

INFERMIERE

oggi

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

N°4

EDITORIALE

Raccogliamo la sfida
delle competenze

.....

CONTRIBUTI

La ricerca infermieristica:
uno strumento per
la qualità dell'assistenza

.....

FOCUS

L'impegno del Collegio
per sostenere e implementare
la ricerca infermieristica

.....

L'AVVOCATO DICE

Responsabilità penale
del personale infermieristico
e ausiliario alla luce
delle recenti sentenze
della Corte di Cassazione

.....



INFERMIERE

oggi

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXIII - N. 4 - OTTOBRE-DICEMBRE 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
Foto: Mario Esposito; Shutterstock

Finito di stampare: gennaio 2014

Tiratura: 34.500 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 Raccogliamo la sfida delle competenze**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 La ricerca infermieristica: uno strumento per la qualità dell'assistenza**
di Carlo Turci, Giuliana D'Elpidio, Giuliana Evangelisti, Carol Zullo
- 15 La comunicazione infermiere-paziente quale indicatore della qualità percepita dall'assistito all'atto della presa in carico**
Roberta Galasso, Stefania Potentini, Giovanna Finocchi
- 20 Il processo metodologico dell'analisi del contenuto nella ricerca qualitativa (parte seconda)**
Alessandro Stievano, Laura Sabatino, Gennaro Rocco
- 23 Atteggiamenti degli infermieri verso la diagnosi infermieristica e fattori che ne influenzano l'utilizzo nella pratica clinica**
Una revisione della letteratura
di Carlo Catanesi, Francesco Scerbo, Matias Eduardo Diaz Crescitelli, Giorgia Appicciutoli
- 31 L'autocontrollo glicemico e strumenti di ultima generazione**
Cos'è cambiato nell'ultimo decennio
di Cristiano Abbati
- 34 Le mutilazioni genitali femminili: una proposta di intervento**
di Sonda Badolamenti, Primo Italo Bertoldi, Cristina Borghesi, Micaela Danieli, Maria Loredana Leonetta, Emma Mancini, Pietro Vaccaro, Fernanda Di Foggia

FOCUS

- 43 L'IMPEGNO DEL COLLEGIO PER SOSTENERE E IMPLEMENTARE LA RICERCA INFERMIERISTICA**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 50 Corsi Ecm, la formazione è alla portata di tutti**

DICONO DI NOI

- 54 Ci lasciamo alle spalle un anno difficile e contraddittorio.**
Anche sui media...

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 57 Prorogati i contratti dei precari "Ora bisogna sbloccare il turnover"**
58 Nuove direttive per ridurre i tempi di attesa al pronto soccorso

LETTO PER VOI

- 59 Core Competence nell'esame di abilitazione professionale**
La proposta del collegio Ipasvi di Roma e del Cecri
- 60 Equità nell'accesso ai servizi sanitari:**
alla ricerca delle disuguaglianze sociali
- 61 Un manuale per gli operatori che devono affrontare i casi a rischio suicidio**

L'AVVOCATO DICE

- 62 Responsabilità penale del personale infermieristico e ausiliario alla luce delle recenti sentenze della Corte di Cassazione**

64 LA VIGNETTA DEL MESE



Raccogliamo la sfida delle competenze

di Gennaro Rocco

Il processo di unificazione dell'Unione Europea, anche se a passi lenti, procede verso una progressiva ed inarrestabile integrazione dei Paesi facendo cadere ostacoli e limiti nella circolazione delle persone ed anche dei professionisti. Gli infermieri sono stati tra i primi ad aver goduto del reciproco riconoscimento dei titoli di studio con una direttiva di settore che risale addirittura all'ottobre del 1967 (nota come "Accordo di Strasburgo"). Questa direttiva ha consentito negli ultimi quarant'anni a tanti di noi di poter fare esperienze professionali all'estero con la semplice richiesta di riconoscimento dell'abilitazione ad esercitare alle autorità indicate dal Paese di riferimento.

Tutte le norme europee sulla materia, anche le più recenti (vedi 2005/36/CE recepita in Italia con il Decreto legislativo n. 206/2007 e successive modifiche apportate dalla direttiva 2013/55*), hanno confermato i principi contenuti nella direttiva pur aprendo nuove opportunità come la libera prestazione di servizi e la libertà di stabilimento dei professionisti nei Paesi UE, rendendo ancor più semplice e garantito il diritto ad esercitare la professione per la quale si è abilitati in qualsiasi luogo dell'Unione.

Anche il diritto a curarsi in Paesi diversi dal proprio ha fatto un ulteriore passo avanti in Italia nel dicembre scorso con il recepimento della direttiva europea 2011/24. Questa definisce una cornice per i diritti dei pazienti nell'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera e assicura la qualità e la sicurezza delle prestazioni di assistenza sanitaria fornite in un altro Stato dell'UE. Sono esclusi dall'ambito della direttiva solo i servizi nel settore dell'assistenza di lunga durata, i trapianti d'organo ed i programmi pubblici di vaccinazione.

Come spesso avviene quando si introducono novità così importanti nei sistemi di relazione, anche in questa occasione si leggono e si ascoltano considerazioni che non trovano poi un effettivo riscontro nella realtà. Ci siamo imbattuti in accorati allarmi del tipo: saremo invasi da cittadini provenienti da Paesi europei che cercheranno da noi servizi e prestazioni sanitarie che non trovano a casa loro, con conseguenze disastrose in

termini economici e di affollamento.

Ma si tratta di voci disinformate che strumentalmente, o peggio demagogicamente, disegnano scenari foschi frutto di fantasie più che di dati reali. Va infatti ricordato che intanto restano sempre valide le norme vigenti (883/04 e 987/09) che hanno consentito finora a cittadini dei Paesi UE di curarsi anche in altre Nazioni seguendo procedure codificate. Ed è opportuno ricordare che gli italiani che vanno a curarsi all'estero sono più numerosi dei pazienti che arrivano da oltreconfine. In termini di costi, circa 75 milioni di euro in uscita a fronte di circa 50 milioni in entrata**.

È verosimile pensare che saranno soprattutto le cure e gli interventi di alta specializzazione a spingere un cittadino a spostarsi in un Paese più performante e, stante l'esperienza sin qui maturata, al momento sembra sia proprio questo il punto debole dell'Italia che attrae risorse in entrata pari ad appena 1,6 milioni, a fronte di uscite che ammontano a 42,6 milioni**. Visto che la direttiva prevede comunque i rimborsi da parte dei Paesi di provenienza per le spese sostenute, è forse proprio sull'alta specializzazione che dovrà concentrarsi la strategia dell'Italia per promuovere le proprie eccellenze e trasformare l'obbligo di recepimento in un'opportunità.

Lo stesso discorso vale per la progressiva liberalizzazione del mercato del lavoro che crea una spinta sempre più decisa verso la mobilità dei professionisti non solo all'interno dell'UE. D'altronde la domanda di infermieri è altissima ovunque nel mondo. L'ultima stima elaborata da AMREF Italia prevede che nel 2020 in Europa ci sarà circa un milione di operatori sanitari in meno. Anche il nostro Paese, con i ripetuti tagli alla sanità e la nuova sfiorbiciata sul costo del personale da 1,15 miliardi per il biennio 2015-2016, rischia di essere segnato sempre più dall'emigrazione professionale.

L'OMS calcola che per assicurare alla popolazione mondiale un servizio sanitario efficiente entro il 2035 avremo bisogno di

quasi 13 milioni di professionisti sanitari. Il problema è che già oggi ne mancano all'appello più di 7 milioni. Intanto la domanda di salute aumenta a ritmo incalzante soprattutto in Europa, con una società che invecchia rapidamente con un numero crescente di malati cronici che necessitano di assistenza sanitaria ed in particolare infermieristica.

In questo scenario globalizzato la mobilità professionale è un fatto naturale quanto inevitabile. In passato l'Italia è stata fortemente attrattiva mentre da un paio d'anni si sta verificando il fenomeno inverso: migliaia di infermieri stranieri tornano nei Paesi di provenienza o si trasferiscono in Paesi europei più attrattivi del nostro. Ed è in rapida crescita anche il fenomeno dei colleghi italiani che vanno all'estero. Il punto non è quindi quello di arginare la mobilità per difendere i confini, ma al contrario spingere sulla valorizzazione e sullo sviluppo delle capacità professionali. E da qui la necessità di allineare verso l'alto competenze, specializzazioni e, perché no, anche un adeguato riconoscimento sui piani giuridico, contrattuale ed economico.

È la logica delle competenze specialistiche, quella degli infermieri esperti, a poterci guidare. Sulla scia di quanto sta avvenendo in altri Paesi a sanità avanzata, questa figura è destinata ad avere un grande futuro anche in Italia. Una logica che la comunità infermieristica ha sempre sostenuto e difeso, pronta ad ampliare la sua sfera di competenze rimanendo però strettamente legata al suo ambito professionale.

Nuove competenze per gli infermieri non vuol dire allungare la lista dei compiti od occupare spazi di attività propriamente medica. La logica delle competenze avanzate è quella più naturale per un professionista all'altezza dei tempi, incline all'approfondimento scientifico e clinico, con prerogative tipiche del profilo infermieristico. Insomma, un riconoscimento più ampio di quelle che sono già le attività affidate al nostro profilo professionale.

È questa la chiave per aprire nuove opportunità anche nel campo della formazione di base e post-laurea, a cominciare dalla programmazione degli accessi ai corsi universitari per le varie professioni sanitarie. È il momento di pensare ad una revisione dei processi formativi per migliorare competenze e performance. Si può fare, si deve fare.

Ciò che davvero interessa noi infermieri non sono le polemiche di queste settimane sull'ampliamento delle nostre competenze specialistiche, ma la costruzione di un sistema nuovo che riconosca pienamente le capacità della figura infermieristica e le sappia utilizzare al meglio ponendole in rete per offrire servizi funzionali ai bisogni del cittadino.

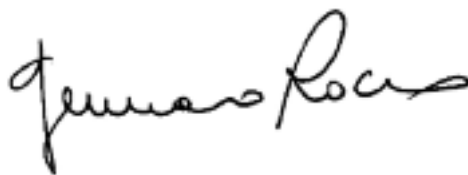
Siamo convinti che un infermiere più formato e qualificato sia di grande utilità per tutti. Di un professionista che dispone di competenze specialistiche costantemente aggiornate si gioverebbe l'intero Servizio Sanitario Nazionale. Per questo perseguiamo con tenacia il riconoscimento e la valorizzazione della professionalità infermieristica anche nelle sue articolazioni più avanzate. È il nostro futuro, lo difenderemo fino in fondo.

Ma questa generosa disponibilità ad acquisire ulteriori competenze e metterle a servizio della sanità deve accompagnarsi a nuove garanzie per gli operatori. Si tratta di funzioni che vanno esercitate con un adeguato livello di sicurezza, con una diversa articolazione degli incardinamenti contrattuali e con ciò che ne consegue dal punto di vista del trattamento economico e giuridico. Non solo. Per poter trasferire le competenze specialistiche nell'attività quotidiana occorrono anche organici sufficienti e modelli organizzativi adeguati.

Guardiamo a questo nuovo scenario con una logica di sistema e con tante speranze, ma siamo consapevoli che finché non si uscirà dall'emergenza e non si entrerà in una ottica di rilancio della sanità nessun passo avanti potrà essere compiuto.

Ecco perché insistiamo: puntare su operatori esperti ad alta professionalità e con una spiccata capacità di supporto alla persona significa anche ridurre gli sprechi e poter reinvestire le risorse risparmiate nello stesso ambito. E se tutto verrà fatto in questa logica, sfidiamo chiunque a dire che non funzionerà.

Lo scenario è quello di una sfida all'OK Corral per la quale gli infermieri sono pronti. Hanno un'adeguata formazione con tutti gli strumenti e l'esperienza che servono per vincerla, consapevoli dell'opportunità che le competenze specialistiche offrono per spiccare il volo nella nuova sanità globalizzata e ottenere finalmente il giusto riconoscimento per lo straordinario cammino compiuto.



*Il 28 dicembre 2013, sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea è stata pubblicata la Direttiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 20 novembre 2013 recante modifica della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012 relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno.

**Fonte Il Sole24Ore Sanità

La ricerca infermieristica: uno strumento per la qualità dell'assistenza

di Carlo Turci, Giuliana D'Elpidio, Giuliana Evangelisti, Carol Zullo

PREMESSA

L'infermieristica è una disciplina in continua evoluzione e, al pari di tutte le altre discipline, necessita di una revisione continua per garantire una pratica clinica assistenziale sicura ed efficace.

Lo scopo della **ricerca infermieristica** è di sviluppare conoscenze specifiche per la risoluzione dei problemi e il miglioramento dell'assistenza al paziente, ai suoi familiari, alla comunità e agli stessi infermieri. Essa consente di valutare l'efficacia dei metodi assistenziali, favorendo quindi il miglioramento qualitativo dell'assistenza individuale o di comunità, sia essa preventiva, curativa, palliativa o riabilitativa.

Negli ultimi anni, la diffusione dei risultati della ricerca scientifica, unitamente alla promozione di una cultura basata sull'appropriatezza e sull'efficacia, ha permesso lo sviluppo dell'*Evidence Based Nursing*, e di conseguenza, di un'assistenza infermieristica fondata su prove oggettive che costituiscono una guida sicura per il professionista.

INTRODUZIONE LA RICERCA INFERMIERISTICA: NASCITA E SVILUPPO

L'attività di ricerca, in ciascun ambito disciplinare, risente degli elementi culturali del Paese in cui è inserita ed è quindi influenzata dalla normativa, dalla cultura

sociale e professionale.

Si può quindi affermare che la ricerca è funzionale e deriva dagli ambiti decisionali di una professione.

Con il termine ricerca si definisce *"un processo intenzionale, sistematico, oggettivo e circolare finalizzato a confermare, modificare e aumentare le conoscenze sulla realtà fattuale e sui legami tra i diversi fenomeni"*.¹

È un processo intenzionale in quanto persegue uno scopo, sistematico in quanto definisce i metodi e gli strumenti di indagine e oggettivo per la riproducibilità del processo. Inoltre, essa è un ciclo interminabile per la provvisorietà dei risultati. La conoscenza e l'utilizzo del metodo della ricerca scientifica rappresentano i presupposti per la progettazione e la valutazione di tutte le diverse attività di ricerca.

Per quanto concerne la disciplina infermieristica, questa ha come oggetto di studio i bisogni di assistenza infermieristica (Bai) della persona e della sua famiglia, nelle loro dimensioni biologiche, fisiologiche, psicologiche e socio-culturali.

Per ricerca infermieristica s'intende un *"processo sistematico d'indagine sulla realtà fattuale mirato a produrre conoscenze nuove e generalizzabili sui fenomeni connessi alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie, al prendersi cura delle persone di qualsiasi età"*

con disabilità, con malattie psichiche e fisiche, in qualsiasi struttura sanitaria o sociale esse siano".²

La ricerca infermieristica ha l'obiettivo di sviluppare le conoscenze nell'assistenza alla persona sana o ammalata ed è anche volta alla comprensione dei meccanismi genetici, fisiologici, sociali, comportamentali e ambientali che influiscono sulla capacità della persona o della famiglia a mantenere o migliorare una funzionalità ottimale e ridurre gli effetti negativi della malattia. Ha come scopo la comprensione di quei meccanismi fondamentali che ledono la capacità dell'individuo e della sua famiglia di mantenere una funzionalità a livello ottimale nel soddisfacimento dei propri bisogni.³

La funzione di ricerca rientra nel ruolo dell'infermiere e l'*International Council of Nurses* (Icn) ne sottolinea l'importanza già da tempo.⁴ L'obiettivo della ricerca infermieristica è rafforzare e allargare le conoscenze attuali riguardanti l'assistenza infermieristica, al fine di contribuire al miglioramento delle prestazioni erogate e della qualità di vita del paziente. L'agire professionale si basa sulle competenze che sono il risultato di conoscenze, abilità ed esperienza: la ricerca infermieristica, infatti, ha inizio quando si passa da un'assistenza semplice a una più complessa, basata sulle capacità di prendere delle decisioni ponderate,

NOTE

¹ Casati M. La documentazione infermieristica. II edizione. Milano: Mc Graw Hill; 2005.

² International Council of Nurses. Linee guida sulla ricerca infermieristica; reperibile presso <http://www.icn.ch/>. Visitato il 15/05/2013.

³ Il bisogno è la mancanza totale o parziale di tutti gli elementi che costituiscono una persona. L'assistenza infermieristica viene erogata, sulla base della ricerca, per soddisfare i bisogni fisici, psicologici, sociale del paziente.

⁴ Il Consiglio Internazionale degli Infermieri è una federazione di oltre 130 associazioni nazionali di infermieri. Fondata nel 1899, ha sede a Ginevra in Svizzera.

partendo dalle informazioni e dalle conoscenze possedute. La ricerca serve inoltre per documentare le prestazioni che gli infermieri erogano, per studiare sempre più le diverse dimensioni dei bisogni assistenziali e per valutare le attività dirette al loro soddisfacimento.

La ricerca infermieristica però deve fare i conti con la complessità implicita nell'analisi dei fenomeni, in quanto riguarda l'essere umano e le sue diverse dimensioni.

La connotazione infermieristica della ricerca è legata alla prospettiva con cui ci si relaziona all'assistere. **Il punto di partenza e di arrivo della ricerca infermieristica risiede nelle dimensioni dei diversi bisogni di assistenza infermieristica.**⁵

Per fare ricerca bisogna conoscere il metodo scientifico, ovvero un processo attraverso cui i dati osservabili sono raccolti attraverso i sensi per descrivere e spiegare gli eventi.

Il metodo scientifico consta di varie fasi che sono rappresentate dalla definizione di un problema, dalla formulazione delle domande, dalla raccolta e analisi dei dati e dalla comunicazione dei risultati.

Il metodo scientifico è obiettivo e utilizza dati empirici.

La ricerca infermieristica quindi non è altro che l'applicazione di questo metodo per studiare i fenomeni principali per la professione.

Importante da ricordare sono gli aspetti storici della professione infermieristica e della ricerca. Alle origini dell'approccio sistematico alla pratica assistenziale, Florence Nightingale pone, nel 1855, le prime basi della ricerca infermieristica e della statistica attraverso lo studio e il calcolo degli indici di mortalità tra i soldati britannici della guerra di Crimea e sulla base dei dati raccolti, elabora un programma per ridurre le complicità infettive.

A parte il lavoro della Nightingale, l'attività di ricerca è stata molto scarsa nella seconda metà dell'Ottocento. All'inizio

del Novecento inizia la pubblicazione dell'*American Journal of Nursing*. Ma solo nel 1924 si avrà, nei Paesi anglosassoni, l'inaugurazione del primo Dottorato di Ricerca in Nursing presso il Teacher's College della Columbia University.

Nel 1952 si assiste alla prima pubblicazione della rivista *Nursing Research*. Il periodo attorno al 1950 è stato un momento fertile per la ricerca, soprattutto negli Stati Uniti, dove si assistette a un riorientamento delle attività che iniziarono a concentrarsi sull'ambito clinico. Vennero assegnati infatti i primi finanziamenti per la ricerca infermieristica. Nel 1966 il comitato Oms degli esperti in cure infermieristiche raccomanda che la ricerca sia considerata come un elemento essenziale dell'organizzazione dei servizi della salute, in vista di un netto miglioramento delle cure infermieristiche. Nel 1974 la commissione Ana per la ricerca infermieristica propone di coinvolgere nella ricerca gli studenti per dare un'impronta maggiore alla ricerca. Nel 1975 Shirley Charter, in un documento

dell'Oms, afferma che fissando le conoscenze infermieristiche, su fondamenti scientifici, si dà agli infermieri il modo di assicurare le migliori prestazioni al malato.

Solo nel 1994 l'Oms sottolinea la necessità di un'inclusione delle procedure infermieristiche ed ostetriche nei sistemi di ricerca sanitari, in misura più ampia rispetto al passato, per dimostrare il legame che intercorre tra le risorse professionali e i risultati sanitari.

Nel 1999 raccomanda, invece, che le conoscenze sull'assistenza infermieristica debbano essere "Research Based" o "Evidence Based".⁶

Quindi, già nel 1999 veniva sottolineato il fatto che ci debbano essere delle evidenze scientifiche per validare la propria professione.

Questo rientra a pieno nella professione infermieristica in quanto è una disciplina che si focalizza sul comprendere i bisogni degli individui e analizzare le loro esperienze di malattia. **Grazie alla ricerca, gli infermieri renderebbero possibile il**



NOTE

⁵ I bisogni di assistenza infermieristica sono le attività relative all'assistenza sanitaria delle persone, sane o malate, al fine di recuperarne o mantenerne la salute e i bisogni relativi. È pianificata, operata e valutata dall'infermiere, che è il responsabile unico.

⁶ Il termine "Evidence Based" può essere tradotto in italiano come assistenza basata sulla prove di efficacia. In ambito infermieristico s'intende il processo per il quale gli infermieri assumono decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili.

miglioramento delle cure assistenziali traslando i risultati delle loro ricerche alla pratica clinica e assistenziale quotidiana.

EVOLUZIONE DELLA RICERCA INFERMIERISTICA IN ITALIA

Nonostante la notevole influenza esercitata dalla scuola inglese sull'identificazione professionale dell'infermiere in Italia, dal 1900 in poi, si assiste a un percorso di sviluppo professionale lento e difficile rispetto a quello Usa.

Le tappe riguardanti lo sviluppo della ricerca infermieristica sono diverse.

Dalla tabella seguente possiamo notare le principali differenze (Tabella 1):

gale in Italia, vennero recepiti solo alcuni aspetti legati a un miglior reclutamento delle allieve e all'istituzione delle scuole convitto per infermiere professionali.

Per il resto, la professione infermieristica non riuscì a distaccarsi dall'impostazione classica che da sempre aveva caratterizzato l'assistenza agli infermi negli ospedali, e che derivava dal secolare controllo che la Chiesa cattolica aveva esercitato su numerose professioni educative e assistenziali.⁷

Nello stesso periodo, la medicina, la nuova scienza, si staccava progressivamente dalla tradizionale cura del corpo malato per rivolgersi alla cura delle ma-

parte scientificamente non rilevante. Inoltre, lo sviluppo delle tecniche e dei compiti del medico impose che molte mansioni più semplici, fino ad allora svolte dai sanitari o dagli studenti, fossero ora delegate al personale infermieristico: misurazione della temperatura, applicazione di sanguisughe, esecuzione di clisteri e via via compiti sempre più complessi e tecnici che neppure i giovani laureati volevano svolgere.

Su tale logica si era determinata una nuova divisione del lavoro, cioè la prescrizione delle procedure da parte del medico, l'esecuzione da parte degli infermieri. La figura femminile diventò perciò un cardine essenziale; se la donna, infatti, era tradizionalmente sottomessa all'uomo, naturalmente la donna infermiera divenne ben presto sottomessa al medico. In tal modo, si arriva al 1925, anno in cui la formazione infermieristica di base e l'istituzione delle relative scuole professionali vengono regolate con il Rdl 15 agosto, n. 1832.⁸ È questo un periodo di grande sviluppo per l'assistenza infermieristica; si passa dalla visione dell'assistenza ai malati come attività di carattere volontario e caritativo al moderno concetto del ruolo professionale dell'infermiera, con il ben preciso carattere della responsabilità civile e dell'autonomia decisionale del proprio lavoro.

Una nuova coscienza professionale inizia a diffondersi fra le infermiere: diventare indipendenti dalla figura medica.

Il quadro resterà quasi immutato fino al 1971, quando la Legge 124 modifica alcuni criteri e, in particolare, estende al personale maschile la possibilità dell'iscrizione alle Scuole e dell'esercizio professionale.⁹

Nel 1974 rilevante per la professione è l'attuazione del mansionario, con il Dpr 225/74, in cui venivano elencate le competenze infermieristiche.¹⁰ Questo però

Stati Uniti	Italia
Aa – Evento	Aa – Evento
1855 Florence Nightingale calcola gli indici di mortalità dei soldati in Crimea.	
1899 Nasce l'ICN	
1900 Inizia la pubblicazione dell'American Journal of Nursing.	
1909 Primi programmi di nursing nelle università.	
1912 Viene fondata l'ANA.	
1927 Prima infermiera laureata con il dottorato di ricerca.	
1936 Si stanziavano i primi fondi per la ricerca infermieristica.	
1948 Pubblicazione primo manuale sulla ricerca infermieristica.	1948 Pubblicazione di Professioni Infermieristiche.
1950 L'ANA vara un piano per la ricerca.	1954 Nascono i collegi IPASVI.
1956 Il National Health Service attribuisce borse di studio per la ricerca infermieristica.	1992 Primi corsi universitari in Scienze Infermieristiche.
1969 Viene fondato il National Center for Nursing Research (NCNR)	1995 Nascita primo manuale di ricerca infermieristica.
1986 Il NCNR diventa Istituto Nazionale per la ricerca.	2006 Primi programmi di dottorato di ricerca in Scienze Infermieristiche.

Tabella 1. Cronogramma dei principali eventi per lo sviluppo della ricerca infermieristica negli USA e in Italia

In concomitanza con l'inquadramento della nascita della ricerca in Italia è importante anche evidenziare lo sviluppo del ruolo infermieristico.

Della grande riforma attuata dalla Nightin-

lattie dell'organo; il corpo e i suoi bisogni fondamentali, invece, venivano lasciati al personale subalterno, agli infermieri. Di conseguenza, l'infermiera diventava colei che si occupava del malato, della

⁷ Per professioni educative e assistenziali si intendono tutte quelle professioni che danno un supporto educativo ed assistenziale al paziente, tra cui psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti, terapisti della neuro psicomotricità, infermieri, infermieri pediatrici, logopedisti.

⁸ Regio Decreto – Legge 15 Agosto 1925 n 1832; reperibile presso <http://www.aosp.bo.it/>. Visitato il 20/06/2013.

⁹ Gazzetta Ufficiale n. 83 del 3 Aprile 1971, Legge 25 Febbraio 1971 n. 124: "Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta"; reperibile presso <http://www.normattiva.it/>. Visitato il 20/06/2013.

¹⁰ Gazzetta Ufficiale n. 157 del 18 Giugno 1974, D.P.R. 14 Marzo 1974 n. 225: "Modifiche al R.D. 2 maggio 1940, numero 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici"; reperibile presso <http://www.vicenzaipasvi.it/>. Visitato il 20/06/2013.

mise in luce quasi da subito determinati limiti. Infatti, dalla metà degli anni Settanta l'infermiere italiano ha riscoperto diversi ruoli, quali quelli d'insegnante, manager ma soprattutto quello di ricercatore.

A ciò contribuisce anche il nuovo concetto di salute, emergente nel contesto sociale e veicolato ed espresso da dichiarazioni internazionali e normative nazionali:

- 1978: Alma Ata, obiettivi Oms Salute per tutti nell'anno 2000;
- 1978: Italia, Legge 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale;
- si sviluppa l'educazione alla salute come momento fondamentale di una cultura che vede la partecipazione del cittadino, coniugata con quella consapevole e attiva di tutti i professionisti della salute, cui fra l'altro vengono richieste competenze più articolate e un grado più elevato di professionalità.^{11, 12}

Questo quadro storico indica come la professione infermieristica assuma un'importanza peculiare. In seguito furono istituite norme e s'introducono elementi innovativi idonei a garantire lo sviluppo della professione stessa in sintonia con i bisogni di salute, l'etica, le evoluzioni sociali, scientifiche, tecnologiche, economiche e culturali.

Un vero salto in avanti c'è stato con l'istituzione delle Scuole dirette a fini speciali (Dai) che preparano la dirigenza e i docenti della professione, ma soprattutto con il D.lgs. 502/92, con il quale ve-

nivano istituiti i corsi universitari e veniva definito il Profilo Professionale dell'infermiere (Dm 739/94) e dell'infermiere pediatrico (Dm 70/97).^{13, 14, 15, 16} Con la legge n. 42/99 viene abolito il mansionario e l'infermiere diventa un vero e proprio professionista.¹⁷ Il percorso verso l'autonomia infermieristica si conclude con la legge n. 251/2000 e con la legge n. 43/2006 relative all'esercizio professionale e l'ingresso della formazione in ambito universitario con l'accesso alla docenza disciplinare da parte degli infermieri, ponendo così le basi per colmare il gap esistente nei confronti degli altri Paesi occidentali.^{18, 19}

In questo passaggio storico molto importante per la professione, ovvero la nascita del Profilo Professionale, inizia ad essere riconosciuta la funzione della ricerca infermieristica. Anche se in ritardo rispetto agli altri Paesi Europei e non, la ricerca inizia ad essere riconosciuta come parte integrante per l'evoluzione del ruolo infermieristico. Questo si rispecchia in pieno nel Profilo Professionale che, al punto quattro, definisce l'infermiere come *"colui che contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento continuo relativo al proprio profilo e alla ricerca infermieristica."*

Il Codice Deontologico, altro documento fondamentale per l'infermieristica, istituito nel 1999 e varato nel 2009, ribadisce l'importanza della ricerca. Infatti, nell'articolo 11 e nell'articolo 12 si dice che l'infermiere partecipa alla forma-

zione professionale, promuove e attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati al fine di migliorare l'assistenza infermieristica, fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, aggiorna le proprie conoscenze in modo autonomo attraverso la ricerca.²⁰ Anche nella legge n. 42/99 ci sono dei riferimenti riguardanti la ricerca come analizzare i risultati delle ricerche svolte e sistematizzarli nelle realtà operative.

Si può dire quindi che il ruolo dell'infermiere nell'ambito della ricerca sta prendendo sempre più piede all'interno della realtà sanitaria italiana anche grazie a questi riferimenti legislativi che sanciscono l'evoluzione del ruolo infermieristico nel nostro Paese.

INDAGINE CONOSCITIVA-RETROSPETTIVA SULLE CONOSCENZE DEGLI INFERMIERI RIGUARDO ALLA RICERCA INFERMIERISTICA

La ricerca infermieristica è uno strumento indispensabile per tutti gli infermieri al fine di sviluppare le conoscenze necessarie al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Secondo la letteratura internazionale, la ricerca infermieristica è più sviluppata nei Paesi Anglosassoni e negli Stati Uniti, dove le infermiere ricercatrici e i dipartimenti infermieristici universitari hanno adottato un approccio programmatico alla ricerca e a partecipare a progetti multicentrici e multidisciplinari. Invece, in Italia questo aspetto non è ancora del

NOTE

¹¹ Dichiarazione Universale di Alma Ata; reperibile presso <http://www.emmanuel-familyitalia.org/>. Visitato il 20/06/2013.

¹² Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28 Dicembre 1978, Legge 23 Dicembre 1978 n. 833: "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"; reperibile presso <http://www.trovanorme.salute.gov.it/>. Visitato il 20/06/2013.

¹³ Gazzetta Ufficiale n. 105 del 17 Aprile 1982, D.P.R. 10 Marzo 1982 n. 162: "Riordinamento delle scuole dirette ai fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento"; reperibile presso <http://www.unica.it/>. Visitato il 21/06/2013.

¹⁴ Gazzetta Ufficiale n. 305 del 30 dicembre 1992, Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n. 502: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"; reperibile presso <http://www.trovanorme.salute.gov.it/>. Visitato il 21/06/2013.

¹⁵ Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 Gennaio 1995, Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994 n. 739: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"; reperibile presso <http://www.ipasviso.org>. Visitato il 21/06/2013.

¹⁶ Gazzetta Ufficiale n. 72 del 27 Marzo 1997, Decreto Ministeriale 17 Gennaio 1997 n. 70: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico"; reperibile presso <http://www.ipasviso.org>. Visitato il 21/06/2013.

¹⁷ Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 Marzo 1999, Legge 26 Febbraio 1999 n. 42: "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"; reperibile presso <http://www.parlamento.it/>. Visitato il 22/06/2013.

¹⁸ Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000, Legge 10 agosto 2000 n. 251: "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"; reperibile presso <http://www.camera.it/>. Visitato il 22/06/2013.

¹⁹ Gazzetta Ufficiale n. 40 del 17 Febbraio 2006, Legge 1 Febbraio 2006 n. 43: "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"; reperibile presso <http://www.parlamento.it/>. Visitato il 22/06/2013.

²⁰ Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009; reperibile presso <http://www.nursind.it/>. Visitato il 22/06/2013.

tutto implementato poiché il cambiamento culturale e professionale sta avvenendo con una netta differenza tra le regioni del Nord e quelle del Centro-Sud. Alla base vi sono delle realtà socio-culturali importanti e diverse tra le varie regioni. Al Nord Italia vi è uno sviluppo socio-culturale elevato e maggiore rispetto alle regioni del Sud.

DISEGNO DELLO STUDIO

È stata condotta un'indagine conoscitiva-retrospettiva sulle conoscenze degli infermieri riguardo alla ricerca infermieristica.

OBIETTIVI

L'obiettivo primario di questa indagine è verificare e analizzare le conoscenze specifiche degli infermieri nell'ambito della ricerca infermieristica, valutare se sono a conoscenza della presenza di strumenti per approcciarsi alla ricerca,

cercare di capire quali sono le possibili barriere di diffusione dei risultati ma soprattutto se c'è l'interesse di approcciarsi alla ricerca stessa, al fine di applicarne i risultati nella pratica clinica quotidiana per migliorare la qualità dell'assistenza.

Il questionario indaga:

- 1) le conoscenze che gli infermieri hanno sulla ricerca infermieristica;
- 2) il rapporto tra gli infermieri e la ricerca e quindi qual è il loro approccio;
- 3) se gli infermieri partecipano a ricerche infermieristiche;
- 4) quali sono i possibili ostacoli alla diffusione della ricerca;
- 5) gli strumenti che gli infermieri hanno per approcciarsi alla ricerca.

MATERIALI E METODI POPOLAZIONE

Per l'indagine si è deciso di somministrare il questionario agli infermieri di

due Ospedali di Roma: il Fatebenefratelli e il Cristo Re.²¹ In totale i questionari consegnati all'inizio erano 323: 202 al Fatebenefratelli e 121 al Cristo Re. Il campione finale è invece composto da 194 infermieri: 114 dal Fatebenefratelli e 80 dal Cristo Re (Tabella 2). I 129 operatori che non hanno risposto al questionario, non hanno aderito al progetto per poco interesse e per scarsa sollecitazione da parte dei coordinatori dei reparti coinvolti.

I reparti interessati sono stati i seguenti:

Reparti Fatebenefratelli	N. questionari consegnati	N. questionari ritirati	%
ODI	13	10	77
Obstetrica/ Nido	15	9	60
Cardiologia	12	7	58
Neurologia	11	8	73
Oncologia	20	9	45
ORL	8	6	75
TIN	36	11	31
Medicina	11	8	73
Ortopedia	8	5	62
Chirurgia + Urologia	23	18	78
Premo Soccorso	12	10	83
Rianimazione	33	13	39
Totale	202	114	100

Tabella 3. Questionari consegnati e ritirati al Fatebenefratelli

Reparti Cristo Re	N. questionari consegnati	N. questionari ritirati	%
Medicina	17	7	41
Premo Soccorso	17	10	60
Chirurgia	8	4	50
Ortopedia/ Urologia	7	3	43
Rianimazione	14	12	86
Solventi	15	9	60
Ginecologia	12	6	50
Nido	30	28	93
Blocco Operatorio-Sterilizzazione	1	1	100
Totale	121	80	100

Tabella 4. Questionari consegnati e ritirati al Cristo Re

RACCOLTA DATI

Il lavoro di ricerca è stato svolto con le seguenti tempistiche:

- somministrazioni dei questionari nel periodo di agosto 2013 in tutti i reparti dei due ospedali;
- raccolta dei questionari ed elaborazio-

Totale Campione			
		294	n. %
Sesso	Femmine	128	66
	Maschi	66	34
Età	20 – 29 anni	49	25
	30 – 39 anni	78	40
	40 – 49 anni	43	22
	50 – 59 anni	24	13
Ruolo	Infermiere generale	182	94
	Coordinatore	12	6
Formazione	Scuola Regionale	50	26
	Diploma di Laurea	23	12
	Laura Triennale	121	62
	D.A.I.	0	0
Formazione Post-Base	Laurea Magistrale	19	10
	Master 1° Livello	37	19
	Nessun titolo	138	71
Area di appartenenza	Chirurgia	37	19
	Medica	39	20
	Pediatria	28	15
	Critica	66	34
	Altro	24	12
Anni di servizio	< 5 anni	30	16
	5 – 10 anni	91	47
	15 – 25	51	26
	>25	22	11

Tabella 2. Caratteristiche socio-demografiche del campione

²¹ Bjorkstrom M, Hamrin E. Swedish nurses' attitudes towards research and development within nursing. Journal of Advanced Nursing. 2001; 34 (5): 706-714.

ne dei dati attraverso foglio di Excel nel periodo di settembre 2013.

Il questionario è composto da due parti: la prima è dedicata alla raccolta delle caratteristiche socio-demografiche del campione preso in esame mentre la seconda è composta da 31 item con la scala di valutazione Likert.

Ad ogni domanda si è attribuito un punteggio che va da 1 a 5. (Tabella 5)

	SCORE
Disaccordo	1
Né d'accordo né disaccordo	2
D'accordo	3
Abbastanza d'accordo	4
Fortemente d'accordo	5

Tabella 5. Scala di valutazione Likert

ASPETTI ETICI

Gli infermieri e i coordinatori dei reparti, previa autorizzazione richiesta ai rispettivi Direttori Sanitari degli Ospedali, sono stati informati dell'obiettivo dello studio, nonché della volontarietà alla partecipazione, attraverso all'adesione del consenso informato.

METODI STATISTICI

L'elaborazione dei dati è avvenuta tramite calcolo con foglio elettronico Excel. Sia le caratteristiche socio-demografiche del campione che le risposte del questionario sono state rappresentate attraverso le percentuali.

RISULTATI

La partecipazione dei 194 operatori sanitari è stata di adesione volontaria alla compilazione del questionario.

In base alle variabili socio-demografiche prese in considerazione, il campione si definisce come segue:

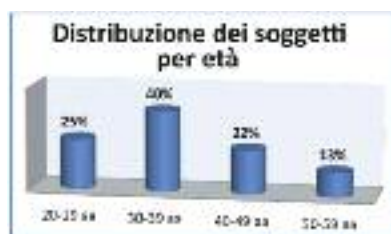


Grafico 1. Età del campione preso in esame

Il 40% del campione ha un'età com-

presa tra i 30 e i 39 anni, a seguire abbiamo quelli di età compresi tra 20 e 29 anni. In minoranza abbiamo il campione di età compresa tra i 40 e i 59 anni.



Grafico 2. Distribuzione dei soggetti per sesso

Il campione degli infermieri è di prevalenza femminile: infatti solo il 34% è rappresentato da una popolazione maschile.



Grafico 3. Distribuzione dei soggetti per ruolo

Il grafico mostra che il 94% del campione è rappresentato da infermieri professionali e solo il 6% dai coordinatori. Questo potrebbe dimostrare uno scarso interesse da parte dei coordinatori nella compilazione del questionario oggetto di studio.

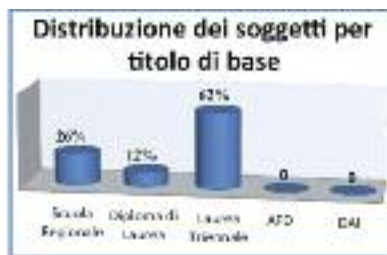


Grafico 4. Distribuzione dei soggetti per titolo di base

La maggior parte del campione possiede la Laurea Triennale mentre il 26% ha seguito la scuola regionale. Il 12% ha conseguito il diploma di Laurea e nessun infermiere del campione preso in esame possiede il titolo Afd o il titolo Dai.

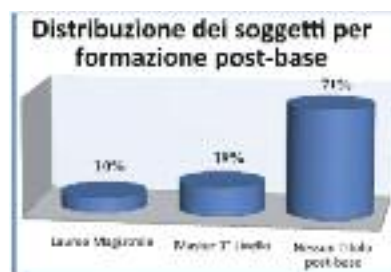


Grafico 5. Distribuzione dei soggetti per formazione post-base

Il 29% del campione possiede la Laurea Magistrale o il Master di 1° livello. Il campione restante non possiede nessun titolo post-base.

Questo risultato è significativo poiché il 71% del campione non possiede alcun titolo post-base e questo potrebbe essere un importante ostacolo alla diffusione della ricerca infermieristica.

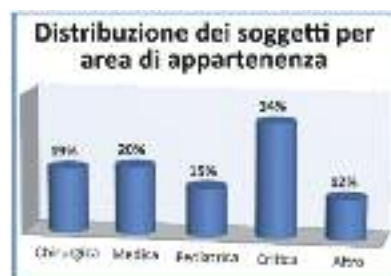


Grafico 6. Distribuzione dei soggetti per area di appartenenza

L'area di appartenenza del campione è prettamente critica e comprende Pronto Soccorso, aree intensive di rianimazione, Osservazione Breve Intensiva e aree critiche neonatali.

Di seguito l'area medica, chirurgica e pediatrica.



Grafico 7. Distribuzione dei soggetti per anni di servizio

La distribuzione dei soggetti per anni di servizio mostra come il campione abbia maggiormente tra i 5 e i 10 anni di servizio. Solo il 26% ha tra i 15 e i 25 anni di servizio e l'11% sopra i 25 anni.

Dopo aver analizzato le caratteristiche socio-demografiche del campione, ora vengono riportati e descritti i risultati emersi dall'analisi delle risposte date dal personale sanitario infermieristico incluso nel campione oggetto di studio:



Grafico 8

Il grafico 8 evidenzia come il 58% del campione sia fortemente d'accordo che è importante e utile partecipare a lavori di ricerca per migliorare le competenze. Il 26% è abbastanza d'accordo e il 13% è d'accordo.

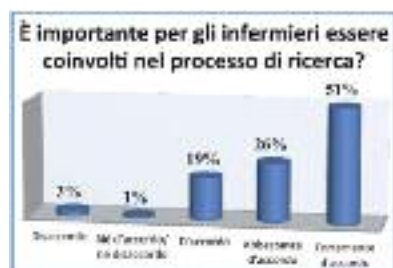


Grafico 9

Il grafico 9 mostra che il 51% del campione crede sia importante per gli infermieri essere coinvolti nel processo di ricerca. Il 26% è abbastanza d'accordo e il 19% è d'accordo. Anche qui solo una piccola percentuale del campione crede che questo non sia importante.



Grafico 10

In questo grafico il 64% del campione ritiene che l'esperienza clinica non è sufficiente per erogare un'assistenza senza ricorrere alle conoscenze derivate dalla ricerca. Da notare, però, che il 13% non è né d'accordo né disaccordo ma soprattutto che il 23% è d'accordo. Questa

percentuale è relativamente alta se pensiamo che la ricerca sia alla base per erogare un'assistenza di qualità.

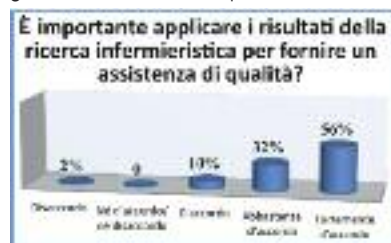


Grafico 11

Il grafico 11 mostra che quasi la totalità del campione ritiene che è importante applicare i risultati della ricerca per fornire un'assistenza di qualità ai pazienti. Infatti, sono il 2% degli intervistati non è d'accordo.



Grafico 12

Il grafico 12 rivela che per il 21% degli infermieri i risultati della ricerca non sono facilmente reperibili sulle banche dati per la pratica clinica. Il 31% non è né d'accordo né disaccordo mentre il 48% ritiene che i dati siano facilmente reperibili.

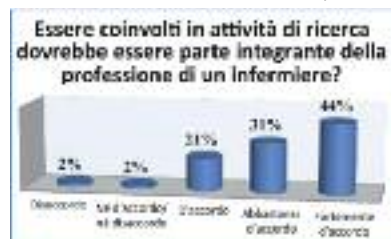


Grafico 13

Il seguente grafico, il n° 13, evidenzia come sia alta la percentuale che ritiene che sia importante essere coinvolti in attività di ricerca e come questo sia parte integrante nella professione di un infermiere.



Grafico 14

Dal grafico 14 si evince che per quasi la totalità del campione è utile integrare le varie fasi della ricerca nella pratica clinica e assistenziale per migliorare la qualità dell'assistenza.



Grafico 15

Il grafico 15 presenta delle discordanze: secondo l'8% del campione la ricerca non descrive in modo valido l'assistenza infermieristica, il 15% non ha espresso pareri, il 26% è d'accordo, il 30% è abbastanza d'accordo. Solo il 21% è fortemente d'accordo e crede che la ricerca sia importante per descrivere l'assistenza infermieristica. Questo dato è, se si prende in considerazione il campione totale, in disaccordo con le risposte date in precedenza.



Grafico 16

Il grafico 16 mostra che solo per il 5% del campione i risultati di una ricerca infermieristica sono diffusi bene tra gli infermieri. Il 95% invece pensa che questi debbano essere diffusi meglio.



Grafico 17

Per il 97% del campione fare ricerca infermieristica e, soprattutto, diffondere i suoi risultati contribuisce allo sviluppo professionale degli infermieri che ne fanno uso. Da questo dato, però, non si può capire quanti infermieri realmente partecipano a progetti di ricerca o usufruiscono delle nuove evidenze per conto proprio.



Grafico 18

Il grafico 18 mostra come il 95% degli infermieri creda che la professione infermieristica richieda l'uso della ricerca. Solo il 5% ritiene che la professione infermieristica è una professione solamente pratica.



Grafico 19

Il grafico 19 mostra come il 95% degli infermieri creda che la professione infermieristica richieda l'uso della ricerca, al pari di quella medica. Solo il 5% ritiene il contrario. Questo è molto importante perché vi è una presa di coscienza dell'importanza della ricerca infermieristica applicata alla clinica.

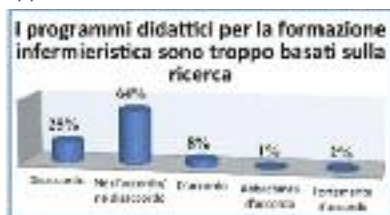


Grafico 20

Questo grafico evidenzia che solo il 25% crede che i programmi per la formazione infermieristica non siano basati sulla ricerca. Il 10% è d'accordo mentre il 64% è indifferente a riguardo.



Grafico 21

Nel grafico 21 notiamo che il 69% del campione preso in esame crede sia utile per lo sviluppo della professione avere più infermieri con un Dottorato in Ricerca. Il 15% non crede sia utile mentre per il 16% è indifferente.

Sarebbe molto utile per lo sviluppo della professione che molti infermieri conseguano i Dottorati di Ricerca infermieristica. Questo per rendere di più partecipi tutti gli operatori alla ricerca infermieristica.



Grafico 22

Il grafico 22 ci dice che più della metà del campione ritiene che lo sviluppo delle competenze si realizzi principalmente con lo sviluppo delle esperienze cliniche. Solo il 14% non crede questo.



Grafico 23

Nel grafico 23 vediamo che solo il 12% ritiene che l'assistenza infermieristica non dovrebbe essere basata su risultati di esperienze scientifiche ed affidabili.



Grafico 24

Il grafico 24 mostra che la quasi totalità del campione crede sia importante dedicarsi alla ricerca e soprattutto crede che sia importante conoscere i risultati di quest'ultima.



Grafico 25

In questo grafico si può notare che solo il 54% degli operatori sanitari ritiene che il livello della ricerca infermieristica non è adeguato alle esigenze professionali.



Grafico 26

La quasi totalità del campione ritiene che l'infermiere deve essere in grado di leggere la letteratura scientifica per aggiornarsi costantemente durante il suo lavoro per migliorare la qualità dell'assistenza stessa. Non si evince se però tutti gli infermieri che sono d'accordo la sappiano realmente leggere e interpretare.



Grafico 27

Nel grafico 27, quasi l'intero campione preso in esame ritiene che è interessante leggere articoli, per la pratica clinica, che riguardano l'assistenza infermieristica. Anche qui, però, non sappiamo realmente quanti infermieri poi leggono articoli scientifici per aggiornare il proprio "bagaglio culturale" e per migliorare l'assistenza ai pazienti.

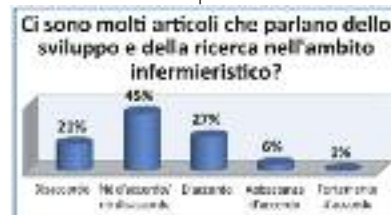


Grafico 28

Nel grafico 28 il 21% del campione ritiene che non vi siano molti articoli che parlino dello sviluppo e della ricerca in ambito della professione infermieristica. Il 45% non è né d'accordo né disaccordo mentre il restante 34% è in accordo.



Grafico 29

Più della metà degli infermieri che hanno aderito a questo progetto, ritiene che il linguaggio scientifico è troppo complesso. Probabilmente è per questo motivo che molti infermieri non riescono a utilizzare come si dovrebbe la ricerca infermieristica.

La piccola parte che ritiene che il linguaggio scientifico non sia complesso rientra nella categoria d'infermieri con laurea triennale nella fascia di età tra 20 e 29 anni.

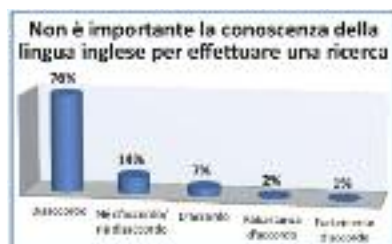


Grafico 30

Il 76% degli infermieri ritiene che la conoscenza della lingua inglese è fondamentale per effettuare una ricerca infermieristica.

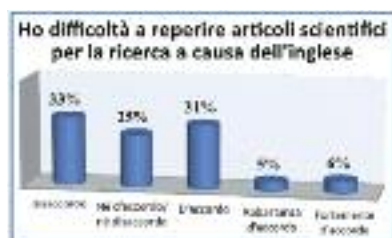


Grafico 31

Il 42% degli operatori ha difficoltà a reperire articoli per la ricerca a causa della lingua inglese. Anche qui, come nel grafico 29, il 33% degli infermieri che è in disaccordo con la domanda appartengono alla fascia degli infermieri con Laurea Triennale nella fascia di età tra i 20 e

i 29 anni.



Grafico 32

A quasi tutti gli operatori intervistati piacerebbe partecipare a conferenze scientifiche internazionali per aggiornare le proprie competenze.

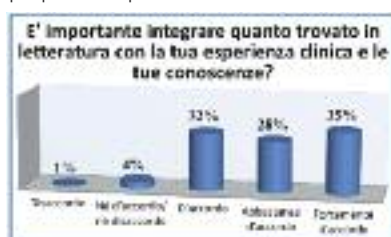


Grafico 33

Nel grafico 33 vediamo come la quasi totalità del campione, il 95%, crede che è importante integrare quanto trovato in letteratura con la propria esperienza clinica. In questo modo è possibile ampliare le proprie conoscenze con le nozioni apprese durante la formazione professionale.

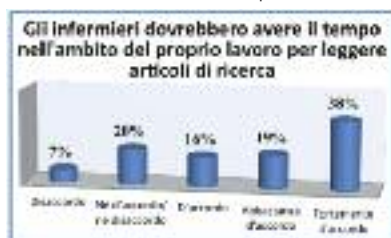


Grafico 34

Per il 73% degli infermieri, nell'ambito del lavoro si dovrebbe avere il tempo di leggere articoli di ricerca.

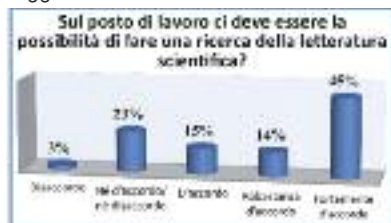


Grafico 35

Il grafico mostra come il campione è d'accordo alla possibilità di effettuare una ricerca sul posto di lavoro.

Le penultime due domande del questionario riguardano la frequenza con cui gli

infermieri consultano riviste scientifiche e banche dati. L'ultima domanda riguarda la difficoltà degli infermieri a utilizzare le diverse banche dati.

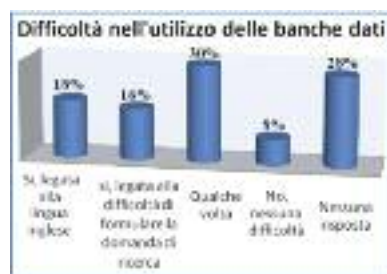


Grafico 36

Il grafico 36, dimostra che il 18% ha problemi legati alla lingua inglese, il 30% ha difficoltà solo qualche volta, il 16% ha difficoltà a formulare la domanda di ricerca e l'8% non ha nessuna difficoltà. Il 28% del campione non ha fornito nessuna delle risposte tra quelle date e ha lasciato le caselle in bianco.

DISCUSSIONE

Analizziamo ora i risultati del questionario in base agli obiettivi prefissati. Il questionario va a indagare i seguenti punti:

- 1) le conoscenze che gli infermieri hanno sulla ricerca infermieristica;
- 2) il rapporto tra gli infermieri e la ricerca e quindi qual è il loro approccio;
- 3) se gli infermieri partecipano a ricerche infermieristiche;
- 4) quali sono i possibili ostacoli alla diffusione della ricerca;
- 5) gli strumenti che gli infermieri hanno per approcciarsi alla ricerca.

Per quanto riguarda i primi due obiettivi (le conoscenze degli infermieri sulla ricerca e il rapporto che hanno con la ricerca) è emerso che gli infermieri conoscono la ricerca infermieristica e sanno che questa è molto importante per sviluppare le proprie conoscenze e per avere un'assistenza che punta all'eccellenza ma non vi si avvicinano in modo adeguato. Secondo il campione essere coinvolti nel processo di ricerca dovrebbe essere parte integrante della professione ed è di aiuto integrare le fasi della ricerca nella pratica clinica.

La maggior parte degli infermieri crede che la sola esperienza clinica non sia sufficiente per erogare un'assistenza infermieristica di qualità e crede quindi che

sia importante applicare i risultati della ricerca integrandoli con le conoscenze di base e l'esperienza clinica. Inoltre, per quasi tutto il campione preso in esame, l'infermieristica richiede le conoscenze basate sulla ricerca, come quella medica, e come tale contribuisce allo sviluppo professionale. Per gli infermieri sarebbe molto importante per approcciarsi di più alla ricerca avere sempre più infermieri con Dottorato di Ricerca perché credono che attualmente il livello di ricerca infermieristica non rispecchia le esigenze della nostra professione. È emerso, inoltre, analizzando i risultati del questionario contestualmente alla parte anagrafica, che vi è uno scarso aggiornamento professionale. Tutti sono consapevoli dell'importanza della ricerca ma pochi infermieri sono propensi ad aggiornare le proprie conoscenze. Chi vuole aggiornare le proprie conoscenze appartiene a una fascia di età particolare, quella tra i 20 e i 39 anni, e possiede la Laurea Triennale e diversi Master. Questa fascia d'età crede che i lavori di ricerca migliorino l'attività lavorativa e l'assistenza erogata in termini di efficienza ed efficacia. Per quanto riguarda il terzo punto (la partecipazione a ricerche infermieristiche), per gli infermieri è importante dedicarsi e partecipare a lavori di ricerca per migliorare le proprie competenze, attraverso il processo di ricerca. Anche se è emersa l'importanza di eseguire costantemente lavori di ricerca, non sappiamo effettivamente se gli infermieri vi partecipano realmente. Inoltre, è emerso che è molto importante partecipare a conferenze scientifiche internazionali per aggiornarsi in modo costante. Per quanto riguarda il quarto punto, ovvero se ci sono possibili ostacoli per la diffusione della ricerca, è emerso che ce ne sono diversi. Ad esempio, i risultati della ricerca infermieristica sono scarsamente diffusi tra gli infermieri ed essere diffusi meglio tra gli infermieri per implementare le conoscenze e per migliorare l'assistenza. Un'altra barriera è rappresentata dalla lingua inglese. Infatti, per tutto il campione è importante saper leggere

la letteratura scientifica ed è interessante leggere articoli di ricerca. Ma questo, molte volte, non viene fatto per una scarsa conoscenza della lingua inglese. Il linguaggio scientifico non è particolarmente impegnativo per quegli infermieri che rientrano nella fascia d'età tra i 20 e i 39 anni e che hanno conseguito la Laurea Triennale. Infatti, quest'ultimi non hanno nessuna difficoltà a reperire articoli scientifici e a utilizzare le banche dati. Per il resto del campione l'inglese è troppo complesso e non è importante la sua conoscenza ai fini di sviluppare una ricerca. Inoltre, è emerso che la mancanza di tempo non permette agli infermieri di leggere articoli di ricerca e di partecipare a progetti di ricerca durante il proprio turno. Questo perché **il lavoro dell'infermiere è complesso e richiede molto tempo**. Probabilmente gli infermieri durante il loro turno hanno poco tempo per dedicarsi alla lettura di articoli di ricerca poiché si dedicano ai pazienti e ai loro bisogni. L'impossibilità di condurre studi di ricerca e di leggere articoli scientifici è data dall'alto carico di lavoro degli infermieri che durante l'arco del turno non riescono a trovare il tempo materiale per aggiornarsi.

Infine, per quanto riguarda l'ultimo punto (gli strumenti a disposizione degli infermieri) possiamo affermare che ci sono diversi strumenti che permettono agli infermieri di approcciarsi in modo critico alla ricerca, come ad esempio le riviste, online e cartacee, e le banche dati. È molto importante, quindi, descrivere come gli infermieri utilizzano le banche dati e se leggono le riviste scientifiche e in particolar modo quali leggono. Per quanto riguarda le banche dati, i risultati dimostrano come gli infermieri che rientrano nella fascia d'età tra i 20 e i 29 anni sappiano usare le banche dati senza alcune difficoltà, per gli infermieri che rientrano in quella tra i 30 e i 39 anni hanno difficoltà nella formulazione della domanda di ricerca e infine per gli infermieri al di sopra dei 40 le difficoltà risiedono maggiormente nella scarsa conoscenza della lingua inglese. Le banche

dati usate più spesso sono PubMed e MedLine, mentre quelle usate solo qualche volta sono Cinahl e Cochrane. Molti infermieri, con Laurea Triennale rientranti nella fascia di età tra i 20 e i 39 anni, hanno segnalato come banca dati più utilizzata quella del collegio Ispasvi, la banca dati Iliis.²² Due infermieri, con formazione della scuola regionale e con età compresa tra i 40 e i 59 anni, infine, tra le banche dati utilizzate hanno segnalato l'enciclopedia elettronica Wikipedia.

Per quanto riguarda le riviste la maggior parte degli infermieri legge una volta al mese *Infermiere Oggi* e *Professioni Infermieristiche*. Le riviste più lette ogni quattro mesi, invece, sono il *Journal of Advanced Nursing*, *Nursing Research* e il *Journal of Clinical Nursing*. Le altre riviste non vengono mai lette. Inoltre tre infermieri hanno segnalato una rivista ciascuno tra cui *Air - Assistenza Infermieristica*, *Emergency Oggi e Ricerca e Scenario - Aniarti*.²³ Da questi dati si può evincere come, nonostante la consapevolezza dell'importanza della ricerca, molti infermieri non aggiornino le proprie conoscenze e che ci sia ancora molto da lavorare su questo aspetto della professione.

CONCLUSIONI

Possiamo affermare che gli obiettivi prefissati non sono stati raggiunti. Infatti: i risultati del questionario, evidenziano come la ricerca in Italia non sia adeguata alle esigenze e agli standard che la nostra professione vuole raggiungere.

Questo perché rispetto agli altri Paesi, sia Europei che non, siamo più indietro per quanto riguarda il ruolo dell'infermiere di ricerca, che qui in Italia ancora non è emerso del tutto. Bisogna però aggiungere che in Italia si osserva un'ulteriore disomogeneità tra le regioni. Basti pensare agli ospedali del Nord Italia e a quelli del Centro e del Sud Italia. Alla base vi è un serio problema organizzativo: molti ospedali non hanno l'appoggio delle Università al loro interno. Per non parlare dei problemi socio-economici che ogni Ospedale deve affrontare. Al Nord Italia vi è uno sviluppo socio-

NOTE

²² Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche.

²³ Associazione Nazionale Infermieri Area Critica.

economico-culturale elevato e maggiore rispetto alle regioni del Sud. Questo ha fatto sì che nascessero diversi Centri di Ricerca Infermieristica negli ospedali. Tra i più importanti citiamo il Sant'Orsola Malpighi di Bologna, il Meyer di Firenze e l'Ospedale di Udine. È stato possibile comunque osservare come gli infermieri siano a conoscenza dell'importanza della ricerca e dei suoi risvolti positivi nella pratica clinica ma anche come manchi il giusto sostegno necessario ad interessarsi alla ricerca per condurre uno studio o un progetto di ricerca. Gli infermieri più giovani, come detto in precedenza, sono quelli più propensi ad avvicinarsi alla ricerca perché ne riconoscono il valore significativo. Questo perché la normativa è in continua evoluzione e ci sono molti riferimenti normativi che ci parlano di ricerca infermieristica. Basti pensare al Profilo Professionale dell'infermiere che all'art. 4 definisce l'infermiere come colui che *"concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca"*.

Anche il Codice Deontologico segnala la ricerca come momento fondante della professione e ribadisce che *"L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove e attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica"*.

Inoltre nell'ordinamento didattico dei corsi di Laurea Triennale viene trattato il tema della metodologia della ricerca, cosa che prima non c'era. In conclusione si può dire che gli infermieri in Italia non riescono ad entrare nell'ottica della ricerca infermieristica, in parte perché per alcuni vi è scarso interesse in parte perché non si riesce a comprendere esattamente il significato e l'importanza della ricerca stessa e degli studi clinici. È indispensabile quindi una presa

di coscienza da parte di tutti i professionisti infermieri che devono iniziare ad accettare le responsabilità derivanti dall'essere infermiere e dall'esercitare una professione che necessita costantemente di aggiornamento e nuove conoscenze al fine di migliorare la pratica clinica. È necessario quindi che gli infermieri si adeguino alla nostra legislazione, ormai diversa da quella di un tempo, che prevede e vorrebbe professionisti infermieri in continuo aggiornamento professionale, non solo attraverso progetti di ricerca ma anche grazie alla conduzione di studi clinici. Bisogna quindi sperare che, con l'avvicinamento e l'approccio alla metodologia della ricerca, gli studenti si appassionino di più alla ricerca infermieristica e magari proseguano il loro corso di studi attraverso il conseguimento del Dottorato di ricerca. È necessario comunque l'impegno di tutti gli infermieri perché ci sia una reale spinta alla ricerca e ad un'assistenza basata sulle prove d'efficacia. Questo può avvenire attraverso la lettura di articoli relativi alla ricerca infermieristica che si svolge in Italia e nel mondo, attraverso la consultazione delle banche dati più importanti ma soprattutto attuando la realizzazione di corsi di aggiornamento sulle competenze riguardo alla lingua inglese e all'utilizzo del computer e di Internet per accedere alle banche dati e per usufruirne al meglio. Bisogna condurre ricerche e studi clinici sempre più validi per riuscire a fornire quell'assistenza basata sulle prove di efficacia che i pazienti necessitano, applicando i risultati della ricerca nei principi di Buona Pratica Clinica.

Dall'analisi dei risultati è emerso che per gli infermieri è molto importante la ricerca infermieristica e che questa, se condotta nei migliori dei modi, può portare a un miglioramento significativo del-

l'assistenza ma soprattutto ad un miglioramento della professione stessa. Manca il giusto sostegno e approccio per far interessare gli infermieri alla ricerca e agli studi clinici. Le norme di Buona Pratica Clinica, indicano un insieme di norme che disciplinano la corretta esecuzione degli studi clinici. Sono alla base di tutte i trial di ricerca e non solo di quelli farmacologici. A conclusione possiamo affermare che la ricerca infermieristica è uno strumento molto importante per il miglioramento dell'assistenza e dell'aggiornamento delle conoscenze personali. È indispensabile quindi una presa di coscienza da parte di tutti i professionisti infermieri e un adeguamento alla nostra legislazione, ormai diversa da quella di un tempo, che prevede e vorrebbe professionisti sanitari in continuo aggiornamento professionale, non solo attraverso progetti di ricerca ma anche grazie alla conduzione di studi clinici. Il modo per far avvicinare gli infermieri all'utilizzo della ricerca potrebbe avvenire attraverso la lettura di articoli relativi alla ricerca infermieristica che si svolge in Italia e nel mondo, attraverso la consultazione delle banche dati più importanti ma soprattutto attuando la realizzazione di corsi di aggiornamento sulle competenze riguardo alla lingua inglese e all'utilizzo del computer e di Internet per accedere alle banche dati e per usufruirne al meglio.

AUTORI:

Carlo Turci, Tesoriere Collegio IPASVI di Roma;
Giuliana D'Elpidio, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - IRCCS;
Giuliana Evangelisti, coordinatore Polo Didattico Pier Giorgio Frassati;
Carol Zullo, infermiera libera professionista.

BIBLIOGRAFIA

1. Casati M. *La documentazione infermieristica*. Milano: Mc Graw Hill; 2005.
2. Culotta P, Feroce I, Callegaro R. *Ricerca Clinica: dalla Good Clinical Practice alla buona assistenza*. Torino: C. G. Edizioni Medico Scientifiche; 2008.
3. Fain J. *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla, applicarla*. Milano: Mc Graw Hill; 2004.
4. Lancia U. *Guida alla ricerca clinica*. Roma: Il pensiero scientifico; 2010.
5. McGraw Michael J, George Adam N, Shearn Shawn P, Hall Rigel L, Haws Thomas F. *Principles of Good Clinical Practice*. Londra: Pharmaceutical Press; 2010.
6. Sironi C. *Introduzione alla ricerca infermieristica: i fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana*. Milano: Ambrosiana; 2010.

EMEROGRAFIA

1. Bjorkstrom M, Hamrin E. Swedish nurses' attitudes towards research and development within nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 34 (5): 706-714.
2. Cantarelli M. Il questionario. *Giornale italiano di scienze infermieristiche*. 2007, 3 (5): 106-111.
3. Cantini F, Ellis C. The role of the clinical trial nurse in the informed consent process. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2007; 39 (2): 126-144.
4. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *The Journal of the American Medical Association*. 1992; 268 (17): 2420-2425.
5. Freasure J. Analysis of instruments measuring nurses' attitudes towards research utilization: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 61 (1): 5-18.
6. Green L. Explaining the role of the nurse in clinical trials. *Nursing Standard*. 2011; 25 (22): 35-39.
7. Hardicre J. An exploration of the role of the research nurse and its impact. *British Journal of Nursing*. 2013; 22 (3): 168-169.
8. Poston RD, Buescher CR. The essential role of the clinical research nurse. *Urologic Nursing*. 2010; 30 (1): 55-63.
9. Rufaza Martinez M, Lopez Iborra L, Madrigal Torres M. Attitude towards Evidence Based Nursing Questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011, 17: 664-670.
10. Sansoni J, Marucci A, Comerchi S. Infermieri e ricerca: analisi di due riviste infermieristiche internazionali. *Professioni Infermieristiche*. 2006, 59 (1): 41-48.

SITOGRAFIA

1. International Council of Nurses. Linee guida sulla ricerca infermieristica; reperibile presso <http://www.icn.ch/>. Visitato il 15/05/2013.
2. Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI. Infermiere Oggi; reperibile presso <http://www.ipasvi.roma.it/>. Visitato il 03/08/2013.
3. Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI; reperibile presso <http://www.ipasvi.it/>. Visitato il 04/08/2013.
4. Collegio IPASVI di Roma; reperibile presso <http://www.ipasvi.roma.it/>. Visitato il 03/08/2013.
5. Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica; reperibile presso <http://www.centrodiexcellenza.eu>. Visitato il 04/08/2013.
6. Regio Decreto – Legge 15 Agosto 1925 n. 1832; reperibile presso <http://www.aosp.bo.it.htm>. Visitato il 20/06/2013.
7. Legge 25 Febbraio 1971 n. 124; reperibile presso <http://www.normattiva.it/>. Visitato il 20/06/2013.
8. D.P.R. 14 Marzo 1974 n. 225: "Modifiche al R.D. 2 maggio 1940, numero 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici"; reperibile presso <http://www.vicenzaipasvi.it/>. Visitato il 20/06/2013.
9. Dichiarazione Universale di Alma Ata; reperibile presso <http://www.emmanuel-familyitalia.org/>. Visitato il 20/06/2013.
10. Legge 23 Dicembre 1978 n. 833: "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"; reperibile presso <http://www.trovanorme.salute.gov.it/>. Visitato il 20/06/2013.
11. D.P.R. 10 Marzo 1982 n. 162: "Riordinamento delle scuole dirette ai fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento"; reperibile presso <http://www.unica.it/>. Visitato il 21/06/2013.
12. Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n. 502: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"; reperibile presso <http://www.trovanorme.salute.gov.it/>. Visitato il 21/06/2013.
13. Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994 n. 739: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"; reperibile presso <http://www.ipasviso.org/>. Visitato il 21/06/2013.
14. Decreto Ministeriale 17 Gennaio 1997 n. 70: "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico"; reperibile presso <http://www.ipasviso.org/>. Visitato il 21/06/2013.
15. Legge 26 Febbraio 1999 n. 42: "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"; reperibile presso <http://www.parlamento.it/>. Visitato il 22/06/2013.
16. Legge 10 agosto 2000 n. 251: "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"; reperibile presso <http://www.camera.it/>. Visitato il 22/06/2013.
17. Legge 1 Febbraio 2006 n. 43: "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"; reperibile presso <http://www.parlamento.it/>. Visitato il 22/06/2013.
18. Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009; reperibile presso <http://www.nursind.it/>. Visitato il 22/06/2013.
19. Decreto Legislativo n. 200 del 2007: "Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali"; reperibile presso <http://www.agenziafarmaco.gov.it/>. Visitato il 25/05/2007.
20. Decreto Ministeriale 17 Dicembre 2004: "Prescrizioni e condizioni di carattere generale, relative all'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali, con particolare riferimento a quelle ai fini di miglioramento della pratica clinica, quale parte integrante dell'assistenza sanitaria"; reperibile presso <http://gazzette.comune.jesi.an.it/>. Visitato il 25/07/2013.
21. Decreto Ministeriale 8 Maggio 2003: "Uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica"; reperibile presso <http://gazzette.comune.jesi.an.it/>. Visitato il 26/07/2013.
22. Decreto Ministeriale 15 Luglio 1997: "Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali"; reperibile presso <http://www.gazzettaufficiale.it/>. Visitato il 26/07/2013.
23. Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n. 196: "Codice in materia di protezione dei dati personali"; reperibile presso <http://www.parlamento.it/>. Visitato il 26/07/2013.
24. Decreto Legislativo 24 Giugno 2003 n. 211: "Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico"; reperibile presso <http://www.camera.it/>. Visitato il 26/07/2013.
25. Legge 31 Dicembre 1996 n. 675: "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"; reperibile presso <http://www.garanteprivacy.it/>. Visitato il 26/07/2013.
26. Decreto Legislativo n. 200 del 2007: "Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali"; reperibile presso <http://www.agenziafarmaco.gov.it/>. Visitato il 26/07/2013.
27. Dichiarazione di Helsinki: Principi etici per la ricerca medica che coinvolge soggetti umani; reperibile presso <http://www.idi.it/>. Visitato il 27/07/2013.
28. Codice di Norimberga; reperibile presso <http://www.portaledibioetica.it/>. Visitato il 27/07/2007.
29. Decreto Ministeriale 18 Marzo 1998: "Modalità per l'esenzione degli accertamenti sui medicinali utilizzati nelle sperimentazioni cliniche"; reperibile presso <http://guide.supereva.it/>. Visitato il 27/07/2013.

La comunicazione infermiere-paziente quale indicatore della qualità percepita dall'assistito all'atto della presa in carico

Una ricerca descrittiva nell'Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli di Roma

di Roberta Galasso, Stefania Potentini, Giovanna Finocchi

Articolo tratto dalla tesi di Laurea di Roberta Galasso, corso di laurea in Infermieristica Università degli studi di Roma Tor Vergata, sede Fatebenefratelli, sessione di novembre 2012.

ABSTRACT

La letteratura scientifica è concorde nell'individuare nell'accoglienza il momento-chiave per instaurare un buon rapporto terapeutico/assistenziale.

Questo è uno studio descrittivo che ha l'obiettivo di valutare l'importanza della comunicazione infermiere/paziente al momento del ricovero in ospedale per la buona riuscita dell'assistenza e descrivere come viene percepita l'accoglienza da parte dei pazienti.

Lo studio ha utilizzato un campionamento di convenienza: 151 pazienti ricoverati nell'ospedale Fatebenefratelli e ai coordinatori delle unità di degenza coinvolte. Gli strumenti utilizzati sono stati: un'intervista semi-strutturata per i coordinatori e il questionario validato della *Joint Commission* per i pazienti.

I dati sono stati raccolti nei mesi di luglio e agosto 2012 ed elaborati con il software "Stata 12.0".

Dallo studio risulta che solo il 58% dei pazienti dichiara di essere stato informato al momento del ricovero dell'organizzazione del reparto; ma l'80% degli intervistati afferma che, al momento del rico-

vero, è stato accolto dall'infermiere e che, quasi la totalità delle persone, ha avuto l'attenzione necessaria sin da subito.

Dalle interviste effettuate ai coordinatori delle unità di degenza emerge la necessità di dedicare più tempo al momento dell'accoglienza, rivedendo l'organizzazione del lavoro e gli strumenti a disposizione.

Parole-chiave: comunicazione; accoglienza infermieristica; qualità; informazioni al paziente; soddisfazione dei pazienti; *admission; patient satisfaction; welcome*.

INTRODUZIONE

La qualità è un obiettivo che dovrebbe orientare costantemente il nostro metodo di lavoro, (1) in particolar modo, quello che vede protagonista il professionista infermiere.

Per qualità intendiamo fare la cosa "giusta", nel modo "giusto", al paziente "giusto", dove il termine "**giusto**" assume, di volta in volta, il significato di "efficace, efficiente, appropriato, adeguato, accessibile, accettabile, compatibile,

continuo, sostenibile, soddisfacente, sicuro, etico". (2)

Una specifica componente è rappresentata proprio dalla relazione (3) e dalla comunicazione che si instaura tra infermiere e persona assistita (4): **l'infermiere, infatti, nel suo agire quotidiano, oltre agli interventi tecnici, si prende cura del malato**, svolgendo una funzione di supporto e, al contempo, terapeutica attraverso il dialogo, con lo scopo di stabilire un'interazione personalizzata (e pertanto efficace) che miri al soddisfacimento dei bisogni, oltre che al recupero dell'autonomia e dell'adattamento allo stress che ogni patologia porta con sé.(5)

Lo studio è stato preceduto da una revisione della letteratura sulla qualità dell'assistenza infermieristica, il processo di valutazione dell'assistenza in tutte le sue parti, il concetto di umanizzazione e la sua applicazione al *nursing*.

Per verificare, nella pratica, il concetto di valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica (Vqai) (6) (7) si è realizzato lo studio descrittivo, allo scopo di evidenziare la qualità dell'assistenza infermieristica (8) durante il periodo di degen-

za in ospedale e, in particolare, nella fase dell'accoglienza al momento del ricovero. (9)

Il fine ultimo di questo progetto è stato di capire se la comunicazione infermiere/paziente, all'inizio del ricovero, sia un elemento-chiave per la buona riuscita dell'assistenza e, al tempo stesso, di valutare in quale misura viene percepita l'accoglienza da parte dei pazienti, quali caratteristiche ritengono più rilevanti e quali meno, quali quelli che gradirebbero cambiare per ricevere un'assistenza efficace anche dal punto di vista relazionale. Questo, senza dimenticare di conoscere il livello di soddisfazione dei degenti dei vari reparti relativamente all'assistenza infermieristica in generale anche dopo l'accoglienza, e di indagare su come il cliente-utente valuti l'assistenza infermieristica e la professionalità e di quanto si senta coinvolto nell'iter assistenziale come soggetto attivo e partecipativo. Tutto per migliorare l'accoglienza del paziente nei diversi reparti.

METODI E STRUMENTI

Lo studio ha utilizzato un campionamento di convenienza.

La ricerca è stata rivolta a 151 pazienti ricoverati nelle seguenti unità operative dell'ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli: Breve Osservazione, Cardiologia, Oncologia, Chirurgia, Neurologia, Urologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria e Medicina.

I criteri di inclusione sono stati: pazienti in grado di leggere o comprendere le domande poste; ricoverati durante i mesi di luglio-agosto 2012 presso una delle unità operative identificate; pazienti in fase di dimissione o, comunque, con una degenza non inferiore a due giorni.

I criteri di esclusione sono stati: appartenenza ai reparti di Area Critica, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, ambulatori, *day hospital*, Dipartimento Materno Infantile; ricovero di durata inferiore alle 24 ore; pazienti stranieri, pazienti con deficit cognitivi.

La revisione della letteratura è stata condotta sulle banche dati Iliis, Pubmed e Cinahl, utilizzando le parole-chiave: accoglienza e qualità (Iliis: articoli reperiti 13

e articoli utilizzati 6); *admission, patient satisfaction, welcome* (Cinahl: articoli reperiti 83 e articoli utilizzati 3); *quality* (Pubmed: articoli reperiti 10 e articoli utilizzati 4).

Per la raccolta dei dati si è utilizzata un'intervista semi-strutturata di 18 domande per i coordinatori delle nove unità di degenza e il questionario validato della *Joint Commission* (10).

Le 18 domande per i Coordinatori sono state:

1. Esiste un protocollo di accoglienza del paziente in reparto?
2. Se sì, come viene utilizzato?
3. Se non esiste, in che modo accoglie il paziente?
4. Utilizzate un protocollo di accoglienza a seconda del tipo di ricovero?
5. Chi accoglie il paziente e la sua famiglia?
6. Dove viene accolto il paziente (infermeria, corridoio, stanza)?
7. Che informazioni vengono date al paziente al momento del ricovero?
8. In genere si fa prima l'accettazione burocratica e poi quella clinica/relazionale o viceversa?
9. Quanto tempo si prevede per l'accoglienza del paziente?
10. Si pensa di dover dedicare più tempo, ma non ci si riesce perché si è caricati da altre attività?
11. Chi accoglie il paziente si presenta con nome, cognome e qualifica?
12. Chi accoglie il paziente presenta il resto del gruppo pluridisciplinare?
13. L'operatore prende in carico la persona spiegando come riconoscere i vari operatori sanitari?
14. L'operatore si rivolge alla persona dandogli del Lei e lo accompagna nella stanza di degenza presentandolo, se presenti, altri degenti?
15. L'operatore favorisce la privacy, verifica e compila la documentazione clinica e raccoglie i dati necessari per l'assistenza?
16. L'operatore consegna il foglio di accoglienza e ne spiega i contenuti essenziali?
17. L'operatore fornisce informazioni sui vari servizi disponibili in ospedale rendendoli accessibili al paziente?
18. Secondo Lei il primo approccio con

il paziente è importante e utile per migliorare la qualità dell'assistenza? Se sì, in che modo?

Il questionario validato della *Joint Commission* è strutturato così:

Una sezione riguardante le informazioni generali del ricovero.

Una sezione riguardante l'accoglienza

Unità operativa di.....
Il questionario viene compilato in data/...../.....
1. Chi compila il questionario?
2. Numero di ricoveri presso questa U.O.2.1e in altre U.O. di questo Ospedale..... 2.2 in altri Ospedali.....
3. Patologia principale.....
4. Al momento del ricovero era a conoscenza del motivo per cui Lei veniva ricoverata/o? ☐Sì ☐No

nel momento in cui il paziente arriva in reparto, nella quale le domande sono a risposta chiusa.

5. Al momento del ricovero è stata/o informato della organizzazione del reparto (orari, visite mediche, prelievi e terapie, esami esterni al reparto, pasti, visite parenti)? ☐Sì ☐No
6. Se ha risposto No è stata/o informato successivamente? ☐Sì ☐No
7. Qual è stata la prima persona con cui ha parlato in reparto? ☐Infermiere ☐Caposala ☐OTA ☐Altre persone
8. Hai avuto immediatamente tutta l'attenzione necessaria? ☐Sì ☐No
9. L'anamnesi dove è stata raccolta? ☐Nella stanza, ☐nella medicheria, ☐nella stanza di degenza
10. Le informazioni ricevute dal personale di reparto sono state: ☐esaurienti, ☐soddisfacenti, ☐sufficienti, ☐insufficienti, ☐nulle, ☐non saprei
11. È soddisfatto dell'accoglienza ricevuta? ☐Sì ☐No

Una sezione che analizza l'accoglienza durante tutto il periodo del ricovero, nella quale le risposte sono predefinite attraverso una scala likert, per esprimere un giudizio di qualità su 5 livelli: ottimo; buono; discreto; sufficiente; insufficiente.

12. Le spiegazioni sul funzionamento del reparto sono state:
☐ottimo, ☐buono, ☐discreto, ☐sufficiente, ☐insufficiente
13. Gli infermieri dimostrano partecipazione e comprensione ☐Sì ☐No
14. Gli infermieri dedicano del tempo alle spiegazioni ☐Sì ☐No

15. Gli infermieri prestano ascolto ☐ Si ☐ No
 16. Gli infermieri sono pazienti ☐ Si ☐ No
 17. Il modo in cui gli infermieri si occupano di me è.....
 18. Gli infermieri mi forniscono informazioni su come comportarmi per poter essere indipendenti durante il mio ricovero ☐ Si ☐ No
 19. Gli infermieri mi consigliavano su come affrontare lo stress ☐ Si ☐ No
 20. Le spiegazioni/insegnamenti degli infermieri sulle mie condizioni, esami, procedure, trattamenti erano comprensibili ☐ Si ☐ No
 21. Gli infermieri lavorano insieme con continuità tra un turno e l'altro ☐ Si ☐ No
 22. Gli infermieri prestano cure personalizzate per soddisfare i miei bisogni ☐ Si ☐ No
 23. Gli infermieri cercano di capire la mia situazione ☐ Si ☐ No
 24. Durante l'orario di visita gli infermieri concedevano a me e ai miei familiari tempo e riservatezza per stare insieme ☐ Si ☐ No
 25. Gli infermieri erano disponibili a soddisfare le esigenze familiari durante e al di fuori dell'orario di visita ☐ Si ☐ No
 26. Gli infermieri incoraggiano il familiare e spiegano come aiutare il paziente (alimentazione, igiene, sostegno morale) ☐ Si ☐ No
 27. Gli infermieri mi sostengono psicologicamente nei momenti stressanti (procedure spiacevoli, visite mediche) ☐ Si ☐ No
 28. In generale, è SODDISFATTO del trattamento ricevuto in questo reparto? ☐ Si ☐ No

L'ultima sezione riservata ai giudizi sull'assistenza e sull'équipe infermieristica.

29. Può aggiungere ulteriori commenti e suggerimenti per il miglioramento dell'assistenza
 30. Se dovesse averne ancora bisogno, tornerebbe in questo ospedale? ☐ Si ☐ No

Dopo aver presentato a ciascun paziente una lettera con la descrizione del progetto per garantire la massima informazione sulle finalità dello studio, si è ottenuta la firma per il consenso a compilare il questionario.

La somministrazione dei questionari ha rispettato le scelte, gli orari e le necessità dei pazienti (nonché l'anonimato) e dell'organizzazione dell'unità operativa. Alcuni questionari sono stati compilati autonomamente dal paziente, altri con l'aiuto di un parente di riferimento, altri

ancora con il supporto dell'intervistatore. L'indagine si è svolta in un numero di giornate utile per il raggiungimento della quota definita del campione di 151 soggetti, pari al 50% del totale dei pazienti degenti nelle unità operative interessate dallo studio.

Nello stesso periodo sono state effettuate le interviste ai coordinatori delle nove unità operative.

RISULTATI

Le domande proposte sono state raggruppate in cinque aree di riferimento: informazione, ascolto, organizzazione, comportamento ed attività generali. (Tabella 1)

I dati sono stati raccolti in una tabella excel e riportati in grafici; i risultati, elaborati con il software "Stata 12.0", sono stati espressi in percentuale per avere una visione chiara e precisa dell'indagine svolta.

La soddisfazione dei pazienti è risultata essere positiva in tutte le aree esplorate come si evidenzia dal grafico 1.

Complessivamente, risulta che i pazienti sono soddisfatti dell'accoglienza in questo ospedale, come evidenziato dal grafico 2.

I dati mostrano che solo il 58% dei pazienti dichiara di essere stato informato al momento del ricovero in merito all'organizzazione del reparto.

Ma l'80% degli intervistati afferma che è stato accolto dall'infermiere e quasi il 100% ha avuto l'attenzione necessaria sin da subito; risulta carente l'area delle informazioni (82%) rispetto a quella dell'organizzazione del reparto (96%), come risulta dal grafico 3.

Risulta, inoltre, che il genere degli intervistati non incide in maniera significativa sul livello di soddisfazione come risulta dal grafico 4.

La scolarità ha inciso sull'area dell'ascolto, essendo risultato soddisfatto il 100% degli intervistati con scolarità più bassa, contro il 92% dei laureati e l'83% dei diplomati.

In generale, è possibile affermare che il titolo di studio sembri influenzare la sod-

disfazione: infatti, pur risultando significativa solo nell'area ascolto, in tutte le aree (ad esclusione di quella generale) i possessori di titolo di studio inferiore (scuola dell'obbligo) risultano costantemente più soddisfatti dei laureati come dal grafico 5.

Le risposte alle domande del questionario sono principalmente positive, da un minimo del 51,7% di giudizi positivi per la domanda 26 ("Gli infermieri incoraggiano il familiare e spiegano come aiutare il paziente: alimentazione, igiene, sostegno morale") al 98% della doman-

Area	Domande									
Informazione	4	5	6	10	12	18	19	20	26	
Ascolto	14	15	23							
Organizzazione	7	21	22	24						
Comportamento	8	13	16	17	25	27				
Attività generali	11	28	30							

Tabella 1

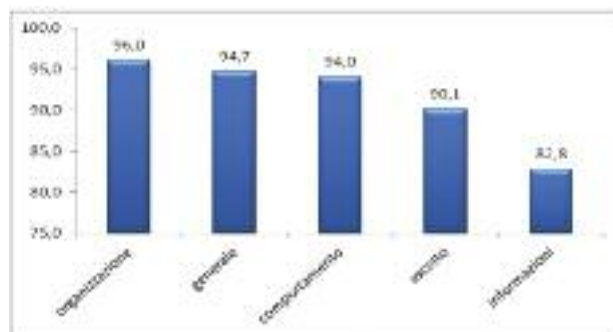


Grafico 1



Grafico 2

da 24 ("Durante l'orario di visita gli infermieri concedevano a me e ai miei familiari tempo e riservatezza per stare in-

sieme"). (Grafico 6)

La percentuale più alta di giudizio negativo è dato dalle domande 19, 22, 26, 12,

27 e 23 che corrispondono rispettivamente a: "Gli infermieri mi consigliavano su come affrontare lo stress"; "Gli infermieri prestano cure personalizzate per soddisfare i miei bisogni"; "Gli infermieri incoraggiano il familiare e spiegano come aiutare il paziente"; "Come sono state le spiegazioni sul funzionamento del reparto?"; "Gli infermieri mi sostengono psicologicamente nei momenti stressanti?" e "Gli infermieri cercano di capire la mia situazione?".

Per la maggior parte si tratta di domande che riguardano l'area delle informazioni.

Dalle interviste effettuate ai Coordinatori emerge che, su nove unità operative, sette hanno ed utilizzano un opuscolo informativo sull'accoglienza; quattro accolgono il paziente direttamente nella stanza di degenza e gli altri cinque prima in infermeria e poi in stanza; solo in tre reparti l'infermiere che accoglie il paziente si presenta con nome, cognome e qualifica; in nessun reparto l'infermiere presenta

il resto dell'équipe e, se presenti in stanza, gli altri degenti; solo in due reparti l'infermiere non si rivolge alla persona dandole del Lei; in tre reparti l'infermiere non fornisce informazioni sui vari servizi disponibili in ospedale; in tre reparti è distribuito un opuscolo apposito per l'accoglienza; tutti i coordinatori delle unità operative in esame hanno considerato il primo approccio con il paziente importante e utile per migliorare l'assistenza infermieristica.

Quattro coordinatori ritengono ciò possibile attraverso un'intervista più ampia e mirata per avere maggiori notizie; secondo tre coordinatori potrebbe risultare utile cercare di creare un rapporto di empatia e fiducia fin dal primo momento, mettendo il paziente a proprio agio; e gli ultimi due affermano di poter migliorare l'assistenza solo dedicando più tempo al paziente attraverso una diversa organizzazione del lavoro che consenta di disporre di maggior tempo da dedicare agli aspetti relazionali.

DISCUSSIONE

Nonostante l'accoglienza (9) sia considerata un momento importante e determinante ai fini della qualità dell'assistenza (11), in accordo con la letteratura, si è potuto riscontrare che le modalità con cui tale processo si svolge non sono uniformi tra le diverse unità operative coinvolte nello studio. In particolare, si è evidenziato che in alcune realtà non si segue una procedura formalizzata, mentre in altre gli opuscoli informativi, anche se presenti, appaiono incompleti.

Di conseguenza, allo scopo di incidere significativamente sull'area dell'informazione con riscontro positivo sulla pratica clinica, si potrebbe ipotizzare l'ideazione di un protocollo di accoglienza che contenga alcune chiare indicazioni circa: la modalità in cui avviene la presentazione e l'accoglienza introducendo una scheda di accoglienza; le figure professionali coinvolte; il contenuto delle informazioni da fornire al paziente; il tempo entro cui deve essere eseguito il colloquio e compilata la scheda di accoglienza/accertamento; la descrizione delle fasi principali di quello che sarà il suo percorso di ricovero in ospedale.

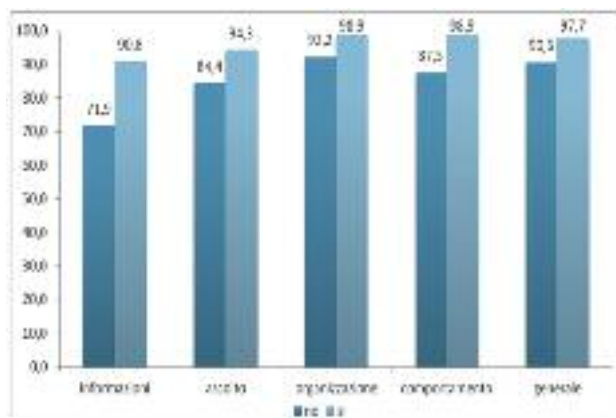


Grafico 3

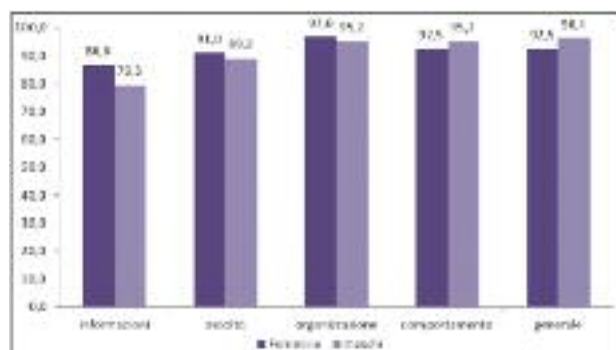


Grafico 4

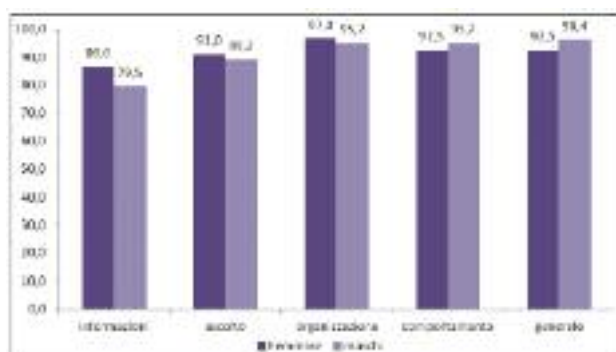


Grafico 5

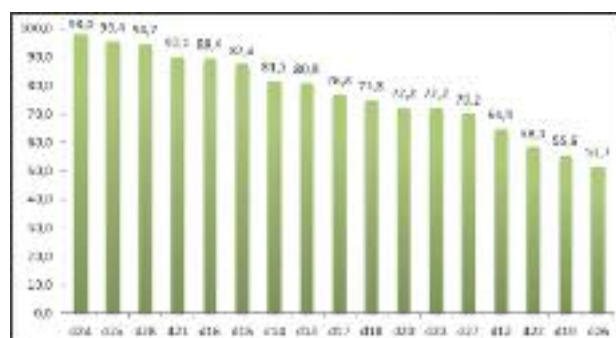


Grafico 6

CONCLUSIONI

La comunicazione è un aspetto molto importante nel determinare la qualità all'interno della struttura sanitaria (11) (12) (13) (14).

La qualità deriva dalle persone, dal loro impegno, dal loro interesse e dalla ferma convinzione che tutto possa essere migliorato (16).

Un'idea centrale nei processi di miglioramento della qualità (17) è costituita dalla "responsabilità verso i pazienti", vale a dire la necessità di garantire servizi adeguati ai loro bisogni e di orientare le azioni verso le priorità stabilite in base alle specifiche esigenze di ciascun paziente.

La soddisfazione del paziente (18) (19) è, però, solo una delle dimensioni che caratterizzano un servizio di qualità.

Sarebbe utile per tutte le unità operative promuovere un livello adeguato di qua-

lità dell'assistenza, anche in relazione alla fase dell'accoglienza, basato su requisiti oggettivi e misurabili; si dovrebbe migliorare ed uniformare le modalità di accoglienza ed informazione garantendo - nella relazione con il paziente - massima professionalità e competenza, chiarezza nell'informazione, riservatezza e relazione d'aiuto (20).

Sarebbe utile sensibilizzare il personale al concetto di qualità percepita dal paziente, promuovere il miglioramento dei rapporti operatori-pazienti e realizzare dei momenti di confronto ed interscambio fra le varie unità operative (21) (22). Inoltre, dall'indagine effettuata emerge che, se età e sesso non sembrano essere direttamente correlati al grado di soddisfazione del paziente, un'accoglienza ed un'informazione adeguata rendono, al contrario, un paziente significativamente più soddisfatto. Bisogna essere

sempre più convinti dell'importanza della comunicazione quale strumento per migliorare l'assistenza ai pazienti, strumento senza cui non si può offrire un'assistenza di qualità, ma solo "l'erogazione di una tecnica infermieristica" (23) (24). **Va recuperata la capacità di accogliere l'altro, l'ammalato, nella sua totalità e unicità, con un'attenzione rivolta al suo essere "unico ed irripetibile"**(24).

AUTORI:

Roberta Galasso, dottore in Infermieristica;

Stefania Potentini, docente di Infermieristica Generale, corso di laurea in Infermieristica Università degli Studi di Roma Tor Vergata, sede Fatebenefratelli;

Giovanna Finocchi, direttore di sede, corso di laurea in Infermieristica Università degli Studi di Roma Tor Vergata, sede Fatebenefratelli.

BIBLIOGRAFIA

- (1) D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 (*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992 n.421*) (G.U. Serie Generale, n. 305 del 30 dicembre 1992).
- (2) Servizio sanitario Nazionale – Regione Basilicata, Centro studi qualità formazione ricerca. *Manuale della qualità. Fare la cosa "giusta" nel modo "giusto" al paziente "giusto"*. Gennaio 2010. (www.asmbasilicata.it, ultima consultazione il 5/6/2012).
- (3) Bertagni B. *Il corpo al centro della relazione tra infermiere e paziente*. Infermiere Oggi 2008;18(4):22-24.
- (4) Caputo M. *L'arte di ascoltare dell'infermiere*. AICO. Organo ufficiale dell'associazione italiana infermieri di camera operatoria 2009;21(3):336-339.
- (5) Delfino V. *Comunicare in sanità*. Salute e territorio 2002, n.135: 345-7.
- (6) Cantarelli M. *Gli infermieri nella ricerca - Metodologia della ricerca sociale applicata all'infermieristica*. Milano: McGraw-Hill; 2006.
- (7) Benjamin A. *Audit: how to do it in practices*. BMJ May 2008; 336: 1241-1245. (Traduzione italiana in *Raccomandazioni sull'Audit Clinico*. SiQuAS-VRQ", Milano, 2010).
- (8) Press I, Ganey R. *Quality of care and patient satisfaction*. The quality Letter for Healthcare Leaders Feb 1990; 2(1):11-13.
- (9) Bona M. *L'accoglienza quale indicatore della qualità percepita da operatori ed utenti*. Management Infermieristico, 1999;4:22-31
- (10) Zanetti M, Fantini MP, Stefanini A. *Joint Commission - Capire la prospettiva del paziente* ed. IV: Torino; 2001.
- (11) Calaprice S. *La comunicazione come strumento terapeutico: comunicare per assistere*. AICO. Organo ufficiale dell'associazione italiana infermieri di camera operatoria 2008;20(2):131-141.
- (12) Slama- Cazacu T., *Introduzione alla psicolinguistica*, Bologna, 1973 (www.comunicazione.uniroma1.it, ultima consultazione il 17/7/2012).
- (13) Guzzo I. *La comunicazione verbale e non verbale*. (www.ipasvi.palermo.it, ultima consultazione il 18/7/2012).
- (14) Farina L, Malinconico M, Rispo A. *La comunicazione quale tramite per una assistenza infermieristica personalizzata; un diritto del malato un dovere dell'infermiere: aspetti filosofici, metodologici, applicativi*. AICO. Organo ufficiale dell'associazione italiana infermieri di camera operatoria 2005; 17(3):253-281.
- (15) Rubino V. *La comunicazione efficace. Psicologi e psicoterapeuti in rete*. (www.psicolgi-italia.it, ultima consultazione il 07/07/2012).
- (16) Antonazzo M. *La qualità delle cure per tutelare la salute del cittadino*. NEU 2008;33(2):7-10.
- (17) Bonoldi A, Grugnetti AM. *Il Miglioramento continuo della qualità assistenziale "Nursing Oggi"*, n. 1, 2005.
- (18) Piredda M, Cossu L, Amato S, Alvaro R, Tartaglini D, Spiga F. *Misura della soddisfazione del paziente per l'assistenza infermieristica ricevuta: versione italiana del "Newcastle Satisfaction With Nursing Scales"*. International nursing perspectives 2007;7(2-3):25-31.
- (19) Cleary PD, McNeil BJ. *Patient satisfaction a san indicator of quality care*. Inquiry Spring 1988; 25(1):25-36.
- (20) Bellardinelli MC. *Oltre le parole: La relazione di aiuto fra operatore e paziente*. AICO. Organo ufficiale dell'associazione italiana infermieri di camera operatoria 2005;17(1):22-28.
- (21) Cantarelli M. *Gli infermieri nella ricerca - Metodologia della ricerca sociale applicata all'infermieristica*. Milano: McGraw-Hill; 2006.
- (22) Marchi O, Azzolini E, Dominijanni M, Rosselli A. *GPA (Gestore del Percorso Assistenziale) modello organizzativo professionale che valorizza l'umanizzazione nel pronto soccorso*. Mondo sanitario 2011;18(7-8):20-25.
- (23) Pantaleo P. *La segnalazione del cittadino: un'opportunità per i professionisti nella sanità che cambia*. L'infermiere 2009;53(3):34-36.
- (24) Decreto PCM 19/05/95 Carta dei Servizi Sanitari

Il processo metodologico dell'analisi del contenuto nella ricerca qualitativa

(parte seconda)

di Alessandro Stievano, Laura Sabatino, Gennaro Rocco

Con questa seconda parte del contributo alla *contest analysis* e all'analisi metodologica dei dati nella ricerca qualitativa riprendiamo anche alcune parti del primo contributo (pubblicato nel numero 3/2013) per cercare di evidenziare e dipanare teoricamente alcuni tratti salienti dei processi induttivo deduttivi che caratterizzano tale metodologia.

ASPETTI METODOLOGICI ED EPISTEMOLOGICI DELL'ANALISI DEL CONTENUTO E DELLA CONOSCENZA

Nella *contest analysis* esistono alcuni passaggi metodologici che caratterizzano tale approccio.

Ecco, in tabella, le principali componenti dell'analisi del contenuto (secondo Krippendorff, 2004).

- Estrapolazione dei dati che sono di interesse per l'analisi;
- campionamento delle osservazioni di alcune unità di analisi rappresentative di tutte le possibili unità di classificazione;
- trasformazione del testo in rappresentazioni analizzabili;
- riduzione dei dati e aggregazione delle unità di analisi;
- inferimento abduttivo dei significati presenti nei materiali analizzati al di fuori del testo stesso;
- esposizione dei risultati a cui si giunge.

Tabella 1. Le componenti principali della *content analysis*

Le sei componenti dell'analisi del contenuto sopra esplicitate non debbono seguire un percorso logico-lineare, ma possono anche essere organizzate in *loop* che si ripetono o nella ripetizione di alcuni dei passaggi o nel ribaltamento di alcune fasi (ad esempio, le prime due fasi potrebbero benissimo essere scambiate nella sequenzialità).

Il processo di analisi del contenuto è un processo circolare ermeneutico influenzato dal contesto societario ed i ricercatori, attraverso un movimento avanti-indietro, reinterpretano il testo stesso alla luce dei codici, delle diverse prospettive dei componenti il team di ricerca e delle diverse posizioni teoriche.

La limitazione del potenziale euristico della *contest analysis* al solo contenuto manifesto, comunque, è riduttiva, visto che tale approccio si differenzia da quanto si propongono alcune metodologie qualitative più recenti legate alla statistica lessico-semiotica.

Tuttavia, permette di scavare in profondità nei materiali da analizzare nel tentativo di ricostruire strutture che rimandano a elementi – quali atteggiamenti, idee, non compresi a livello di superficie e in-

nuto di un testo mediante l'utilizzo di categorie definite".

Pur nell'eterogeneità degli oggetti sottoposti ad indagine e nella molteplicità di ambiti disciplinari in cui sono state messe a punto (si veda la parte prima di questo contributo), pressoché tutte le tecniche di analisi del contenuto rivelano la medesima procedura operativa: tutti i metodi di analisi del contenuto – afferma Rositi (1988: 69) – a questo proposito: "...consistono essenzialmente in una scomposizione dell'unità comunicativa in elementi più semplici (unità di classificazione o e nella classificazione di questi ultimi entro variabili categoriali (nominali o ordinali), avendo predefinito l'unità di contesto cui occorre fare riferimento nell'atto di classificare".

La creazione delle categorie o dei temi è uno degli scopi principali della tecnica dell'analisi del contenuto. Una categoria rappresenta delle parti di contenuto che hanno qualcosa in comune (Krippendorff 2004). Le categorie o i temi che emergono dall'analisi dei dati devono essere internamente omogenee ed esternamente eterogenee, esaustive ed esclusive l'un altra (*ibidem*).

Tutto ciò, comunque, non significa omettere alcuni dati perché non possono essere inseriti in nessuna categoria; inoltre, un'altra condizione da soddisfare è che i dati non possono appartenere a due categorie contemporaneamente. Comunque, non sempre è possibile produrre categorie mutualmente esclusive, a cau-

ferite dal materiale analizzato stesso.

L'analisi dei dati emersi dalle trascrizioni, nella definizione data da Krippendorff (2004:102), infatti, può essere considerata: "come un metodo per inferire i significati contenuti in un testo rispetto al contesto in cui lo stesso è stato prodotto. È una tecnica sistematica e replicabile con cui si può classificare il conte-

sa della complessità e delle esperienze umane di cui parlano i dati che si stanno analizzando e degli inevitabili legami dei temi che emergono.

Una categoria risponde essenzialmente alla domanda “Cosa?” (*ibidem*) ed è una sorta di filo comune tra i codici. Una categoria si riferisce essenzialmente al livello descrittivo del contenuto ed è espressione del contenuto del materiale analizzato.

Come abbiamo visto, i dati qualitativi sono sotto forma di comunicazione, di parole, di immagini, di osservazioni, di note di campo, di occorrenze per dirla con la statistica testuale e, quindi, concentrando, semplificando, astruendo e trasformando i dati grezzi (processo di codificazione) in un assemblaggio organizzato di informazioni (sub-sub categorizzazione, sub-categorizzazione, categorizzazione, produzione tematica, etc..) permette di far emergere i risultati abduttivi del ragionamento (Lipscomb 2008).

La statistica testuale¹ nella *content analysis* che spesso trova supporto in *software* dedicati, come conteggio dei segmenti ripetuti nei documenti o l'analisi delle concordanze o delle occorrenze permette di avere una visione globale riguardante l'andamento della raccolta dati e dei concetti chiave emersi ma non è sempre utilizzata nell'analisi del contenuto (Cataldi 2009:102).

Esiste il rischio con l'analisi testuale tramite *software* che si abbia un sacrificio della profondità e della ricchezza del materiale raccolto, dell'interpretazione profonda dei dati stessi, a favore dell'analisi quantitativa, avendo un appiattimento sulla lessicometria a scapito dell'analisi teorica.²

D'altra parte, l'utilizzo dello strumento informatico può aiutare i ricercatori ad evitare l'effetto aneddotico della ricerca qualitativa che estende le ricorrenze derivate da pochi partecipanti a tutto il gruppo e questo si può ottenere con *software* dedicati che eseguono anche analisi testuali oltre che interpretative come NVivo o Atlas Ti.³

L'analisi induttiva del contenuto è utilizzata per sviluppare inferenze sul fenomeno di interesse in ogni tipo di comunicazione.

Quando dalla conoscenza ricaviamo altra conoscenza, facciamo un'**inferenza**, o ragionamento. L'inferenza è perciò un processo che considera una conoscenza data, o premessa, applica ad essa un principio logico e ne deriva una conclusione. La conclusione può essere un forse, più o meno sicuro, come tutti i tipi di conoscenza.

Per la logica e l'epistemologia esistono tre tipi di meccanismi inferenziali, riconoscendo come attività inferenziali dell'essere umano le attività di deduzione, induzione ed abduzione.⁴

1. **L'inferenza deduttiva** che è un concetto implicato nelle premesse di un'asserzione e va dal generale al particolare. Ad esempio: se tutti gli uomini parlano una lingua, allora Giacomo essendo un uomo ne parlerà una;
2. **L'inferenza induttiva** che implica una generalizzazione basata su assunti simili. Ad esempio: si può inferire dal fatto che il mio vicino di casa parla italiano che tutti gli esseri umani parlino italiano. Certamente, questo tipo di inferenza non è logicamente conclusiva e può essere corretta. Si procede per generalizzazioni, dal particolare al generale;
3. **L'inferenza abduttiva** che consiste nel formulare un'ipotesi causale partendo da un effetto dato: “Tutti i legumi di questo sacchetto sono neri. Questi legumi vengono da questo sacchetto. Questi legumi sono neri”. Ho un dato: i legumi sono neri; poiché conosco che i legumi in questo sacchetto sono neri, l'ipotesi che i legumi vengano da questo sacchetto spiega il mio dato. Dunque, è un'ipotesi ragionevole. Questa è anche chiamata inferenza alla miglior spiegazione. Naturalmente, le conclusioni cui perviene l'abduzione non sono definitive (i legumi potrebbero provenire da un altro sacchetto), ed è la tipica forma di inferenza utilizzata nella *content analysis*, ma apre la strada a nuove indagini e a nuove conclusioni secondo il modello di approssimazione progressiva alla verità che caratterizza il metodo scientifico.

L'abduzione fu descritta per la prima volta da Aristotele: lo stagirita la vide come

un sillogismo nel quale la premessa minore era meno evidente della conclusione.

Dopo di lui, il concetto di abduzione non ha subito forti sviluppi fino al momento in cui, nel XIX secolo, Charles Sanders Peirce (1839-1914)⁵ la introdusse come terza branca della logica. Nell'abduzione passiamo dall'osservazione di certi fatti alla supposizione di un principio generale, che, se fosse vero, spiegherebbe il perché i fatti sono come sono. Arriviamo, in conclusione, a qualcosa che differisce completamente da tutto ciò che abbiamo potuto osservare empiricamente, insomma a qualcosa che nella maggior parte dei casi non è contenuto nelle premesse.

L'argomento abduttivo è perfettamente valido.

Non si tratta di un'idea che nasce in modo casuale, ma di un'operazione della mente che applica ragionevolmente, se non razionalmente, una regola o una legge ad un fatto. L'argomento abduttivo è, quindi, dell'ordine dell'invenzione, della creazione auto-controllata di conoscenze nuove.

In pratica, consente inferenze probabili ed è molto utilizzato nella ricerca qualitativa.

Questo discorso sul metodo richiama una riflessione sullo stesso.

Il percorso illustrato è una strada che il ricercatore percorre per raggiungere l'obiettivo stabilito a priori che può consistere nel comprendere cosa le persone intendono quando parliamo di un concetto (per esempio, la salute), quali sono gli elementi o le dimensioni che caratterizzano tale concetto (per esempio, una dimensione personale, una familiare, una sociale, una lavorativa) e come vivono l'esperienza legata a quel concetto in determinate situazioni.

Ma ciò che il ricercatore svolge quando percorre la strada non è semplicemente il seguire un percorso in maniera sequenziale e rigida, egli vive quella strada e vi procede in maniera originale, ad arte, con abilità cognitive, emotive e valoriali personali.

Soprattutto, prepara quella strada: la sua ricerca, la sua arte, infatti, inizia nel lavoro di raccolta dei testi che andranno poi

analizzati e nei quali si immergerà senza “diventare un nativo” (Marradi, 2007: 92). Quanto più sarà accurata la preparazione della raccolta dei testi, tanto più sarà ricca la vivacità delle parole e dei racconti.

Il lavoro complesso d'interpretazione non potrà prescindere dal rispetto di quanto verrà letto e di coloro che hanno

donato i propri pensieri, le proprie opinioni, le proprie emozioni al ricercatore. Questo rispetto potrà essere manifestato nel coltivare la trasparenza del percorso svolto per arrivare ai risultati proposti, anche per esporsi ad una nuova discussione e, perché no, alla critica.

AUTORI:

Alessandro Stievano, dottore magistrale in Scienze infermieristiche-ostetriche; Laura Sabatino, infermiera Inail, esperta in Etica pratica e Bioetica; Gennaro Rocco, direttore centro di formazione “Padre L. Monti-Idi” Tor Vergata e direttore del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica.

NOTE

¹ L'impianto teorico della statistica testuale, è che, a differenza dell'analisi prettamente semiotica, pone una maggiore attenzione alla testualità della base di dati analizzata. La tendenza attuale è quella di una Statistica Lessico/Testuale che utilizza un approccio “integrato”, intervenendo a *priori* sul testo oggetto d'analisi e considerando a supporto delle meta-informazioni di carattere linguistico.

Per far analizzare le informazioni dai programmi informatici bisogna preparare il *corpus*, cioè, il materiale testuale oggetto delle analisi (Tuzzi 2003). “...Il *corpus* raccoglie testi coerenti con gli scopi perseguiti dalla ricerca e questa coerenza è valutabile solo discrezionalmente. Ogni *corpus* può essere a sua volta, suddiviso in unità più piccole, che prendono il nome di frammenti” (Tuzzi 2003: 29).

J.P. Benzécri con la sua, *analyse de données*, attraverso l'analisi complessa di matrici di dati testuali, fu il primo autore che negli anni 1960-70 si interessò ai metodi di analisi dei dati come applicazione degli stessi allo studio della lingua, ponendo le basi alla analisi dei dati linguistici. L'idea portante era quella di aprire le porte ad una nuova linguistica, superando le tesi di Chomsky secondo cui non potevano esistere procedure sistematiche induttive per determinare le strutture linguistiche a partire da un insieme di dati come una raccolta di testi.

² “.....D'altra parte un punto di forza dell'analisi statistico-testuale è la capacità di far emergere quei concetti che, pur non essendo mai in primo piano, sono un elemento costante alla struttura sottostante alle discussioni. L'analisi interpretativa rischia di trascurare alcuni importanti elementi disseminati all'interno del testo, poiché l'analista è portato a percepire in maniera selettiva i diversi commenti, tenendo a isolare esclusivamente quelli che non confermano un particolare punto di vista, evitando di trattare informazioni che creano dissonanza cognitiva” (Cataldi, 2009: 102). Alcuni software utilizzati negli approcci più lessico metrici sono: Spad-T, Taltac, T-lab

³ Per estrapolare i migliori risultati dai dati a disposizione è importante che i ricercatori non reifichino i metodi elettronici o manuali o simil-manuali e invece combinino i migliori vantaggi tra queste tecniche. Se il dataset è relativamente piccolo si può utilizzare un approccio più manuale senza utilizzare sofisticati software di analisi, che organizzano i dati in maniera più facilmente memorizzabile e fruibile non sostituiscono le abilità del ricercatore (Mantovani, Spagnoli 2003). “...Il rischio, infatti, è che la logica del software assuma una rilevanza eccessiva rispetto alla scelta del percorso di analisi da effettuare, determinando, in tal modo, una possibile forzatura delle ipotesi e delle interpretazioni del fenomeno da parte del ricercatore” (ibidem: 257). Il grado di utilizzazione del software al di là del suo utilizzo base è correlato all'esperienza dell'analista. Il software consente di organizzare in maniera visiva e sistematica il materiale e ciò è tanto più importante per grandi quantità di materiale testuale da analizzare. Ciò però non deve mai sostituire le capacità di analisi dei ricercatori tramite la loro competenza concettuale.

⁴ “...Il termine *abduzione* (dal latino *ab ducere*: condurre da) indica un sillogismo in cui la premessa maggiore è certa mentre quella minore è solamente probabile. L'*abduzione* (in greco *apagōghē*) fu usata per la prima volta da Aristotele che la distingueva sia dall'induzione che dalla deduzione (cfr. *Analitici primi*, II, 25 sgg.). Tratto da: <http://it.wikipedia.org/wiki/Abduzione>

⁵ Si veda a tal proposito: http://it.wikipedia.org/wiki/Charles_Sanders_Peirce

BIBLIOGRAFIA

- Cataldi S, *Come si analizzano i focus group*, Franco Angeli, Milano. 2009.
Krippendorff K, *Content analysis: An introduction to its methodology*. II ed., Sage Publications, London. 2004.
Lipscomb M, *Mixed method nursing studies: a critical realist critique*, Nursing Philosophy, 9, 32-45. 2008.
Mantovani G, Spagnoli A, a cura di, *Metodi qualitativi in psicologia*. Il Mulino, Bologna. 2003.
Marradi A, *Approcci standard e approcci non-standard alla scienza*, in Pavsic R, Pitrone M.C, a cura di, *Metodologia delle scienze sociali*, Il Mulino, Bologna. 2007.
Rositi F, *Analisi del contenuto*, in Rositi F, Livolsi M, La ricerca sull'industria culturale, Nuova Italia Scientifica, Roma. 1988.
Tuzzi A, *L'analisi del contenuto: introduzione ai metodi e alle tecniche di ricerca*, Carocci, Roma. 2003.

Atteggiamenti degli infermieri verso la diagnosi infermieristica e fattori che ne influenzano l'utilizzo nella pratica clinica

Una revisione della letteratura

di Carlo Catanesi, Francesco Scerbo, Matias Eduardo Diaz Crescitelli, Giorgia Appicciutoli

BACKGROUND

Nel 1970, il processo di *nursing* è stato introdotto nei programmi formativi in Infermieristica e nella pratica ospedaliera di tutto il mondo come un metodo sistematico di pianificazione, valutazione e nella documentazione infermieristica (Gordon, 1994).

Il processo diagnostico richiede il pensiero critico e la capacità decisionale dell'infermiere (Wooley, 1990; Fonteyn, 1991).

La diagnosi infermieristica è: *"n giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/ processi vitali attuali o potenziali"*.

Fin dalla fondazione della Nanda, nel 1973, organizzazioni professionali come il *College of Nurse* of Ontario hanno incluso il processo di determinazione delle diagnosi infermieristiche nei loro standard di pratica professionale.

La diagnosi infermieristica è vista come un passo essenziale nello sviluppo di un linguaggio standardizzato per descrivere le situazioni problematiche dei pazienti per i quali è responsabile l'infermiere nella guida della pratica professionale.

Le diagnosi infermieristiche contengono un titolo (P) che contiene un termine o una frase concisa che definisce il principale problema, eziologia o fattori corre-

lati (E) e dei segni e sintomi (S).

Anche se la diagnosi infermieristica è comunemente accettata come un primo passo nel processo assistenziale, il suo uso non è molto diffuso.

Il concetto di diagnosi infermieristica ha causato diversi dibattiti ed è stato spesso sostituito con il termine "problema di salute" (Hogston, 1997).

Le funzioni diagnostiche includono capacità nell'analizzare il benessere del paziente da molti punti di vista e di individuare un paziente e/o membro della famiglia che necessita di un sostegno emotivo e capacità di pensiero critico data sia dall'atteggiamento che dal processo cognitivo che implica numerose capacità intellettuali, un modo di pensare disciplinato, auto-diretto e razionale che avvalora ciò che si conosce.

Tuttavia gli educatori, pur riconoscendo l'importanza di sviluppare abilità e competenze nel ragionamento diagnostico e nel pensiero critico, nella maggior parte dei corsi di laurea in Infermieristica non si concentrano sul ragionamento diagnostico nella pratica quotidiana ospedaliera, bensì solo sul quadro teorico, creando delle difficoltà di concettualizzazione alla maggior parte degli infermieri.

Anche la documentazione infermieristica riveste un ruolo fondamentale per dimostrare il contributo di assistenza con

diagnosi - e non solo - nella valutazione del piano assistenziale.

Il *Medical Subject Heading* (National Library of Medicine, Nlm, 2004) definisce un atteggiamento come *"una duratura predisposizione ad aver imparato a comportarsi in modo coerente verso una determinata classe di oggetti, o lo stato mentale di una persistente e/o neutrale prontezza di reagire ad una certa classe di oggetti, non come sono, ma per come sono percepiti"*.

Quindi, se un atteggiamento appare come attrazione o repulsione, esso ha un influenza sul comportamento della persona. Pertanto, sapere quale atteggiamento l'infermiere manifesti verso la diagnosi infermieristica può comportare un cambiamento dell'intera attività, utilizzando con accuratezza il processo di *nursing* per meglio descrivere le problematiche dei pazienti.

Dalla metà degli anni '90, gli infermieri ricercatori hanno sempre più studiato i fattori che influenzano le diagnosi infermieristiche ma per quanto riguarda gli atteggiamenti degli infermieri verso la diagnosi infermieristica sono stati effettuati pochi studi.

OBIETTIVI

L'obiettivo di questa revisione della letteratura è determinare gli atteggiamenti

degli infermieri verso la diagnosi infermieristica, nonché i fattori che ne influenzano l'utilizzo nella pratica clinica.

METODI

Il metodo utilizzato per l'applicazione di questa ricerca è quello della Pico (S): "Population; Intervent; Comparison; Outcome & (Studies)", un metodo nel quale si rileva una maggior facilità di ritrovamento di dati inerenti all'argomento preso in considerazione (Vellone & Piredda, 2009). La ricerca è stata condotta sulle banche dati elettroniche di Medline e Cinahl.

La strategia di ricerca su Medline è stata condotta attraverso l'utilizzo dei *Mesh Terms*, della funzione *Related Articles e Related Citation*, attraverso l'utilizzo combinato delle congiunzioni "or" e "and" e delle *Facet Analysis*.

Mentre in Cinahl, la strategia di ricerca è stata condotta attraverso l'utilizzo dei termini del *thesaurus*, delle congiunzioni "or" e "and" e delle *Facet Analysis*.

Sono stati selezionati solo studi pubblicati dal 1 gennaio 1996 sino al 16 agosto 2012, senza porre nessun limite alla ricerca sul tipo di studio esaminato permettendo di reperire 40 articoli.

Parole-chiave: *nursing diagnosis; attitudes; nursing documentation; nursing record e implementation*

CRITERI DI INCLUSIONE

I criteri di inclusione sono stati sviluppati per includere studi con un *focus* prestabilito sul contributo della professione infermieristica riguardanti l'atteggiamento degli infermieri verso la diagnosi infermieristica nella pratica clinica in ambienti ospedalieri e analizzando studi che recensivano diversi fattori che possono influire sull'uso della diagnosi.

Sono stati esclusi quelli riguardanti i fattori che influiscono sulla diagnosi infermieristica che non sono basati su prove di ricerca scientifica.

Studi sul pensiero critico, sul processo decisionale, sul ragionamento diagnostico e sulla documentazione delle diagnosi infermieristiche sono stati inclusi solo se avevano uno specifico collegamento con l'atteggiamento degli infermieri.

Sono stati inclusi anche gli studi che descrivono la conoscenza degli infermieri e l'accuratezza delle diagnosi infermieristiche.

ANALISI DEI DATI

Per classificare correttamente gli articoli trovati, ognuno è stato identificato attraverso l'utilizzo di tabelle e grafici corrispondenti agli obiettivi di ricerca che hanno permesso di reperire nove articoli. La valutazione degli articoli trovati è stata selezionata secondo il loro livello di evidenza scientifica basata sui livelli di evidenza del *Centre for Evidence Based Medicine* di Oxford (Phillips et al., 2009). Sulla base di una *review* condotta da Müller-Staub et al. (2006) sono stati eseguiti lievi adattamenti per le ricerche in scienze infermieristiche e per gli studi di natura qualitativa. (Tabella 1)

Livello 1	<i>Studi randomizzati</i>
Livello 2	<i>Studi di coorte, trasversali, disegni pre-test/post-test, disegni quasi sperimentali, review di studi</i>
Livello 3	<i>Studi caso-controllo</i>
Livello 4	<i>Studi osservazionali, ricerche di diagnosi, interviste qualitative, analisi di studi qualitativi</i>
Livello 5	<i>Pareri degli esperti</i>

Tabella 1. Livelli di evidenza adattati per la ricerca in Scienze Infermieristiche e per gli studi qualitativi

La valutazione degli articoli ha rilevato che la maggior parte di studi inclusi nella ricerca non impiegano il più alto livello di evidenza. Ce ne sono due di livello 1; cinque di livello 2 e due di livello 4.

Gli studi esaminati di livello 1 sono controllati randomizzati clinicamente rilevanti. Gli studi esaminati di livello 2 sono studi trasversali, disegni quasi sperimentali e *review* di studi. Gli studi esaminati di livello 4 sono interviste qualitative e analisi di studi qualitativi.

Successivamente, è stata effettuata un'approfondita analisi dei contenuti degli articoli per meglio descrivere gli atteggiamenti degli infermieri verso la diagnosi infermieristica e i fattori che ne influenzano l'utilizzo nella pratica clinica.

RISULTATI

I risultati sono stati ordinati in tre categorie suddivise secondo i livelli di evidenza scientifica del *Centre for Eviden-*

ce Based Medicine di Oxford dal grado di evidenza più elevato a quello di evidenza minore.

Pertanto, nel loro complesso, i risultati non hanno livelli di evidenza elevati, ma la maggior parte degli articoli esaminati ha un livello di evidenza pari a 2.

Livello 1

Nella letteratura sono stati identificati due studi randomizzati che hanno scoperto alcuni fattori che influenzano l'atteggiamento degli infermieri verso la diagnosi infermieristica.

Il primo studio condotto in Giappone (Kurashima et al., 2008) aveva come obiettivo quello di determinare se l'utilizzo di diagnosi infermieristiche scaturite da programmi computerizzati migliorasse l'accuratezza e l'efficienza diagnostica degli infermieri e quale atteggiamento gli infermieri avevano verso l'uti-

lizzo della diagnosi infermieristica in questo contesto.

Il campione venne reclutato in un ospedale medico e odontoiatrico del Giappone: composto da 42 infermieri, divisi in un gruppo di controllo, e in un gruppo di intervento che avrebbe utilizzato il Can, un sistema in-

formativo che generava diagnosi infermieristiche secondo un modello prestabilito, però non viene specificato se la manipolazione dei gruppi venne effettuata o no.

Fu utilizzata la scala di Lunney (2001) per misurare l'accuratezza della diagnosi infermieristica composta da scale a intervalli di sette punti che misuravano il grado di precisione della diagnosi. Non ci fu alcuna differenza significativa tra i due gruppi in termini di accuratezza diagnostica, ma il tempo necessario per scaturire una diagnosi infermieristica era più breve negli infermieri che avevano utilizzato il sistema computerizzato.

Il presente studio, tuttavia, presenta limiti nel campionamento casuale, poco rappresentativo della popolazione presa in esame e nel *bias* durante la fase di campionamento per la non corretta descrizione della suddivisione dei due gruppi che potrebbero essere stati ma-

nipolati dal ricercatore.

Un altro studio, recentissimo, effettuato nei Paesi Bassi (Paans et al., 2012) ha misurato l'accuratezza e l'efficienza della diagnosi infermieristica e i fattori socio-demografici degli studenti infermieri per determinare se l'uso scritto di diagnosi infermieristiche suddivise in 11 modelli di salute con l'utilizzo di una struttura di registrazione Pes poteva (insieme alle conoscenze, alle abilità, agli atteggiamenti degli infermieri verso il pensiero critico e al ragionamento diagnostico) influenzare l'accuratezza delle diagnosi infermieristiche.

Venne effettuato un campionamento a grappolo randomizzato nei Paesi Bassi nel 2007, inviando un lettera di partecipazione ai direttori generali di 94 centri medici, permettendo di reclutare 20 infermieri per struttura, a cui vennero distribuiti i moduli di partecipazione che spiegavano lo studio sperimentale e il tempo che avrebbe occupato.

Non venne verificato se fossero in possesso di conoscenze sulla classificazione della Nanda sulle diagnosi infermieristiche e se avevano un'esperienza nell'utilizzo del formato Pes.

Gli infermieri vennero invitati a trarre diagnosi infermieristiche sulla base di un colloquio di valutazione con un paziente simulato (attore professionista) utilizzando uno *script* standardizzato.

I partecipanti vennero randomizzati in 4 gruppi. Il gruppo A (n=49) poteva utilizzare delle fonti di conoscenza (un formato di valutazione con modelli funzionali sanitari, titoli e manuali di diagnosi infermieristiche) e testo in formato libero su carta bianca per la registrazione. Il gruppo B (n=79) poteva utilizzare una struttura predefinita di registrazione (in seguito denominata formato 'PES') senza fonti di conoscenza. Il gruppo C (n=51) poteva utilizzare entrambe le fonti di conoscenza e la struttura di registrazione predefinita. Il gruppo D (n=70) non ha usato né fonti di conoscenza né la struttura di registrazione predefinita agendo come gruppo di controllo.

La procedura venne valutata attraverso un'intervista strutturata registrata sia su pellicola che su audiocassette, mentre un osservatore notava se il paziente, si-

mulato da un attore professionista, non rispettava il copione. La collocazione degli infermieri in uno dei 4 gruppi è avvenuta tramite randomizzazione e i ricercatori non erano a conoscenza dell'assegnazione al gruppo da parte degli infermieri. Ogni infermiere è stato inviato in una camera in cui veniva incaricato, dopo un' ammissione socio-demografica, di preparare un colloquio di valutazione di 10 minuti con un paziente simulato con diabete mellito di tipo 1 (n=84) o con broncopneumopatia cronica ostruttiva o con morbo di Crohn.

Tutti gli infermieri sono stati preparati per le interviste di valutazione con le seguenti informazioni scritte sul paziente: nome, sesso, età e indirizzo, professione, situazione familiare, hobby, storia medica, diagnosi medica corrente, motivo di ricovero in ospedale e descrizione delle condizioni attuali. Gli infermieri sono stati invitati a trarre diagnosi accurate in base al colloquio di valutazione e di trascriverle su carta. Ciascuno degli *script* dei tre attori conteneva sei diagnosi infermieristiche che dovevano essere individuate dagli infermieri in base al colloquio di valutazione.

Infine, furono raccolti i dati di 241 infermieri sui questionari che vennero verificati subito dopo la parte sperimentale dello studio. Al fine di garantire che i partecipanti non potessero preparare, né discutere, i dettagli dello studio con gli altri, tutti sono stati invitati a mantenere riservate le modalità delle indagini e a firmare un accordo corrispondente.

I casi clinici sull'utilizzo della diagnosi infermieristica e gli *script*, basati per ogni paziente simulato su sei diagnosi infermieristiche reali, sono risultati coerenti con lo studio e validati attraverso il metodo Delphi.

Per misurare l'accuratezza delle diagnosi infermieristiche è stato utilizzato il D-catch, uno strumento che indica il grado di accuratezza delle diagnosi infermieristiche scritte.

Al momento dello studio, per determinare l'associazione tra caso clinico e conoscenza specifica, è stato utilizzato uno strumento, denominato 'Inventario di conoscenza' dagli stessi autori, utilizzando le linee-guida del "The handbook

of enquiry & problem based learning". Per valutare le influenze dell'atteggiamento degli infermieri verso il pensiero critico e il ragionamento diagnostico è stato utilizzato il "California Critical Thinking Disposition Inventory", strumento già validato dalla letteratura.

Altro strumento utilizzato è stato "The Health Science Reasoning Test" per misurare la capacità di ragionamento degli infermieri.

Venne scoperto che gli infermieri più giovani avevano un atteggiamento più positivo verso la diagnosi infermieristica ed una migliore accuratezza che non era correlata alle conoscenze infermieristiche se non supportate da conoscenze tecniche.

Inoltre, si assume che gli infermieri dovrebbero essere più preparati verso potenziali situazioni problematiche del paziente e ricevere un'educazione formativa più centrata sulla diagnosi infermieristica dedotta da un metodo deduttivo e trascritta con un formato Pes che ne aumenta l'accuratezza.

Lo studio presenta diversi limiti quale un possibile *bias* nella selezione del campione in cui non sono state valutate le conoscenze iniziali sulle diagnosi infermieristiche, del formato Pes e della classificazione Nanda.

Livello 2

Sono stati identificati 5 studi di livello 2 di evidenza scientifica, di cui 3 *review* e 2 studi descrittivi quantitativi correlazionali che hanno ricercato alcuni fattori che possono influenzare l'uso della diagnosi, il valore percepito dagli infermieri verso di essa, gli effetti dell'utilizzo della diagnosi infermieristica sulla qualità di valutazione dei pazienti e i fattori che influenzano la prevalenza e l'accuratezza delle diagnosi infermieristiche nella pratica ospedaliera.

Il primo studio analizzato è stato condotto in Finlandia ed aveva come obiettivo ricercare quali atteggiamenti gli infermieri avessero verso l'uso delle diagnosi infermieristiche nella documentazione perioperatoria (Hupli et al., 2005). Venne effettuato un campionamento di convenienza, selezionato in quattro reparti chirurgici di un ospedale universitario della Finlandia, composto da 146 infermieri.

Le variabili indagate dallo studio furono basate sui 4 fattori che ostacolano l'utilizzo della diagnosi infermieristica secondo la teoria di Frisch & Kelley (2002):

1. il rispetto per l'unicità del paziente;
2. il rifiuto del processo di nursing;
3. i momenti di riposo degli infermieri visto che l'interazione con il paziente è sempre in evoluzione;
4. linguaggio infermieristico limitato o impreciso.

Per misurare tali fattori sono stati utilizzati, come strumenti, un foglio con le notizie socio-demografiche degli infermieri incluso nel questionario con scala di Likert utilizzato da Frisch & Kelley (2002), con l'aggiunta di quattro pareri sulle diagnosi infermieristiche a risposta aperta.

Si scoprì che l'età degli intervistati, l'esperienza, il percorso formativo e la conoscenza precedente sulle diagnosi infermieristiche aveva avuto un effetto statisticamente significativo.

Pertanto, gli infermieri che avevano un'età superiore ai 40 anni, con un'esperienza clinica di 10-19 anni, con formazione post-base e conoscenza iniziale delle diagnosi infermieristiche, avevano un atteggiamento più positivo nel loro utilizzo nella documentazione perioperatoria.

Esistono limiti in questo studio dati dal campionamento e dalla raccolta dati: il campionamento sarebbe stato migliorato se fosse stato utilizzato un gruppo di controllo pre o post-test preso dallo stesso campione, mentre la raccolta dati è stata limitata solo agli infermieri che utilizzavano le diagnosi infermieristiche nella loro pratica clinica quotidiana e ciò ha portato affidabilità allo studio, ma scarsa generalizzabilità dei risultati.

Un altro studio condotto in Canada determinò il valore percepito dagli infermieri verso la diagnosi infermieristica e se l'utilizzo della diagnosi infermieristica fosse influenzato da diversi fattori socio-demografici degli stessi, quali età, istruzione, esperienza lavorativa e ambiente di lavoro (Higuchi & Duff, 1999). Furono reclutati 65 infermieri in quattro ospedali dell'Ontario, che lavoravano in unità di cure ospedaliere che curavano pazienti con patologie respiratorie.

Tabella 2. Atteggiamenti degli infermieri verso la diagnosi infermieristica

Titolo	Campione	Disegno	Strumenti	Risultati	Limiti
Whitley, G. & Galarick, M., (1996). Barriers to the Use of Nursing Diagnosis Language in Clinical Settings. Nursing Diagnosis, 7(1), 25-32	Campionamento a rete di infermieri che erano in grado di lavorare con Diagnosi Infermieristiche avvenute nel 249 ospedali dell'Illinois dai direttori infermieristici a cui è stato inviato il questionario.	Qualitativo	Intervista strutturata a questionario a 16 risposte chiuse intorno l'ultima apertura elaborata dal South Dakota Nursing Association Nursing Diagnosis	Dallo studio si evince che i fattori che ostacolano l'utilizzo delle diagnosi infermieristiche sono: 1. Limitata formazione continua 2. La mancanza di motivazione ad apprendere. 3. Resistenza al cambiamento da parte degli infermieri anziani 4. Difficoltà del suo utilizzo in aree specialistiche 5. Resistenza o obiezioni del medico 6. Resistenza da altre discipline. 7. La Terminologia 8. L'uso continuo della stessa diagnosi 9. Limiti di Tempo	Non generalizzabile all'Area Geografica studiata per il basso tasso di risposta.
Lee, T. (2003). Nursing diagnoses factors affecting their use in charting standardized care plans. Journal of Clinical Nursing, 14(1), 640-647.	Campione di convenienza reclutato in un centro medico al Tower di 800 posti letto composto da 12 Infermieri.	Descrittivo Qualitativo	Miles and Huberman Qualitative Data Analysis	I fattori che ostacolano l'utilizzo della Diagnosi Infermieristica è attribuita a sollecitazioni mediche, a vincoli di tempo, ai carichi di lavoro pesanti e stressanti e all'utilizzo linguaggio infermieristico oggettivo poco definito	Campione poco rappresentativo della popolazione presa in esame. Scarsa affidabilità dei risultati.
Hugh, M., Juretila, K., & Salminen, S. (2003). Peroperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. Journal of Advanced Nursing 52(2), 271-280.	Campionamento di convenienza reclutato in 4 reparti chirurgici in un ospedale universitario della Finlandia composto da 146 Infermieri	Studio Descrittivo Quantitativo Correlazionale	Foglio di dati demografici inserito nel questionario con Scala di Likert tratto dallo studio di Frisch & Kelly (2002), con l'aggiunta di 4 pareri sulle diagnosi infermieristiche a risposta aperta.	L'età degli intervistati, l'esperienza, il percorso formativo e la conoscenza precedente sulle diagnosi infermieristiche ha avuto un effetto statisticamente significativo sugli atteggiamenti di una o più variabili indagate. 438 infermieri con età superiore ai 40 anni con 10-19 anni di esperienza clinica con formazione post-base e conoscenza delle diagnosi infermieristiche ha avuto un atteggiamento più positivo.	Miglioramento del Campionamento con un gruppo di controllo e scarsa generalizzabilità dei risultati.
Mullen-Staub, M., Lawin, M.A., Needham, L. & Van Achterberg, T. (2006). Nursing Diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. Journal of Advanced Nursing 56(3), 514-531.	I criteri di inclusione sono i seguenti: Valutazione sulla frequenza di diagnosi infermieristiche Qualità della valutazione del paziente Qualità della diagnosi infermieristiche nella documentazione. Precisione di diagnosi infermieristiche (suggerimenti, etichetta) Coerenza/relazione tra diagnosi infermieristiche, interventi e gli esiti	Review	Banche dati: Medline, Cinahl, Cochrane Database	Sono stati reperiti 31 articoli di cui 29 da Medline/Cinahl, 2 da Cochrane e 5 lettere e sono stati suddivisi a seconda del tipo di studio e secondo attraverso l'Oxford Levels of Evidence pubblicato dal Centre of Evidence Based Medicine aggiornato al 2005.	Si è studiata più accuratamente la letteratura inglese che quella francese e Sfruttamento
Kurahara, S., Kobayashi, K., Toyabe, S., & Akazawa, K. (2008). Accuracy and Efficacy of Computer-Aided Nursing Diagnosis. International Journal of Nursing Terminologies and Classification, 19(3), 95-101.	Campionamento convenienza reclutato in un ospedale medico o odontoiatrico del Giappone composto da 42 Infermieri divisi in 1 gruppo di controllo e in 1 gruppo di intervento.	Studio sperimentale Trasversale	Scala di Linney per misurare l'accuratezza delle diagnosi infermieristiche	Non vi è stata alcuna differenza significativa tra i due gruppi in termini di accuratezza diagnostica ma il tempo necessario per nominare una diagnosi infermieristica era più breve nei soggetti che hanno utilizzato il sistema computerizzato creando un atteggiamento più favorevole degli infermieri verso l'utilizzo della diagnosi infermieristica	Campionamento casuale, poco rappresentativo della popolazione presa in esame. Non è stata descritta come venne effettuata la suddivisione dei 2 gruppi se in maniera casuale o no, quest'ultimo comporterebbe un bias nella fase di campionamento

Lo strumento per la ricerca fu ideato dai ricercatori e comprendeva un questionario composto da 47 risposte chiuse su Scala Likert e 2 risposte aperte che ricercava i fattori socio-demografici degli infermieri. Si scoprì che l'età, l'esperienza lavorativa, l'istruzione ricevuta sulle diagnosi infermieristiche e le dimensioni dell'ospedale non erano correlati ad un atteggiamento positivo verso la diagnosi infermieristica, mentre il massimo utilizzo di diagnosi infermieristiche venne effettuato nell'ospedale con piani di assistenza infermieristica generati da computer.

Gli atteggiamenti positivi degli infermieri verso la diagnosi infermieristica sono stati dati da:

- sostegno delle istituzioni sul loro utilizzo;
- la conoscenza;
- programmi formativi sulle diagnosi infermieristiche;
- l'utilizzo di documentazione infermieristica standardizzata sulle diagnosi infermieristiche.

Il limite dello studio è stato dato dal campionamento che non ha permesso una generalizzabilità dei risultati a tutta la popolazione studiata dato che infermieri reclutati facevano parte solo di unità ospedaliere di cura che curavano pazienti con patologie respiratorie.

Una review condotta da Müller-Staub et al. (2006) ebbe come obiettivo di esaminare gli effetti dell'utilizzo della diagnosi infermieristica sulla qualità di valutazione dei pazienti, la frequenza di utilizzo della diagnosi infermieristica nella documentazione, l'esattezza della diagnosi infermieristica e la coerenza assistenziale tra le diagnosi, gli interventi e i risultati.

La ricerca venne effettuata sulle banche dati elettroniche di *Medline*, *Cinahl* e *Cochrane Library* dal 1982 al 2004 compreso.

I criteri di inclusione furono: valutazione e/o frequenza di diagnosi infermieristiche, qualità della valutazione del paziente, qualità delle diagnosi infermieristiche nella valutazione, precisione delle diagnosi infermieristiche (segni/sintomi e eziologia) e coerenza/relazione tra diagnosi infermieristiche, interventi e esiti, mentre i criteri di esclusione furono i se-

guenti: analisi di concetti/sviluppo delle diagnosi infermieristiche, studi convalida di singole diagnosi infermieristiche, interventi e risultati ai fini della classificazione tassonomica, programmi di attuazione/progetti nei diversi sistemi sanitari, studi sulla capacità degli infermieri nel ragionamento clinico/processo diagnostico piuttosto che sulla loro documentazione e gli studi sullo sviluppo/testing delle classificazioni.

I risultati della ricerca reperirono 29 studi su *Medline/Cinahl* e 2 studi su *Cochrane Library* e 5 lettere che a seconda del tipo di studio effettuato furono suddivisi secondo il *Levels of Evidence* pubblicato dal *Centre for Evidence Based Medicine* di Oxford aggiornato al 2005 modificato da Müller Staub et al. (2006) per adattarlo alle ricerche in Scienze Infermieristiche e agli studi di natura qualitativa. Dalla revisione effettuata è stato dimostrato che gli infermieri registrano spesso le diagnosi infermieristiche nell'apposita documentazione (atteggiamento positivo), ma si nota che il numero e l'esattezza delle diagnosi infermieristiche è mediocre forse per una formazione inadeguata sulle diagnosi. Inoltre, l'uso delle diagnosi migliora la qualità degli accertamenti infermieristici e la coerenza tra diagnosi, interventi e i risultati.

L'utilizzo delle diagnosi infermieristiche e degli interventi infermieristici nella documentazione informatizzata non ha fornito evidenza riguardo a migliori esiti assistenziali.

Un limite dello studio, impostato appositamente dagli autori, ha permesso di studiare più accuratamente la letteratura tedesca che quella inglese e statunitense creando errori sia nella ricerca degli articoli che nell'analisi di quest'ultimi.

Un'altra review condotta sempre da Müller-Staub (2009) si è proposta di: indicazioni di linguaggio infermieristico standardizzato per assistere gli infermieri nella decisione di una classificazione univoca nella pratica infermieristica; indagare gli effetti dell'attuazione della diagnosi infermieristica e del loro uso sugli infermieri; valutare l'attuazione iniziale (Insegnamento e Applicazione) delle diagnosi infermieristiche, degli interventi e degli esiti in un ospedale svizzero

per valutare gli effetti di un ragionamento clinico guidato e di discussioni di casi clinici per aiutare gli infermieri nell'utilizzo più accurato delle diagnosi infermieristiche e di collegarli con interventi e risultati.

La metodologia della review si è basata sull'analisi di 6 studi, tra cui 2 review, in cui si riscontrò che la Nanda è la classificazione di diagnosi infermieristiche più utilizzata in Svizzera e all'estero, che la valutazione delle problematiche dei pazienti (*self-care*, *coping*, autonomia) migliora con l'utilizzo delle diagnosi infermieristiche nella documentazione infermieristica e che l'utilizzo di misure educative ha portato ad un atteggiamento più positivo degli infermieri verso la diagnosi infermieristica.

Inoltre, l'utilizzo di un'implementazione iniziale di formazione degli infermieri sulle diagnosi infermieristiche attraverso classificazioni di linguaggi standardizzati ha permesso un miglioramento delle performance assistenziali, rendendo più accurato l'utilizzo della diagnosi e più positivo l'atteggiamento degli infermieri verso di essa.

È risultato più efficace, come metodo di apprendimento, il ragionamento clinico guidato rispetto alla discussione di casi. Non sono stati descritti né i criteri di inclusione, né i criteri di esclusione e né le banche dati elettroniche nei limiti della ricerca utilizzati per condurre la review. Paans et al. (2011) hanno condotto una review sulle banche dati elettroniche di *Medline* e *Cinahl* dal 1995 fino ad ottobre del 2009, esaminando i fattori che influenzano la prevalenza e l'accuratezza delle diagnosi infermieristiche nella pratica ospedaliera.

Gli articoli inclusi nella review hanno soddisfatto i seguenti criteri: pubblicazione in lingua inglese;

ricerca di base; articoli che hanno affrontato i fattori che influenzano la prevalenza e l'accuratezza delle diagnosi infermieristiche; relativi a infermieri che svolgono la propria professione in ambiente ospedaliero. stati reperiti 24 articoli di ricerca riguardanti i fattori che influenzano la prevalenza e l'accuratezza delle diagnosi infermieristiche nella pratica ospedaliera e sono stati suddivisi secondo il

Levels of Evidence del Centre for Evidence Based Medicine di Oxford aggiornato al 2009 secondo il modello utilizzato da Müller-Staub et al. (2006) adottato alle ricerche in scienze infermieristiche e agli studi di natura qualitativa.

I fattori che influenzano la prevalenza e l'accuratezza delle diagnosi infermieristiche nella pratica ospedaliera sono stati suddivisi nei seguenti quattro domini:

1. l'infermiere come un diagnostico;
2. formazione in diagnostica e risorse;
3. la complessità della situazione del paziente;
4. la politica ospedaliera e l'ambiente.

Da questi sono stati ricavati 18 sotto-temi di fattori che influenzano la prevalenza e l'accuratezza delle diagnosi infermieristiche nella pratica ospedaliera: il livello di esperienza lavorativa e il tempo speso per l'attività diagnostica; il tempo impiegato per le attività amministrative; il numero di pazienti per infermiere; l'usare informazioni strutturate; atteggiamento dei medici verso la diagnosi infermieristica; il modello medico; le diversità culturali/razziali nell'esprimere i bisogni dei pazienti nella denominazione delle diagnosi infermieristiche; il ragionamento clinico guidato; formazione universitaria ricevuta sul processo di *nursing*; diagnosi mediche in aree specialistiche di cura; le gravi situazioni problematiche dei pazienti; la documentazione già strutturata; l'attuazione della classificazione Nanda; i piani di assistenza e la documentazione del paziente generati da computer; l'atteggiamento e la disposizione alla diagnosi infermieristica da parte degli infermieri; la capacità di ragionamento diagnostico, la competenza ed esperienza diagnostica e la conoscenza del caso clinico e della diagnostica. Un limite di questa *review* è dato dall'inclusione di soli articoli scritti in lingua inglese collocati geograficamente in nord America e in Europa occidentale e il non utilizzo di procedure delle statistiche su dati aggregati perché questi ultimi differivano fra i vari studi.

Livello 4

Uno studio qualitativo condotto da Lee (2003) ha indagato quali fattori possano influenzare l'uso della diagnosi infermieristica nei piani di cura standardizzati.

Tabella 2. Atteggiamenti degli infermieri verso la diagnosi infermieristica *Continua*

Titolo	Campione	Disegno	Strumenti	Risultati	Limiti
Paars, W., Smeets, W., M.B. Nieuw, R., & P van der Schure, G. (2011). What factor influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A Systematic literature review. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20(17-18), 3-18.	Gli articoli inclusi nella <i>review</i> hanno analizzato i seguenti fattori: Pubblicazione in inglese Ricerca di base Ha affermato i fattori che influenzano la prevalenza e l'accuratezza delle diagnosi infermieristiche: Relativi a infermieri che svolgono la propria professione in ambienti ospedalieri.	Revisione Sistematica	Raccolta dati: Modelli: Cronici	I fattori che influenzano la prevalenza e l'accuratezza della diagnosi infermieristica è dato da un processo individuale influenzato da diversi fattori sia interni che esterni. Ulteriori ricerche devono essere effettuate riguardando l'associazione che ci potrebbe essere tra il livello di istruzione di infermiere, il personale infermieristico negli ospedali e la posizione della documentazione della diagnosi infermieristica.	Un limite di questa <i>review</i> è stato dato dall'inclusione di soli articoli scritti in lingua inglese collocati geograficamente in Nord America e in Nord Europa. Non è stato possibile effettuare procedure statistiche sui dati aggregati perché i dati differivano fra i vari studi.

Titolo	Campione	Disegno	Strumenti	Risultati	Limiti
Müller-Staub, M. (2009). <i>Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses</i> . <i>Intervention, and Outcomes</i> . <i>International Journal of Nursing Terminologies and Classification</i> , (2011), 9-15.	Forme indicatori di linguaggio infermieristico standardizzato per assistere gli infermieri nella decisione di una classificazione univoca nella pratica infermieristica. Gli effetti dell'attuazione della diagnosi infermieristica e del loro uso sugli infermieri. Sviluppare uno strumento in grado di misurare la qualità delle diagnosi infermieristiche documentate, degli interventi e dei risultati. Valutare l'attuazione iniziale (Insegnamento e Applicazioni) delle diagnosi infermieristiche, degli interventi e degli esiti in un ospedale svizzero per valutare gli effetti di un ragionamento clinico guidato e discussioni di casi clinici per aiutare gli infermieri nell'utilizzo più accurato delle diagnosi infermieristiche e di collegarli con interventi e risultati.	Review condotta su Medline, CINAHL e Cochrane dal 1982 al 2005 che ha reperito 35 articoli divisi a seconda dei livelli di evidenza dell'Oxford Centre for Evidence-based Medicine.		La Nanda è classificazione e più ampiamente implementata in Svizzera e all'estero. L'utilizzo della diagnosi infermieristica nella documentazione infermieristica migliora la valutazione dei pazienti. Adottare misure educative ha portato miglioramenti nell'utilizzo delle diagnosi infermieristiche, negli interventi e negli esiti. Il Q-DIO risulta uno strumento affidabile per documentare la qualità delle diagnosi infermieristiche, degli interventi e degli esiti. L'utilizzo di diagnosi infermieristiche formulate correttamente ha portato al miglioramento del coping, del self-care e dei livelli di autonomia dei pazienti.	Scarsa generalizzabilità dei risultati.

Titolo	Campione	Disegno	Strumenti	Risultati	Limiti
Paars, W., Smeets, W., M.B. Nieuw, R., P. Krjnen, W., & van der Schure, G. (2012). Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? a randomised study. <i>Blooded Control</i> , 11, 13. Data accesso 16 Agosto, 2012. Recupero da http://www.bloodedcontrol.com/14724885/11/13	Campionamento a grappolo randomizzato diviso in 4 gruppi. Il gruppo A composto da 48 infermieri. Il gruppo B composto da 79 infermieri. Il gruppo C composto da 51 infermieri e il gruppo D composto da 70 infermieri reclutati da 11 ospedali del Paesi Bassi attraverso una lettera inviata a 94 centri medici.	Studio sperimentale Transversale a doppio cieco	Interviste strutturate registrate e 3 questionari: A Knowledge Inventory (Misurare le conoscenze) California Critical Thinking Disposition Inventory The Health Science Reasoning Test Altro strumento utilizzato è stato il D-votchi.	Gli infermieri coinvolti avevano un atteggiamento positivo e una migliore accuratezza delle diagnosi infermieristiche. Le conoscenze infermieristiche sulla diagnosi infermieristica non sono correlate con l'accuratezza della diagnosi infermieristica se non presenti conoscenze tecniche. Si assume che gli infermieri devono essere più potenziati verso possibili situazioni problematiche con una maggiore educazione formativa sulle diagnosi infermieristiche. La Diagnosi infermieristiche risultano più accurate negli infermieri che utilizzano un metodo deduttivo per la formulazione delle diagnosi infermieristiche. Il Formato PES utilizzato nella pratica clinica aumenta l'accuratezza della diagnosi infermieristica.	Possibile bias di selezione del campione dovuto dalla conoscenza dei partecipanti dell'argomento di studio. Non è stato misurato il livello di conoscenza iniziale dei partecipanti sulla classificazione Nanda e sul formato PES.

Tabella 2. Atteggiamenti degli infermieri verso la diagnosi infermieristica *Continua*

Titolo	Campione	Design	Strumenti	Resultati	Limiti
Hignett, K., & Duff, V. (1999). Factors associated with Nursing Diagnosis Utilization in Canada Nursing Diagnosis, 10(1), 137-147.	Campionamento di convenienza reclutato in 4 ospedali nell'Ontario composto da 65 infermieri che lavorano in unità ospedaliere che curavano pazienti con patologia respiratoria.	Studio Descrittivo Quantitativo Correlazionale	Questionario composto da 47 risposte chiuse mosstrate su Scala Likert e 3 Risposte aperte.	Il massimo utilizzo della diagnosi infermieristica è stato effettuato nell'ospedale con piani di assistenza infermieristica generati da computer. Gli atteggiamenti positivi verso la diagnosi infermieristica non sono stati correlati all'età, all'esperienza lavorativa, all'istruzione sulla diagnosi infermieristica e alle dimensioni dell'ospedale ma sono stati dati dal: Segno dell'istituzione La conoscenza Programmi formativi sulle D.I. La documentazione infermieristica standardizzata sulle D.I.	Scarsa generalizzabilità dei risultati.

È stato eseguito un campionamento di convenienza in un ospedale di Taiwan di 800 posti letto che ha permesso di reclutare 12 infermieri. Sono state utilizzate come strumento d'indagine interviste registrate in audio cassette eseguite da maggio a luglio al campione.

I dati qualitativi sono stati analizzati attraverso il *"Miles and Huberman Qualitative Data Analysis"*, uno strumento affidabile utilizzato più volte nella letteratura per l'analisi dei dati qualitativi tratti da interviste. Si scoprì che i fattori che ostacolano l'utilizzo della diagnosi infermieristica e l'atteggiamento degli infermieri verso la diagnosi possono essere attribuiti a sollecitazioni mediche, vincoli di tempo, a carichi di lavoro stressanti e pesanti e all'utilizzo di linguaggio infermieristico oggettivo poco definito.

Il limite di questo studio è rappresentato dalle piccole dimensioni del campione che non risulta rappresentativo della popolazione oggetto dello studio, e dalla scarsa affidabilità dei risultati.

Un altro studio qualitativo è stato condotto per esaminare il numero e il tipo di istituzioni in cui le diagnosi infermieristiche sono attuate, i fattori ostacolanti e i fattori agevolanti l'utilizzo della diagnosi infermieristica e la formazione che può essere fornita dal *Nursing Diagnosis Council of the Illinois Nurses' Association* per aiutare gli infermieri nell'utilizzo della diagnosi infermieristica (Whitley & Gulanick, 1996).

La popolazione studiata comprende gli infermieri presenti nei 239 ospedali dell'Illinois, selezionati attraverso un cam-

pionamento a rete dai direttori infermieristici, cui è stato inviato un questionario, che erano in grado di lavorare o che lavoravano con diagnosi infermieristiche.

Il questionario utilizzava comprendeva un'intervista strutturata a 16 risposte chiuse tranne l'ultima a risposta aperta, elaborato dal South Dakota *Nursing Association Nursing Diagnosis*.

Alla fine dello studio si evince che i fattori che ostacolano l'utilizzo della diagnosi infermieristica sono i seguenti: limitata formazione continua; la mancanza di motivazione ad apprendere; resistenza al cambiamento da parte degli infermieri anziani; difficoltà del suo utilizzo in aree specialistiche; resistenze o obiezioni del medico; resistenza da altre discipline; la terminologia; l'uso continuo della stessa diagnosi; limiti di tempo.

Questo studio ha avuto un basso tasso di risposta e quindi una scarsa generalizzabilità dei risultati nell'area geografica studiata.

DISCUSSIONE

Sono stati identificati diversi atteggiamenti degli infermieri verso la diagnosi infermieristica che dipendono da fattori interni ed esterni alla professione (Paans et al., 2011).

Esempi di fattori interni sono: la conoscenza, la capacità di ragionamento diagnostico, la formazione, conflitti con valori personali e la motivazione mentre alcuni esempi di fattori esterni sono le condizioni di lavoro, i vincoli di tempo, le sollecitazioni di altre figure professionali quali il medico, carichi di lavoro pesanti,

la documentazione infermieristica non strutturata, situazioni problematiche gravi dei pazienti, l'utilizzo di linguaggio standardizzato e le politiche adottate dalle istituzioni.

Tuttavia, la distinzione tra diagnosi infermieristiche e diagnosi mediche sembra essere chiara sia per i medici che per gli infermieri ed un atteggiamento positivo di entrambe le professioni e delle amministrazioni verso la diagnosi infermieristica può stimolare gli infermieri a trarre diagnosi (Whitley & Gulanick, 1996).

Programmi educativi, come suggerito da Müller-Staub et al. (2006), e l'uso di piani di assistenza generati da computer, come suggerito da Kurashima et al. (2008) che si concentrano sull'individuazione delle problematiche dei pazienti, può portare ad un atteggiamento più positivo degli infermieri verso la diagnosi infermieristica e ad un miglioramento della qualità e dell'accuratezza delle diagnosi documentate.

Anche l'utilizzo del formato "Pes" e l'utilizzo di un metodo deduttivo nel ragionamento diagnostico può migliorare l'atteggiamento degli infermieri verso la diagnosi infermieristica (Paans et al., 2012). I fattori socio-demografici degli infermieri quali l'età, l'istruzione e l'ambiente lavorativo influenzano l'uso della diagnosi infermieristica (Hupli et al., 2005).

Altri studi dovranno essere affrontati sulla metodologia del ragionamento diagnostico (ragionamento deduttivo, induttivo e abduttivo) per ricercare se esiste una correlazione con l'atteggiamento positivo degli infermieri nell'utilizzo della diagnosi infermieristica.

Diversi modelli di campionamento della popolazione sono stati utilizzati negli studi, che hanno prodotto alcune contraddizioni nei risultati di ricerca. Ma il livello di evidenza scientifica basso degli studi non consente un quadro concettuale specifico di riferimento.

Altre ricerche dovranno essere condotte sui fattori interni e esterni che influenzano l'atteggiamento degli infermieri verso la diagnosi infermieristica come descritto dagli studi analizzati di livello 1 e 2 pertanto occorreranno ricerche future in questo ambito.

CONCLUSIONE

Questa *review* offre una panoramica sui fattori che influenzano gli atteggiamenti degli infermieri verso la diagnosi infermieristica e anche come essi influenzano, a loro volta, la qualità e l'accuratezza della documentazione infermieristica sulla diagnosi.

Programmi educativi dovranno essere implementati per favorire un atteggiamento positivo degli infermieri verso la diagnosi infermieristica, specie a livello

formativo come il ragionamento diagnostico, gli obiettivi, gli interventi e i risultati. Questi non dovrebbero essere insegnati come unità separate, ma inseriti in un insegnamento completo sul processo di *nursing* con un apprendimento pratico basato sul caso clinico in corsia.

Il processo di *nursing* dovrebbe essere documentato, come anche il processo diagnostico, in modo che sia il paziente che le altre professioni sanitarie possano contare sul suo contenuto, permet-

tendo uno scambio interdisciplinare tra professionisti per meglio assistere le situazioni problematiche del paziente.

AUTORI:

Carlo Catanesi, infermiere presso Ospedale Molinette di Torino;

Francesco Scerbo, infermiere Irccs San Raffaele Pisana;

Matias Eduardo Diaz Crescitelli, infermiere Irccs San Raffaele Pisana;

Giorgia Appicciutoli, infermiera.

BIBLIOGRAFIA

- Fonteyn, M.E., *Implications of clinical reasoning studies for critical care nursing*. Focus on Critical Care, 18(2), 322-327. 1991.
- Frisch, N.C & Kelley J.H., *Nursing diagnosis and nursing theory: exploration of factors inhibiting and supporting simultaneous use*. The International Journal of Nursing Language and Classification, 13(2), 53-61. 2002.
- Gordon M., *Nursing Diagnosis: process and application*. St. Louis: Mosby Yearbook. 1994.
- Higuchi K & Duff V., *Factors associated with Nursing Diagnosis Utilization in Canada*. Nursing Diagnosis, 10(1), 137-147. 1999.
- Hogston R., *Nursing diagnosis and classification systems: a position paper*. Journal of Advanced Nursing, 26 (3), 496-500. 1997.
- Hupli M., Junttila K & Salanterä S., *Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation*. Journal of Advanced Nursing, 52(2), 271-280. 2005.
- Kurashima S., Kobayashi K., Toyabe S & Akazawa K., *Accuracy and Efficiency of Computer-Aided Nursing Diagnosis*. International Journal of nursing Terminologies and Classifications, 19(3), 95-101. 2008.
- Lee T., *Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans*. Journal of Clinical Nursing, 14(1), 640-647. 2003.
- Lunney M., *Critical thinking & nursing diagnoses: Case studies & analyses*. Philadelphia: Nanda International. 2001.
- Müller-Staub M., *Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, interventions, and outcomes*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 20(1), 9-15. 2009.
- Muller-Staub M., Lavin M.A., Needham I & Van Achterberg T., *Nursing Diagnoses, interventions and outcomes-application and impact on nursing practice: systematic review*. Journal Of Advanced Nursing, 56(3), 514-531. 2006.
- Paans W., Sermeus W., Nieweg, R & Van der Schans C., *What factor influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A Systematic literature review*. Journal of Clinical Nursing, 20(2), 1-18. 2011.
- Paans W., Sermeus W., Nieweg R., Krijnen W & Van der Schans C., *Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? A randomised study*. BioMed Central, 11, 11. Data accesso 16 agosto, 2012. Da <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/11/11>.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/11/112012>.
- Phillips B., Ball C., Sackett D., Badenoch D., Straus S., Haynes B & Dawes M., *Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence*. Oxford: St. Hugh's College. 2009.
- Vellone E & Piredda M., *La Ricerca Bibliografica* (II ed.). Milano: Mc Graw-Hill. 2009.
- Whitley G.G & Gulanick M., *Barriers to the use of Nursing Diagnosis Language in Clinical Settings*. The International Journal of Nursing Language and Classification, 7(1), 25-32. 1996.
- Woolley N., *Nursing diagnosis: exploring the factors which may influence the reasoning process*. Journal of Advanced Nursing, 15(2), 110-117. 1990.

L'autocontrollo glicemico e gli strumenti di ultima generazione

Cos'è cambiato nell'ultimo decennio

di Cristiano Abbati

ABSTRACT

Il diabete mellito (DM) è una patologia cronica complessa che richiede al paziente continui interventi terapeutici e modifiche degli stili di vita per poter ottenere una qualità di vita adeguata.

Quando il controllo metabolico non è soddisfacente, il paziente può andare incontro, nel medio-lungo termine, a gravi complicanze multiorgano. (1)

In accordo all'attuale posizione dell'American Diabetes Association (Ada), l'auto-monitoraggio glicemico (*Self Monitoring Blood Glucose Smbg*) è considerato un cardine essenziale nella gestione del paziente diabetico, soprattutto per quello insulino-trattato. (2-3)

Nel corso dell'ultimo decennio, grazie alla ricerca ed allo sviluppo di nuove tecnologie, sono stati immessi sul mercato dell'autocontrollo dei "device" innovativi che garantiscono maggiori performance analitiche, capaci di semplificare la gestione e l'interpretazione dei dati ottenuti.

INTRODUZIONE

Tutti i grandi *trial* sul diabete, quali il Dcct (4), l'Ukpds (5), l'Edic (6), ribadiscono l'importanza di uno stretto controllo glicemico per contrastare l'insorgenza delle complicanze della malattia.

Le attuali raccomandazioni dell'Ada per l'utilizzo dei gluco-

metri impongono di ottenere e mantenere il controllo glicemico, prevenire ed individuare gli episodi di ipoglicemia, evitare la comparsa di iperglicemia severa, aggiustare i cambiamenti degli stili di vita.

Il termine auto-monitoraggio si riferisce alla misurazione delle glicemie capillari, mediante l'utilizzo di un glucometro, effettuate dal paziente o dai suoi familiari al di fuori del contesto ospedaliero. Il termine autocontrollo si riferisce, invece, all'interpretazione dei risultati ed ai conseguenti interventi terapeutici volti a migliorarlo.

Misurare solo la glicemia, quindi, non basta: bisogna interpretare correttamente

i *report* ottenuti per poter prendere le decisioni terapeutiche più corrette. Da questi risultati viene prescritta poi la terapia più adeguata.

Ma siamo veramente sicuri della correttezza di questi *report*?

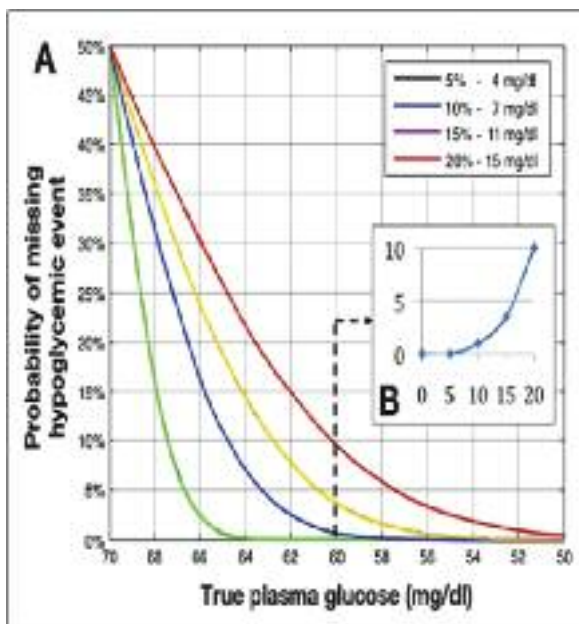
Nel corso dell'ultimo decennio, tutte le aziende farmaceutiche impegnate nel settore hanno immesso sul mercato degli strumenti sempre più accurati e precisi.

Per accuratezza s'intende la concordanza tra la glicemia capillare e quella determinata in laboratorio. Per precisione s'intende la capacità dello strumento di fornire lo stesso valore glicemico su più misurazioni effettuate sullo stesso campione contenente una data quantità di glucosio.

Breton M.D e Kovatchev B.P (7), in uno studio clinico con simulazione dei dati, hanno validato l'ipotesi che, più si amplia il limite di inesattezza di misurazione, più si rischia di compiere errori negli aggiustamenti terapeutici a breve. E più si incappa in un peggioramento del controllo glicemico a lungo termine.

Sempre in questo studio, i due ricercatori hanno evidenziato le probabilità di perdere una misura di ipoglicemia a diversi livelli di errore di misura.

Valori glicemici non accurati possono falsare gli aggiustamenti terapeutici con conseguenti risultati non corretti.



NORMATIVA EN ISO 15197

Per poter commercializzare in Europa i misuratori della glicemia capillare è necessario che siano marchiati Ce, ovvero che soddisfino i requisiti delle norme tecniche EN ISO (*International Organization for Standardization*) e che i requisiti e la performance siano verificati da un Ente Certificatore Terzo (*Notified Body*).

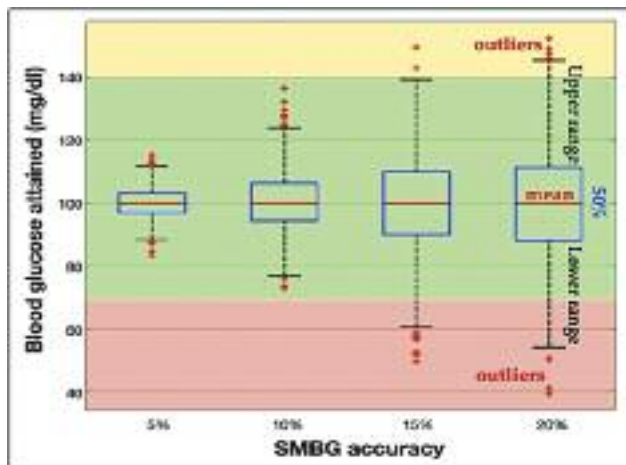
L'Unione Europea pubblica periodicamente in Gazzetta

Ufficiale l'elenco e l'edizione delle Norme Tecniche EN ISO applicabili alla Dir. 98/79 inerente ai diagnostici in vitro.

La prima edizione della norma è la Cen EN ISO 15197 del 2003 che stabilisce i requisiti di accettabile prestazione analitica e specifica la procedura per dimostrarla.

Tale normativa imponeva che il 95% dei risultati doveva rientrare nel range compreso tra +15 mg/dL per glicemie inferiori a 75 mg/dL oppure nel range compreso tra + 20% per glicemie >a 75 mg/dL.

Dopo 10 anni, il 15 maggio 2013, sono state pubblicate dall'organismo che si occupa degli Standard Internazionali, le nuove norme ISO in cui numerosi ed importanti parametri qualitativi sono stati riesaminati e resi più stringenti, allo scopo di garantire una maggiore sicurezza. La nuova normativa EN ISO 15197 del 2013, a differenza della precedente, impone che il 95% dei risultati ricadano nel range compreso tra + 15 mg/dL per glicemie inferiori a 100 mg/dL oppure nel range compreso tra +15% se la glicemia è >100 mg/dL.



Inoltre, il 99% delle misurazioni ottenute deve ricadere nelle zone A+B della *Consensus Error Grid* (EGA). Non dovrebbero comparire misurazioni nelle zone C-D-E in quanto il trattamento terapeutico non risulta adeguato, anzi pericoloso per la vita del paziente. (8)

INTERFERENZE SUL RISULTATO FINALE

Sempre nella nuova normativa del 2013 vengono forniti i livelli di accettabilità per poter dichiarare l'esclusione delle possibili interferenze (+10 mg/dL e +10% rispetto al campione di controllo) a livelli definiti in apposite linee-guida (*Clinical Chemistry EP7-A2 Guideline*).

Quando si parla di auto-monitoraggio è necessario considerare tutti quei fattori che possono interferire sull'accuratezza del dato glicemico.

Gli interferenti endogeni sono: l'ematocrito, la bilirubina, l'acido urico (9), l'urea, la creatinina, il colesterolo ed i trigliceridi. I valori di ematocrito possono inficiare sensibilmente l'accuratezza delle misurazioni (10-11); l'aumento del numero gli

eritrociti impedisce meccanicamente la diffusione del plasma attraverso lo strato reagente, bloccando i pori nella membrana o diminuendo il volume plasmatico disponibile per la diffusione. (12) Come conse-

guenza, elevati valori di ematocrito determinano una sotto-stima della glicemia; al contrario, valori bassi possono generare una sovrastima. (13-14) Gli interferenti esogeni sono: il maltosio, l'icodextrina, il galattosio, lo xilosio (15), il paracetamolo (16), l'acido ascorbico e l'ossigenoterapia.

Gli interferenti ambientali comprendono, invece: l'altitudine, la temperatura, l'umidità. (17) La valutazione deve essere condotta a due livelli di concentrazione glicemica: uno da

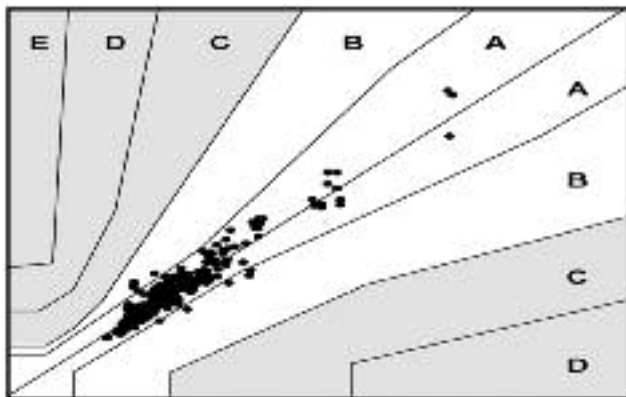
50 a 100 mg/dL e l'altro tra 250 e 350 mg/dL. Se la deviazione è > del 10% la sostanza deve essere classificata come interferente.

INNOVAZIONI TECNOLOGICHE

Oltre all'accuratezza ed alla precisione, che sono due caratteristiche insostituibili, i nuovi glucometri presentano una serie di innovazioni tecnologiche tra cui le più importanti sono:

- utilizzo della tecnologia *autocoding* (non richiedono più la codifica);
- media glicemica di tutti i valori registrati;
- aspirazione capillare del sangue (riduzione dell'errore di campionamento);
- campione di sangue e tempo di esecuzione del test ridotti;
- prelievo effettuabile da diverse zone del corpo (palmo della mano);
- descrizione dettagliata degli errori (non più messaggi in codice);
- aggiunta di note ai profili glicemici (malattia, malessere, stress, sport, ecc);
- rilevazione della chetonemia (in caso di iperglicemia);
- trasmissione dati al PC ed invio dei *report* per posta elettronica (telemedicina);
- inserimento di informazioni relative ai carboidrati ed alle unità di insulina;
- riduzione delle interferenze da sostanze endogene ed esogene;
- plasmacalibrazione (si ottiene l'equivalente plasmatico).

La maggior parte dei pazienti che afferiscono nei nostri ambulatori notano la dif-



ferenza tra la glicemia eseguita mediante il prelievo di laboratorio e quella rilevata la mattina dell'esame con il loro glucometro.

Per questo motivo, la maggior parte delle aziende farmaceutiche hanno plasmacalibrato i glucometri (18): in pratica, lo strumento legge quanto glucosio è contenuto nel campione di sangue capillare, lo moltiplica per 1,11 che è il "fattore plasma-equivalente" e fornisce un risultato sovrapponibile a quello di laboratorio.

ERRORI DI CODIFICA DEL GLUCOMETRO

Gli strumenti non codificati correttamente possono determinare un errore mediano del 43%. (19)

Due studi differenti (20-21) sono concordi sull'incidenza del problema: circa un soggetto su sei non codifica corretta-

mente lo strumento o dimentica di codificarlo, con risultati inadeguati.

I glucometri di ultima generazione, invece, utilizzano la tecnica *autocoding*, ossia la prima striscia reattiva di ogni nuovo flacone utilizzato, codifica tutte le altre.



CONCLUSIONI

L'autocontrollo glicemico consente un miglioramento del controllo metabolico quando il paziente viene correttamente educato ad interagire con la propria glicemia, modificando la terapia insulinica

in funzione dei dati rilevati.

Esso rappresenta, quindi, un vero e proprio strumento terapeutico, da prescrivere secondo precise indicazioni e modalità, preceduto da un addestramento efficace da parte di un team sanitario qualificato.

Prestazioni analitiche migliorate consentono di concorrere all'ottimizzazione insulinica, particolarmente importante e complessa nei pazienti di tipo 1, oppure in quelli che utilizzano il microinfusore, riducendo al minimo le fonti di variabilità che possono impattare sulle decisioni terapeutiche.

AUTORE:

Cristiano Abbati, infermiere coordinatore Uosd Diabetologia/Endocrinologia Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bloomgarden Z.T, *Diabetes complications*. Diabetes Care 2004; 27:1506-14.
- 2) American Diabetes Association, *Tests of glycemia in diabetes*. Diabetes Care 2004; 24 Suppl 1:S80-2.
- 3) Goldstein D.E, Little R.R, Lorenz R.A, Malone J.I, Nathan D.M, Peterson C.M, American Diabetes Association. *Tests of Glycemia in diabetes*. Diabetes Care 2004; 27 Suppl 1:S9 1-3.
- 4) The Diabetes Control and Complications Trial Research Group, *The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus*. N Engl J Med 329: 977-986, 1993.
- 5) The United Kingdom Prospective Study Group, *Intensive blood glucose control with sulphonilureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes*. Lancet 352: 837-853, 1998.
- 6) The Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications, *Effects of prior intensive versus conventional therapy and history of glycemia on cardiac function in type 1 diabetes in the DCCT/EDIC*. Diabetes. 21 marzo 2013.
- 7) Breton M.D, Kovatchev B., *Impact of Blood Glucose Self-Monitoring Errors on Glucose Variability, risk for hypoglycemia, and Average Glucose Control in type 1 diabetes: an in Silico Study*, Jdst 2010, 4: 562-70.
- 8) *A New Consensus Error Grid to evaluate the clinical significance of inaccuracies in the measurement of blood glucose*. Diabetes Care 23:1143-1148, 2000.
- 9) <http://www.fxol.org/aacweb>
- 10) Barreau P.B, Bultery J.E, *Effect of hematocrit concentration on blood glucose value determined on Glucometer II*. Diabetes Care 1988; 11:116-8.
- 11) Rao L.V, Jakubiak F, Sidwell J.S et al, *Accuracy evaluation of a new glucometer with automated hematocrit measurement and correction*. Clin Chim Acta 2005; 356:178-83.
- 12) Tang Z, Lee J.H, Louise R.F et al, *Effects of different hematocrit levels on glucose measurements with handheld meters for point of care testing*. Arch Pathol Lab Med 2000; 124:1135-40.
- 13) Kaplan M, Blandheim O, Alon I, *Screening for hypoglycaemia with plasma in neonatal blood of high hematocrit value*. Crit Care Med 1989; 17:279-82.
- 14) Kilpatrick E.S, Rumley A.G, Myin H, *The effect of variations in Hematocrit mean cell volume and red blood count on reagent strip test for glucose*. Ann Clin Biochem 1993; 30:485-7.
- 15) Schleis T.G, *Interference of maltose, icodextrin, galactose or xylose with some blood glucose monitoring system*. Pharmacotherapy 2007; 27:1313-21.
- 16) Cartier L.J, Lecerc P, Poulliot M et al, *Toxic levels of acetaminophen produce a major positive interference on Glucometer Elite and Accu-chek Advantage glucose meters*. Clin Chem 1998; 44:893-4.
- 17) American Diabetes Association, *Consensus statement on self-monitoring of blood glucose*. Diabetes Care 1994; 17:81-6.
- 18) D'Orazio P, Burnett R.W, Fogh-Andersen N, Jacobs E, Kuwa K, Kulpmann W.R et al, *International Federation of Clinical Chemistry Scientific Division Working Group on selective electrodes and point of care testing*. Approved IFCC recommendation on reporting results for blood glucose. Clin Chem. 2005; 51:1573-6.
- 19) Baum J.M et al, *Improving the quality of self-monitoring blood glucose measurement: a study in reducing calibration errors*. Diabetes Technol Ther 2006; 8:347-57.
- 20) Kristensen G.B et al, *Standardized evaluation of instruments for self-monitoring of blood glucose by patients and a technologist*. Clin Chem 2004; 50:1068-71.
- 21) Raine C.H, *Self-monitored blood glucose: a common pitfall*. Endocr Pract 2003; 9:137-9.

Le mutilazioni genitali femminili: una proposta di intervento

di Sondra Badolamenti, Primo Italo Bertoldi, Cristina Borghesi, Micaela Danieli, Maria Loredana Leonetta, Emma Mancini, Pietro Vaccaro, Fernanda Di Foggia

ABSTRACT

Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili (Mgf) ha radici culturali molto salde ed è ancora largamente praticato all'interno delle comunità di immigrati nel nostro Paese.

Lo scopo di questo lavoro è analizzare le motivazioni, la cultura, gli aspetti psicologici, sociali e normativi di questo fenomeno adottando come modello concettuale di riferimento l'assistenza infermieristica transculturale della Leininger che appare come il più esaustivo per una presa in carico olistica della salute della persona.

I bisogni della persona sono, infatti, espressione di modelli culturali diversi.

Lo scopo di questo lavoro è proporre uno strumento di lavoro, la scheda multilingue italiano-arabo, direttamente gestita dall'infermiere di triage nei Dea, volta a facilitare i professionisti nella gestione della relazione con la persona e nella raccolta di informazioni, al fine di arrivare ad una corretta diagnosi e ad una appropriata assistenza. Una scheda che miri ad indagare l'anamnesi personale, l'eventuale presenza di dolore e la sua fisiologia.

Gli interventi sui quali, ad opinione degli autori, si dovranno concentrare gli sforzi futuri di tutti i professionisti coinvolti riguardano, in primis, l'elaborazione di linee-guida per il *management* clinico delle Mgf, attraverso l'adozione di codici di comportamento volti a migliorare la qualità dell'assistenza.

Parole-chiave: mutilazioni genitali femminili, professionista sanitario e mutilazioni genitali femminili, cultura, nursing transculturale.

INTRODUZIONE

La società moderna è in continuo cambiamento, ma l'eterno conflitto tra tradizione e modernità non termina mai.

Nell'era della globalizzazione e della multiculturalità sembra impossibile pensare che esistano ancora pratiche obsolete e primitive come le Mgf, eppure questo fenomeno è vivo e, ogni giorno, in qualche parte del mondo, una nuova bambina è marchiata con questo sigillo.

Il concetto di femminilità, tanto alla ribalta quanto difeso nel mondo occidentale, non può essere paragonato a quello dei paesi dove si praticano le Mgf: purtroppo, questo fenomeno ha radici culturali ben salde, per cui l'unico modo per aiutare le donne, cosiddette, "mutilate" è avere la giusta preparazione per accoglierle ed assisterle in ambito sanitario.

È, infatti, importante che, nel momento del bisogno, esse trovino professionisti che sappiano affrontare con discrezionalità e sensibilità il loro caso, dimostrando rispetto per la persona e la cultura di appartenenza, senza giudizi e pregiudizi. Scopo di questo lavoro è analizzare in maniera oggettiva e da diverse angolazioni tutti gli aspetti che riguardano le Mgf, ovvero conoscere le motivazioni, la provenienza, la cultura, gli aspetti sociali, psicologici e normativi così da capire quale sia il vero ruolo del personale sa-

nitario.

Per avere un buon approccio assistenziale con le donne e le bambine mutilate, non è sufficiente la perfetta conoscenza della pratica della deinfibulazione, se prima non ci si interroga sulle idee e le rappresentazioni che accompagnano queste pratiche nelle culture di appartenenza.

Per le donne "mutilate", la rimozione dei genitali significa l'ammissione al mondo adulto, l'identificazione della persona, la conquista di un equilibrio e di un'appartenenza sociale.

È necessario imparare a comunicare con queste donne, dare inizio a quella **comunicazione terapeutica che si fonda sulla relazione d'aiuto**, che diventa il fulcro del processo di assistenza. Purtroppo, la gran parte degli operatori sanitari ha una conoscenza minima ed un'esperienza molto limitata in merito a questo fenomeno, sia da un punto di vista culturale che sanitario.

Gli infermieri ricoprono un ruolo fondamentale nell'identificare i bisogni di salute delle donne mutilate, tuttavia, devono essere consapevoli che un fallimento nell'approccio con queste donne, proprio a causa di una mancanza di sensibilità verso il loro *background* culturale, può rovinare la comunicazione e addirittura creare resistenze verso ogni trattamento.

Lo scopo di questo articolo è analizzare alcuni aspetti dell'assistenza infermieristica transculturale. Verrà descritta, infatti, l'importanza di acquisire le cono-

scenze legate all'infermieristica transculturale per avere un buon approccio assistenziale.

Inoltre, si affronteranno temi come il ruolo dell'infermiere nella fase di accoglienza e di cura, la prevenzione, l'educazione, il sostegno e l'importanza dell'informazione alla paziente da parte degli operatori sanitari.

La consapevolezza della presenza di donne che hanno subito Mgf sul territorio nazionale si è avuta nel corso dei primi anni Novanta, quando, con il rinsaldarsi dei processi di integrazione, le donne straniere hanno avuto accesso ai servizi sanitari, sia per ricevere assistenza nel periodo di gravidanza e nel momento del parto, sia per curare patologie specifiche derivanti dalle Mgf.

Oggi, in Italia, sono due gli aspetti assunti da questo fenomeno:

- presenza di donne escisse e infibulate provenienti da Paesi dove vige la tradizione della pratica;
- giovani donne e bambine che rischiano o subiscono la pratica delle Mgf durante il periodo di permanenza in Italia.

Di fronte ai due aspetti sono state messe in atto strategie diverse:

- di fronte a problemi di salute delle donne derivanti dalle Mgf le strutture sanitarie offrono tutte le cure possibili a garanzia della salute della donna;
- di fronte alla possibilità che tale tradizione possa essere continuata anche in Italia nei confronti di bambine che vi vivono, sono state previste severe norme di condanna, di cui la legge n.7/2006 è l'espressione più recente.

In Italia, ogni alterazione non terapeutica dell'organismo è reato.

È senza dubbio difficile quantificare l'estensione del fenomeno nei suoi due aspetti: il numero di donne che hanno subito una delle pratiche e bambine potenziali vittime.

Per stimare la consistenza di entrambi gli aspetti del fenomeno in Italia, si è pensato di concentrare l'attenzione sulle comunità provenienti dai Paesi in cui questa tradizione è radicata, e ipotizzare che queste comunità possano adottare gli stessi comportamenti di quelle in patria, anche se numerose variabili possono influenzare il fenomeno in ogni

Paese di immigrazione.

Questa metodologia non porta, infatti, a risultati certi: la durata dell'esperienza migratoria, le caratteristiche del Paese di accoglienza, ma anche la situazione economica corrispondente al periodo di integrazione, oltre alla dimensione della comunità immigrata, influenzano fortemente i comportamenti degli immigrati, il loro livello di apertura e integrazione nella società di accoglienza, quindi il loro attaccamento alle tradizioni.

Più elevato è il livello di integrazione, e più elevata è la propensione ad abbandonare pratiche tradizionali, addirittura condannate nei Paesi di accoglienza (Morrone, Vulpiani, 2004).

Avendo presente tutte queste precauzioni si può azzardare una stima del fenomeno.

Secondo i dati forniti dal ministero dell'Interno (D.M. 6 sett. 2006), in Italia la presenza di donne straniere titolari di permesso di soggiorno valido al 31 luglio 2006, provenienti da Paesi a tradizione escissoria è pari a 188.047, di cui 125.421 (66,7% ha tra i 19-40 anni), 54.738 (29,1%) ha oltre 40 anni, 7.070 (3,8% ha tra i 14-18 anni) e 818 sono bambine con meno di 13 anni (0,4%): questa ultima fascia di età corrisponde alle potenziali vittime.

Questo dato va ulteriormente ridotto in base all'ipotesi che non tutte le donne provenienti dai Paesi indicati appartengono ad etnie o comunità che praticano le Mgf.

Se si dovesse attribuire alle comunità presenti in Italia la stessa diffusione delle Mgf riscontrata tra la popolazione dei Paesi d'origine, il dato complessivo delle donne interessate si ridurrebbe ad un valore medio del 50%, pari ad un valore assoluto di 93.809 persone.

Ciò, senza tenere conto del fatto che molte delle donne appartenenti ad etnie e comunità che praticano le Mgf cambiano i loro comportamenti a seguito dell'esperienza migratoria: nella maggior parte dei casi, verso un abbandono progressivo delle pratiche di mutilazione, e solo in alcuni, invece, verso il rafforzamento dei legami con le tradizioni e con i Paesi d'origine (Pasquinelli, 2005). Procedendo secondo questa metodologia,

ovvero assumendo in modo non proprio scientifico, un omogeneo comportamento per tutte le fasce d'età, si ottengono i seguenti risultati: rispetto ad un totale di 93.809 donne, le bambine a rischio si ridurrebbero a 409, a 33.535 le bambine dai 14 ai 18 anni, a 62.710 le donne ai 19 ai 40 anni (la fascia delle madri) e a 26.098 le donne con oltre 40 anni (donne mature) secondo i dati forniti dal Ministero.

Il Ssn e gli operatori del settore hanno intercettato questo problema su tutto il territorio nazionale nel corso dello svolgimento delle loro funzioni e le loro testimonianze ne confermano le ridotte dimensioni.

La legge 9 gennaio 2006, n.7, recante *"Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"*, all'art. 4, prevede la definizione di linee-guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile, per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.

Le linee-guida sono formate da due parti interdipendenti:

- una di carattere socio-antropologico che introduce alla tematica delle mutilazioni genitali femminili, illustrando le profonde motivazioni psicologiche, economiche, sociali e culturali e le caratteristiche del fenomeno in Italia;
- l'altra costituito dalle vere e proprie linee-guida per gli operatori sanitari e gli operatori socio-culturali che operano con le comunità di immigrati, perché possano affrontare correttamente queste problematiche nell'esercizio della loro professione, per assistere e riabilitare le donne che ne sono state vittime e per prevenirne il ricorso.

L'obiettivo di questo lavoro è di dare una visione del problema dal punto di vista infermieristico, proprio perché le mutilazioni genitali femminili non sono una patologia, ma il risultato di credenze radicate nella coscienza individuale e collettiva dalle quali non si può prescindere per

una presa in carico olistica della salute della persona.

Con lo strumento proposto in questo contributo si vuole dare una prima risposta, certamente non esaustiva, ad un'esigenza di conoscenza di queste problematiche emerse nell'ambito sanitario a seguito dell'arrivo in Italia di donne provenienti da Paesi a tradizione escissoria che ricorrono alle strutture sanitarie.

L'obiettivo è fornire uno strumento di lavoro agli operatori sanitari, ma anche agli operatori socio-culturali, per accogliere e curare, con attenzione e professionalità, le donne che hanno subito mutilazioni genitali, senza manifestazioni di imbarazzo, di sorpresa o di curiosità, com'è stato denunciato a volte.

METODO E STRUMENTI

La cultura di ogni persona cambia il modo di esprimere un bisogno e, quindi, porta a delle diverse manifestazioni che, a volte, sono interpretate erroneamente dal professionista creando difficoltà nell'assistenza infermieristica.

È necessaria anche la discrezione nell'agire con persone di altre culture, perché spesso i parametri circa il concetto di salute, di malattia, di igiene, di prevenzione, sono diversi dai nostri.

Chiaramente, lo studio antropologico fatto nel corso del XX secolo ha fornito un contributo utile alla teoria e alla prassi infermieristica, poiché l'oggetto della ricerca antropologica (che è l'uomo) è lo stesso della ricerca infermieristica.

In quest'ottica, ogni situazione di cura è una situazione antropologica, perché riguarda l'uomo inserito nel suo ambiente intessuto da ogni tipo di legame simbolico; così, l'approccio antropologico appare come il percorso più opportuno per seguire le persone che vengono curate. La **Leininger** ha costruito la sua teoria sulla premessa che persone di qualsiasi cultura, non solo conoscono e sono in grado di definire i modi in cui vivono e percepiscono il loro modo dell'assistenza infermieristica, ma sono anche capaci di rapportare queste esperienze, percezioni alle loro credenze riguardanti la salute in generale e le pratiche annesse.

Madeleine Leininger definì il nursing transculturale nel 1979 affermando che

è: *"un campo specialistico e branca del nursing che prende in considerazione lo studio comparato e l'analisi di diverse culture in rapporto al nursing e alle pratiche di assistenza connesse allo stato di salute-malattia, alle credenze e ai valori, con lo scopo di fornire alle persone assistenza infermieristica efficace e significativa, in linea con i loro valori culturali e il loro contesto"* (Leininger, 2005). Ha ideato uno schema, un modello concettuale entro il quale è possibile individuare quattro livelli che portano ad un'assistenza infermieristica culturalmente congruente:

I livello: la visione del mondo;

II livello: la relazione tra individui, famiglie e gruppi, comunità ed istituzioni nei diversi sistemi sanitari;

III livello: l'integrazione tra sistemi popolari e professionali nell'area dell'assistenza infermieristica;

IV livello: le decisioni e le azioni dell'assistenza infermieristica.

La **"Teoria dell'universalità e diversità dell'assistenza culturale"** diventa fondamentale in una società che intende offrire un'assistenza adeguata a persone appartenenti a molte culture diverse.

Il punto di forza della teoria della Leininger è la conoscenza e la comprensione della cultura del paziente, poiché solo così si può fornire un'assistenza qualificata a persone con Mgf, lasciando da parte ogni pregiudizio ed errore comunicativo.

La conoscenza del *nursing* transculturale è alla base di un buon approccio assistenziale nelle Mgf.

Il punto-cardine dell'assistenza culturale è il concetto di *"human care"*, ovvero del prendersi cura della persona, di tutti i suoi bisogni, ricordando che sono espressione di modelli culturali diversi. L'obiettivo è promuovere la cura nel rispetto della cultura di appartenenza e prevenire i problemi associati alle imposizioni culturali e all'etnocentrismo che possono minare la serenità e lo stato di salute della persona.

È necessario far capire alla persona soggetto dell'assistenza che tutto ciò che si fa è frutto di una pratica professionale, non tradizionale, e quindi si opera nel rispetto totale del patrimonio culturale di

riferimento.

Secondo la Leininger, l'assistenza infermieristica, se lasciata a se stessa, porta all'etnocentrismo come modo intenzionale di imporre i propri valori, credenze e pratiche su altri.

Se, invece, l'infermiere, quando si trova ad interagire con molte persone di diverse culture, è in grado di pianificare ed erogare un'assistenza infermieristica culturalmente competente e nel rispetto della persona e della sua cultura, allora il *nursing* raggiunge il culmine della professionalità. **L'infermiere deve essere consapevole dell'orientamento culturale del paziente senza stereotiparlo: trattare i pazienti allo stesso modo, indipendentemente dalla loro cultura, significa annullare l'identità della persona.**

Un professionista deve riconoscere che i propri valori non sono superiori: prima ancora di cominciare qualsiasi forma di valutazione della donna "mutilata" di un'altra cultura, **l'infermiere deve essere certo che la persona sia vista in modo oggettivo e non soggettivo.**

Pertanto, un pre-requisito per la valutazione è quello di sviluppare una sensibilità culturale intesa come consapevolezza ed accettazione della diversità.

Al contrario, il pregiudizio può essere interpretato dalla donna e dalla sua famiglia come una mancanza di rispetto e produrre una chiusura ed un'ulteriore difficoltà di comunicazione. L'infermiere, quindi, deve essere culturalmente competente e possedere conoscenza ed empatia per comunicare in modo efficace. Per esserlo è necessario promuovere la conoscenza tramite un'efficace e chiara comunicazione verbale e non verbale.

Il professionista infermiere deve cercare di adottare un'assistenza infermieristica che rispetti le caratteristiche sub-culturali della donna per metterla a suo agio, assicurandole sicurezza dal punto di vista sanitario.

Deve, pertanto, osservare le espressioni culturali nelle risposte al dolore, alle pratiche igieniche, all'esposizione del corpo, e agli alimenti e agli stili alimentari.

Questo accertamento culturale aiuta ad entrare nella "sfera interiore" del soggetto per poter considerare un'assisten-

za infermieristica ottimale alle esigenze della persona.

In ambito sanitario è, dunque, necessario attuare degli interventi mirati, personalizzati e adeguati alla donna e al contesto culturale relativo alle Mgf.

Una prima risposta ad un'esigenza di conoscenza delle problematiche relative alle pratiche di mutilazione genitale femminile, anche se non esaustiva, è emersa nell'ambito del Dea.

Per realizzare un'adeguata attività di accoglienza al Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione si parte dai principi stabiliti nel documento del Ministro della Salute, voluto dalla senatrice Livia Turco, che ha istituito, con Decreto del 6 settembre 2006 e successive integrazioni, la Commissione per la prevenzione ed il divieto delle pratiche di Mgf, con il compito di: elaborare le linee-guida destinate alle figure professionali sanitarie; individuare un programma di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile che si concentri sulla formazione degli operatori sanitari, sull'integrazione tra le strutture coinvolte nel trattamento, sul ruolo degli operatori sanitari in alcune procedure cliniche.

Per superare le barriere linguistiche uno strumento valido potrebbe allora essere la **scheda multilingue di accoglienza**, ovvero una scheda multilingue italiano-arabo da somministrare alle pazienti straniere giunte in pronto soccorso.

La scheda ha come obiettivo quello di facilitare i professionisti della salute nella gestione della relazione e della raccolta delle informazioni, al fine di una corretta diagnosi e di un'assistenza appropriata. La sua peculiarità è prevedere al suo interno una sezione dedicata alle lesioni genitali, dove si chiede alla paziente o nel caso di una bambina, al genitore accompagnatore, se si ha subito violenza contro la propria volontà e/o infibulazione.

La scheda multilingua viene proposta direttamente dall'infermiere di triage che, contemporaneamente all'attivazione del mediatore culturale, fa accomodare la paziente, ove il codice gravità non necessiti di un trattamento medico imme-

GENTILE SIGNORA/GENTILE SIGNORE, IN QUESTO MOMENTO LEI SI TROVA AL PRONTO SOCCORSO DI		عزيزتي السيدة/عزيزي سيدتي في هذا المكان أنت موجودة موجودة في قسم الطوارئ من مستشفى	
QUESTE DOMANDE LE SONO RIVOLTE PER PRESTARLE UNA MIGLIORE ASSISTENZA. LA PREGHIAMO DI RISPONDERE CON LA MASSIMA PRECISIONE		هذه الأسئلة موجهة لك/لكم من أجل توفير أفضل رعاية ممكنة. نرجو منك/منا الإجابة عليها بأقصى شكل ممكن.	
COGNOME NOME		التسمية، الاسم	
DATA DI NASCITA		تاريخ الولادة	
LUOGO DI NASCITA, STATO		DOMICILIO	
مكان الولادة، البلد		عنوان الإقامة	
DOBBIAMO AVVISARE DEI FAMILIARI	SI*	NO	GRUPPO SANGUIGNO E FATTORE RH
هل تريد تبليغ الأهل أو أحد الأقارب؟	نعم	لا	فئة الدم و نوع Rh
GRAVIDANZA	SI*	NO	نعم لا
حامل			
I TRIMESTRE II TRIMESTRE III TRIMESTRE			
I الفصل الأول (من الشهر الأول إلى الثالث) II الفصل الثاني (من الشهر الرابع إلى السادس) III الفصل الثالث (من الشهر السابع إلى التاسع)			
		SI*	NO
PREGRESSO INFARTO DEL MIOCARDIO	نعم	لا	
نوبة قلبية سابقة			
ANGINA PECTORIS	نعم	لا	
خناق صدري			
IPERTENSIONE	نعم	لا	
ضغط دم مرتفع			
STIMOLATORE CARDIACO-PACEMAKER-ICD	نعم	لا	
منبه قلبي			
DIABETE	نعم	لا	
مرض السكري			
DIALISI	نعم	لا	
تحت علاج غسل الكلى			
MALATTIE BRONCOPOLMONARI	نعم	لا	
أمراض القصبة الهوائية و الرئتين			
MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE	نعم	لا	
أمراض وبلية سابقة			
PRECEDENTI DI ANSIA E DEPRESSIONE	نعم	لا	
أمراض نفسية			
MALATTIE NEUROLOGICHE	نعم	لا	
أمراض عصبية			
MALATTIE GASTROINTESTINALI	نعم	لا	
أمراض الجهاز الهضمي			
MALATTIE CUTANEE	نعم	لا	
أمراض جلدية			
RENTERI OSPEDALIERI	نعم	لا	
مضاد لتخثر الدم			

ORGANO TRAPIANTATO			زرع أعضاء سابق
TERAPIA IN ATTO			الأدوية المستخدمة حالياً
NOME DEI FARMACI			أسماء الأدوية
DATE DI ASSUNZIONE			مواعيد الاستعمال
ANTICOAGULANTI	SI	NO	مضاد لتخثر الدم
ANTIDIABETICI	SI	NO	أدوية لمرض السكري
ANTIANGINOSI	SI	NO	مضاد لتخثر القلب
ANTIARITMICI	SI	NO	أدوية منقطة لتباعد القلب
ANTIIPERTENSIVI	SI	NO	أدوية لتخفيض ضغط الدم المرتفع
SALICILATI	SI	NO	مسكنات للألم
IMMUNODEPRESSIVI	SI	NO	أدوية مضادة للمناعة
ANTIISTAMINICI	SI	NO	أدوية للحساسية
ANTICONVULSIVI	SI	NO	أدوية لمرض الصرع
TETANO	SI	NO	كزاز
EPATITE B	SI	NO	التهاب الكبد "ب"
EPATITE C	SI	NO	تهاب كبد
VACCINAZIONI DI BASE			التطعيمات السابقة

diato, nella sala apposita per la gestione dei codici di urgenza minore.

La scheda di intervista di seguito viene utilizzata già all'interno di alcuni Dea della provincia di Roma.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

È opinione degli autori che gli interventi educativi nell'approccio e nel trattamento delle mutilazioni genitali femminili, appaiano quanto mai necessari e riguardino linee-guida per il *management* clinico; codici di comportamento sulla qualità dell'assistenza; servizi sanitari specializzati per la cura e la consulenza medica, infermieristica e psicologica.

I professionisti della salute dovrebbero avere una conoscenza di base di che cosa siano le Mgf, gli aspetti sanitari, antropologici e sociologici ad esse connessi, dovrebbero essere in grado di coglierne i risvolti sanitari e di individuare il rischio che, eventualmente, potrebbe correre una bambina che vive in una comunità con tali tradizioni.

Gli infermieri, in particolare, possono seguire programmi di ricerca e di formazione sulla natura e sull'impatto delle Mgf, nonché sui problemi che in qualità di professionisti sanitari devono affrontare. Gli infermieri possono, sia sul piano individuale sia sul piano collettivo, contribuire a scoraggiare, prevenire ed elimi-

nare le mutilazioni, sensibilizzando il pubblico e gli altri professionisti sui disastrosi effetti fisici e morali delle mutilazioni genitali esercitate sulle donne e sulle ragazze.

Infatti, la formazione del personale che opera in ambito sanitario è una delle azioni prioritarie per la messa in opera di interventi educativi miranti la tutela della salute delle donne e delle bambine immigrate, in materia di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle stesse già sottoposte a tali pratiche.

Gli operatori sanitari delle strutture che registrano molti casi di utenti sottoposte a Mgf dovrebbero disporre di protocolli operativi per facilitare la cura di queste donne, per riuscire ad incrementare la probabilità di ricorso fiduciario al Ssn, per instaurare un rapporto di fiducia con uno stesso operatore, onde evitare alla donna ripetute esposizioni della propria e delicata storia e assicurare la continuità terapeutica.

In quest'ottica, determinante è il ruolo e l'attività degli infermieri sia nella prevenzione che nell'assistenza alle donne che hanno subito le mutilazioni e proprio per questo il professionista infermiere deve dimostrare di conoscere il retaggio culturale di queste pratiche per poter veramente tutelare la salute della donna che ha chiesto aiuto o fare prevenzione nelle bambine.

È determinante per l'infermiere far percepire alle donne che è informato sulle tradizioni e sulle caratteristiche culturali ed etno-geografiche delle Mgf, che è consapevole delle possibili complicità, e che è capace di avere un approccio privo di ogni pregiudizio e aperto all'ascolto, che è in grado di intuire se una bambina corre il rischio di essere sottoposta a queste pratiche, informando i familiari, o chi ne fa le veci, sui danni psico-fisici e sulle conseguenze legali, e segnalando, ove necessario, il caso ai servizi sociali, per l'eventuale presa in carico.

Il professionista deve seguire la gravidanza e il parto, cercando di prevenire o di gestire le complicazioni che le Mgf possono presentare e, contestualmente, egli può utilizzare il rapporto stabilito con la paziente per procedere alla de-infibulazione e informarla dell'impossibilità per

QUANTO DOLORE SENTI ?
 قل شعركم. حدد كم؟



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NIENTE POCO ABBASTIANZA FORTE FORTISSIMO
 لا شيء قليل متوسط قوي جداً

SENTI DOLORE O ALTRI DISTURBI? هل تشعر بألم أو بعوارض أخرى؟

☐ SI نعم ☐ NO لا

SPIEGA COME TI SENTI: اشرح كيف تشعر بنفك الآن:

☐ STORDITO طائش ☐ STORDITO طائش

☐ VERTIGINI في دوخة ☐ VERTIGINI في دوخة

☐ FORMICOLIO, DOVE LO SENTI? وخز خفيف (تسلي)، أين تحس به؟ ☐ FORMICOLIO, DOVE LO SENTI? وخز خفيف (تسلي)، أين تحس به؟

☐ DEBOLE ضعیف ☐ DEBOLE ضعیف

☐ ANSIOSA قلق ☐ ANSIOSA قلق

☐ NAUSEA لمي غثيان ☐ NAUSEA لمي غثيان

☐ NESSUNO DI QUESTI SINTOMI خال من أي من هذه الأعراض ☐ NESSUNO DI QUESTI SINTOMI خال من أي من هذه الأعراض

IL DOLORE E' FORTE? هل الألم قوي؟

☐ NO لا ☐ SI, QUANTO? نعم، حدد كم؟

☐ NESSUNO DOLORE 0 خال من الألم (0) ☐ NESSUNO DOLORE 0 خال من الألم (0)

☐ DOLORE LIEVE 1 ألم خفيف (1) ☐ DOLORE LIEVE 1 ألم خفيف (1)

☐ DOLORE MODERATO 2 ألم متوسط القدر (2) ☐ DOLORE MODERATO 2 ألم متوسط القدر (2)

☐ DOLORE INTENSO 3 ألم قوي (3) ☐ DOLORE INTENSO 3 ألم قوي (3)

☐ DOLORE MOLTO INTENSO 4 ألم قوي جداً (4) ☐ DOLORE MOLTO INTENSO 4 ألم قوي جداً (4)

DA QUANTO TEMPO? حدد منذ متى؟

☐ DA UN'ORA منذ ساعة ☐ DA UN'ORA منذ ساعة

☐ DA UN GIORNO منذ يوم ☐ DA UN GIORNO منذ يوم

☐ DA UNA SETTIMANA منذ أسبوع ☐ DA UNA SETTIMANA منذ أسبوع

☐ > DI UNA SETTIMANA منذ أكثر من أسبوع ☐ > DI UNA SETTIMANA منذ أكثر من أسبوع

QUANTO E' DURATO? حدد كم يدوم؟

☐ POCCHI MINUTI بضع دقائق ☐ POCCHI MINUTI بضع دقائق

☐ UN'ORA ساعة ☐ UN'ORA ساعة

☐ UN GIORNO يوم ☐ UN GIORNO يوم

E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE? هل هي المرة الأولى التي تشعر بهذا الألم؟

☐ SI نعم ☐ NO لا

QUANDO IL DOLORE E' COMINCIATO, COSA STAVI FACENDO? عندما بدأ الألم ماذا كنت تفعل؟ (يمكن أكثر من إجابة)

☐ RIPOSANDO ترتاح ☐ RIPOSANDO ترتاح

☐ LAVORANDO FISICAMENTE تعمل ☐ LAVORANDO FISICAMENTE تعمل

☐ MANGIANDO تأكل ☐ MANGIANDO تأكل

☐ EMUZIONANDOME تتفعل ☐ EMUZIONANDOME تتفعل

☐ URINANDO تبول ☐ URINANDO تبول

☐ DEFECANDO تتغوط (تقضي حاجتك) ☐ DEFECANDO تتغوط (تقضي حاجتك)

☐ VOMITANDO تقيء ☐ VOMITANDO تقيء

☐ TOSSENDO تسعل ☐ TOSSENDO تسعل

la legge italiana di procedere alla re-infibulazione dopo il parto.

Nel caso della nascita di una bambina, va impostato un rapporto con la mamma, ma anche con il padre, al fine di poter seguire la crescita della bambina e accompagnare i genitori in un processo di riflessione sui diritti delle donne e delle bambine, per prevenire così il ricorso alle Mgf.

Se un professionista della salute ha le necessarie informazioni culturali e scientifiche sulle Mgf, l'impostazione di un rapporto disteso e di fiducia evita reticenze, imbarazzi e curiosità.

Il primo aspetto da curare, nell'incontro tra paziente e professionista sanitario, è quello della comunicazione interpersonale: molte donne possono essere di recente immigrazione, provenire da realtà rurali, avere livelli di istruzione bassi, non avere dimestichezza con le strutture sanitarie, ma soprattutto avere difficoltà a comprendere un approccio alla salute diverso dal loro.

Molta attenzione dovrà essere posta al linguaggio: molte donne, pur conoscendo l'italiano, potrebbero non conoscere i termini tecnici delle parti genitali modificate, e quindi potrebbe essere utile l'utilizzo di illustrazioni, anche tenendo conto che alcune donne con Mgf potrebbero non conoscere l'anatomia degli organi genitali integri. A tal proposito, la scheda elaborata può aiutare a superare questi ostacoli nella comunicazione.

Molta attenzione dovrà anche essere posta al senso del pudore: molte donne potrebbero trovare imbarazzo a svestirsi e a farsi visitare anche da altre donne, per cui dovrebbero essere limitate le consulenze a quelle appropriate e, in tal caso, è sempre necessario informare adeguatamente la donna.

L'infermiere può giocare un ruolo molto importante nella prevenzione delle mutilazioni genitali femminili anche nell'ambito della scuola, poiché è sicuramente il luogo in cui passano quasi tutti i bambini figli di immigrati, regolari e non.

È importante stabilire una comunicazione con gli insegnanti per educarli a saper riconoscere i possibili comportamenti delle bambine, il timore, l'ansia o l'aspettativa di un evento importante per la loro

HAI FEBBRE?	هل لديك حمى؟	SI NO	1 2
HAI FATICA A RESPIRARE?	هل تشعر بصعوبة؟	SI NO	1 2
HAI AVUTO UN PROBLEMA CRONICO A RESPIRARE?	هل كان لديك مرض قديم مزمن؟	SI NO	1 2
HAI AVUTO TOSSE CON CATARRI?	هل لديك سعال مع إفرازات؟	SI NO	1 2
TOSSE CON SANGUE	هل لديك سعال مع إفراز دم؟	SI NO	1 2
SI GONFIANO I PIEDI?	هل تنتفخ رجليك؟	SI NO	1 2
HAI PERSO COSCIENZA?	هل فقدت وعيك؟	SI NO	1 2
INDICA QUALE PARTE DEL CORPO MUOVI MENO	أنا أي طرف في جسمك يتحرك أقل		
INDICA IN QUALE PARTE HAI MENO SENSIBILITA'	أنا أي طرف في جسمك تشعر بأحاسيس أقل		
HAI VERTIGINI?	هل لديك دوخة؟	SI NO	1 2
HAI DISTURBI UDITIVI?	هل لديك اضطراب بالسمع؟	SI NO	1 2
HAI DISTURBI VISIVI?	هل لديك اضطراب بالمشاهدة؟	SI NO	1 2
HAI CEFALEA?	هل لديك ألم بالرأس؟	SI NO	1 2
HAI AVUTO CONVULSIONI E SPASMI MUSCOLARI?	هل أصابك صرغ أو تشنجات تشنج عضلات؟	SI NO	1 2
HAI AVUTO VOMITO	هل أقيأته؟	SI NO	1 2
1. CIBO 2. LIQUIDI 3. SANGUE 4. BILE	1. طعام 2. سوائل 3. دم 4. كبد صفراء (سائل الكبد)		
HAI AVUTO NAUSEA?	هل أصابك غثان؟	SI NO	1 2
HAI DEFECATO IRREGOLARMENTE?	هل لغوط بشكل طبيعي؟	SI NO STIPSI DIARRREA	1 2 3 4
HAI URINATO REGOLARMENTE?	هل بليت بشكل طبيعي؟	SI NO CON BRUCIORE CON DIFFICOLTA'	1 2 3 4
HAI AVUTO UN INCIDENTE STRADALE? TI SEI FATTO MALE	هل أصبت بحادث مرور؟		
LI TITIGANDO CON OGGETTO TAGLIANTE CON MACCHINARI CON ARMI DA FUOCO IN ALTRI MODI	هل تألمت؟ بـ... حركه بـ... قاطع بـ... ماكينة بـ... نار بـ... طريقة أخرى		
E' STATO UN INFORTUNIO SUL LAVORO?	هل أصبت بحادث في مكان العمل؟		

vita o i sintomi conseguenti ad una mutilazione avvenuta altrove.

Le strategie da mettere in atto saranno corsi di informazione/formazione e apposite mappe territoriali con l'indicazione di operatori, assistenti sociali che operano con le comunità, associazioni di volontariato, centri d'eccellenza regionali, se esistono, che operano sul territorio. Sarà così possibile eventualmente per gli insegnanti potersi rivolgere a personale competente e preparato, che possa supportarlo, sia nella fase di ascolto e percezione del problema, che nella fase di contatto con le famiglie.

Sarà anche utile predisporre programmi nazionali di educazione alla salute in cui possano essere affrontati i temi del diritto alla salute in generale, ed in particolare della salute della donna e delle bambine.

Un professionista formato potrebbe organizzare occasioni di incontro e di discussione in generale sulla salute delle bambine che frequentano la scuola, per promuovere il dialogo e la socializzazione tra le famiglie dei bambini/e, come una festa con cibi etnici, occasione di apertura della scuola alle famiglie e di interesse nei confronti delle diverse culture e tradizioni.

Infatti, solo all'interno di un rapporto di fiducia e di dialogo sarà possibile divenire punto di riferimento esterno alla famiglia per le bambine a rischio Mgf, acquisire elementi utili per valutare l'opinione delle famiglie sulle Mgf, con particolare riferimento alle loro figlie.

Quando non vi è una forma di comunicazione esplicita su questi temi tra pazienti e infermieri, il linguaggio del corpo può aiutare a decifrare situazioni di disagio o di difficoltà.

Quindi, per realizzare interventi educativi e preventivi congrui è necessaria una idonea formazione e una buona capacità comunicativa a tutti i livelli.

Le Mgf sono un problema con cui gli operatori sanitari occidentali non hanno familiarità: oltre ad una mancanza di conoscenze cliniche, mancano anche le conoscenze sulle credenze e le tradizioni socioculturali che sottendono tali pratiche.

Ad esempio, in molte comunità dove

INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE. SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ.	من أي طرف في جسمك تضربت إن كنت لديك مفصل تتحرك بسهولة من أجلها
INDICA QUALI HAI RESPIRATO ☐ FUMI DI COMBUSTIONE? ☐ SOSTANZE CHIMICHE?	هل تنفست؟ هل تنفست دخان؟ هل تنفست مواد كيميائية؟
HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE?	هل تعرضت إلى إغتصاب جنسي؟
LESIONI CONTRO LA TUA VOLONTÀ?	إصابات و تعذيب
INFIBULAZIONE?	التخثر أو شيء آخر
HAI AVUTO UN' AGGRESSIONE?	هل تعرضت إلى اعتداء؟
TI SEI USTIONATO? ☐ SÌ ☐ NO 1. ACIDO 2. OLIO 3. FUOCO 4. ACQUA 5. VAPORE	هل تعرضت إلى حرق؟ نعم لا - حمض - زيت - من حريق - من ماء - من بخار
COME TI SENTI? ☐ MEGLIO ☐ PEGGIO ☐ COME PRIMA	كيف تشعر الآن؟ أفضل أسوأ كما في السابق

essere solo “non praticate le Mgf”, quanto puntare a facilitare un cambiamento sociale.

Com'è stato evidenziato, il problema della infibulazione è molto complesso: in un intervento educativo e di sostegno non si può non tener conto dei molteplici fattori che lo caratterizzano.

Il ruolo dell'infermiere è fondamentale in virtù della mission che caratterizza la professione, che più facilmente lo può portare ad entrare in relazione con una donna che ha subito delle mutilazioni genitali, o con quelle che sono a rischio.

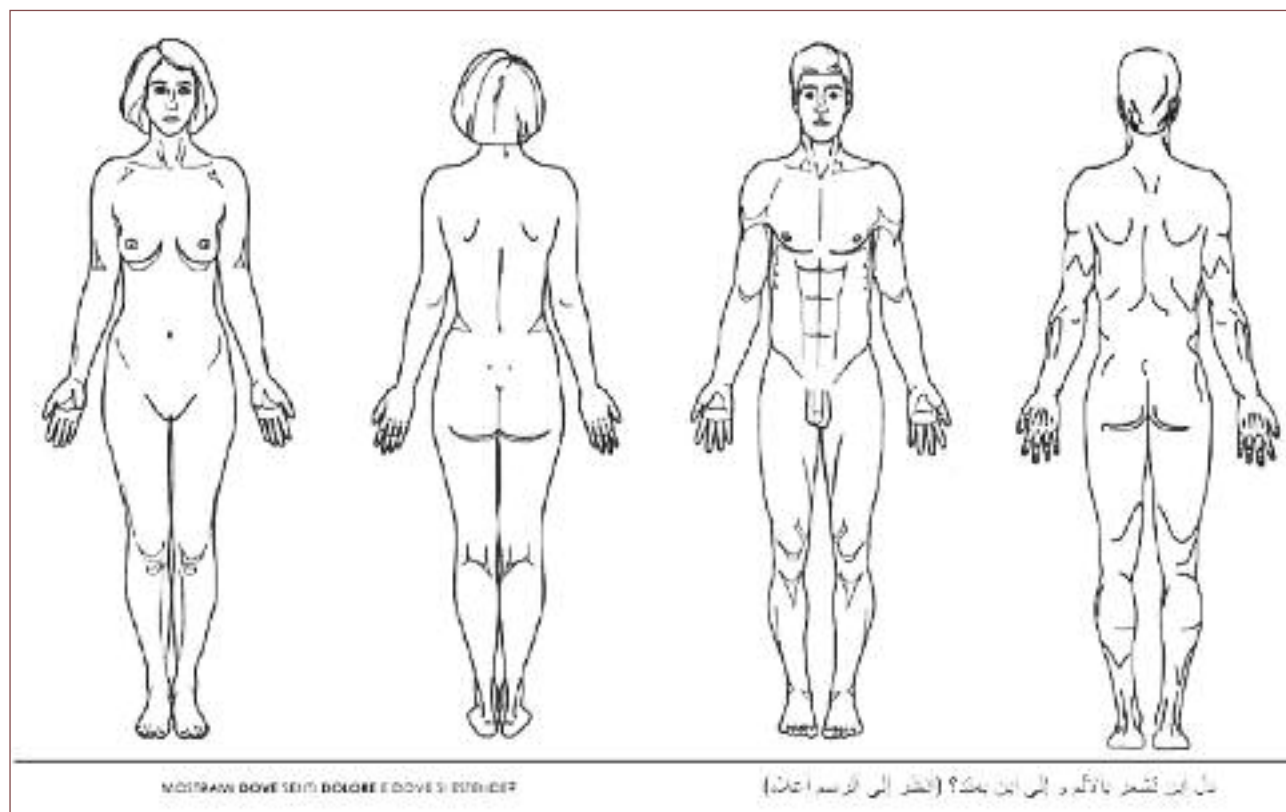
Questo non lo esime però dal potersi trovare in difficoltà qualora dovesse assistere una donna vittima di infibulazione. Dovrà, quindi, avere delle conoscenze di relazione transculturale, in quanto durante il suo percorso lavorativo l'infermiere si troverà ad interagire con molte persone appartenenti a diverse culture, e nel mondo globalizzato di oggi è sempre più frequente.

La conoscenza di una modalità “transculturale” renderà il proprio intervento efficace, in quanto capace di pianificare ed erogare un'assistenza competente, che passa attraverso il riconoscimento dei bi-

sono una pratica tradizionale, le donne sono riluttanti a discutere di questioni sessuali con il personale sanitario e la timidezza impedisce loro di parlare di rapporti sessuali dolorosi o dell'incapacità di consumare il matrimonio: pertanto, gli aspetti psicologici, psicosessuali e culturali delle Mgf dovrebbero essere inclusi nella formazione degli operatori

sanitari.

Purtroppo, le Mgf rappresentano non solo un problema sanitario, ma soprattutto un mezzo per controllare la sessualità femminile, perciò è inutile combattere la loro eradicazione: è più efficace etichettarla come un comportamento sociale che si serve del sesso come base. Ciò significa che il messaggio non deve



sogni di uomini culturalmente diversi. Il termine cultura è stato definito come *"apprendimento di valori trasmessi e condivisi, di credenze, di norme e pratiche di vita che guidano il pensiero, le decisioni e le azioni di un particolare gruppo sociale secondo determinati schemi di comportamento"* (Leininger, 2005).

Fu proprio la Leininger ad usare, per la prima volta, il termine di **nursing transculturale** e la sua teoria della universalità e diversità dell'assistenza culturale, diventa fondamentale in una società che intende offrire assistenza a persone appartenenti a culture diverse tra loro.

L'universalità indica i modelli assistenziali, i valori, i comportamenti che sono comuni a tutte le culture; la diversità indica i modelli, i comportamenti che sono specifici di un individuo, una famiglia o un gruppo culturale.

La teoria della Leininger fornisce dei riferimenti in base a cui l'infermiere può decidere qual è l'assistenza necessaria ed appropriata per il paziente.

La comunicazione infermiere-paziente è il fulcro dell'assistenza infermieristica,

quindi, nel caso di assistenza ad una donna vittima di mutilazioni genitali, risulta necessario stabilire una comunicazione efficace cioè comprendere e farsi comprendere dalla paziente.

L'approccio iniziale può risultare difficoltoso (a causa della lingua e della cultura), quindi un aiuto importante, in tal caso, può darlo la figura del mediatore culturale. Un altro elemento da tenere ben presente è il linguaggio che si usa, poiché alcuni termini, come mutilazioni genitali o altri nella fattispecie potrebbero risultare offensivi e controproducenti all'interno della comunicazione.

È per questo motivo, che risulta necessario capire quali termini la paziente e la sua famiglia usino per riferirsi alla mutilazione genitale femminile: così, si hanno più possibilità di creare una comunicazione positiva.

La scheda multilingue, superando lo scoglio di termini specifici e del *background* culturale legato a particolari termini, può essere di valido aiuto nello stabilire una comunicazione efficace e ricca di informazioni sul paziente.

AUTORI:

Sondra Badolamenti, infermiera, Complesso Integrato Columbus, dottoranda di ricerca in Scienze Infermieristiche-Università degli Studi di Roma Tor Vergata;

Primo Italo Bertoldi, coordinatore infermieristico, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini;

Cristina Borghesi, assegnista di ricerca Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Dipartimento Malattie Polmonari 5' Pneumologia ad indirizzo oncologico;

Micaela Danieli, infermiera, punto di Primo Intervento di Sabaudia. Presidio Ospedaliero Centro Asl di Latina;

Maria Loredana Leonetta, infermiera;

Emma Mancini, infermiera, Cpsi Servizio di Anestesia e Rianimazione OO.RR Anzio-Nettuno;

Pietro Vaccaro, infermiere, Centro di Assistenza Domiciliare, Asl Roma C Distretto 9;

Fernanda Di Foggia, ostetrica, dottoranda di ricerca in Filosofia, Università Pontificia San Giovanni Lateranense.

BIBLIOGRAFIA

Kaplan-Markusàn A, Del Rio N.F, Moreno-Navarro J, Castany-Fàbregas M.J, Nogueras M.R, Munoz-Ortiz L, Monguì-Avila E, Toràan-Monserrat P, *Female genital mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families*. BMC Public Health 2010, Apr; 16(10). Legge 9 gennaio 2006 n.7, Gazzetta Ufficiale n.14 del 18 gennaio 2006.

Leininger M, *Diversità e universalità dell'assistenza culturale. Una teoria del nursing*. Piccin; 2005.

Ministero della Salute. D.M. 6 settembre 2006. *Rapporto al Ministero della Salute "Commissione per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"*.

Morrone A, Vulpiani P, *Corpi e simboli*. Armano editore, 2004. p. 73-74.

Programma della Regione Emilia Romagna finalizzato alla attivazione, gestione e riorganizzazione dei Consultori (dic 2000-feb 2001). Progetto n. 9. *Le mutilazioni genitali femminili nella popolazione immigrata e Raccomandazioni per i professionisti*. Dic2000-feb 2001.

Rapporto del Ministero della Salute sulle Mgf del 9 marzo 2007.

SITOGRAFIA

Azienda ospedaliera della provincia di Pavia. *Accoglienza del paziente straniero in Pronto Soccorso*. <http://www.ospedali.pavia.it/aopavia/ospedali.jsp>

Department of Health. Female genital mutilation: multi-agency practice guidelines. Protecting pupils from female genital mutilation. www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandGuidance/DH_124551. Ultimo accesso 22.03.2011.

H.M Government. Call to end violence against women and girls: Action plan. www.homeoffice.gov.uk/publications/crime/callend-violence-women-girls/vawg-actionplan. Ultimo accesso 21.03.2011.

Focus

**L'impegno del Collegio per sostenere
e implementare la ricerca infermieristica**



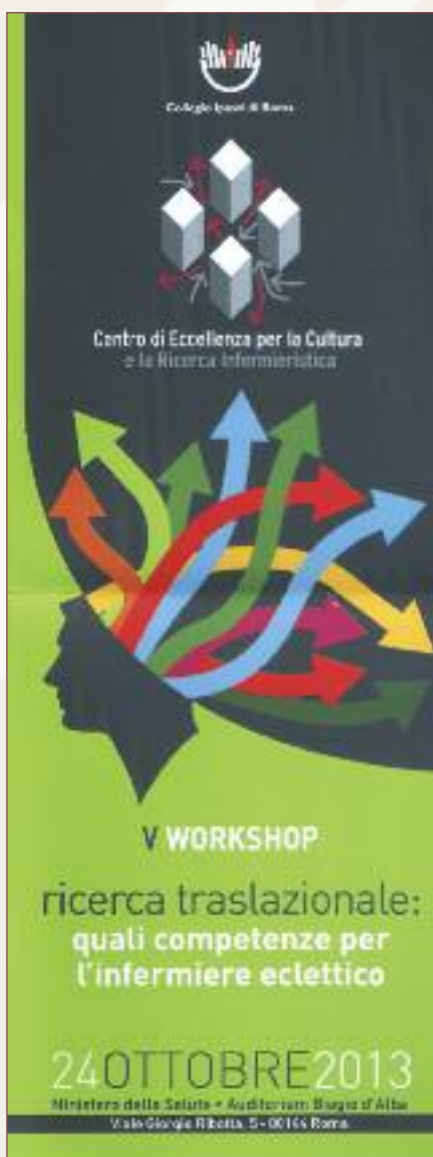
Collegio Provinciale IPASVI di Roma

La ricerca traslazionale e l'impegno del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca infermieristica

Il 24 ottobre 2013 il Collegio Ispasvi di Roma e il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica hanno organizzato, presso l'auditorium "Biagio D'Alba" del ministero della Salute, il V workshop internazionale dal titolo **"Ricerca traslazionale: quali competenze per l'infermiere eclettico"**.

Gli obiettivi della giornata erano: delineare la struttura delle competenze dell'infermiere globale; favorire il confronto e il dibattito sui temi della ricerca infermieristica; garantire l'eccellenza dei progetti attraverso un'attenta valutazione della loro ottica traslazionale.

Il focus del workshop è stato affidato alla professoressa **Dyanne D. Affonso**, presidente onorario del Centro e presidente del *board* scientifico internazionale. È spettato a lei, infatti, definire il perimetro della ricerca traslazionale, intesa come traslazione della scienza di base e delle scoperte precliniche in ricerca sui soggetti umani e come successiva traslazione dei risultati dei trial clinici nella pratica in ambito clinico e territoriale. In questo ambito, il *National Institutes of Health* (NIH) ha istituito il programma denominato *"Clinical & Translational Science Awards"* (Ctsa), assegnando ingenti finanziamenti per le scienze cliniche e traslazionali nelle attuali 61 sedi. Si è inoltre parlato di Ctsa, il nuovo approccio per accelerare la traslazione della ricerca nelle applicazioni cliniche e ottimizzare i miglioramenti per la salute individuale e la sanità pubblica. L'obiettivo, pienamente condiviso dal Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica, è aiutare i ricer-



catori a identificare terapie e interventi promettenti affinché possano procedere nel modo più rapido possibile. In questa

ottica, il presidente del Collegio di Roma e direttore del Centro, **Gennaro Rocco**, ha ricordato alla platea quanto siano cresciuti negli ultimi anni i servizi offerti agli iscritti Ispasvi per implementare e affinare la ricerca, specie in ambito internazionale.

Già dal 2010, ad esempio, la Biblioteca digitale on line è gratuita per tutti, con oltre 700 riviste fruibili on-line con full text ecc. (*Cinahl, Ovid Sp, Nursing Reference Center, Consumer Health Information, Cochrane Database of Systematic Reviews*).

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

La *Health Library* e la *Consumer Health Information* (tradotta in lingua Italiana), sono poi le risorse più autorevoli in ambito di *patient education* e contengono migliaia di schede di educazione paziente su patologie, procedure ed altri argomenti di interesse clinico. Sono anche disponibili video su interventi chirurgici ed altri contenuti multimediali.

Tra i progetti futuri, spicca la realizzazione di un portale dedicato per la pubblicazione delle evidenze scientifiche del Centro e per la pubblicazione di protocolli, linee guida, procedure, raccomandazioni ecc. di interesse professionale.

Al momento, è attiva la piattaforma: **www.centrodiexcellenza.eu**

I PROGETTI ATTUALMENTE IN CORSO

POLO PER L'ISTRUZIONE

- ♦ Costruzione di un modello per la valutazione del *Core Competence* infermieristico nell'esame di abilitazione professionale (fasi finali)
- ♦ Da Panacea a Igea: "Il potere della relazione di aiuto". Strumenti relazionali e professione infermieristica
- ♦ L'assistenza infermieristica nelle comunità confinate: la persona detenuta
- ♦ Percezione e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base: un'indagine conoscitiva sugli studenti del terzo anno del corso di laurea in infermieristica della Regione Lazio
- ♦ Etica – responsabilità – relazione – formazione
- ♦ Proposta formativa per il governo clinico, la sicurezza dei malati e dei professionisti e la gestione del rischio clinico con specifici metodi di analisi
- ♦ Progetto per la formazione del personale infermieristico in materia di prevenzione del suicidio.

POLO PER LA RICERCA

- ♦ Analisi dell'impatto del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica sul cambiamento culturale dell'infermieristica in Italia
- ♦ La conoscenza dei cittadini e degli iscritti all'albo professionale relativa alle attività del Collegio IPASVI di Roma
- ♦ Studio controllato randomizzato in cieco sull'efficacia di un opuscolo informativo per pazienti candidati ad impianto di port
- ♦ Studio pilota clinico randomizzato e controllato della propoli nella prevenzione della stomatite in pazienti adulti che ricevono chemioterapia per il cancro al seno
- ♦ "INTEGRARSI" - Integrazione sociale



e lavorativa degli infermieri stranieri a Roma: approfondimenti transculturali

- ♦ Infermiere di famiglia e infermiere di "comunità": nuovi protagonisti della sanità territoriale
- ♦ Rispetto professionale degli infermieri: uno sguardo europeo
- ♦ Da studente infermiere a professionista della salute: uno studio longitudinale sul processo dello stress e del *burnout* a partire dall'università
- ♦ Valutazione quali-quantitativa del fabbisogno di assistenza territoriale degli ultrasessantacinquenni nel Lazio
- ♦ La resilienza del *caregiver* della persona assistita in cure palliative
- ♦ Progetto Educativo "FolleMente": conoscere la malattia mentale, combattere il pregiudizio
- ♦ Validazione linguistica e culturale della versione italiana della scala Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED)
- ♦ Valutazione quali-quantitativa del fabbisogno di assistenza territoriale degli ultrasessantacinquenni nel Lazio
- ♦ La resilienza del *caregiver* della persona assistita in cure palliative
- ♦ Progetto Educativo "FolleMente": conoscere la malattia mentale, combattere il pregiudizio
- ♦ Validazione linguistica e culturale della versione italiana della scala Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED)
- ♦ Validazione della traduzione in italiano del questionario *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) nel paziente affetto da almeno una patologia

cronica

- ♦ L'assistenza centrata sulla famiglia e la soddisfazione dei genitori in neonatologia
- ♦ Progetto di ricerca multicentrica sulla salute organizzativa degli infermieri in servizio presso le Aziende Sanitarie di Roma e Provincia (2 fase).

POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI

- ♦ Corso di formazione teorico-pratica *blended on line* in "Metodologia della ricerca infermieristica" (4 ed.)
- ♦ Strumenti e strategie per la ricerca bibliografica nelle Scienze infermieristiche (5 ed.)
- ♦ "Corso di inglese scientifico per il *nursing* 4 livelli: base – pre-intermedio – intermedio – avanzato" 12 corsi
- ♦ Fonetica e conversazione inglese 3 livelli 3 corsi
- ♦ 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 attraverso la formazione di infermieri clinici esperti in *Evidence Based Practice*
- ♦ L'applicazione dell'*evidence based practice* nella produzione di ricerca secondaria finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche
- ♦ La complessità assistenziale: il punto di vista degli infermieri
- ♦ Migliorare il *self-care* nella persona con scompenso cardiaco attraverso il colloquio motivazionale: un'esperienza internazionale.

La biblioteca digitale disponibile gratuitamente per i tutti gli iscritti!

Cari iscritti, le condizioni strutturali per il nostro lavoro sono sempre più difficili ma non possiamo venire meno a quanto è stato ben evidenziato nell'ultimo codice deontologico, l'aggiornamento, la ricerca sono fondamentali per operare al meglio nella nostra professione ed essere in prima linea nella tutela della salute. Nonostante l'attuale scenario della sanità faccia emergere nuove gravi emergenze da risolvere, il Collegio di Roma crede fermamente che non debbano mancare i fondamenti necessari per una formazione continua, così la biblioteca della sede IPASVI e il suo Centro di Documentazione, così come la Biblioteca Digitale, sono un servizio essenziale sempre a vostra disposizione.

Il servizio della Biblioteca Digitale, accessibile agli iscritti tramite PIN sul sito del Collegio, è confermato per il 2014 **con tutte le sue risorse e qualche importante novità**. Ricordiamo che si tratta di un portale (AtoZ) che integra risorse di diversa provenienza ottimizzando per il ricercatore il recupero dei documenti, fornendoli (*full-text*) o indicando la loro disponibilità presso la sede o presso altre biblioteche.

Il portale con le sue diverse sezioni è un catalogo delle riviste disponibili (circa 7.000, tra abbonamenti sottoscritti e collezioni fornite in convenzione da EBSCO e Ovid Technologies) ed anche contenitore delle banche dati più autorevoli per la nostra disciplina; a completamento, la sezione dedicata ai tutorial, utili per ricordare le procedure di base della consultazione delle banche dati o per scoprire le modalità di



ricerca più avanzate.

La banca dati **Cinahl** (*Cumulative Index of Nursing & Allied Health Literature*), prodotto EBSCO, vede coesistere diverse versioni, arricchite esponenzialmente di strumenti e *fulltext*. Dalla versione "*Cinahl Plus Full-text*", fino ad ora in uso, grazie alla negoziazione consortile del Coordinamento dei Collegi IPASVI del Lazio con EBSCO andata a buon fine, è stato possibile sottoscrivere vantaggiosamente la **versione "Complete"** che, oltre a contenere 275 monografie, informative di assistenza basate sull'evidenza (134 *evidence-based care sheets*) e rapide lezioni su procedure e patologie

(169 *quick lessons*), si distingue per un notevole incremento di riviste disponibili *full-text*, dalle 765 testate della passata versione passiamo a 1325 riviste a testo pieno. Ricordiamo le dimensioni di questa banca dati che deve essere lo strumento operativo per la ricerca accademica e clinica della nostra professione: 5.171 "*Journals*" indicizzati (indicizzazione retrospettiva e *full-text* dal 1937) per più di 3,9 milioni di record, il meglio della letteratura mondiale di nursing a nostra disposizione.

Troverete ancora **Nursing Reference Center**, altro prodotto EBSCO, che lo scorso anno ricercatori e docenti hanno apprezzato per la ricchezza di strumenti dedicati alla clinica: 966 *evidence-based care sheets*, 2.578 *quick lessons*, 2.373 informazioni farmacologiche, 3.521 linee





Schermata principale del Nursing Reference Center

guida, 6.742 documenti di educazione del paziente alla dimissione, 1.172 documenti di competenze e procedure infermieristiche ed altro ancora...

Consumer Health Information, ora in lingua italiana, è dedicata all'educazione del paziente, con un linguaggio efficace descrive, sinteticamente ma compiutamente, principali patologie e complicanze, fasi delle procedure diagnostiche e chirurgiche, si tratta di documenti utili per dare informazioni adeguate ai pazienti.

La Collezione PLUS dei Database *Cochrane*, nota per l'eccellenza delle revisioni sistematiche e delle meta-analisi che offre, come sempre è disponibile in sede.

Pubmed (sviluppato dal *National Center for Biotechnology Information* - NCBI - presso la *National Library of Medicine*-NLM-) disponibile gratuitamente online, consultato sul nostro portale consente di verificare (a livello di abstract) l'eventuale disponibilità di *fulltext* con il link LS.

OvidSP è la piattaforma che ci introduce al sistema Ovid Technologies, aggrega le pubblicazioni sottoscritte dal Collegio (individuabili nel pacchetto "YourJournals@Ovid") e la ricca Collezione "Journals@Ovid" (*PayPerView*), è integrata con Ovid Medline.

Per comodità troverete anche **ILISI** (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche), banca dati bibliografica curata dal Collegio di Roma che come sapete è liberamente accessibile online. Tutti i documenti indicizzati in ILISI sono disponibili in cartaceo presso la biblioteca della sede, è utile ricordare che le riviste dei Collegi e della Federazione sono disponibili in pdf o html sui rispettivi siti. I tempi sono duri, la disfatta della sottoscrizione nazionale della Banca dati Ci-

nahl attraverso la Federazione ha avuto la sua motivazione negli scarsi accessi a livello nazionale, sono ancora poco diffuse le competenze per usare questi strumenti, è necessaria una continua disseminazione di formazione mirata, ed è questo l'impegno al quale ci dedichiamo oramai da anni ottenendo risultati di contro-tendenza. Le nostre statistiche di accesso alla Biblioteca Digitale crescono qualitativamente (le interrogazioni più adeguate diminuiscono il totale generale mentre aumentano i documenti scaricati) ci confermano che la strada intrapresa non è sbagliata. Ragionando attualmente sulle sole statistiche del sistema Ovid Technologies (che è una sola parte della Biblioteca Digitale) vediamo a fronte dei dati 2012 (Sessioni/accessi 3.899, ricerche 18.274, 36.822 abstract recuperati 900 *fulltext* scaricati) che per il 2013 aumentano gli abstract e gli articoli scaricati: Sessioni/accessi 3.254, ricerche 11.177, 41.429 abstract recuperati, 1577 *fulltext* scaricati. Noi continuiamo convinti... buone ricerche!



In crescita l'utilizzo della piattaforma Ovid

Tra i numerosi servizi della Biblioteca Digitale offerti dal Collegio Ipasvi di Roma, la piattaforma OvidSP ha registrato un'ulteriore crescita di accessi ai database delle riviste e di download di articoli, passando dai 500 del 2012 agli oltre 800 del 2013 e da un download di 900 articoli nel 2012 ai 1.600 del 2013. Ovid, oltre ad aggregare le pubblicazioni Lippincott sottoscritte dal Collegio ed individuabili nel pacchetto "Your Journals@Ovid" o la ricca collezione Journals@Ovid full text (i cui articoli PayPer View possono essere acquistati on line previa specifica registrazione*), è una piattaforma di ricerca integrata con Ovid Medline (la parte indicizzata di PubMed), integrato anch'esso delle risorse disponibili gratuitamente nel web. Dalla fase iniziale ed in ogni momento della ricerca base, avanzata o multicampo, è possibile selezionare, incrementare o limitare, la base di dati da interrogare: Medline (diviso in sezioni opzionabili: dal '47 al '65, dal '50 ad oggi, dal '96 ad oggi), Your Journals@Ovid, Journals@Ovid; porre limiti di tempo, di popolazione, tipo di documento o altro. La consultazione di Ovid Medline nella ricerca avanzata è arricchita dalla funzione "Map term to Subject Headings" (attiva solo se non sono state selezionate altre base dati) che aiuta a tradurre le parole chiavi dell'interrogazione nei termini del vocabolario controllato di Medline (MeSH). L'interfaccia, in inglese, è estremamente amichevole e anche per questo ambiente si segnala la particolare utilità di creare un account personale: My workspace che, oltre a consentire di salvare ricerche e creare Alerts, offre la possibilità di lavorare e integrare parti dei testi full text in Power Point. Si suggerisce di controllare sempre il catalogo della Biblioteca digitale perché molti titoli sono disponibili in versione elettronica e/o cartaceo.

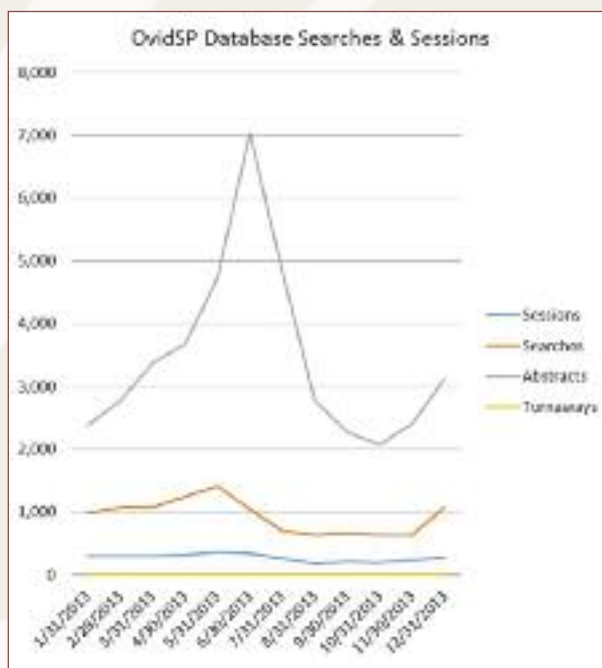
Per registrarsi al servizio, occorre cliccare il link "accedi al servizio gratuitamente" presente nella sezione "Biblioteca Digitale" del sito www.ipasvi.roma.it e registrarsi.

La procedura è semplice: basta compilare la scheda che viene proposta sul monitor con il proprio nome e cognome, numero di posizione di iscrizione all'Albo e codice fiscale per essere riconosciuti dal sistema.

Il sistema chiederà di immettere una propria password che l'iscritto dovrà mantenere segreta; a questo punto verrà mostrato a video l'indirizzo risultante dall'anagrafica del Collegio. Se l'indirizzo è corretto, basterà dare conferma; se invece l'indirizzo non è aggiornato, sarà necessario annullare la richiesta di registrazione, per poi comunicare al più presto alla Segreteria del Collegio Ipasvi di Roma il nuovo indirizzo. Solo dopo tale correzione si potrà ripetere la procedura di registrazione appena descritta.

Al termine della registrazione, il sistema invierà automaticamente una lettera via posta prioritaria con il PIN che servirà in seguito per accedere ai servizi on line.

Le statistiche di accesso a OvidSP nel 2013, su base mensile



I full text maggiormente consultati

Journal of Cardiovascular Nursing
Gastroenterology Nursing
AJN, American Journal of Nursing
Journal of Nursing Administration
Nursing Standard
Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing
Journal of Nursing Care Quality
Cancer Nursing
Clinical Nurse Specialist
Journal of Neuroscience Nursing
Journal of Infusion Nursing
Nursing Times
Advances in Skin & Wound Care
Nursing Research
AACN Advanced Critical Care
Advances in Nursing Science
Advances in Neonatal Care
MCN, American Journal of Maternal Child Nursing
American Journal of Critical Care
CIN: Computers, Informatics, Nursing
Nurse Practitioner
Nurse Educator
Journal for Nurses in Staff Development - JNSD
AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care
Professional Case Management

Exposanità e dati sanitari: il Lazio tra le regioni più anziane

Exposanità ha rielaborato gli ultimi dati Istat ed è emerso che la crescita e la maggiore incidenza degli over 65 sono tra quelli più significativi.

La classifica delle province laziali (con l'incidenza più alta di over 65 sulla popolazione locale) vede, nell'ordine: Rieti con il 22,1% di anziani (34.216); Viterbo con il 20,6% (64.509); Roma con il 19% (759.085) e, alla pari, Frosinone (93.365); chiude Latina con il 17,1% (93.142). Appare chiaro, quindi, che la popolazione ciociara non cresce: il +1,6%, infatti, è l'incremento più basso registrato in tutto il Lazio, dove la popolazione cresce in media del 7,5% con punte che sfiorano l'11 nel pontino e superano l'8 nella Tuscia. I dati avranno sicuramente una significativa ricaduta sul tessuto sociale ed impongono una riorganizzazione dell'intero sistema sanitario, visto che la terza età resta un tema complesso che richiede una collaborazione sinergica tra enti, istituzioni pubbliche e realtà private che si occupano, a diverso titolo, di attività assistenziali.

A tal proposito, Exposanità ha costituito un tavolo di confronto a cui sono state invitate diverse associazioni e, agli incontri seguiranno due appuntamenti: a maggio, nell'ambito della manifestazione, uno sarà aperto al pubblico per presentare le *best practices* in tema di gestione ed organizzazione di servizi per la terza; l'altro, a porte chiuse alla presenza dei più autorevoli esponenti del sistema sanitario.

Se, nel 2040, la popolazione over 65 raggiungerà in Italia il 35%

del totale, si preannuncia una sfida per la sanità e i suoi operatori che dovranno rispondere a nuovi bisogni sanitari, a fronte di un numero di risorse limitate.

La problematica dell'assistenza all'anziano non trova però il suo fondamento solo sulla difficile reperibilità di risorse economiche, ma anche sulla necessità di mettere in rete dei servizi sociali in grado di erogare assistenza domiciliare e tutelare. La prima per mantenere l'anziano nel proprio ambiente di vita, la seconda, invece, ad appannaggio del servizio socio-sanitario volta a rispondere ai bisogni multipli delle persone che vivono una temporanea o permanente situazione di non autosufficienza.

Bisognerà formare nuove professionalità sanitarie e pertanto, promuovere un aggiornamento del comparto diventa prioritario. Nel Lazio, la domanda di servizi dedicati alla terza età è destinata a crescere e, di conseguenza, è probabile aumenterà anche la richiesta di professionisti qualificati e competenti su tutti gli aspetti della materia.

Secondo i dati emessi dalla Comunità europea, infatti, l'invecchiamento della popolazione è stato tra i fattori che hanno portato il settore sanitario europeo ad assumere quasi un milione di persone nel 2012: un trend che risulta interessante per il Lazio dove, tra il 2002 e il 2012, il rapporto degli over 65 sul totale della popolazione della regione è cresciuto del 2,1%, e dove il tasso di disoccupazione ha raggiunto il 39,9% tra i più giovani (a Frosinone è il 37,8%).

Il Collegio IPASVI in Rete



Corsi Ecm, la formazione è alla portata di tutti

In questa pagina tutti gli interventi formativi organizzati direttamente dal Collegio Ipasvi di Roma nel 2013. Si tratta di 95 corsi, articolati in una o più lezioni, che hanno coinvolto ben 9.214 iscritti nell'arco dell'anno appena trascorso.

Gli eventi, che tra l'altro prevedono il rilascio di crediti utili per il programma di Educazione Continua in Medicina (Ecm), sono interamente gratuiti. Solo per i corsi di Inglese è previsto un piccolo contributo.

Anche per il 2014 l'offerta formativa a cura del Collegio sarà particolarmente ricca. Per essere aggiornati sulle iniziative in corso basta collegarsi al sito www.ipasvi.roma.it Per iscrizioni o per verificare la possibilità di svolgere un corso presso la propria azienda, si può inviare una email a collegio@ipasvi.roma.it e segreteriaecm@ipasvi.roma.it o chiamare il numero 06/37511597.

DATA	EDIZIONE	TITOLO EVENTO	LUOGO	CREDITI ECM	PARTECIPANTI
6 FEBBRAIO	I	L'INFERMIERE E LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NEL MONDO DIGITALE, RISVOLTO ETICO	OSPEDALE DI VELLETRI	7	60
15 MAGGIO	IV	L'INFERMIERE E LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NEL MONDO DELL'INFORMAZIONE DIGITALE, RISVOLTO ETICO	OSPEDALE DI VELLETRI	7	60
29 GENNAIO 9 APRILE	I	CORSO DI FONETICA E CONVERSAZIONE INGLESE III LIV	SEDE COLLEGIO IPASVI	41,8	25
7 MAGGIO - 23 LUGLIO	II	CORSO DI FONETICA E CONVERSAZIONE INGLESE III LIV	SEDE COLLEGIO IPASVI	41,8	25
10 SETTEMBRE 26 NOVEMBRE	III	CORSO FONETICA E CONVERSAZIONE INGLESE III LIV	SEDE COLLEGIO IPASVI	41,8	25
30 GENNAIO 10 APRILE	I	CORSO D'INGLESE SCIENTIFICO LIV. BASE	SEDE COLLEGIO IPASVI	41,8	25
8 MAGGIO 24 LUGLIO	II	CORSO D'INGLESE SCIENTIFICO LIV. BASE	SEDE COLLEGIO IPASVI	41,8	25
7 MAGGIO 23 LUGLIO	III	CORSO D'INGLESE SCIENTIFICO LIV. BASE	SEDE COLLEGIO IPASVI	41,8	25
29 GENNAIO 9 APRILE	I	CORSO D'INGLESE SCIENTIFICO INTERMEDIO III LIV	SEDE COLLEGIO IPASVI	41,8	25
8 MAGGIO 24 LUGLIO	II	CORSO D'INGLESE SCIENTIFICO INTERMEDIO III LIV	SEDE COLLEGIO IPASVI	41,8	25
10 SETTEMBRE 26 NOVEMBRE	II	CORSO D'INGLESE SCIENTIFICO INTERMEDIO III LIV	SEDE COLLEGIO IPASVI	41,8	25
30 GENNAIO 10 APRILE	I	CORSO D'INGLESE SCIENTIFICO II LIV	SEDE COLLEGIO IPASVI	41,8	25
11 SETTEMBRE 27 NOVEMBRE	III	CORSO D'INGLESE SCIENTIFICO II LIV	SEDE COLLEGIO IPASVI	41,8	25
11 SETTEMBRE 17 NOVEMBRE	II	CORSO D'INGLESE SCIENTIFICO LIVELLO BASE	SEDE COLLEGIO IPASVI	41,8	25
13 FEBBRAIO	I	L'INFERMIERE E LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NEL MONDO DELL'INFORMAZIONE DIGITALE, RISVOLTO ETICO	SEDE COLLEGIO IPASVI	7	60
9 MARZO	I	ASSISTERE IN UN MONDO GLOBALIZZATO: ESPERIENZE DEGLI INFERMIERI STRANIERI IN ITALIA	OSPED. FATEBENEFRATELLI	5,4	40
4 MAGGIO	II	ASSISTERE IN UN MONDO GLOBALIZZATO: ESPERIENZE DEGLI INFERMIERI STRANIERI IN ITALIA	SUORE DELLA MISERICORDIA	5,4	40
6 LUGLIO	IV	ASSISTERE IN UN MONDO GLOBALIZZATO: ESPERIENZE DEGLI INFERMIERI STRANIERI IN ITALIA	POL. TOR VERGATA	5,4	40
2 FEBBRAIO	I	PROBLEM SOLVING 6 CAPPELLI PER PENSARE	SEDE COLLEGIO IPASVI	10,3	20
21 FEBBRAIO 23 FEBBRAIO	I	STRUMENTI E STRATEGIE PER LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NELLE SCIENZE INF.CHE	SEDE COLLEGIO IPASVI	29	25
3 OTTOBRE 5 OTTOBRE	II	STRUMENTI E STRATEGIE PER LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NELLE SCIENZE INF.CHE	SEDE COLLEGIO IPASVI	29	25
5 MARZO 8 MARZO	I	ETICA E BIO ETICA NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA	HOTEL DIVINO AMORE	30	100
6 MAGGIO 11 MAGGIO	II	ETICA E BIO ETICA NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA	HOTEL DIVINO AMORE	30	100
3 MAGGIO 25 MAGGIO	I	EVIDENCE BASED PRACTICE: L'INFERMIERE ESPERTO CLINICO, AGENTE DI CAMBIAMENTO NELLA REALTÀ OPERATIVA	SEDE COLLEGIO IPASVI	43,4	25
21 MARZO	I	L'INFERMIERE E LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NEL MONDO DELL'INFORMAZIONE DIGITALE, RISVOLTO ETICO	OSPED. SAN PIETRO/ FATEBENEFRATELLI	6	100
23 APRILE	II	L'INFERMIERE E LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NEL MONDO DELL'INFORMAZIONE DIGITALE, RISVOLTO ETICO	ASL ROMA/C - OSPEDALE SANTEUGENIO	6	100
25 GIUGNO	III	L'INFERMIERE E LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NEL MONDO DELL'INFORMAZIONE DIGITALE, RISVOLTO ETICO	ASL ROMA/C - OSPEDALE SANTEUGENIO	6	100
7 GIUGNO	IV	L'INFERMIERE E LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NEL MONDO DELL'INFORMAZIONE DIGITALE, RISVOLTO ETICO	POLICLINICO UMBERTO I	6	100

1 LUGLIO	V	L'INFERMIERE E LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NEL MONDO DELL'INFORMAZIONE DIGITALE, RISVOLTO ETICO	POLICLINICO SANT'ANDREA	6	100
15 MARZO 12 OTTOBRE	I	L'APPLICAZIONE DELL'EBP FINALIZZATA ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE INFERMIERISTICHE	SEDE COLLEGIO IPASVI	50	20
19 APRILE 26 OTTOBRE	II	L'APPLICAZIONE DELL'EBP FINALIZZATA ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE INFERMIERISTICHE	SEDE COLLEGIO IPASVI	50	20
20 MARZO 25 NOVEMBRE	I	METODOLOGIA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA	SEDE COLLEGIO IPASVI	50	25
22 MARZO 2 DICEMBRE	II	METODOLOGIA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA	SEDE COLLEGIO IPASVI	50	25
25 MARZO 9 DICEMBRE	III	METODOLOGIA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA	SEDE COLLEGIO IPASVI	50	25
28 MARZO 16 DICEMBRE	IV	METODOLOGIA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA	SEDE COLLEGIO IPASVI	50	25
08 APRILE 10 APRILE	I	L'INFERMIERE CASE MANAGER IN SALUTE MENTALE	SEDE COLLEGIO IPASVI	29	25
29 MAGGIO 31 MAGGIO	II	L'INFERMIERE CASE MANAGER IN SALUTE MENTALE	SEDE COLLEGIO IPASVI	29	25
8 OTTOBRE 10 OTTOBRE	III	L'INFERMIERE CASE MANAGER IN SALUTE MENTALE	SEDE COLLEGIO IPASVI	29	25
22 APRILE	I	EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA: MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA FARMACOLOGICA E SODDISFAZIONE DELLA PERSONA NEL SPDC	OSPED. SANTO SPIRITO	9,7	25
29 APRILE	II	EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA: MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA FARMACOLOGICA E SODDISFAZIONE DELLA PERSONA NEL SPDC	ASL ROMA/D	9,7	25
4 MAGGIO	III	EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI DIMISSIONE INF.CA: MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA FARMACOLOGICA E SODDISFAZIONE DELLA PERSONA NEL SPDC	CIVITAVECCHIA OSPEDALE SAN PAOLO	9,7	25
28 MAGGIO	V	EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA: MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA FARMACOLOGICA E SODDISFAZIONE DELLA PERSONA NEL SPDC	SAN FILIPPO NERI	9,7	25
3 GIUGNO	VI	EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI DIMISSIONE INF.CA: MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA FARMACOLOGICA E SODDISFAZIONE DELLA PERSONA NEL SPDC	GENZANO PRESIDIO OSPED. DE SANTIS	9,7	25
17 GIUGNO	VII	EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA: MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA FARMACOLOGICA E SODDISFAZIONE DELLA PERSONA NEL SPDC	GENZANO PRESIDIO OSPED. DE SANTIS	9,7	25
22 GIUGNO	IX	EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA: MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA FARMACOLOGICA E SODDISFAZIONE DELLA PERSONA NEL SPDC	POLICLINICO SANT'ANDREA	9,7	25
10 GIUGNO	X	EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA: MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA FARMACOLOGICA E SODDISFAZIONE DELLA PERSONA NEL SPDC	SANTO SPIRITO	9,7	25
18 OTTOBRE 16 NOVEMBRE	II	EVIDENCE BASED PRACTICE: L'INFERMIERE ESPERTO CLINICO, AGENTE DI CAMBIAMENTO NELLA REALTÀ OPERATIVA	SEDE COLLEGIO IPASVI	43,4	25
8 MAGGIO	I	ETICA DELLA RICERCA ED ETICA NELLA RICERCA: L'IMPORTANZA DEI COMITATI ETICI PER LA RICERCA SANITARIA	MINISTERO SALUTE	3,5	200
21 MAGGIO 23 MAGGIO	I	DA PANACEA A IGEA: IL POTERE D'AUTO, STRUMENTI RELAZIONALI E PROFESSIONE INFERMIERISTICA	SEDE COLLEGIO IPASVI	27,7	25
11 GIUGNO 13 GIUGNO	II	DA PANACEA A IGEA: IL POTERE D'AUTO, STRUMENTI RELAZIONALI E PROFESSIONE INFERMIERISTICA	SEDE COLLEGIO IPASVI	27,7	25
24 SETTEMBRE 29 SETTEMBRE	III	DA PANACEA A IGEA: IL POTERE D'AUTO, STRUMENTI RELAZIONALI E PROFESSIONE INFERMIERISTICA	SEDE COLLEGIO IPASVI	27,7	25
22 OTTOBRE 24 OTTOBRE	IV	DA PANACEA A IGEA: IL POTERE D'AUTO, STRUMENTI RELAZIONALI E PROFESSIONE INF.CA	SEDE COLLEGIO IPASVI	27,7	25
30 MAGGIO	I	STRUMENTI E METODOLOGIE PER LA GESTIONE DI UN TEAM INFERMIERISTICO: CONOSCERE PER DECIDERE	TIVOLI ASL ROMA/G	9	100
17 MAGGIO 18 MAGGIO	I	IL FOCUS - GROUP COME TECNICA DI RICERCA QUALITATIVA: ORGANIZZAZIONE, CONDUZIONE E ANALISI DEI DATI	CAMPUS BIOMEDICO	10,5	30
30 MAGGIO	I	L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLE COMUNITÀ CONFINATE: LA PERSONA DETENUTA	CARCERE REBIBBIA	10,8	25
6 GIUGNO	II	L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLE COMUNITÀ CONFINATE: LA PERSONA DETENUTA	CARCERE REGINA COELI	10,8	25
13 GIUGNO	III	L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLE COMUNITÀ CONFINATE: LA PERSONA DETENUTA	CARCERE REBIBBIA	10,8	25

27 GIUGNO	IV	L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLE COMUNITÀ CONFINATE: LA PERSONA DETENUTA	CARCERE REGINA COELI	10,8	25
4 LUGLIO	V	L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLE COMUNITÀ CONFINATE: LA PERSONA DETENUTA	FIRENZE ASL/10	10,8	25
11 LUGLIO	VI	L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLE COMUNITÀ CONFINATE: LA PERSONA DETENUTA	FIRENZE ASL/10	10,8	25
4 GIUGNO	I	AGGIORNAMENTO NEL SELF-CARE DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	ENPAPI	5	55
8 GIUGNO	I	RESPONSABILITÀ-RELAZIONE-FORMAZIONE	POLICLINICO UMBERTO I	6	154
8 GIUGNO	II	RESPONSABILITÀ-RELAZIONE-FORMAZIONE	POLICLINICO UMBERTO I	6	154
8 OTTOBRE	V	RESPONSABILITÀ-RELAZIONE-FORMAZIONE	FORLANINI	6	154
14 SETTEMBRE	VI	RESPONSABILITÀ-RELAZIONE-FORMAZIONE	POLICLINICO SANT'ANDREA	6	154
15 OTTOBRE	VII	RESPONSABILITÀ-RELAZIONE-FORMAZIONE	OSPED. SAN FILIPPO NERI	6	154
23 OTTOBRE	VIII	RESPONSABILITÀ-RELAZIONE-FORMAZIONE	POLICLINICO TOR VERGATA	6	154
9 NOVEMBRE	IX	RESPONSABILITÀ-RELAZIONE-FORMAZIONE	IROCS SAN RAFFAELE	6	154
25 NOVEMBRE	X	RESPONSABILITÀ-RELAZIONE-FORMAZIONE	OSPED. SAN GIOVANNI ADDOLORATA	6	154
27 NOVEMBRE	XI	RESPONSABILITÀ-RELAZIONE-FORMAZIONE	IROCS IFO	6	154
3 DICEMBRE	XII	RESPONSABILITÀ-RELAZIONE-FORMAZIONE	TIVOLI ASL ROMA/G	6	154
10 DICEMBRE	XIII	RESPONSABILITÀ-RELAZIONE-FORMAZIONE	ASL ROMA/D	6	154
18 GIUGNO	I	L'ETICA NELL'AGIRE PROFESSIONALE	EUR PALAZZO DEI CONGRESSI	4	950
19 GIUGNO	I	VALORIZZARE LE COMPETENZE DEGLI INFERMIERI	EUR PALAZZO DEI CONGRESSI	4	950
20 GIUGNO	I	LE BANCHE DATI E LA BIBLIOTECA DIGITALE IN RETE: UN CONTRIBUTO ALLA DIFFUSIONE DELLA CONOSCENZA SCIENTIFICA-CIVES E L'INFERMIERE DI PROTEZIONE CIVILE	EUR PALAZZO DEI CONGRESSI	4	950
21 GIUGNO	I	ASSOCIAZIONISMO INFERMIERISTICO E PROMOZIONE CULTURALE	EUR PALAZZO DEI CONGRESSI	4	950
26 GIUGNO	I	PREVENZIONE SUICIDIO	POLICLINICO UMBERTO I	6	100
14 NOVEMBRE	II	PREVENZIONE SUICIDIO	ASL ROMA/A P. O. SAN RAFFAELE	6	100
16 NOVEMBRE	III	PREVENZIONE SUICIDIO	POLICLINICO SANT'ANDREA	6	100
2 DICEMBRE	IV	PREVENZIONE SUICIDIO	IROCS IFO	6	100
12 DICEMBRE	V	PREVENZIONE SUICIDIO	OSPED. FORLANINI	6	100
19 SETTEMBRE	I	IL COLLOQUIO MOTIVAZIONE, UNO STRUMENTO PER MIGLIORARE IL SELF-CARE NELLA PERSONA CON SCOMPENSO CARDIACO	SEDE COLLEGIO IPASVI	50	25
12 DICEMBRE					
18 SETTEMBRE	I	NURSING RISK MANAGEMENT	POLICLINICO TOR VERGATA	10,3	25
25 SETTEMBRE	I	NURSING RISK MANAGEMENT	ASL ROMA/B OSPEDALE PERTINI	10,3	25
2 OTTOBRE	II	NURSING RISK MANAGEMENT	POLICLINICO SANT'ANDREA	10,3	25
9 OTTOBRE	III	NURSING RISK MANAGEMENT	IROCS IFO	10,3	25
23 OTTOBRE	IV	NURSING RISK MANAGEMENT	ASL ROMA/C	10,3	25
30 OTTOBRE	V	NURSING RISK MANAGEMENT	POLICLINICO TOR VERGATA	10,3	25
6 NOVEMBRE	VI	NURSING RISK MANAGEMENT	ASL ROMA/B OSPEDALE PERTINI	10,3	25
20 NOVEMBRE	VIII	NURSING RISK MANAGEMENT	IROCS IFO	10,3	25
4 DICEMBRE	IX	NURSING RISK MANAGEMENT	ASL ROMA/C	10,3	25
24 OTTOBRE	I	RICERCA TRASLAZIONALE: QUALI COMPETENZE PER L'INFERMIERE ECLETICO	MINISTERO DELLA SALUTE	2,5	150
30 NOVEMBRE	I	IL NURSING TRANSCULTURALE NELLE DISUGUAGLIANZE SOCIALI	FORLANINI	3,8	150
12 OTTOBRE	I	GOVERNANCE CLINICA, LA SICUREZZA DEI MALATI, DEI PROFESSIONISTI E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: METODI DI ANALISI	POLICLINICO SANT'ANDREA	9,5	50
23 NOVEMBRE	I	IL DOLORE: UN FENOMENO SCONOSCIUTO DA MISURARE PER UN DIRITTO DA TUTELARE	POLICLINICO SANT'ANDREA	3,8	150

Totale offerta formativa 2013 9214

 Polo 1 POLO PER L'ISTRUZIONE	TITOLO SINTETICO: La libera professione infermieristica
COORDINATORI PROGETTO S. Bartolucci - S. Ceccarelli - M. Curzi - G. De Andreis - M. Fiorda - L. Macule - P. Masi - F. Stagno - A. Stievano - A. Testa - M. Vargiu	RESPONSABILE DEL POLO Ausilia M. Pulimeno
TITOLO PROGETTO Percorrendo e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base: un'indagine conoscitiva sugli studenti del terzo anno del corso di laurea in infermieristica della Regione Lazio	

La professione infermieristica si caratterizza come professione intellettuale ai sensi dell'art. 2229 del Codice Civile. Il campo proprio dell'attività dell'infermiere, ai sensi dell'art. 1 comma 2 della legge 42/99 è determinato dal profilo professionale, dal codice deontologico e dagli ordinamenti didattici della formazione di base e post base. Fino ai primi anni novanta, la domanda di assistenza infermieristica proveniva quasi esclusivamente da strutture assistenziali ospedaliere sia pubbliche che private e la richiesta era sempre superiore al numero di Infermieri diplomati.

In questi anni le attività di assistenza infermieristica richieste dal cittadino, fuori dal regime di ricovero, venivano per lo più garantite dagli stessi Infermieri già dipendenti di una struttura pubblica o privata, determinando lavoro sommerso. In seguito, alcuni cambiamenti legislativi favorirono la nascita e la crescita della libera professione infermieristica, tra questi:

- la riorganizzazione del SSN con la L. 502/92 e successive modificazione e integrazioni.
- la definizione del profilo professionale dell'infermiere (DPR 739/94).
- la definizione del percorso formativo in ambito Universitario.
- la definitiva innovazione dello status giuridico-professionale dell'infermiere (L. 42/99).

Contestualmente i Collegi IPASVI cominciarono a occuparsi degli aspetti normativi, fiscali e contributivi che avrebbero consentito all'infermiere di poter esercitare la libera professione in un ambito dai confini ancora da definire. A metà degli anni Novanta vede la luce la cassa nazionale di previdenza (D.Lgs. 10 febbraio 1996, n. 103), oggi denominata Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica ENPAPI).

Nonostante il nuovo assetto normativo e il riconoscimento dell'attività libero professionale dell'infermiere, si è assistito ad una grande difficoltà ad implementare questa forma di esercizio professionale. A tutt'oggi e soprattutto in alcune realtà territoriali, l'attività di lavoratore dipendente è quella più auspicata dagli stessi professionisti. Bisogna considerare che il nuovo assetto giuridico professionale dell'infermiere ha visto sempre più crescere il numero di giovani che intraprendono la professione infermieristica e le statistiche dimostrano che i laureati in infermieristica trovano tutti una occupazione entro un anno dalla Laurea (dati Censis Congresso Ipasvi Bologna 2012) e molti di essi intraprendono la libera professione infermieristica, considerandola una ulteriore opportunità di sbocco professionale.

L'infermiere libero professionista, non vincolato a sistemi organizzativi rigidi, può offrire alla persona un'assistenza personalizzata sempre nel rispetto dei diritti della persona e della professione.

Nell'attuale contesto politico, economico e sociale europeo e del nostro Paese il tasso di disoccupazione non accenna a diminuire. Inoltre, nel nostro Paese, dove è previsto il blocco del turnover e dei contratti nell'ambito della pubblica amministrazione, ulteriormente prorogati dal 2013 fino al 2014 e dove è presente un numero di precari operanti nelle aziende sanitarie in attesa di stabilizzazione ormai da anni, i giovani che decidono di intraprendere la professione infermieristica continuano a chiedersi in che modo poterla esercitare. In questo nuovo scenario, è opportuno che laureandi e neolaureati infermieri siano formati ed informati sulla possibilità e modalità di intraprendere la libera professione infermieristica, considerandola una opportunità di sbocco e realizzazione professionale e non un ripiego.

SEMINARI SVOLTI REGIONE LAZIO	
DATA	SEDE
11 Aprile 2013	FBF "Villa S. Pietro" (U. Sapienza) Roma
12 Aprile 2013	Ospedale Sandro Pertini (U. Tor Vergata) Roma
12 Aprile 2013	Ospedale Sandro Pertini (U. Tor Vergata) Roma
15 Aprile 2013	FBF "Isola Tiberina" (U. Tor Vergata) Roma
16 Aprile 2013	Ospedale B. Gesù (U. Tor Vergata) Roma
18 Aprile 2013	Ospedale "A. Gemelli" (U. Cattolica) Roma
19 Aprile 2013	Asl Rm G (U. Sapienza e Tor Vergata) Roma
19 Aprile 2013	Asl Rm G (U. Sapienza e Tor Vergata) Roma
22 Aprile 2013	Policlinico Umberto I (U. Sapienza) Roma
23 Aprile 2013	Asl Roma D (U. Sapienza) Roma
24 Aprile 2013	Univ. Tor Vergata Sede Centrale
30 Aprile 2013	Ospedale S. Giovanni (U. Tor Vergata) Roma
3 Maggio 2013	San Raffaele (U. Tor Vergata) Roma
6 Maggio 2013	Ospedale Anzio (U. Sapienza) Roma
7 Maggio 2013	IRCSS "S. Lucia" (U. Tor Vergata) Roma
7 Maggio 2013	Ospedale Frascati (U. Tor Vergata) Roma
10 Maggio 2013	Ospedale S. F. Neri (U. Cattolica) Roma
13 Maggio 2013	Nuova Regina Elena (U. Sapienza) Roma
15 Maggio 2013	Ospedale S. Spirito (U. Sapienza) Roma
15 Maggio 2013	AO S. Camillo Forlanini (U. Sapienza) Roma
21 Maggio 2013	Asl Roma C
23 Maggio 2013	Sede Pomezia (U. Sapienza) Roma
24 Maggio 2013	IFO (U. Sapienza) Roma
24 Maggio 2013	Dsp. Cavalieri di Malta (U. Sapienza) Roma
29 Maggio 2013	Asl Roma D (U. Tor Vergata) Roma
11 Giugno 2013	Ospedale Celi (U. Tor Vergata) Roma
24 Giugno 2013	INI (U. Tor Vergata) Roma
26 Giugno 2013	INI (U. Tor Vergata) Roma
1 Luglio 2013	Civitavecchia
19 Luglio 2013	Bracciano (U. Sapienza) Roma

Ci lasciamo alle spalle un anno difficile e contraddittorio. Anche sui media...

Il 2013 se ne è andato con un sussulto d'interesse dei media verso la sanità romana. Anche la stampa, a lungo svogliata e poco sensibile al tema, scopre quanto la partita che si gioca sulla salute sia decisiva per le sorti della comunità.

I Pronto soccorso scoppiano nell'emergenza, i tagli alla spesa sanitaria producono effetti disastrosi, mentre la Regione Lazio tenta di invertire la rotta verso il precipizio rilanciando il modello della sanità territoriale. Non senza contraddizioni e difficoltà.

I mezzi d'informazione fotografano l'evolversi convulso della situazione tra annunci, smentite, speranze e qualche clamoroso abbaglio. Agli infermieri, infatti, non viene risparmiata la gogna mediatica anche quando non c'entrano nulla. Un vizio antico quello di definire infermiere chiunque indossi un camice.

Ci era cascato la scorsa estate **Il Messaggero** (16/8/13) con il ti-

Il Messaggero

tolone "Roma, paziente violentata al San Camillo: arrestato infermiere 56enne". Fango gratuito sulla categoria, visto che l'arrestato non era affatto un infermiere. Cambia la stagione ma non il malcostume e l'autunno si apre con l'ennesimo sfondone

LEGGO

giornalistico: **Leggo** (1/10/13) titola "Due infermieri rubano cibo in ospedale". Il bello è che nell'articolo si specifica che i protagonisti dell'infamante vicenda sono in realtà un addetto alle pulizie e uno ai rifiuti speciali. Dal pezzo al titolo, il fango è assicurato. Chissà poi perché.

Intanto, la sanità di Roma e del Lazio combatte la battaglia più ardua: quella con i conti delle sue Asl.

Sotto la lente finiscono i costi dei prodotti acquistati per ospedali, sale operatorie e ambulatori. **La Repubblica** (1/10/13) scrive

la Repubblica

"Asl, basta sprechi. Arrivano i prezzi di riferimento". E spiega: "La Regione impone un costo medio per 102 prodotti. Nel 2013 risparmi per 4 milioni". L'articolista commenta: "Verrebbe da chiedere: ma finora i direttori di ospedali e Asl a quali prezzi hanno acquistato le siringhe, i fili per sutura, i chiodi ortopedici, le forbici e le pinze operatorie, le garze, le flebo, i cateteri venosi e gli stent coronarici?". Già.

I Pronto soccorso scoppiano e la stampa si tuffa a capofitto nell'emergenza che fa scalpore. **Il Messaggero** (2/10/13) titola "Sanità al collasso, trenta ore per assistere i casi più gravi". Il quotidiano romano cita i dati di un'indagine della Uil-Fp di Roma: "Al Pronto soccorso si può stare più di 30 ore su una barella. Non è un caso limite, ma l'attesa media per una sistemazione

in reparto di un malato che entra in codice rosso al policlinico Tor Vergata. E non è l'unico ospedale in cui si superano le 12 ore per avere un posto letto. Nel 2012 i pazienti trasportati con il codice d'accesso più urgente sono rimasti mediamente oltre 18 ore nel Dea del policlinico Sant'Andrea, 17 ore al Pertini, 16 ore al policlinico Umberto I, circa 10 ore al Gemelli e al San Camillo".

IL TEMPO

Il Tempo (3/10/13) allarga lo sguardo alla provincia romana e titola "Pronto soccorso nel caos, in barella per dieci ore - Diffusa la mappa dei casi di malasanità in provincia. A Tivoli un malato su tre fugge nella Capitale". Così l'intasamento nei grandi ospedali romani è assicurato. E la qualità delle cure ne risente. A confermarlo è una ricerca pubblicata da **La Repubblica** (3/10/13), che titola "La classifica degli ospedali: i 5 migliori sono al Nord". Si legge: "In Toscana le cure migliori, ecco la classifica che svela l'eccellenza degli ospedali". E ancora: "Le strutture lombarde più forti degli scandali: in sei nella top ten". Una classifica nella quale non figura nessun ospedale di Roma e del Lazio.

In Regione si lavora al nuovo progetto delle Case della salute che promette di sgonfiare le code nei Pronto soccorso e avviare

IL CORRIERE LAZIALE

finalmente una riforma dell'assistenza in senso territoriale. **Il Corriere Laziale**

(2/10/13) scrive "Case della salute: le linee guida della Regione". Si legge: "Dentro dovranno garantire l'assistenza primaria (attività specialistiche e ambulatorio infermieristico con guardia medica h24) migliorando la presa in carico dei pazienti con patologie croniche e degenerative. Fuori dovranno essere dotate di area accoglienza, sportello Cup, Punto unico di accesso, Area di sorveglianza temporanea e Area del volontariato. Sono queste le caratteristiche delle Case della salute, il modello di riorganizzazione dell'assistenza primaria indicato dal presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti".

Nonostante i buoni propositi la spending review incalza e **Il**

24 ORE

Sole24Ore (10/10/13) avverte: "Sanità, a rischio 1.5 miliardi nel 2014".

Il ministro Lorenzin promette: «Mi batterò come una leonessa, altri tagli non sono possibili». Lo stesso ministro è protagonista a Roma di un blitz al San Camillo Forlanini. Fanno discutere le sue dichiarazioni dopo la visita improvvisa. **La Repubblica** (12/10/13) titola "Lorenzin al San Camillo: «Nei bagni niente sapone»". Il direttore sanitario dell'ospedale risponde: «Il sapone? Colpa dei tagli della spending review».

Ma i mali della sanità romana sono ben altri. La scure dei tagli si alza ovunque e il clima si fa infuocato. Molti servizi sono allo stremo e non possono più garantire la continuità.

IL TEMPO (3/10/13) scrive: "Il San Giovanni chiude ai malati di reni". L'articolo precisa: "L'ospedale taglia il servizio notturno di nefrologia per mancanza di personale: «Attivo solo di giorno»".

Intanto la nuova Legge di stabilità si fa minacciosa. **IL Sole24Ore** (15/10/13) aggiorna il conto: "Sanità, allo studio ulteriori tagli per 2,65 miliardi". **Quotidiano Nazionale** (15/10/13) gli fa eco: "Farmaci, ospedali e ambulatori, scure da 4.1 miliardi sulla sanità". Si aggiunge al

CORRIERE DELLA SERA (15/10/13): "La Sanità in allarme: tagli per cento milioni al Lazio. Zingaretti: «Insostenibili»".

È tutto un allarme e il blocco dei pagamenti spinge alcune strutture sull'orlo del collasso. **Avvenire** (18/10/13) scrive: "Fatebenefratelli in rosso: «Così moriamo»". Nel servizio si legge: "La Regione non paga i servizi già erogati: entro l'anno potrebbero chiudere 3 reparti, alcuni servizi e altri saranno ridimensionati, con un esubero di 170 dipendenti tra medici e infermieri".

Il giorno successivo **IL TEMPO** (19/10/13) rilancia il dramma delle strutture convenzionate: "Al San Raffaele da 3 mesi senza stipendio".

Poi uno spiraglio. **IL Corriere della Sera** (20/10/13) annuncia trionfale: "La Regione paga i debiti della sanità". E spiega: "È stato sottoscritto il contratto col Ministero dell'Economia che sblocca la seconda tranche da 665 milioni di euro. Arriva così una boccata d'ossigeno per le aziende laziali". **IL TEMPO** (24/10/13) aggiunge un'altra buona notizia: "Rinforzi in corsia, arrivano 90 infermieri". Si legge: "Accordo Regione-sindacati per il personale ex Inrca. In diciotto andranno al Sant'Andrea". Notizie rassicuranti anche dal policlinico Gemelli dopo mesi di grande

Il Messaggero (9/11/13) titola "C'è l'accordo al Gemelli: stop alla cassa integrazione". Si passa ai contratti di solidarietà.

Non si fa in tempo a tirare il fiato che un nuovo incubo si abbatte sulla sanità romana e sui suoi operatori. **IL TEMPO** (19/11/13) suona l'allarme: "Conti in rosso, chiudono 5 ospedali romani". E spiega: "La Regione Lazio deve tagliare mille posti letto per riorganizzare il sistema. Chiudono Oftalmico, Cto, Nuovo Regina Margherita, Eastman e Forlanini. Resta da definire la sorte delle strutture religiose, tra cui Idi San Carlo e Fatebenefratelli". Ma la Regione smentisce categoricamente e il giorno dopo lo stesso quotidiano romano scrive: "La Regione: i cinque ospedali non chiudono". "Qualsiasi notizia in tal senso «è priva di fondamento», fa sapere la Regione, che aggiunge: «Molti di

questi ospedali, invece, sono stati oggetto di rilancio o individuazione di nuove missioni»". La solita tempesta mediatica che genera confusione.

Fra allarmi e rassicurazioni, gli infermieri guardano con attenzione il nuovo corso dell'organizzazione sanitaria annunciato dalla Regione Lazio. L'agenzia di stampa **Asca** (20/11/13) è la prima a diramare la reazione del Collegio all'intervento di Zingaretti nel Consiglio regionale straordinario sulla sanità. Scrive: "Lazio: Infermieri, nuove speranze da 'svolta' annunciata da Zingaretti".

Anche il sito della **Federazione Ipasvi** (21/11/13) rilancia la nota del Collegio: "Ipasvi Roma: nuove speranze dalle parole del governatore Zingaretti". I primi contatti con la Regione sulla realizzazione delle case della salute e l'avvio dei servizi infermieristici territoriali sembrano incoraggianti.

Ma è l'emergenza personale a riportare tutti con i piedi per terra, alla cruda realtà. La stampa non manca di sottolineare i casi più eclatanti sfoderando titoloni decisamente sopra le righe.

IL TEMPO (5/12/13) scrive: "Se finisci a Tor Vergata resti senza infermiere". Si legge: "L'ospedale ha pronti quaranta nuovi posti ma, a causa della carenza di personale, restano chiusi". E ancora: "Pronto soccorso al collasso: due soli sanitari per settanta pazienti. E i letti sono sempre meno. Assalto all'unità di osservazione breve. Su 68 malati ne entrano 16". Non solo. I pochi colleghi in servizio se la passano male anche sotto altri aspetti. **IL TEMPO** (27/12/13) titola "Bagni da incubo in ospedale, bocciati Umberto I e San Giovanni". Il servizio spiega: "Al policlinico fili elettrici scoperti, puzza e locali senza luce. Gli infermieri: «Carta e sapone ce li portiamo da casa»".

Taglio dopo taglio, la situazione si fa drammatica in molte strutture. Eppure la spesa nazionale ospedaliera, da tempo nell'occhio del ciclone, non è poi così sballata se rapportata a quella estera.

ANSA L'agenzia **Ansa** (10/12/13) fa giustizia sul tema con un dispaccio: "La spesa ospedaliera pubblica italiana, pari a 61,6 miliardi di euro, è la più bassa (7% del Pil) rispetto alla media dei Paesi Ocse (7,8%) e dei Paesi del G7 (8%). È quanto emerge dall'undicesimo Rapporto dell'Aiop presentato a Roma".

Insomma, c'è qualcosa che non torna.

Anche perché, nonostante la spaventosa crisi finanziaria e le innumerevoli rinunce degli addetti ai lavori, la sanità romana continua a brillare.

L'eccellenza delle cure è di casa nella capitale e i media ogni tanto se ne accorgono. L'agenzia **Asca** (3/12/13) scrive: "Gemelli: ospedale a misura di donna, riceve 3 Bollini Rosa". Il servizio spiega: "Il Gemelli si aggiudica i 3 Bollini Rosa da parte Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, che contraddistingue le strutture ospedaliere impegnate con successo contro le malattie femminili, a tutti i livelli della cura: prevenzione, diagnosi, terapia, follow-up e accompagnamento generale delle donne ricoverate nel proprio vissuto terapeutico e psicologico".

E il Gemelli non l'unico portabandiera della capitale in questa speciale classifica. In un secondo dispaccio la stessa agenzia **Asca** (3/12/13) aggiunge: "Salute donne, 3 Bollini Rosa all'Umberto I di Roma". Si legge: *"Il Policlinico Umberto I di Roma è a misura di donna e, grazie all'impegno degli operatori e al miglioramento della performance, è stato premiato con 3 Bollini Rosa, il massimo riconoscimento assegnato dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, insieme ad altre quattro strutture sanitarie del Lazio"*.

Sono gocce di miele in un mare di amarezza, ma consola il pensiero che i mezzi d'informazione si accorgano dell'enorme potenziale umano che anima ogni giorno la nostra sanità. Profes-

sionisti che, a dispetto dei tagli e del perdurante blocco delle assunzioni, si fanno carico di grandi sacrifici senza alcuna certezza per il futuro.

Come nel caso dei tantissimi precari, col fiato in gola nell'attesa di una sospirata proroga dei loro contratti.

C'è già un clima natalizio quando il Governo dà il via libera e ar-

Italia Oggi riva l'agognata notizia. **Italia Oggi** (12/12/13) titola "Sanità, contratti precari prorogati". E precisa: *"Lavoratori a termine confermati sino alla fine del 2016. Lo prevede la direttiva che il sottosegretario alla salute Fadda ha inviato alle Regioni"*.

È poca cosa rispetto alle aspettative di vita e di lavoro di così tanti professionisti. Meglio però dell'ennesimo taglio.

Il nursing transculturale nelle disuguaglianze sociali

Il VI Congresso nazionale dell'Associazione Infermieristica Transculturale si è svolto il 30 novembre scorso, con il patrocinio del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica.

L'infermiere, come professionista sanitario in grado di promuovere attivamente la salute, nella società complessa, deve possedere qualità morali ed etiche nell'assunzione dell'impegno civile e sociale per assicurare quell'integrazione che è basilare per garantire un vero lavoro interdisciplinare.

Seguendo i principi etico-morali che sottintendono la sua professione, l'infermiere deve partecipare e conoscere profondamente le strategie per promuovere l'integrazione nei vari ambienti assistenziali.

I valori fondamentali dell'uomo devono essere promossi e sostenuti dall'infermiere del post-it, eclettico, attraverso l'educazione sanitaria e la ricerca, per contribuire in maniera significativa alla riduzione delle disuguaglianze in merito alla fruizione della salute, per garantire i diritti umani e per costruire il capitale sociale delle persone.

Questo, l'incipit del VI Congresso nazionale Ait che ha voluto enfatizzare il nuovo ruolo dell'infermiere nel combattere le



sempre più rilevanti disuguaglianze sociali che si vengono a creare in una società dove le differenze economiche tra i più abbienti e chi vive ai margini, e anche nel tessuto grigio che va dal centro ai margini, diventano sempre più marcate.

I numerosi relatori che si sono alternati per trattare il ruolo dei determinanti sociali della salute, piuttosto che i documenti normativi che invi-

tano a tener conto delle varie cause di disuguaglianza nella fruizione della salute, hanno seguito un filo comune che ha teso ad enfatizzare il ruolo fondamentale dell'infermiere nell'affrontare le situazioni di svantaggio sociale e critiche: indigenza, vagabondaggio, disagi mentali, malattie stigmatizzate come l'Hiv, il *potus* alcolico, malattie sessualmente trasmesse, malattie infettive in genere, etc...

Fornire le conoscenze per erogare un'assistenza infermieristica attenta ai valori dell'emarginato e del diverso e promuovere il ruolo relazionale dell'assistenza, comunicare, cooperare, nell'ottica di condivisione dei valori diventa ineludibile in una società dove i poveri, i disagiati sociali, purtroppo, non si trovano solo ai margini, ma crescono in maniera esponenziale anche nel ceto medio.

Prorogati i contratti dei precari "Ora bisogna sbloccare il *turnover*"

Contratti prorogati fino al 2016 per i precari della sanità, fra cui molti infermieri.

Governo e sindacati di categoria hanno raggiunto a dicembre l'accordo sulla nuova bozza di Dpcm per la stabilizzazione dei precari della sanità previsto dalla legge 125/2013. Nuove modifiche alla bozza dell'articolo presentato dal ministero della Salute e un protocollo d'intesa in cui si specifica la necessità di individuare "ulteriori soluzioni" per i lavoratori atipici e per le Regioni sottoposte a Piano di rientro come il Lazio. Questo l'esito dell'incontro tra il sottosegretario alla Salute Polo Fadda e le principali sigle sindacali, da quelle della dirigenza medica Anaao, Cimo e Fesmed a quelle del comparto sanità sia confederali che autonome, dagli infermieri del Nursind agli anestesisti dell'Aeroi, fino ai ginecologi, ai ricercatori e ai veterinari. Tra gli impegni presi dal sottosegretario Fadda, l'emanazione di una direttiva alle Regioni sulla proroga dei contratti in scadenza: la direttiva darà la possibilità di prorogare a tutto il 2016 non solo i contratti dei precari assunti a tempo determinato, ma anche quelli flessibili e atipici *"al fine di garantire i livelli di assistenza e lo sviluppo dei programmi di ricerca in sanità"*.

Quanto al richiesto sblocco del *turnover*, *"ulteriori iniziative - si*

legge nell'intesa - dovranno essere adottate per garantire, anche alle Regioni in Piano di rientro dal deficit sanitario, la piena attuazione del Dpcm".

Nell'intesa compare, infine, un impegno a mettere in pratica buone pratiche per non ritrovarsi presto con lo stesso problema. Le parti hanno, infatti, concordato sulla *"necessità di introdurre nell'ordinamento vincoli per evitare la creazione di ulteriore precariato per effetto dell'uso improprio del lavoro flessibile"*.

"Proprio questo è il punto chiave - afferma il Presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco -: scongiurare il formarsi di nuovo precariato vuol dire una sola cosa: sbloccare finalmente il turnover del personale, programmando nuove assunzioni a tempo pieno per sostituire chi va in pensione e garantire la sussistenza dei Lea che oggi, a causa di carichi di lavoro abnormi dovuti alla carenza di personale, è sempre più difficile garantire ai cittadini. L'intesa sulla proroga dei contratti in scadenza alla fine dell'anno ci rincuora - conclude il Presidente dell'ordine degli infermieri della capitale - ma non può bastare. Il precariato in sanità va archiviato una volta per tutte. Lo si deve a chi oggi si sacrifica oltre ogni misura sul posto di lavoro e ai cittadini che invocano un'assistenza di qualità".

Zingaretti premia un'iscritta Ipasvi per i soccorsi al Livata

È stata un'infermiera - Cinzia Vanzo, iscritta al Collegio Ipasvi di Roma - la prima a soccorrere i due bambini di 4 e 5 anni dispersi il 31 dicembre tra i boschi del monte Livata. Per questo motivo, dalla Regione Lazio è arrivato un riconoscimento per lei e per tutti i protagonisti del ritrovamento. A consegnarlo è stato il Presidente, Nicola Zingaretti, che ha voluto così ringraziare personalmente tutti gli operatori grazie ai quali è stato possibile mettere il lieto fine ad una vicenda drammatica che ha tenuto con il fiato sospeso l'intero Paese durante le feste natalizie. Zingaretti ha consegnato una targa agli operatori radio soccorso Fillelino, al Centro operatori radio soccorso sublacense, ai guardiaparco dei Simbruini e all'Ares 118, oltre ad un mazzo di fiori all'infermiera Cinzia Vanzo.



Nuove direttive per ridurre i tempi di attesa al pronto soccorso

Quasi un milione gli accessi al pronto soccorso del Lazio nei primi sei mesi del 2013.

Su un totale di oltre 968mila, il 75% dei pazienti sono stati classificati con codici bianchi o verdi, quelli che si applicano alle patologie che potrebbero essere trattate in ambulatorio o nello studio del medico di famiglia.

Nel 2014, gli ospedali dotati di pronto soccorso dovranno applicare le misure introdotte dalla Regione per evitare sovraffollamenti delle strutture e diminuire i tempi d'attesa allo scopo di favorire ulteriormente la diminuzione degli accessi.

Ecco cosa prevedono i provvedimenti.

La semplificazione dei processi di ricovero e di dimissione. Avverrà anche per mezzo della realizzazione di una stanza di attesa per i pazienti che stanno per essere dimessi.

Posti letto di riserva. Ogni struttura definirà la quantità di posti necessari in caso di emergenza e prenderà accordi con le case di cura.

Sotto controllo i tempi delle degenze. I monitoraggi riguarderanno in particolare le degenze pre-operatorie.

Un'area dedicata ai pazienti in attesa di posto

letto. Servirà ad evitare che i pazienti aspettino in corridoio o in aree poco confortevoli.

Un sistema di allarme contro il sovraffollamento. Entrerà in funzione nel caso in cui il numero dei pazienti in attesa di ricovero superi del 10% quello dei presenti nel pronto soccorso. In casi simili trovare soluzioni spetterà al direttore sanitario.

Servizi più veloci. È stato fissato in un intervallo di 12 ore il tempo massimo per il completamento delle cure e la chiusura delle cartelle cliniche di pronto soccorso.

Servizi più efficienti. Sarà messo a punto un sistema informativo sull'occupazione dei posti letto.

Pronto soccorso sempre funzionanti al meglio. Attraverso un protocollo operativo, anche nei fine settimana e festivi, sarà garantita l'ordinaria efficienza del pronto soccorso.

Dimissioni in sicurezza. Verranno attivati percorsi preferenziali per i pazienti che devono effettuare visite specialistiche e esami diagnostici.



Il presidente Rocco tra gli esperti della Commissione Tecnico-Scientifica

Con decreto del presidente della Regione Lazio del 22 ottobre 2013, numero T00327, si è proceduto alla nomina dei componenti della Commissione Tecnico-Scientifica del Servizio Sanitario Regionale (SSR) istituita con Deliberazione di Giunta Regionale n.118 del 29/05/2013.

Tra gli esperti, nominato anche il presidente del Collegio Ispasvi di Roma, **Gennaro Rocco**. Presidente della predetta Commissione è stato designato il professor Vincenzo Ziparo, ordinario di Chirurgia generale alla II Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma.

La Commissione, composta da 45 esperti, è stata voluta dal governatore Zingaretti per dotare la sanità regionale di un organismo indipendente capace di assicurare al

processo di riorganizzazione il supporto scientifico da parte di esperti scelti tra i professionisti della regione.

"Compito della Commissione - spiega una nota della Pisana - sarà quello di facilitare l'individuazione dei bisogni e, al contempo, dare un contributo per valutare le performance di sistema, nonché le carenze, le inefficienze e le eventuali duplicazioni. Per i componenti di questa commissione non è previsto alcun compenso".

La Commissione cesserà di operare al termine del mandato dell'attuale Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro. La Regione Lazio ha inoltre nominato il consigliere del Collegio di Roma, **Nicola Barbato**, membro dell'Osservatorio regionale sulla qualità della formazione in sanità, in qualità di rappresentante del Coordinamento Ispasvi del Lazio.

Core competence nell'esame di abilitazione professionale La proposta del Collegio Ipasvi di Roma e del Cecri

Costruzione di un modello per la valutazione delle competenze infermieristiche nell'esame di abilitazione professionale è un volume edito dal collegio Ipasvi di Roma e dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri), finito di stampare ad ottobre 2013.

Si tratta di un utile pamphlet che aiuta a definire il modello per la valutazione del *Core Competence* infermieristico nell'esame di abilitazione professionale: un obiettivo che l'intera comunità continua a dibattere e che coinvolge tutte le professioni sanitarie, ma, di più, gli infermieri, chiamati a vivere la realizzazione di una web society che lo inducono ad ottenere competenze sempre più affinate.

Si tratta di una materia complessa che evidenzia numerosi risvolti, misurandosi con le difficoltà concrete provenienti dall'esistenza di criteri di valutazione (spesso diversi) a seconda delle Università e dei corsi di Laurea considerati. Per questo motivo, il Cecri del Collegio Ipasvi di Roma, grazie a due anni di studio a tal proposito, può ora pubblicare i risultati di un progetto di ricerca che ha l'ambizione di fornire uno specifico modello sperimentale per la definizione del *Core Competence* infermieristico utile alla sintonizzazione dei percorsi certificativi dell'esame di abilitazione.

La ricerca ha esaminato le differenti modalità con cui vengono svolti oggi gli esami di abilitazione professionale presso i corsi di Laurea triennali in Infermieristica.

Un modello che si pone in linea con le Direttive della Ue in materia, tenendo conto degli indirizzi comunitari sul riordino dei Piani di Studio e, soprattutto, seguendo criteri improntati alla trasparenza ed all'oggettività leggibilità dei percorsi formativi e dei titoli di studio per renderli comparabili tra le diverse istituzioni nazionali e sovranazionali.

Diviso in capitoli, il libro di circa 65 pagine, si avvale del contributo di diversi professori del ramo che dissertano, soprattutto,



sulla questione legata alla criticità dell'esame di abilitazione delle competenze infermieristiche abilitanti all'esercizio della professione.

In Italia non esistono documenti condivisi che definiscano le competenze essenziali ed i relativi risultati di apprendimento di un laureando in Infermieristica.

Pertanto, il Cecri ha pensato di proporre la definizione di un modello capace di rispondere a due domande sostanziali: cosa si valuta e come nell'esame finale e, in particolare, nella prova pratica.

Questo, prima di essere una proposta di cambiamento, vuole essere un utile riferimento per raccogliere dati sulla realtà esistente al fine di analizzare, con maggiore sistematicità, i punti di forza e di debolezza del sistema vigente.

Nonché, una guida sia per la progettazione e la realizzazione stessa dell'

abilitazione, sia per le osservazioni delle Commissioni incaricate di assicurare la regolarità dell'espletamento delle prove d'esame.

Nella prima parte di questo lavoro si esaminano le fonti normative europee ed italiane che regolano l'esame di abilitazione ed alcune esperienze nazionali ed internazionali per identificare elementi comuni o innovativi su cui impostare l'elaborazione di un modello italiano.

Nella seconda parte si costruiscono le diverse variabili del modello e la loro reciproca interazione e nella terza, ed ultima, si riportano i risultati di uno studio descrittivo sulla prova pratica dell'esame di riabilitazione così come realizzata dalle università del Lazio, mettendone in luce gli elementi di forza e di debolezza per eventuali proposte migliorative a quelle attuali.

AA.VV.

Costruzione di un modello per la valutazione delle competenze infermieristiche nell'esame di abilitazione professionale

Equità nell'accesso ai servizi sanitari: alla ricerca delle disuguaglianze sociali

/// Le disuguaglianze sociali in Sanità", a cura di Costantino Cipolla, ha lo scopo di accrescere lo sviluppo delle conoscenze relative alle relazioni tra le disuguaglianze sociali e l'equità nell'accesso ai servizi sanitari.

Questo, esaminando, in particolare, alcune categorie di popolazione, come gli anziani, i malati oncologici, coloro che soffrono di malattie cardio-vascolari, i disabili visivi, volgendo altresì lo sguardo allo specifico ruolo del terzo settore.

Il volume (con i contributi di: Alberto Ardisson, Giovanni Bertin, Marco Braggion, Stefano Campostrini, Renato Carletti, Pierluigi Diotaiuti, Maurizio Esposito, Luca Fazzi, Alessia Manca, Fabio Piccoli e Sebastiano Porcu) è l'esito di un lavoro lungo e appassionato che, collocandosi nell'alveo dei Programmi di Ricerca Scientifica di Rilevante Interesse Nazionale (Prin), ha studiato le disuguaglianze sociali in Sanità, inserendosi in un filone di ricerca affrontato, nel corso di questi anni, dal nostro nucleo di lavoro che si occupa di queste tematiche in vari modi e secondo difforni prospettive disciplinari.

Questo di cui parliamo è un volume capace di analizzare, attra-



verso i diversi contributi in esso inclusi, il tema spinoso delle disuguaglianze di salute in sanità, mostrando tutta la complessità e la multidimensionalità di tale fenomeno, partendo da un approccio metodologicamente e rigorosamente co-relazionale che dà prova di essere quello più adatto a tenere insieme tutte le molteplici sfaccettature incontrate, divenendo dunque il vero filo conduttore dell'intera ricerca e di questo volume che ne segue.

Costantino Cipolla è professore ordinario di Sociologia presso l'università degli studi di Bologna e presidente del corso di laurea magistrale in Scienze criminologiche per l'investigazione e la sicurezza.

Dirige la rivista internazionale "Salute e Società", edita dalla FrancoAngeli ed è curatore di numerosi volumi. Oltre quat-

trocento le sue pubblicazioni.

Costantino Cipolla
Disuguaglianze sociali in Sanità
FrancoAngeli editore pp 224 (29,00 €)

Un manuale per gli operatori che devono affrontare i casi a rischio suicidio

La disperazione, l'incapacità di vedere un'alternativa, una via di uscita, il dolore, la solitudine sono aspetti emotivi che colpiscono tutti noi, ma che, se non adeguatamente affrontati e trattati, comportano livelli di sofferenza tali da condurre a decisioni estreme come quella di togliersi la vita.

Contrariamente a quanto ancora oggi il senso comune può ritenere, il suicidio non è affatto un atto imprevedibile e ineludibile, e parlare del suicidio non induce affatto nell'altro un proposito di tal genere.

In questo volume l'autore, grazie alla propria profonda esperienza clinica e di ricerca, affronta il tema del suicidio e fornisce gli elementi fondamentali per la valutazione del rischio e le relative ed idonee misure di intervento.

Un testo indispensabile per quanti (psicologi clinici, psichiatri, psicoterapeuti, operatori dei servizi sociali), a diverso titolo, affrontano la sofferenza psichica e, con essa, il rischio di suicidio.

Molti libri sulla psicoterapia, basati su teorie consolidate del comportamento umano (che forniscono una base razionale per le tecniche terapeutiche), di solito ignorano il problema del suicidio. Sebbene alcuni psicoterapeuti, come psicoanalisti e terapeuti cognitivo-comportamentali, hanno a volte segnalato le applicazioni dei loro sistemi per clienti suicidi, altri, come i terapeuti della Gestalt, raramente hanno fornito esempi del genere. Solo negli ultimi decenni, molti articoli e libri hanno iniziato ad



affrontare le strategie psicoterapeutiche per prevenire o trattare il comportamento suicidario.

Le evidenze, inoltre, segnalano che un gran numero di individui si rivolgono al terapeuta per affrontare il desiderio di morire: si tratta di un qualcosa di molto intimo che deve destare la consapevolezza del terapeuta.

Questo volume si svincola da specifici sistemi di riferimento psicoterapeutico: non a caso, sebbene l'approccio psicodinamico prevalga in alcuni frangenti, il contenuto è fruibile da qualsiasi terapeuta.

L'autore, Maurizio Pompili, medico psichiatra e suicidologo, è ricercatore universitario e docente nei corsi di laurea e specializzazione della facoltà di Medicina e Psicologia dell'università La Sapienza di Roma; membro del McLean Hospital-Harvard Medical

School di Boston e referente per l'Italia dell'International Association for Suicide Prevention (Iaspi).

È stato insignito, nel 2008, con lo Shneidman Award dall'American Association of Suicidology per i contributi di alto valore resi alla ricerca sul suicidio.

Maurizio Pompili

La prevenzione del suicidio

Il Mulino, pp. 250 (22,00 €)

Responsabilità penale del personale infermieristico e ausiliario alla luce delle recenti sentenze della Corte di Cassazione

In questo numero analizziamo due recenti pronunce della Suprema Corte di Cassazione, sezione penale, utili per individuare quelle condotte, poste in essere nel quotidiano svolgimento dell'attività lavorativa da parte del personale infermieristico ed ausiliario, che sono state ritenute penalmente rilevanti dalla giurisprudenza.

La prima sentenza che andiamo ad esaminare è la numero **16260 del 6 marzo 2013**, con la quale la IV sezione penale della Corte di Cassazione ha ritenuto che integra la fattispecie di omicidio colposo la condotta di un barelliere che cagiona la morte di una paziente facendola cadere dalla barella a causa della cattiva manutenzione del pavimento.

In particolare, nel caso concreto, il barelliere non si era avveduto della presenza di una mattonella divelta nella pavimentazione, che aveva determinato l'incastro di una delle ruote della barella nel terreno sconnesso con conseguente caduta della paziente, deceduta poco dopo a causa di un grave trauma cranico.

Ebbene, nella fattispecie in esame – così come descritta – appare logico chiedersi come sia possibile imputare a colpa del dipendente la morte di una donna avvenuta a causa della cattiva manutenzione dell'ospedale.

Vediamo, dunque, quali sono le motivazioni che hanno spinto i giudici della Suprema Corte ad esprimersi in tal senso, ripercorrendo i passi principali del ragionamento seguito e gli aspetti cui è stata data maggiore rilevanza.

Nella sentenza si legge: *"la decisione è adeguatamente sorretta dalla fondamentale argomentazione giustificativa concernente la grave inosservanza, atta ad integrare di per sé la colpa, del dovere di attenzione nell'adempiere al compito di trasporto della paziente, pur risultando da parte dell'agente la conoscenza delle generali cattive condizioni manutentive dell'ospedale"*.

In estrema sintesi, secondo la IV sezione penale della Cassazione, il personale dipendente di una struttura non può ritenersi esonerato da responsabilità in ragione dell'obbligo di manutenzione strutturale dell'immobile gravante su altri soggetti, ma deve comunque sempre prestare quella particolare attenzione richiestagli in relazione ai compiti affidatigli.

Nella fattispecie in esame, quindi, i giudici della Cassazione hanno accertato che l'imputato non aveva prestato la dovuta attenzione nello svolgere il com-

pito a lui affidato: così, ad esempio, è stata evidenziata la disattenzione dell'imputato nel non aver acceso tutte le luci, nonostante il trasporto fosse avvenuto di sera, e l'imprudenza della manovra consistita nel tirare la barella tenendola alle proprie spalle, anziché spingerla.

In conclusione, sulla base della suddetta pronuncia, risponde di omicidio colposo l'incaricato al trasporto di una paziente che, essendo a conoscenza delle cattive condizioni manutentive dell'ospedale, non abbia posto la dovuta attenzione nell'adempiere al compito affidatogli, causando la caduta della paziente e, in tal modo, il suo successivo decesso.

Al contrario, se durante il giudizio penale fosse emerso che il barelliere aveva eseguito il compito a lui affidato con la diligenza e l'attenzione richiesta e che, quindi, l'incidente verificatosi era dovuto unicamente alla cattiva manutenzione della pavimentazione – dunque senza alcun intervento, in termini causativi, del barelliere attraverso il suo comportamento negligente – il barelliere stesso sarebbe andato esente da responsabilità.

* * *

La seconda sentenza che andiamo ad analizzare è la numero 23944 del 17 aprile 2013, con la quale la VI sezione penale della Suprema Corte di Cassazione ha condannato per omicidio colposo due infermieri in servizio presso la struttura residenziale nella notte in cui si era verificato un devastante incendio, **per aver omesso di adempiere ai propri doveri di vigilanza ed assistenza nella fase antecedente allo scoppio dell'incendio e per**





aver omesso di prestare soccorso ai degenti, una volta avvedutisi del propagarsi dell'incendio.

Il fatto al vaglio della Suprema Corte era il seguente: 19 pazienti psichiatrici ricoverati presso una struttura intermedia residenziale avevano perso la vita a causa di un incendio scoppiato durante la notte.

Con riferimento alla posizione degli infermieri in servizio durante la faticosa notte, i giudici della Cassazione hanno accertato la responsabilità dei medesimi *"sia per colpa generica consistita in negligenza ed imprudenza, sia per colpa specifica consistita nella violazione delle norme che disciplinano il servizio infermieristico"*.

Nel corso del giudizio, infatti, ai predetti imputati, è stata contestata specificamente *"la violazione delle norme che regolano il servizio infermieristico di cui al D.M. n. 739 del 1994 e del codice deontologico degli infermieri"*.

In particolare, la Cassazione concorda con quanto affermato nella precedente fase di giudizio dalla Corte di Appello in relazione alla circostanza che: *"l'obbligo di protezione nei confronti dei pazienti non può ritenersi limitato al rischio sanitario, cioè a dire agli ambiti connessi alla prestazione richiesta; e che la necessità di garantire adeguata tutela al bene salute, in riferimento ai principi solidaristici espressi dagli artt. 2 e 32 della Costituzione, implica che gli obblighi protettivi si estendano alle attività*

accessorie, che derivano dal rapporto di ospedalità, avuto riguardo alle concrete circostanze del caso."

Con specifico riferimento al caso concreto i giudici hanno osservato che, nel caso di una struttura psichiatrica, gli obblighi protettivi comprendono **doveri di vigilanza e di controllo anche rispetto ai comportamenti incauti e pericolosi che gli stessi pazienti possono porre in essere**, come il fatto di fumare all'interno delle camere o di usare in maniera inappropriata oggetti ed arredi.

In altri termini, gli obblighi di protezione e i doveri di vigilanza e controllo gravanti sul personale infermieristico vanno intesi – alla luce della pronuncia appena esaminata – in senso ampio, non essendo limitati soltanto allo svol-

gimento delle attività propriamente di assistenza e cura dei pazienti, in un'ottica di tutela globale della salute delle persone che, in virtù della necessaria degenza, si trovano ad essere affidate alla responsabilità di medici e infermieri.

* * *

I casi appena esaminati e le pronunce giurisprudenziali riportate consentono di trarre le seguenti conclusioni: la legge pone a carico degli infermieri un vero e proprio obbligo di garanzia nei confronti dei pazienti: obbligo consistente nello specifico vincolo di tutela che lega il soggetto garante (appunto l'infermiere) ad un determinato bene giuridico (il bene della salute e dell'integrità fisica della persona), per il caso in cui il titolare dello stesso bene sia incapace, totalmente o parzialmente, di proteggerlo autonomamente e adeguatamente.

Con la conseguenza che, ogniqualvolta gli infermieri o il personale ausiliario non tengano condotte tali da garantire controllo e protezioni adeguati – in relazione non soltanto alle esigenze individuali proprie di ciascun paziente, ma anche al contesto (cioè la struttura) nella quale i pazienti stessi si trovano e gli infermieri operano – deve ritenersi violato il suddetto obbligo di garanzia e, pertanto, sussistente una responsabilità (anche) penale degli infermieri.

Avv. Barbara Pisa



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

www.centrodieccellenza.eu