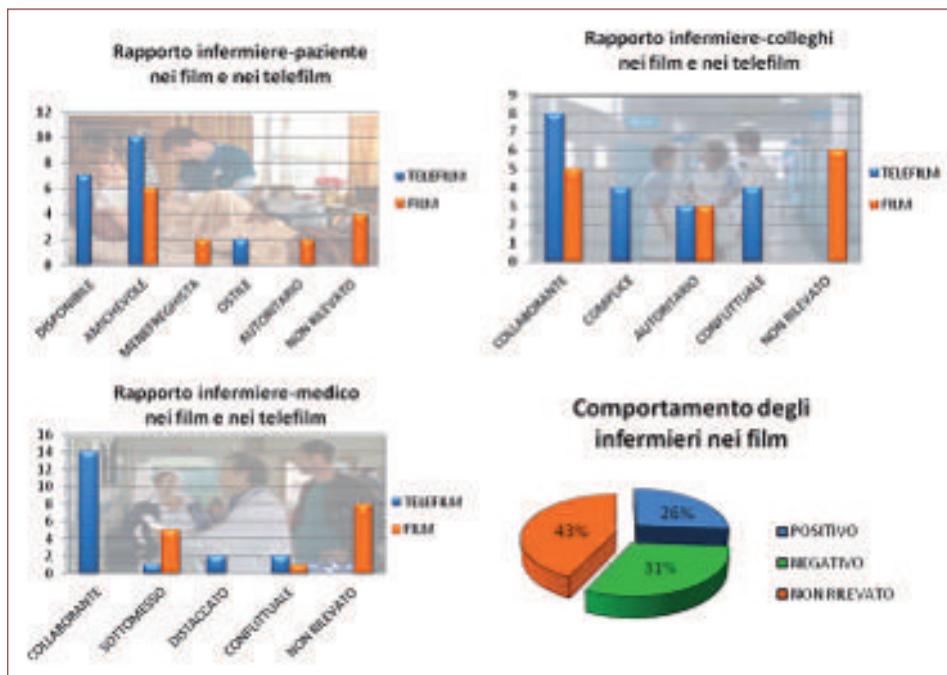


Grafico 11. Confronto tra i rapporti dell'infermiere con pazienti, medici e colleghi nei film e nei telefilm

Per quanto concerne le differenze, riguardo alla divisa, nei telefilm americani non ci sono distinzioni tra maschi e femmine, mentre nei telefilm italiani prevale la divisa con gonna, grembiule, calze e cuffietta per le infermiere.

Gli infermieri americani sono maggiormente autonomi ed indipendenti rispetto alle decisioni dei medici, rispetto ai quali appaiono più preparati.

In alcuni telefilm italiani appare la figura della suora di reparto che, però, viene trattata al pari degli altri infermieri.

Inoltre, sono emersi aspetti molto interessanti per quanto riguarda il ruolo che l'infermiere ricopre nelle società di due Paesi tra loro molto diversi, quali sono l'Italia e gli Stati Uniti.

Il modo in cui la società percepisce il ruolo dell'infermiere è sicuramente influenzato dalla descrizione che ne forniscono le serie televisive trasmesse sulle principali reti nazionali, nelle quali, a loro volta, viene dipinto un infermiere quanto più possibile vicino alle aspettative della gente.

Di conseguenza, non è errato dire che **la figura dell'infermiere nell'immaginario collettivo e quella trasmessa nei telefilm, spesso, si influenzano a vicenda.**

In Italia, i telefilm trasmettono ancora

oggi la visione di un infermiere, quasi sempre di sesso femminile, poco esperto, insicuro e comunque dipendente dalle decisioni del medico.

Il genere drammatico (il più comune), talvolta fa da sfondo a vicende di cosiddetta "malasanità".

La figura dell'infermiere è, complessivamente, positiva per quanto riguarda la relazione con i pazienti, nei confronti dei quali si pone sempre in modo amichevole e disponibile e per il quale rappresenta un punto di riferimento e di conforto.

Anche il rapporto con medici e colleghi si può definire, tutto sommato, positivo e di collaborazione, anche se, in alcuni casi, nei confronti del medico, l'infermiere appare su un piano di inferiorità e sottomissione.

Negli ultimi anni, la figura dell'infermiere trasmessa dai telefilm italiani ha acquistato notevole vantaggio, soprattutto grazie alle produzioni di genere specificamente medico-ospedaliero o drammatico-ospedaliero, dove l'infermiere appare maggiormente integrato e autonomo nelle attività del reparto.

Questo miglioramento nel modo di considerare il ruolo dell'infermiere nella società è dovuto sicuramente anche agli sviluppi storici e sociali della professione

negli ultimi 20 anni.

Il Profilo Professionale introdotto dal decreto 739/1994, l'abolizione del mansionario nel 1999 e l'introduzione della formazione universitaria di primo e secondo livello agli inizi degli anni Novanta hanno reso l'infermiere un professionista autonomo ed esperto dell'assistenza, non solo in ambito professionale ma anche nell'immaginario collettivo: una crescita che si riflette, di conseguenza, anche nella produzione delle serie televisive. Diverso è stato, invece, il percorso storico, sociale e formativo che ha portato ad una migliore concezione sociale dell'infermiere negli Stati Uniti, dove già da molti anni esiste una facoltà universitaria di Nursing e dove l'infermiere è considerato da tutti come un professionista autonomo, indipendente e spesso molto più preparato ed esperto del medico stesso.

Anche nelle serie televisive americane, infatti, l'immagine trasmessa dell'infermiere rispecchia il pensiero comune e questi appare sicuro di sé, in un rapporto di parità e collaborazione sia con il medico che con i colleghi, amichevole e di-

sponibile con i pazienti.

La maggior parte degli infermieri, sia uomini che donne, sono giovani ma preparati e professionali e tra i due sessi non ci sono differenze neanche nella divisa. La maggiore precisione nell'aspetto tecnico e medico rispetto ai telefilm italiani è dovuta al fatto che spesso, durante la produzione della serie televisiva, vengono inclusi nel cast esperti medici ed infermieri che supervisionano la realizzazione delle scene e forniscono consigli e suggerimenti sulle attività svolte nei reparti, sulle tecniche praticate e sui casi clinici.

Questo permette al telefilm di essere il più possibile vicino alla realtà, contribuendo a diffondere, nell'immaginario collettivo, la figura di un infermiere che agisce con preparazione e professionalità.

Per concludere, auspichiamo che, nel confronto tra finzione e realtà, la vera professionalità degli infermieri e la passione con cui, quotidianamente, affrontano il proprio lavoro prevalga sull'immagine trasmessa dal personaggio di un telefilm.

LIMITI E RACCOMANDAZIONI

I limiti della ricerca sono rappresentati dalla scelta dei criteri di inclusione.

Non a caso, sono stati selezionati solo i telefilm prodotti in Italia e in Usa e realizzati tra il 1990 e il 2011, trasmessi sulle reti televisive nazionali, e in cui l'infermiere compare come protagonista o co-protagonista e di cui è stato possibile reperire i video degli episodi.

Realizzando quest'indagine ci si è resi conto di quanto sia importante come viene rappresentata la professione e di come questa rappresentazione possa influire sull'immagine pubblica dell'infermiere.

Quindi, anche in questo caso, la valutazione di "come ci disegnano", parafrasando Jessica Rabbit, è molto importante.

AUTORI:

Mariangela Sperati, laureata in Infermieristica, Università Tor Vergata, sede Smom;

Roberta Viti, laureata in Infermieristica, Università Tor Vergata, sede Smom.

BIBLIOGRAFIA

Collegio Ispasvi di Roma, *La nuova regolamentazione per l'esercizio della professione infermieristica*. Gemmagraf, 2007.

Comitato centrale Federazione Ispasvi, *La storia nascosta. gli infermieri si raccontano*. Stampalith, 2004.

Fain J.A., *La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla*. McGraw-Hill, 2004.

Manzoni E., *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Masson, 1997.

Megozi N, Pennacchioni F, *Stereotipi dell'infermiere nella produzione cinematografica dal 1950 al 2008*. Infermiere oggi n.1, anno XX, gennaio/marzo 2010.

FILMOGRAFIA

De Rita M, Manzotti A, *Amico mio*. Taurus film, 1993-1998.

De Luigi F, *La dottoressa Giò*. Sphere, 1997-1998.

Izzo R, Manni A, *Una donna per amico*. Rai, 1998-2001.

Venturi M, *Incantesimo*. Rai Fiction, 1998-2008.

Di Francisca A, Donna R, *Un medico in famiglia*. Rai Fiction, 1998-in produzione.

De Maria R, Ribuoli L, *Medicina generale*. Grundy Italia, 2007-2010.

Tescari G, Gaudino L, Elia C, *Terapia d'urgenza*. Rai Fiction, 2008-2009.

Harris S, *Nurses*. Touchstone Television, 1991-1994.

Crichton M, *ER*, Constact c Production, 1994-2009.

Kelley E.D, *Chicago Hope*, CBS, 1994-2000.

Goldberg W, *Strong Medicine*, Sony Pictures, 2000-2006.

Lawrence B, *Scrubs*, ABC Studios, 2001-2010.

Masius J, *Hawthorne*, Masius Productions, 2009-2011.

Dunsky E, Brixius L, Wallem L, *Nurse Jackie*, Mandabach Productions, 2009-in produzione.

Il 90% dei romani non vede rispettato il diritto alla salute dei disabili

Da un'indagine promossa dall'Osservatorio nazionale permanente sulla sicurezza (Onps), presentata il 19 febbraio scorso a Roma, emerge che il 55% degli intervistati non conosce quali siano Lea, i livelli essenziali d'assistenza; il 63% vede non garantita la qualità della vita delle persone affette da handicap e con gravi invalidità; il 70% non ritiene che il diritto alla libera scelta dei cittadini sia tutelato.

Nel complesso, il 90% dei cittadini romani pensa che il diritto alla salute, garantito dall'articolo 32 della Costituzione, non sia rispettato dal Servizio sanitario nazionale (Ssn) e, pertanto lo bocciano.

La ricerca dell'Onps è stata condotta nel 2012, nei municipi del Comune di Roma dove si trovano gli ospedali di Tor Vergata, San Giovanni, Sant'Eugenio, Sant'Andrea, Pertini e le Asl Roma C e B, intervistando, all'uscita dalle strutture, 2.368 persone e

sottoponendo loro un questionario.

Al campione esaminato è stato chiesto, inoltre, se sapeva chi fossero i para e tetraplegici e le loro esigenze, gli stomizzati (persone con gravi problemi delle funzioni evacuative) e gli incontinenti: il 30% ha risposto di non sapere chi fossero i tetraplegici, il 78% non conosceva gli stomizzati e un cittadino su due ignorava il problema dei pazienti incontinenti.

"Dalla ricerca - afferma **Claudia Corinna Benedetti**, presidente Onps - emerge un quadro preoccupante, di scarsa conoscenza, da parte della comunità, dei diritti alla salute e delle problematiche delle persone disabili. Spesso proprio loro, infatti, ci inviano denunce a proposito delle Asl che non solo non forniscono quanto richiesto, ma addirittura offrono prodotti di scarsa qualità che possono provocare anche danni a persone già tanto fragili".

Il Collegio IPASVI in Rete

italiano

benvenuti

welcome

bienvenidos

espanol

english

www.ipasvi.roma.it

Focus

Assemblea annuale del Collegio Ipasvi di Roma



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

IL 26 FEBBRAIO SI È TENUTA L'ASSEMBLEA ANNUALE

La relazione del presidente Gennaro Rocco: "Impegno maggiore dopo un 2012 drammatico"

Ci lasciamo alle spalle un anno drammatico per la sanità di Roma e del Lazio e abbiamo davanti prospettive ancora confuse di soluzione per la peggior crisi che abbia mai colpito il Servizio Sanitario regionale e i suoi operatori.

Complice la crisi politica che ha travolto le istituzioni regionali determinando la fine anticipata della legislatura, in questo difficilissimo frangente la Regione Lazio non ha saputo esprimere una guida ferma e razionale dei servizi e dell'organizzazione della rete sanitaria.

La lunga stagione del commissariamento e i tagli lineari imposti dal Governo hanno prodotto i gravi disservizi che conosciamo e impegnato i professionisti sanitari in una penosa stagione di lotta per la salvaguardia di diritti fondamentali come quelli al posto di lavoro e allo stipendio. Una crisi violenta che sta coinvolgendo in particolare grandi strutture di cura convenzionate fra le più importanti e presti-

giose della capitale, per le quali non si intravedono ancora sbocchi concreti.

L'eccesso di precarietà, l'assenza di certezze e la mancanza di una guida politica hanno ingenerato un senso di diffusa sfiducia fra gli operatori e un forte allarme sociale fra la popolazione, spesso protagonista insieme a tanti colleghi di manifestazioni di piazza contro i tagli alla rete ospedaliera e il perdurante blocco dei rimborsi alle strutture private che operano in regime di convenzione con la Regione Lazio. Gli effetti di tale situazione si riflettono pesantemente sulle prestazioni rese ai cittadini, sui quali ricade l'onere di ticket esosi e di lunghe liste d'attesa, spingendoli così verso la sanità privata con l'ulteriore aggravio dei costi da sostenere per le cure.

Su questo aspetto il Collegio ha preso posizione in modo determinato e in diverse circostanze a sostegno del carattere pubblico, universalistico e gratuito del Ssr e ad ogni azione che favorisca l'integra-

zione fra strutture pubbliche e convenzionate per garantire ai cittadini prestazioni sanitarie di qualità e in tempi certi.

A più riprese abbiamo rilanciato l'allarme preoccupato della comunità infermieristica romana in numerose iniziative convegnistiche e congressuali, negli incontri con i rappresentanti delle istituzioni sanitarie e con una serie di interventi pubblici (note, lettere, comunicati stampa, ecc.), tutti reperibili sul sito internet del Collegio. Profondo è stato l'impegno del Consiglio Direttivo nella difesa della dignità professionale di migliaia di colleghi iscritti coinvolti nelle crisi delle rispettive aziende. In più occasioni il Collegio ha diramato lettere aperte all'ex Presidente Polverini e ai due Commissari Straordinari che l'hanno seguita alla guida della sanità regionale, sollecitando interventi risoluti e decisivi per la soluzione delle vertenze aperte.

Negli ultimi mesi l'attenzione si è focalizzata in particolare sulla difficile condizione di strutture come l'Idi-San Carlo, il Policlinico Gemelli e il San Raffaele. Il Collegio è intervenuto a più riprese attraverso interventi diretti di comunicazione e orientamenti espressi nel corso degli incontri con i responsabili sanitari e le forze politiche. Pur non volendo invadere il campo della contrattazione sindacale, che compete alle organizzazioni di rappresentanza dei lavoratori, il Collegio di Roma ha dovuto alzare la voce con le istituzioni coinvolte per esercitare la doverosa difesa della dignità dei professionisti laddove questi vengano privati di strumenti fondamentali al loro sostentamento come lo stipendio. In questo scenario denso di incognite, in vista del rinnovo dell'Amministrazione re-



gionale del Lazio il Consiglio Direttivo ha voluto incontrare i candidati alla presidenza dei due principali schieramenti in lizza, Nicola Zingaretti per il centrosinistra e Francesco Storace per il centrodestra, ai quali il Collegio ha ribadito le sue richieste consegnando loro un articolato documento contenente i punti salienti di intervento richiesti. Da entrambi abbiamo ricevuto un significativo consenso alle istanze della comunità infermieristica che attendiamo ora di vedere realizzate. Così pure unanime è stata la manifestata volontà di operare per un rapido superamento della stagione commissariale. In particolare, il presidente poi eletto Zingaretti ha assunto l'impegno di aprire una consultazione costante col nostro ente sui principali temi di gestione e organizza-

zione sanitaria, sulle politiche di riforma del Ssr e di creare un apposito osservatorio sulle professioni sanitarie per monitorarne le criticità e l'evoluzione nel tempo. Continueremo ad impegnarci con ogni energia affinché le situazioni di massima criticità ampiamente segnalate vengano finalmente affrontate: dall'emergenza personale alle crisi aziendali, dallo stato di precarietà e sottoccupazione degli infermieri al mancato decollo della sanità territoriale, dal nodo della formazione universitaria al peso dell'Ecm sulla vita e sulle tasche degli iscritti. Ci batteremo per l'attivazione della figura dell'Infermiere di Famiglia, per l'ampliamento della rete degli Ambulatori Infermieristici, per la realizzazione in tutte le Asl di Unità di Degenza a gestione infer-

mieristica, per lo sviluppo della carriera clinica, per la diffusione di nuove forme di libera professione. Insisteremo anche per l'implementazione della Dirigenza Infermieristica articolata in Dipartimenti e Strutture Complesse e per il corretto utilizzo della figura dell'Oss. Manterremo un atteggiamento propositivo ma fermo nella tutela dell'autonomia professionale e nel rapporto con le istituzioni, a cui chiediamo un deciso cambio di passo nella programmazione dei servizi e negli indispensabili interventi, riconoscendo il ruolo centrale degli infermieri nell'assistenza alla popolazione. Molto intensa anche l'attività sul fronte interno, con l'ulteriore incremento dei servizi resi agli iscritti. Seguendo le linee programmatiche fissate nell'Assemblea

IL CONSIGLIO DIRETTIVO

Il Consiglio direttivo si è riunito **18 volte**. Per quanto riguarda le attività di controllo e i **procedimenti disciplinari**, i convocati ai sensi dell'art. 39 (1 comma) del Dpr 5 aprile 1950, n. 221 - "Quando risultino fatti che possono formare oggetto di procedimento disciplinare, il presidente, verificatene sommariamente le circostanze, assume le opportune informazioni e, dopo aver inteso il sanitario, riferisce al Consiglio per le conseguenti deliberazioni" - nel 2012 sono stati 18. A seguito di queste convocazioni è stato avviato un procedimento disciplinare, che ha comportato l'irrogazione della sanzione della censura. Per quanto riguarda **gli esami agli infermieri stranieri**, nel 2012 sono stati esaminati, ai fini dell'iscrizione all'albo, dopo aver ottenuto il riconoscimento del titolo da parte del Mini-

sterio della Salute, **93** infermieri cittadini dell'Unione Europea (8 sessioni), per valutare la conoscenza della lingua italiana, e **115** infermieri extracomunitari (9 sessioni), per valutare, oltre alla lingua italiana, anche la conoscenza delle norme riguardanti l'esercizio professionale in Italia. Di questi, 14 infermieri comunitari e 25 extracomunitari non sono risultati idonei, pertanto dovranno migliorare la conoscenza della lingua e delle norme e sostenere un nuovo esame. Per la grande maggioranza i colleghi extracomunitari provengono dall'India, in particolare dalla Regione del Kerala. Altri Paesi, ma in netta minoranza, sono rappresentati da Congo, Brasile, Moldavia, Argentina e Filippine. Per i Paesi comunitari la Romania continua ad essere il più rappresentato.

ASSISTENZA LEGALE

L'avvocato che gratuitamente, presso i locali del Collegio in viale Giulio Cesare, presta un prezioso servizio di assistenza legale agli iscritti, nel 2012 ha gestito **184 appuntamenti in sede e 330 contatti telefonici**, inoltre ha inviato 157 lettere per interventi legali. Tra le questioni più trattate: la responsabilità professionale in condizioni di estrema carenza di organico, le competenze infermieristiche in ambulatorio, a domicilio, in regime libero-professionale.

IL PORTALE DEL COLLEGIO

Oltre 2 milioni di visitatori nel 2012: è questo il traffico generato dal sito del Collegio Ipasvi di Roma (www.ipasvi.roma.it), esattamente **2.091.432**. Rispetto allo scorso anno, **l'incremento di nuovi utenti è stato del 34,49%**, soprattutto di nazionalità italiana. Paragonato a 2 anni fa, il traffico web è praticamente raddoppiato. Un curioso dato è rappresentato dall'**1% di visitatori provenienti da Romania ed Albania**. Ancora più curioso analizzare il resto del mondo per i nuovi visitatori: **Stati Uniti d'America** 492 visite, **Brasile** 65, **Australia** 33, **Canada** 20, **Russia** 12, **Marocco** 17. Sul traffico diretto, ovvero non reindirizzato da nessun sito o motore di ricerca, le pagine dei concorsi per infermieri, infermieri pediatrici, assistenti sanitari e dirigenti, sono le più ricercate; a seguire: eventi ECM, formazione complementare, rivista **"Infermiere Oggi"**, **biblioteca** e **"biblioteca digitale"**, solo di quest'ultima il 22% circa di new entries. Dei **nuovi visitatori, 764.000 circa**, 500.000 sono tornati a visitare il sito durante l'anno (Fonte: Google Analytics©, a cura di Fabrizio Tallarita, webmaster del Collegio Ipasvi di Roma - webmaster@ipasvi.roma.it).

dello scorso anno, il Consiglio Direttivo ha impegnato importanti investimenti in campo culturale e formativo, organizzando una quantità di corsi gratuiti di aggiornamento, ai quali gli iscritti hanno risposto in modo entusiastico con oltre cinquemila presenze.

Grande anche l'impulso dato al Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, rivelatosi un incisivo strumento di promozione della figura infermieristica moderna fra i cittadini e fra le istituzioni.

Così pure le risorse investite nella banca dati della documentazione scientifica internazionale, nella rete di consulenze, nei

servizi gratuiti e nelle certificazioni on line hanno dato ottimi risultati in termini di gradimento degli iscritti e di efficienza organizzativa degli uffici.

A fronte della difficile condizione di vita dei numerosi colleghi coinvolti nelle crisi delle proprie aziende, il Collegio ha provveduto a sospendere il versamento della quota di iscrizione annuale a tutti gli iscritti dipendenti delle strutture in questione, impegnandosi al contempo nell'ulteriore recupero delle morosità.

Non faremo mancare una costante pressione sugli organi politici ed istituzionali e la collaborazione con i sindacati più disponibili per sostenere e difendere la dignità

dei professionisti che hanno diritto a condizioni di lavoro degne ed al regolare pagamento dello stipendio. In questa ottica restiamo pienamente disponibili a suggerire modelli organizzativi innovativi che mettano al centro gli interessi della collettività e che funzionino".

FORMAZIONE

Nel 2012, il Collegio Ipasvi di Roma ha realizzato 58 corsi di formazione, coinvolgendo 3.697 partecipanti. Il totale dei crediti Ecm erogati è stato pari a 42.180,20, con una media di crediti a partecipante pari a 11,4.

Di seguito, il dettaglio dei corsi realizzati.

Ecco tutti i corsi organizzati dal Collegio

TITOLO	EDIZIONI	PARTECIPANTI TOTALI	ECM EROGATI
Indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche	2	37	1028,6
Corso d'inglese scientifico base	3	69	2695
Corso d'inglese scientifico III livello	1	42	1682,5
Corso d'inglese scientifico II livello	2	45	1795
Corso d'inglese Intermedio superiore	2	42	1524,6
Corso d'inglese Avanzato IV livello	1	10	375
Corso di Fonetica in lingua Inglese	2	39	1423,5
Corso sei cappelli per pensare	1	20	206
L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale, risolto etico	5	223	1561
Strumenti e strategie per la ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche	3	65	1885
Indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche	2	37	1028,6
Il Self-care nella pratica infermieristica: una prospettiva europea	1	77	385
Ambiti transculturali per l'infermiere	3	112	784
Documentare e certificare l'attività infermieristica	2	119	476
L'infermiere e l'esercizio della professione infermieristica	2	117	468
Principali patologie nell'anziano aspetti clinici, terapeutici, assistenziali ed etico - relazionali	2	166	4150
Crisi economica e innovazione nel sistema salute: il contributo dell'infermiere per la salvaguardia del Servizio sanitario nazionale	1	522	2088
Associazione infermieristica: "valore" per l'innovazione assistenziale	1	399	1596
Criticità e fragilità: il pensiero infermieristico	1	150	900
Innovazione e prevenzione nel sistema salute i modelli organizzativi e assistenziali	1	423	1692
La libera professione infermieristica	1	150	900
Professionisti infermieri stranieri in Italia: prendersi cura e assistere	2	133	532
Da panacea a Igea: il Potere della relazione d'aiuto, Strumenti relazionali e professione infermieristica	4	83	2075
Evidence - Based Practice: l'infermiere esperto clinico, agente di cambiamento nella realtà operativa	2	56	2234,4
Individuazione di uno strumento finalizzato alla riduzione degli errori da somministrazione di farmaci attraverso un abbigliamento dedicato	3	53	265
Metodologia della Ricerca	5	100	3500
Indossare la stessa divisa e lavorare in team: la transdisciplinarietà nell'assistenza infermieristica	1	75	285
La professione infermieristica e la nuova realtà economica	1	95	361
Controllo e monitoraggio remoto dei dispositivi impiantabili	1	238	4284
NUMERO TOTALE EVENTI IPASVI ROMA ANNO 2012	58	3.697	42.180,20



ATTIVITÀ DI RICERCA

Avanti tutta con il Centro di Eccellenza

È stato un 2012 ricco di progetti, eventi e nuovi traguardi da raggiungere per il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica nato in seno al Collegio Ipasvi di Roma.

L'obiettivo è di costruire una cultura infermieristica fondata sulla formazione, la ricerca e la pratica permeata dal sapere scientifico, creando una rete di contatti internazionali messi brillantemente alla prova il 24 e 25 novembre dello scorso anno, quando a Roma si sono confrontati studiosi proveniente da ogni parte del mondo in occasione della presentazione dell'Annual Report, sintesi di tutti i progetti promossi nel 2012.

POLO PER L'ISTRUZIONE
Costruzione di un modello per la valutazione del Core Competence infermieristico nell'esame di abilitazione professionale
Da Panacea a Igea: "Il potere della relazione di aiuto". Strumenti relazionali e professione infermieristica
POLO PER LA RICERCA
La professionalità del care infermieristico. Seconda indagine nazionale
Assistenza infermieristica e diversità religiosa dei pazienti negli ospedali romani
Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da Stroke
Nursing professional dignity: a meta-synthesis
Self-care nel paziente con scompenso cardiaco
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 controproduttivi degli infermieri. Uno studio multicentrico longitudinale
Metodologia della ricerca blended on line
La ricerca dei comportamenti non aderenti nei soggetti sottoposti a trapianto di organi solidi
POLO PER LA FORMAZIONE
Corso di formazione teorico-pratica blended on line in "Metodologia della ricerca infermieristica (5 ed.)
Strumenti e strategie per la ricerca bibliografica nelle Scienze infermieristiche (3 ed.)
Corso di inglese scientifico per il nursing 5 livelli: base – pre-intermedio – intermedio – avanzato-post avanzato
Fonetica e conversazione inglese
L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale (10 ed.)
L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche (1 ed.)
POLO DELLA PRATICA CLINICA
Miglioramento della pratica assistenziale
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 di video games: uno studio controllato randomizzato

L'attività della biblioteca

UTENZA

Nell'anno 2012 la biblioteca della sede è stata aperta per la consultazione: il lunedì, il mercoledì e il giovedì pomeriggio, il martedì mattina per la consultazione assistita della banca dati Cinahl, relativamente ai diversi tipi di consultazione offerti agli utenti si registrano i seguenti numeri:

- consultazione cartaceo (monografie, periodici italiani e stranieri) **1.223** utenti;
- consultazione banca dati Cinahl **378** utenti (+29 %);
- consultazione di internet **189** utenti (+20,3%).

Per un totale di **1.790** utenti che, in modo diversificato, hanno trovato risposte ai propri bisogni informativi presso la biblioteca del Collegio di Roma. I dati statistici sono stabili, si conferma un'utenza stabile e fidelizzata finanche a registrare l'incremento di cui si è accennato per il nuovo sistema "Biblioteca Digitale"; è utile aggiungere che si presta assistenza telefonica o via mail per gli infermieri che in accesso remoto abbiano difficoltà alla consultazione o a registrarsi. I numeri indicati di accesso ai servizi non comprendono le sempre più numerose visite istituzionali concordate con i docenti delle diverse scuole che conducono intere classi per prepararle sempre più precocemente all'uso degli strumenti della ricerca infermieristica. L'esperienza conferma che queste visite guidate assieme alle risorse disponibili producono accessi continui e disinvolti da parte degli studenti, si deve però ricordare che la struttura è costantemente frequentata da infermieri, per aggiornamento personale o perché coinvolti in progetti di ricerca.

PATRIMONIO BIBLIOGRAFICO

Periodici cartacei

Per i periodici la tendenza è stata di ottimizzare l'investimento economico su una

maggiore diversificazione e fruizione, ove possibile convertendoli in formato elettronico per ampliare l'accesso all'utenza remota. Nel 2012 infatti 31 titoli sono stati sottoscritti in formato elettronico i resi disponibili nella BIBLIOTECA DIGITALE, nelle sottoscrizioni per il 2013 le testate elettroniche sono diventate 39 senza aggravio di costi.

Rimane significativa la presenza del cartaceo che rende possibile l'accesso alla letteratura internazionale a costi più controllati, o il solo, è il caso delle riviste più importanti, per le quali nelle banche dati sono previsti periodi di embargo (non disponibilità di fulltext per un anno, 15, 18 mesi). Oltre a quanto sottoscritto sono presenti in biblioteca altri periodici perché offerti in regime di scambio, o gratuitamente, nel numero sono comprese anche riviste cessate.

Periodici digitali

Le testate in formato digitale disponibili nella Biblioteca digitale sono in parte sottoscritte, in parte concesse per convenzione da EBSCO Publishing e OVID/Dea Mediagroup, in parte gratuitamente aggregate dalle stesse società per la comodità del ricercatore (open access / free Journals).

Collezioni di periodici digitali disponibili:
Cinahl with Full Text (EBSCO Publishing) (611 titoli)

EBSCO Open Access Medical and Health Collection (2789 titoli)

Free Medical Journals (1762 titoli)

Geneva Foundation Free Medical Journals (557 titoli)

Lippincott Williams and Wilkins (10 titoli sottoscritti)

Ovid Nursing Collection II: Lippincott Premier Nursing Journals (21 titoli sottoscritti)

PubMed Central (Open Access) (557 titoli)

Per un complessivo numero di 6.307 te-

state, si è anticipato che a partire dal 2013 sono 39 le testate sottoscritte in formato elettronico.

Monografie

La Biblioteca ha acquisito nel corso dell'anno 18 libri di infermieristica ed è al vaglio della commissione l'acquisizione di nuovi testi assieme, eventualmente, ad ebooks internazionali da consultare sulla biblioteca digitale.

Document delivery

Nel corso dell'anno la biblioteca ha fornito sperimentalmente, ovvero informalmente, su espressa richiesta di utenti interni, privati esterni e Biblioteche, il servizio di Document Delivery che richiede in regime di scambio gratuito ad altre Biblioteche articoli per uso strettamente personale, di ricerca e di studio in conformità alla legge n. 633 del 22/04/1941 e successive modificazioni ed integrazioni.

I NUMERI DELLA BIBLIOTECA DIGITALE

La biblioteca digitale, disponibile in area autenticata, presentata e aperta all'accesso degli iscritti nel febbraio 2011, è fruibile attraverso il portale AtoZ (EBSCO Information System) che aggrega: periodici digitali fulltext (6.307), il catalogo del posseduto cartaceo della biblioteca e diverse banche dati. Nella pagina dedicata si trovano la banca dati CINAHL (EBSCO Publishing) integrata dei link a tutti i periodici disponibili in fulltext, PubMed egualmente integrato, la piattaforma di ricerca OVID/SP-Medline di Ovid Technologies/DeaMediagroup, non ultima la banca dati ILISI del Collegio stesso (sempre disponibile anche in area non autenticata). A partire da gennaio 2013, con le nuove sottoscrizioni, l'utenza trova significative novità: la banca dati NURSING REFERENCE CENTER, dedicata particolarmente alle evidenze cliniche, ai farmaci, ai quesiti propri dell'infermiere clinico,

CONSUMER HEALTH INFORMATION utile per l'educazione del paziente (nata in lingua inglese, la traduzione in italiano è un working progress; la collezione PLUS dei DATABASE COCHRANE visibile agli utenti come informazione ma consultabile solo presso la sede del Collegio. Si tratta di acquisizioni prestigiose che si spera diventino strumenti operativi a disposizione degli infermieri iscritti (vedi servizio a pag. 51).



Portale AtoZ (Catalogo delle riviste e delle banche dati)

Il portale registra gli accessi al catalogo delle riviste e alle singole riviste (report nella disponibilità della biblioteca)

1 gennaio 2012 - 31 dicembre 2012:

Durata totale delle sessioni: 562 ore 41 minuti 40 secondi

Durata media delle sessioni: 6 minuti 20 secondi

Totale visualizzazioni di pagina 22.969

Visualizzazioni medie di pagine per sessione 4

Totale sessioni/accessi 5.335

Rispetto allo scorso anno si registra allora un aumento (18,79%) delle sessioni/accessi con una diminuzione dei tempi, maggior numero di pagine visualizzate per una media sempre di 4 pagine per utente.

Cinahl complessivo

Accesso totale alla banca dati comprensivo dell'accesso remoto degli iscritti.

2012: 4.615 accessi (utenti registrati in sede, uso interno della biblioteca, didattica, accesso remoto degli infermieri iscritti al Collegio); **25.721** interrogazioni (query); **9.632** full text scaricati;

Piattaforma OVIDSP

Sessioni/accessi 2012: 3.899, ricerche 18.274, abstract recuperati 36.822.

Sessioni OVID/Medline: 1.211

Sessioni Journals@Ovid Full text: 2.688

Totale sessioni/accessi: 3.899

• **Ricerche per database**

Ricerche OVID/Medline: 12.035

Ricerche Journals@Ovid Full text: 6.239

Totale ricerche: 18.274

Full Text scaricati: 900

Si registra un incremento del 3,9% per gli accessi rispetto allo scorso anno.

Ilisi

ILISI (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche) banca dati bibliografica curata dal Collegio di Roma attraverso il progetto omonimo è disponibile sul sito del Collegio dal 1 giugno 2008, da febbraio 2011 aggregata anche su AtoZ.

Ad oggi contiene 3.864 schede bibliografiche con un incremento di più di 500 record nel corso di un anno (erano 3.338 a dicembre 2011) e sono relative a **31** riviste italiane indicizzate di area infermieristica e sanitaria. Ha mutato radicalmente la modalità di consultazione della letteratura infermieristica ed è utilizzata su tutto il territorio nazionale, i dati generati da Google Analytics si confermano stabili e di soddisfazione.

2012: 7.059 utenti unici; **7.830** pagine visualizzate; **2:17** minuti di permanenza sulla pagina.

Le attività della Commissione

Nel 2012 la Commissione Biblioteca, documentazione, ricerca ha continuato i suoi lavori con le professionalità presenti integrandole con due nuovi membri provenienti dal gruppo degli indicizzatori, il gruppo è così composto da Carlo Turci Tesoriere e Matilde Napolano consigliere, Alessandra Bonfigli, Eleonora Bruno, Barbara Di Donato, Edvige Fanferà, Giovanna

Finocchi, Rita Ester Monaco, Patrizia Nappini, Claudia Onofri, Alessandro Pizzalla, Fabrizio Tallarita.

La commissione ha curato la banca dati bibliografica Ilisi in tutti i suoi aspetti, revisioni, aggiornamento del software (la versione test 4.0 è prossima ad essere ufficializzata), la formazione (corso e successivo training) ha abilitato 8 nuovi indicizzatori, operativi con il nuovo anno, attenzione è stata dedicata alla revisione del thesaurus che, in una

complessa e radicale revisione, vedrà presto luce. Notevole e costante è stato l'apporto del gruppo complessivo degli indicizzatori che è necessario ringraziare: Gina Bonanni, Maurizio Brunelli, Teresa Compagnone, Maurizia D'Amore, Barbara Di Donato, Tania Diottasi, Barbara Gargano, Paola Gentili, Nadia Guardiani, Lorian Lattanzi, Sara Martelli, Rita Ester Monaco, Claudia Onofri, Giulia Antonina Petrangeli, Eleonora Petteuzzo, Alessandro Pizzalla, Antonella Punziano, Laura Sabatino, Laura Soldà, Silvia Sferrazza, Daniela Trinca, Simonetta Ugolini, Pietro Vaccaro, Francesca Verde.

Nel corso dell'anno la commissione ha dato particolare rilievo alla formazione sulla ricerca bibliografica, rinnovando nei contenuti i corsi residenziali di tre giorni ed ideandone una versione itinerante, di mezza giornata, da svolgere presso le diverse aziende sanitarie (su richiesta delle Direzioni infermieristiche). L'intento è promuovere l'interesse alla ricerca infermieristica fornendo nozioni di base sull'utilizzo delle risorse bibliografiche oggi disponibili per gli iscritti al Collegio. Il gruppo dei docenti ha tenuto complessivamente 10 eventi formativi.

La valutazione da parte dell'utenza, come da questionario di soddisfazione, è di generale apprezzamento per il patrimonio bibliografico disponibile, non mancano però suggerimenti per il suo incremento assieme a quello dei servizi. Si riscontra generale soddisfazione per gli articolati bisogni di documentazione/informazione rappresentati nelle diverse sezioni del questionario.

La relazione del Collegio dei Revisori dei Conti al rendiconto generale 2012

Gentili Colleghi, il Bilancio relativo all'esercizio finanziario chiuso al 31 dicembre 2012, composto dal rendiconto finanziario – dalla situazione amministrativa – dalla situazione economico patrimoniale – dalla relazione di gestione e nota integrativa, è stato regolarmente messo a nostra disposizione.

Il documento è stato redatto nell'osservanza dei principi di contabilità. Nel corso dell'anno si è proceduto al riscontro dei dati esposti in ciascuno dei documenti che compongono il consuntivo con le corrispondenti scritture contabili.

Rendiconto Finanziario

Dal rendiconto finanziario risultano:

- entrate di competenza per **€ 2.650.392,18**, di cui incassate € 2.215.515,65 e da incassare € 434.876,53;
- uscite di competenza per **€ 2.795.175,46**, di cui pagate € 2.171.131,73 e da pagare € 624.043,73;
- disavanzo di amministrazione dell'esercizio pari ad **€ 144.783,28** che sommato all'avanzo di amministrazione dell'anno precedente e inclusi gli storni dei residui porta ad un avanzo di amministrazione al 31/12/2012, pari **€ 1.440.268,02**.

Abbiamo rilevato che:

- l'ammontare delle somme accertate e quello delle somme riscosse nei singoli capitoli del bilancio, hanno trovato riscontro nei totali risultanti dalle corrispondenti schede del partitario delle entrate, rispettivamente per le somme accertate e per reversali emesse ed estinte, in conto competenza;
- l'ammontare delle somme da riscuotere e da pagare in conto residui trova riscontro per ciascun capitolo nelle schede del partitario dei debitori e dei creditori;
- il totale complessivo delle somme riscosse in conto competenza ed in conto residui e quello delle somme pagate in conto competenze ed in conto residui, trova riscontro nel totale risultante dalle reversali e dai mandati, rispettivamente, per reversali e per mandati emessi ed estinti nel corso dell'esercizio dell'anno finanziario;
- i residui attivi di maggiore anzianità, comunque oggetto di attenzione, sono a tutt'oggi ancora esigibili;
- l'avanzo di amministrazione trova riscontro nell'avanzo di amministrazione dell'anno precedente e nelle entrate ed uscite di competenza dell'anno 2012;
- si è evidenziato il contenimento degli impegni di spesa nei limiti dello stanziamento assegnato a ciascun capitolo di bilancio;
- apprezzabile lo sforzo di orientare la spesa verso le emergenze professionali.

Situazione Patrimoniale

La situazione patrimoniale rispecchia i risultati della gestione del Collegio con fedeltà ed evidenzia le effettive componenti del patrimonio netto;

Tali risultati trovano riscontro nelle scritture contabili ed avallo nella documentazione attestante l'effettiva consistenza di ciascun elemento patrimoniale;

Per quanto riguarda le disponibilità liquide trovano riscontro nella consistenza di cassa alla fine dell'esercizio quale risulta dalla situazione al 31 dicembre 2012, così come comunicato dagli istituti bancari e dalla posta.

Tutti i fatti indicati corrispondono a quanto manifestatosi nel corso dell'anno finanziario. Dalla differenza tra la parte attiva e quella passiva si è ottenuto un disavanzo economico corrispondente a quello che risulta nella situazione patrimoniale.

Per quanto riguarda gli immobili e le immobilizzazioni tecniche il valore esposto nella situazione patrimoniale trova riscontro.

Valutazione conclusiva

Considerato:

- che c'è stata una corretta imputazione delle spese ai pertinenti capitoli delle competenze e dei residui;
- che si è verificata regolarità formale e sostanziale dei singoli atti ed osservanza delle norme che stabiliscono la competenza dei singoli organi ad assumere impegni di spesa;
- che il pagamento delle spese impegnate alle relative scadenze è stato puntuale;
- che la gestione delle disponibilità di cassa è stata corretta;
- che c'è stata regolarità degli adempimenti richiesti dalla vigente normativa fiscale.

Inoltre valutato:

- l'esito dei riscontri contabili eseguiti;
- la correttezza dei criteri adottati per la valutazione del patrimonio;
- la completezza dei dati riportati nel conto economico;
- la regolarità della gestione dell'esercizio finanziario per l'anno 2012.

I Revisori dei Conti esprimono parere favorevole all'approvazione del rendiconto generale dell'esercizio 2012, così come è stato sottoposto all'assemblea.

*PRESIDENTE Gianfranco Del Ferraro
REVISORE EFFETTIVO Stefano Di Carlo
REVISORE EFFETTIVO Marinella Carnevale*

Rendiconto generale 2012

Entrate

	GESTIONE DI COMPETENZA						Scoperto
	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			
	Iniziati	Variazioni	Definitive	Più/meno	Da risultare	Totale	
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI							
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI							
Quote iscrizioni	€ 1.997.527,50		€ 1.997.527,50	€ 1.564.751,10	€ 432.776,40	€ 1.997.527,50	€
Quote nuovi iscritti	€ 81.000,00		€ 81.000,00	€ 84.439,80	€ 67,50	€ 84.507,30	€ 3.507,30
Tasse iscrizioni	€ 108.000,00		€ 108.000,00	€ 112.590,00	€ 90,00	€ 112.680,00	€ 4.680,00
Totale entrate contributive a carico degli iscritti	€ 2.186.527,50		€ 2.186.527,50	€ 1.761.780,90	€ 432.933,90	€ 2.194.714,80	€ 8.187,30
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI							
Corsi di aggiornamento	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 15.720,00		€ 15.720,00	€ 5.720,00
Totale entrate per iniziative culturali ed aggiornamenti professionali	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 15.720,00	€ -	€ 15.720,00	€ 5.720,00
QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI ONERE PARTICOLARI GESTIONI							
Rilascio tessere	€ 500,00		€ 500,00	€ 545,00		€ 545,00	€ -45,00
Certificati e trasferimenti	€ 7.500,00		€ 7.500,00	€ 6.879,00		€ 6.879,00	€ -621,00
Totale quote di partecipazione iscritti onere particolari gestioni	€ 8.000,00		€ 8.000,00	€ 7.424,00	€ -	€ 7.424,00	€ -576,00
TRASFERIMENTI CORRENTI							
Trasferimenti correnti							
Totale trasferimenti correnti							
ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI							
Vendita pubblicazioni	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 16,00		€ 16,00	€ -984,00
Totale entrate da vendita beni e prestazioni servizi	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 16,00	€ -	€ 16,00	€ -984,00
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI							
Interessi attivi	€ 4.000,00		€ 4.000,00	€ 360,64	€ 1.903,72	€ 2.264,36	€ -1.735,64
Totale redditi e proventi patrimoniali	€ 4.000,00		€ 4.000,00	€ 360,64	€ 1.903,72	€ 2.264,36	€ -1.735,64
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI							
Recuperi e rimborsi	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 965,11	€ -	€ 965,11	€ -1.034,89
Totale poste correttive e compensative uscite correnti	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 965,11	€ -	€ 965,11	€ -1.034,89
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI							
Entrate varie	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 4,63		€ 4,63	€ -995,37
Totale entrate non classificabili in altre voci	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 4,63		€ 4,63	€ -995,37
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 2.212.527,50		€ 2.212.527,50	€ 1.796.271,26	€ 434.837,62	€ 2.231.108,90	€ 8.581,40
TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE							
ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI							
Alienazione immobili							
Totale alienazione immobili							
ALIENAZIONE DI IMMOBILI TECNICI							
Vendita mobili ed arredi							
Totale alienazione di immobilizzazioni tecniche							
RISCOSSIONE DI CREDITI							
Riscossione credito							
Totale riscossione di crediti							
TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE							
Trasferimento							
Totale trasferimenti in conto capitale							
ASSUNZIONE DI MUTUI							
Assunzione mutuo							
Totale Assunzione di mutui							
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI							
Assunzione debito finanziario							
Totale assunzione di altri debiti finanziari							
TOTALE TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE							
TITOLO III - PARTITE DI GIRO							
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO							
Rilascio fiscali e previdenziali	€ 250.000,00		€ 250.000,00	€ 228.299,38	€ -	€ 228.299,38	€ -21.700,62
Altre partite di giro	€ 320.000,00		€ 320.000,00	€ 200.944,59	€ 38,91	€ 200.983,50	€ -119.016,10
TOTALE TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 570.000,00		€ 570.000,00	€ 429.243,97	€ 38,91	€ 429.283,28	€ -148.716,72
TOTALE ENTRATE	€ 2.782.527,50		€ 2.782.527,50	€ 2.215.515,65	€ 434.876,53	€ 2.650.392,18	€ 132.135,32
Disavanzo di amministrazione dell'esercizio	€ 874.065,15					€ 144.783,28	
TOTALE GENERALE	€ 3.656.622,65		€ 2.782.527,50	€ 2.215.515,65	€ 434.876,53	€ 2.795.175,46	€ 132.135,32

Uscite

GESTIONE DI COMPETENZA

TITOLO I - USCITE CORRENTI

USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE

	Previsioni	Definitive	Pagato	Somme impegnate	Scostamento		
	Iniziali	Variazioni		Da pagare	Totale		
Gettoni riunioni Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei conti	€ 25.000,00		€ 25.000,00	€ 20.120,00	€ 4.320,00	€ 24.440,00	€ 560,00
Gettoni partecipazione Consiglio Nazionale e seminari	€ 50.000,00		€ 50.000,00	€ 23.052,27		€ 23.052,27	€ 26.947,73
Rimborsi spese	€ 25.000,00		€ 25.000,00	€ 12.663,93	€ 1.480,00	€ 14.143,93	€ 10.856,07
Gettoni e indennità attività Organi Direttivi	€ 125.000,00		€ 125.000,00	€ 92.621,00	€ 18.720,00	€ 111.341,00	€ 13.659,00
Assicurazioni organi statutari	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 5.842,30		€ 5.842,30	€ 14.157,70
Spese elezioni Organi Direttivi	€ 60.000,00		€ 60.000,00	€ 59.971,10		€ 59.971,10	€ 28,90
Totale uscite per gli organi dell'Ente	€ 305.000,00	€ -	€ 305.000,00	€ 214.270,60	€ 24.520,00	€ 238.790,60	€ 66.209,40

ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO

Stipendi e oneri riflessi	€ 225.000,00		€ 225.000,00	€ 176.319,60	€ 11.222,57	€ 187.542,17	€ 37.457,83
Assicurazioni personale	€ 6.000,00		€ 6.000,00	€ 4.390,94	€ 325,73	€ 4.716,67	€ 1.283,33
Fondo incentivazione	€ 60.000,00	€ 16.397,81	€ 76.397,81	€ 51.643,90	€ 24.753,89	€ 76.397,81	€ -
Corsi di formazione	€ 6.000,00		€ 6.000,00	€ 4.017,53		€ 4.017,53	€ 1.982,47
Totale oneri per il personale in servizio	€ 297.000,00	€ -	€ 313.397,81	€ 236.371,99	€ 36.302,19	€ 272.674,18	€ 40.723,63

USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI

Abbonamenti Rai e riviste	€ 7.500,00		€ 7.500,00	€ 997,82		€ 997,82	€ 6.502,18
Compenso per la riscossione	€ 65.000,00		€ 65.000,00		€ 31.705,20	€ 31.705,20	€ 33.294,80
Consulenze legali	€ 80.000,00		€ 80.000,00	€ 32.561,10	€ 39.639,60	€ 72.200,70	€ 7.799,30
Consulenza amministrativa	€ 35.000,00	€ 1.531,42	€ 36.531,42	€ 30.625,32	€ 5.906,10	€ 36.531,42	€ -
Consulenza professionale occasionale	€ 35.000,00		€ 35.000,00	€ 25.355,81	€ 8.720,50	€ 34.076,31	€ 923,69
Consulenza informatica	€ 50.000,00		€ 50.000,00	€ 2.709,56	€ 1.200,00	€ 3.909,56	€ 46.090,44
Manutenzioni e riparazioni	€ 35.000,00		€ 35.000,00	€ 21.473,20	€ 2.157,91	€ 23.631,11	€ 11.368,89
Acquisto tessere distintivi bolli	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 2.576,94		€ 2.576,94	€ 2.423,06
Totale uscite per l'acquisto di beni e servizi	€ 312.500,00	€ 1.531,42	€ 314.031,42	€ 116.299,75	€ 89.329,31	€ 205.629,06	€ 108.402,36

USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI

Affitto luce e riscaldamento	€ 126.000,00	€ 7.454,35	€ 133.454,35	€ 131.831,58	€ 3.622,77	€ 135.454,35	€ -
Cancelleria e stampati	€ 50.000,00		€ 50.000,00	€ 13.628,35	€ 9.064,43	€ 22.692,78	€ 27.307,22
Spese postali e telefoniche	€ 70.000,00		€ 70.000,00	€ 25.867,80		€ 25.867,80	€ 44.132,20
Spese di pulizia	€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 19.887,17	€ 1.790,80	€ 21.677,97	€ 8.322,03
Spese bancarie e di c/c postali	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 935,40	€ 398,32	€ 1.333,72	€ 666,28
Spese vario	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 474,02		€ 474,02	€ 4.525,98
Archiviazione e gestione documenti	€ 18.000,00		€ 18.000,00	€ 5.749,13	€ 7.830,43	€ 13.579,56	€ 4.420,44
Totale uscite per funzionamento uffici	€ 303.000,00	€ -	€ 310.454,35	€ 198.373,45	€ 22.706,75	€ 221.080,20	€ 89.374,15

USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI

Aggiornamenti professionali	€ 800.000,00		€ 800.000,00	€ 390.987,80	€ 322.340,96	€ 713.328,76	€ 86.671,24
Rivista "Infermiere oggi"	€ 150.000,00		€ 150.000,00	€ 90.332,78	€ 36.859,73	€ 127.192,51	€ 22.807,49
Biblioteca	€ 140.000,00		€ 140.000,00	€ 84.289,03	€ 7.081,25	€ 91.370,28	€ 48.629,72
Promozione immagine (pubblicità)	€ 10.000,00		€ 10.000,00			€ -	€ 10.000,00
Commissioni di studio	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 2.800,00	€ 550,00	€ 3.350,00	€ 16.650,00
Spese di rappresentanza	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 1.062,00		€ 1.062,00	€ 8.938,00
Quote spettanti Federazione	€ 287.298,69	€ 485,16	€ 287.783,85	€ 276.102,69	€ 11.681,16	€ 287.783,85	€ -
Progetto qualità Collegio ISO 9000	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 7.200,00	€ 5.481,30	€ 12.741,30	€ 7.258,70
Progetto Newsletter	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 12.002,00	€ 2.118,00	€ 14.120,00	€ 5.880,00
Iniziativa di solidarietà	€ 25.000,00	€ 8.519,00	€ 33.519,00	€ 33.519,00		€ 33.519,00	€ -
Posta elettronica certificata	€ 15.000,00		€ 15.000,00	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 5.000,00
Totale uscite per prestazioni istituzionali	€ 1.497.298,69	€ -	€ 1.506.302,85	€ 908.355,30	€ 386.112,40	€ 1.294.467,70	€ 211.835,15



**IL MEGLIO DEL SAPERE
INFERMIERISTICO MONDIALE
ADESSO È NELLE TUE MANI**

Uscite	GESTIONE DI COMPETENZA						Sostanziale
	PREVISIONI			DOMIC. IMPEGNATE			
	Iniziali	Verificati	Definitivi	Pagati	Da pagare	Totale	
ONERI FINANZIARI							
Interessi passivi							
Totale oneri finanziari							
ONERI TRIBUTARI							
Imp. Irap e altri tributi	€ 120.000,00		€ 120.000,00	€ 73.219,66	€ 17.426,00	€ 90.045,66	-€ 29.354,26
Nettezza urbana	€ 4.000,00		€ 4.000,00	€ 3.317,75		€ 3.317,75	-€ 682,25
Totale oneri tributari	€ 124.000,00		€ 124.000,00	€ 76.537,40	€ 17.426,00	€ 93.963,40	-€ 30.036,60
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI							
Rimborsi vari	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 704,50		€ 704,50	-€ 1.295,50
Totale poste correttive e compensative di entrate correnti	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 704,50		€ 704,50	-€ 1.295,50
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI							
Fondo spese imprevedibili	€ 65.823,96	-€ 34.387,74	€ 31.436,22				-€ 31.436,22
Totale uscite non classificabili in altre voci	€ 65.823,96	-€ 34.387,74	€ 31.436,22				-€ 31.436,22
TRATTAMENTO FINE RAPPORTO							
Trattamento di fine rapporto	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 42,13	€ 10.116,55	€ 10.158,68	-€ 9.841,32
Totale trattamento di fine rapporto	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 42,13	€ 10.116,55	€ 10.158,68	-€ 9.841,32
ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI							
Rimborso quote esattoria							
Totale accantonamento fondo rischi e oneri							
TOTALE TITOLO I - USCITE CORRENTI	€ 2.940.422,09		€ 2.940.422,09	€ 1.750.993,12	€ 595.513,20	€ 2.337.499,32	-€ 608.194,33
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE							
ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI							
Ristrutturazione sede	€ 50.000,00		€ 50.000,00				-€ 50.000,00
Totale acquisizione di beni di uso durevole ed immobili	€ 50.000,00		€ 50.000,00				-€ 50.000,00
ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE							
Acquisto mobili e arredi	€ 40.000,00		€ 40.000,00	€ 8.167,66		€ 8.167,66	-€ 31.832,00
Programmi e attrezzature	€ 50.000,00		€ 50.000,00	€ 13.872,67	€ 6.363,21	€ 20.235,88	-€ 29.744,12
Totale acquisizione di immobilizzazioni tecniche	€ 90.000,00		€ 90.000,00	€ 22.040,33	€ 6.363,21	€ 28.423,86	-€ 61.576,14
CONCESSIONI DI CREDITI ED ANTICIPAZIONI							
Concessione di crediti							
Totale concessione di crediti							
RIMBORSI DI MUTUI							
Rimborso mutuo							
Totale rimborsi di mutui							
RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE							
Rimborso di anticipazione passiva							
Totale rimborso di anticipazioni passive							
ESTINZIONE DEBITI DIVERSI							
Estinzione debito							
Totale estinzione debiti diversi							
ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE							
Fondo spese elezioni							
Totale accantonamenti per spese future							
ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI							
Accantonamento per ripristino investimenti							
Totale accantonamenti per ripristino investimenti							
TOTALE TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 140.000,00		€ 140.000,00	€ 22.040,33	€ 6.363,21	€ 28.423,86	-€ 111.576,14
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO							
Ritenute fiscali e previdenziali	€ 250.000,00		€ 250.000,00	€ 209.908,66	€ 18.582,43	€ 228.296,38	-€ 21.700,62
Altra partita di giro	€ 300.000,00		€ 300.000,00	€ 188.229,01	€ 12.754,89	€ 200.983,90	-€ 119.016,10
TOTALE TITOLO III - USCITE PER PARTITE DI GIRO	€ 550.000,00		€ 550.000,00	€ 398.137,66	€ 31.337,32	€ 429.280,28	-€ 145.719,72
TOTALE USCITE	€ 3.666.822,65		€ 3.666.822,65	€ 2.171.131,79	€ 634.043,73	€ 2.795.175,46	-€ 861.447,19
Avanzo di amministrazione dell'esercizio							
TOTALE GENERALE	€ 3.666.822,65		€ 3.666.822,65			€ 2.795.175,46	-€ 861.447,19

La precisazione

Ad integrazione della bibliografia dell'articolo "Indagine conoscitiva sul livello di burn out tra gli infermieri che operano nella Salute mentale del Distretto sanitario Asl Rm/A", apparso sul numero 4/2012 di "Infermiere oggi", va citato lo studio di: Lautizi M, La-schinger H.K.S, Ravazzolo S, *Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health nurses: an exploratory study*. Journal of Nursing Management, volume 17, issue 4, pp 446-452, may 2009.

Viaggiare sicuri: parte il censimento per gli infermieri di bordo

Come per l'anno scorso, il ministero della Salute ha chiesto a tutti i Collegi provinciali Ipasvi una ricognizione sui colleghi in possesso di libretto di navigazione, allo scopo di prevedere la nuova figura in un'apposita normativa.

Il Collegio Ipasvi di Roma invita, pertanto, i colleghi a prendere parte al censimento voluto dal Ministero che ha l'obiettivo di istituire, come per i medici, un **albo degli infermieri di bordo**, cioè di quelli abilitati all'imbarco.

Tutti i colleghi in possesso dei requisiti, pertanto, possono inviare all'indirizzo del Collegio Ipasvi, attraverso pec o raccomandata, la documentazione che attesti l'abilitazione all'imbarco.

Già nel 2012, la Federazione nazionale Ipasvi si attivò in tal senso. Con l'approvazione del regolamento sulla sanità marittima (Regio Decreto n. 636 del 29 settembre 1895, seguito dal Regio Decreto n. 178 del 20 maggio 1897), l'Italia dette alla luce, più di un secolo fa, il primo modello di struttura sanitaria a bordo di navi passeggeri, in grado di funzionare da "posto di pronto soccorso", oltre che da infermeria con posti letto autonomi, vero punto di riferimento nella gestione delle emergenze mediche, chirurgiche ed ostetriche verificatesi lontano dalla terraferma. Tali decreti costituiscono ancor oggi la base normativa, seppur datata ed in parte aggiornata ed integrata in seguito, che regola il servizio medico di bordo sulle navi, italiane o straniere, che effettuano viaggi da o verso porti dello Stato.

Precedentemente, solo "i piroscafi nazionali od esteri destinati

al trasporto dei passeggeri per viaggi di lunga navigazione" ove il numero degli imbarcati superasse i 150 dovevano dotarsi di medico di bordo. Successivamente, con l'entrata in vigore del Decreto ministeriale. 20 giugno 1986, il servizio medico di bordo è diventato obbligatorio anche sulle navi della marina mercantile italiana, addette alla navigazione nel mare Mediterraneo, che siano: navi maggiori destinate al servizio pubblico di crociera; navi traghetto, abilitate al trasporto di 500 o più passeggeri, in servizio pubblico di linea la cui durata, tra scalo e scalo, sia pari o superiore a 6 ore di navigazione.

Periodicamente, viene bandito un concorso pubblico, per esami, utile al conseguimento dell'abilitazione a medico di bordo. L'altro anno, questo stesso percorso viene per la prima volta delimitato anche per gli infermieri italiani iscritti all'Albo nazionale. L'intenzione resta quella di realizzare un vero e proprio *database* dei professionisti sanitari abilitati all'imbarco: attualmente, infatti, non c'è alcun elenco pubblico, consultabile dalle istituzioni o dalle compagnie di navigazione, per ricercare personale infermieristico da impiegare a bordo di navi passeggeri nazionali, che sono per legge sotto la vigilanza della Direzione generale della prevenzione.

Un'iniziativa che consentirebbe pure una migliore attività di vigilanza rispetto all'impiego su navi italiane di infermieri non in possesso dei necessari titoli (o addirittura non iscritti all'Albo), anche perché provenienti da altre nazioni.

ELEZIONI REGIONALI 2013 Il centrosinistra torna al governo del Lazio con un'ampia maggioranza

Ampia maggioranza nel nuovo Consiglio regionale del Lazio per Nicola Zingaretti, eletto presidente con il 40,65% dei voti (pari a circa un milione e 330mila preferenze). Il centrosinistra porta alla Pisana, infatti, 28 consiglieri su 50. Nel dettaglio, la coalizione vincente sarà composta così: 13 consiglieri del Pd, 2 della Lista Zingaretti e 1 rispettivamente per Sel, Psi e Centro democratico, ai quali si aggiungono i dieci rappresentanti del "listino": Cristiana Avenali, Daniela Bianchi, Marta Bonafoni, Cristian Carrara, Baldassare Favara, Rosa Giancola, Gian Paolo Manzella, Daniele Mitolo, Maria Teresa Petrangolini e Riccardo Valentini.

Per quanto riguarda il Pd: Daniele Leodori, Massimiliano Valeriani, Marco Vincenzi, Mario Ciarla, Rodolfo Lena, Eugenio Patané, Gianfranco Zambelli, Fabio Bellini, Simone Lupi e Riccardo Agostini, per la provincia di Roma. Enrico Maria Forte da Latina; Mauro Buschini da Frosinone e Enrico Panunzi da Viterbo. Per la Lista Civica Zingaretti passano Michele Baldi e Gianluca Quadrana, mentre per Sel Gino De Paolis. Il Psi porta in Pisana Oscar Tortosa e il Centro Democratico Piero Petrassi. Quanto al centrodestra, oltre al candidato sconfitto alla presidenza, Francesco Storace, entrano in Consiglio: Luca Gramazio, Giuseppe Cangemi, Pietro Di Paolo, Antonello Aurigemma Adriano Palozzi, Fabio De Lillo, Giuseppe Simeone, Mario Abbruzzese, Daniele Sabatini, Giancarlo Righini, Fabrizio Santori, Olimpia Tarzia.

Il Movimento 5 stelle vedrà tra i suoi giovanissimi protagonisti: Davide Barillari, Devid Porrello, Valentina Corrado, Gianluca Perilli, Silvana Denicolò, Gaia Pernarella e Silvia Blasi. La Lista civica Bongiorno, infine, sarà rappresentata da Pietro Sbardella e da Marino Fardelli.

I Collegi regionali del Lazio incontrano Nicola Zingaretti

Il nuovo presidente della Regione: "Infermieri protagonisti del cambiamento: no a tagli lineari, sì all'Osservatorio"

Il 29 gennaio si è svolto presso la sede del Collegio Ipasvi di Roma, un incontro tra gli infermieri laziali e Nicola Zingaretti, successivamente eletto nuovo presidente della Regione.

In rappresentanza di circa 40mila iscritti, il Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio e il presidente del Collegio di Roma, Gennaro Rocco, hanno consegnato nelle mani del leader del centrosinistra un articolato documento sulle priorità di governo del Sistema sanitario regionale.

In primis, l'emergenza personale, legata alla carenza degli organici, ai tagli, al blocco degli stipendi, ai progressivi ridimensionamenti delle Uo e delle posizioni organizzative e di coordinamento.

Tutto, a discapito della sicurezza dei cittadini e del loro diritto a ricevere cure ed assistenza adeguate.

Hanno partecipato all'incontro, alimentando il dibattito, i presidenti dei Collegi di: Frosinone, Paolo Masi; Latina, Maurizio Vargiu; Viterbo, Mario Curzi; Rieti, Felicia Stagno. "Nel Lazio mancano all'appello 4.500 infermieri - ha ricordato Rocco -. Inoltre, il consistente taglio retroattivo dei rimborsi alle strutture private convenzionate ha prodotto difficili vertenze sindacali e acuito l'incertezza sul futuro di altre migliaia di infermieri, per

non parlare dei danni che noi tutti patiamo in conseguenza del blocco dei *turn over*".

L'insostenibilità della carenza di infermieri in larga parte delle strutture di cura ed assistenza della regione pregiudica la stessa sopravvivenza di servizi e reparti ospedalieri, condizionando in negativo i livelli funzionali di assistenza.

Non sarebbe errato, a tal proposito, sfruttare la possibilità di derogare al blocco delle assunzioni per chi - come il Lazio - è soggetto al Piano di Rientro.

Per non parlare del fatto che, negli ultimi anni, la Regione ha dedicato scarsa attenzione all'effettiva attuazione dei programmi di incentivazione e sviluppo dell'assistenza territoriale, vera alternativa alla massiccia e costosa ospedalizzazione del malato.

La figura dell'infermiere di famiglia rimane ancora un'ombra sullo sfondo, pronta ad essere invocata, ma mai concretamente messa nelle possibilità di operare (pure se si sono riscontrati ottimi risultati nelle rare sperimentazioni).

E, con essa, formule all'avanguardia come il *care management* o il modello *hub & spokes*: tutte ancora sulla carta, pur incassando il vivo interesse da parte della professione.

"Abbiamo tanto da dare ai nostri cittadini e alle istituzioni che ci governano: idee, energie, contributi scientifici e buone pratiche come quelle frutto del lavoro del nostro Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica - ha aggiunto Rocco -. Aspiriamo, in coscienza, a diventare protagonisti del cambiamento del Sistema sanitario regionale, come già lo siamo ogni giorno sul posto di lavoro, così come in prestigiosi contesti internazionali".

"I nostri infermieri - ha concluso - hanno raggiunto livelli formativi di altissimo livello e certamente patiscono un sottodimensionamento delle loro aspettative professionali, nonché economiche".

Il drastico ridimensionamento delle posizioni Organizzative e di Coordinamento ha comportato una profonda alterazione dei livelli funzionali di assistenza e del governo stesso delle Aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione.

Nello specifico, poiché il perseguimento degli obiettivi fissati dal Piano di Rientro si basano sulla valorizzazione ed il potenziamento delle competenze di organizza-



zione e gestione il ruolo dei Coordinatori di Servizi/UU.OO non si può non ritenere molto delicato, viste le funzioni espletate verso il malato e per il perseguimento degli obiettivi aziendali.

Per mezzo dei Coordinamenti, infatti, le direttive volute dai vertici aziendali si interfacciano con il personale infermieristico, tecnico ed ausiliario e diventano operative. "Negli ultimi tre anni - ha detto il presidente Rocco - si è assistito alla progressiva scadenza dei contratti dei Dirigenti Infermieristici senza provvedere al loro rinnovo e senza pensare a bandi pubblici che dovrebbero riempire quel vuoto di competenze professionali specifiche. La mancata istituzione di una struttura riconosciuta renderebbe ingestibile l'attività di un'enorme fascia di professionisti ormai altamente competente e dotata di autonomia".

Nel caso delle direzioni infermieristiche si tratta di pianificare e coordinare le attività un'area vasta (ma unica) che necessita, per funzionare a dovere, di "una cabina di regia".

E non tiene, in tal senso, neppure la motivazione di ridurre i costi: smantellando i Servizi Infermieristici, le autorità sanitarie non sono in linea con i moderni criteri di economicità.

Nicola Zingaretti, apprezzando il contributo e la disponibilità dell'Ipsavi, ha invitato gli infermieri laziali alla riscrittura del Piano sanitario regionale e alla partecipazione ad un Osservatorio delle professioni infermieristiche e sanitarie, da attivare nella nuova legislatura: "È ora di dire basta ai tagli lineari ed alla politica dei ticket per ripianare il disavanzo. Basta alle strategie ragionieristiche che non risolvono il problema del precariato e non garan-



tiscono al cittadino il diritto alla salute così come sancito dalla Costituzione: lo stato della 'salute' rivela anche il grado di civiltà di un Paese. Indaghiamo nelle zone grigie dove ancora ci sono truffe e magagne che rallentano il risanamento. Servono pulizia, trasparenza, legalità: va rilanciata la centrale unica degli acquisti e va introdotta una valutazione per obiettivi delle figure apicali".

Quattro, in sintesi, i capisaldi della proposta di Zingaretti: valorizzare il lavoro (cercando di attivare una "filiera di qualità" in cui tutti i professionisti coinvolti interagiscono); ricercare un modello sanitario trasparente (per mezzo del quale risanare un disavanzo regionale di 780 milioni di euro); valutare gli

obiettivi ed evitare la politica "delle macroaree" (motivo dell'inutile amalgama fra ospedali spesso distanti chilometri) ed, infine, puntare sulla salute del territorio (una chiave importante per risolvere annose questioni).

Il leader del centrosinistra ha poi accettato con favore la richiesta dell'Ipsavi di prevedere un rappresentante della professione infermieristica all'interno della direzione generale del futuro assessorato alla Sanità. "Noto con piacere che siete una realtà solida e piena di risorse - ha infine commentato -: saprò avvalermi del vostro contributo in sede regionale. La sanità laziale necessita di un vero e proprio modello di sviluppo e di organizzazione, che finora di fatto è mancato, facendoci vivere in un clima di destrutturazione di vecchie architetture cadenti. È giunta l'ora di cambiare tutto, con l'aiuto di chi, come voi, accetta senza timore questa difficile sfida".

Impegni concreti anche da Storace

Il 13 febbraio, il Coordinamento dei Collegi Ipsavi del Lazio ha incontrato anche il principale contendente di Zingaretti: Francesco Storace, leader del centrodestra. Pure a lui è stato consegnato un articolato documento sulle priorità di governo del Sistema sanitario regionale: emergenza del personale, incentivazione e sviluppo dell'assistenza territoriale, adeguamenti contrattuali e rilancio del ruolo della dirigenza infermieristica.

Storace ha garantito una piena valorizzazione della figura dell'infermiere di famiglia, dell'assistenza domiciliare integrata, e assumendosi precisi impegni riguardo lo sblocco delle vertenze in atto in molte aziende sanitarie ed ospedaliere laziali. Semaforo verde per un rinnovato vigore della dirigenza infermieristica; semaforo rosso per il commissariamento della sanità regionale. "Mai più figure tecniche, senz'anima e senza responsabilità nei confronti degli elettori, a decidere per la nostra salute", ha spiegato.



Il presidente Gennaro Rocco con Cesare Corsi e Francesco Storace

Cinahl: Collegio di Roma capofila per lo sviluppo della professione

In sanità, puntare all'eccellenza e allo sviluppo della qualità dei servizi significa investire in cultura professionale. Il Collegio ha quindi promosso e sostenuto con grande convinzione l'iniziativa della Federazione che oggi vede la luce: la sottoscrizione a livello nazionale della banca dati **Cinahl** di Ebsco Publishing, una delle risorse più autorevoli e prestigiose per la ricerca infermieristica. Ogni professionista dovrebbe possedere la capacità di riconoscere, identificare, valutare e interpretare i nuovi bisogni informativi e di applicare le conoscenze e le competenze acquisite nella propria realtà operativa. La Federazione

ora offre all'intera comunità degli iscritti l'opportunità di accedere gratuitamente tramite il proprio portale www.ipasvi.it alla versione più completa del database bibliografico. Il **Cinahl** (*Cumulative Index to*

Nursing and Allied Health Literature) è uno strumento fondamentale per la formazione, la ricerca e l'aggiornamento degli infermieri italiani. Nessun'altra professione nel nostro Paese ha affrontato un investimento così importante con l'obiettivo di dare impulso al reperimento, alla valutazione e diffusione di informazioni a beneficio dell'assistenza erogata. Noi infermieri in questo siamo all'avanguardia: favorire l'accesso alla letteratura scientifica di rilievo internazionale significa sostenere concretamente la trasformazione positiva nell'erogazione delle cure al paziente, sempre più basate sulle migliori prove di efficacia disponibili. Il Collegio di Roma si è sempre impegnato in questa direzione e la biblioteca con il suo patrimonio bibliografico lo testimonia, dal 2011 mettendo a disposizione dei propri iscritti la Biblioteca Digitale ha ampliato la disponibilità del **Cinahl with Full Text** e di altre importanti risorse in accesso remoto: un servizio gratuito che ha riscosso un grande successo in termini di interesse e di consultazioni, sempre crescenti. Questa opportunità si integra oggi con l'offerta nazionale dell'accesso a **Cinahl Plus with Full Text**, aggiungendo un nuovo tassello alla strategia della Federazione e all'impegno culturale e scientifico del Collegio di Roma, che ha fatto del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca infermieristica un suo punto di forza e di prestigio internazionale. La versione **Cinahl Plus with Full Text** indicizza più di 4.900 riviste con una copertura bibliografica retrospettiva a partire dal 1937 (3,6 milioni di record), incrementa

la disponibilità di full text (760 testate, 275 libri e monografie, 134 documenti informativi sulle evidenze infermieristiche, 170 lezioni rapide, 360 strumenti per la ricerca, 189 moduli per la formazione continua), uno strumento eccezionale da sfruttare in tutte le sue potenzialità.

Per il Collegio di Roma la promozione culturale è essenziale, e cresce, in questo senso, il suo impegno verso gli iscritti. In primo luogo ha incentivato eventi formativi residenziali e itineranti, evidentemente di diversa complessità, inerenti la ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche, per promuovere la

ricerca e dare i contenuti necessari per utilizzare le risorse scientifiche disponibili nella Biblioteca Digitale (10 corsi: 5 in sede modulati su tre giornate, 5 di un solo giorno sul territorio). Altro impegno è

stato quello di acquisire nuove risorse utili alla pratica clinica e alla ricerca, **da gennaio 2013 sono disponibili infatti sul portale della Biblioteca Digitale**, nella sezione banche dati, oltre al **Cinahl Plus with Full Text**, anche **Nursing Reference Center** e **Consumer Health Information**, è presente anche la **Cochrane Collection Plus** consultabile però solo presso la biblioteca della sede. **Nursing Reference Center** è una banca dati Ebsco, full text, studiata per essere un supporto avanzato per la pratica clinica, progettata per gli infermieri che operano sul campo, consente di accedere alle sintesi delle migliori evidenze infermieristiche prodotte dalla ricerca e pubblicate in oltre 3.000 riviste specialistiche peer reviewed. Consente di accedere a linee guida, protocolli, lezioni rapide su patologie e condizioni cliniche, informazioni farmaceutiche, fogli informativi basati su prove di efficacia, manuali, moduli di formazione continua, casi legali, moduli per l'educazione terapeutica del paziente ed altro ancora, aggiornata nei suoi contenuti giornalmente può diventare uno strumento essenziale per la migliore pratica ospedaliera. **Consumer Health Information**, è invece dedicata all'educazione del paziente, contiene migliaia di schede informative su patologie, procedure ed altri argomenti di interesse clinico, sono disponibili video ed altri contenuti multimediali. Per la **Cochrane Collection Plus** è noto quanto siano scientificamente autorevoli le sue revisioni, la collezione fornisce i diversi database interrogabili singolarmente o in modalità aggregata.

CINAHL
Available via EBSCOhost

A Roma, per parlare di Cure Primarie e dell'Infermiere di Famiglia

Si è svolto a Roma dal 31 gennaio al 2 febbraio, al Centro Domus Mariae a Palazzo Carpegna, il primo congresso della Società Italiana Interdisciplinare Cure Primarie, **Siicp**, dal titolo "La gestione multidisciplinare delle malattie acute e croniche nelle Cure Primarie: aspetti organizzativi e clinico decisionali."

L'Associazione Infermieri di famiglia e di Comunità, Aifec, nata nel 2009 da un gruppo di studenti del master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità dell'università di Torino (studenti con anni di esperienze di lavoro nelle cure primarie), ha iniziato, due anni fa, un percorso di collaborazione scientifica con la Siicp ed è stata invitata a presentare la nuova figura infermieristica al convegno "Oncology for primary care" di Bari lo scorso novembre, in occasione del primo congresso nazionale.

Il simposio congiunto Siicp-Aifec ha, quindi, dato avvio al ricco programma del congresso con la sessione dal titolo "Il riordino delle Cure Primarie: nuovi compiti e competenze dell'infermiere di famiglia e di comunità".

La prima relazione "Perché l'infermiere di famiglia" ha illustrato il percorso storico che ha portato l'Oms Europa a proporre l'introduzione di una nuova figura infermieristica per garantire assistenza sanitaria sostenibile ai cittadini degli stati membri e il ruolo dell'infermiere di famiglia.

Nella seconda relazione "L'infermiere di famiglia nel panorama internazionale" sono stati illustrati i tre concetti-chiave che ruotano attorno a tale definizione: il *Family Health Nurse Practitioner*, (l'infermieristica di famiglia quale paradigma d'assistenza); il *Family Health Nurse* disegnato dall'Oms Europa e i progressi fatti a livello mondiale nel riconoscimento di tale ruolo di competenza infermieristica avanzata.

Dal 1973, negli Stati Uniti è possibile conseguire la laurea specialistica in *Family Health Nurse Practitioner* (Fhnp), titolo che consente ampia autonomia di lavoro all'interno delle cure primarie. I risultati ottenuti in termini di risparmio economico e di maggior soddisfazione dei cittadini hanno portato alla diffusione di tale ruolo anche in Africa, Asia e Australia.

Il paradigma infermieristico del *Family Nursing*, nato in Canada su ispirazione dei lavori delle scuole di Psicologia della famiglia

(tra cui quelli della Scuola Milanese di Terapia della Famiglia di Selvini, Boscolo e Palazzoli), introduce la visione di un'assistenza rivolta a tutto il nucleo familiare, che del malato si fa carico e che, con lui, soffre per la condizione di malattia/disabilità. Dal Canada tale teoria si è estesa a tutto il mondo, con un intenso lavoro di ricerca per adattatore alle realtà locali i modelli di valutazione rapida e d'intervento.

All'introduzione del *Family Health Nurse* in Europa si sta lavorando dal 2001 per implementare la figura proposta dal documento programmatico "Salute 21" ed è questo modello che l'Aifec propone sia preso nel nostro Paese nell'innovazione delle cure primarie.

Una vasta letteratura mondiale, oltre che europea, riconosce i risultati positivi della valorizzazione del ruolo infermieristico nelle cure primarie.

Si concluderà a settembre il progetto Fhnr finanziato dalla Comunità Europea in cui sette università stanno collaborando per giungere alla definizione di un programma di studio e di un profilo il più possibile comune.

In Europa, la Spagna si contraddistingue per aver saputo cogliere la potenzialità del ruolo ed averlo

sostenuto non solo nell'organizzazione dei servizi, ma anche a livello legislativo e formativo.

Da oltre un decennio, l'infermieristica di famiglia è presente in ogni regione ed è rappresentata dalle associazioni locali, riunite a livello nazionale nella Faecap, che hanno lottato per il riconoscimento formativo assieme all'Ordine degli Infermieri.

Dal 2010, la specializzazione dell'Infermiere di Famiglia è inserita a livello universitario come formazione post base e il sistema universitario si è adeguato al trattato di Bologna, passando a quattro anni per la laurea di primo livello e due per la specializzazione.

L'Italia, con pochi altri Stati europei, è molto in ritardo nel prendere atto dei mutati bisogni di salute e delle nuove sfide del contesto attuale; solo poche università propongono master di specializzazione (gli atenei di Torino dal 2005 e quello di Lucca dal 2010), ma i servizi non hanno compreso la nuova figura.

Progetti a macchia di leopardo su iniziativa di qualche operatore di buona volontà sono attuati da alcuni anni ed hanno iniziato a





raccogliere dati significativi sulla valorizzazione dell'infermiere nelle cure primarie, ma senza alcun riconoscimento ufficiale. Solo la Valle d'Aosta ha lanciato, nel 2010, un progetto sperimentale, introducendo la prima figura di infermiere di famiglia in Italia e tale esperienza è stata illustrata nella terza relazione del simposio: "Valorizzare l'infermiere di famiglia per favorire il cittadino: il progetto Valle d'Aosta".

Il lavoro del congresso sono poi proseguiti con una relazione su Nardino "L'evoluzione del Sistema Sanitario in Puglia: il ruolo strategico dell'infermiere negli ambulatori della cronicità" e con l'interessante relazione della collega veneta su "Compiti e competenze dell'infermiere di famiglia: esperienze sul campo" che ha illustrato quanto l'attività di un team motivato e preparato può incidere nell'assistenza ai cittadini.

All'interno del ricco programma scientifico sui temi della Medicina di famiglia e delle figure del team per l'assistenza, l'Infermieristica è stata di nuovo presente nella tavola rotonda: "Nuovi attori nei modelli assistenziali evoluti delle Cure Primarie" con l'intervento "L'infermiere di famiglia e di comunità: il 'case ma-

nager' e il 'nurse specialist' nel pomeriggio del giorno di apertura e nell'Area Nursing & Management sanitario dedicata agli infermieri il giorno seguente.

Le due relazioni dell'area nursing hanno riguardato il progetto di *Chronic Care Model* implementato in Puglia e la proposta dell'Aifec per la gestione territoriale del paziente complesso, in cui si è cercato di illustrare gli strumenti di lettura dei bisogni e d'intervento dell'Infermieristica di Famiglia nel contesto attuale.

Al congresso hanno partecipato anche giovani medici di famiglia in formazione che hanno espresso le loro difficoltà rispetto ad una branca della Medicina di fondamentale interesse che, però, non è riconosciuta come specializzazione universitaria (ma solo come corso regionale).

Anche per gli infermieri l'argomento è quanto mai attuale: **dopo lunghe trattative si sta per arrivare al documento definitivo per la specializzazione sull'Infermieristica di Famiglia, ma si deve vigilare** affinché poche attente considerazioni non ne modifichino il nome, relegandoci in una condizione di "provincialismo" e allontanandoci dalla specializzazione che l'Europa richiede.

L'Aifec è nata per dare identità professionale e visibilità agli infermieri di famiglia, diffondere cultura e creare consensi attorno a questo professionista, fondamentale per la promozione della salute, per la prevenzione e per la tutela dei cittadini, in particolare modo di quelli più fragili.

Il riconoscimento dell'importanza del ruolo da parte dei Medici della Siicp segna un punto di svolta culturale di grande importanza.

A più di dieci anni dalla proposta dell'Oms Europa, l'Infermiere di Famiglia quale professionista con competenze avanzate resta uno sconosciuto non solo al mondo della politica e dei servizi, ma anche all'interno della stessa comunità infermieristica.

L'Aifec ringrazia, pertanto, il collegio di Roma che ha concesso il proprio patrocinio al congresso della Siicp, è stato presente con il contributo prezioso dei moderatori che si sono succeduti nelle diverse sessioni e sta realizzando un importante progetto di Infermieristica di Famiglia, nonché il collegio della Valle d'Aosta che offrirà, a settembre, una giornata dedicata all'Infermieristica di Famiglia e il Coordinamento dei collegi Ipasvi del Piemonte per il lungimirante supporto con cui sta seguendo i nostri lavori.

Chi desidera approfondire gli argomenti relativi all'Infermieristica di Famiglia può contattarci all'indirizzo: aifec@yahoo.it

Paola Obbia
per l'Aifec

Al Museo dei Camilliani di Roma le origini della missione infermieristica

Non tutte le professioni hanno il privilegio di portare con sé il valore intrinseco della missione, di servizio e assistenza all'uomo, nel corpo e nell'anima.

Ma gli infermieri sì: fino alla prima metà del XVI secolo, tuttavia, l'assistenza agli ammalati era affidata a mercenari, che ben poco si curavano delle effettive condizioni e delle richieste di aiuto dei ricoverati, o a galeotti che venivano costretti a scontare la pena nelle corsie degli ospedali e delle infermerie, all'epoca luoghi di disperazione maleodoranti e in condizioni igieniche drammatiche.

La rivoluzione iniziò con l'opera e l'ostinata convinzione di un uomo, **Camillo de Lellis** che, dopo una vita dissoluta e dedicata al gioco e ai piaceri, si convertì e fondò l'Ordine dei Ministri degli Infermi (i Camilliani, appunto, dal nome del fondatore), una compagnia di uomini pii e dabbene che, non per soldi, ma per amore verso Dio e gli ammalati, assistevano gli infermi con l'affetto di un familiare.

San Camillo, il primo infermiere della Storia, portò il suo Ordine, e con esso, la sua rivoluzione in tutt'Italia.

Ancora oggi, il carisma del Santo, nato a Bucchianico (in provincia di Chieti), è "vivo" ed opera attraverso i suoi eredi, i Camilliani, in tutto il mondo.

Sulle orme del loro fondatore, infatti, i Ministri degli Infermi viaggiano in lungo e in largo per portare, con le loro missioni, soccorso e sollievo nelle zone di emergenza.

Per conoscere tutto sulla straordinaria storia di San Camillo e dei Camilliani vale la pena una visita al Museo della Casa Generalizia, adiacente alla chiesa di Santa Maria Maddalena in Campo Marzio, un gioiello del barocco-rococò romano.

In occasione delle celebrazioni del IV Centenario della morte di San Camillo de Lellis, che si apriranno ufficialmente il 14 luglio 2013, il Museo è stato ristrutturato e ampliato.

Al suo interno sono custoditi antichi ed importantissimi documenti storici relativi alla nascita e allo sviluppo dell'Ordine, ma non solo.

Vi sono pure oggetti di uso quotidiano dello stesso San Camillo, come gli strumenti che portava sempre con sé quando si recava negli ospedali per far visita agli infermi. Fra questi, la scopetta



che usava per pulire intorno ai letti in corsia e migliorare le condizioni igieniche, ma anche il Crocifisso ligneo da tavolo, il berretto tipico dell'Ordine da lui fondato, alcune bende utilizzate per fasciare la piaga della sua caviglia ulcerata, il calice e la ciotola usata per celebrare l'eucarestia.

Ai preziosi manoscritti ed alle stampe ottenute da splendide matrici in rame si aggiungono suppellettili religiose e reliquie.

Di notevole pregio, inoltre, le grandi tele alle pareti, raffiguranti

diversi episodi fondamentali della vita del Santo, patrono degli infermieri e degli ospedali.

Nel nuovo spazio espositivo ha trovato posto anche una splendida statua lignea della Vergine di scuola michelangiolesca, appositamente restaurata per la riapertura. Inoltre, vi è stato installato un modernissimo dispositivo multimediale con contenuti video costantemente aggiornati sulla vita di San Camillo, sulle iniziative per il IV Centenario, sull'opera dei Camilliani oggi. Infine, anche il Cubiculum, ex infermeria della Casa Generalizia e luogo in cui morì San Camillo de Lellis, il 14 luglio 1614, è stato rinnovato.

Qui, la reliquia del cuore del Santo, venerata in tutto il mondo, ha trovato una nuova, suggestiva collocazione, al centro di una splendida vetrata realizzata dal maestro Poli.

Accanto al cuore, sulla parete, anche il supporto ligneo del Crocifisso che, secondo la tradizione, confortò San Camillo in un momento di scoramento e conservato in una delle cappelle della chiesa della Maddalena.

Sempre nel Cubiculum, al posto della reliquia del cuore, una delle fasce per la piaga del piede di Camillo, mentre alle pareti due grandi tele di Matteo Toni del 1875, "Il viatico di San Camillo" e "La morte di San Camillo", descrivono solennemente gli ultimi attimi di vita del Santo, avvenuti proprio nello spazio in cui sono esposti.

Una visita al Museo dei Camilliani è un'esperienza conoscitiva e culturale fondamentale per tutti gli infermieri.

Spesso le cose più preziose sono nascoste, poco conosciute e difficili da trovare, ma, in questo caso, vale la pena di fare questo viaggio nel tempo alla scoperta dei primordi della professione infermieristica.

La sanità laziale vacilla in nome della *spending review*

Sulla brutta scia del vecchio anno, il 2013 si apre con la barabanda innescata dall'annuncio del taglio di 30mila posti letto in tutt'Italia.

Sugli ospedali di Roma si abbatte così un'inedita stagione di grande confusione, fatta di annunci, smentite, proteste clamorose, stipendi non pagati e pesanti licenziamenti.

La sanità romana, e con questa l'intero Servizio sanitario regionale, vacillano sotto i colpi della scure finanziaria imbracciata dal commissario Enrico Bondi.

Le proteste del personale coinvolgono alcuni tra i più importanti e prestigiosi ospedali della capitale mentre i media si scatenano in servizi, reportage ed inchieste sulla sanità che va a picco.

A dicembre scoppia il caso al Gemelli. La situazione finanziaria del policlinico è molto grave e, per la prima volta in cinquant'anni di vita dell'ospedale, a scendere in campo è la Direzione al completo. La **Repubblica** (1/12/12) titola "Qui Gemelli, anche i manager in rivolta: con questi tagli rischiamo la chiusura - I vertici del policlinico cattolico accusano governo e Regione: 'Ci hanno abbandonati!'. Il direttore generale Maurizio Guizzardi fa notare: "Il taglio retroattivo di 29 milioni, di cui cinque per l'emergenza e il pronto soccorso, previsto dal decreto del commissario Bondi ci penalizza ancora di più. Non si potrà aprire il nuovo reparto di terapia intensiva neonatale come non saranno riassorbiti circa 40 infermieri messi in cassa integrazione nei mesi scorsi che avrebbero dovuto lavorare nella nuova struttura. Così facendo il policlinico è destinato a un inevitabile declino". Parole chiare, scenario fosco.

Nel mirino del commissario finiscono in particolare quattro storici nosocomi romani, mentre la paura e la rabbia dei lavoratori prendono corpo in forma drammatica.

Lo stesso giorno il **Corriere della Sera** (1/12/12) riferisce: "Bondi: quattro ospedali da chiudere - Finanziamenti, al lavoro per sblocarli". Nel sommario si legge: "Nel piano bocciati San Filippo Neri, Cto, Oftalmico e Forlanini. Sanità: dopo i privati, arrivano i tagli al pubblico". E ancora: "Idi, lavoratrice minaccia il suicidio. Appello al Papa".

Sono giorni di grande concitazione e confusione. Le notizie si rincorrono in un turbinio di conferme e smentite. "Balduzzi sblocca i fondi per l'Idi", titola **Il Tempo** (1/12/12). Il quotidiano romano spiega: "La buona notizia è che il ministro della Salute Renato Balduzzi sbloccherà presto i fondi per l'Idi e da lunedì il suo gabinetto gestirà un tavolo di confronto con le associazioni e il commissario Bondi sui tagli alla sanità laziale. La cattiva notizia è che dopo Viterbo e Cassino, il San Raffaele chiude il cen-

tro riabilitativo di Montecompati".

Prende infatti una brutta piega la vertenza del Gruppo San Raffaele, schiacciato dal lungo blocco dei rimborsi da parte della Regione. Sempre **Il Tempo** (1/12/12) scrive: "Niente rimborsi. Il San Raffaele chiude anche a Montecompati. E dal 6 dicembre stop alle prestazioni specialistiche nella Capitale".

Intanto, **L'Unità** (1/12/12) pubblica una lettera di sei lavoratori dell'Idi che da due settimane hanno inscenato una clamorosa forma di protesta che richiama l'attenzione di giornali e televisioni. "Noi, sui tetti senza stipendio" è il titolo. I colleghi spiegano: "Siamo sei lavoratori dell'Idi-Irccs di Roma, da 15 giorni protestiamo sul tetto dell'ospedale e da tre giorni siamo in sciopero della fame. Protestiamo perché da quattro mesi non ci pagano lo stipendio e la Congregazione religiosa proprietaria dell'ospedale non vuole sentire il grido di noi lavoratori disperati che, nonostante tutto, continuiamo ad assistere i pazienti e a non coinvolgerli nel nostro dramma".



Il presidente Rocco alla manifestazione dello scorso dicembre davanti alla Regione Lazio a sostegno dei lavoratori dell'Idi-San Carlo; San Raffaele, Cto e San Filippo

La protesta arriva in piazza San Pietro.

Anche la Diocesi di Roma lancia un accorato allarme. **Il Tempo** (2/12/12) lo riprende così: "Appello della Diocesi: la sanità è in pericolo, salvare gli ospedali con i tagli agli sprechi". *"Colpire gli sprechi e non mortificare le eccellenze della sanità - riferisce il quotidiano - L'appello contro i tagli di Bondi arriva dalla Diocesi di Roma, preoccupata per la tenuta del sistema e per il futuro degli ospedali religiosi"*.

Si procede nell'incertezza più assoluta, fra speranze e delusioni. **Il Messaggero** (4/12/12) titola: "Idi-San Carlo, l'impegno di Bondi per i salari". E azzarda: *"Forse sarà un Natale meno triste per i 1.800 dipendenti del gruppo Idi-San Carlo di Nancy. Il commissario per la sanità, Enrico Bondi, in queste ore annuncerà lo sblocco di una parte dei fondi e consentirà di versare ai dipendenti che da quattro mesi non percepiscono lo stipendio il 60-70 per cento del dovuto"*.

Intanto, insorge anche il San Filippo Neri. Lo stesso giorno **Il Messaggero** (4/12/12) scrive: "San Filippo Neri, rivolta contro i tagli". Nel servizio si legge: *"Al San Filippo Neri è stato proclamato lo stato di agitazione. E il professor Ciro Campanella, un cardiocirurgo di fama internazionale che da un anno e mezzo opera al San Filippo Neri, spiega: 'Una follia disperdere il grande lavoro fatto. Bisognerebbe giudicare in base alla produttività e ai risultati ottenuti. Da noi vengono anche pazienti di altre nazioni'"*.

Dopo gli interventi sui casi dell'Idi e del San Raffaele, le agenzie di stampa rilanciano la ferma presa di posizione del Collegio Ispasvi di Roma contro i tagli previsti al San Filippo Neri e negli altri ospedali della capitale. *"Si tratta di provvedimenti a senso unico - spiega un comunicato Ispasvi - quelli della riduzione di reparti e posti letto, che nulla hanno a che vedere con l'eliminazione degli sprechi e dei privilegi che andrebbe invece perseguita con la massima fermezza"*. E ancora: *"È improponibile chiudere improvvisamente sei o sette grandi strutture di ricovero e cura della capitale, fra le quali alcuni centri di eccellenza che richiamano a Roma migliaia di pazienti da tutta Italia. È ancor più impensabile - continua il Collegio - farlo in quelle strutture oggetto di recenti e ingenti investimenti pubblici (con tanto di pompose inaugurazioni), dove sono stati spesi milioni di euro per realizzare nuovi spazi e nuovi servizi all'utenza, in qualche caso non ancora entrati in funzione, con strumentazioni d'avanguardia e personale pronto a misurarsi con un adeguato aggiornamento professionale"*.

Con il commissario Bondi, sulla graticola finisce anche il ministro della Sanità, che prova a raffreddare gli animi. **Il Messaggero** (3/12/12) annuncia: "Balduzzi: 'Non chiudiamo strutture, solo riconversioni'". Il ministro afferma: *"Non mi risultano ospedali che stiano per chiudere. Ma solo ospedali da riconvertire, chiudere vuoi dire non dare più servizi. Riconvertire, invece, permette di salvaguardarli per offrirne di migliori"*.

Ma le rassicurazioni non placano la mobilitazione generale che cresce a difesa delle strutture sanitarie a rischio. La **Repubblica**

(4/12/12) riferisce di un manifesto in difesa della sanità sottoscritto da medici, infermieri e sindacati: "No alla chiusura di sei ospedali. Ecco il manifesto". In risalto le priorità: *"Il manifesto ha tre punti principali: no ai tagli, sì al rinnovo dei contratti dei 3400 precari e niente chiusure o accorpamenti ciechi degli ospedali pubblici"*.

L'allarme cresce con l'aumentare dei posti letto finiti sotto la scure dei tagli. **Il Messaggero** (5/12/12) titola: "Dal Pertini allo Spallanzani, ecco tutti i tagli alla sanità". *"Nuovo allarme sanità, la diminuzione dei posti letto nel Lazio supererà quota 2.000. Al San Filippo Neri dipendenti con le fasce nere al braccio. Sman-tellato lo Spallanzani. Sei ospedali da chiudere ma anche molti posti letto da tagliare in quelli che restano. E tutto entro dicembre. Gli effetti della spending review sulla sanità laziale saranno più gravi del previsto. Inizialmente si era parlato di 1.937 posti letto da ridurre, ma ora si sta lavorando su una cifra più alta, 2.200"*.

Come sempre, i media non si accontentano di raccontare e in qualche caso cedono all'antico vezzo di romanzare un po' i fatti. **L'Opinione** (5/12/12) scrive: "L'esasperazione al San Carlo, tra i dipendenti pugni e calci". Si legge: *"Cominciano a volare schiaffi, calci e capocciate. Infermieri demotivati che non accettano rimbrotti dal medico o dal chirurgo di turno. Medici e chirurghi che si spaccano il naso a vicenda perché i macchinari ormai scarseggiano. All'Idi il clima si arroventa giorno dopo giorno. Non deve sorprendere: zero stipendi da ormai quattro mesi a causa del dissesto finanziario. Quindi manifestazioni sul tetto, strade bloccate da cortei, proteste con le istituzioni che promettono ma, finora, non mantengono"*.

Lo spettro della chiusura coinvolge anche una struttura storica come il Forlanini. La **Repubblica** (6/12/12) titola: "Forlanini a rischio chiusura: no alla riduzione dei posti letto". *"Questa volta il Forlanini potrebbe chiudere davvero - spiega l'articolo - Dopo i falsi allarmi del 2007 e del 2008, con i tagli programmati dal nuovo commissario Enrico Bondi, il San Camillo rischia di perdere la sua struttura gemella"*.

Sul fronte Idi-San Carlo, **Il Tempo** (5/12/12) dà per imminente la soluzione: "Trovati i soldi per l'Idi. Accordo tra Bondi e i sindacati". *"È vicino lo sblocco di circa 7 milioni di euro per pagare gli stipendi dei dipendenti dell'Idi-San Carlo. Ad assicurarlo ai sindacati è stato Bondi in un vertice coi sindacati. Intanto la protesta dei lavoratori non si ferma"*. "Idi, fondi sbloccati e stipendi in arrivo", gli fa eco il **Corriere della Sera** (6/12/12), che aggiunge: *"Sono scesi dal tetto dell'Idi ieri notte i sei lavoratori che dal 15 novembre protestavano contro l'azienda che da 4 mesi non paga gli stipendi"*.

Intanto, la scure del commissario Bondi prende corpo e trapezano i primi numeri. **Il Messaggero** (6/12/12) li anticipa: "Sanità, spariscono 365 reparti". Spiega: *"Non solo tagli ai posti letto. Gli ospedali di Roma e del Lazio perderanno 365 unità operative complesse, vale a dire 365 reparti e primariati, come stabilisce il piano presentato dal commissario Bondi ai direttori generali"*.

delle Asl che sarà recepito da un decreto già domani. Un risultato che sarà ottenuto con accorpamenti e chiusure di interi ospedali: si passerà da 1.000 a 635 Uoc. Altre unità complesse saranno perse (da 600 a 400) nelle strutture territoriali”.

Il terremoto che travolge la sanità romana è potente quanto inedito. I mezzi di informazione solidarizzano con il personale in rivolta e rilanciano l'allarme sull'imminente paralisi di molti servizi. Il **Corriere della Sera** (7/12/12) scrive: "Pertini, Umberto I e Tor Vergata: a rischio i servizi di pronto soccorso". Il servizio lancia l'allarme: "Il pronto soccorso del policlinico Umberto I e di Tor Vergata. E poi diversi reparti del Sandro Pertini: anche in questo ospedale il pronto soccorso e poi neurologia, il day hospital di Oncologia, chirurgia vascolare e la dialisi. Sono queste alcune delle strutture sanitarie della Capitale che dal primo gennaio rischiano di andare in tilt per carenza di personale. Si tratta infatti di unità in cui la maggior parte dei lavoratori, medici e infermieri, sono precari con i contratti in scadenza a fine dicembre. Per loro, se la spending review non sarà emendata o derogata, non ci sarà rinnovo. E per molti pazienti sarà un dramma”.

"Il Cto resiste a oltranza ma solo con la buona volontà", aggiunge **Il Tempo** (7/12/12). Che spiega: "Mesi e mesi in stand by, appeso a decisioni dell'ultima ora nel calderone della sanità al collasso. Ma ieri, per l'ospedale Cto-Andrea Alesini di Garbatella, fiore all'occhiello dell'ortopedia capitolina, i dubbi si sono assottigliati. Le ultime indiscrezioni danno per certa la sua scomparsa insieme ad Eastman, Forlanini e Oftalmico. Degli oltre 200 posti letto ne rimangono un'ottantina; parecchi reparti, fra cui Cardiologia, Chirurgia d'Urgenza, Oculistica, sono stati chiusi: restano gli stanzoni in disuso. Fra la preoccupazione del personale nei corridoi per le sorti della struttura, che quest'anno compie 70 anni, negli altri reparti si proseguono le attività con meticolosa professionalità”.



Tra frenate e smentite, il Governo ingrana una mezza retromarcia sulla consistenza dei tagli che finisce per accrescere la confusione. Il **Corriere della Sera** (8/12/12) scrive: "Sanità, dimezzato il piano tagli". Si legge: "Tagliare un migliaio di posti letto in ospedali pubblici e privati convenzionati (e non 2 mila come circolato nei giorni scorsi). E trasformare il Cto, il Forlanini, l'Eastman e l'Oftalmico in centri per malati cronici (Rsa), poliambulatori, hospice per malati terminali e potenziare l'assistenza domiciliare. Sono alcuni dei principali obiettivi del piano di Enrico Bondi, commissario straordinario alla sanità del Lazio, che ieri ha fatto il punto con i direttori generali di Asl, policlinici e ospedali pubblici. Il deficit previsto nel 2013 sarà di circa 900 milioni di euro e il pareggio di bilancio è previsto nel 2015”.

La sollevazione degli operatori sanitari però non si placa. "Marcia in Regione per salvare gli ospedali", titola **Il Tempo** (9/12/12), che annuncia: "La protesta andrà in scena martedì mattina alle 10, quando sotto la sede della giunta regionale si ritroveranno medici, sindacalisti, infermieri, amministrativi, imprenditori del settore per protestare contro i tagli del commissario Bondi. E il Papa durante l'Angelus chiede una soluzione per i lavoratori dell'Idi”.

La **Repubblica** (12/12/12) scrive: "Sanità, diecimila in piazza: assedio alla Regione". L'articolo racconta: "Tute bianche imbrattate di vernice rossa. Slogan contro il commissario Bondi, la governatrice uscente Polverini e il premier Monti. Un palco per accogliere le storie di ognuno, che alla fine sono uguali alle altre. E una bara per celebrare il funerale della sanità del Lazio". Tutti d'accordo: per la prima volta sono scese in piazza 42 tra sigle sindacati e associazioni per dire 'no ai tagli' che 'colpiscono ospedali pubblici come strutture private o religiose'. Circa diecimila lavoratori del comparto sanità (secondo gli organizzatori) hanno invaso via Cristoforo Colombo all'altezza della Regione paralizzando il traffico per alcune ore in gran parte della città". Anche i sindacati dei medici alzano la voce: "Allarme Cgil Medici: con tagli e precari a rischio 118 e pronto soccorso", titola **Il Messaggero** (30/12/12). L'articolo mette in risalto che "una miscela esplosiva di tagli ai pronto soccorso e precariato in scadenza, anche in vista dell'ulteriore taglio di un miliardo, rischia di indebolire le presenze di medici, infermieri e operatori per il 2013”.

Il giorno successivo lo stesso quotidiano romano pubblica la buona notizia: "Sanità, prorogati i contratti dei precari". Si legge: "Il commissario alla sanità Enrico Bondi ha firmato il decreto che proroga i contratti di 3.400 precari fino al 31 luglio per quelli a tempo determinato e fino alla scadenza quelli a progetto". Una boccata d'ossigeno importante, ancorché provvisoria, giunta proprio sul filo di lana.

L'anno nuovo si apre nel medesimo segno del vecchio. Il **Fatto Quotidiano** (3/1/13) titola: "Il San Raffaele insiste: soldi o si chiude". Il servizio spiega: "Il commissario per la sanità laziale, Enrico Bondi, ha annunciato lo sblocco di 20 milioni di euro a favore del gruppo San Raffaele che minaccia la chiusura im-

diata di 13 ospedali se non ottiene dalla Regione i pagamenti delle fatture arretrate”.

Gravi problemi anche al Policlinico più grande d'Europa.

Il Messaggero (5/1/13) avverte: “Allarme Umberto I: ‘Senza fondi chiudiamo’”. Si legge: “Se non partono i lavori di messa in sicurezza, l'ospedale avrà grossi problemi: il mio è un grido d'allarme, 20 mila persone gravitano ogni giorno all'Umberto I”, avverte il direttore generale Domenico Alessio. Appello che accoglie il sindaco che ieri ha effettuato un Allarme Umberto I “Senza fondi chiudiamo” blitz per verificare le condizioni del Dea.

Cambia il commissario ma i problemi sul tappeto della sanità laziale restano drammatici. **Il Tempo** (8/1/13) annuncia: “Bondi lascia, Arrivano Canzio e Palumbo”. “Enrico Bondi si dimette dagli incarichi di governo per l'incompatibilità con il suo compito di verificare i profili dei candidati della Lista Monti alle prossime elezioni. Su proposta dei ministri Grilli e Giarda, Mario Canzio, Ragioniere generale dello Stato, è stato nominato Commissario straordinario per la razionalizzazione della spesa pubblica per l'acquisto di beni e servizi. Inoltre a Filippo Palumbo, attuale Capo Dipartimento della programmazione del Servizio sanitario nazionale al ministero della Salute, l'incarico di Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi nella sanità della Regione Lazio”. La **Repubblica** (9/1/13) aggiunge: “Il piano tagli di Bondi ora va rivisto - Appelli e proteste nell'agenda Palumbo”.

Il Corriere della Sera (22/1/13) è ancor più drastico: “Sanità, in archivio i tagli di Bondi: il piano Bondi è tutto da rifare”. E spiega: “Sono congelati i tagli pensati da Enrico Bondi nel San Filippo Neri e negli altri ospedali pubblici che avevano innescato nei mesi scorsi la rivolta di lavoratori e sindacati. Il nuovo commissario, Filippo Palumbo (che ieri ha incontrato Cgil, Cisl, Uil e Ugl) ha deciso di aprire due tavoli di crisi per affrontare le situazioni di emergenza del San Raffaele-Tosinvest e dell'Idi-San Carlo. Al polo dermatologico, i cui lavoratori devono prendere 5 mensilità arretrate, Palumbo ha promesso che verranno subito erogati 5 milioni. Analoghi problemi anche i per i lavoratori del San Raffaele, che vanta un vecchio contenzioso con la Regione per oltre 250 milioni: domani i vertici del Gruppo incontreranno Palumbo. Il commissario ha detto ai sindacati di voler studiare alcune ipotesi di riorganizzazione da sottoporre poi ai futuri amministratori del Lazio”.

Continua l'altalena di notizie sul San Raffaele. **Il Messaggero** (23/1/13) scrive: “San Raffaele, ok all'accordo anti-tagli”. Ma sulla vicenda del gruppo torna il sereno solo per qualche giorno. Poi lo scenario torna cupo. **Il Corriere della Sera** (30/1/13) titola: “San Raffaele, no dei lavoratori all'accordo per salvare 244 posti”. Si legge: “È stato a sorpresa bocciato dai lavoratori del San Raffaele l'accordo salva-licenziamenti siglato dai vertici dell'ospedale e dai sindacati la scorsa settimana al ministero del Lavoro. I voti contrari al documento sono stati 1.365, contro i 1.110 favorevoli. Undici le schede bianche e 66 le nulle. I 'no'

hanno vinto quindi di 255 voti Così, con ogni probabilità, dal primo febbraio scatteranno le lettere per lasciare a casa 244 dipendenti tra ausiliari, personale socio-sanitario e amministrativi”.

Come se non bastasse, un'altra tegola mediatica si abbatte sulla sanità romana. La **Repubblica** (23/1/13) titola: “Malasanità e morti sospette, Lazio al terzo posto in Italia”. Il servizio spiega: “Davanti ci solo la Sicilia e la Calabria in questa classifica a tinte nere. Poi arriva la nostra di regione con i suoi 63 casi di presunta malasanità di cui 42 finiti con il decesso del paziente. A mettere l'accento su uno degli aspetti più controversi e dolorosi è la relazione finale della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, basata su segnalazioni arrivate da aprile 2009 a dicembre 2012”.

E anche sul fronte dei tagli, la tregua dura poco. **La Repubblica** (24/1/13) scrive: “Nuova scure sulla spesa sanitaria, la Regione taglia del 15 per cento”. Il quotidiano annuncia così il nuovo colpo di scure sulla spesa sanitaria con il taglio del 15 per cento delle riserve dei direttori generali. “A prevederli - aggiunge - questa volta è una direttiva della Regione. Un documento di quattro pagine nel quale, a chiare lettere, si chiede di inserire nei bilanci preventivi 2013 di ospedali e Asl un taglio dei costi del 15% rispetto a quelli sostenuti lo scorso anno, in applicazione delle norme contenute nella legge di stabilità e nella spending review”.

Il Corriere della Sera (31/1/13) aggiunge: “Idi e San Raffaele, crisi infinita - Rivolta delle Asl contro Palumbo”. Si legge: “Nonostante le promesse del commissario Filippo Palumbo, non si sbloccano le vertenze Idi-San Carlo e San Raffaele, con 3.500 lavoratori totali senza stipendio da mesi per i pesanti ritardi nei



pagamenti da parte della Regione. E da Federsanità-Anci, che raccoglie grandi ospedali, come il Policlinico Tor Vergata, il Policlinico Umberto I, il San Camillo-Forlanini e numerose Asl, arrivano pesanti critiche allo stesso Palumbo per il taglio del 15 per cento chiesto ai manager pubblici nei bilanci di previsione 2013".

Il quotidiano cattolico **Avvenire** (31/1/12) commenta: "Sanità, profondo rosso - Tagli, un tunnel senza uscita". Si legge: "Proseguono i tagli alla sanità mentre si parla di riforma. Secondo gli esperti per riportare il sistema in equilibrio 'occorre uno sforzo di innovazione e creatività'. Il paradosso del Lazio: si riducono i rimborsi agli ospedali privati e religiosi ma i nosocomi pubblici continuano a sfiorare".

All'inizio di febbraio la situazione precipita. La notizia che il piano dell'Idi-San Carlo prevede più di 400 esuberanti fa trascinare il vaso. Il Collegio Ispasvi della capitale reagisce e l'agenzia **Adn Kronos** (5/2/13) rilancia la posizione degli infermieri romani con un dispaccio: "Infermieri di Roma: no alla mobilità". Si legge: "L'intera comunità infermieristica romana si oppone a questo triste scenario e chiede che venga effettuato ogni sforzo per scongiurarlo". Da qui l'appello "alle istituzioni coinvolte affinché individuino soluzioni diverse alla crisi finanziaria che ha investito l'Istituto, soluzioni che non possono penalizzare così brutalmente i lavoratori. Non può e non deve essere il personale, che finora ha meritoriamente garantito i servizi all'utenza in una condizione difficilissima e al prezzo di grandi sacrifici personali, a pagare per responsabilità che non ha. Rinunciare a tante professionalità e alle preziose esperienze maturate - conclude il dispaccio - non potrà in alcun modo assicurare un futuro all'Istituto".

I sindacati invocano l'intervento della Santa Sede per scongiurare i 400 licenziamenti. Il **Messaggero** (5/2/13) titola: "Idi San Carlo appello al Vaticano contro i tagli". Il quotidiano romano riferisce della disperazione degli operatori: "Non ce la facciamo più - spiegano i dipendenti dell'Idi - stiamo lavorando senza percepire lo stipendio ma ora rischiamo di perdere il posto di lavoro. Per questo servono risposte immediate, ormai siamo al limite". Una settimana dopo il **Tempo** (12/2/13) annuncia una nuova schiarita: Il titolo è: "Stipendi d'oro ai manager Idi. È ora di tagliare - Sospesi i 400 licenziamenti all'Idi-San Carlo". Nell'articolo si legge: "Schiarita sulla vicenda Idi. La proprietà della struttura sanitaria in crisi si è detta disponibile a sospendere la procedura di licenziamento per 400 dei 1.500 dipendenti del gruppo Idi-San Carlo che non percepiscono lo stipendio da agosto scorso".

Intanto, il Policlinico Gemelli è alle prese con un doloso piano anticrisi. Il **Corriere della Sera** (12/2/13) scrive: "Il Gemelli si fa in cinque. Contro il deficit via 258 letti". E spiega: "Il Policlinico Gemelli costa meno di altri grandi ospedali romani ma per migliorare l'assistenza e ridurre le liste d'attesa e le spese l'ospedale del Papa decide di riorganizzarsi e nei prossimi tre anni programma la realizzazione di cinque macro aree: Oncologica,

Emergenza, Donna, Cardiovascolare e Neuroscienze. Da Policlinico diventerà 'Poli-clinics' e chiede di diventare 'Istituto scientifico per l'Oncologia'."

Pure i direttori generali delle Asl si ribellano all'ennesimo taglio lineare imposto dalla Regione: il 15% sul bilancio di ciascuna Azienda entro il 2013. Il **Messaggero** (17/2/13) titola: "Asl, rivolta dei manager: non tagliamo". "I manager delle Asl rifiutano di applicare nei bilanci di previsione il taglio del 15% disposto dalla Regione - si legge - Sostengono che, in questo modo, è impossibile lasciare inalterate le prestazioni". Quel che gli infermieri gridano da tempo.

Lo scenario drammatico che da mesi incombe sulla sanità laziale lasciano poco spazio alle belle notizie. Che pure ci sono. Almeno due di queste meritano una menzione. Il **Sole24Ore** (28/1/13) titola: "Ispasvi da l'addio al mansionario: ecco l'accordo per rivedere competenze e formazione". Il quotidiano economico spiega: "L'ultima bozza di accordo Governo-Regioni supera il mansionario e ridefinisce l'iter della formazione. Nasce l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche. È pronta per il vaglio finale delle Regioni e per l'adozione in sede di Conferenza Stato Regioni la bozza di accordo sulla ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico. Rispetto alle vecchie bozze, il testo è profondamente cambiato. Sono infatti scomparsi gli allegati con gli elenchi delle mansioni "consentite", ricompare nella sua specificità l'area neonatologica pediatrica, viene previsto un preciso iter per la definizione del nuovo percorso formativo e per la valorizzazione delle esperienze e delle conoscenze già acquisite. Le aree di intervento sono sei: cure primarie e servizi territoriali/distrettuali; area intensiva e dell'emergenza-urgenza, area medica, chirurgica, neonatologica e pediatrica, salute mentale e dipendenze. E infine istituito, presso il ministero della Salute, l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche professionali e organizzative, il cui scopo è di promuovere lo sviluppo omogeneo delle competenze professionali e dei conseguenti modelli organizzativi nel Ssn".

Avvenire (2/12/12) mette in risalto un'altra bella novità animata da una spiccata capacità di innovazione del personale sanitario: "San Filippo Neri: Al via la cartella clinica umana", è il titolo. Si legge: "È partita ieri al dipartimento cardiovascolare dell'ospedale San Filippo Neri, una procedura unica nel panorama sanitario internazionale. I racconti e le storie personali dei pazienti, scritte di loro pugno, saranno inseriti in cartella clinica alla stessa stregua di esami ed anamnesi, attraverso un modello di narrazione ideato dalla scrittrice Rosalba Panzieri, con la direzione scientifica del professor Massimo Santini, direttore del dipartimento cardiovascolare e presidente della società mondiale di ritmologia".

Due lampi di luce che, purtroppo, non bastano a rischiarare l'orizzonte cupo della sanità romana e laziale, alle prese con la sua stagione più buia di sempre.

See & Treat/Protocolli medico-infermieristici: in Toscana li sperimentano nei pronto soccorso

Nato da un'esperienza concreta (la sperimentazione del modulo *See&Treat* in alcuni Dipartimenti di Emergenza-Urgenza toscani), questo manuale è uno strumento utile per tutti gli operatori, indispensabile per gli infermieri che intendono specializzarsi nel trattamento dei "codici minori".

Da molti anni, nei nostri pronto soccorso (ps), il ruolo degli infermieri è particolarmente importante per le competenze acquisite sul campo e la stretta collaborazione che il terreno dell'emergenza impone.

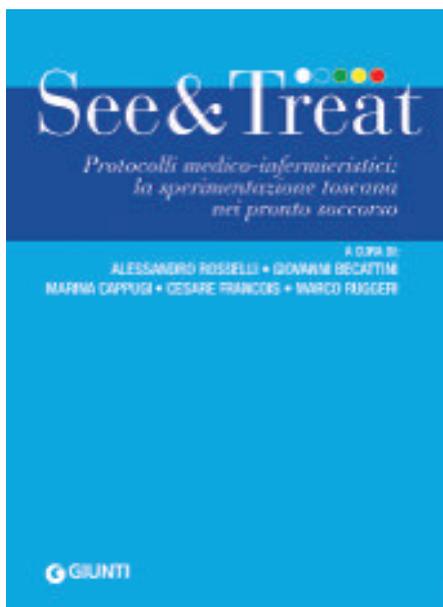
Il *See&Treat* inteso come la possibilità di risolvere semplici problemi in tempi brevi, lasciando al medico quelli più complessi, è una pratica ormai diffusa in molti Paesi.

Nasce nel mondo anglosassone negli anni '80, soprattutto come risposta organizzativa al costante aumento di richieste in pronto soccorso, valorizzando in particolare proprio la professionalità infermieristica e si è dimostrato efficace in molti paesi (Canada, Australia, Usa...) nell'offrire una migliore risposta al cittadino in termini di tempi di attesa e di permanenza al Ps, senza perdere la qualità del servizio.

In Toscana sono stati analizzati e, quindi, adattati molti criteri utilizzati nei paesi anglosassoni. Grazie all'appoggio convinto della Regione (e dell'Ordine dei Medici della Provincia di Firenze), nel 2010, è iniziata una sperimentazione in alcuni Ps sul territorio, basata sulla formazione *ad hoc* di infermieri di Ps finalizzata a trattare una serie di problemi clinici minori secondo protocolli prestabiliti.

Questo volume vuole essere uno strumento sia metodologico che operativo ed è composto da due tomi: un quaderno tascabile che raccoglie tutte le *flow-chart* dei protocolli di intervento ed il volume principale, suddiviso in tre parti.

Nella sua prima parte, si ripercorrono le fasi più importanti alla base di questa esperienza, ovvero lo studio dei modelli culturali e organizzativi esteri e la riflessione per applicarli alla nostra realtà contestualizzandoli al complesso dei problemi che la medicina di ps deve affrontare.



In questa viene sintetizzato anche il dibattito che è conseguito all'iniziativa (anche aspro) con pareri che, a volte, si contrapponevano all'impostazione data dal gruppo di lavoro della Regione Toscana; nonché, l'indicazione dei principali problemi medico-legali che tale approccio genera.

La prima parte del volume si sofferma, infine, sulle modalità formative che costituiscono un modello paradigmatico di formazione del Ssr per la certificazione delle nuove competenze; e si chiude con uno spazio dedicato alle necessarie modifiche informatiche da introdurre nelle schede cliniche di pronto soccorso.

La parte centrale, invece, è dedicata all'illustrazione dei protocolli di intervento, preceduta da una riflessione metodolo-

gica su come sono stati costruiti, tenendo conto, in particolare, dei problemi di incertezza legislativa che, ancora oggi, rendono l'iniziativa oggetto di discussione.

La terza ed ultima parte, è la verifica dell'esperienza e la riflessione generale su di essa.

Vengono, quindi, analizzati sia la casistica trattata che i tempi di intervento, oltre la "soddisfazione dei cittadini" che è stata misurata nella sperimentazione toscana utilizzando un apposito questionario curato della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Si tratta, quindi, di un volume proiettato verso un futuro diverso, più ricco e sinergico che, ci si augura, possa caratterizzare le organizzazioni e le professioni: questa esperienza ha rappresentato un piccolo, ma significativo, passo in tale direzione.

*Alessandro Rosselli, Giovanni Becattini, Marina Cappugi,
Cesare Francois, Marco Ruggeri,
a cura di
See & Treat.*

**Protocolli medico-infermieristici:
la sperimentazione toscana nel pronto soccorso.**
Editore Giunti, 2012 pp. 448 (35 €)

L'educazione di "genere": uomini nella cura dei bambini

Partendo dall'idea che sia poco naturale e spontaneo il vivere come uomini e come donne, ma che, anche in questa dimensione, siamo in larga parte costruiti dalla cultura e dalla società, questo volume vuole partecipare al dibattito ormai aperto in Pedagogia su se e come educare un essere umano a vivere anche in termini di "genere".

In particolare, il libro riserva un'attenzione ed un approfondimento specifici nei riguardi degli uomini, coinvolti come attori o come destinatari (bambini e adulti) della formazione-educazione-cura. Si tratta di uno spazio per alcune voci maschili a partire dalle proprie esperienze: un padre, un maestro di scuola, un educatore, un volontario ospedaliero, un formatore in ambito sportivo, uomini impegnati contro la violenza maschile sulle donne. L'ipotesi è che la presenza maschile nell'educazione e nella cura possa essere, forse anche per questo, originale e portatrice di trasformazione.

Con la prefazione di Barbara Mapelli e l'introduzione degli autori, il testo è diviso in quattro sezioni:

"Cornice, quadro, particolare di una prospettiva formativa"; "Testimonianze alla prima persona singolare maschile"; "Esperienze e pratiche di cura di sé e delle relazioni"; "Formare maschilità presenti e future".

"Trasformare il maschile" è un testo a più voci sul cambiamento in corso dei modelli maschili, a partire dai temi delle esperienze maschili pedagogiche e di cura.

Esso introduce alcune riflessioni teoriche di tipo pedagogico e filosofico sui rapporti fra i generi e sulla cura "al maschile", ma è anche una raccolta di contributi di uomini che si raccontano, che mettono a nudo il proprio vissuto negli ambiti educativi e di cura, o in contesti particolari come le campagne contro la violenza maschile sulle donne.

Oggi, esistono una serie di fenomeni (penso ad alcuni gruppi di padri separati, o ad alcune pubblicazioni) che vedono con ansia, se non con aperta ostilità, la presa di parola delle donne e la crisi del ruolo maschile tradizionale.

Certamente, esiste un'insicurezza dovuta alle trasformazioni in buona parte subite dagli uomini, originatesi dapprima dal fatto che molte donne non sono più state disponibili a vivere e a stare



in relazione secondo le modalità che hanno perdurato per molti secoli e millenni.

Una riflessione che introduce in qualche modo le esperienze e i temi dei diversi contributi del libro è quella relativa all'educazione.

Con questa s'intende che il genere, le identità e differenze di genere, ci pongono interrogativi che dobbiamo affrontare quando scegliamo di occuparci della formazione degli esseri umani, bambini e bambine, uomini e donne.

Perché ciascuno di noi si forma stando in relazione, principalmente con altri esseri umani, e la sessuazione, l'essere sessuate/i influenza in maniera decisiva questo nostro vivere ed essere-con. Quindi,

vi sono dei presupposti teorici della pedagogia: le identità, alterità, differenze come aspetti fondamentali della pratica formativa e della cura educativa, e il genere in questo è un aspetto primario. Inoltre, se ci pensassimo scopriremmo quanto ci poniamo in maniera irriflessa rispetto al genere: vi è un sapere del senso comune a portata di mano, e quando abbiamo fretta, cioè quasi sempre nelle nostre vite attuali, troviamo immediatamente disponibili le risposte preconfezionate. Così dobbiamo sottoporre il genere e i generi a un'opera di decostruzione, vedere quale sostanza ci rimane eventualmente, e provvedere a ricostruire le "forme dell'umano". Potremmo anche scoprire che spesso riusciamo solo a dire "ciò che non siamo, ciò che non vogliamo".

I contributi del libro, ognuno a modo proprio, sottolineano un fatto importante: i maschi, di fronte all'attuale messa in discussione di ruoli, stereotipi, identità di genere, hanno molto "da guadagnare" dal punto di vista esistenziale, delle relazioni.

Il legame fra la questione della cura e quella della corporeità è evidente, e nell'ambito maschile proprio Greco sviluppa l'idea che le difficoltà nella cura abbiano a che fare soprattutto con la difficoltà di percepire e raccontare il proprio corpo, anche e soprattutto nella malattia.

*Trasformare il maschile nella cura,
nell'educazione, nelle relazioni*
a cura di **Salvatore Deiana e Massimo M. Greco**
Cittadella editrice, pp. 213 (16,50 €)

La Legge Fornero, le Partite Iva e i chiarimenti del Ministero

La Partita Iva è uno strumento fiscale riservato ai lavoratori autonomi, ovvero a quei lavoratori che, ai sensi dell'art. 2222 c.c., si obbligano a compiere verso un corrispettivo un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente. Rispetto alle prestazioni rese da tale categoria di soggetti, la L.n.92/2012 (c.d. Fornero) è intervenuta introducendo una presunzione in forza della quale le prestazioni rese dal lavoratore sono - in presenza di alcune condizioni - considerate rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, salvo prova contraria. In particolare, ai sensi del comma 1 del nuovo art. 69 bis, D.Lgs. n. 276/2003, le prestazioni lavorative rese da persona titolare di partita Iva sono considerate, salvo che sia fornita prova contraria da parte del committente (datore di lavoro), rapporti di lavoro parasubordinati (cioè "a progetto"), ovvero rapporti di lavoro subordinato laddove manchi il progetto, qualora ricorrano almeno due dei seguenti presupposti:

- a) che la collaborazione con il medesimo committente abbia una durata complessiva superiore a 8 mesi annui per due anni consecutivi;
- b) che il corrispettivo derivante da tale collaborazione costituisca più dell'80% dei corrispettivi annui complessivamente percepiti dal collaboratore nell'arco di due anni solari;
- c) che il collaboratore disponga di una postazione fissa di lavoro presso una delle sedi del committente.

Per inciso, si noti che, con riferimento al punto b), la circolare n.32/2012 del Ministero del Lavoro ha chiarito che i corrispettivi da considerare nel calcolo sono solo quelli derivanti da prestazioni autonome: non si dovrà tener conto, quindi, di eventuali somme percepite in forza di prestazioni di lavoro subordinato o di lavoro accessorio o di redditi di altra natura.

Laddove, quindi, dovessero verificarsi due dei sopra richiamati requisiti, la prestazione resa dal possessore di partita Iva viene ricondotta ad una collaborazione coordinata e continuativa e, in assenza di un progetto dettagliato, il rapporto si converte in un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato sin dalla data di costituzione.

Viceversa, la presunzione non opera - e, quindi, spetta al lavoratore fornire la prova della subordinazione - in caso di presenza dei seguenti requisiti:

- a) la prestazione lavorativa sia connotata da competenze teoriche di grado elevato acquisite attraverso significativi percorsi formativi, ovvero da capacità tecnico - pratiche acquisite attraverso rilevanti esperienze maturate nell'esercizio concreto di

attività;

- b) la prestazione sia svolta da soggetto titolare di un reddito annuo da lavoro autonomo non inferiore, per l'anno 2012, a circa 18.000 euro.

L'art. 69 bis, al comma 3, esclude dall'applicabilità della presunzione anche le prestazioni lavorative svolte nell'esercizio di attività professionali per le quali l'ordinamento richiede l'iscrizione ad un ordine professionale, ovvero ad appositi registri, albi, ruoli o elenchi professionali.

A questo punto ci si è chiesti se l'iscrizione all'albo degli infermieri fosse elemento di per sé sufficiente ad escludere l'operare della presunzione e, quindi, a gravare il lavoratore dell'onere di fornire la prova della subordinazione del proprio rapporto di lavoro.

Con riferimento a tale ultimo requisito, il successivo Decreto del Ministero del Lavoro 20.12.2012 ha previsto che *"gli ordini o collegi...sono esclusivamente quelli tenuti o controllati da un'amministrazione pubblica...in relazione ai quali l'iscrizione è subordinata al superamento di un esame di Stato o comunque alla necessaria valutazione, da parte di specifico organo, dei presupposti legittimanti lo svolgimento dell'attività"*.

L'allegato 1 al citato Decreto fa poi un elenco, meramente esemplificativo, degli ordini professionali o dei collegi per i quali è esclusa la presunzione: tra questi, vi è anche la Federazione nazionale dei Collegi degli Infermieri e dei Vigilanti dell'Infanzia



(legge n. 1049/1954).

In conclusione, quindi, **le presunzioni introdotte dalla Legge Fornero non possono trovare applicazione nei confronti del personale infermieristico iscritto all'Albo.**

Ciò, tuttavia, è rilevante solo ai fini dell'onere della prova in quanto il lavoratore ben potrà comunque fornire la prova dell'esistenza di un rapporto di lavoro subordinato ove sussistano gli ordinari criteri di qualificazione e i relativi indici sintomatici elaborati dalla giurisprudenza.

Volendo fare un esempio concreto, prendiamo l'ipotesi di un infermiere iscritto all'albo che ha iniziato a svolgere la propria attività professionale nel gennaio 2010, aprendo la partita Iva; ha sempre lavorato presso la medesima casa di cura percependo 17mila euro l'anno.

In questo caso, dovrebbe ricorrere la causa di non operatività della presunzione introdotta dalla Legge Fornero, stante l'iscrizione all'albo professionale.

Tuttavia, rimane la possibilità per il lavoratore di fare accertare

l'esistenza di un rapporto di lavoro subordinato, a condizione che fornisca la prova degli elementi propri della subordinazione. Così, ad esempio, la Corte di Cassazione ha qualificato come subordinato il rapporto di lavoro intrattenuto dal personale infermieristico di una casa di cura che era riuscito a dimostrare l'esistenza dei seguenti elementi: la predisposizione di turni lavorativi, la sussistenza dell'obbligo di presentare certificato medico in caso di malattia, la reperibilità, la modalità del compenso ragguagliato alle ore e non al risultato, l'identità delle modalità di espletamento di mansioni rispetto a lavoratori qualificati come subordinati, l'utilizzazione di attrezzature aziendali e del camice di lavoro, l'inserimento nell'organizzazione (Cassazione civile, 18/07/07 n.15979).

Resta da vedere il panorama giurisprudenziale, cioè cosa offriranno, nei mesi a venire, i Tribunali italiani chiamati alle prime applicazioni della nuova normativa.

Avv. Barbara Pisa

NOTIZIE IN PILLOLE

Cinque geni per un viso unico

Sono cinque i geni principali che gli scienziati hanno scoperto determinare le caratteristiche del volto umano.

La ricerca è stata pubblicata sulla rivista PLOS Genetics ed è divenuta un importante passo nella ricostruzione del codice genetico dell'uomo.

Il professor Manfred Kayser della Erasmus University Medical Center di Rotterdam, autore principale dello studio, ha spiegato: "Questi sono i primi risultati interessanti che segnano l'inizio della comprensione della genetica umana della morfologia facciale. Forse fra qualche tempo sarà possibile disegnare un ritratto fantasma di una persona, solo dal suo Dna, cosa che fornirà interessanti applicazioni ad esempio in medicina legale. Siamo già in grado di stabilire dal Dna il colore degli occhi e dei capelli con precisioni molto elevate".

Lo scopo principale dei ricercatori rimane comunque la codifica di tutto il materiale genetico umano.

NOTIZIE IN PILLOLE

Il gusto lo detta il DNA

La genetica influenzerebbe profondamente anche i gusti alimentari di ciascun individuo, differenziandoli da quelli di altri.

Lo sostiene una ricerca euro-americana pubblicata su "Plos One", basata sull'apprezzamento per i piatti a base di carne di maiale.

I ricercatori della Norwegian University of Life Sciences e del Duke University Medical Center (Usa) hanno cercato di capire in che modo persone con differenti versioni del gene per un recettore olfattivo - sensibile ad uno specifico composto presente nella carne di maiale - valutano il gusto di diversi piatti di carne suina.

In entrambi i test si è notato che il giudizio dei partecipanti dipendeva dalla versione del gene presente nel Dna.

IL PIANO DI RIENTRO NON DEVE
METTERE IN DISCUSSIONE IL
DIRITTO ALLA SALUTE DEI CITTADINI!

NEANCHE IL
NOSTRO DIRITTO
ALLO STIPENDIO..



© Bito '12

NORME EDITORIALI

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

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

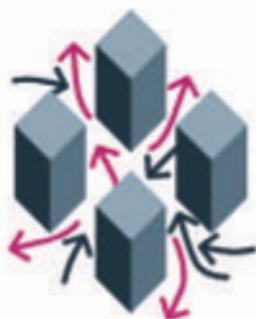
Le parole straniere vanno sempre indicate in corsivo, soprattutto se non sono ancora entrate nell'uso comune italiano. Se si decide di usare un termine straniero, è bene ricordare che non si declina mai (ad es. i computer e non i computers).

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

Gli autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato al Collegio Ispasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

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