

*in*fermiere oggi

Anno XVI - N. 1 - Gennaio-Marzo 2006 - Tariffa Associazioni Senza Fatti di Luoro: Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abb. post. - D.L. 359/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB Roma



periodico di idee, informazione e cultura del Collegio Ipasvi di Roma

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma

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
Bertilla Cipolloni, Rodolfo Cotichini, Maurizio Fiorda,
Maria Vittoria Pepe, Francesca Premoselli,
Maria Grazia Proietti, Ausilia M.L. Pulimeno,
Emanuela Tiozzo, Marco Tosini.

Rivista trimestrale gennaio/marzo 2006
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
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 90
del 09/02/1990

FOTO: MARIO ESPOSITO

STAMPA: GEMMAGRAF EDITORE
00171 Roma - Via Tor de' Schiavi, 227
Tel. 06 24416888 - Fax 06 24408006
e-mail: info@gemmagraf.it



ASSOCIATO
ALL'UNIONE
STAMPA
PERIODICA
ITALIANA

Finito di stampare: Giugno 2006

Tiratura: 25.000 copie

"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.

1 EDITORIALE
di Gennaro Rocco

3 TERAPIA FAMILIARE:
IL RUOLO
DELL'INFERMIERE PSICHIATRICO
di Paola Ferri, Antonio Giannone

11 L'INFERMIERISTICA NEL PENSIERO
RIFORMATORE DI CRISTINA
TRIVULZIO DI BELGIOIOSO
di Anna Maria Zucchi

16 Estratto dalla tesi di laurea
in infermieristica: "Prima
esperienza di prelievo d'organi
presso l'ospedale G.B.Grassi:
studio del vissuto raccontato
dagli operatori sanitari
del centro di rianimazione"
di Cinzia Gili

27 UN IMPORTANTE PASSO AVANTI

29 Infermieri in rete

31 A COLLOQUIO CON IL PROFESSOR
IGNAZIO R. MARINO
di Cristian Vender

36 ADOTTATI DALL'AFRICA
di Andrea Querci

40 2^a CONFERENZA
DELLA FEDERAZIONE
EUROPEA DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
di Alessandro Stievano

44 COMMISSIONI 2006
Dati aggiornati al 31 maggio 2006

64 L'avvocato dice...

La svolta che inseguiamo

di Gennaro Rocco

L'insediamento di un nuovo Governo significa per gli infermieri italiani l'avvio di un nuovo ciclo. Finora però si è trattato ogni volta di azzerare e riprendere un percorso di attesa e di speranza. La storia insegna che spesso ad ogni "cambio della guardia" si finisce per ricominciare tutto daccapo: istanze, rivendicazioni, pressioni e un difficile lavoro di tessitura di rapporti per riconquistare la posizione. Solo negli ultimi anni, Dio sa con quanta fatica, abbiamo visto concretizzarsi alcuni grandi obiettivi professionali che inseguivamo da almeno un decennio. Se non altro sul piano legislativo. La figura dell'infermiere si è così trasformata in profondità, come pure il suo riconoscimento formale e normativo. Non più una professione ausiliaria ma intellettuale, dotata di una formazione di alto livello, di una carriera apicale, di un'autonomia considerevole. E su questo non vogliamo più discutere né trattare.

Per noi è un capitolo chiuso che ne porta con sé uno nuovo, altrettanto importante: l'applicazione delle leggi e la trasformazione dei principi così sanciti nella realtà operativa, quella che tutti i giorni ci troviamo a dover affrontare sul posto di lavoro. Al nuovo Governo del Paese chiediamo soprattutto questo: dare un seguito concreto alle nostre conquiste, sapendo che sono innanzi tutto le conquiste dei cittadini, del loro diritto ad avere un'assistenza



pronta ed efficace, competente e professionale.

Proprio la perfetta coincidenza dei nostri interessi con quelli della società civile ci consente di porre richieste precise e perentorie a chi assume la guida politica del Paese, con il conseguente diritto-dovere di programmare e decidere. Poche

professioni come la nostra hanno, per ruolo sociale e per dimostrata crescita, la prerogativa di fissare i paletti di quanto è dovuto in tema di politica e di gestione sanitaria. E allora ecco le nostre richieste, schiette e subito praticabili, che giriamo al Governo, al Ministro della Salute e ai suoi Sottosegretari.

A cominciare da un impegno vero per l'applicazione del nuovo quadro normativo d'interesse infermieristico. Vuol dire, ad esempio, dare corso concreto alla Legge 43/2006, approvata all'unanimità dal Parlamento dopo una lunga gestazione e solo sul finire della scorsa legislatura. Una legge che sancisce quella dignità di professione apicale in ambito sanitario che abbiamo cercato e guadagnato sul campo, pronti come sempre a rimetterci in gioco, a caricarci delle competenze per tradurre le innovazioni scientifiche e tecnologiche in modelli organizzativi e assistenziali nuovi, ponendo sempre l'uomo e i suoi bisogni complessivi al centro di ogni prestazione.

Gli infermieri chiedono quindi di passare dalla teoria alla pratica realiz-

zando le nuove condizioni normative. Si attendono cambiamenti importanti nella qualità dei servizi resi ai cittadini, soprattutto con l'introduzione della figura dell'infermiere esperto clinico che segna il passaggio dal concetto di specializzazione a quello di competenza specifica, più ampia, deputata alla gestione della persona nella sua globalità fisica, psichica, relazionale e affettiva.

Chiediamo che le rinnovate possibilità di carriera per tutti gli infermieri che operano nell'assistenza diretta (art.6 L.43/06) siano rese realmente accessibili; che gli attuali Caposala che conseguono il titolo universitario in Management siano davvero equiparati alle altre figure dirigenziali sanitarie all'interno delle Unità Operative, che la Dirigenza apicale per gli infermieri in possesso del titolo di laurea quinquennale divenga finalmente realtà.

Chiediamo con altrettanta forza condizioni di lavoro diverse, che ci consentano di operare nella quotidianità con ruoli e funzioni proprie dell'infermiere del terzo millennio. Per questo si rende urgente porre rimedio alla gravissima carenza degli organici interpretandola come una vera emergenza nazionale, riportando rapidamente il rapporto numerico tra infermieri, pazienti e medici a quozienti più accettabili e più vicini agli standard europei.

Servono perciò soluzioni strutturali e non più semplici palliativi. E' quanto chiediamo al Ministero e al Governo nel suo insieme. Riconsiderare la figura stessa dell'infermiere, valorizzarla e conferire a questa gli strumenti operativi necessari vuol dire naturalmente aggiornare le retribuzioni al ruolo e alle nuove responsabilità della professione infermieristica. Serve anche per incentivare i giovani a sceglierla come

soluzione di vita, a sposarne i contenuti umani e la mission, a costruire un modo più pronto e disponibile a raccogliere le ragioni degli altri e di chi soffre in particolare.

Accanto a questo, è indispensabile sostenere i corsi di laurea in infermieristica, il vero bacino d'utenza culturale della professione, la cui crisi svuota di fatto le università e impedisce di garantire il naturale turn-over del personale, avvitando così la carenza di infermieri in un vortice senza scampo.

Chiediamo inoltre di valorizzare al massimo livello i percorsi di specializzazione, di voler conferire un rinnovato sostegno allo sviluppo della ricerca infermieristica. Così come ci aspettiamo che il Governo spinga con decisione e rapidità sulla diffusione dell'assistenza territoriale e che crei maggiori occasioni di sviluppo per la libera professione infermieristica.

Quanto a noi infermieri, investiremo i prossimi tre anni nella revisione dei processi assistenziali attraverso la riorganizzazione del lavoro. Puntiamo quindi ad investire ulteriormente sulla formazione come mezzo per implementare nuovi e più efficaci modelli di assistenza. Il tutto nello sforzo di valorizzare sempre più il possesso di titoli di studio specialistici, come si conviene a una professione moderna, fondamentale per il futuro della sanità.

Ci chiediamo: come il nuovo Governo affronterà queste istanze? Come e quando fornirà le risposte? Quale impegno assume oggi per non mandare deluse, ancora una volta, le nostre attese? Che tipo di futuro c'è in serbo per gli infermieri?

Attendiamo parole chiare, ma soprattutto fatti concreti. Ambedue con il crisma della celerità.

TERAPIA FAMILIARE: IL RUOLO DELL'INFERMIERE PSICHIATRICO

a cura di Paola Ferri*, Antonio Giannone**

INTRODUZIONE

L'infermiere psichiatrico, quindi il professionista che ha acquisito un'esperienza clinica specifica e una formazione teorica post base all'Università (Master) è preparato per erogare un'assistenza specialistica qualitativamente elevata, rispetto all'infermiere che ha delle conoscenze teoriche e cliniche apprese durante il corso di formazione di base. Pertanto da questo specialista clinico in psichiatria ci si aspetta la capacità di svolgere una serie di ruoli tra i quali quello di **terapista della famiglia**. Oramai è convinzione comune che una malattia psichiatrica spesso sia non semplicemente un fenomeno individuale ma anche familiare e che sia opportuno pertanto che l'infermiere psichiatrico sia preparato ad interagire come terapeuta della famiglia.

EVOLUZIONE DEL RUOLO DELL'INFERMIERE PSICHIATRICO

Qualche psichiatra appena venti anni fa si esprimeva in questo modo: "... sembra proprio che l'infermiere psichiatrico abbia perso, con l'istituzione dei servizi territoriali (L. 180/78), anche la propria identità: nel nostro servizio questo è un problema attuale, di cui gli infermieri sono perfettamente coscienti, senza riuscire però a ridefinirsi come operatori intermedi tra il medico ed il paziente ..." e ancora continuando "...a questo proposito, lo stato giuridico del personale dipendente delle UU.SS.LL., prevedendo una figura poliva-

lente, adatto a tutti i servizi, non sembra tenere in gran conto il problema di una specifica professionalità dell'infermiere psichiatrico e, se lo riabilita come figura paramedica, ne accresce, a mio parere, dubbi e crisi di identità". Quindi sulla scorta di quanto affermato nel 1985 in **Introduzione ragionata alla Psichiatria** di Paolo Curci e Cesare Secchi, edito da EGM di Modena ci permettiamo rispettosamente di far presente a questi autori che ciò che loro sostenevano aveva un fondamento di verità quasi incontrovertibile, ciononostante però si potrebbero fare oggi degli ovvi appunti a posteriori a queste affermazioni e cioè, nell'ordine:

1. la **ridefinizione** del ruolo infermieristico c'è stata e continua ad esserci, forse però in molti stentano a vederla perché poco interessati o peggio preoccupati (a torto) che questi professionisti possano ridurre il ruolo dello psichiatra intaccando la loro sfera di competenze;
2. che gli infermieri hanno e continuano a cercare di costruirsi un **ruolo** che non sia **intermedio** tra il medico e il paziente, ma **autonomo e complementare** a quello del medico, dello psicologo e via dicendo;
3. che la **figura polivalente** dell'infermiere è già superata nel quotidiano clinico già da anni, tanto è vero che il legislatore è stato costretto ad abrogare il mansionario degli infermieri, in quanto esso rappresentava un ostacolo giuridico-legale all'espletamento dell'attività clinica quotidiana di 320000 infermieri italiani e che inoltre la figu-

ra infermieristica per Legge non può essere ormai definita **paramedica** in quanto possiede un corpus di conoscenze clinico-scientifiche proprie, così come a un proprio profilo professionale definito dal legislatore, un proprio codice deontologico, un proprio autonomo Corso di Laurea di I° e II° e via dicendo. E' vero comunque che siamo paurosamente in ritardo nel riconoscere contrattualmente parlando un nuovo status giuridico ed economico ai nuovi infermieri psichiatrici (con cinque anni di Università dopo la maturità quinquennale).

Per continuare con Curci e Secchi: *"... non è esistito quasi un **sapere teorico** dell'infermiere dell'O.P., ove per sapere teorico si intende quello che si può scrivere, codificare e divulgare come scientifico: i loro corsi di preparazione ufficiali consistevano più nell'apprendimento pratico accanto ai colleghi già esperti, che nell'insegnamento teorico di poche nozioni di provenienza medica"*. Per fortuna le cose non sono più così, la formazione teorica e clinica degli infermieri avviene nelle Università, così come per i medici ed inoltre esiste una cultura infermieristica storicamente riconosciuta, così come esiste una **Scienza Infermieristica Generale e Clinica** negli Atenei italiani e stranieri dove gli insegnamenti impartiti agli infermieri non sono solamente di provenienza medica ma provengono dagli infermieri stessi. Crediamo che non sia un caso se venti anni dopo, uno dei due autori del testo citato (Prof. Paolo Curci – Ordinario di Psichiatria presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia) abbia assieme ad altri cattedratici (tra i quali Prof. Marco Rigatelli e Gian Paolo Guaraldi – Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria presso lo stesso Ateneo) e gli scriventi pensato di organizzare un **Master Universitario di I° livello in "Infermieristica in Salute Mentale-Psichiatria post Laurea per Infermieri"**. Forse tutti assieme psichiatri, infermieri psichiatrici ed altri operatori della salute mentale abbiamo avvertito l'esigenza di rendere sempre meno vero e attuale la fotografia che il prof. Curci ci dava nel 1985 degli infermieri. Questo articolo affronta la questione se un infermiere psichiatrico italiano possa nel nostro Paese

così come avviene negli Stati Uniti d'America dal 1950 essere un terapeuta della famiglia, come è ampiamente documentato dalla letteratura sia medica, sia psichiatrica di quel Paese. In sintesi se un infermiere psichiatrico italiano possa condurre in ambiente ospedaliero ed extra-ospedaliero dei gruppi di psicoterapia. Sembrerebbe di sì; forti delle esperienze professionali maturate da 55 anni a questa parte dai colleghi americani e non solo e dalla sperimentazione in itinere condotta presso l'S.P.D.C. dell'A.S.L. di Modena sotto la guida di un esperto psicoterapeuta di lungo corso, quale è il prof. Rodolfo Paguni, con il parere favorevole del Direttore del Servizio citato, il prof. Paolo Curci.

LE FAMIGLIE COME AREA DI SPECIALIZZAZIONE PER GLI INFERMIERI

L'interesse per le famiglie ed i dati sui sistemi familiari risalgono ai tempi più antichi.

L'educazione per la vita si è sempre verificata nelle famiglie ed è stata considerata una responsabilità della famiglia. Il delegare quelle che in passato erano responsabilità della famiglia, quali l'assistenza ai malati, agli anziani e la morte di un membro della famiglia, a diversi professionisti è un evento del secolo scorso. L'identificazione delle famiglie come un'area di specializzazione per gli infermieri psichiatrici è ancora un settore relativamente nuovo che comprende l'accertamento, l'insegnamento e la terapia appunto familiare. *La terapia della famiglia, come modalità di trattamento*, è nata a metà degli anni cinquanta e da allora è notevolmente proliferata. L'infermieristica psichiatrica è stata una parte di questa proliferazione, e una parte dei programmi di insegnamento attuali comprendono una componente di terapia della famiglia.

L'approccio dei **Centri Comunitari di Salute Mentale** e il **Movimento degli Infermieri Psichiatrici Americani** verso lo sviluppo di capacità come terapisti della famiglia si sono verificati contemporaneamente e erano intercorrelati. I Centri Comunitari di Salute Mentale erano innovativi, generalmente rispettosi di tutte le

professionalità, portando così a quella *confusione di ruoli* che continua ad esserci anche oggi. Ciò in America ha fornito la spinta ed il sostegno affinché gli specialisti di infermieristica psichiatrica assumessero la loro giusta posizione quali terapisti addestrati competenti.

DEFINIZIONE DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA

La terapia della famiglia è un modo di pensare e di concettualizzare i problemi. Non è un'estensione della teoria psicoanalitica, ma è un punto di vista diverso, un nuovo modo di pensare che è spesso in conflitto con la teoria psicoanalitica. Quest'ultima sostiene che i sintomi e la resistenza a cambiare si accentrano nei processi interni dell'individuo, cioè, essi hanno a che fare con ciò che è *all'interno* dell'individuo. Questa teoria afferma che *la funzione del sintomo è quella di mantenere un equilibrio intrapsichico*. Al contrario, la "visione familiare" afferma che i sintomi di un individuo mantengono l'equilibrio del sistema familiare piuttosto che l'equilibrio di forze intrapsichiche. Questo rappresenta una novità nel pensiero psichiatrico e si è sviluppata molto lentamente fino a pochi anni fa. All'interno del campo della famiglia, non vi è ancora accordo generale su uno specifico campo di conoscenze o su un determinato gruppo di tecniche terapeutiche. Tuttavia, tutti i terapisti della famiglia condividono la convinzione che i problemi di un individuo possono essere l'espressione di problemi della famiglia e che vedere i membri della famiglia assieme offre notevoli vantaggi rispetto a vedere i membri della stessa singolarmente. Tutti i terapisti della famiglia vedono la *famiglia come l'unità del trattamento*. Da questi concetti di base si sono sviluppati numerosi tipi di interventi terapeutici, ed i terapisti della famiglia si avvicinano alle famiglie in modo differente. Essi si concentrano su ciò che avviene *tra* gli individui che costituiscono il sistema familiare piuttosto su ciò che si verifica *all'interno* degli individui. Lo scopo principale della terapia della famiglia è il miglioramento del sistema familiare che viene raggiunto assistendo i membri della stessa a differenziarsi l'uno dall'altro pur mantenendo una con-

nessione emotiva. Se si vuole che si verifichi un cambiamento, ciascun membro della famiglia deve assumersi la responsabilità di sé, dei propri pensieri e delle proprie azioni.

CARATTERISTICHE DELLA FAMIGLIA FUNZIONALE

È importante che un infermiere psichiatrico, prima di concentrarsi sulla famiglia e sui suoi membri che hanno difficoltà emotive, conosca quella che è una famiglia sana, ben funzionante.

Ackerman ha osservato che i pazienti: *"... provengono da famiglie disorientate e che il primo familiare che necessita dell'assistenza psichiatrica può essere il membro del gruppo più o meno malato"*. Gli Operatori Psichiatrici devono guardare al di là del paziente psichiatrico e rivolgere la loro attenzione verso l'intero nucleo familiare per valutare accuratamente la situazione completa.

Le famiglie ben funzionanti hanno i seguenti processi maturativi:

1. adeguata socializzazione e competenza nello stabilire relazioni personali con gli altri;
2. sviluppo di un senso di identità e di autostima in ciascun membro;
3. opportunità di autoespressione e di autodisciplina;
4. incoraggiamento all'indipendenza e all'autosufficienza;
5. emancipazione di ciascun figlio e controllo dei genitori degli appropriati stadi di sviluppo.

Nelle famiglie ben funzionanti gli obiettivi e gli scopi si raggiungono con il minimo di confusione e di conflitto possibile. Le aspettative del ruolo sono esplicite e chiaramente definite e i membri della famiglia si aiutano reciprocamente. Le famiglie vanno incontro nel tempo a diverse modificazioni e quelle ben funzionanti si adattano a questi cambiamenti. Esse sono flessibili, si adattano alle diverse condizioni e richieste e sono capaci di cambiare. Avendo presenti questi concetti su quella che è una famiglia ben funzionante lo specialista clinico può valutare le aree problematiche nelle singole famiglie e sviluppare interventi che aiuteranno la famiglia a riconoscere i propri punti di forza e ad aumentare la sua funzionalità

LA FAMIGLIA COME SISTEMA

Come sistema, la famiglia risente in positivo ed in negativo delle singole azioni di uno dei membri della stessa. Un sistema è semplicemente una serie di elementi intercorrelati che possiede un confine ed è costituita da una serie di interrelazioni persistenti tra le parti di un tutto. Un sistema è maggiore della somma delle sue parti: pertanto la famiglia è maggiore della somma dei suoi singoli componenti. E' sempre presente una interazione o un movimento dinamico tra queste parti, e tutte le parti sono interdipendenti. Se un membro della famiglia non funziona correttamente, egli influenza tutti gli altri membri che costituiscono il sistema familiare. Se si verifica un cambiamento all'interno di un membro della famiglia, si ha una modificazione dell'intero sistema. Questo è un concetto estremamente importante che il terapeuta deve ricordare quando lavora con le famiglie: **se un membro della famiglia cambia, l'intero sistema familiare cambierà in qualche modo con lui.**

Ciascuna famiglia sviluppa dei modi sistemici di essere tale. Questi comprendono modi di comunicazione, di risoluzione dei problemi, di soddisfazione delle necessità di affetto e di intimità dei membri della famiglia, di risoluzione dei conflitti e di trattare le perdite ed i cambiamenti e così via. L'osservazione di questi processi è essenziale per l'accertamento della funzionalità della famiglia. In ogni sistema familiare, i membri si compensano l'un l'altro cioè se un membro della famiglia è sottofunzionante in alcuni settori, un altro membro provvederà al compenso iperfunzionando in quei settori. I membri della famiglia agiscono tra loro coerentemente in modi reciproci e specifici. Alla fine evolvono in quadri reciproci di interazione, e questi diventano prevedibili all'interno del sistema familiare. Gli stessi elementi possono essere parte di più di un sistema. La famiglia è un membro di altri sistemi più grandi ed inoltre possiede diversi sottosistemi.

I sistemi funzionano a tutti i livelli di efficienza, variando da un funzionamento ottimale ad una disfunzione totale. La funzione di qualsiasi sistema dipende in parte dalla funzione dei sistemi più gran-

di e dai suoi sottosistemi. Il nucleo familiare è una parte del sistema familiare più grande ed esteso esistente, ed entrambi sono parte di un sistema ancora più grandi, quali la scuola, il lavoro, la chiesa, la comunità sociale, lo stato, ecc. Il concetto dei sistemi aperti e chiusi è utile nel considerare una famiglia. In realtà non esiste alcun sistema completamente aperto o chiuso, ma alcuni sistemi sono più aperti o meno di altri. Una famiglia con un maggior grado di apertura è capace di assumere un maggior numero di messaggi dal suo ambiente e può adattarsi a quello che ha percepito, piuttosto di distorcere le informazioni poiché non è in grado di accettare un cambiamento. Alcune famiglie tendono ad escludere o a distorcere quasi tutte le informazioni che provengono loro dall'ambiente esterno per evitare di alterare l'equilibrio del sistema. Quest'ultimo tipo di famiglia e si uno dei casi veramente appartenenti a quella che possiamo definire un *sistema ermeticamente chiuso*, che non si lascia permeare da nulla e nessuno. Avere la conoscenza di base e la capacità di applicare la teoria dei sistemi alle famiglie può essere utile per lo specialista clinico in infermieristica psichiatrica e di salute mentale per considerare un individuo o una famiglia nella sua globalità.

LA TEORIA DI BOWEN: UN MODELLO DI TERAPIA DEI SISTEMI FAMILIARI

La teoria dei sistemi familiari, come presentata da Bowen, è costituita da nove concetti intercorrelati ed interdipendenti che descrivono il funzionamento emotivo di un sistema familiare. Su questa teoria sono stati scritti interi volumi, ma in questo breve articolo possono essere presentati solamente alcuni concetti. I nove concetti principali della Teoria di Bowen sono il sistema emotivo del nucleo familiare, la differenziazione dell'io, il processo di proiezione della famiglia, il processo di trasmissione multigenerazionale, la posizione dei fratelli, l'isolamento emotivo nella società e il concetto del soprannaturale. Il **sistema emotivo del nucleo familiare** viene usato per descrivere i modelli di funzionamento emotivo in una singola famiglia. Se vi è un'elevata fusione

tra i membri di un sistema familiare vi è anche una dipendenza e una intensità emotiva estesa. La fusione è una mescolanza di sé con gli altri. Le persone altamente fuse non hanno una chiara definizione dei propri confini individuali nelle strette relazioni emotive. Quando le fusioni o l'indifferenziazione sono elevati, i membri delle famiglie usano principalmente i seguenti modi per ottenere la distanza e trattare l'ansia: **1. distanza emotiva**; **2. conflitto coniugale**; **3. disfunzione in uno dei coniugi (fisica, emotiva e/o sociale) e trasmissione ai figli, attraverso il processo di proiezione, a causa del quale le difficoltà dei genitori proiettate ai bambini provocheranno spesso successivamente dei problemi a distanza agli stessi.** La **differenziazione dell'io** si riferisce alla capacità dell'individuo di distinguere tra pensieri ed emozioni. Si riferisce anche al grado al quale un individuo può distinguere se stesso, i propri desideri, le proprie necessità e le proprie opinioni da quelle degli altri nel sistema di relazione. Il livello di differenziazione di un individuo può essere visto come un continuum. All'estremità più bassa del continuum vi sono quelle persone le cui emozioni (sentimenti) ed il cui intelletto (pensiero) sono così fusi che le loro vite sono dominate dai loro sentimenti. All'estremità più alta del continuum vi sono quegli individui che sono più differenziati ed il cui funzionamento intellettuale mantiene un controllo relativo sui loro sistemi emotivi durante ad es. i periodi di stress. Questi individui più adattabili e indipendenti dalle emozioni che li circondano. Una completa storia familiare, che valuti il sistema nel tempo, può fornire informazioni importanti riguardo al livello di differenziazione dell'individuo e della famiglia. **L'unità fondamentale nella famiglia è il triangolo.** Il triangolo rappresenta il più piccolo sistema di relazione stabile. Durante i periodi di calma, il triangolo è composto da una coppia chiusa, rassicurante, e da un estraneo meno rassicurante. Quando la tensione è bassa, la posizione di unione interna è più desiderabile e ciascuna persona nel triangolo si muove per raggiungere questa posizione. Durante la crisi è la posizione esterna che diventa più attraente per sfuggire alla tensione nella coppia. Pertanto la triangolazione è un tentativo

di ridurre la tensione ed evitare di trattare i problemi direttamente all'interno del sistema. La triangolazione può essere definita come il sottoprodotto della reattività emotiva in un sistema. Il **processo di proiezione della famiglia** è un esempio di triangolo che comporta la trasmissione del problema ai figli. Il bambino triangolato tra la coppia di genitori alla fine diventa sintomatico ed il suo funzionamento emotivo alterato. Il processo di proiezione della famiglia si verifica per diverse generazioni attraverso il **processo di trasmissione multigenerazionale.** Un individuo impara il modello di proiezione nella propria famiglia e quindi lo impiega nella famiglia che crea. Questo processo, trasmesso attraverso le generazioni, porta allo sviluppo di persone meno differenziate con livelli inferiori di funzionamento.

Il **concetto di posizione di fratello**, come definita da Toman, dipende dalla combinazione delle caratteristiche dei ranghi di sesso e di età di tutte le persone all'interno della famiglia. Il tipo di persona che uno sceglie come coniuge, partner o amico sarà determinato dalla costellazione della famiglia. Si basa sull'idea che la prima famiglia rappresenta il più importante contesto di vita e che è nella famiglia che i modelli di relazione vengono appresi ed estesi nelle generazioni. Le posizioni di fratello sono viste come ruoli appresi all'interno della propria famiglia che la persona tenderà ad assumere nelle situazioni future esterne alla famiglia. Queste posizioni implicano alcune tendenze comportamentali, alcuni tratti della personalità ed alcune inclinazioni sociali. Le informazioni sulla posizione del fratello aiutano a sviluppare un quadro completo dell'intero sistema familiare e dei modelli di interazione. Il concetto di **isolamento emotivo** si riferisce ad un elevato grado di distanza emotiva tra i partecipanti ad una relazione. La distanza emotiva, l'opposto di una correlazione persona-persona, esiste quando le principali aree del pensiero e dei sentimenti dei partecipanti ad una relazione non vengono comunicate, e la relazione rimane superficiale. Il modello di vita degli isolati viene determinato dal modo in cui la persona tratta l'attaccamento emotivo non risolto ai propri genitori. *Più intenso è l'attacca-*

mento irrisolto, più è basso il livello di differenziazione della persona coinvolta. Il **concetto emotivo nella società** che comprende sia alla regressione che la progressione sociale, ipotizza che i problemi emotivi della società siano analoghi ai problemi emotivi della famiglia. Suggestisce che i principi che operano all'interno dei sistemi familiari operano anche all'interno dei sistemi sociali. Il **concetto del soprannaturale** è presente solo nella fase precoce di sviluppo. Nutre un'alta considerazione per molti fenomeni che accadono nel mondo, che non sono ancora capiti e riconosce il loro possibile significato per la vita. Tra essi sono compresi la religione e diversi altri sistemi di credenze che influenzano fortemente gli individui e le famiglie. I nove concetti fondamentali della Teoria di Bowen sono tutti estremamente importanti per il funzionamento della famiglia. Questi concetti forniscono un modo per descrivere i modelli ed i processi del funzionamento emotivo in *tutte* le famiglie. Riteniamo che lo specialista clinico debba *possedere una forte ed importante base teorica*, prima di tentare di programmare un intervento terapeutico per la famiglia.

APPLICAZIONE DELLA TEORIA DI BOWEN AL PROBLEMA CLINICO DELLA DEPRESSIONE

Gli operatori psichiatrici spesso vedono famiglie nelle quali vi è un membro depresso. Queste famiglie vedono la persona depressa come "malata" e non pensano che hanno giocato un ruolo molto importante in quel processo depressivo. I familiari del depresso chiedono di trattare il depresso con una terapia individuale senza saper che la **famiglia è l'unità del trattamento nella depressione**. Nessun membro della famiglia deve essere scelto come "paziente", ma invece il membro depresso della famiglia, va visto come il "*portatore dei sintomi*" colui cioè che riflette i disturbi dell'intera famiglia. Questo membro ha appreso il modello della depressione all'interno della famiglia ed è per questo che va "curata l'intera famiglia". La radice della depressione è l'isolamento emotivo, e la persona depressa è colpita dalle proprie emozioni. La depressione è opprimente e reprime il

pensiero. La persona depressa è sopraffatta dai propri sentimenti. Una persona depressa ha il tono dell'umore deflesso e si sente incapace di fare qualsiasi cosa al fine di risolvere i suoi problemi ed è colta inevitabilmente da un senso di disperazione. Il centro della depressione è l'io, che alimenta l'isolamento emotivo e la persona depressa si isola dalla gente in un "mondo interiore". Poiché la persona in questo mondo interiore tende a sviluppare un forte senso di irrealtà, quanto più una persona si concentra su se stessa, escludendo gli altri, tanto più i problemi e i sentimenti gli faranno perdere la prospettiva di uno sbocco ai suoi problemi, determinando un vero e proprio isolamento emotivo. La riduzione di questo isolamento spesso diminuisce il senso di depressione. Pertanto è importante che il depresso venga coinvolto (specialmente a livello familiare) a stare con altre persone anche se il desiderio di chi sta male è quello di restare da solo. Il terapeuta quindi ha il dovere di incoraggiare il depresso a trascorrere con una certa regolarità più tempo con le altre persone, per ridurre i propri sentimenti di isolamento e di depressione.

Bower vede **la depressione come un sintomo di disfunzione della famiglia**, che è determinato dal livello di differenziazione di una persona e dal grado di ansia familiare. La sintomatologia della depressione può essere capita esplorando i processi familiari e identificando i modelli di comportamento presenti sia nella generazione passata che in quella presente. Un modo di *valutare la famiglia* è quello di raccogliere questi dati e di *eseguire una dettagliata anamnesi familiare* perché questa ci fornisce delle informazioni reali sui modelli globali di funzionamento della famiglia di almeno tre generazioni. E' un modo per scoprire come il sistema è funzionato nel tempo e come sta funzionando attualmente. E' importante predisporre un *diagramma della famiglia* che illustra l'intero *sistema famiglia* per esteso nel tempo. Ciascun membro della famiglia dovrebbe acquistare una certa consapevolezza del ruolo che svolge nel processo familiare in atto. E' essenziale *insegnare ai membri motivati* della famiglia come i sistemi familiari funzionano, così aiutandoli ad imparare come controllare (e rico-

noscere) i loro ruoli nelle dinamiche familiari. Una volta imparato quanto detto si può loro insegnare loro che hanno la possibilità di fare qualcosa di differente e che a seguito di questa/e azione/i di discontinuità (rispetto al passato) può verificarsi il cambiamento atteso. Quindi una volta che i *membri motivati* raggiungono questo obiettivo anche gli altri membri della famiglia possono iniziare a lavorare assieme per risolvere le difficoltà del membro depresso. E' utile dire alla famiglia che la depressione è autolimitante e che diminuendo di intensità non sempre scompare del tutto. Non è importante quanto grave è la depressione un giorno verrà superata. Questa conoscenza del modo di esprimersi può essere di conforto per le famiglie durante l'acuzie depressiva. Il terapeuta dovrà inoltre incoraggiare il membro depresso a partecipare alle attività, all'esercizio fisico ed all'interazione con le altre persone durante questo difficile momento, anche se il paziente dovrà forzare se stesso a fare ciò. La Teoria di Bowen descrive la persona depressa come quella che mantiene la posizione adattativa nella famiglia e quando questa posizione viene mantenuta per un lungo periodo, la persona perde gradualmente se stessa e ogni sua abilità ad agire è notevolmente alterata. Ora il membro "iperfunzionante" o dominante e il membro "ipofunzionante" o adattativi non sono entrambi funzionali alla crescita corretta del sistema famiglia. Quando queste posizioni diventano modelli stabili di interazioni, il processo diventa cronico e la sua inversione può essere estremamente difficile. In ogni sistema, le persone si compensano tra loro. Se una persona è ipofunzionante in alcune aree, qualcun altro nel sistema la compenserà iperfunzionando in quelle aree. In una famiglia depressa vi è abitualmente una relazione fluttuante. Uno o più membri della famiglia sono iperfunzionanti esattamente come il membro depresso è ipofunzionante. Man mano che gli altri familiari si assumono più responsabilità, il membro depresso fa meno fino a diventare totalmente disfunzionale. Lo scopo di lavorare con la famiglia è quello di insegnare ai membri iperfunzionanti a fare meno in modo che il membro depresso o ipofunzionante si assuma più responsabilità e gradualmente

aumenti il suo funzionamento. E' un errore fare "troppo" per qualcuno che è depresso. Si capisce quindi come sia importante che il terapeuta insegni alla famiglia questi principi del sistema. L'insegnamento è una componente fondamentale del ruolo dello specialista clinico quando lavora con le famiglie. Molte risposte all'interno delle famiglie sono "automatiche", nel senso che si danno delle spiegazioni sull'evento morboso che spesso non coincidono con le reali cause; i membri della famiglia sono così vicini emotivamente che non possono riconoscere queste cause spesso non propriamente manifeste, tutt'altro! Una persona estranea obiettiva può assistere la famiglia aiutandola ad identificare i circuiti automatici e spezzando il ciclo in modo che i membri della famiglia imparino come operano tra loro. Tale persona può inoltre assistere i membri della famiglia a scoprire modi per modificare il proprio comportamento se questo è desiderato. E' importante per lo specialista clinico che lavora con le famiglie mantenere una sufficiente distanza dal sistema familiare per conservare l'obiettività e per non venire emotivamente coinvolto nella depressione della famiglia.

L'infermiere psichiatrico deve essere sensibile ai sentimenti dei membri della famiglia ma essere contestualmente "padrone" dei propri. Ai membri della famiglia dovrebbe essere insegnato a focalizzarsi sugli aspetti positivi e sui successi della famiglia invece che sugli aspetti negativi e sui fallimenti. Devono essere accentuate le forze e non le debolezze. Gli sforzi dello specialista clinico quando lavora con un membro depresso sono rivolti a diminuire l'ansia del sistema, ad aumentare il livello di differenziazione dei membri della famiglia.

CONCLUSIONI

Pensiamo che la fisionomia del moderno infermiere psichiatrico sia stata stravolta in meglio rispetto al cliché dello stesso di qualche anno fa. L'elevato tasso di scolarizzazione superiore ed universitaria restituisce alla società civile attuale una figura ancora poco spesa in modo congruo, che potrebbe rivelarsi un'avanguardia nella lotta ai disturbi psichiatrici e una risorsa

per l'intera salute mentale. Per dirla con Curci e Secchi: **"... gli infermieri psichiatrici rappresentano la stragrande maggioranza degli operatori operanti nell'ambito della psichiatria ... e se si considera che l'essenza del lavoro psichiatrico è costituito dal rapporto terapeuta-paziente, va da sé che, nella quasi totalità, questo veniva svolto da infermieri ..."**. Queste affermazioni fatte da dei non infermieri ci danno la misura esatta di quanto questa figura sia importante e non sufficientemente e adeguatamente utilizzata da sempre. Nella certezza che il trend stia cambiando per tutta una serie di ragioni, che qui non prendiamo in esame per una questione di brevità di esposizione, non per ultima quella legata alla razionalizzazione della spesa sanitaria, pensiamo che ancora molto debba essere atto in termini di alleanze professionali, di proliferazione di strutture psichiatriche intermedie operanti nel territorio, di inserimento reale e non fittizio dei pazienti psichiatrici nel mondo del lavoro, di riconoscimento precoce delle disfunzioni familiari e relativa lotta terapeutiche alle stesse.

AUTORI

*Dr PAOLA FERRI**

Coord. Attività Formative

Professionalizzanti e Docente

C.d.L. in Infermieristica di Modena

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

*Dr ANTONIO GIANNONE(**)*

Infermiere (Azienda Sanitaria Locale di Taranto/1)

Docente del Master "Infermieristica in psichiatria-salute mentale"

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

bibliografia

1. Ackerman N.: **Psychodynamics of Family Life**. New York, Basic Books, Inc., 1958.
2. American Nurses Association : **Statement on Psychiatric and Mental Health Nursing Practise**. Kansas City, Missouri, American Nurses Association, 1976.
3. Beck A., Rush J., Shaw B., e al: **Cognitive Therapy of Depression**. New York, Guilford Press, 1979.
4. Bower M.: **Family Therapy in Clinical Practice**. New York, Jason Aronson, 1978.
5. Cain A.: **Families and family therapy**. In Robinson L: **Psychiatric Nursing As A Human Experience**. Philadelphia, W. B. Saunders, 1977.
6. Cain A.: **The therapist's role in family systems therapy**. *Family* 3:65- 72, 1976.
7. Clements I., and Buchanan D. (eds.) : **Family Therapy: A Nursing Perspective**. New York, John Wiley and Sons, Inc., 1982.
8. Smoyak S.: **The Psychiatric Nurse as a Family Therapist**. New York, John Wiley and Sons, Inc., 1975.
9. Smoyak S.: **Family Therapy in Psychiatric Nursing**. 1946 -1974 : New York, John Wiley and Sons, Inc., 1975.
10. Toman W.: **Family Constellation**. New York, Springer Publishing Co, 1976.
11. Wrigth L., and Leahey M.: **Nurse and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention**. Philadelphia F.A. Davis Company, 1984.

L'INFERMIERISTICA NEL PENSIERO RIFORMATORE DI CRISTINA TRIVULZIO DI BELGIOIOSO

di Anna Maria Zucchi

METODOLOGIA DELLA RICERCA

- trattandosi di ricerca riguardante un personaggio storico si provvede, inizialmente, a fornire una descrizione della realtà storica, individuata in un periodo circoscritto e definito;
- applicazione dello schema di base, utilizzato nella Ricerca Infermieristica, alle fasi della ricerca in letteratura; a seguito dell'individuazione esatta del fenomeno attraverso la specifica definizione dell'argomento: "L'infermieristica nel pensiero riformatore di Cristina Trivulzio di Belgioioso";
- conduzione della ricerca e della raccolta dei dati attraverso l'uso di fonti primarie e secondarie quali scritti autografi, documenti, testi, articoli, dipinti e siti web;
- eliminazione delle fonti ritenute non valide o pertinenti in quanto evidentemente inficiate da pregiudizi storiografici rispecchianti la morale del periodo storico in cui sono state prodotte;
- selezione delle fonti rilevanti a seguito di lettura, analisi e verifica, e loro utilizzo nella stesura dell'elaborato;
- approccio di tipo qualitativo trattandosi di uno studio di argomento storico, che non prende in esame variabili suscettibili di analisi parametrica;
- definizione di fenomeni economici al fine di evidenziare diversi aspetti di cui può essere suscettibile la ricerca di argomento storico;
- descrizione delle specifiche teorie dei

- socialisti utopisti applicate nel suo specifico contesto storico dalla Belgioioso;
- studio ex post facto.

La ricerca effettuata nasce dall'esigenza di restituire alla Principessa Cristina Trivulzio di Belgioioso (Milano 1808-1871) la dignità di personaggio storico di spicco, che ha vissuto ed operato durante il Risorgimento italiano, ma che risulta essere sostanzialmente misconosciuto dalla storiografia ufficiale. A tal fine vengono evidenziati gli elementi fondamentali del suo pensiero che hanno contribuito su



diversi piani (filosofico, sociale ed assistenziale) all'innalzamento delle condizioni di vita di ogni individuo.

Il personaggio Cristina Trivulzio di Belgioioso in virtù del proprio *background* culturale e sociale, è consapevole della propria autorevolezza e indipendenza, libero ed incredibilmente poliedrico in quanto dotato di ampia cultura. Si trova spesso posto in contrasto con le istituzioni a causa dei propri vasti interessi politici e patriottici che lo hanno costretto a frequenti spostamenti, i quali gli hanno permesso di conoscere, aderire ed essere parte attiva di avanguardie culturali ed anticonformiste del periodo. Il suo interesse predominante resta, per tutta la vita, la politica e l'indipendenza del suo paese dall'Austria.

Per approfondire la conoscenza del personaggio Principessa Cristina Trivulzio di Belgioioso ed il ruolo fondamentale da essa ricoperto per quanto riguarda la cultura infermieristica, si devono tenere nel giusto conto gli eventi salienti del periodo in cui visse, iniziando dalla realtà in cui si sono trovati gli Stati italiani in seguito al Congresso di Vienna, fino ad arrivare alla Terza Guerra di Indipendenza e l'Occupazione di Roma.

Il profilo biografico sottolinea la portata innovativa delle sue idee e la determinazione nel perseguirle. Una delle difficoltà riscontrate nella ricerca di documenti è stata la quasi completa assenza di fonti attendibili che la descrivessero come personaggio storico reale trovatosi spesso in difficoltà in quanto precursore di un modo di essere, di pensare e di agire inammissibile per l'epoca.

Si vuole sottolineare l'incisività delle riforme da lei apportate in molteplici campi, e la sua notevole apertura culturale. E' necessario, quindi, tenere presenti le correnti di pensiero con cui è venuta a contatto: dapprima, infatti, le è impartita un'educazione di stampo illuminista, da Francesco Ambrosoli già allievo di Giandomenico Romagnoli, mentre in seguito sarà fortemente influenzata dalle idee dei socialisti utopisti apprese a Parigi ed in particolare dalle teorie del Fourier. Tali, teorie, nella fattispecie, le permetteranno di attuare, in seguito – nel suo

feudo di Locate – importanti riforme sociali ed agrarie, attività cooperativistiche, financo un primo servizio di assistenza domiciliare caratterizzato da distribuzione di medicinali ai meno abbienti.

Si è potuto analizzare, nel corso delle ricerche, come il miglioramento, in tal modo apportato, abbia comportato questioni caratterizzate da un preponderante aspetto economico, e cioè la creazione di infrastrutture fisiche, l'implementazione di istituzioni e la possibilità dei contadini di accedervi in modo da accrescere la loro qualità di vita, aumentandone infine il benessere.

Per tentare di comprendere l'incisività di tali riforme, con cognizione di causa, è necessario tener presenti alcuni modelli di processi distributivi a loro volta basati sul fondamentale modello di concorrenza pura e perfetta dalla cui irrealizzazione nella realtà si evince la concettualizzazione dei fenomeni quali fallimenti del mercato e beni pubblici nel settore sanitario. Al fine di analizzare la portata delle riforme messe in atto dalla Belgioioso bisogna considerare la mole delle difficoltà e dei problemi che ha affrontato, in parte per spirito filantropico, ma soprattutto a causa delle proprie convinzioni fortemente equalitariste, e risolto con l'utilizzo di fatto esclusivo delle proprie risorse economiche, attraverso l'applicazione di alcuni aspetti delle suddette teorie socialiste.

L'acuta sensibilità sociale di Cristina si evidenzia, inoltre, quando nel 1848 raggiunge Roma per portare aiuto ai feriti della Repubblica Romana, riuscendo ad organizzare in sole 48 ore un primo servizio di ambulanze. Qui, visto l'elevato stato di degrado degli ospedali, e la totale assenza di personale in grado di dare assistenza, chiede ai Triumviri di creare una Casa Centrale di Assistenza. Questa formula racchiude in sé il paradigma di quelle che sarebbero in seguito diventate le scuole convitto. Tale istituzione si sarebbe dovuta realizzare, nell'originario progetto della Principessa, presso l'ospedale della Santa Trinità dei Pellegrini in Trastevere. Precorrendo i tempi la Belgioioso teorizza un tirocinio presso un ospedale, ritenuto indispensabile per acquisire esperienza e pratica, unitamente ad un insegnamento

scientifico moderno che oltrepassasse quella che era la sfera meramente tecnica. Oltre alla scientificità degli insegnamenti la Belgioioso profila un insegnamento etico e morale impartito nel corso di uno specifico periodo di formazione, nonché il riconoscimento sociale ed economico tramite l'assunzione all'interno dell'ospedale; tutto ciò sotto la responsabilità di maestre laiche, che fossero in grado di gestire il personale infermieristico, al quale va demandata la totale gestione dell'assistenza.

Secondo la Principessa alla figura dell'infermiera vanno attribuite non soltanto funzioni assistenziali, ma anche funzioni sociali ed umanitarie più ampie che comprendano anche la realizzazione di quelle alberghiere; questo aspetto rispecchia la visione dell'epoca della gentildonna come ospite premuroso e munifico. Le infermiere, inoltre, devono essere un supplemento all'infermo nelle sue necessità fisiche, ma anche in quelle sociali e culturali.

Nella visione di Cristina inoltre le infermiere dovrebbero essere formate in un unico polo, a cui i diversi ospedali possano successivamente attingere in caso di necessità.

A conclusione del presente articolo, si vogliono chiare a posteriori le idee ed i valori in base a cui Cristina Trivulzio di Belgioioso ha operato, si è del parere che la Principessa di Belgioioso sia stata eccessivamente penalizzata per la sua determinazione nel raggiungere risultati importanti e ritenuti forse troppo innovativi dalle autorità del suo tempo.

Tanta avversione ha portato al misconoscimento di una figura importante del risorgimento italiano. Si è esposta, già in precedenza la difficoltà rilevata nella ricerca di fonti che non descrivessero Cristina solo come un personaggio da romanzo; si può, quindi, evincere che le fonti seppur poche e "distorte" esistevano. Si afferma, di conseguenza, che il personaggio Cristina Trivulzio di Belgioioso era troppo "importante", a causa di tutte le sue attività, per essere completamente cancellato dalla memoria storiografica, e dal momento che l'annientamento risultava impossibile si preferì che la sua memoria fosse trasmessa ai posteri come si

fa con le leggende più che con le figure storiche.

A questo proposito è il caso di soffermarsi e chiedersi perché una personalità, che sembra avere decisamente più luci che ombre, sia stata a tal modo avversata dalla storiografia: è improprio, in questa sede, fare un'analisi storica su tale avversità. Sembra, però, che i motivi possano sinteticamente essere esposti nella grande innovazione apportata in primis dal modo in cui ha vissuto (attraverso fughe e proclami) e quindi dal suo pensiero (riportato più volte su articoli e libri), nonché dalle sue azioni. E' ovvio osservare, a tal proposito, che durante il risorgimento molte delle figure importanti sono, a loro modo, rivoluzionarie. Si nota, però, che tali personaggi sono valutati e spesso "mitizzati" proprio in ragione della loro componente innovativa e rivoluzionaria. Ci si chiede, quindi, ancora una volta perché la memoria della Belgioioso arrivi ai posteri romanzata; perché gli stessi storici che, da una parte osannano Mazzini (che era sicuramente invisibile alle autorità reali ed ecclesiastiche del tempo) dall'altra respingono nel dimenticatoio Cristina Trivulzio di Belgioioso?

Una risposta sintetica, e scevra di pretese esaustive, potrebbe essere: perché non "sta bene" che una nobildonna si occupi di politica. Successivamente, infatti, la sua stessa figlia, Maria, a causa dell'ingombrante figura materna, avrà difficoltà nel diventare dama di compagnia della Regina Elena.

Per comprendere profondamente la figura della Belgioioso è necessario calarsi nell'epoca; si è già esposto quanto fosse "disdicevole" per una donna pensare, e l'attività intellettuale nell'ottocento, più di oggi, implicava una nascita nobile o quantomeno benestante. Ci si trova, quindi, di fronte ad una donna dal pensiero indipendente, e che non soddisfatta di pensare, lo divulga e lo mette in atto, agendo conseguentemente ad esso.

Esiste, un ulteriore elemento che scandalizza istituzioni e benpensanti dell'epoca: oltre alla componente femminista esposta, Cristina si adopera per migliorare le condizioni di vita (dapprima a Locate, poi nella Repubblica Romana) di tutti coloro

che ne hanno bisogno, il che significa che aiuta anche i non nobili, i contadini ed i soldati.

Vale la pena sottolineare, inoltre, che migliorare la qualità di vita degli individui implica liberarli dal problema della sopravvivenza, e quindi metterli in grado di occuparsi anche di altre cose (infatti Cristina crea anche scuole ed altre infrastrutture a Locate).

Nel presente ambito è importante evidenziare che anche la progettazione delle scuole per Infermiere rientra nella visione innovativa globale di Cristina Trivulzio di Belgioioso, in modo preponderante sotto, almeno, due aspetti:

- L'assistenza ai malati deve essere assicurata da professionisti; tale attività non viene più, infatti, considerata come mera esplicazione di carità cristiana, bensì diventa professione laica, basata su conoscenze scientifiche, che in quanto tale va retribuita.
- La gestione del personale e dell'assistenza, in toto, deve essere svolta sol-

tanto dagli stessi infermieri.

E' necessario, però, ribadire che la Belgioioso di fatto, non ha potuto attuare tale progetto di riforma, né quindi verificarne l'effettiva portata perché essendo stata condannata a morte è dovuta fuggire all'estero.

Un'idea simile è stata portata a compimento da Florence Nightingale in Inghilterra dieci anni dopo, confermando la correttezza delle intuizioni dell'italiana.

Alla luce di quanto finora esposto si può, forse, affermare che Cristina Trivulzio di Belgioioso passa alla storia come tante altre donne che, prima di lei, sono uscite prepotentemente dall'ottica del periodo in cui vivevano, perché rivendicavano un ruolo attivo nella vita politica e sociale.

AUTORI

Anna Maria Zucchi

in pillole

Papilloma virus, pronto il vaccino

La Food and Drug Administration, l'Agenzia americana del farmaco, ha autorizzato la commercializzazione del primo vaccino contro il papilloma virus, responsabile del tumore al collo dell'utero. Questa forma di cancro colpisce ogni anno oltre 500 mila donne, uccidendone circa

300 mila. Il Gardasil, sviluppato da Sanofi-Pasteur Mda e Merck, costerà 120 dollari a dose negli Stati Uniti e serviranno tre iniezioni per ottenere la copertura. Il vaccino anti papilloma virus sarà messo in vendita in Europa dalla Sanofi-Pasteur, che ha già chiesto l'autorizzazione all'Emea, l'Agenzia europea per la valutazione dei farmaci.

bibliografia

BIBLIOGRAFIA

- Barbiera R., *"Passioni del Risorgimento, Nuove pagine sulla principessa Belgioioso e la sua Milano"*, Editrice Treves, Milano, 1911;
- Barbiera R., *"La principessa di Belgioioso"*, Editrice Treves, Milano, 1930;
- Malvezzi, Aldobrandino, *"La principessa di Belgioioso"*, Editrice Treves, Milano, 1936;
- Barbiera R., *"Il salotto della Contessa Maffei"*, Editrice Garzanti, Milano, 1943;
- Severgnini L., *"La principessa di Belgioioso"*, Editrice Virgilio, Milano, 1972;
- Whitehouse H.R., *"Une princesse révolutionnaire"*, Losanne, 1907;
- Thierry A., *"La princesse Belgioioso"*, Plon, 1926;
- Gattey C.N., *"Cristina di Belgioioso"*, Editrice Vallecchi, Milano, 1974;
- Brombert B.A., *"Cristina di Belgioioso"*, Editrice Dall'Oglio, Milano, 1977;
- Petacco A., *"La principessa del nord"*, Editrice Rizzoli, Milano, 1993;
- Rossi M., *"Cristina Trivulzio Principessa di Belgioioso - Il pensiero politico"*, Testo redatto per il Comune di Locate Triulzi, Editrice Franciacorta, Brescia, 2002;
- Censi A., e AA.VV. *"Cristina Trivulzio in terra di Locate - Segni e memorie di un'opera di civiltà"*, a cura del Comune di Locate Triulzi;
- Trivulzio Incisa L., *"Cristina di Belgioioso"*, Editrice Rusconi, Milano, 1984;
- C. di Belgioioso, *"1848 a Milano e a Venezia, con uno scritto sulla condizione della donna"*, prefazione di Sandro Bordone, Editrice Feltrinelli, Milano, 1977;
- Cazzulani E., *"Cristina di Belgioioso"*, Editrice Rizzoli, Lodi, 1982;
- James E., *"La Principessa Casamassima"*, Editrice Garzanti, Milano, 1975;
- Anelli F., *"Donna Cristina e Tommaseo: Discorsi di politica internazionale o "Della Diplomazia"*, in: La Rivista Dalmatica 1967 fasc. 1;
- Aporti F., *"Istituzioni di comune educazione ecc."*, in: Annali univ. di Statistica - III trim. 1846;
- Del Trono L., *"Una Nightingale italiana: Cristina Trivulzio di Belgioioso"*, in Bollettino d'informazione della Consociazione Nazionale Infermiere Professionali e Assistenti Sanitarie Visitatrici, maggio 1961, n°5;
- Santonastaso G., *"Il socialismo fourierista di Cristina di Belgioioso"*, in Rivista internazionale di filosofia politica e sociale, Genova fasc. II° apr/giu. 1963;
- Santonastaso G., *"La società di Jean Reynaud"*, in Nuova Antologia 1962, fasc. II° giugno 1938;
- Comodo, Maciocco, *"Igiene e Sanità Pubblica - Manuale per le professioni sanitarie"*, Editrice Carocci Faber, Urbino, 2004;
- Celli A., *"La donna Infermiera"*, Unione Femminile, Milano, 1901;
- Fourier C., *"Il nuovo mondo industriale e societario"*, Classici del pensiero, Editrice Biblioteca Nazionale Rizzoli, Milano, 2005;
- Bertran R., *"Storia delle idee del secolo XIX"*, Editrice Mondadori, Verona, 1968;
- Trainello, Gracco, Prandi *"Corso di Storia Contemporanea"*, Editrice SEI, Torino, 1984;
- Viola P., *"Storia moderna e contemporanea - L'Ottocento"*, vol. I°, Editrice Einaudi, Torino, 2000;
- Salinari, Ricci, *"Storia della Letteratura Italiana"* vol. III° Parte prima e Parte seconda, Editrice Laterza, Bari, 1974;
- Adorno, Gregori, Verra, *"Storia della Filosofia"* vol. III°, Editrice Laterza, Bari, 1982;
- Raymond W., *"Cultura e rivoluzione industriale - Inghilterra 1780 - 1950"*, Editrice Einaudi, Torino, 1975;
- Briganti A., *"Il Parlamento nel romanzo italiano del secondo ottocento"*, Editrice Le Monnier, Firenze, 1772;
- Stiglitz J. E., *"Economia del settore pubblico - Fondamenti Teorici"* vol. I°, Editrice Hoepli, Milano, 2003;
- Varian H. R., *"Microeconomia"* 4° ed., Cafoscarina, Venezia, 2001;
- Sironi C., *"Storia dell'assistenza Infermieristica"*, Editrice La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1991;
- Manzoni E., *"Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica"*, Editrice Masson, Milano, 2003;
- Bombardi S., *"Progettare la formazione dell'infermiere. La cultura al centro della professione infermieristica"*, Editrice Franco Angeli, Milano, 2000;
- Calamandrei C., *"L'assistenza infermieristica: storia, teoria, metodi"*, Editrice La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993;
- Geri Lo Biondo - Wood, Judith Haber *"Metodologia della ricerca infermieristica"*, Edizione italiana a cura di Julita Sansoni, Editrice McGraw - Hill, Milano, 1997;
- G.Dahlgren, Whitehead 1993 figura 4.1 "I determinanti della salute".

Estratto dalla tesi di laurea in infermieristica: “Prima esperienza di prelievo d’organi presso l’ospedale G.B.Grassi: studio del vissuto raccontato dagli operatori sanitari del centro di rianimazione”

di Cinzia Gili

PREMESSA

Nell’Agosto 2002 nell’Ospedale G.B. Grassi di Ostia lido di Roma, presso il quale facevo il tirocinio clinico, è avvenuto il primo prelievo d’organi a cuore battente. Ciò ha suscitato in me la curiosità riguardante la conoscenza del vissuto dell’equipe multidisciplinare del Centro di Rianimazione in quella loro prima esperienza e mi ha spinto ad elaborare su questo argomento la mia tesi di laurea in infermieristica, discussa nella sessione di marzo 2003 presso l’Università di Tor Vergata.

METODOLOGIA

Studio descrittivo sull’esperienza dell’equipe che ha vissuto il prelievo d’organi con lo scopo di rispondere alle seguenti domande:

1. L’equipe era in possesso di conoscenze adeguate circa il processo di donazione degli organi?
2. Quali emozioni hanno provato durante tutto il ricovero della paziente?
3. Che tipo d’implicazioni psicologiche hanno subito?

La ricerca era volta alla produzione di un contenuto che descrivesse le emozioni provate dall’equipe del centro di rianimazione. L’analisi della relazione tra l’esperienza vissuta dall’equipe e le implicazioni psicologiche subite, è stata effettuata attraverso l’uso di una intervista strutturata, che è stata som-

ministrata a tutti gli operatori dell’equipe del centro rianimazione (12 infermieri e 11 medici) fatto salvo quelli che, nel periodo della degenza della paziente presa in considerazione, erano in congedo ordinario.

La ricerca è stata condotta dal 10 dicembre 2002 al 7 gennaio 2003, questo arco di tempo è stato necessario per incontrare tutti gli operatori del centro di rianimazione compatibilmente con i loro turni di servizio. L’intervista è stata effettuata in una stanza dove, messo a proprio agio, l’operatore ha avuto la libertà di esprimersi circa l’evento rispettandone quindi la privacy. E’ stata utilizzata sempre la stessa modalità di conduzione delle interviste e non vi è stato alcun elemento di disturbo che ne abbia caratterizzata la differenza tra le stesse. Per condurre l’intervista sono stata adeguatamente formata dalla relatrice psicologa in relazione alla metodologia d’approccio da adottare.

L’intervista come riportato di seguito, consta di 13 domande, di cui 8 aperte, che indagano in relazione a 4 dimensioni: le conoscenze relative all’argomento della donazione, la relazione instaurata con la paziente e la sua famiglia, il lavoro d’equipe, le emozioni provate durante l’esperienza. Tutte e quattro le dimensioni sono state adeguatamente rappresentate da un numero proporzionale di domande.

ANALISI DEI DATI

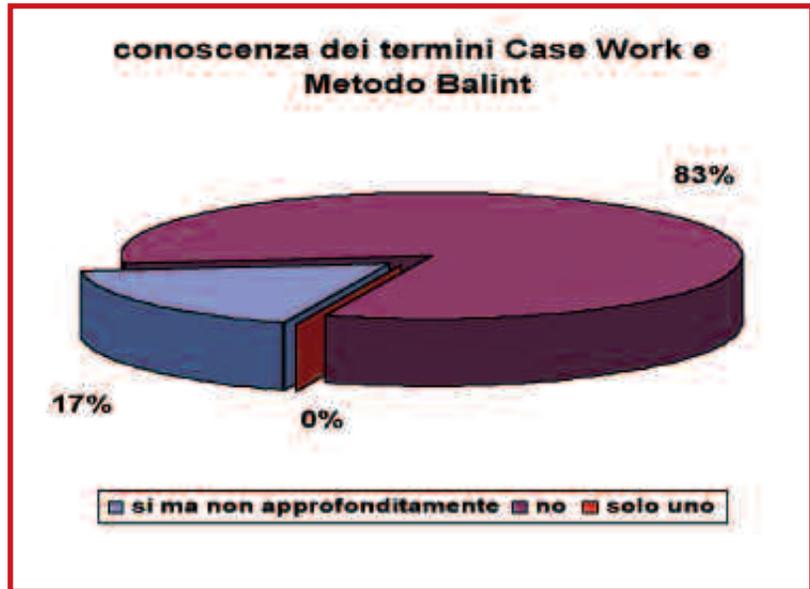
Le interviste condotte sono relative ad un totale di 23 operatori di cui 12 infermieri e 11 medici. I dati raccolti sono stati elaborati e sono stati prodotti dei grafici in riferimento alle dimensioni indagate durante l'intervista quali:

- le conoscenze
- la relazione umana
- il lavoro d'equipe
- le emozioni

Per quanto riguarda le "CONOSCENZE", nel primo grafico, si mette in evidenza che la totalità degli operatori sanitari ha conoscenze esatte relative alle procedure che si attivano durante il processo di donazione d'organi. Il 25% degli infermieri quantifica le proprie conoscenze in misura buona il 33% in misura discreta il restante 42% pensa di possedere sufficienti conoscenze. L'82% dei medici riconosce di possedere una buona preparazione il restante 12% riferisce di possedere sufficienti conoscenze delle procedure per il pre-

lievo d'organo.

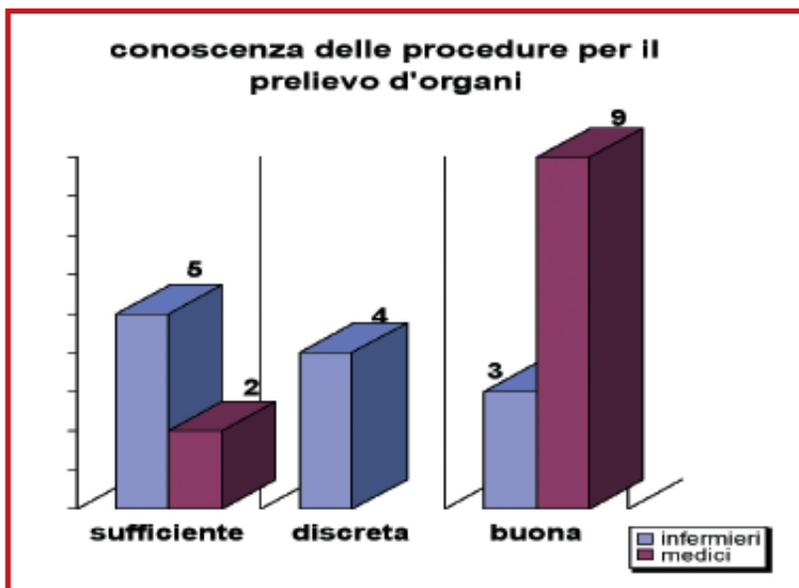
Sempre nell'ambito delle "CONOSCENZE" si è voluto indagare in relazione all'aspetto del "Case Work" e "Metodo Balint". E' notevole la quantità di medici e infermieri che risponde di non avere conoscenze in merito, rappresentati dall'83%, solo il 17% di essi risponde positivamente ma tende poi a precisare di aver nozioni "molto approssimative", tre risposte positive sono date dai medici una sola



risposta affermativa in merito è relativa agli infermieri.

Gli operatori intervistati ritengono poi, di non aver mai partecipato a gruppi di discussione dove si presenta il caso e lo si esamina da ogni punto di vista.

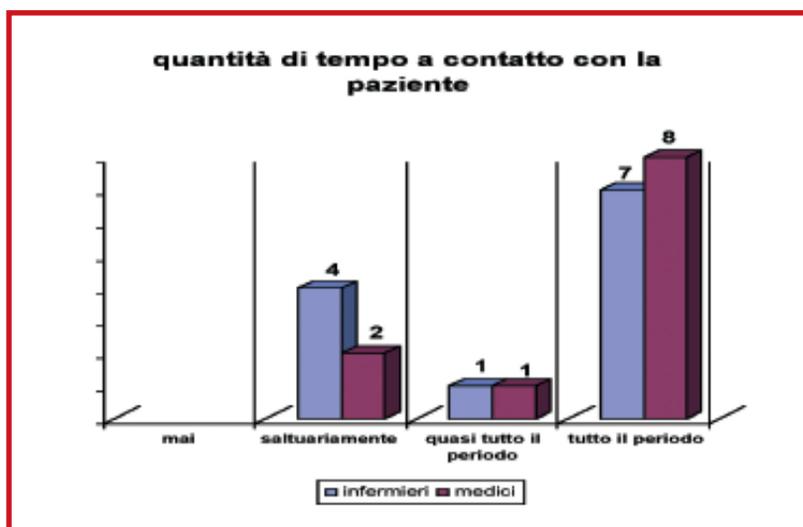
Nella dimensione della "RELAZIONE UMANA", il personale dell'equipe, compatibilmente ai propri turni di lavoro, riferisce che è stato a contatto con la paziente per tutto il periodo della degenza (65%). Questo dato è rappresentato da 8 medici su 11 e 7 infermieri su 12. Altri operatori riferiscono invece di aver avuto una relazione



caratterizzata da un legame di tempo minore (26%) di cui 4 infermieri e 2 medici, specificandola con il termine "saltuariamente"; questo dipende anche dal protocollo di reparto che stabilisce una suddivisione fra gli operatori infermieri della presa in carico dei pazienti. Difatti gli stessi che "saltuariamente" si sono occupati della paziente oggetto di studio, in realtà sostituivano l'infermiere titolare durante i cambi turno, mentre i medici riferiscono d'aver svolto altre funzioni

13% degli operatori risponde che ha instaurato una relazione "sufficiente" (un infermiere e due medici), un operatore medico risponde "discreta" e l'unico infermiere dell'equipe che ha riferito di essere stato "scostante", precisa che ha adottato questa linea di comportamento per difesa personale dalle implicazioni affettive che avrebbe potuto riceverne.

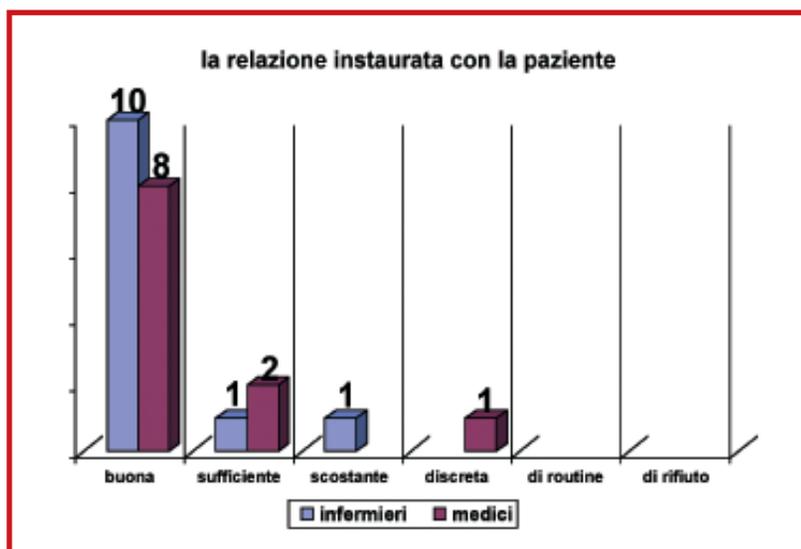
E' stato poi chiesto se gli operatori riuscivano a descrivere con 4 aggettivi la relazione instaurata con la paziente. A questa domanda aperta sono state date numerose risposte che tendevano quasi sempre a definire con gli aggettivi la relazione instaurata durante le diverse fasi della degenza. Sono numerose le risposte che rimandano ad un vissuto "tecnico", quali: "impegnativa", "interessante", "stimolante" e l'aggettivo più usato è stato quello indicante la "professionalità", gli aggettivi utilizzati

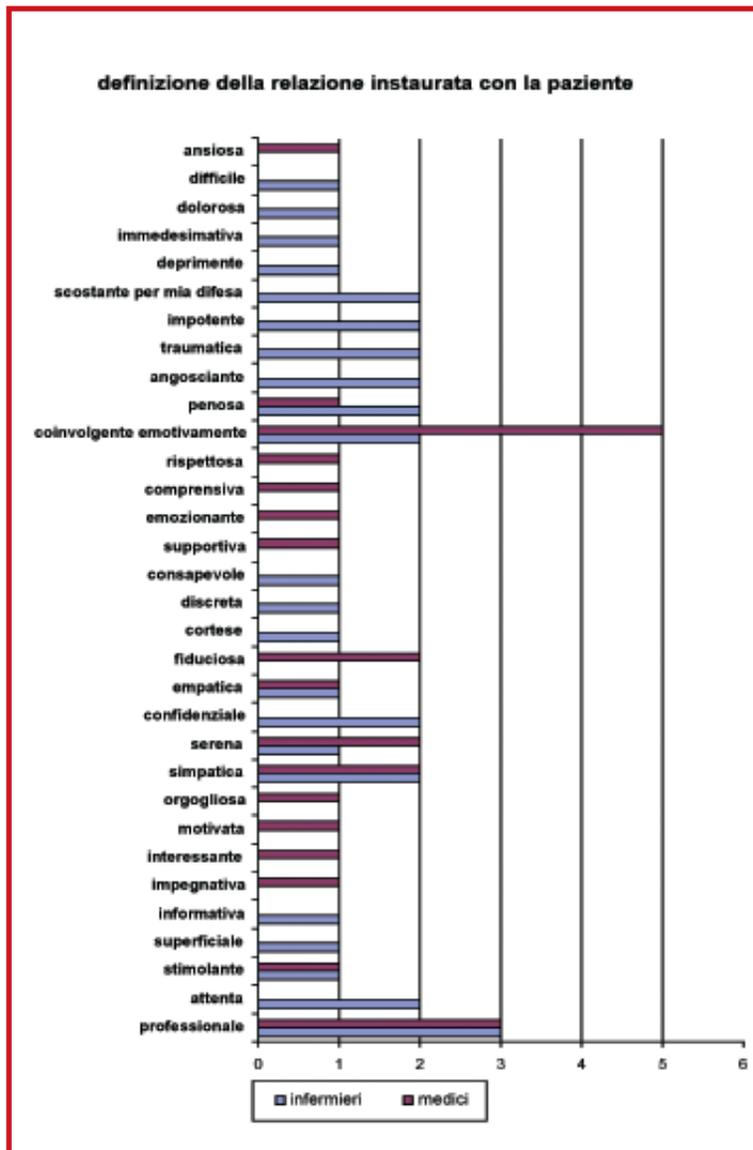


in quei giorni. Un solo infermiere ed un solo medico (9%), riferiscono che sono stati a contatto con la paziente "quasi tutto il periodo della degenza", precisando che nell'ultima fase della degenza della paziente erano assenti per motivi di congedo ordinario.

lizzati indubbiamente servono da difesa dello stress emotivo (8 risposte date dai medici e 8 dagli infermieri). Altri "aggettivi" riguardano la manifestazione di affetto verso la paziente e

E' stato chiesto di definire quindi con un aggettivo la relazione instaurata con la degente in corrispondenza alla quantità di tempo dedicato. Il 78% degli operatori riferiscono che hanno stabilito una buona relazione (10/12 infermieri e 8/11 medici), soprattutto grazie allo stato vigile ed orientato della paziente ed anche alla sua giovane età. Il





lativa alla definizione della relazione instaurata con la famiglia della degente, questa relazione è stata vissuta da parte di alcuni operatori e tradotta come "con rapporti scarsi", poiché il personale non sapeva quale comportamento dovesse essere assunto in presenza di una situazione così drammatica. Anche in questa domanda il personale ha dato più risposte che ho raggruppato in questo modo: emozioni che mettono in luce la scarsità del rapporto con la famiglia, per esempio: "breve", "insufficiente", "non c'è stata relazione" sono 11 risposte degli infermieri e 3 dei medici che definiscono questa relazione come breve e superficiale; emozioni che mettono in evidenza un rapporto breve ma intenso e partecipe per esempio: "empatica", "sincera", "comprensiva" "rispettosa", gli operatori raccontano di tale relazione in modo positivo, "basata sulla fiducia, comprensione e rispetto del dolore" infatti sono 14 risposte degli infermieri e 25 dei medici; ed

sono quelli indicanti la vicinanza con la stessa; per esempio: relazione "simpatica" e "confidenziale" (11 risposte date dai medici e 9 dagli infermieri). Emergono soprattutto aggettivi che esprimono il dolore del personale che ne è rimasto emotivamente colpito quali: "dolorosa", "traumatica", "angosciante", "difficile", "penosa" e "deprimente" si rilevano di questa fase della relazione 16 risposte da parte degli infermieri e 7 dei medici (23/59).

Sappiamo che gli operatori, per la natura assistenziale della loro professione, devono sviluppare una relazione anche con la famiglia dei degenti. Nel nostro caso alla domanda n. 12 re-

emozioni ancora una volta che mettono in luce le sensazioni di dolore dell'operatore e la sua impotenza, per esempio: "pietosa", "angosciante" e "dolorosa", sono solo 3 le risposte e sono relative agli infermieri.

Nonostante la relazione con la famiglia sia stata di breve durata, questi operatori raccontano il vissuto di quelle emozioni che descrivono la stessa relazione come "intensa" "confidenziale" e "amichevole", anche in presenza della sensazione di "dolore" e "angoscia" nei confronti della situazione così critica

L'aspetto "LAVORO D'EQUIPE" è stato analizzato dalle domande 5, 6 e 7. Il

giorno in cui è stato effettuato l'accertamento di morte cerebrale, a cui ha fatto seguito il prelievo degli organi, in riferimento alla pianta organica del reparto si evince come sia numerosa la presenza del personale medico (7/11) e ridotta all'essenziale quella del personale infermieristico (3/12). Gli infermieri spiegano che la situazione era a un livello di coinvolgimento tale per loro e che era preferibile non essere presenti se non per motivi di turno vincolato. Nonostante l'assenza di protocolli di reparto specifici per il prelievo d'organi, tutti gli operatori presenti hanno dimostrato nel proprio ruolo un impegno notevole per facilitare le operazioni.

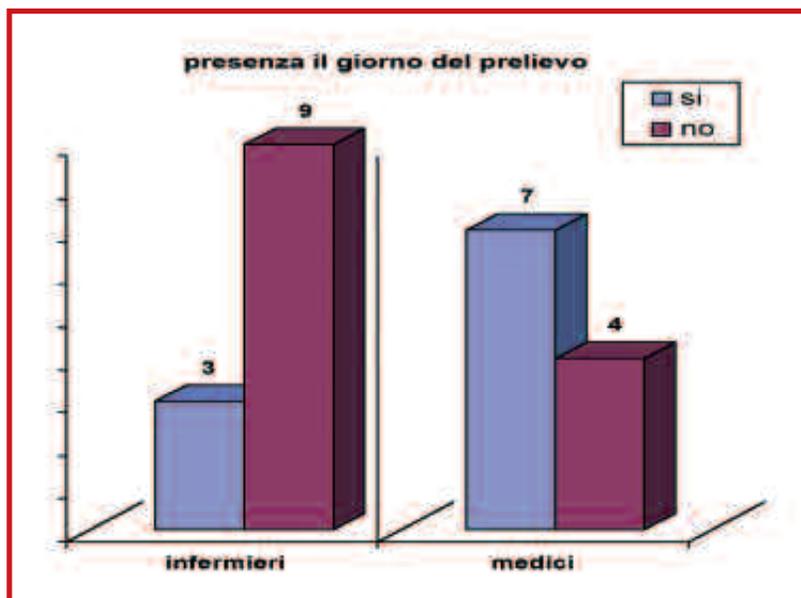
I medici alla domanda n. 6 relativa al tipo di funzioni svolte il giorno del prelievo, rispondono che hanno svolto prevalentemente funzioni organizzative e di collaborazione con gli altri specialisti, sono 6 le risposte su 10 date dai medici. Gli infermieri presenti erano tre di cui due dovevano prendersi cura degli altri pazienti presenti nel reparto. Hanno svolto pertanto assistenza infermieristica con il conseguente controllo e mantenimento dei parametri vitali 6 risposte su 9 date dagli infermieri, visto l'impegno dell'infermiere dedicato al processo d'accertamento di morte cerebrale gli altri 2 infermieri nei momenti di pausa riferiscono d'aver focalizzato la loro attenzione verso il supporto psicologico nei confronti della famiglia della paziente sono 2 le risposte delle 9 date dagli infermieri, l'altro infermiere riferisce d'aver prestato collaborazione con gli specialisti, è 1 sola la risposta delle 9.

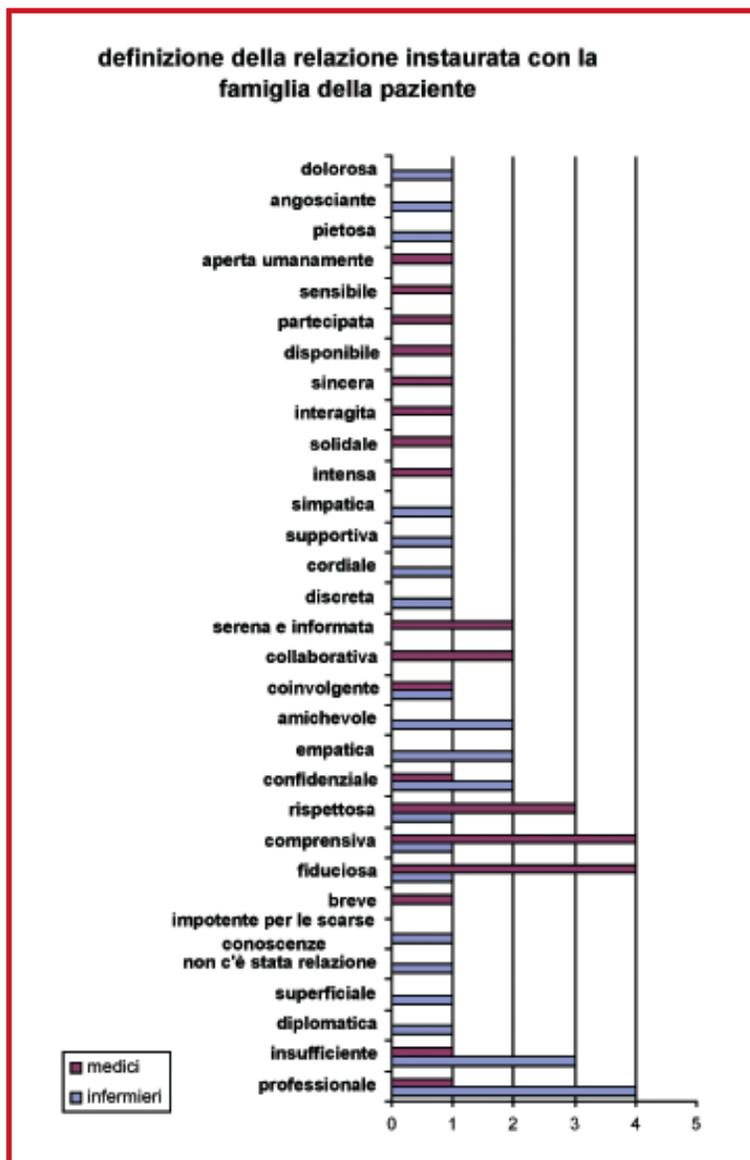
In riferimento all'intero periodo di degenza della paziente, tutti gli operatori alla domanda "se il caso avesse portato a

sviluppare un lavoro d'equipe", hanno risposto positivamente, evidenziando che ognuno per le proprie specifiche conoscenze e competenze tecniche si è sentito completamente integrato in un buon lavoro d'equipe.

Le domande 8,9,10 e 13 esplorano le "EMOZIONI" provate durante la degenza della paziente e dopo il prelievo degli organi.

Nella domanda numero 8 è stato chiesto agli operatori di provare a ripensare a questo vissuto e ad esprimere le emozioni correlate. Durante la degenza della paziente alcuni operatori riferiscono di aver provato "rabbia" ed "impotenza" sentimenti che testimoniano la partecipazione emotiva del personale di fronte ad un evento ineluttabile, non controllabile, il cui esito era sicuramente negativo, sono 29 le risposte su 44 di cui 20 ricevute dagli infermieri e 9 dai medici. All'inizio della degenza, gli operatori sostengono di aver provato emozioni meno negative quali la "tenerezza" la "speranza" la "solidarietà" (4 risposte relative agli infermieri e 7 ai medici tot 11/44), ma poi l'inevitabilità dell'evento, ha aumentato, la loro frustrazione e la loro impotenza; con altre 4 risposte (una di un infermiere e tre dei medici) riferiscono: "interesse per la patologia", "coinvolgimento routi-





nario" e "nessuna" emozione provata durante la degenza della paziente .

Durante l'ultima fase del rapporto con la paziente il personale sanitario aveva ormai interiorizzato che la morte era "sicura" e riferisce perciò d'aver voluto porre l'attenzione sull'aspetto della "donazione" riconoscendo, dopo il prelievo degli organi (domanda n. 9), sentimenti di "contentezza" e "gratitudine" per questa decisione (13 risposte su 39, di cui 9 degli infermieri e 4 dei medici), altri operatori esprimono "consapevolezza" e "speranza" per il trapianto ed "emozione" per i riceventi gli organi (7 risposte su 39, 2 degli infermieri e 5 dei medici),

ma sono presenti molte risposte che riguardano lo "sconforto" e il "dispiacere" riconducibili al sentimento di affetto sviluppato nei confronti della paziente (17 risposte su 39 di cui 9 degli infermieri e 8 dei medici), con altre 2 risposte (di cui una di un infermiere e una di un medico) ci riportano che non hanno provato alcuna emozione dopo il prelievo degli organi. Nella stesura e analisi delle risposte sono rimasta molto colpita da un operatore sanitario che ha negato a se stesso di provare alcuna emozione durante tutto il percorso.

Le emozioni provate dopo il prelievo degli organi sostanzialmente mettono in luce la speranza per la riuscita del trapianto, il rispetto per la paziente e la "gratitudine" per il suo gesto.

Nella domanda , riguardante "le attese dopo l'evento", è rilevabile come la maggior parte degli operatori non ne avesse alcuna (50% delle risposte di cui il 31% relative agli infermieri ed il 19% relative ai medici). Tre risposte dei medici (11,5%) invece,

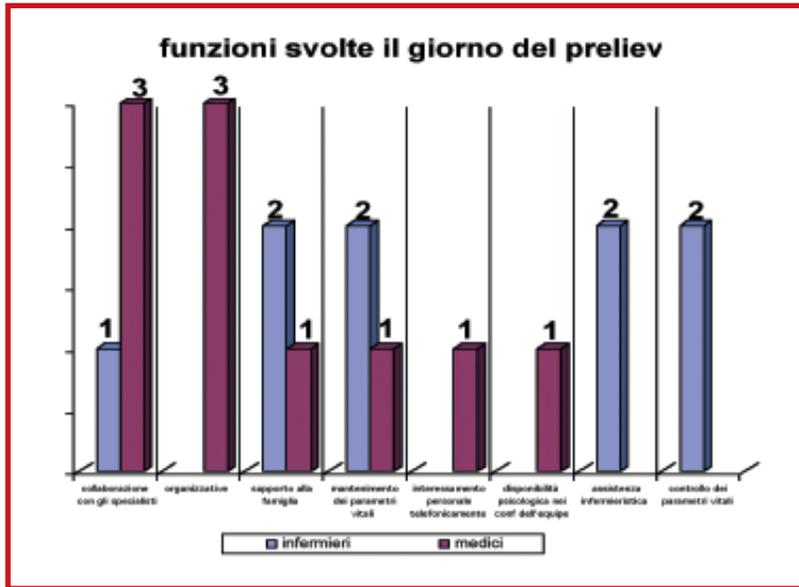
esprimono la speranza nei confronti di un "trapianto riuscito" e "del potenziamento della donazione" spiegando di voler credere che almeno non sia stata "vana" la morte della paziente. Altre 7 risposte pari al 27% del totale di quelle ricevute(di cui 6 sono riferibili agli infermieri ed una ad un medico) evidenziano il bisogno di confronto e discussione circa il loro vissuto ed eventualmente la possibilità di ricevere un supporto psicologico, le 3 rimanenti risposte pari all'11,5% (di cui 2 relative ai medici ed una relativa agli infermieri) hanno riguardato più l'aspetto relazionale nei confronti della famiglia di cui ne sperano "la soddisfazione" dopo la decisione della donazione.

Alla domanda relativa al "che cosa li avesse più colpiti in tutta la vicenda" il massimo delle risposte ricevute 24/34 (di cui 15 degli infermieri e 9 dei medici) mettono in risalto "la maturità della famiglia e della paziente" per il consenso alla donazione.

Alcuni infermieri riferiscono di essere rimasti colpiti "dagli occhi espressivi della ragazza", "dal suo viso e dal suo sorriso" queste risposte ancora una

personale infermieristico con la famiglia della paziente donatrice è risultata difficoltosa e spesso imbarazzante per la mancanza di sufficienti competenze relazionali. L'esperienza vissuta viene riferita con provati sentimenti che esprimono un forte coinvolgimento emozionale; mentre per quanto riguarda gli altri operatori sanitari, essi riferiscono che l'interesse sia stato direzionato più verso un profilo tecnico-scientifico del caso clinico ed hanno mostrato quindi d'aver partecipato all'evento numerosi e collaboranti.

Come esperienza personale posso dire d'aver ricevuto più collaborazione, alla redazione delle interviste, da parte degli infermieri che non dei medici, forse perché hanno sviluppato empatia nei miei confronti perché appartenente alla loro stessa categoria professionale. E' auspicabile che l'equipe presa in considerazione proponga all'Azienda sanitaria una collaborazione attiva della figura infermieristica nel processo di donazione degli organi. Come in altre Aziende in Italia l'infermiere è collaboratore del Coor-



volta mettono in chiara luce la partecipazione emotiva nei confronti della degente. Altri operatori invece hanno mostrato una "schermatura" senz'altro a scopo difensivo, desumibile dalle risposte (10/34 di cui 3 date dagli infermieri e 7 date dai medici) che indirizzano l'interesse verso il "profilo tecnico-professionale" nei confronti del caso clinico, quali: "il lavoro d'equipe" "l'assenza di difficoltà" "il prelievo in se e per se".

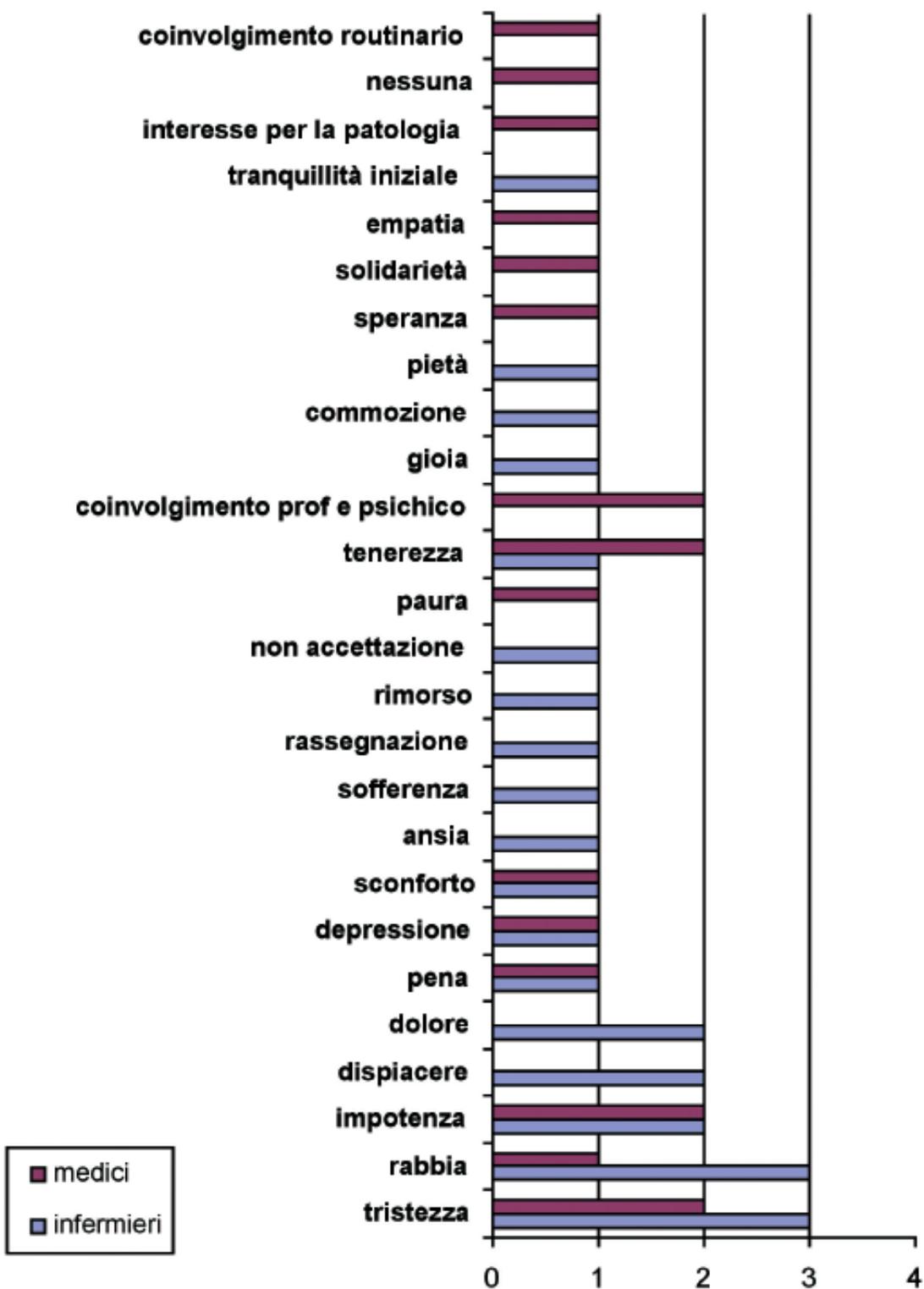
ponga all'Azienda sanitaria una collaborazione attiva della figura infermieristica nel processo di donazione degli organi. Come in altre Aziende in Italia l'infermiere è collaboratore del Coor-

CONCLUSIONI

Dalla ricerca condotta presso l'Ospedale Grassi è stato rilevato che la relazione instaurata dal



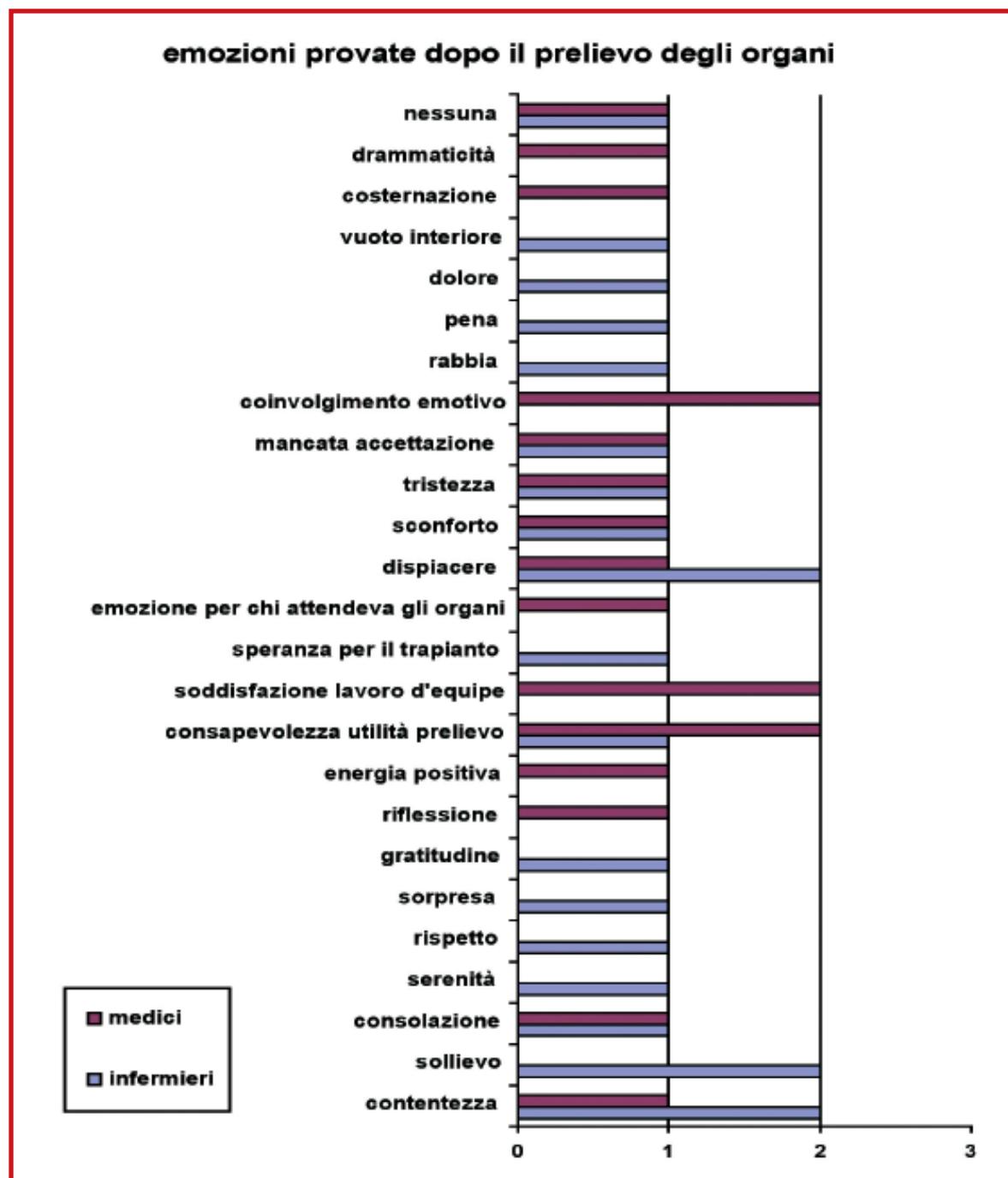
emozioni provate durante la degenza della paziente



dinatore dei Trapianti ed esplica le sue competenze nella organizzazione e facilitazione dei processi che si devono integrare tempestivamente durante il percorso della donazione. Ultimo Coordinamento della donazione d'organi che si è arricchito della figura infermieristica è all'Ospedale San Salvatore dell'Aquila (come riporta il giornale "L'Infermiere" della Federazione Collegi IPASVI di aprile 2004 pag. 15).

E' motivo di soddisfazione sapere che costantemente l'infermiere lavora anche per una diversificazione dei processi assistenziali e quindi per una maggiore affermazione professionale della categoria.

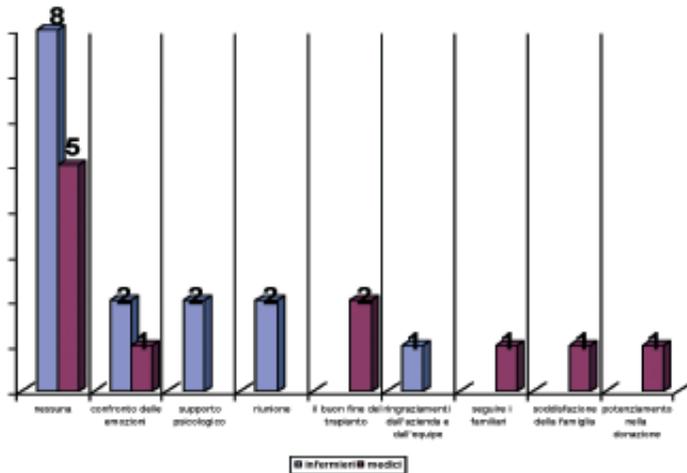
E' doveroso specificare che, date le caratteristiche della ricerca, i dati non sono generalizzabili, ma potrebbero rappresentare lo spunto per successive ricerche.



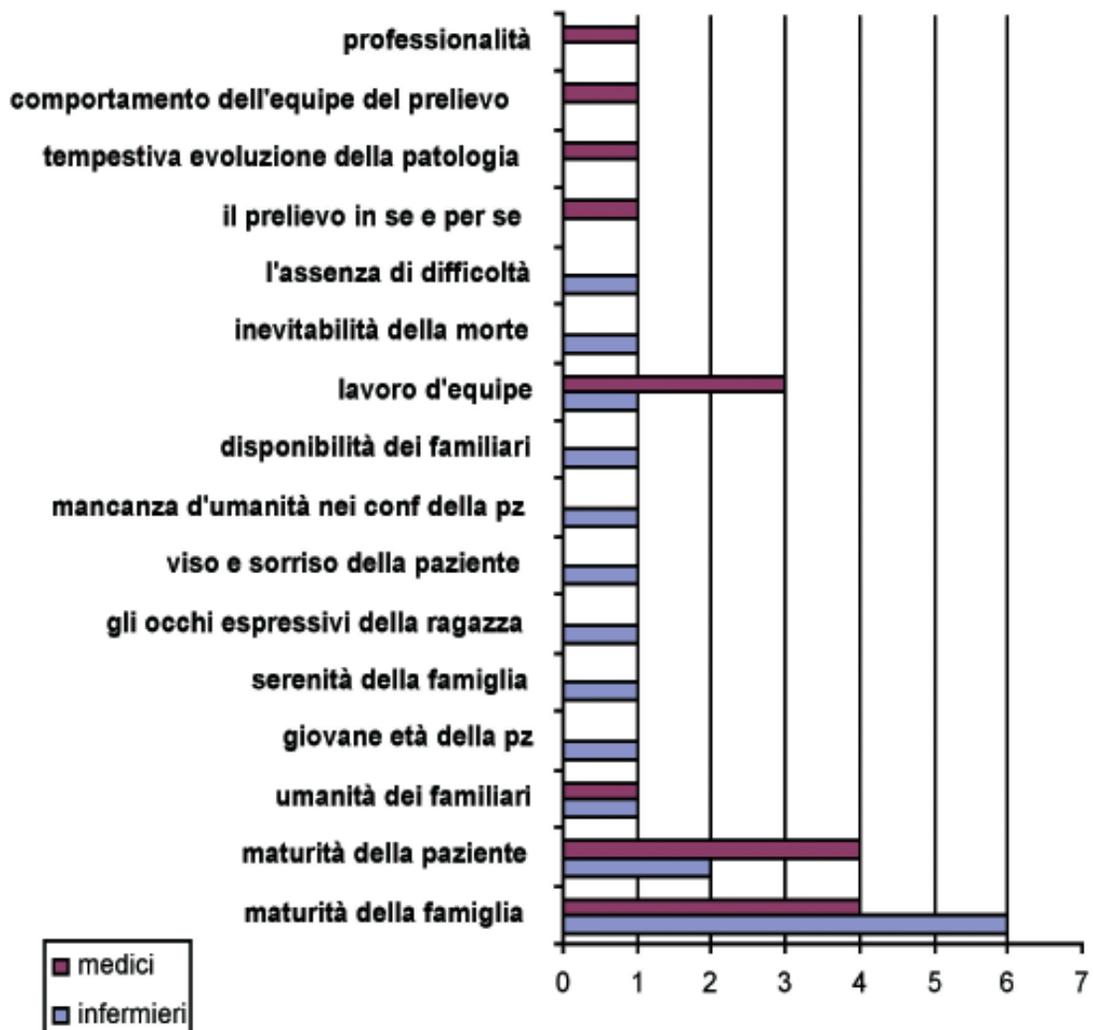
AUTORI

Cinzia Gili
 C.P.S.I presso l'unità
 operativa di terapia
 intensiva U. di R.
 Dell'Ospedale
 San Giovanni Battista
 di Roma

le attese dopo l'evento



l'aspetto del caso che ha colpito di più



bibliografia

- Bongiorno A., Malizia S. "Comunicare la diagnosi Grave" Carocci Faber (2002) Roma
- Calamandrei C. D'Addio L. "Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere" (1999) Mc Graw-Hill
- Cortese C. Fedigrotti A. "Etica infermieristica sviluppo morale e professionalità" (1985) Sorbona
- De Toni A. "Salute scienza e coscienza" (1995) Rosini
- "Isselbacher et al. "Harrison" "Principi di medicina interna" 13° ediz. Mc Graw-Hill
- Kubler Ross E. "La morte e il morire" Citadella 1979 Assisi
- Nicosia F. e Belli P. "L'infermiere in anestesia e rianimazione" Sorbona Milano
- Parkes. C.M. "Bereavement: Studies of Grief in Adult Life". International Universities press. (1972) New York.
- Salter M. "Altered body image: the Nurses' Role" J. Wiley & Sons (1988) Chichester
- Savaria D., Rovell M. and Schweizer R. (1990) "Donor family surveys provide useful information for organ procurement". Transplant. Proc. 22.316 (1990)
- Speck. P. "Loss and grief in medicine". Bailliere Tindall, (1978) London
- Viafora C. "ETICA INFERMIERISTICA umanizzare la nascita, la malattia e la morte" (1986) Ambrosiana
- Wakeford. R. E. and Stepney R. "Obstacles to organ donation". (1989) Br. J. Surg.
- Worden W. J. "Grief counselling and grief Therapy". Routledge. (1988) London
- Watzlawich P. "Pragmatica della comunicazione umana" Astrolabio (1971) Roma
- Wright R. "Caring in crisis". Churchill Livingstone. (1986) London
- Mindy S. Hoffman M. "Getting to yes: How attitudes affect their success in obtaining consent for organ and tissue donations" from Dialysis & Transplantation may 1987 volume 16 number 5 pp276,278
- Le domande più frequenti (FAQ) 06/01/2003 http://www.governo.it/sez_dossier/trapianti/index_faq.html
- Attività di trapianto 06/01/2003 <http://www.vitofazzi.lecce.it/Direzione%20anitaria/Trapianto/tx%20paolo%20patruno%20corretto.html>
- Liste d'attesa nella sanità 06/01/2003 <http://www.clarissa.it/7attesa.htm#introduzione2>
- Associazione italiana donatori organi 6/1/2003 <http://www.aidovco.org/index1.htm>
- Associazione Interregionale per i Trapianti 20/11/2002 <http://www.med.unipi.it/patchir/icu/AIRT-it.html#what>
- Gruppi Balint in Svizzera 20/11/2002 <http://www.abruzzobooks.com/schedelibri/prospettive/rohrsviz.htm>
- Donazioni d'organi in toscana 20/11/2002 <http://www.usl2.toscana.it/trapianti/Notizie.html>
- Leggi inerenti la donazione e l'accertamento di morte cerebrale 26/12/2002 <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/elelenum.htm>
- Campagna trapianti 20/11/2002 <http://www.valentia.it/Trapianti.doc>

La Regione Lazio ha inserito in Bilancio 2 milioni di euro per le scuole

UN IMPORTANTE PASSO AVANTI

Dopo cinque lunghi anni in cui il destino delle scuole di formazione infermieristica è apparso privo di prospettive, si può tirare un primo sospiro di sollievo. Un sospiro che, se non restituisce a pieno l'ossigeno vitale alle scuole, tuttavia lascia intravedere un quadro mutato degli impegni e delle risorse da destinare a questo fondamentale canale di sviluppo della professione. E' un primo sforzo che apprezziamo e che non deve restare isolato.

I 2 milioni di euro che la Regione Lazio ha stanziato nel suo ultimo Bilancio di previsione per finanziare gli istituti di formazione infermieristica costituiscono una somma ancora insufficiente a garantire un adeguato numero di iscrizioni universitarie; stabiliscono però la riattivazione di un capitolo di Bilancio che per tanti anni era inopinatamente scomparso.

Non è stato facile né immediato ottenere quei fondi, che se non altro possono scongiurare la drastica riduzione dei posti disponibili e, per diversi casi, addirittura la chiusura dei corsi. Il Collegio, con il prezioso supporto della Federazione Nazionale IPASVI, si è battuto con tenacia perché la Regione tornasse a prendersi cura della formazione infermieristica di base. In questo senso, il pressing sulle forze politiche rappresentate in Consiglio e sulla stessa Giunta Regionale è stato grande e costante.

Abbiamo incontrato più volte l'Assessore alla Sanità senza mai perdere

l'occasione per premere sull'attivazione del fondo, pur consapevoli della difficile condizione in cui versa la spesa sanitaria nel Lazio. Abbiamo usato la forza dei numeri, sottolineando come il saldo annuale del turn-over infermieristico nelle strutture sanitarie della Regione sia pesantemente negativo, con circa 1.500 infermieri in quiescenza o trasferiti e poco più di 600 studenti che conseguono il titolo che li abilita alla professione. Abbiamo chiesto ripetutamente che la tendenza fosse invertita, puntando con più decisione sulla promozione della professione tra i giovani e sulla formazione, investendo risorse economiche ed energie in tale direzione. Con insistenza abbiamo chiesto di scongiurare la chiusura di molte scuole convenzionate con l'università, sia pubbliche che private, rimaste a secco di fondi pubblici per tanti anni. Abbiamo sollecitato l'adeguamento della quota regionale per ridurre i costi che gravano sugli studenti e nuovi incentivi allo strumento delle borse di studio per incoraggiare le iscrizioni ai corsi di laurea in Infermieristica.

Quello ottenuto è un primo risultato importante. La risposta, sebbene non esaustiva per ordine di grandezza, può confortarci nel senso che l'istituzione del capitolo di Bilancio destinato al sostegno delle scuole rappresenta comunque un passo avanti. E' un preciso impegno che la Regione assume nel suo documento economico più importante a lavorare nella direzione richiesta dagli infermieri.

Scrive l'Assessore Augusto Battaglia nella nota che annuncia l'avvenuto stanziamento in Bilancio inviata, fra gli altri, ai Direttori della Aziende e delle Istituzioni sanitarie del Lazio, ai Rettori delle Università, ai Presidi delle Facoltà di Medicina, ai Direttori e ai Coordinatori delle sedi di corso di laurea delle professioni sanitarie: "La norma, fortemente voluta da questo Assessorato, restituisce alla formazione delle Professioni Sanitarie il suo valore aggiunto della ordinaria e fisiologica attività e

funzionalità del Servizio Sanitario Nazionale e quale risorsa fondamentale va considerata dai Direttori delle Aziende ed Istituzioni Sanitarie che, non solo non dovranno dimettere o ridimensionare alcun corso di laurea delle professioni sanitarie già attivato – salvo diversa direttiva regionale – ma d'intesa con la Regione, le Università e le rappresentanze sindacali e professionali interessate potranno programmarne altri nei limiti del fabbisogno concordato".

in pillole

Sclerosi multipla, la speranza si chiama vaccino

E' partita ad aprile negli Stati Uniti partirà una sperimentazione per valutare l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità di un vaccino (denominato Tovaxin) che, potenzialmente, potrebbe rallentare il decorso della sclerosi multipla. Lo studio durerà un anno e prevede il coinvolgimento di 150 persone con sclerosi multipla remissiva-remittente o caratterizzata da un solo episodio. I pazienti vengono divisi in due gruppi: il primo, composto da 100 persone, riceve il vaccino, mentre al secondo gruppo viene somministrato un placebo. L'obiettivo dei ricercatori è riuscire a trasformare le stesse cellule del sistema immunitario, che nelle persone con sclerosi multipla aggrediscono la guaina mielinica dei nervi, in un'arma per sconfiggere la malattia. Al momento il vaccino è in sperimentazione in uno studio di fase II negli Usa; in precedenza, in uno studio di fase I, lo stesso vaccino era stato somministrato a 15 persone con sclerosi multipla con ottimi risultati: il tasso di degenerazione della mielina si era infatti ridotto al 92% dopo l'inocula-

zione. Il vaccino si prepara prelevando dal sangue degli stessi pazienti affetti da sclerosi multipla alcuni campioni di globuli bianchi appartenenti al gruppo dei linfociti T (responsabili dell'attacco alla proteina basica della mielina). In laboratorio, i linfociti T vengono prima moltiplicati e poi modificati attraverso un ciclo di radiazioni e, alla fine, reinseriti con una iniezione nei soggetti da cui erano stati prelevati. Dopo l'inoculazione (in tutto simile a quella di altri vaccini), il sistema immunitario dei pazienti riconosce le nuove cellule come danneggiate, le isola e le elimina, proteggendo così la mielina dalla loro azione nociva. La vera novità di questa sperimentazione è la tecnica impiegata per creare il vaccino e per far sì che il sistema immunitario non solo elimini i linfociti T modificati in laboratorio e inoculati nei pazienti, ma anche tutti gli altri linfociti T che presentano gli stessi antigeni di superficie, responsabili dell'attacco alla mielina. Nonostante i primi risultati incoraggianti della sperimentazione, resta d'obbligo la massima cautela: fino ad oggi, infatti, gli studi sui vaccini contro la sclerosi multipla hanno dato esiti piuttosto deludenti.



L'ALTRA FACCIA DELLA RICERCA IN RETE

Una delle cose davvero spettacolari di Internet è proprio la sua continua evoluzione. Possiamo guardarci indietro e rivedere i siti precedentemente visitati ed accorgersi che qualcosa probabilmente è cambiato...o forse scoprire che dei siti web ben fatti, o interessanti, sono addirittura spariti!!!

Anche i cosiddetti "motori di ricerca", come li intendevamo un tempo, oramai hanno cambiato quasi radicalmente pelle.

Questa volta, però, ci accingiamo a segnalare delle assolute novità, ma nel campo della ricerca in rete, e in special modo, nel campo della ricerca scientifica, e di come è possibile "piegarle" allo scopo di utilizzarle per la ricerca bibliografica in infermieristica.

VIVISIMO: <http://vivisimo.com/>

Ne abbiamo già parlato nei numeri scorsi, trattasi di un motore di ricerca "in clustering" di nuova generazione: permette di visualizzare il risultato di una <ricerca semplice> in sottoinsiemi di argomenti; ne parliamo in quanto il servizio è cambiato. Avevamo precedentemente segnalato "Clusty", ma attualmente questo motore in clustering non permette la ricerca selettiva su PUBMED (National Library of Medicine) mentre VIVISIMO sì, e direttamente dal campo della ricerca semplice, senza passare dalla ricerca avanzata (con un comodo menu a tendina...). E se proprio non siete in vena di infermieristica, potete utilizzarlo per cercare prodotti da acquistare direttamente su eBay...!!!

GOOGLE SCHOLAR (beta): <http://scholar.google.com/>

Il celebre motore di ricerca, come di consuetudine, si lancia nell'impresa nel fornire nuove funzionalità "aggiunte" alle sue ricerche in rete; vista la sua popolarità, lancia periodicamente servizi "a valore aggiunto", proprio come SCHOLAR. Trattasi di una funzione di ricerca selettiva per trovare esclusivamente articoli di interesse scientifico in rete. Per essere precisi, SCHOLAR ricerca e trova qualsiasi repertorio bibliografico: libri, artico-

li, revisioni di letteratura, ecc...e lo fa bene, ma ricordate, il servizio è localizzato in sola lingua inglese, ma l'indicizzazione comprende tutte le lingue. Quindi, anche se l'interfaccia è in inglese, possiamo cercare e trovare anche repertori in italiano, a patto di inserire le "parole chiavi" in italiano. Il tutto, con la sintassi e le prerogative classiche di paginazione di Google!

WINDOWS LIVE (beta) <http://www.live.com/>

Windows Live è la risposta Microsoft per i servizi Google. Trattasi di un sistema integrato di ricerche online nella rete internet, che racchiude la ricerca nei siti per parole chiave (la tradizionale), la ricerca nelle notizie (soprattutto nei quotidiani online...) e la ricerca scientifica (per l'esattezza, si chiama servizio "academic"). Academic si preoccupa di ricercare letteratura scientifica di ogni tipo, anche infermieristica, dietro immissione delle solite "parole chiavi". Qui invece, al contrario del corrispettivo servizio di Google precedentemente segnalato, funziona tutto al contrario: il sito è localizzato in lingua italiana, ma le ricerche di materiale scientifico in italiano producono risultati scarsissimi. Oltretutto, non è ben chiara la sintassi di interrogazione per l'inclusione e l'esclusione dei termini (desiderati e non), mentre in GOOGLE SCHOLAR è ben descritta, come in tutti i servizi di Google. Punto di forza di WINDOWS LIVE è una buonissima ricerca in lingua inglese di letteratura scientifica, anche infermieristica, e riesce a localizzare articoli segnalati da editori esteri famosi (è il caso della blackwell publishing, tanto per citare un esempio illustre) e di proporre immediatamente un abstract, se disponibile, anche se l'intero articolo è protetto da accesso riservato nel sito dell'editore. Altra prerogativa, è scegliere un formato di esportazione dell'articolo di nostro interesse: Abstract in testo semplice, BibTeX oppure EndNote

A cura di Fabrizio Tallarita
Webmaster del Collegio IPASVI di Roma
webmaster@ipasvi.roma.it

Premio infermieristico "Lavinia Castagna" per il miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica in area pediatrica

Il premio è organizzato ogni anno dall'A.Ge.(Associazione Italiana Genitori - Network di Andrea), in collaborazione con l'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani e si pone l'obiettivo di sostenere iniziative infermieristiche di miglioramento della qualità delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali in area pediatrica e di favorire tra gli infermieri la ricerca di innovazioni e l'implementazione delle migliori pratiche assistenziali disponibili in ambito pediatrico.

Possono concorrere al premio progetti di miglioramento dell'assistenza infermieristica presentati da infermieri o gruppi di infermieri operanti in ambito pediatrico. Il premio consisterà nella somma di Euro 1000. Esso verrà assegnato nell'ambito del Convegno "ANDREA ED I SUOI AMICI" che si terrà a Torino presso l'azienda Ospedaliera Regina Margherita-Sant'Anna dal 16 al 18 Novembre 2006. I progetti dovranno pervenire entro il 15 Ottobre 2006 al seguente indirizzo: Segreteria del Premio "Lavinia Castagna" presso Dipartimento di Pediatria dell'Università di Firenze, Sezione delle Scienze delle Professioni Sanitarie.

Ospedale Pediatrico Meyer, Via L. Giordano, 13 - 50132 Firenze.
Tel. 055.5662577 - e-mail: info@premiolaviniacastagna.net.

ERRATA CORRIGE

Nel n° 4/2005 l'articolo di pag. 11 è stato erroneamente titolato "Analgo-sedazione in Terapia Intensiva Post-Chirurgia: gestione infermieristica del dolore acuto".

Il titolo originale è "I nodi esistenziali nel tempo della malattia insieme all'unità sofferente"

Gli autori dell'articolo sono:

ANZELLOTTI Barbara infermiera c/o "Ospedale Lazzaro Spallanzani Roma"

CACCIATORI Viviana infermiera c/o "Ospedale Lazzaro Spallanzani Roma"

Ci scusiamo con le autrici per il disguido che si è creato.

A colloquio con il Professor Ignazio R. Marino Italia-Usa, infermieri diversi

di Cristian Vender

Professore, come vede la professione infermieristica in Italia oggi, dopo i vari riconoscimenti legislativi che vanno dall'autonomia alla formazione, dalla laurea specialistica all'affiancamento di figure di supporto come l'operatore socio sanitario?



La mia visione risente del sistema in cui attualmente vivo, cioè il mondo anglosassone: Inghilterra e Stati Uniti. La mia visione riflette la cultura di quel mondo che vede l'infermiere come figura centrale: ci sono molti più infermieri rispetto ai medici. L'infermiere è la figura centrale anche al di fuori dell'ospedale, attorno a cui ruota l'intero sistema sanitario. Nel mio ospedale, per esempio, pazienti con infezioni post-operatorie vengono assistiti a casa con un'assistenza infermieristica di alto livello, autonoma, dove è l'infermiere a gestire gli interventi. Ogni settimana l'infermiere che ha preso in cura il paziente si occupa di fornire una scheda degli interventi effettuati al medico che ha in cura quel determinato soggetto. Il medico si limita alla prescrizione dei farmaci e al controllo della prognosi; addirittura esistono infermieri specializzati che possono prescrivere e somministrare farmaci in completa autonomia e fare procedure chirurgiche. Nella mia divi-

sione ci sono due infermieri specializzati che gestiscono completamente il paziente, dalla redazione della cartella clinica, all'esame obiettivo del malato, fino alle procedure particolari come l'introduzione di un catetere venoso centrale o di un catetere arterioso. Thomas Starzl, il primo chirurgo che ha effettuato un trapianto di fegato su uomo, quando en-

trava in rianimazione a visitare un paziente operato, ci diceva che per conoscere le informazioni sulle condizioni di quel paziente dovevamo parlare prima di tutto con l'infermiere che lo seguiva. Questo modo di fare è molto comune negli Stati Uniti.

Secondo lei, in Italia, l'infermiere è in grado oggi di gestire l'attività assistenziale globale di un utente, in collaborazione con altri professionisti, come succede nei Paesi anglosassoni?

Io penso sia già possibile. A Palermo, dove abbiamo fondato un centro d'eccellenza per i trapianti, ho avuto la possibilità di far venire con me un certo numero di infermieri statunitensi che mi hanno aiutato nell'assunzione di infermieri italiani. Questi ultimi sono stati ben preparati e sono diventati ottimi professionisti, autonomi nella gestione dei pazienti. Quando voglio

sapere informazioni su un determinato paziente, così come faccio negli Stati Uniti, non chiamo il medico di guardia della struttura, ma parlo direttamente con l'infermiere di turno che ha in carico quel paziente. Penso che questo sia il modello migliore prima di tutto per il paziente.

Fino a non molti anni fa il rapporto medico-infermiere è stato improntato a una certa sudditanza professionale: il medico indicava la gestione assistenziale pratica del paziente senza mai essere contraddetto. L'abolizione del mansionario, il riconoscimento di "professione sanitaria" non più "ausiliaria", una più elevata formazione non ha portato però alla piena valorizzazione degli infermieri e alla parità di rapporto con i medici. Perché c'è ancora grande difficoltà e diffidenza nell'accettare che sia l'infermiere a gestire il nursing, lasciando al medico i campi della diagnostica e della terapia?

Io andrei più avanti. Penso che l'infermiere abbia gli strumenti e le conoscenze dei problemi dell'ospedale per fare quello che fanno gli infermieri nei Paesi anglosassoni. Molti di noi, anche con posizioni apicali, rispondono a direzioni infermieristiche con compiti gestionali all'interno degli ospedali americani.

Ad esempio, è molto comune che un compito di vicepresidente delle attività cliniche in ospedale, paragonabile in Italia a un direttore sanitario, venga svolto da un infermiere. Nel mondo americano, posizioni direttive sono comunemente svolte da infermieri specializzati nel management e nella gestione di una struttura ospedaliera. Il rapporto di sudditanza dell'infermiere verso il medico è una visione tipicamente italiana. E anche giapponese. Spero che sia sul viale del tramonto. In molti altri Paesi industrializzati questa visione non esiste nel modo più assoluto. Nella discussione al letto di un paziente, sono sempre molto prudente e attento sull'indicazione terapeutica perché se l'infermiere che ha seguito il

paziente ne ha una diversa, devo fornire spiegazioni valide per sostenere la mia indicazione, in una discussione tra pari.

Nel campo della diagnostica e nella terapia è vero che il medico ha uno spazio più vasto dell'infermiere, ma nella gestione del problema assistenziale è l'infermiere in piena autonomia a decidere. Il rapporto tra medico e infermiere deve essere di tipo collaborativo e non un rapporto basato su ordini da eseguire.

Nel suo libro "Credere e Curare", spiega che negli Stati Uniti il problema principale del sistema sanitario è il profitto economico a tutti i costi; denuncia inoltre la scarsa considerazione degli altri aspetti essenziali di un sistema sanitario. Qui da noi il problema riguarda più la fatiscenza delle strutture e gli stipendi bassi degli operatori. Non crede che in Italia sia necessario rivedere il sistema di gestione del sistema sanitario, coinvolgendo le figure sanitarie non mediche, come ha chiesto con forza la presidente della Federazione IPASVI nell'ultimo congresso?

In termini di principi c'è un diverso approccio del mondo statunitense rispetto a quello europeo. In Francia, così come in Italia, la sanità è un diritto sancito dalla Costituzione che va sempre e comunque garantito. Negli Stati Uniti la sanità non è tra i diritti costituzionali ed è più legata ai valori dell'economia che a quelli della solidarietà. Questo porta ad un sistema non aperto a tutti, con numerose strutture d'eccellenza ma con 45 milioni di abitanti senza assicurazione sanitaria.

In Italia ci sono disparità enormi nell'offerta di assistenza sanitaria; abbiamo un sistema a macchia di leopardo, con regioni che dispongono di centri d'eccellenza e regioni con strutture in perenne crisi. Il discorso della figura infermieristica all'interno di posizioni apicali esiste già nei Paesi anglosassoni. E funziona.

In passato, la sacralità dell'atto

medico portava a una sorta di venerazione del medico. Sacralità che oggi va scomparendo, tranne che per alcuni grandi specialisti che, come afferma nel suo ultimo libro, continuano ad essere adorati e quasi "santificati". A che cosa attribuisce la perdita di sacralità dell'atto medico, la sfiducia sempre più diffusa nella popolazione?

Nel passato la sacralità dell'atto medico era dovuta a due elementi principali: non c'era molta separazione tra la figura religiosa e il medico e il medico amava circondarsi di questo alone di onnipotenza.

Spesso ho paura di chi non ha paura. Penso che quando un paziente si affida ad un medico cede a quest'ultimo il bene più grande che ha: la salute. Affrontare questa situazione con l'arroganza di avere la soluzione a tutti i costi è un approccio errato che danneggia il paziente stesso.

In "Credere e Curare" lei denuncia la perdita del senso di missione da parte dei medici. Crede che il termine "missione", utilizzato spesso anche per la professione infermieristica, sia anacronistico? Professioni basate sulla metodologia scientifica necessitano di una vocazione?

Di recente ho letto una recensione su questo tema, scritta da un importante chirurgo italiano, che mi ha molto turbato perché io alla parola missione non voglio dare una valenza di tipo religioso. Faccio un esempio: alla Jefferson University di Philadelphia, quando mi occupo di selezionare il personale, non vado a vedere il voto di Biologia o di Chimica del partecipante; sono molto più interessato a comprenderne la sua personalità. In pratica, mi domando se quella persona sarà capace, dopo una giornata difficile, di vedere e valutare una radiografia. E' questo piccolo gesto che identifica la missione, non intesa come un qualcosa di religioso ma come una determinazione ad assistere la persona che soffre, uscendo poi dall'ospedale con la con-

vinzione che è stato fatto tutto il possibile per quel paziente. Questo vale sia per il medico che per l'infermiere. Oggi c'è sempre di più l'idea di far passare il turno, di staccare la spina, comportamento corretto per la gestione anche di una propria vita privata, ma che diventa insopportabile quando, ad esempio, un medico che lo ha operato non si preoccupa il giorno dopo di controllare come sta quel paziente. Questo mi spaventa. Sinceramente non vorrei essere seguito da un medico di quel tipo.

Lei insiste sull'importanza del rapporto interpersonale che si instaura con il paziente, affermando che si notano differenze di percorso molto significative tra medici credenti e non credenti. Questo ha un senso nella medicina e, più in generale, nella scienza?

Ho scritto un libro come si fa per un lavoro scientifico: sono partito da ipotesi per arrivare a delle conclusioni. La mia conclusione è che la fede religiosa non è assolutamente rilevante per indicare un bravo o un cattivo medico; credo che la fede sia una cosa personale che in certe circostanze può aiutare come può non aiutare. La fede non influenza i risultati della capacità o dell'incapacità di un professionista. Certamente chi ha fede può porsi maggiori dubbi di chi non ha fede. Per il resto credo nel ruolo laico e scientifico della medicina.

Lei ha lavorato a lungo con infermiere suore. Le rimpiange?

Moltissimo. Con questa affermazione spero di non creare conflitti nel mondo laico infermieristico. Sono cresciuto al Policlinico Gemelli di Roma e ho stupito tutti quando, nel creare il centro trapianti di Palermo, tra le condizioni stabilite ho inserito una caposala suora. Ecco, suor Caterina è stata lì con me per tutto il periodo che sono rimasto a Palermo. E' stata una figura importante per me, non perché un laico o una laica non avrebbero potuto fare lo stesso lavoro, ma per la

disponibilità che aveva questa suora a stare lì in quel momento, disponibilità che non si poteva chiedere a chi aveva famiglia e non poteva dedicare tutto il suo tempo alla creazione di quella struttura.

L'approccio al dolore è indicato in ambito internazionale come il tallone d'Achille della sanità italiana, in cui resiste una certa riluttanza verso l'uso di sostanze antidolorifiche utilizzate normalmente in altri Paesi. Qual è il rapporto tra la realtà italiana e quella americana?

In Italia c'è un certo ritardo nell'uso di potenti antidolorifici rispetto agli Stati Uniti. Alcune volte il dolore aiuta a fare la diagnosi. In un pronto soccorso, per esempio, un paziente con colica addominale non viene trattato immediatamente con morfina perché si andrebbe a coprire il quadro sintomatologico che aiuta a fare una diagnosi corretta. Appena fatta la diagnosi, è gravissimo non somministrare morfina a chi ha dolori insopportabili, così come è gravissimo eseguire esami endoscopici senza sedazione generale. Altro elemento che sento di dover segnalare è che l'Italia non ha una legislazione in grado di aiutare il paziente terminale ad affrontare il passaggio dalla vita alla morte, un paziente che è intubato, tenuto in una rianimazione, magari in dialisi, con alimentazione parenterale, ventilato, trattato con farmaci per il mantenimento della pressione, eccetera. Penso che questo tipo di paziente possa essere accompagnato verso la morte, magari con somministrazioni di morfina per alleviare le sue pene. In altri Paesi questo è possibile.

Crede di poter salvare una persona e poi vederla morire è una pratica quasi quotidiana per gli infermieri che vivono da vicino, per 24 ore al giorno, la sofferenza della persona malata. Il medico si limita a visitare il paziente una o due volte al giorno o ad intervenire solo nell'atto medico-chirurgico. A

lungo andare, si possono creare barriere protettive del professionista tali da instaurare comportamenti troppo distaccati, non certo d'aiuto per il morente?

Questa è un'area in cui, nonostante il rispetto nei confronti della professione infermieristica, talvolta ho dei contrasti con gli infermieri. Conflitti dovuti alla mia indole, che pur essendo convinto dell'aiuto che bisogna dare al malato morente, tendo ad arrendermi il più tardi possibile a differenza dell'infermiere statunitense che per l'esperienza avuta nel vedere tanti decessi, a volte mi dice che sarebbe preferibile non accanirsi su quel paziente, parlare con la famiglia per spiegare che ormai non c'è nulla da fare. Nove volte su dieci ha ragione l'infermiere perché comunque vive accanto al paziente e conosce le condizioni cliniche.

In Italia la sanità è orientata a una spiccata settorializzazione, con professionisti sempre più specializzati. C'è il rischio che tanta settorialità porti a non considerare più la persona malata nella sua complessità umana, fino a considerare come malato un organo o un apparato?

Penso che non si debba curare un organo ma che è necessario prendersi cura della persona nel concetto più ampio della parola. Ci sono tanti aspetti del nostro sistema ormonale e nervoso che non conosciamo ancora a fondo. Rimango convinto che soggetti con problematiche personali in atto (una separazione, la perdita di un figlio) abbiano più difficoltà a gestire la propria malattia rispetto a pazienti che nel loro insieme si trovano in un momento sereno della propria vita. Questi aspetti devono essere presi in seria considerazione e il paziente deve essere gestito nella sua completezza.

Che cose si sente di suggerire al Collegio degli infermieri di Roma?

Lo invito a farsi carico di un'altra battaglia: chiedere in maniera ferma,

decisa e irrinunciabile a chi avrà il potere di gestire la sanità italiana nei prossimi anni di sottolineare l'importanza dell'infermiere, il suo ruolo fondamentale nella medicina del futuro e nella modernizzazione della sanità di questo Paese. E' inaccettabile che l'infermiere non partecipi alla gestione del paziente sia in ospedale sia nel territorio; il futuro sarà dei piccoli ospedali, dotati di super tecnologie da riservare a pazienti che necessitano di questi mezzi, mentre per i restanti pazienti, che non hanno necessità di stare in ospedale, la corretta gestione av-

verrà al loro domicilio. E' importante anche la rivendicazione di un ruolo più importante nella gestione del sistema sanità che l'infermiere, preparato e formato, deve avere.

AUTORI

*Ignazio R. Marino
Chirurgo Specialista
in Trapianti D'Organo. Dirige
Centro Trapianti della Thomas
Jefferson University Philadelphia*

in pillole

Trapianti, L'Italia si rimette in carreggiata

Cresce il numero di trapianti d'organo in Italia, segnando un +10% nei primi quattro mesi del 2006 rispetto allo scorso anno: si passa infatti da 3.177 interventi effettuati nel 2005 a 3.468 del 2006 secondo i dati di

proiezione. A crescere è anche il numero delle donazioni (22,8 per milione di abitanti nei primi mesi del 2006 contro le 21 per milioni di abitanti dello stesso periodo del 2005), soprattutto nelle regioni del Sud. Per contro, diminuisce in modo consistente (dal 20 al 24%) l'opposizione all'atto della donazione.

1° Congresso nazionale degli infermieri e delle professioni sanitarie

**11/12 settembre - Firenze Caserma G. Redi
Ricerca, Formazione ed esercizio professionale degli infermieri e delle professioni sanitarie in Sanità Militare: Annalisa Silvestro, Gennaro Rocco, Rosaria Alvaro e Julita Sansoni dibatteranno, con gli ufficiali superiori del Ministero della Difesa ed esperti dei settori, le nuove prospettive dei professionisti militari.**

ADOTTATI DALL'AFRICA

di Andrea Querci

Il settembre 2005 siamo partiti per il Burkina Faso (Ex Alto Volta). Eravamo in dodici, tutti allievi infermieri dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, accompagnati dal Prof. Gianfranco Panetta uno dei nostri insegnanti, per fare un'esperienza di assistenza infermieristica nelle zone del terzo mondo.

La volontà di affrontare questo viaggio è nata dalla proposta di Padre Jean Baptist, responsabile dei cap-

pellani dell'Ospedale San Giovanni Adolorata di Roma e docente all'Università Cattolica presso le Suore della Misericordia, che ha raccolto da subito un largo consenso da parte degli allievi infermieri.

Grazie al Prof. Michetti, responsabile del corso universitario per infermieri, della Direttrice Suor Bertilla Cipolloni e dell'Università stessa, è stato accettato il programma e da lì è nata la missione.

Partiti da Roma e arrivati il giorno se-



guente a Ouagadougou, la prima impressione sulla città è stata di sconcerto, vista le poche luci che rischiavano la notte di una capitale che tale non sembrava. Ad accoglierci c'era Padre Joan Baptist, che ci avrebbe portati con un fuoristrada alla missione dei Padri Camilliani nel centro della città.

Rifocillati e riposati, il giorno seguente abbiamo affrontato il trasferimento verso il villaggio di Nanorò a circa 1 ora e mezza di strada dalla capitale.

Lungo il percorso su strade polverose, abbiamo potuto vedere per la prima volta e dal vivo alcuni aspetti del Paese che viene ritenuto il secondo più povero al mondo: ponteggi in legno poco rassicuranti, persone che dormivano all'aperto in terra, casette fatte con mattoni di argilla, agli incroci bambini ed adulti che ci porgevano le loro misere mercanzie. Il tutto nel contesto di un paesaggio, la savana, suggestivo per la scarsa vegetazione che in quel periodo delle piogge appariva tuttavia lussureggiante.

Per arrivare al Centro abbiamo percorso una strada di circa 80 Km, frutto di una cooperazione italiana. Arrivati a destinazione ci siamo subito resi conto del grande lavoro che i Padri Camilliani hanno svolto e svolgono in favore di quelle popolazioni disagiate.

STRUTTURA E FUNZIONE DEL CENTRO MEDICO CHIRURGICO DI NANORÒ

La struttura, il cui responsabile è Padre Gilbert è realizzata dai missionari Camilliani. E' suddivisa in piccoli padiglioni: chirurgia, medicina generale, laboratorio analisi, piccolo servizio di radiologia, maternità, servizio per la cura della malnutrizione, farmacia.

Il lavoro viene prevalentemente svolto da sacerdoti infermieri e da alcuni laici forniti dallo Stato stesso. E' presente un solo chirurgo, il dr. Gino Capponi, un italiano che coopera in quella sede da circa 3 anni.

RUOLO DELL'INFERMIERE:

L'infermiere in Burkina Faso svolge un ruolo assai diverso da quello che tutti

noi siamo abituati a vedere nei nostri paesi: non solo assiste il paziente in tutti i suoi bisogni, ma svolge più che altro il ruolo del medico: fa diagnosi e terapia. Solo in casi particolari viene richiesta l'opinione di un medico. Si tenga conto che in tutto il Paese c'è un rapporto di medici- popolazione di 1 a 34.000.

Le malattie principali sono malaria, parassitosi, malnutrizione, infezioni respiratorie, gravi anemie. Spesso è approssimativa la diagnosi, è approssimativa la terapia! Ma c'è grande necessità di smaltire le numerose persone che ogni giorno affollano il centro. Per fare un esempio se il paziente ha febbre e pallore, la diagnosi è quella di malaria e la terapia sarà a base di chinino per la malaria e di paracetamolo per la febbre. E per l'anemia? Se non è grave non è importante (queste popolazioni convivono con questo problema visto che la malaria si ripresenta ogni anno come per noi potrebbe essere uno status influenzale); invece se è "abbastanza grave" e per tale si intende Hb sotto i 4-5 g/dl si somministrano farmaci come ferro, o vitamina B12 o per chi se lo può permettere una trasfusione di sangue (costo 6590f equivalenti a 10 euro e 20 giornate di lavoro).

IL PROBLEMA DEL COSTO DELLE MEDICINE

Il problema dei costi delle medicine e del ricovero è importante, tanto che la maggior parte della popolazione non si può permettersi questa spesa ed arriva al Centro quando la malattia ha causato gravi conseguenze, spesso irreversibili. Inoltre non è raro che abbandonino il Centro proprio per questo motivo portando a morire i propri congiunti a casa.

Purtroppo il Paese è povero e il governo sostiene di non avere i mezzi per provvedere alle cure della popolazione. Ogni persona può curarsi solo se ha la capacità economica di farlo. Strano a dirsi, ma i pazienti pagano tutto: farmaci, siringhe, guanti in lattice, ecc. Alcuni esempi: la degenza costa 100 f., la cura per la malaria da 1500 a 10000f, la cloroquina 300f, ibu-



profene 475f, il metranidazolo 500f (a dose) e così via.

IL CENTRO DI MALNUTRIZIONE INFANTILE

Gestito da Suor Andreina e da un assistente, può accogliere 30 bambini da 0 a 5 anni.

Nel Centro non si dà solo un sostegno nutrizionale cercando di far riacquisire le forze al bambino, ma si insegna alle mamme ad utilizzare i prodotti locali arricchiti di eventuali integratori per il recupero nutrizionale dei bimbi e di loro stesse. Le gravidanze infatti sono multiple e ravvicinate e lo stato nutrizionale delle mamme è anch'esso precario. Una nuova gravidanza costringe la mamma ad anticipare lo svezzamento.

Malnutrizione, diarrea e malassorbimento, conducono inevitabilmente al marasma, al kwashiorkor ed alla disidratazione. **Il percorso è ineluttabile: 7 bambini su 10 muoiono.**

LA CHIRURGIA:

Il lavoro del dottor Gino Capponi, chirurgo italiano in pensione è inesauribile: dai traumi, alle patologie traumatiche, agli ascessi, alle peritoniti il chirurgo si adopera ad affrontare qualsiasi tipo di intervento con mezzi limitati. L'anestesista è un infermiere e una suora svolge la parte di ferrista. Saltuariamente dall'Italia per brevi periodi giungono collaboratori. Spesso i risultati sono eccezionali e quei poveri pazienti esprimono con la massima riconoscenza la loro gratitudine.

LA MATERNITÀ:

I parti sono ovviamente numerosi e sempre più donne ricorrono all'assistenza in questa struttura. Abbiamo assistito a diversi parti e ci ha colpito il comportamento delle puerpere alla fine del parto: si alzano e se ne vanno con le proprie gambe a mettersi sdraiate sopra un telo in un angolo con il proprio piccolo. Molte di loro arrivano a partorire dopo una giornata di intenso lavoro nei campi.

LA DEGENZA

Nelle strutture di degenza composte per lo più da stanze a 4 o 6 letti, puoi vedere persone adagiate su materassi di dubbia pulizia senza lenzuola né cuscini, ma solo, e non sempre, coperte da teli. Le mosche fanno da padrone, l'odore acre nell'ambiente e la visione di quei malati che languono in silenziosa sofferenza, ti pervade la mente e l'animo. E' ti rendi conto che è necessario agire.

LA POPOLAZIONE

Oltre il 50% della popolazione in quei villaggi ha un'età inferiore ai 18 anni. L'aspettativa di vita è molto bassa (circa 45 anni); la mortalità infantile raggiunge punte del 70% a seconda dei periodi dell'anno.

Ma come vive una famiglia tipica? Mancano le normali strutture di una casa; vivono in capanne o casette fatte con mattoni di argilla (tipica di queste zone dell'Africa); l'acqua corrente non c'è e spesso i pozzi sono distanti, la corrente elettrica è riservata solo a chi ha i generatori e il mangiare scarseggia.

Durante la stagione delle piogge è sviluppata la coltura del miglio e del sorgo, i mercati sono centri di ritrovo, vendita e baratto; si vende l'inimmaginabile: pezzi di stoffa, birra di miglio, vestiti, sale grezzo, batterie, cianfrusaglie di ogni genere, frutta, alimenti ecc...; l'importante per loro è riuscire a guadagnare quel tanto che gli per-

metta di mangiare e di sfamare la propria famiglia.

IL LEBBROSARIO

Prima di rientrare in città, lungo la strada che ci riconduceva alla capitale, abbiamo vissuto un'esperienza unica: la visita ad un lebbrosario. In un cortile al centro di un caseggiato ricoperto da una fatiscente tettoia, missionari si prodigavano a medicare le mutilazioni operate dalla lebbra su persone emaciate ed emarginate. Tutto avveniva nello stesso ambiente in cui coesisteva un pullulare disordinato di adulti e bambini. Sembrava un girone infernale.

Quello che abbiamo vissuto non lo dimenticheremo mai.

Ringrazio per la collaborazione:

Prof. Gianfranco Panetta
Allievo Marco Montanari

Partecipanti:
Andrea Querci
Gianfranco Panetta
Marco Montanari
Francesca Di Cavio
Simona Salvi
Stefano Graziano
Francesca Verde
Simona ed Emilia Chiarlitti
Edmond Kazadi Mabinga
Damiano Grassi
Maria Luisa Coppola
Marco Censi

2^a Conferenza della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche

di Alessandro Stievano

Si è svolta a Roma nei giorni 11-12-13 maggio la 2^a conferenza della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche (Fepi). Nei tre giorni di interventi ed importanti contributi, si è vista la partecipazione dei rappresentanti dei principali Enti Regolamentatori (Ordini, Boards) della professione infermieristica in Europa. Dopo aver introdotto i lavori, la Presidente della Fepi e della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI italiani, Annalisa Silvestro, ha lasciato la parola alla vice-presidente Ann Carrigy dell'Irish Nursing Board, la quale ha moderato la prima giornata. Tra i relatori, è intervenuto Stefano Zappalà, membro italiano del Parlamento Europeo, il quale ha appena varato una Direttiva, la 2005/36, sul riconoscimento delle qualifiche professionali delle professioni regolamentate, a livello europeo. Tale Direttiva unifica i differenti articolati che esistevano sulla mobilità delle professioni liberali e cerca, nella sua piena applicazione, di adempiere al mandato della libera circolazione dei beni economici e dei professionisti nell'Unione Europea. La Direttiva è stata illustrata ed analizzata approfonditamente anche da An Baeyens della Commissione Europea -

Mercato Interno Professioni Regolamentate - e da Rita Baeten dell'Observatoire Social Européen. E' stato ribadito che questa Norma assieme a quella in attuale via dibattimentale (Direttiva Servizi) assume un valore precipuo per la mobilità e la regolamentazione dei rapporti di lavoro dei professionisti liberali a livello europeo. Nel prosieguo dei lavori Ramunas Kun-



Il Presidente dell'Ordine infermieristico spagnolo Máximo González Jurado (il primo da sinistra) modera i lavori

caitis, Direttore del Progetto Grundtvig sull'Educazione degli Adulti alla Commissione Europea, ha illustrato i programmi di mobilità universitaria e professionale a cominciare dai famosi Erasmus e Leonardo da Vinci, fino ai

meno noti ma non meno importanti Comenius e, quindi, Grundtvig. Kuncaitis ha stressato il valore dell'apprendimento per tutta la vita come ga-



Gruppo dirigente della Fepi

ranza di professionalità ed ha auspicato una stretta cooperazione tra settori formali ed informali dell'educazione. Sono stati illustrati anche alcuni



Una sessione dei lavori

progetti sulla formazione infermieristica a livello europeo come il progetto e-hospital che permette agli infermieri di erogare educazione sanitaria ai pa-

zienti tramite l'e-learning.

Nel corso della prima giornata abbiamo avuto l'atteso intervento di Cathy Apple, Direttore Generale del Consiglio Nazionale degli Enti Regolatori negli USA (NCSBN), il quale ha spiegato che la professione infermieristica negli Stati Uniti è regolamentata da lungo tempo (1903) ed esistono circa 60 Regulatory Boards a livello degli Stati Federali americani che perseguono un'importante attività disciplinare e una promozione delle pratiche di qualità assistenziali, con l'elaborazione di documentazione e linee guida basate *sull'evidence based nursing*. A conclusione dei lavori della prima giornata Theodoros Koutrubas, Direttore del gruppo di lavoro sanità del Ceplis

(Comitato sulle Liberali Professioni Sanitarie in Europa), ha illustrato le attività di tale comitato costituito in seno alla Fepi, enfatizzando la difesa dei diritti dei pazienti nelle cure sanitarie e la posizione del Ceplis, in particolare degli infermieri, riguardo le Direttive dell'Unione Europea.

La seconda giornata dei lavori ha visto la partecipazione dei più importanti rappresentanti degli ordini infermieristici a livello continentale come la Croazia, la Spagna, la Grecia, la Romania, il Regno Unito, l'Irlanda e l'Italia che hanno illustrato le caratteristiche strutturali e funzionali degli ordini nei differenti Paesi, auspicando una maggiore collaborazione a livello regolamentare e

deontologico tra i membri della Fepi. Durante la seconda giornata, i professionisti intervenuti hanno partecipato a dei gruppi di lavoro sugli Standard



La vice presidente del Collegio Ipasvi di Roma con il Presidente dell'Ordine infermieristico-ostetrico del Regno Unito

minimi della pratica, sull'educazione di base e specialistica e sul potere disciplinare che hanno gli Ordini a livello europeo.

Nella terza giornata sono state dibattute alcune proposte interessanti emerse dai lavori del giorno precedente e si è enfatizzata una maggiore e più proficua collaborazione per trovare degli standards comuni di educazione di base e specialistica, nei vari settori clinici da parte di tutti i paesi europei, al fine di addivenire a regole comuni per i provvedimenti disciplinari regolamentari e per la certificazione e comunicazione di tali procedimenti.

Alla conclusione dei lavori la Presi-

dente della Fepi Annalisa Silvestro ringraziando tutti gli infermieri partecipanti a nome dei vari paesi dell'Unione Europea, si è molto complimentata della progettualità della neonata Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche, voluta fortemente dalla Federazione dei Collegi Infermieristici Italiani nel 2004 (Ipasvi), che sta riscuotendo un sempre maggior successo ed è diventata punto di riferimento istituzionale infermieristico per Governi e Istituzioni continentali; con tale organizzazione, infatti, si stanno creando progetti importanti come il

Codice Deontologico infermieristico unico a livello europeo e l'implementazione di meccanismi di scambio e regolamentazione condivisi, che permetteranno a più di 25 paesi facenti ora parte della UE, di concretizzare standards di buona pratica assistenziale infermieristica per garantire livelli assistenziali di qualità ai cittadini, in ogni parte d'Europa.

AUTORI

A cura di Alessandro Stievano

L'inserto

COMMISSIONI

2006

Dati

aggiornati

al 31 maggio

2006



COMMISSIONI 2006

Dati aggiornati al 31 maggio 2006

| | |
|--|--|
| Relazione con gli iscritti, relazioni pubbliche e orientamento professionale. | <i>Consiglieri:</i> Esposito, Napolano, Cotichini |
| Aggiornamento, formazione | <i>Consiglieri:</i> Pulimeno, Tosini, Sr Bertilla, Esposito |
| Standard Professionali e Accredimento dei Professionisti | <i>Consiglieri:</i> Proietti, Turci, Pepe, Premoselli |
| Ricerca | <i>Consiglieri:</i> Stievano, Proietti, Tosini |
| Rapporti internazionali | <i>Consiglieri:</i> Tiozzo, Pulimeno, Stievano |
| Documentazione, biblioteca e ricerca bibliografica | <i>Consiglieri:</i> Barbato, Turci, Napolano |
| Libera Professione | <i>Consiglieri:</i> Premoselli, Del Ferraro, Barbato, Fiorda |

COMMISSIONE RELAZIONE CON GLI ISCRITTI, RELAZIONI PUBBLICHE E ORIENTAMENTO PROFESSIONALE

La commissione costituita da Esposito Mario, Napolano Matilde, Cotichini Rodolfo.

Le linee guida stabilite per l'attività della commissione prevede la definizione delle priorità annuali e l'adozione di un programma di lavoro per ogni anno del triennio. Il programma di lavoro della Commissione consiste nella definizione degli obiettivi da realizzare nel triennio e nella pianificazione di una serie di attività operative da realizzare nell'anno in corso attraverso la costituzione gruppo di lavoro con mandati a scadenza che di volta in volta vengono costituiti in base ai progetti da porre in essere.

Il programma di lavoro per il 2006 ruota intorno ai cinque obiettivi strategici stabiliti dalla Commissione all'inizio del mandato :

– Referenti del Collegio nei luoghi di lavoro

Modalità e strumenti di comunicazione con gli iscritti (Rivista , televideo , sito internet , new letter – mail – list , cd interattivo, carta dei servizi ecc.)

Incontri con gli iscritti : nelle realtà operative – nella sede del Collegio

Progetto promozione immagine dell'infermiere

Torneo calcio a 5 tra tutti i colleghi dei nosocomi di Roma e provincia

Il programma comprende una serie di iniziative di carattere prioritario che la commissione si impegna ad adottare entro la fine dell'anno. Ogni iniziativa sarà accompagnata da un coinvolgimento di colleghi con competenze specifiche che costituirà il gruppo di lavoro . La Commissione vuole implementare il progetto di valorizzazione del nostro ruolo anche attraverso il coinvolgimento dei mass media,delle istituzioni, mettendo a fuoco le competenze effettivamente acquisite e le nuove responsabilità legate alla professionalità dell'infermiere nei diversi campi di attività ospedaliera, territoriale, domiciliare. A tale fine si propone di coinvolgere anche le istituzioni scolastiche per fare cono-

scere nelle varie forme la professione presso i giovani che scelgono di intraprenderla, favorendo la possibilità di uno sviluppo futuro sia di carriera che professionale.

La Commissione inoltre vuole valorizzare al massimo la figura del referente all'interno delle realtà operative, ha previsto una giornata formativa per:

aggiornare i nuovi referenti sulle attività e le responsabilità nei confronti dell'istituzione Collegio e dei colleghi, presentazione di un regolamento che preveda delle linee guida di comportamento uniformate per tutti i referenti.

Realizzazione di un sistema di controllo e verifica degli obiettivi raggiunti e sul rispetto dei criteri di svolgimento della attività di referente nella struttura.

Per quanto riguarda la realizzazione di qualsiasi iniziativa e qualsivoglia progetto in collaborazione con il collegio ipasvi ogni lunedì e giovedì due consiglieri saranno a disposizione nella sede del collegio per accogliere tutte le proposte che gli iscritti da soli , in piccoli gruppi, come colleghi di unità operativa, come colleghi di un intero ospedale, come colleghi di più ospedali vogliono proporre e vedere realizzato nel triennio Per fornire maggiori opportunità di informazione da parte del collegio oltre alle modalità tradizionali (Rivista , televideo, referenti, locandine ed opuscoli) è partito un piano di ristrutturazione del sito internet che permetterà di personalizzare le informazioni attraverso mail – list e news – letter che in tempo reale aggiorneranno su argomenti di interesse professionale tutti coloro che lo desiderano. (per es. corsi di formazione, incontri con le istituzioni, novità formative e legislative ecc.)

COMMISSIONE FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Ausilia M.L. Pulimeno, Mario Esposito, Suor Bertilla Cipolloni, Marco Tosini

Come sappiamo l'impresa, l'azienda, l'istituzione, vivono e si sviluppano in forza della loro organizzazione, rappresentata dalla presenza di risorse "anche umane", dall'impatto che questa ha sul-

Torneo calcio a 5 del Collegio IPASVI di Roma



Il Collegio di Roma organizza un torneo di calcetto tra tutte le squadre che rappresentano le realtà sanitarie di Roma e provincia. Per ulteriori informazioni ed iscrizione il referente del Collegio è Carlo Turci contattabile presso il Collegio il lunedì ed il giovedì pomeriggio.

l'intera collettività. In questa ottica le organizzazioni risultano produttrici di cultura, favoriscono lo scambio di informazioni, l'approfondimento di conoscenze, la scoperta di nuove occasioni di apprendimento, il conflitto positivo di valori e filosofie. La consapevolezza di questi elementi, intrinseci ad ogni organizzazione, rende significativo il momento formativo inteso pertanto come elemento di responsabilità verso la collettività. Infatti nelle organizzazioni sociali moderne uno dei principali obiettivi è quello di rendere le persone, e in particolare i professionisti che ne fanno parte, sempre e costantemente competitivi nel loro settore professionale rispetto alle richieste di mercato. Essere competitivi si traduce spesso nell'ampliamento delle conoscenze specifiche, nel miglioramento delle abilità tecniche, nello studio e ricerca di nuovi modelli organizzativi e manageriali. Se questo è pur vero nella stragrande maggioranza dei settori lavorativi e produttivi di un paese, per l'area sanitaria è senz'altro fondamentale.

Il collegio IPASVI di Roma, per l'anno in corso intende programmare una serie di eventi formativi che permettano da un lato di sviluppare programmi formativi di interesse generale e dall'altro di facilitare i contatti con le realtà operative di Roma e provincia, incontrando il maggior numero di iscritti al Collegio di Roma e con le principali Associazioni infermieristiche.

Inoltre ci si prefigge di sviluppare una rete di relazioni tra le varie sedi Universitarie che si occupano di formazione infermieristica di base e complementare a tutti i livelli, per un continuo monitoraggio dei corsi di formazione, contribuire a sensibilizzare gli organi competenti per implementare percorsi formativi universitari in linea al continuo evolversi della professione.

Già a partire dalla prima parte dell'anno 2006, le iniziative messe in atto dal Collegio sono tali da favorire la partecipazione ad eventi formativi di una certa rilevanza e non solo nazionale (SANIT 2006 - 1700 partecipanti), ed altri eventi già accreditati ECM.

Il programma di formazione per l'anno 2006 viene ripartito in cinque filoni principali:

1) Eventi IPASVI

In questo primo filone vengono programmati i corsi itineranti che avranno tematiche con valenza generale e di approfondimento dei temi individuati, quindi potrà avere un numero massimo di 100 iscritti e si svolgeranno nelle principali strutture sanitarie di Roma e provincia con il coinvolgimento della struttura che ospita l'evento

2) Corsi Monotematici

L'obiettivo di questi corsi è quello di trattare argomenti importanti con relatori esperti della materia in modo da garantire la qualità del corso e la competente specificità dei temi che verranno trattati dai relatori. Alcuni temi sono già stati individuati e riguardano Strumenti e metodologie per pianificare l'assistenza, la qualità, la gestione e valutazione delle risorse umane, la ricerca, la filosofia del Nursing, la personalizzazione dell'assistenza, La storia dell'assistenza. Questi corsi saranno residenziali nella sede del Collegio.

3) Eventi con altre associazioni

Il secondo filone prevede la programmazione di corsi con tematiche di interesse specifico e verranno trattati in stretta collaborazione con le associazioni di categoria che di volta in volta verranno invitate a collaborare. Già in passato molte di queste esperienze hanno dimostrato la qualità del risultato, si tratta ora di sviluppare ed intensificare la programmazione di questi corsi che possono acquisire una impostazione multidisciplinare

4) Eventi Congressuali

In questo ambito vengono collocati tutti gli eventi a carattere regionale nazionale ed internazionale che il collegio IPASVI sta organizzando da diversi anni con il coinvolgimento di centinaia di colleghi di Roma e provincia attraverso confronti con scenari e professionisti di molte realtà italiane ed estere.

5) Eventi patrocinati

Il Consiglio Direttivo sta elaborando un regolamento per definire criteri e modalità ancora più rigidi per concedere il patrocinio di eventi . Questo perché

alcuni organizzatori di eventi patrocinati in passato, mettendo sulla locandina in bella vista il simbolo del collegio di Roma hanno creato una serie di lamentele nei confronti dello stesso, mentre in realtà l'organizzazione e la segreteria scientifica non erano curate dall'IPASVI di Roma.

COMMISSIONE ACCREDITAMENTO

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine IPASVI di Roma consapevole dell'importanza e della necessità di avvalersi di un Sistema di Assicurazione della Qualità, ha ritenuto opportuno implementare un Sistema Qualità conforme alle norme UNI EN ISO 9000:2000, ed in particolare:

Certificazione da parte di un Ente terzo accreditato (Sincert) delle attività dell'Ordine IPASVI di Roma per le attività istituzionali

Certificazione da parte di un Ente terzo accreditato che le attività del Collegio (Ordine) IPASVI di Roma sono svolte conformemente ad un disciplinare di auto-regolamentazione.

LA NORMA ISO 9001 prevede che la struttura organizzativa svolga le proprie attività secondo quanto ha precedentemente definito, attraverso documentazione scritta. Vi sono dei punti di check dai quali non si può derogare:

attività della direzione;

progettazione di nuovi servizi;

erogazione di servizi;

misurazione e miglioramento.

che costituiscono la griglia utilizzata in sede di audit per misurare la conformità. Il disciplinare di servizio è un documento quadro che raccoglie gli impegni che si intendono assumere nei confronti dei stakeholders (portatori di interessi): iscritti all'ordine, Organi Istituzionali, Utenti del Sistema Sanitario, Comunità.

Per i due progetti messi in campo (certificazione e disciplinare di servizio) l'obiettivo esplicitato è il raggiungimento del miglioramento continuo del servizio tenuto conto delle conoscenze e delle risorse disponibili. L'aspetto innovativo è la definizione del quadro organizzativo che lega le singole operazioni in un unico sistema, dotato di auto valutazione e di miglioramento continuo, valo-

rizzando il coinvolgimento di tutti gli operatori.

Infatti per puntare alla ottimizzazione dei risultati è essenziale attivare i processi con i "professionisti", ovvero processi nei quali gli operatori possano identificarsi per la presenza di valori condivisi.

I risultati attesi sono rappresentati dal:
Migliorare il livello qualitativo e la soddisfazione dell'utenza.

Uniformare i comportamenti

Predisporre uno schema organizzativo che pone in grado, tutti gli interlocutori (interni ed esterni), di potersi interfacciare con chiarezza con le funzioni individuate definendo le aspettative e misurandole con i risultati attesi.

Acquisizione di visibilità attraverso il raggiungimento di un target riconosciuto a livello nazionale ed internazionale.

Acquisire gli strumenti "esportabili" (linee guida, protocolli, procedure, istruzioni di lavoro) di come una struttura di servizi può dotarsi di uno standard organizzativo.

Ridurre le non conformità rilevate durante i processi di attività

Migliorare le capacità di controllo e verifica dei processi critici

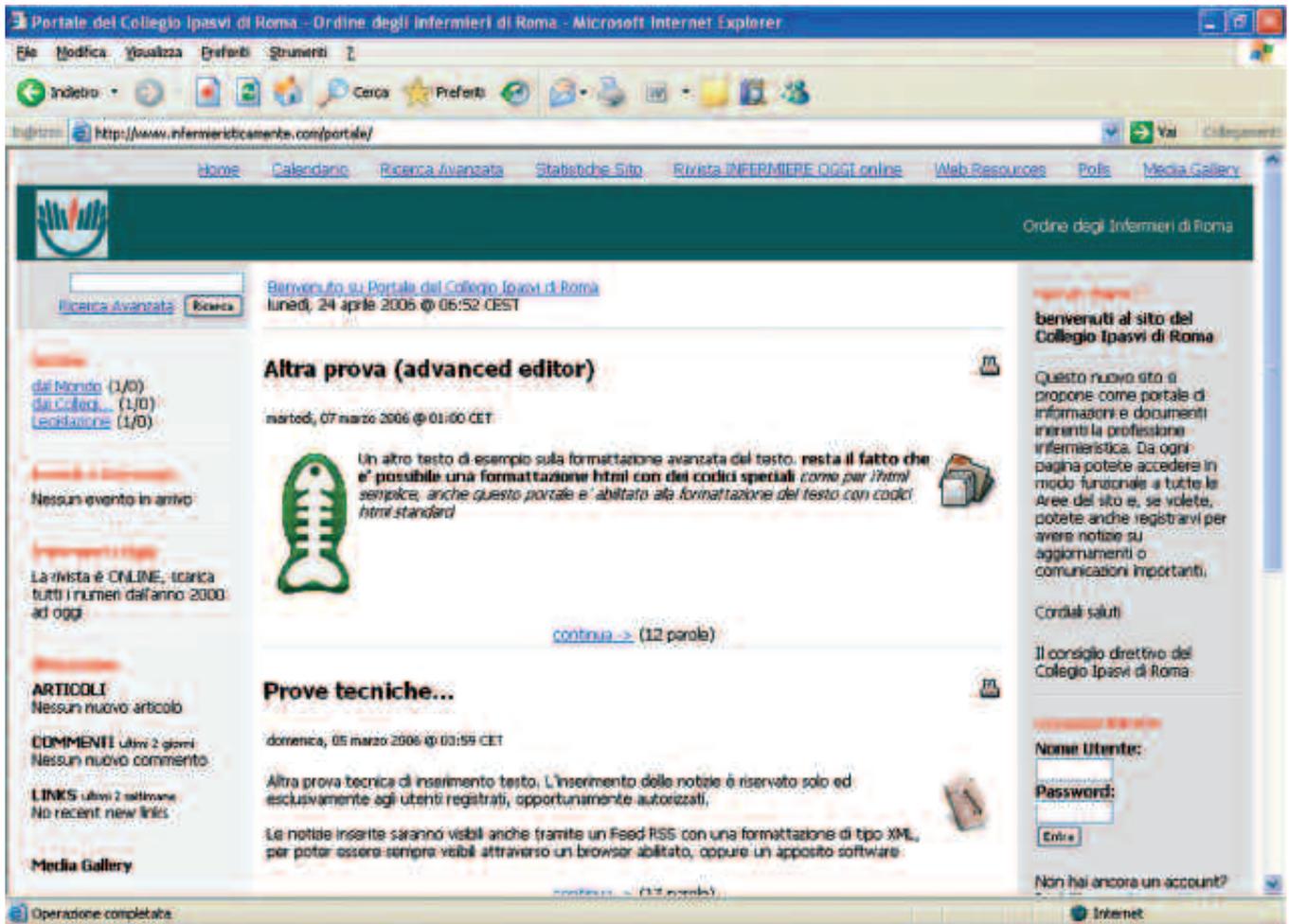
I due progetti sono divisi in macrofasi e rispondono alla metodica del PDCA (pianifico, attuo, controllo e riesamino) con l'identificazione delle risorse necessarie all'espletamento di tali attività, nonché elaborare le procedure ed istruzioni di lavoro che rappresentino i processi, istruzione e coinvolgimento del personale per favorire l'attuazione del Sistema Qualità, verificare la conformità del Sistema Qualità alle norme ISO con le Verifiche Ispettive Interne, nonché l'attivazione di un sistema di monitoraggio del livello di qualità dei servizi offerti.

I Componenti del Comitato Qualità sono:

- **Presidente Ordine**
- **Rappresentante del Consiglio per la Qualità**
- **I Facilitatori della qualità**
- **Dipendente lavoratore**

In particolare le Funzioni del Comitato Qualità sono:

Il nuovo portale web del Collegio IPASVI



Con il nuovo portale del collegio IPASVI di Roma ogni iscritto potrà far parte di una mail – list ricevere informazioni in tempo reale con le news – letter avere una casella di posta elettronica e tanto altro ancora...

Progetto di ricerca Near Misses



È in fase di conclusione la ricerca sui Near Misses di cui è già stata presentata la relazione e i risultati a Sanit 2006. Sulla base dell'analisi tematica elaborata dal gruppo di ricerca.

Assegnare gli orientamenti politico – strategici per tutte le attività svolte dall’Ordine

Osservare ed esaminare gli aspetti più critici relativi a ciascun processo.

Verificare l’efficienza e l’efficacia dei processi rispetto alla politica ed agli obiettivi dell’Ordine.

Proporre ed attuare le opportune azioni preventive/correttive.

Le funzioni del Rappresentante del Consiglio per la Qualità sono:

rendere sicuro che sia applicato il Sistema Qualità, corrispondente alle norme contenute nel Manuale Qualità dell’Ordine

riferire al Presidente ed al Consiglio sull’andamento del Sistema Qualità al fine di permettere il riesame ed il miglioramento del Sistema Qualità applicato

COMMISSIONE RICERCA INFERMIERISTICA

La Commissione Ricerca Infermieristica è composta da Maria Grazia Proietti, Alessandro Stievano e Marco Tosini (referente) si pone vari obiettivi a medio e lungo termine sempre in collaborazione con la Commissione formazione e biblioteca.

Nel 2005 i componenti della Commissione hanno concluso tra l’altro l’enorme ricerca infermieristica sul “ NEAR MISSES” in collaborazione con numerosi ospedali e l’Università di Toronto (Canada) che ha visto l’epilogo finale nel SANIT 2006 di febbraio scorso che ha visto la partecipazione attiva, come relatrice del documento, il Preside dell’Università di Nursing di Toronto, la Professoressa Dyane Affonso.

Un’altra ricerca importante, in collaborazione con l’ASP (Agenzia di Sanità Pubblica) della Regione Lazio, è stata por-

tata a termine dalla Commissione Ricerca quella sull’incidenza della LDD nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, con la pubblicazione dei dati della ricerca stessa in un opuscolo informativo.

Sono stati terminati nel primo semestre del 2005 tutte le iniziative iniziate ed accreditate, i risultati sono stati pubblicati sulla nostra rivista.

Le schede di gradimento, completate ad ogni fine evento, (circa 5.000 schede) sono state analizzate facendone oggetto di studio metodologico, valutando tutte le criticità così da modificare l’approccio alla formazione continua e all’organizzazione degli eventi stessi.

In questo triennio, appena iniziato, la Commissione, come già detto, si pone degli obiettivi a medio e lungo termine, cercando di far partecipare in tutte le ricerche più colleghi possibili di numerosi ospedali sia di Roma che di provincia, perché crediamo fermamente che solo avendo la collaborazione di colleghi possiamo crescere “INSIEME” e di conseguenza facciamo crescere la nostra professione.

Infatti il programma consta essenzialmente di cinque punti qui sotto elencati:

Ricerca sull’incidenza e sulle cure delle LDD nelle strutture ospedaliere



pubbliche e private della Regione Lazio con maggiore attenzione per le Terapie Intensive e le Unità operative di lungodegenza poiché crediamo che in questo tipo di reparti il problema delle LDD è sempre più attuale e di difficile gestione.

Ricerca sul metodo per valutare la complessità assistenziale nelle diverse unità operative delle strutture nosocomiali di Roma e Provincia, perché il problema dell'organico basato sulla complessità assistenziale in tutte le strutture è sempre difficile e molte volte provoca "malessere" e "malumori" tra i colleghi, con questa ricerca vorremmo trovare un metodo "univoco" per la valutazione e la cura.

Produzione di linee guida sul rischio infortunistico legato agli operatori professionali infermieristici in collaborazione con l'INAIL prevedendo la somministrazione di un questionario nelle strutture nosocomiali di Roma e Provincia con particolare attenzione alle Sale Operatorie, unità operative di chirurgia, Pronto Soccorso, unità operative specialistiche, poiché riteniamo che il rischio infortunistico, sia per le condizioni di lavoro che per "ignoranza" di molti operatori sia sottovalutato.

Questa Commissione riprendendo l'usanza della precedente vuole ripercorrere con il medesimo successo l'avventura delle **"Borse di Studio"**; infatti nel mese di settembre 2006, la Commissione, pubblicherà un nuovo Bando di Concorso (3 borse di studio per studenti e 3 per infermieri da 1.000,00 ? l'una) per lavori di ricerca infermieristica nell'area del nursing con particolare attenzione agli aspetti clinico assistenziali atti a migliorare la stessa assistenza infermieristica. Il bando sarà reso pubblico attraverso i canali informativi dell'Ordine infermieristico dell' IPASVI di Roma, sarà aperto ai soli iscritti e agli studenti infermieri di Roma e provincia.

Novità sicuramente è l'iniziativa, in collaborazione con la Commissione biblioteca e formazione, iniziativa che riguarda l'attività formativa sulla metodo-

logia della ricerca per le persone partecipanti ai progetti organizzati dal Collegio IPASVI di Roma con le conoscenze approfondite di programmi di analisi statistica (SPSS). Riteniamo molto importante la formazione di chi, poi, debba fare della ricerca infermieristica in modo scientifico ed approfondito con la relativa lettura dei dati a livello professionale.

COMMISSIONE RAPPORTI INTERNAZIONALI

La Commissione Rapporti Internazionali è composta da Maria Ausilia Pulimeno, Emanuela Tiozzo e Alessandro Stievano

L'evoluzione a cui si è assistito e partecipato in ambito europeo ha reso indispensabile la creazione della Commissione di Studio "Rapporti Internazionali". Questa nasce dalla necessità di mantenere la rete di rapporti sempre più ampi creata dal Collegio IPASVI di Roma ed inoltre per rispondere alle nuove esigenze: nascita di FEPI (Federazione Europea professione Infermieristica), emergenza infermieristica e richieste di lavoro, iscrizioni al Collegio in numero crescente.

Emerge quindi con forza la assoluta definizione di politiche che vadano oltre il livello locale aprendosi ai rapporti di livello internazionale.

In questo grande cambiamento, in questo affacciarsi all'ambito internazionale, la Federazione e il Collegio IPASVI di Roma, hanno avuto un ruolo da protagonisti nei processi decisionali per gli infermieri europei e per la loro crescita professionale.

La stabilità dell'organizzazione infermieristica italiana in Collegi e Federazione e soprattutto la nuova credibilità internazionale, aumentata negli anni anche grazie all'impegno costante e attento dei nostri rappresentanti del Collegio e del nostro presidente, soprattutto, permetteranno nel prossimo futuro che l'Italia abbia un ruolo e quindi possa partecipare attivamente

Progetti con gli iscritti



I Consiglieri del Collegio IPASVI di Roma ed i colleghi di alcune realtà sanitarie Romane valutano progetti ed iniziative da realizzare in collaborazione

Commissione Formazione e Aggiornamento



Il programma di formazione per l'anno 2006 viene ripartito in cinque filoni principali:

- 1) Eventi IPASVI**
- 2) Corsi Monotematici**
- 3) Eventi con altre associazioni**
- 4) Eventi Congressuali**
- 5) Eventi patrocinati**

alla definizione di un modello di sviluppo dell'infermieristica in Europa.

La nostra osservazione comunque non può fermarsi solo in Europa ma necessariamente si estende, come già avviato, in altri paesi. Importanti esperienze del Collegio IPASVI di Roma hanno permesso di definire rapporti di collaborazione costanti con realtà professionali anche d'oltre oceano. Fondamentali si sono rivelati i viaggi di studio all'estero e gli importanti risultati derivanti della ricerca multicentrica condotta con l'Università di Toronto.

AREE DI INTERVENTO PRIORITARIE:

*CENSIMENTO STRANIERI ISCRITTI;
QUESTIONARIO CONOSCITIVO SULLA REALTÀ LAVORATIVA
APERTURA DI UNO SPORTELLO CON CADENZA MENSILE
GRUPPO DI LAVORO CON INFERMIERI PROVENIENTI DA ALTRE NAZIONALITÀ PER EVIDENZIARE EVENTUALI CRITICITÀ
INDIVIDUAZIONE DI ASSOCIAZIONI INTERNAZIONALI E DEFINIZIONE DI CONTATTI (Relazione con FEPI, altre associazioni e infermieri provenienti da altre nazioni)*

OBIETTIVI:

Il gruppo ha come obiettivo prioritario definire e rafforzare la rete di rapporti internazionali;

Individuare eventuali criticità e tematiche emergenti oggi per l'assistenza infermieristica che nascono dall'inserimento di unità infermieristiche con formazione e programmi di base di altri paesi europei ed internazionali.

Sviluppare rapporti di collaborazione con le associazioni professionali che si occupano di infermieristica transculturale

Mantenere rapporti con il Ministero della Salute per il riconoscimento dei titoli professionali di infermieri provenienti da altri paesi

Sviluppare i rapporti con le istituzioni infermieristiche e le associazioni a livello europeo e mondiale anche per mezzo di scambi guidati e comunicazioni a tutti i livelli

implementare la conoscenza sull'infermieristica transculturale per promuovere la cultura dell'assistenza individualizzata rispetto alle specificità culturali dell'individuo.

PROGETTI CHE SI INTENDONO REALIZZARE:

Censimento degli infermieri provenienti da altre nazionalità iscritti alla Provincia di Roma

Gruppo di lavoro permanente degli infermieri stranieri Iscritti al Collegio IPASVI

Apertura di uno sportello per gli Infermieri stranieri Iscritti al collegio IPASVI

Definizione di un calendario annuale

Pubblicazione del calendario sul sito e sulla rivista del Collegio

Questionario/sondaggio (eventualmente da proporre come tesi agli studenti del corso di laurea in Infermieristica) rivolto agli infermieri provenienti da altre nazioni, da culture altre, per censire e monitorare lo status professionale, le condizioni di lavoro che prestano la propria opera a Roma e Provincia.

Elaborazione del questionario

Invio del questionario per posta

Pubblicazione dei dati del Questionario/sondaggio

Lettera informativa rivolta agli infermieri extracomunitari per la presentazione del gruppo, degli obiettivi

Organizzazione di un Convegno su tematiche riferite all'assistenza infermieristica trans/interculturale per promuovere ed implementare la conoscenza su tali temi e per promuovere la cultura dell'assistenza individualizzata rispetto alle specificità culturali dell'individuo.

La commissione per tali obiettivi si avvarrà di infermieri esperti nell'infermieristica trans/interculturale e di infermieri provenienti dalle culture maggiormente

rappresentate nell'area urbana di Roma e Provincia.

COMMISSIONE DOCUMENTAZIONE, BIBLIOTECA E RICERCA

Relazione attività anno 2005 Biblioteca Collegio IPASVI

1. UTENZA

Nell'anno 2005 la Biblioteca è stata frequentata da n. 773 utenti per la consultazione esercitata solo il giovedì pomeriggio, registrando un incremento del 14,8% rispetto all'anno passato (2004, utenti 585), e del 40% dall'inizio dell'ultimo triennio. L'interrogazione della banca dati Cinahl, effettuata il martedì mattina, ha raggiunto il numero di 91 utenti rispetto ai 71 dell'anno passato, si rileva così un incremento del 11,4% rispetto all'anno precedente e del 21,3% dall'inizio dell'ultimo triennio.

I dati annuali confermano la tendenza estremamente positiva del triennio. L'aumentata affluenza deve essere interpretata come un gradimento della nuova struttura, il risultato di un processo di fidelizzazione dell'utenza.

La maggioranza degli utenti è infatti costituita da studenti dei Corsi di Laurea Universitari in Scienze Infermieristiche e da studenti dei Master che frequentano la biblioteca nelle diverse fasi della loro formazione, è dato vedere la loro crescente capacità di orientamento e di utilizzo delle fonti e degli strumenti bibliotecari, fino ad una fruizione per l'aggiornamento personale e per la ricerca infermieristica.

Costante è la frequentazione da parte dei docenti per l'aggiornamento personale e la ricerca scientifica; è importante rilevare il loro impegno programmatico nell'orientamento degli studenti all'uso delle fonti scientifiche, condu-

cendo, talvolta, intere classi alla consultazione in biblioteca. Questo lavoro educativo, assieme alla disponibilità del personale della biblioteca, tesa a soddisfare le diverse necessità informative, produce una disinvolta utilizzazione da parte degli studenti ed una continuità nel frequentare la struttura.

Le diverse fasi formative dell'utenza comportano quindi differenti approcci alla ricerca documentaria: prevalente l'utilizzazione di fonti documentarie italiane per la compilazione di tesine, contro un ampio accesso alle fonti primarie e specialistiche e quindi alla consultazione delle riviste straniere, per la tesi di fine corso o per la ricerca infermieristica; in questo caso l'utente richiede, o gli si raccomanda, la consultazione del Cinahl per ottimizzare i tempi di reperimento delle fonti. La lingua inglese, poco conosciuta da gran parte dell'utenza, rappresenta sempre un ostacolo oggettivo nella consultazione della letteratura scientifica sul cartaceo e su internet.

Le postazioni informatiche per la navi-



gazione su internet sono utilizzate frequentemente ad integrazione di una ricerca svolta sul cartaceo, per il reperimento di documenti pubblicati sul web, talvolta per svolgere ricerche esclusivamente su risorse elettroniche, oppure per individuare la collocazione di fonti cartacee non reperite in sede: attraverso l'SBN, il Catalogo Italiano dei Periodici

Commissione Documentazione, Biblioteca e Ricerca



Nell'anno 2005 la Biblioteca è stata frequentata da n. 773 utenti per la consultazione esercitata solo il giovedì pomeriggio, registrando un incremento del 14,8% rispetto all'anno passato (2004, utenti 585), e del 40% dall'inizio dell'ultimo triennio.

ed opac vari. Un numero ridotto di utenti accede alla biblioteca per usare esclusivamente internet.

L'utenza ha chiaramente capacità informatiche diverse, ha quasi sempre la necessità di essere orientata nella strategia di ricerca, di essere assistita.

Lo spazio riservato all'orientamento dell'utenza, per la ricerca bibliografica su materiale cartaceo, risulta, in parte, meno gravosa: per la disponibilità dei cataloghi cartacei in sede e sul sito del Collegio (è importante un accesso autonomo, consapevole e critico alle fonti). Parte degli utenti arriva in biblioteca con richieste precise avendo già valutato i cataloghi su internet, altri li utilizzano con attenzione e autonomia in sede, un discreto numero ritiene di reperire le fonti 'affidandosi' alle conoscenze e alle indicazioni del bibliotecario.

2. PATRIMONIO BIBLIOGRAFICO

2.1. Riviste

Nel corso del 2005 la biblioteca ha mantenuto il proprio patrimonio bibliografico per ciò che concerne le riviste straniere che costituiscono, considerata l'esigua produzione nazionale, strumento elettivo di reperimento di informazioni insieme alle ricerche bibliografiche sulle banche dati.

Al 31.12 .2005 erano presenti in biblioteca 164 testate di riviste così suddivise:

70 titoli di riviste straniere in abbonamento (inglesi - francesi - americane - canadesi);

24 titoli di riviste italiane in abbonamento;

70 titoli di riviste italiane ricevute in omaggio e in cambio dai diversi Collegi Ipasvi del territorio nazionale (alcune cessate, altre irregolari nelle pubblicazioni o nelle spedizioni)

Il congruo numero di periodici, in particolare quelli stranieri, attribuisce alla biblioteca un carattere originale e peculiare all'interno del mondo dell'informa-

zione infermieristica italiana, testimoniato dalle costanti richieste, da parte di biblioteche biomediche del nord-Italia, di articoli pubblicati su riviste possedute esclusivamente dalla biblioteca IPASVI.

L'accesso ai periodici (titoli, annate possedute, collocazione) è dato da un catalogo aggiornato, cartaceo ed online.

2.2 Monografie

Per quanto riguarda l'incremento delle monografie, la biblioteca ha acquistato un discreto numero di novità editoriali delle scienze infermieristiche: 49 libri di nursing transculturale, management infermieristico, legislazione sanitaria, assistenze specialistiche, emergenza, area critica ed altro, cui si aggiungono diversi libri offerti in omaggio dalle stesse case editrici ed un ulteriore incremento di 30 titoli (area psichiatrica, chirurgica, diagnosi infermieristiche, nuove edizioni dei manuali) deliberato a fine anno ed ora in fase di acquisizione.

2.3 Banche dati

Come accennato la biblioteca è abbonata alla banca dati CINAHL NURSING, specifica per le scienze infermieristiche. La consultazione si svolge per appuntamento il martedì mattina, l'affluenza è in crescita. L'utenza si rivolge alla banca dati per vagliare sistematicamente la documentazione bibliografica relativa ad un particolare argomento nel più ampio panorama internazionale, confortata dalla concreta possibilità di reperire i documenti presso la collezione dei periodici della stessa biblioteca o per reperire documenti su temi innovativi, poco trattati in ambito italiano; è evidentemente assai utile per argomenti di interesse clinico o teorico-scientifico.

L'assistenza data nella consultazione della banca dati è finalizzata, oltre che ad ottenere una bibliografia, ad introdurre lo studente all'uso dell'interfaccia per successive consultazioni autonome; si sollecita la partecipazione dell'utente chiedendo di preparare le parole chiave in inglese che siano espressione degli argomenti che vuole individuare e che, poste in correlazione, individuino una

selezione adeguata di documenti.

2.4 On line: notizie dal Collegio IPASVI di Roma

Il sito web del Collegio IPASVI di Roma rappresenta ormai una realtà entusiasmante. Molti sono i colleghi che giornalmente visitano il sito per reperire le informazioni relative ai corsi di aggiornamento e di formazione, al lavoro dei gruppi di ricerca e delle commissioni, per seguire le news sulla professione infermieristica e sulla sanità in generale.

Il sito è utilizzato dagli iscritti per trovare dettagliate informazioni riguardo le procedure amministrative ed i servizi offerti, è inoltre possibile iscriversi via e-mail alle iniziative del Collegio.

Aree importanti e sempre più frequentate sono quelle dedicate alla Biblioteca e alle pubblicazioni del Collegio, dove la "Collana Arcobaleno" e la Rivista "Infermiere Oggi" sono consultabili full-text gratuitamente.

3. PROSPETTIVE PER IL FUTURO

I dati annuali, assieme a quelli valutati nella relazione triennale, testimoniano il raggiungimento di un importante obiettivo: il consolidamento del rapporto utenza-biblioteca.

Le innovazioni degli ultimi anni: l'ambiente confortevole, l'accesso al patrimonio bibliografico tradizionale ed elettronico, l'interazione amichevole e l'efficienza nel soddisfare le richieste dell'utenza, mostrano di essere state gradite ed apprezzate.

In una prospettiva generale il percorso da intraprendere è incrementare questo rapporto assecondando le caratteristiche dell'utenza: valorizzando, da un lato, le risorse più richieste dalla generalità, aumentando quindi la possibilità di consultazione, dall'altro, offrire degli strumenti didattici per avvicinarla all'uso delle risorse elettroniche, gli obiettivi

della programmazione sono quindi i seguenti:

Apertura della Biblioteca per due giornate di consultazione

La Biblioteca – Centro di documentazione a far data aprile 2006 sarà a disposizione degli iscritti, per la consultazione delle riviste e dei libri, oltre che il giovedì anche il martedì dalle ore 15.00 alle ore 18.00.

Il Consiglio Direttivo ha sentito la necessità di ampliare i giorni di consultazione della Biblioteca a seguito della crescente richiesta da parte dell'utenza, nell'intento di dare massimo accesso al patrimonio bibliografico specialistico posseduto..

Si ricorda che i cataloghi dei documenti (Libri, Riviste) presenti nella Biblioteca, oltre ad essere disponibili in sede in versione sia cartacea che elettronica, sono consultabili sul sito del Collegio in fondo alla pagina.

<http://www.ipasvi.roma.it/italiano/biblioteca/index.asp>

Nel catalogo libri la ricerca può essere effettuata per autore, per soggetto o per parte del titolo, in quello delle riviste deve invece essere inserito il titolo. La visione completa dei cataloghi è possibile lasciando la stringa di ricerca in bianco e premendo il tasto "invio".

Progetto di Indicizzazione delle Riviste Italiane



Commissione Relazione con gli iscritti, relazioni pubbliche e orientamento professionale



Il programma di lavoro per il 2006 ruota intorno ai cinque obiettivi strategici stabiliti dalla Commissione all'inizio del mandato:

**- Referenti del Collegio nei luoghi di lavoro
Modalità e strumenti di comunicazione con gli iscritti
(Rivista, televideo, sito internet, new letter, mail, list, cd interattivo, carta dei servizi ecc.)**

**Incontri con gli iscritti:
nelle realtà operative – nella sede del Collegio
Progetto promozione immagine dell'infermiere**

Il complesso progetto di indicizzazione delle riviste infermieristiche italiane, posto in essere dalla Commissione Biblioteca, Documentazione e Ricerca Bibliografica, contribuisce a valorizzare il patrimonio bibliografico nazionale, insostituibile per specifiche aree di ricerca legate alle esperienze nazionali e alla formazione di base degli studenti, è negli intenti uno strumento per la crescita culturale della professione infermieristica.

Dall'esperienza ormai decennale della biblioteca si evince l'urgente necessità di poter disporre di una banca dati in cui siano indicizzati gli articoli di selezionate riviste italiane di nursing per un'efficace e rapida ricerca bibliografica da parte di studenti e ricercatori, la commissione Biblioteca lavora da tempo per questo fine.

Il progetto, ad oggi, attraverso la collaborazione di professionalità diverse: informatiche, biblioteconomiche ed infermieristiche, ha superato diverse fasi operative; dal progetto di massima si è giunti alla definizione della struttura (record e campi) del database sul modello del Cinahl; si è scelto un software in stile web per l'interfaccia amichevole, di facile apprendimento, finalizzato all'accesso on line; aspetto non meno importante, si è verificata la sostenibilità economica del progetto stesso (indicizzazione annuale di un discreto numero di periodici), come è noto rispondere ai bisogni informativi con un'informazione di qualità, organizzata per interrogazioni avanzate, ha alti costi come dimostrato dagli accessi tariffati alle banche dati più note.

La Commissione Biblioteca per la programmazione triennale si pone ora come obiettivo prioritario la creazione del thesaurus-soggettario delle scienze infermieristiche, cruciale strumento di organizzazione gerarchica dei record all'interno della base dati e strumento primario per gli indicizzatori. La realizzazione del progetto è complessa, la struttura del thesaurus deve infatti riflettere la struttura scientifica della disciplina ed importante sarà riferirsi al Cinahl Subjects Headings che tuttavia non potrà essere meramente tradotto.

La redazione del thesaurus comporterà preliminarmente due fasi relative a contributi professionali distinti:

Fase 1: la fase iniziale prevede lo studio della struttura dell'indice del Cinahl da parte di un gruppo di lavoro costituito da esperti di scienze infermieristiche e biblioteconomiche (risorse professionali interne ed esterne al Collegio). Il gruppo dovrà inizialmente elaborare, mutandolo ed adattandolo alla peculiarità della cultura e tradizione infermieristica italiana, uno schema di indice che verrà definito come indice dei maggiori descrittori che possa essere, almeno in prima battuta, la struttura portante dello specifico sapere infermieristico e a cui far riferimento per la fase sperimentale dell'indicizzazione.

Fase 2: la seconda fase, prevede lo svolgimento di un corso didattico "L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche" indirizzato a tutti gli iscritti interessati. Il corso si articolerà, sinteticamente, come segue: introduzione all'indicizzazione e presentazione " dell'Indice dei Maggiori Descrittori " lettura del documento (unità informativa) e individuazione dei concetti trattati in modo primario, rappresentativi del documento stesso, eventualmente individuazione dei concetti trattati in modo secondario. individuazione del/i descrittore/i – soggetto all'interno dell'indice dei maggiori descrittori, costruzione della stringa e sua applicazione al documento.

Questa fase di sperimentazione didattica e di condivisione del progetto contribuirà, attraverso l'apporto di esperienze didattiche e professionali diverse, a definire aree semantiche "normalizzate" espressione della disciplina infermieristica e pienamente condivise dalla conoscenza dei potenziali utenti.

Fase 3: approfondimento della fase 1 con la costruzione definitiva dell'Indice complesso.

Corsi di Formazione "Metodologia e strumenti per la ricerca bibliografica"

La Commissione, visto il notevole interesse suscitato nelle edizioni precedenti, ritiene opportuno riproporre corsi di formazione sulla ricerca bibliografica finalizzati sia ai crediti formativi sia ad una formazione introduttiva per gli studenti universitari, evidentemente con monte ore e livello di approfondimento diversi. Gli obiettivi da perseguire sono i seguenti:

- fornire le conoscenze di base per un approccio sistematico alla bibliografia in quanto Scienza dell'Informazione, per il corretto uso degli strumenti bibliografici di repertori, banche dati nazionali e internazionali e per redigere in forma standardizzata una corretta ed esaustiva bibliografia di ricerca;
- sviluppare un atteggiamento di auto – apprendimento continuo attraverso la lettura di pubblicazioni specifiche alla professione;
- acquisire una capacità di ricerca bibliografica utilizzando fonti italiane e straniere avvalendosi di strumenti informatici e telematici.

COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE

La Commissione composta da Nicola Barbato, Francesca Premoselli, Gianfranco Del Ferraro, Maurizio Fiorda, Laura Sabatino.

Gli obiettivi a breve termine si prevedono:

Consulenza con l'avvocato del Collegio per individuare gli ambiti operativi rispetto alla libera professione;

Elaborazione di un questionario semi-strutturato costituito da circa 10 items, per instaurare un primo "aggancio" con i professionisti iscritti presso l'ENPAPI ed individuare le esigenze culturali e professionali degli stessi;

Acquisizione delle conoscenze rispetto al processo di accreditamento degli infermieri che esercitano la libera professione, delle cooperative, delle associazioni.

Ruolo della commissione

Osservatorio sulla "libero professione" attraverso:

Anagrafe degli iscritti che esercitano la libera professione, sia di coloro che svolgono attività in forma individuale che di coloro che esercitano in forma associata, viene aggiornata ogni sei mesi.

VIGILANZA

- a) Controllo iscrizione collegio IPASVI dei professionisti, sia per coloro che svolgono attività individuale che per coloro che svolgono attività in forma associata;*
- b) sulla pubblicità sanitaria*
- c) sul rispetto delle tariffe e concorrenza sleale*
- d) sull'esercizio esclusivo della professione*
- e) sul rispetto delle norme etiche e deontologiche*

CERTIFICAZIONE

- a) Verifica dell'iscrizione all'albo,*
- b) Verifica all'iscrizione dell'iscrizione alla Cassa di Previdenza*
- c) Concessione nulla osta alla pubblicità sanitaria validazione parcelle*

CONSULENZA

- a) Sul significato della libera professione*
- b) Sugli strumenti della libera professione –regolamento/tariffario*
- c) Consulenza tecnico-professionale*
- d) Valutare le possibilità legislative per lo svolgimento di attività intramoenia*

PROGETTI

Riattivazione della commissione attraverso:

- 1) lo studio di un "modello imprenditoriale" delle associazioni, delle cooperative o del professionista autonomo*
 - Modalità di accreditamento
 - Marchio di accreditamento
 - Procedure ISO
- 2) l'elaborazione di un questionario da inviare a tutti i professionisti per la raccolta di informazioni relative alle loro esigenze:*
- 3) l'organizzazione di incontri/giornate studio in relazione alle esigenze individuate dalla elaborazione dei questionari*

Commissione Documentazione, Biblioteca e Ricerca



In questo triennio appena iniziato la Commissione si pone obiettivi a medio e lungo termine cercando di far partecipare in tutte le ricerche più colleghi sia possibile delle varie realtà sanitarie di Roma e Provincia.

L'ultima riforma della professione sanitaria infermieristica

Note sulla legge 1 febbraio 2006, n. 43

Torniamo ancora una volta a parlare di professione sanitaria infermieristica. Lo spunto ci viene offerto dalla riforma operata dalla legge 1 febbraio 2006, n.43 (G.U. n.40 del 17 febbraio 2006) che rappresenta un importante traguardo normativo che contribuisce a creare un certo ordine sullo status giuridico dell'infermiere.

Secondo l'art.1, la professione sanitaria infermieristica è quella definita dalla L. 251/2000 i cui operatori(ossi gli infermieri)"svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva" (art.1, L. 251/2000) espletando le funzioni individuate dai profili professionali e dai codici deontologici.

Per capire i contenuti della autonomia e della responsabilità della professione è di fondamentale importanza leggere e conoscere il contenuto di questi documenti.

Mi permetto una breve digressione e ricordare a tutti coloro che seguono questa rubrica che il profilo professionale, il codice deontologico e le altre norme istituzionali della professione infermieristica sono pubblicati dal Collegio IPASVI di Roma in un piccolo volumetto distribuito gratuitamente agli iscritti che potranno venirlo a ritirare nei nostri uffici.

Tornando all'esame della riforma, l'art. 2 elenca i "requisiti" della professione infermieristica, ossia quegli elementi (costitutivi) senza uno dei quali non si è infermiere ossia non si acquista il relativo

"status" professionale.

Il primo requisito per l'esercizio della professione è il titolo abilitante che oggi è la laurea universitaria (salva, naturalmente, l'equipollenza sancita ex lege dall'art. 4 L. 42/99 – anch'essa contenuta nel libello di cui ho detto).

Sotto questo profilo non ci sono novità rilevanti nella nuova legge se non per un aspetto e cioè l'estensione della norma sull'obbligo del titolo anche al personale appartenente alla Polizia di Stato che svolge le mansioni di infermiere.

Questa norma sancisce la fine di una poderosa querelle tra il Collegio IPASVI di Roma e il Ministero dell'interno che, inopinatamente a nostro avviso, aveva bandito alcuni concorsi senza richiedere, tra i requisiti di ammissione, il possesso del titolo abilitante e l'obbligo di iscrizione.

Orbene, l'art. 2 stabilisce che "Per il personale addetto al settore sanitario della Polizia di Stato, alle medesime condizioni, il percorso formativo può essere svolto presso le stesse strutture della Polizia di Stato, individuate con Decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della salute, che garantisca la completezza del percorso formativo.

Insomma, nonostante la questione sia ancora all'esame del Consiglio di Stato sui vecchi casi, il legislatore ha ritenuto di accogliere l'orientamento del Collegio secondo cui il possesso del titolo abilitante l'iscrizione all'albo erano requisiti essenziali per svolgere la professione di infermiere.

L'obbligo di iscrizione all'albo è, ap-

punto, il secondo requisito essenziale per svolgere la professione infermieristica.

Ai sensi dell'art. 2, comma 3, "l'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante...salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge".

E' chiaro, quindi, che l'iscrizione all'albo professionale tenuto dal Collegio IPASVI è ormai una obbligazione giuridica che deriva direttamente dalla legge ed è estesa a chiunque, in possesso del titolo abilitante, eserciti la professione infermieristica a qualsiasi titolo e in qualsiasi modo.

La dizione, quindi, è talmente ampia che l'obbligo si estende sia ai liberi professionisti, sia ai lavoratori dipendenti pubblici e privati, al personale militare e della Polizia di Stato, ma anche a chi svolge la professione come volontario o in modo occasionale.

L'obbligo si estende, quindi, ai sensi dell'art. 15 – undicies, d.lgs. 502/92, anche a tutti i dipendenti degli ospedali e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico che operano nel Servizio Sanitario Nazionale, i quali hanno l'obbligo giuridico di adeguare il proprio ordinamento a quello italiano e che proprio per questo, ad esempio, possono chiedere il trasferimento in una struttura pubblica.

Anche in questo caso il legislatore ha recepito l'orientamento perseguito dal Collegio IPASVI di Roma che ha da sempre sostenuto l'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo professionale.

Ripercorrere, seppur per tratti essenziali, gli orientamenti che si contrapponevano sull'obbligatorietà o meno dell'iscrizione sarebbe ripetitivo e inutile.

Mi basta qui sottolineare come la riforma in esame dà un nuovo vigore ai Collegi e agli Ordini professionali come enti esponenziali degli interessi comuni della categoria e come enti che hanno un potere di controllo e di produzione di norme vincolanti nei confronti degli iscritti. Come già ebbi modo di rilevare, infatti, il codice deontologico (che è emanato dalla Federazione dei Collegi IPASVI) rappresenta un atto contenente un insieme di norme comportamentali che, ai sensi della L. 251/00 (vedi sopra), è vincolante per tutti coloro che esercitano la professione infermieristica.

In questo contesto si inserisce l'art. 4 della legge in commento che delega al Governo il compito di una serie di atti tra cui quello di trasformare (finalmente!) "i Collegi professionali esistenti in Ordini professionali".

AUTORI

Avv. Alessandro Cuggiani

in pillole

Lesioni cutanee, cellule in spray

Finora l'idea era rimasta confinata in qualche film di fantascienza, ma lo spray di cellule capaci di riparare la pelle è adesso una realtà che si sta sperimentando in Italia e in altri Paesi europei, sulla scia dei risultati positivi finora ottenuti in Australia,

dove la tecnica è stata messa a punto. I test italiani, presentati recentemente a Roma nel corso dell'ultimo congresso nazionale della Società Italiana di Medicina Estetica, sono in corso presso l'Università di Roma Tor Vergata, a Pisa e a Palermo.

Il Collegio incontra gli iscritti



Il lunedì ed il giovedì pomeriggio i consiglieri del Collegio sono presenti nella sede del Collegio per incontrare gli iscritti per avere confronti, chiarimenti, informazioni; per presentare proposte, iniziative, eventi da mettere in cantiere con il Collegio