

M infermiere oggi

Anno XVI - N. 1/2 - GENNAIO-MARZO 2007 - Tariffe 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



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 ottobre/dicembre 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 2007

Tiratura: 26.000 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 UNO SGUARDO ANTROPOLOGICO SULLA MALATTIA

di Andrea Fidanza, Adriano Fiorini,
Simona Lorè, Mario Rinaldi

7 Il coordinamento infermieristico tra leadership management

di A.M.L. Pulimeno, M. Sorrentino

15 Il Morso del Piranha

16 Todos caballeros negli ospedali

di Mario Pirani

17 Se l'infermiere va al potere in corsia

di Mario Pirani

18 Lettera aperta a Mario Pirani

19 Lettera aperta pubblicata sul Corriere della Sera

22 Relazione assemblea iscritti 2007

29 Il lavoro delle commissioni

47 Il "Registro delle ricerche" uno strumento per mappare la produzione scientifica degli infermieri al Collegio IPASVI di Milano-Lodi

di Paola Gobbi

58 RECENSIONE

L'Assistente sanitario
di Petronilla Pacetti e Rita Venditti

59 Gestione del team infermieristico: strumenti e metodologie

60 L'angolo de media

62 L'AVVOCATO DICE...

Il potere disciplinare nel rapporto
di lavoro infermieristico
di Alessandro Cuggiani

59 Infermieri in rete

Sotto tiro

di Gennaro Rocco

Di nuovo sotto tiro e con rinnovato vigore. Forse perché cresciuti troppo, tanto da far spavento. Fatto sta che sugli infermieri incombe un serrato attacco, l'ennesimo di una lunga serie. Ci attaccano su più fronti: in Parlamento, nelle Regioni, nelle Università, sui giornali. E con ogni mezzo, compresa qualche penna servizievole. In questa chiave, le sortite di un opinionista di rango come Mario Pirani ("Linea di confine" - "La Repubblica" 23/4/2007;) con l'articolo "Todos caballeros negli ospedali italiani" e successivi, hanno fatto... scuola. Anche perché la "linea di confine" l'ha superata abbondantemente con affermazioni e anatemi che lasciano allibiti, dannosi al Paese e al Servizio Sanitario. Come folgorato sulla via di Damasco, Pirani individua le cause dei mali della nostra sanità: gli infermieri e gli psicologi. I primi che, forti della crescita professionale e della formazione universitaria, osano addirittura *"costituire servizi autonomi con una propria gerarchia interna sottratta perfino alla Direzione Sanitaria ma facente capo direttamente alla Direzione Generale"*; e poi perché *"la formazione accademica è ottima cosa fino a che migliora la preparazione professionale, ma diventa aberrante se è intesa come leva per far saltare ogni principio di gerarchia e di responsabilità medica"*. Ecco il nocciolo della questione: la centralità della figura medica. Sempre quella. E gli infermieri? Quelli che oggi per esercitare la professione devono possedere un bagaglio di studio lungo almeno 16 anni e una laurea specifica che li rende responsabili dell'assi-



stenza generale alla persona? Beh, quelli è bene che abbassino la cresta.

Pirani volge la testa indietro e ripropone ciò che tutti pensavamo fosse superato dal tempo, dalla storia: la "baronia" della classe medica, la sua supremazia, lo jus del primo della classe. Nella nostra visione della sanità la gerarchia è

diversa, al suo vertice c'è il malato, i suoi bisogni, le sue necessità, le sue ansie e le sue preoccupazioni.

In una sanità moderna il lavoro da "solisti" non paga. Bisogna lavorare in équipe. La squadra, il team è la prima risposta alle discrasie del nostro Sistema Sanitario. Medici, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, tecnici, tutti devono lavorare in modo integrato, ognuno per la sua specificità, competenza, per il suo sapere, messi a disposizione di chi ha bisogno.

Viene da chiedersi: ma come si può ancora oggi confondere l'ambito delle competenze mediche con quelle degli infermieri e degli altri professionisti della salute? Com'è possibile ignorare che la diagnosi medica è cosa ben distinta da quella infermieristica, che una cosa è prescrivere farmaci e altro è garantirne la corretta somministrazione, che una cosa è la cura medica e altro l'assistenza infermieristica?

Eppure, anche in chi interviene pubblicamente con tono autorevole sui mali della sanità italiana, prevalgono strane amnesie. Si dimentica che sono gli infermieri ad assistere la persona 24 ore al giorno, per gran parte del tempo da soli, senza alcuno che li "sorvegli" o che comandi loro che cosa e come

“va fatto”; che sono sempre loro a garantire il funzionamento di reparti e servizi nonostante il poco invidiabile record del più basso numero di infermieri (in Italia 5,9 infermieri per 1000 abitanti, il doppio in Germania e Irlanda, addirittura il triplo nei Paesi scandinavi). Per non dire di un altro record: quello dell'unico Paese al mondo in cui il numero dei medici supera quello degli infermieri (oltre 360.000 i medici, poco più di 340.000 gli infermieri).

Di tutto ciò in certe analisi non v'è traccia. Nessun segno neppure dell'abnegazione e della responsabilità con cui, ogni giorno, questi professionisti tirano la volata alla sanità nazionale e ne fanno, nonostante i mali, una delle migliori al mondo. E altro non si dice: della battaglia in corso sulla Legge 43, di quanto accade in molte Regioni sulla questione della Dirigenza Infermieristica, dell'orientamento di chiusura sulle rivendicazioni contrattuali degli infermieri, sugli affondi ancora una volta egemonici come quello dell'“atto medico” che tanto allarme sta suscitando a Bruxelles. Né si dà conto delle vicende e dei retroscena legati ai concorsi universitari per ricercatori e per altre posizioni.

Finora, all'enorme investimento in formazione e professionalità che gli infermieri italiani hanno sostenuto ha corrisposto soprattutto un aumento di responsabilità e di oneri. Anche vantaggi certo, ma pochi rispetto a quelli che sarebbe stato legittimo attendersi.

Non mancano invece offensive di chi teme di perdere privilegi antichi quanto obsoleti, quelli che spostano dal centro della sanità il suo vero obiettivo: il cittadino.

Una strategia infruttuosa che non conviene a nessuno. E poi è profondamente ingiusta. Gli infermieri non meritano tanta acredine; aggressioni così gravi e ingenerose sono ingiustificabili. Migliaia di infermieri si iscrivono e frequentano ogni anno Master di specializzazione, di organizzazione e di management, laurea specialistica, dottorati di ricerca. Lo fanno con passione e perché vogliono crescere, nonostante le ancora scarse opportunità di carriera e gli stipendi incredibilmente sottostimati rispetto al ruolo e alle responsabilità. Che cosa accadrebbe se gli infermieri mettessero in atto azioni di protesta forti? Chi e come garantirebbe i servizi?

Se gli infermieri italiani sono arrivati al punto in cui sono oggi è perché hanno saputo mettersi in gioco, hanno investito più di ogni altra categoria su formazione, cultura e preparazione specialistica. Lo hanno fatto grazie a una straordinaria caparbia, spesso contro tutto e contro tutti. La stessa determinazione che non li abbandona oggi, neanche se sono sotto tiro.

Sarà pure un destino arduo, ma se ci ha portati fino a qui va bene lo stesso.

Gennaro Rocco
(A pag. 15 il resoconto degli articoli e delle risposte del Collegio IPASVI di Roma)

in pillole

Epidurale, un Ddl per le partorienti

Le neomamme la chiedono con insistenza, ma in Italia l'anestesia epidurale segna ancora il passo. Questa tecnica viene infatti utilizzata solo per il 3,7% delle partorienti italiane, mentre in Francia e in Gran Bretagna la percentuale sale fino al 50%. I dati sono stati presentati a Pordenone nel corso di un recente convegno sul tema dal Ciao (Club italiano

anestesisti ostetrici). Un passo avanti in tal senso lo ha compiuto il Consiglio dei ministri approvando un Disegno di legge dal titolo: “La tutela dei diritti della partorienti, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato”. Uno dei principali obiettivi del Ddl è promuovere il parto indolore, inserendo l'analgesia epidurale tra i livelli essenziali di assistenza, in modo da ridurre il ricorso ai cesarei che, secondo gli ultimi dati ufficiali, in Italia, dal 1998 al 2000, sono passati dal 31,4% al 33,4%.

Uno sguardo antropologico sulla malattia

di Andrea Fidanza, Adriano Fiorini, Simona Lorè, Mario Rinaldi

Il contatto con realtà culturali diverse dalle nostre, quali sono oggi quelle che portano i flussi migratori, rende necessario anche per l'operatore sanitario confrontarsi con modi diversi di concepire il mondo e quindi anche il mondo legato all'ambiente ospedaliero ed all'idea di malattia ed ai comportamenti ad esso legati. Dovremo quindi interiorizzare nel nostro bagaglio di operatori punti di vista diversi su concetti che oggi non possono non essere ridiscussi. Riteniamo necessarie alcune riflessioni.

La malattia ha avuto ed ha tutt'ora una connotazione particolare all'interno delle società, per la sua caratteristica di elemento capace di mettere in crisi la presenza, e la certezza di esserci nel mondo, per questo la sua genesi, il suo trattamento, la sua gestione sono appannaggio di saperi particolari.

Non è lontano dalla realtà inserire la distinzione tra i concetti di puro e impuro, in quanto il nostro mondo occidentale è comunque figlio dell'eredità indoeuropea. E' proprio all'interno di questa cultura che la purezza ha deciso le gerarchie sociali per secoli. Nella società indiana la gerarchizzazione castale si basava su una distinzione di purezza legata ai comportamenti, ai mestieri, che essendo poco mobili si legavano alla nascita, nel senso che ad ogni casta corrispondeva in linea di massima una professione; più la professione, che connotava le attività personali, portava a contatto con materiale impuro, più il livello della

casta era basso. Chiaramente anche la persona stessa che stava a contatto con qualcosa di impuro era veicolo d'impurità.

La manipolazione dei corpi era quindi problematica, vedi l'idea di intoccabilità, ma anche lo stare a contatto con qualcosa di non puro: i liquidi biologici specie quelli di scarto hanno una connotazione di massima impurità. C'è una sola eccezione: il medico, di solito di casta bramini è l'unico che per il suo status di bramino, la casta sacerdotale, in aggiunta alla sua connotazione di operatore specializzato può toccare, manipolare, entrare in contatto, senza contaminarsi.

Il malato è un potenziale veicolo d'impurità ed è fondamentalmente cosa "altra", perché assume uno status diverso dal normale e quindi vive in maniera separata, tutt'oggi il malato sta in ospedale, cioè in un luogo altro riservato a tutti quelli che ricadono in una determinata situazione: la malattia.

Il malato nel corso degli anni ha assunto altre connotazioni, prima terrifiche per il timore di contagio, questo è avvenuto soprattutto nel periodo delle grandi epidemie, poi in età moderna, ha subito una sua evoluzione fino a divenire utente/cliente, ma non ha mai raggiunto uno status di parità sociale. La malattia rende "Altri".

Inoltre c'è un sotterraneo concetto di punizione che mai palesato, sottintende all'idea della predestinazione: il male c'è come conseguenza della volontà della di-

vinità. I templi o i locali a loro annessi furono i primi esempi d'ospedali. Tornando alla nostra distinzione se il malato è altro lo è in quanto emblema presente della crisi della presenza e oggetto/corpo da manipolare ma anche da evitare. Il malato stesso perde il suo status e deve accettare di essere manipolato "a fin di bene", ma chi può manipolare? Chi ne ha facoltà? L'operatore specializzato. In occidente questo è il personale sanitario che risulta quindi culturalmente autorizzato: ad infrangere delle regole di riservatezza, ad invadere aree personali non normalmente valicabili. Però facciamo attenzione anche l'operatore viene connotato per questa promiscuità con il malato, con l'altro, con l'impuro e quindi tranne il medico di cui abbiamo già detto è probabile che gli altri operatori possano da una parte essere socialmente autorizzati a qualcosa di speciale ma allo stesso tempo rischiano di essere associati e degradati a manipolatori dell'impuro.

Il corpo quindi non è solo oggetto ma veicolo di uno status e su questo aspetto dovremmo inserire un più ampio ragionamento sulla sua valenza e sulla valenza della malattia e della cura in un più ampio orizzonte.

Il corpo ha una valenza culturale centrale in molte culture e la manipolazione del corpo è modo e forma d'espressione, au-

toespressione e manifestazione del sociale.

Il corpo si forma, si modella, si costruisce, non solo nella forma estetica, ma anche in quella sociale, le modificazioni del corpo sottolineano i passaggi di età, di status e mostrano noi stessi.

I canoni stessi di bellezza cambiano e risultano culturalmente indotti, secondo le necessità le idee e le motivazioni delle società che li elaborano, il classico esempio del pavone, che mostra la sua coda per richiamare l'attenzione su di se della femmina è un modo per mostrare quanto siamo sani e idonei alla riproduzione ed è una tecnica di utilizzo del corpo.

L'associazione sano bello è peculiare, può cambiare l'idea di bello, ma i due concetti sono di solito indissolubili. Per mostrare il corpo, non solo a scopo riproduttivo, ci sono vari modi definiti in maniera non inappropriata tecniche. Le concezioni riguardo alla manipolazione del corpo sono relative ai percorsi culturali di ogni gruppo. Una profonda differenza la troviamo tra l'occidente e molte culture d'interesse etnologico. Il contatto con popolazioni che normalmente eseguivano manipolazioni del corpo atte a modificarne l'aspetto, furono contatti traumatici. In realtà molte di queste culture proprio perché culturalmente indotti a credere nella

in pillole

Antiacidi, italiani da record

Le tasche degli italiani sono piene di pillole antiacido. E questa la fotografia che emerge da uno studio italiano che ha coinvolto diverse università e che evidenzia come le cattive abitudini alimentari, l'ansia e lo stress spingano circa un terzo della popolazione nazionale a fare un uso spesso eccessivo degli antiacidi. La ricerca, pubblicata sulla rivista "Dimagrire", è stata condotta su oltre mille italiani fra i 20 e i 60 anni. Il 41% degli intervistati ha affermato di soffrire frequentemente di disturbi digestivi, contro un 25% che dice di soffrirne raramente o mai. Tra i sinto-

mi più diffusi, l'acidità di stomaco (64%), il senso di pesantezza (57%), l'alito pesante (52%), il mal di testa (48%) e la sonnolenza (41%). Inoltre, per il 27% degli intervistati questi disturbi crescono quando si mangia fuori o si è nervosi (24%). La ricerca traccia inoltre l'identikit degli antiacido-dipendenti: generalmente maschi, età media sui 40 anni, manager o liberi professionisti che di fronte ai disturbi collegati alla cattiva digestione non esitano a ricorrere al farmaco (31%). I veri dipendenti (un caso su due) non escono mai di casa senza digestivo. E anche il bicarbonato occupa un posto di rilievo nella classifica dei "dipendenti" con il 26%, mentre il 17% di questi preferisce consumare una limonata calda.

umanizzazione del corpo, figlio di uno stato di natura, lo modificavano per distinguersi dagli animali che questa capacità non avevano. Il corpo poi in molte culture ha una sacralità o almeno un'aurea d'intoccabilità, specie quello della donna. Il controllo sulla produttrice di prodotti passa anche dall'inaccessibilità del suo corpo e dall'ingabbiamento della sua socialità. Quando le società si svilupparono in maniera legata ai concetti di proprietà, di trasmissibilità delle risorse da una generazione all'altra, la certezza della discendenza diveniva cruciale. Quindi la creazione culturale di tabù e di ritualità rispetto alla parte di socialità che riguarda i rapporti tra i sessi coinvolge anche la corporeità.

Per tornare però alla linea di partenza il legame tra salute bellezza esposizione e manipolazione dei corpi riporta alle considerazioni sul corpo malato.

Il corpo malato è al contrario di quanto detto fin'ora da nascondere da non mostrare in quanto palese dimostrazione di debolezza, proprio perché non mostra salute, ma esteriorizza in pubblico la crisi della presenza la già citata messa in discussione dell'esserci nel mondo ma oggi ancora di più anche l'esserci in bilico ponte tra due status.

L'autopercezione stessa del soggetto riguardo al proprio corpo cambia, la dicotomia corpo / mente nello stato di malattia si accentua; il corpo, cosa altra, limita non consente la vita normale che la mente vorrebbe avere, si separa la cartesiane concezione tra *res cogitans* e *res extensa*, trovando terreno fertilissimo nelle concezioni cristiane e non solo.

Le idee di mortificazione della carne e in genere del mondo materiale è trasversale a molte filosofie e questo stravolge i concetti perché in questo caso il corpo mortificato deve essere esposto e mostrato proprio perché prova della negazione della materialità.

La centralità del corpo, al di là dell'idea che ne sottende la gestione, rimane peculiare in tutte le culture e quindi la gestione stessa dello status di malattia assume tramite esso caratteristiche peculiari e distintive.

Nella visione occidentale legata alla biomedicina l'idea di salute non comprende

in modo totalizzante la realtà dell'individuo.

Si evidenzia la realtà dell'organo, il rapporto tra causa ed effetto un legame tra agente e corpo ma la totalità olistica dell'unione corpo mente è ancora lontana, la ricongiunzione della separazione cartesiana tra *res cogitans* e *res extensa* lungi dall'essere ricomposta.

In realtà non sarebbe neanche sufficiente per una visione completa dell'individuo perché è indispensabile aggiungere il contesto ambientale e culturale che insiste sulla singolarità dell'individuo.

L'idea di salute è tutt'altro che univoca, noi ci rifacciamo alla definizione dell'OMS ma essa è un a sintesi che solo nelle ultime revisioni ha inserito il lato psico- sociale della vita come elemento fondante e peculiare della salute stessa.

Anche questo, in fondo come ogni elemento, ha una determinazione culturale non possiamo non considerare l'esistenza delle "culture bound sindrome" cioè di quelle patologie o meglio sindromi culturalmente ordinate. Esempi sono sicuramente i comportamenti socialmente devianti delle donne del corno d'afrika, o la più vicina Taranta. In effetti, si crea una sintomatologia che giustifichi un comportamento non consono con gli standard culturali delle società d'appartenenza e, di fatto, quindi la malattia assume un ruolo sociale rilevante che, però ha una sintomatologia chiara e anche clinicamente rilevante ma con un'eziologia non riferibile al campo della biomedicina ma a quello del comportamento culturale.

Di contro anche l'idea stessa della salute è dipendente dalla concezione culturale, in alcune realtà l'unità del tutto, il mondo reale e quello soprannaturale, l'uomo e il divino, sono concepiti in una giustapposizione una discrasia tra i due mette in crisi la realtà del singolo e alcune volte anche della società in cui vive quindi prima della malattia è necessario come cura ristabilire l'ordine tra le parti del tutto.

Questo concetto ha portato anche un'evoluzione nelle società d'interesse etnologico, là dove abbiamo un contatto con gli occidentali si è cominciato ad avere una differenziazione nell'utilizzo degli

operatori, prima si consulta l'operatore tradizionale che ha il potere della conoscenza è colui che è capace di sapere il perché della problematica e di rimettere ordine nell'ordine cosmico, poi si può anche andare dal medico occidentale che risolve il problema materialmente. Altra differenza è la malattia da medico dei bianchi e la malattia da operatore tradizionale. Queste differenze sono state notate dagli etnologi nelle ricerche sul campo.

PROVA

Concetti distanti, dal punto di vista occidentale ma non moltissimo se ci interessiamo a qualcosa che è dietro la malattia. Le cause sociali concorrono alla nascita di patologie anche nel ricco occidente, oggi si parla di patologie della povertà, non è distante quindi dal dire che l'incrinare un ordine sociale costituito rischia di produrre malattia, perché limita per esempio l'accesso alle risorse, abbassa gli standard igienici etc. Lo stress, la grande malattia del secolo, non è forse un

disagio psico-fisico-sociale che altera l'equilibrio dell'uomo? E la necessità non è forse la ricomposizione di questo disagio?

La considerazione ultima può essere l'esistenza di tanti e diversi concetti di malattia e di tanti e diversi modi di viverla, le diversità nel modo di vivere il male dipendono dalla cultura e dal contesto nel quale si sviluppa l'approccio all'"altro" non può non tenere conto di queste diversità e del senso che al male ogni cultura impone.

Aprirsi a queste diversità è quasi indispensabile per ripensarci come operatori in un mondo in continua evoluzione.

AUTORI

Andrea Fidanza
Infermiere, Dottore in Lettere
Adriano Fiorini
Infermiere Coordinatore
Simona Lorè
Infermiere, Dottore in Lettere
Mario Rinaldi
Infermiere Coordinatore
A2 OS P.S. Camillo Forlanini - Roma

bibliografia

Louis Dumont "Homo Hierarchicus"
Ed. Adelphi
Mary Douglas "Purezza e pericolo"
Ed. Il Mulino
Giovanni Pizzi "Antropologia
Medica" Ed. Carocci
Dulio F. Manara "Infermieristica Inter-
culturale" Ed. Carocci Faber
V. Lanternari-M. Ciminelli "Magia Me-
dicina Religione Valori Vol I-II" Ed. Li-
guori

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO TRA LEADERSHIP MANAGEMENT

A.M.L. Pulimeno, M. Sorrentino

ABSTRACT

Conoscenza, comportamenti, stili di lavoro che fino a ieri erano adeguati alle diverse necessità professionali, oggi, risultano carenti; non basta esercitare un prestigio scientifico o clinico per coordinare e gestire i conflitti all'interno di Unità Operative; per far sì che i processi si realizzino in modo adeguato e per raggiungere l'eccellenza serve cultura manageriale.

L'iniziale opposizione all'innovazione definita come "resistenza al cambiamento" non ha portato all'arresto del cambiamento stesso; quando il "mondo cambia" conviene stare al suo passo e acquisire nuove conoscenze, magari anticipare le innovazioni con visioni che puntano all'eccellenza ed al prestigio professionale. Partendo dall'assunzione che le organizzazioni sanitarie sono CAS (Complex Adaptive System), vengono date indicazioni utili a creare un clima salubre ossia *un ambiente di lavoro che massimizza la salute intesa come benessere degli infermieri, la qualità dei risultati per il paziente/utente, le prestazioni organizzative ed i risultati sociali*; Come il coordinatore "muove i suoi passi" all'interno dell'organizzazione sanitaria e, dall'analisi di un test, se il suo stile di leadership (teoria della leadership situazionale) è appropriato al gruppo.

La ricerca bibliografica è stata condotta utilizzando parole chiave quali: complessità sanità, caos, orlo del caos, teoria delle reti, coordinatore infermieristico, leadership, management. Sono stati esaminati tutti gli articoli reperiti negli ultimi dieci anni, pubblicati sia su riviste indicizzate che non, di interesse infermieristico. Sono stati altresì esaminati testi non prettamente dedicati alle Scienze Infermieristiche per avere una visione più completa degli argomenti.

Parole chiave: Complessità, caos, teoria delle reti, coordinatore infermieristico, leadership, management

INTRODUZIONE

" E proprio mentre si accumula sempre maggiore conoscenza che ci si accorge degli abissi dell'ignoranza"

I professionisti che operano all'interno di un'Organizzazione Sanitaria sono altamente specializzati, godono di ampia autonomia, si confrontano ogni giorno con valori e scelte etiche e sono responsabili verso i pazienti per i risultati; risultati difficili da definire e misurare.

Ogni Organizzazione ha un suo obiettivo, un suo processo decisionale e le risorse per attuare il processo stesso.

Le componenti di un sistema organizzativo interagiscono tra loro, si trasmettono a tutto il sistema, interagiscono con altri sistemi e l'ambiente esterno.

Allo stesso modo le Organizzazioni Sanitarie ricevono continui input dal mondo esterno, questi vengono elaborati e producono delle risposte (output) e dei risultati (outcome) che, a loro volta, cambieranno il contesto sociale in cui l'organizzazione opera e muteranno nuovamente gli input.

Per sistema si intende un insieme di parti o elementi in relazione tra loro; la parola insieme implica che gli elementi hanno proprietà comuni.

All'interno del sistema o Organizzazione Sanitaria avvengono innumerevoli azioni connesse tra loro; le connessioni sono numerose e "potenti", una vasta rete non lineare, ogni azione influenza il sistema nel suo complesso e le sue parti, che pur avendo proprietà comuni sono diverse tra loro. Il sistema è influenzato dal caso e dal disordine che ha parte attiva all'interno del sistema stesso; da agitazione, turbolenza e disordine possono nascere fenomeni ordinati.

Così descritto possiamo parlare di sistema complesso che è diverso dal sistema complicato.

I sistemi complessi si posizionano in uno stato vitale tra ordine e disordine, in parte statico ed in parte caotico in un delicato equilibrio "sull'orlo del caos" dove, *un gran numero di piccole perturbazioni e un piccolo numero di grandi perturbazioni, mediante distruzione, genero discontinuità, creazione, innovazione.*³ Troppo ordine causa morte per fossilizzazione, troppo disordine causa morte per disintegrazione.

L'intero non è uguale alla somma delle parti (se così fosse parleremo di sistema lineare); l'Organizzazione Sanitaria è qualcosa di più e può essere qualcosa di meno; il meno è riferito ai vincoli che il sistema ha, vincoli legati alla legislazione, all'economia, etici che, pur essendo necessari alla sua stessa vita, vanno a reprimere potenzialità.

Il più della somma delle parti è riferito all'interazione degli elementi che portano alla nascita di "qualità", non deducibili logicamente.

Si può definire quindi che le organizzazioni sono complesse poiché hanno le seguenti caratteristiche:

- *Accentrate* funzionano attraverso interazioni spontanee fra gruppi ed individui;
- *Policentriche* hanno "punti" decentrati che organizzano e controllano;
- *Centrali* possiedono un centro decisionale di comando.

Il "sistema salute" non può essere valutato con una visione "riduzionalistica" (comprendere il tutto valutando la qualità delle parti) o "olistica" (ignorare le parti per comprendere il tutto) la sua valutazione va fatta prendendo in esame contemporaneamente il tutto e le parti, le parti e il tutto.

Il prodotto offerto agli utenti di una Organizzazione Sanitaria è la "salute", lo stesso bene è necessario per la sopravvivenza e per il proseguo del ciclo produttivo all'organizzazione stessa.

La causa genera l'effetto che, a sua volta, retroagisce sulla causa in una relazione circolare che si auto-alimenta.

Ne deriva:

- Un *processo sociale* ad anello chiuso il cui prodotto ritorna in maniera casuale all'organizzazione che lo produce (*principio ricorsivo*).
- Un *sistema aperto e chiuso* aperto al mondo esterno, chiuso per mantenere la propria autonomia.

I sistemi complessi sono anche adattivi (CAS) in grado di elaborare informazioni, adattarsi al mondo che li circonda e valutare se l'adattamento sia utile o meno.

È proprio l'adattamento a rendere il siste-

ma dinamico, piccoli cambiamenti possono causare conseguenze non immaginabili.

Nell' Organizzazione Sanitaria meccanismi di cooperazione e competizione interna ed esterna, flessibilità, innovazione e crescita creano "evoluzione".

L'organizzazione si "auto-organizza" per gestire la complessità sostenendo la nascita e la crescita di reti dinamiche interne ed esterne dove i nodi sono costituiti dall'intelligenza delle singole persone, le connessioni sono le interazioni anche informali tra le stesse, l'esterno è composto da tutti gli attori potenzialmente rilevanti.

Nel dicembre del 1979 il fisico Edward Lorenz alla conferenza dell'American Association for the Advancement of Science presentò una relazione sul cosiddetto butterfly effect.

È impossibile prevedere l'effetto di un'azione data la grande sensibilità del sistema, una piccola azione o errore può crescere in maniera esponenziale nel tempo producendo risultati inaspettati. L'effetto farfalla sottolinea come elementi apparentemente non significativi sono in grado, interagendo tra loro, di propagarsi ed amplificarsi sino ad avere in un altro punto del sistema effetti catastrofici.

Il funzionamento di un'organizzazione non si può schematizzare su carta; l'organigramma può aiutarci a capire quali sono i centri di comando e quali gli operativi, ma nulla ci dice sulla rete di collegamenti ufficiali e non, che sono la linfa vitale dell'organizzazione stessa.

In condizioni di complessità, l'unico modo per apprendere è quello di procedere per tentativi, l'apprendimento non deriva dallo studio dei casi noti ma dall'azione pratica in prima persona all'interno della complessità.

Controllare i sistemi complessi implica strategia e flessibilità, condivisione dei valori e degli obiettivi, e soprattutto saper cogliere l'attimo.

Secondo Sun Tzu, l'arte della guerra implica strategia poiché si deve tener presente l'incertezza della mossa del nemico ma anche ciò che il nemico pensa sia la nostra mossa. Strategia vuol dire saper utilizzare le informazioni, metterle insieme e formulare degli schemi di azione che nel nostro caso possono essere identificati come obiettivi; bisogna "saper guidare", il comando non basta.

ESSERE COORDINATORE, MANAGER E LEADER NELLA COMPLESSITÀ

L'infermieristica ha bisogno di leader forti, coerenti e accorti, che siano visibili, ispirino gli altri e sostengano una pratica infermie-

*ristica professionale.*⁴ Queste sono le parole di inizio di un documento pubblicato nel 2002 dall'associazione di infermieri canadesi; di seguito vengono individuate le caratteristiche che un leader-infermiere deve possedere: professionista esperto che sia guida per il personale meno esperto, promotore di un'assistenza di qualità, del cambiamento e della crescita professionale. Un interessante sunto delle abilità che deve possedere un coordinatore/leader è stato riportato in una tabella pubblicata sulla rivista management infermieristico (fig. 1) ma, poco si deduce su come il coordinatore muove i suoi passi all'interno della complessità.

Abilità tecnico-professionale	Abilità umane	Abilità concettuali
Capacità di usare conoscenze, metodi e strumenti per: - orientare il gruppo allo svolgimento di un'adeguata assistenza infermieristica di natura tecnica, relazionale e educativa; - garantire, per quanto possibile, le risorse necessarie a tale scopo. Si acquisisce con la formazione e l'esperienza.	Capacità di lavorare con persone (infermieri e altri operatori), cioè di: - comunicare, - motivare, - operare in gruppo, - dare l'esempio, - delegare. Si acquisisce con una formazione specifica e con l'esperienza.	Capacità di analizzare la propria unità organizzativa e il posto che occupa nel sistema azienda, in poi: - dare un significato alle situazioni, - elaborare la visione, - emanare direttive, - delegare. Si acquisisce con una formazione specifica e con l'esperienza.

figura 1: abilità richieste al coordinatore leader.

Egli deve suscitare nel gruppo l'aspirazione a migliorare ma, deve anche saper prendere questa aspirazione dal gruppo promuovendo azioni che puntino all'eccellenza della qualità dell'assistenza infermieristica erogata; deve saper porre obiettivi ambiziosi, raggiungibili e condivisi; rivedere i processi e migliorare la qualità insieme al team; ottimizzare le procedure; potenziare le dinamiche interpersonali.

Cogliere ed avere visioni nuove non è qualcosa di astratto, ma può essere inteso come il promuovere un'assistenza basata sulla centralità della persona e non sui "compiti" e sulla routine; motivare il gruppo, prestare ascolto ed essere attento ad anticipare problemi e difficoltà, istaurare un clima di fiducia nel gruppo e verso tutto ciò che l'organizzazione rappresenta, saper gestire i conflitti, essere professionista esperto, non aver paura dei cambiamenti ma cavalcare l'onda dell'innovazione. Far sì che le visioni di un singolo diventino "patrimonio" di tutti attraverso la tecnica della narrazione.

Nella complessità si deve attuare un processo che miri al costante miglioramento (non vi è stabilità ma imprevisti); questo implica un percorso di ricerca in cui ha la sua importanza l'intuizione che, a sua volta, genera prospettive nuove. La diversità di idee è una ricchezza, fonte di innovazione. Secondo la visione classica il manager, nel nostro caso il coordinatore, deve trovare le risposte ai problemi (problem solving) mentre nella complessità egli deve avere la capacità di riformulare il problema secondo punti di vista diversi (problem setting) pre-

stando attenzione più alle domande che alle risposte, evitando conclusioni affrettate.

*La leadership è una responsabilità condivisa, necessaria a tutti i livelli e in tutti i campi dell'attività professionale. Se tale diventa nella realtà, si possono costituire reti di professionisti, impegnati in ambiti di attività anche molto diversi, che uniscono le loro forze per ottenere che l'organizzazione fornisca prestazioni di eccellenza.*⁵

Le nuove organizzazioni cercano elasticità mettendo in evidenza le possibili opzioni ad un problema; l'assunto è che il futuro è imprevedibile. *Quando il futuro è come il passato, ha senso organizzare attraverso la routine. Ma quando sfere rotonde, inaspettate armonie e caleidoscopici cambiamenti tecnologici sono all'ordine del giorno è necessario attuare una strategia per la complessità.*⁶

Precisazione doverosa è che il modello classico di gestione si compensa con il modello della complessità: l'uno non esclude l'altro (yin e yang) ma, a seconda delle circostanze bisogna "mettere in campo" tutte le nostre conoscenze per *gestire il presente immaginando il futuro*⁷.

Il coordinatore leader/manager come Road Runner deve essere in grado di *anticipare gli eventi, annusa l'aria e intuisce le tendenze prossime venture, (...) pensa e vive in modo strategico; fa parte della sua essenza, non è un processo esterno su cui impegnare tempo e risorse, che genera ritardi (...) oggi il costo dei ritardi supera il costo degli sbagli. (...) La creatività è una delle abilità di base insieme all'immaginazione e alla non prevedibilità. Propenso al rischio pianifica in modo istantaneo(...)*⁸

VISIONE E NARRAZIONE

La narrazione è lo strumento per superare alcuni ostacoli che il coordinatore si trova ad affrontare ogni giorno, punta a migliorare i rapporti personali, innescare e guidare i cambiamenti nell'organizzazione, infondere nuova linfa e dare forza in chi ascolta (empowerment), ma non è l'unico strumento. La narrazione unita all'approccio analitico portano chi ascolta "dentro" l'idea rendendola più comprensibile e, di conseguenza, la comunicazione diviene più efficace.

Poco inclini alla schematizzazione delle idee ma, pur di dimostrare che non si parla di utopie, si riportano i nove "passi" della narrazione tratti dal libro Scoiattoli SpA di Stephen Denning ossia : come creare una storia per far sì che la visione del leader sia condivisa da tutti:

1. aver ben chiaro l'obiettivo da raggiun-

- gere o il cambiamento che si intende realizzare;
2. pensare ad un episodio che porti in se il cambiamento che si intende realizzare;
 3. fare in modo che l'episodio narrato abbia tratti in comune con le persone che ascoltano;
 4. deve avere una collocazione spazio/tempo;
 5. far emergere dalla narrazione l'idea del cambiamento;
 6. far emergere le conseguenze di un non - cambiamento;
 7. eliminare i dettagli superflui poichè distolgono l'attenzione di chi ascolta;
 8. fare in modo che la storia abbia un lieto fine mettendo in evidenza i vantaggi e non i problemi che devono essere risolti (non è detto che ci siano problemi e soprattutto, in tempi di complessità, non si possono prevenire; il problema si risolve quando ci accorgiamo della sua esistenza; fasciarsi la testa prima di cadere crea tensione, timore e fuga!);
 9. trovare un legame tra la storia e l'idea innovativa.

In chi ascolta una "storia trampolino" crea i presupposti per percepire il cambiamento come qualcosa di già avvenuto pur essendo ancora da attuare; idee e azioni necessarie sono chiare e alla portata di tutti, l'idea del singolo diventa l'idea del gruppo. La storia è solo un pretesto per attrarre l'attenzione; parlare dei problemi che ci sono, porta, chi ascolta, a trovare le possibili soluzioni. *Il cambiamento non è mai ordinato, l'azienda troppo ordinata è già morta per metà (...) la parte viva di un'organizzazione è disordinata. È un fiume di narrazioni informali. Scorre impetuoso come le rapide. È dinamico e pieno di vita. Se vuoi interagire con un'organizzazione, devi immergerti in quel fiume, devi nuotare in esso ed assieme ad esso.*⁹

Se sembra assurdo raccontare una storia in un mondo complesso e tecnologico chiediamoci perchè a distanza di secoli i capi religiosi ancora usano le parabole per trasmettere dei valori, nella tradizione cristiana la parabola racconta di storie di vita quotidiana in cui è inserito un evento "inaspettato", tutti abbiamo ascoltato delle storie e ne abbiamo ricavato dei "valori"; il senso delle cose che accadono, l'importante e non perdere di vista lo scopo che si vuole raggiungere. Non va dimenticato che le azioni hanno più peso delle parole per cui si deve agire, sempre in coerenza con i valori "predicati". La conoscenza di ogni persona si basa sulla ricerca e sull'esperienza; fare in modo che ricerca ed esperienze siano patrimonio del gruppo è un dovere del leader e, anche in questo la narrazione ci viene in aiuto. Parlare dei problemi (contesto), del modo in cui sono stati risolti o non risolti (soluzio-

ne), spiegare il perchè sono stati affrontati in un determinato modo o, non affrontati (spiegazione) illustrando l'effetto delle decisioni prese, hanno come risultato la condivisione della conoscenza; ammettere l'errore e parlarne è sempre difficile ma dall'analisi dell'errore si impara a valutare meglio il contesto che ci circonda, dare importanza a dati che prima erano sfuggiti alla nostra osservazione o sottovalutati, prendere in considerazione nuovi punti di vista, creare un circolo di lavoro la cui caratteristica è l'alternanza di azioni e riflessioni. *Un leader non si vergogna di riconoscere gli errori e le difficoltà; l'unica cosa di cui si dovrebbe vergognare è di non fare niente di concreto per superare i problemi*¹⁰.

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO: LEADER O MANAGER

Obiettivo dello studio è valutare la percezione di leadership su un campione di coordinatori infermieristici (caposala) ed in particolare:

- capire quale stile di leadership è adottato dal coordinatore e quale la sua percezione del gruppo;
 - se il suo stile di conduzione è più orientato alle teorie manageriali o della leadership;
 - quale la sua "percezione" dei vertici aziendali.
- E' stato predisposto un questionario a risposta chiusa suddiviso in quattro parti:
1. rilevazione dei dati anagrafici
 2. percezione della leadership situazionale
 3. stile di conduzione manager/leader
 4. "percezione" dei vertici aziendali

Il campione è rappresentato da coordinatori del Policlinico Umberto I di Roma (dipartimenti di pediatria, cardiologia, ORL, Urologia) e dell'ospedale "S. Rocco" Sessa Aurunca ASL CE/2. Il campione così suddiviso è rappresentativo di due contesti diversi: piccolo ospedale e Policlinico Universitario (fig. 2). Per la tutela della privacy il questionario è stato presentato in forma anonima, la raccolta dei dati effettuata personalmente ed in busta chiusa, accompagnato da una lettera di presentazione e spiegazione del test; per non influenzare i coordinatori

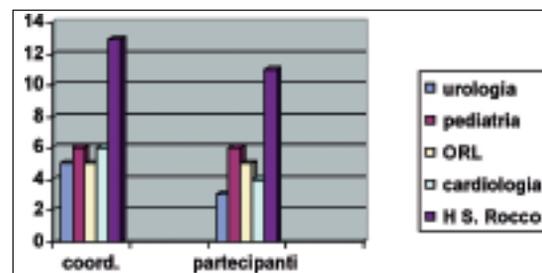


Figura 2: coordinatori partecipanti al test divisi per clinica/ospedale

si è preferito consegnare il test, la lettera di presentazione e ritirarlo in un successivo momento.

dati anagrafici

dalla rilevazione dei dati anagrafici si è rilevata la predominanza del sesso femminile e un'età media di quaranta anni la pre-

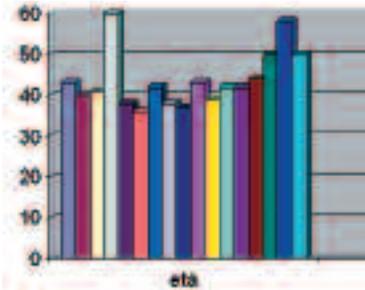


figura 3: età coordinatori

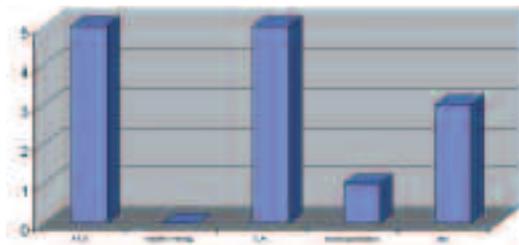


figura 5: Altri titoli di studio.

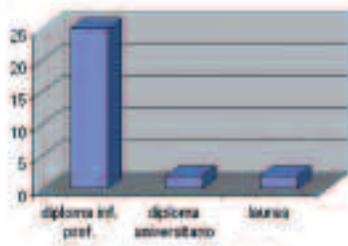


figura 4: Titolo di studio professionale

dominanza del titolo di studio è il Diploma di Infermiere Professionale anche se va rilevato che, alcuni coordinatori sono in possesso di più titoli di studio professionali e/o altri titoli; sono stati presi in considerazione per ogni persona il titolo di studio professionale, altri titoli di formazione post-base (fig. 4 e 5).

Test percezione della leadership (leadership situazionale)

Chiave di lettura della seconda parte è, per ciò che riguarda il gruppo di lavoro, il concetto di "maturità professionale" intesa come competenza nel lavoro (esperienza maturata nello svolgere la professione e nel raggiungere un determinato obiettivo) e maturità psicologica (capacità di assumer-

si le responsabilità, impegno nel lavoro, spirito di iniziativa, senso di appartenenza al gruppo e all'organizzazione).

La maturità alta di un gruppo deriva dal fatto che i suoi componenti possiedono competenza e capacità nel lavoro, lavorano per obiettivi, sono responsabili e mostrano senso di appartenenza al gruppo stesso.

Purtroppo non vi sono sistemi oggettivi per misurare la maturità e molto dipende dalla complessità dell'attività che si svolge o degli obiettivi da raggiungere (contesto ambientale in cui si agisce);

A nostro avviso, ogni coordinatore dovrebbe saper valutare la maturità complessiva del team di lavoro e modulare il suo stile di leadership al fine di garantire un clima organizzativo sano.

Nel test sono stati presi in considerazione i quattro livelli di maturità del modello d'analisi per la ricerca dello stile di leadership elaborato P. Hersey e K. Blanchard¹¹:

- Maturità bassa (M1): i componenti del team non sono sufficientemente preparati e poco competenti (neo-assunti, persone non adeguate al ruolo).
- Maturità medio alta (M2): team composto da persone che mostrano volontà ad assumere le responsabilità ma ancora non competenti (spesso vi è complessità del compito da svolgere).
- Maturità medio alta (M3): il gruppo possiede competenze tecniche ma non è pronto ad assumersi le proprie responsabilità (in genere in questo gruppo manca l'identificazione negli obiettivi dell'azienda e/o demotivazione).
- Maturità alta (M4): i componenti dell'equipe hanno un'ottima conoscenza tecnico-professionale e sono pronti ad assumersi le responsabilità.

A questi sono stati associati altrettanti stili di leadership:

- Stile direttivo (S1): il coordinatore definisce ruoli, mansioni e procedure di lavoro (alto comportamento direttivo; poco spazio viene lasciato al fattore relazionale).
- Stile da venditore o persuasivo (S2): vi è un comportamento direttivo abbinato alla strategia di "vendere" le proprie idee e/o decisioni; il potere decisionale è comunque nelle mani del coordinatore ma questo cerca di spiegare, motivare e coinvolgere il gruppo (alto comportamento direttivo ed alto fattore relazionale).
- Stile coinvolgente/partecipativo (S3): il leader tende a responsabilizzare, sostenere e coinvolgere l'intero gruppo (Basso comportamento direttivo e alto fattore relazionale).
- Stile delegante (S4): il coordinatore propone ma il gruppo decide in completa autonomia modalità e tempi di esecu-

zione (basso fattore relazionale e basso comportamento direttivo);

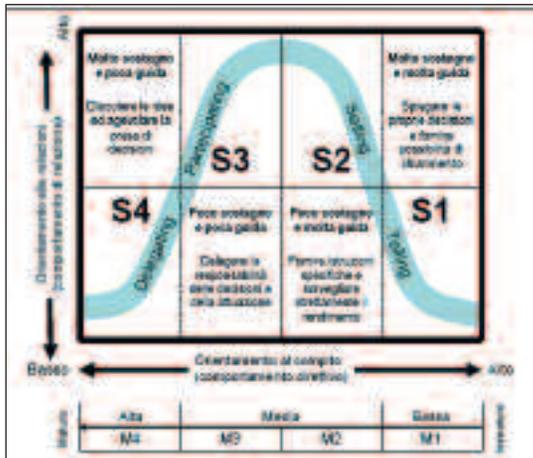


figura 6: P. Hersey, K. Blanchard leadership situazionale

si è rilevato che la maggior parte degli intervistati sostiene di coordinare un gruppo con maturità alta mentre, lo stile di leadership adottato risulta essere coinvolgente/partecipativo.

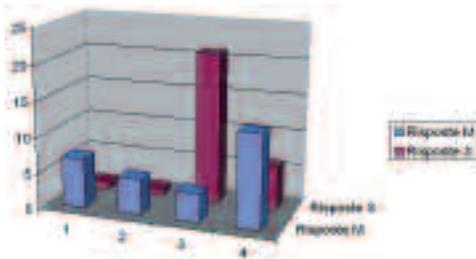


figura 7: maturità del gruppo/stile di leadership

Dalla fig. 7 si deduce che, secondo la teoria della leadership situazionale elaborata da P. Hersey e K. Blanchard, lo stile di leadership in atto non è adeguato alla maturità del gruppo va comunque considerato che il campione sia pur rappresentativo di due realtà lavorative diverse, è numericamente ristretto.

Percezione leader/manager

Nella terza parte il test mira a valutare lo stile di direzione (tendenza alla leadership



figura 8: risposte percezione leader/manager

o al management) del coordinatore. I risultati indicano una percezione tendente alla leadership (fig. 8)

percezione vertici aziendali

la quarta ed ultima parte ha riguardato la percezione che il coordinatore ha dei vertici aziendali in merito a: mission aziendale, inclinazione a supportare nuovi progetti e feedback con i vertici aziendali.

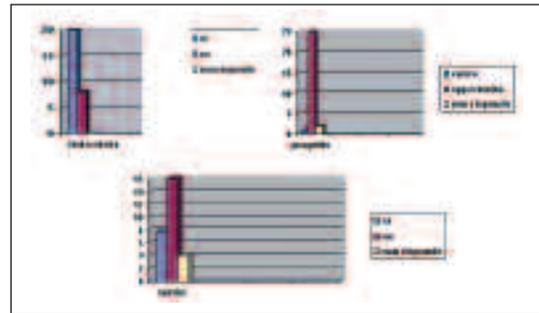


Figura 9: risposte percezione vertici aziendali

Dall'analisi dei risultati si evince che i coordinatori intervistati:

- Hanno una buona visione della mission aziendale.
- Accolgono un nuovo progetto come un'opportunità di sviluppo.
- Non ritengono di avere un buon feedback con la direzione strategica.

CONCLUSIONI

Una ricerca condotta da Hall e Donnell nel 1982 "manager affermato" dimostrò che il comportamento umanistico di un leader o manager aveva implicazioni sulla carriera dello stesso e sul rendimento del gruppo in senso positivo. Ogni "capo" dovrebbe cercare di essere un buon manager e un buon leader; mettere in condizione gli altri di dare il meglio di se per il gruppo, per l'utente (che avrà un "servizio" sicuramente migliore) e per se stesso cercando di ottenere i risultati non con il mero esercizio del potere (cattiva leadership) ma lavorando "con" e "sul" gruppo, attuando forme di influenzamento come la persuasione e l'emulazione. La persuasione è intesa come un processo che tende a modificare le convinzioni di un'altra persona o di un gruppo, mentre per emulazione il meccanismo che porta i componenti del gruppo ad identificarsi nel leader assumendolo come modello; non va dimenticato che, già per la carica istituzionale ricoperta, il coordinatore rappresenta un modello; egli deve valorizzare le risorse umane, guidare il gruppo, non soffocare i cambiamenti e le nuove idee, cavalcare l'onda dell'innovazione

“ideologica” che in alcune occasioni si rivela più importante e “potente” di quella tecnologica.

In un presente in cui alle Organizzazioni Sanitarie è chiesto di venire incontro alle esigenze esterne (cliente) in un clima di complessità, incertezza ed ambiguità, è necessario che il potere decisionale sia decentrato e gestito anche da chi opera in “prima linea”, da chi si confronta ogni giorno con mille difficoltà, con relazioni d’aiuto che troppo spesso equivalgono a grida di dolore e disperazione in un “mondo” che spersonalizza, cataloga, ed incastra una persona come si può fare con un pezzo di un puzzle; dove si parla di umanizzazione ma, allo stesso tempo, *i medici fanno la guardia, i pazienti vengono arruolati, i cateteri vengono armati, le strutture sono definite divisioni o reparti*¹². L’utente cerca un’organizzazione efficiente e flessibile che curi o risolva il problema in modo efficace senza perdere di vista la relazione umana. I professionisti di oggi, con un più elevato livello di istruzione rispetto al passato, chiedono di avere i “mezzi” per poter crescere professionalmente, contribuire al processo decisionale, desiderano che il proprio lavoro venga valorizzato; poco importa la corsa spregiudicata al “buon salario”, molti sarebbero contenti di lavorare in organizzazioni che permettano loro di esprimere creatività, punti di vista, avere relazioni con altri professionisti e “nutrire” continuamente la mente con il sapere.

La “forza lavoro” viene definita dall’Orga-

nizzazione Mondiale della Sanità come il più importante input del sistema sanitario (WHO, 2000) ed il perseguimento delle finalità istituzionali dipendono in modo evidente dalla professionalità, motivazione e dal coordinamento delle persone che erogano le prestazioni.

L’organizzazione sanitaria ha bisogno di figure che siano in grado di “tradurre” sul campo gli obiettivi strategici e questi, dopo essere passati nella ragnatela organizzativa toccando nodi, mozzati ecc. devono essere tradotti in “modelli operativi” flessibili che solo il team ultimo può definire nei suoi particolari. Il “potere” diventa di fatto sempre più decentrato e solo la conoscenza ci permette di gestirlo, valutando la complessità, nel modo più possibile appropriato e perseguire l’eccellenza *che non è un atto ma un’abitudine*¹³.

Questo articolo, tratto da un lavoro di tesi per l’acquisizione del master in management infermieristico più che annoiare vuole, fra ragni e ragnatele, struzzi e coyote, il volo di una farfalla, e l’audacia di piccoli scoiattoli, dare un momento di riflessione.

AUTORI

Ausilia M.L. Pulimeno

Docente laurea in Infermieristica e Master in Coordinamento Università di Roma “La Sapienza”.

Milena Sorrentino

Infermiere ASL CE/2 - Master in Coordinamento Università di Roma “La Sapienza”.

bibliografia

- Alberto F. de Toni, Luca Comello, *“Prede o Ragni uomini e organizzazioni nella ragnatela della complessità”* UTET Libreria Torino 2005
- Anna De Santis, Iole Simeoni, *“I Gruppi di Lavoro Nella Sanità”* Carocci Faber, Roma, 2003
- Bocchi G., Ceruti M. (a cura di) [1985], *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano 1994
- Carlo Calamandrei, Carlo Orlandi, *“la dirigenza infermieristica”* McGraw-Hill, Milano 2002
- Ciro Scognamiglio, Caterina Ferraro, *“la crescita dell’infermiere dai processi aziendali alla realtà socio-antropologica”* Edizioni Universum Messina, 2006
- Gary Hamel, *“Leader della rivoluzione”*, il sole 24 ore, Milano maggio 2004
- Gian Piero Quaglino, Chiara Ghislieri, *“Avere Leadership”*, Raffello Cortina Editore, Milano 2004
- Giulio Molinari, *“management e leadership nelle organizzazioni sanitarie”*, FrancoAngeli, Milano, 2005
- Hersey P., Blanchard K., *leadership situazionale*, Sperling & Kupfer, Milano, 1984.
- James Gleick *“caos – la nascita di una nuova scienza”*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 2005
- Joseph O’Connor *“il libro del leader – guidare e coinvolgere con la PNL”* Economid Publications, Salerno 2000
- Luca Benci, *“Manuale Giuridico Professionale per l’Esercizio del Nursing”* McGraw-Hill, Milano 2004
- Roberto Alfieri, *“dirigere i servizi socio sanitari”* FrancoAngeli, Milano, 2000
- Rupert Brown, *“Psicologia Sociale dei gruppi”* il Mulino, Bologna 2002
- Ruth M. Tappen *“ leadership e management infermieristico”* Rossigni Editrice, Firenze 1993
- Sun Tzu, *“l’arte della Guerra”*, Etas, Milano 2006
- Stephen Denning *“Scoiattoli SpA – storie di noci e di leadership”* Etas, Milano, 2005
- Tiziana Lavalle, *“dirigere le risorse umane”*, Carocci Faber, Roma, 2003
- Angela Lolli, Giovanna Bollini, Monica Bianchi,

"la funzione infermieristica nell'attuale sistema sanitario e socio-sanitario: quali aspetti per il management infermieristico in Italia" **Professioni Infermieristiche** n. 4 anno 2004, p.247-252

Annalisa Visentin, Sabrina Marconato, Maila Taverna, Maria Caterina de Marco, Paola Toscani, "Clinical governance e applicazione dei principi della complessità" **Dedalo**, n.1/2006, p. 31 - 44

Canadian Nurses Association, "Nursing Leadership" Position Statement, (S.I.) 2002

Canadian Nurses Association "succession planning for nursing leadership", (S.I.) (s.d.)

Carlo Calamandrei, "funzioni del caposala e capacità necessarie per il loro svolgimento" **Management Infermieristico** n. 1/1999, p. 37 - 39

Carlo Calamandrei, Carlo Orlandi, "Caposala: risultati di un'indagine" **Management Infermieristico** n. 1/2001, p. 8 - 19

Carlo Calamandrei "la leadership infermieristica" **Management Infermieristico**, n. 2/2004, p. 41 - 44

Carlo Calamandrei "la leadership infermieristica" **Management Infermieristico**, n. 3/2004, p. 33 - 37

Carlo Calamandrei "la leadership infermieristica" **Management Infermieristico**, n. 4/2004, p. 27 - 34

Carlo De Pietro, "autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale" **Mecosan** vol. 12, fascicolo 48, anno 2003, p. 7 - 35

Carlo De Pietro, "la gestione del personale nelle aziende sanitarie: una rassegna della letteratura" **Mecosan** vol.15, fascicolo 57, anno 2006, p. 141 - 153

Cinzia Perilli, Silvia Bielli, Marcello Morelli "la comunicazione nei servizi sanitari" **Mondo Sanitario** vol. 12, fascicolo 11, anno 2005, p. 14 - 20

Denita Cepiku, Domenico Ferrari, Angela Greco, "governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie" **Mecosan** vol. 15, fascicolo 57, anno 2006, p. 17 - 35

Elena Zuffada "il ruolo dei quadri intermedi delle professioni sanitarie nel processo di aziendalizzazione. Alcune evidenze empiriche" **Mecosan** vol. 8, fascicolo 32, anno 1999, p. 9 - 32

Eva Krczal, Mario del Vecchio, "leadership collettiva e processi di cambiamento nelle aziende sanitarie" **Mecosan** vol. 11, fascicolo 41, anno 2002, p. 135 - 146

Lidija Borcic, Giuseppe Caroli, Maria Teresa Ermanno, "il clima organizzativo: l'esperienza dell'Azienda ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone" **Mecosan** vol. 12, fascicolo 45, anno 2003, p. 121 - 131

Luigi Migliore "la leadership buona: come mettere gli altri nelle condizioni di dare il meglio di sé" **Management Infermieristico** n. 1/2006, p. 42 - 46

Mario del Vecchio, Franco Prandi "quale formazione manageriale: riflessioni e ipotesi intorno al lavoro dentro il mondo sanitario" **Mecosan** vol.13, fascicolo 52, anno 2004, p. 99 - 106

Massimo Sargiacomo "l'approccio metodologico di un progetto di benchmarking sulla motivazione e soddisfazione del personale in un'azienda U.S.L." **Mecosan** vol. 7, fascicolo 26, anno 1998, p. 25 - 43

Michele Picogna, "servono gli infermieri capi?" **Management Infermieristico** n. 2/2004, p. 45 - 47

Nancy Harding, "il management sanitario tra mito e realtà: Un'indagine empirica del caso della Polonia" **Mecosan** vol. 8, fascicolo 30, anno 1999, p. 153 - 165

Paola Adinolfi, Hugh Flanagan, Peter Spurgeon, "for-

mare manager efficaci" **Mecosan** vol. 7, fascicolo 26, anno 1998, p. 105 - 115

Paolo Galoppini, Atonia Peroni "il management intermedio: la figura del caposala tra passato e futuro"

Management Infermieristico n. 3/2001, p. 33 - 39

Renata Vaiiani, Giovanni Delpero, Chiara Sinistrero, Oreste Manzi, "direzione e comunicatività: Quando la comunicazione non è solo parola ma gestione del patrimonio umano" **Mondo Sanitario** vol. 13, fascicolo 8, anno 2006, p. 1 - 4

Roberto Brisichella, "l'infermiere coordinatore, il gruppo di lavoro e il cambiamento organizzativo: descrizione di un'esperienza" **Management Infermieristico** n. 2/2003, p. 23 - 29

Sonia Ferraro, Carlo Calamandrei, "leadership dell'infermiere coordinatore: un questionario per la valutazione e la ricerca" **Management Infermieristico** n. 2/2005, p. 43 - 47

Stefania Mussi, "Comunicazione, gruppo e leadership nel lavoro infermieristico" **Nursing Oggi** n. 2/2004, p. 30 - 38

Tiziana Gandini, "le competenze professionali dell'infermiere con funzioni di coordinamento" **Management Infermieristico** 3/2002, p. 41 - 45

Valeria Baldini, Marzia Zironi "delega ed empowerment in ambito infermieristico" **Management Infermieristico** n. 1/2002, p. 22 - 29

Zanetti, M. "Si alla cultura manageriale". **Il Sole 24-Ore**, n. 175 (28 Giugno 1999), p. 21

Registered Nurses' Association of Ontario (2006), "Developing and sustaining Nursing Leadership" Toronto, Canada.

Ministero dell'Università e della Ricerca "leadership Collaborativa: scambio internazionale di idee per il cambiamento" febbraio 2003

Andrea Aparo, Ugo Luigi Aparo, "Struzzi e coyote", (2000), Corso Alta Formazione in Economia e Management Sanitario in Ospedale, Università degli Studi di Roma "Sapienza", Anno Accademico 2004/2005

Note:

¹ Registered Nurses' Association of Ontario (2006), "Developing and sustaining Nursing Leadership" Toronto, Canada

² A. de Toni, L. Comello *Prede o Ragni*

³ Wikiquote.org "orlo del caos"

⁴ Canadian Nursing Association, *Nursing Leadership*

⁵ Carlo Calamandrei, *La leadership infermieristica*, **Management infermieristico** n. 2/2002 pag.43

⁶ (Savane 1996) De Toni, Comello, *Prede o Ragni*, pag. 298

⁷ Tronchetti Provera, *introduzione ad Hamel e Prahalad*, 1995 pag. VIII

⁸ A. Aparo, U. L. Aparo *Struzzi e coyote*

⁹ Stephen Denning, *Scoiattoli SpA*, pag. 54/55

¹⁰ Stephen Denning, *Scoiattoli SpA*, pag 172

¹¹ Life-cycle theory (teoria del ciclo di vita) leadership situazionale

¹² C. Scognamiglio e C. Ferraro, *La crescita dell'infermiere dai processi aziendali alla realtà socio-antropologica* pag.31

¹³ A. Aparo, U. L. Aparo, *Struzzi e coyote*

IL CASO “PIRANI”

Per gli infermieri è ormai il “caso Pirani”. Ha scatenato una quantità di reazioni e la reazione dura dell’intera professione. E’ divampato con un primo articolo dell’editorialista di La Repubblica Mario Pirani sul numero del 23 aprile, nella rubrica “Linea di confine”. E’ proseguito la settimana successiva con un secondo attacco all’autonomia e alla crescita degli infermieri. Con una terza puntata Pirani ha tentato di raddrizzare il tiro, con l’ultima della serie ha chiuso il caso. Lui, non gli infermieri che in massa hanno reagito ritenendosi offesi. Ne è nato un caso mediatico riso- nante che ha tenuto banco per settimane. E non sono mancate testi- monianze di solidarietà alla professione. Pubblichiamo qui i passag- gi salienti di questa vicenda: i primi due articoli di Pirani, una delle risposte pubbliche del presidente del Collegio di Roma, il perentorio intervento della Federazione IPASVI sul Corriere della Sera, stralci della trasmissione Rai “UnoMattina” che si è occupata di noi.

TODOS CABALLEROS NEGLI OSPEDALI ITALIANI

di Mario Pirani

Sono anni ormai che mi occupo della sanità pubblica con magri risultati. Talvolta solo l'enormità di nuove nefandezze mi spinge a riproporre il tema. Ora scopro che un altro colpo è stato inferto al ruolo dei medici, con conseguenze che ricadranno in un modo o nell'altro sui pazienti.

Vengo ai fatti: da che mondo è mondo gli infermieri in corsia dipendono da una (o un) caposala e costei risponde al primario e ai medici di turno. Con la riforma universitaria del 3+2 è stata aperta la possibilità di una qualifica professionale più alta a numerose categorie, attraverso il conseguimento della cosiddetta laurea breve. Ne possono usufruire svariati settori tecnici collegati alla sanità (infermieri, podologi, fisioterapisti, addetti all'igiene dentaria ecc.). È un'ottima cosa fino a che migliora la preparazione professionale di queste categorie; diviene aberrante se è intesa come leva per far saltare ogni principio di gerarchia e responsabilità medica.

Purtroppo è quello che sta accadendo grazie alla pressione sindacale e alla complicità partitica. Sotto la parola d'ordine "siam tutti dottori" è passato il principio che gli ex infermieri, oggi muniti di laurea, non dipendono più dai responsabili medici del reparto ma costituiscono un servizio autonomo, con una propria gerarchia interna, sottratta persino alla direzione sanitaria ma facente capo alla direzione generale.

Impressiona la casistica che si sta evidenziando. Tre medici psichiatrici del San Giacomo di Roma (i dottori Vercillo, Elmo e Rosini) mi hanno scritto una lunga e-mail che riassume: tra i compiti dei primari (denominati a loro dispetto "dirigenti di struttura complessa") il principale era la direzione tecnica (clinica), la responsabilità delle diagnosi, delle terapie, di tutta la conduzione delle indagini e dei trattamenti, quando non attuati in urgenza dal medico di guardia. Oggi il potere dei dirigenti medici è praticamente nullo e il loro compito è diventato altro: non più responsabili del lavoro clinico, ma titolari di un ruolo "gestionale e amministrativo".

Dovrebbero occuparsi insomma di turni e soprattutto di "budget". A leggere le normative attuali non si sa chi debba coordinare il lavoro nel servizio: o i medici operano in totale anarchia, responsabili, ognuno per conto pro-

prio, di diagnosi e terapia sui pazienti loro affidati, o i primari proseguono in realtà a svolgere il loro lavoro come prima. La magistratura infatti continua a considerare il loro ruolo immutato rispetto alle responsabilità medicolegali, visto che li chiama a rispondere delle scelte cliniche errate nei loro reparti.

Anche questo però sta per essere superato davanti all'ascesa di nuove professioni che premono per avere il riconoscimento di funzioni dirigenziali.

Ecco che, infatti, si ventila la possibilità di reparti gestiti da infermieri ed altri tecnici laureati, con i medici ridotti a consulenti di reparto. Organizzazioni simili sono già previste in reparti per anziani e riabilitativi, nei laboratori di analisi, ecc. In un ospedale romano il ruolo di responsabile del blocco operatorio, già attribuito per 3 anni a un valente anestesista, è stato assegnato a una infermiera laureata, mentre al medico è stato chiesto di collaborare con la «collega».

Per non parlare poi della psichiatria dove l'essenza medica degli atti diagnostici e terapeutici viene costantemente negata. Qui sono gli psicologi ad ambire (anche legittimamente se si pensa alla natura solo «gestionale e amministrativa» del primario) alla massima dirigenza dei servizi. E già esistono casi di servizi di salute mentale con primari o anche responsabili clinici, laureati solo in Psicologia. Se un parente, non convinto della diagnosi o delle decisioni terapeutiche adottate per un paziente, vorrà «parlare con il primario», troverà una persona che, anche con la massima preparazione sulle psicologie individuali, di famiglia e di gruppo, non avrà alcuna competenza sulle richieste specifiche. Riflettendo al fatto che vengono elencate almeno 64 patologie non rare di tipo fisico che possono causare sindromi psichiatriche, non si capisce come uno psicologo, anche bravissimo, possa fare una diagnosi differenziale. Per non parlare poi della somministrazione di terapie psicofarmacologiche molto complesse anche nelle interazioni e negli effetti collaterali.

Ci si troverà insomma con servizi diretti da persone che avranno competenze scarse o parziali sul complesso processo che si svolge nel loro servizio, competenze certamente minori dei medici psichiatrici loro sottoposti. Tutti «dottori» o «todos caballeros» negli ospedali italiani?

SE L'INFERMIERE VA AL POTERE IN CORSIA

di Mario Pirani

Una raffica di e-mail di protesta è seguita all'ultima «linea di confine» («Todos caballeros negli ospedali»).

Alcune sono argomentate, altre sovrabbondano in insulti, con frasi ricorrenti testuali, il che lascia intravedere una regia sindacale concordata.

Nella contestata rubrica segnalavo come la riforma universitaria, con l'introduzione della laurea breve e il possibile biennio di specializzazione - il cosiddetto 3+2 - aveva permesso una crescita culturale e professionale ed un titolo accademico anche ad una serie di categorie paramediche (infermieri, fisioterapisti, tecnici di laboratorio e di diagnostica strumentale, ostetrici, podologi, igienisti dentali, ecc).

Inoltre sottolineavo come questa riforma si fosse incrociata con le innumerevoli mutazioni della sanità pubblica con conseguenze in parte positive (il livello più qualificato degli operatori) ed altre negative (una miriade di carriere indipendenti con la creazione di vertici pienamente autonomi).

Riaffermo che la ricaduta sui pazienti e sull'organizzazione sanitaria può rivelarsi rischiosa. Alla fine alle corporazioni mediche si contrapporranno altrettante corporazioni non mediche senza alcun momento di direzione clinica unitaria. Invece che una integrazione dei saperi avremo una schizofrenia di carriere parallele, alimentate da sigle sindacali con forte influenza politica. Lo provano già a iosa le risposte esasperate che la mia analisi ha suscitato e a cui posso rispondere solo collettivamente. Ne cito un brano per tutte: «I medici sono disposti a lavorare con noi infermieri senza confondere la diagnosi medica con quella infermieristica? La legge ha riconosciuto l'infermieristica come professione sanitaria autonoma e non ausiliaria. Ne consegue che non possa sussistere dipendenza da figure diverse - medico od altri - e sia invece necessaria una struttura gerarchica autonoma».

Opposta l'opinione dei sanitari. Il consiglio direttivo dell'Ordine dei medici e odontoiatri di Roma mi esprime «incondizionato apprezzamento» e il suo presidente, dottor Mario Falconi, scrive: «In troppi stanno operando per una sanità fatta da professionisti che rischiano sempre più di lavorare a compartimenti stagni e che non solo mal tollerano l'imprescindibile ruolo di sintesi che il medico deve avere

nell'interesse primario dei pazienti, ma addirittura immaginano di sostituirsi ad esso».

Per concludere riassumo schematicamente la situazione. Oggi per diventare infermiere si accede ad un corso universitario, diviso in due livelli. Il primo consente l'acquisizione dopo tre anni del titolo di infermiere laureato (non di dottore). Se si continua per altri due anni si prende la laurea di II livello ed il titolo di dottore in Scienze infermieristiche. Va, però, evidenziato che tutti i titoli infermieristici acquisiti prima del 2000 (cioè prima della riforma delle professioni sanitarie) sono stati sanati e ope legis resi equipollenti alla laurea breve. La riforma, quindi, corona anche anni di sanatorie che hanno trasformato ope legis migliaia di portantini in infermieri con un tocco di magia politico-sindacale. Il primario non ha di fatto più alcuna voce in capitolo nella organizzazione, gestione e regolazione del personale infermieristico.

Altro aspetto non irrilevante è che l'acquisizione di un titolo professionale indubbiamente più qualificato, in carenza di figure professionali di livello basso o intermedio, ha creato indubbi problemi nella gestione assistenziale del paziente. Un infermiere laureato aspira verosimilmente ad una attività professionale superiore. Quando tutti gli infermieri saranno laureati e masterizzati chi distribuirà le medicine ai degenti, chi porterà la padella o il pappagallo, chi metterà e toglierà la flebo, chi dovrà farli mangiare? A che servirà un ospedale pieno di dottori in medicina o in scienze infermieristiche?

Le conseguenze sono destinate ad ampliarsi con l'introduzione in corso d'opera di almeno una diecina di carriere parallele e autonome. La Regione Lazio, ad esempio, ha già disposto l'istituzione di nuovi servizi con relativa nomina di nuovi dirigenti per quanto riguarda, oltre all'assistenza infermieristica e ostetrica, i servizi di diagnostica strumentale, riabilitazione, prevenzione, assistenza sociale. Le nomine dei dirigenti per un triennio avverranno dopo un colloquio e la presentazione dei titoli. Non, però, dopo un vero concorso con graduatoria certa. La scelta spetterà, infatti, a una triade formata dal direttore sanitario e da due «esperti dell'area» (alias sindacalisti?). I più bravi e qualificati saranno destinati anche in questi casi a lasciare il passo ai meglio «targati»?

LETTERA APERTA A MARIO PIRANI

Egregio Dottor Pirani, qualche settimana fa ho avuto modo di leggere il suo articolo pubblicato su "La Repubblica" dal titolo "Todos Caballeros negli ospedali italiani" in cui ha fatto asserzioni che mi hanno lasciato sbigottito e molto amareggiato e che mi avevano indotto a scrivere una lettera aperta che non so se ha avuto modo di leggere (ad ogni buon fine la allego alla presente – VEDI WWW.IPASVI.ROMA.IT).

Non pago, è tornato sull'argomento una settimana dopo con ulteriori considerazioni che, ritengo, abbiano offeso non solo l'intera categoria professionale che Lei con tanta ostinazione umilia (nell'articolo pubblicato il 30 Aprile li definisce tutti portantini sanati), ma l'intero Paese e il massimo organo che lo rappresenta: il Parlamento. Quando dico Parlamento non parlo di una o dell'altra compagine politica, ma di una istituzione che, a prescindere dalle maggioranze o dalle opposizioni, in quattro legislature successive ha sancito, quasi sempre con leggi approvate in modo bipartisan, la necessità che anche i cittadini italiani, come quelli di tutti i Paesi europei ed americani, avessero il diritto di essere assistiti e curati da professionisti con conoscenze e competenze elevate, al passo con i notevoli progressi della medicina.

Mi chiedo allora se Lei ha mai visitato un ospedale. Ha un'idea, seppur vaga, di ciò che fanno gli infermieri? E di cosa, invece, si occupano gli altri professionisti sanitari e di cosa i medici? Perdoni la domanda, forse pleonastica ma, ritengo, non peregrina, a giudicare almeno da quanto va affermando sulla sua rubrica.

Vede Dottor Pirani, che Lei abbia sostenuto, accalorandosi, la tesi secondo cui infermieri più preparati, formati a più alto livello, autonomi e con una loro gerarchia professionale, non più "paramedici" ma professionisti a tutto tondo (come del resto, Suo malgrado, la legge italiana li riconosce) potrà avere una "ricaduta sui pazienti e sull'organizzazione sanitaria che può rivelarsi rischiosa" non stupisce più di tanto. Almeno non gli infermieri.

Disinformazione e superficialità possono colpire anche chi, come Lei, svolge il suo lavoro da decano. Quando però, nonostante la ridda di precisazioni che per Sua stessa ammissione le è piovuta addosso dopo la prima sortita del 23 aprile, insiste sulla linea del "todos caballeros", allora un dubbio mi assale. È solo questione di non conoscenza o è parte di un disegno più ampio e pilotato per screditare questa categoria? Dubbi per carità, solo dubbi ma che sono sostenuti dai presupposti fallaci da cui la Sua analisi muove e dalle conclusioni inverosimili a cui questa giunge. No, caro Dottore, non ci siamo. E la "raffica di e-mail di protesta" che ha sommerso la Sua prima sortita sull'argomento dovrebbe consigliarLe qualcosa.

Come può denigrare a cuor leggero centinaia

di migliaia di infermieri affermando che la riforma delle professioni sanitarie "corona anni di sanatorie che hanno trasformato ope legis migliaia di portantini in infermieri con un tocco di magia politico-sindacale"? Gli infermieri italiani, anche quelli diplomati prima del passaggio della formazione in Università, frequentavano corsi della durata di tre anni ai quali si accedeva con una scolarità di almeno dieci anni e che prevedevano la frequenza obbligatoria sia alle lezioni teoriche che al tirocinio clinico per un totale di almeno 4600 ore e conseguivano un Diploma abilitante che è stato il primo ad essere riconosciuto in tutti i Paesi europei (parliamo degli anni '70). Altro che portantini sanati! Tutti questi infermieri hanno sulle spalle decenni di esperienza professionale maturata sul campo (peraltro nel nostro caso con un'attività di aggiornamento obbligatoria e intensa – ha mai sentito parlare di ECM?) e molti di essi hanno anche una formazione specialistica finalizzata sia alle funzioni direttive che a quelle clinico-assistenziali.

No, caro Dottor Pirani. Al contrario di quanto afferma, poche altre categorie professionali sono cresciute in questi ultimi decenni come quella infermieristica. Non certo quella medica che Lei difende così appassionatamente. Ribadisco che noi infermieri non abbiamo alcuna intenzione ed alcuno interesse, voglia o necessità di diventare i nuovi "capitani" della sanità. A noi interessa servire i cittadini, i "nostri" malati con competenza e professionalità e vorremmo farlo lavorando in team con gli altri professionisti. Per noi assistere la persona significa applicare le tecniche più sofisticate e complesse, ma anche rispondere ai bisogni psico-relazionali che ogni uomo ha e che in un sistema "medicentrico" vengono troppo spesso dimenticati. E quando parlo di assistenza globale alla persona intendo anche garantire i bisogni fondamentali della persona quali quelli dell'eliminazione o dell'alimentazione o il confort alberghiero.

Beh Dottor Pirani, se questo è il Suo pensiero, faccia pure. Vuol dire che ha imparato a ragionare proprio come quei medici (e non sono poi tanti in verità!) per i quali la priorità non è la salute del cittadino ma il piedistallo da cui impartire ordini di servizio.

Peccato. Gli infermieri, gli altri operatori, i cittadini, il sistema sanitario, non ne sentivano alcun bisogno.

P.S.

Se ha voglia e tempo, può leggere qualcuna di queste Leggi di cui la "nostra" Repubblica democraticamente si è dotata (L.42/99; L.251/00; L.43/06 e i DM Sanità n° 739/94 e DM Miur 2/4/01).

Dott. Gennaro ROCCO
Presidente del Collegio IPASVI di Roma

LETTERA APERTA PUBBLICATA SUL CORRIERE DELLA SERA

**Agli Infermieri
generalisti e specialisti
insegnanti e docenti
coordinatori e dirigenti
e p.c. Al sig. Pirani,**

Per ben tre volte, l'ultima il 7 maggio scorso, l'editorialista di "La Repubblica" Mario Pirani, nella sua rubrica "Linea di confine", ha voluto ribadire il suo pensiero sulle relazioni che devono intercorrere tra i medici e i "paramedici" e ampliarlo con preoccupate affermazioni sul chi farà l'assistenza ai cittadini in un prossimo futuro.

Leggendo la sua prima sortita del 23 aprile ("Todos caballeros negli ospedali italiani"), ci eravamo detti:

*"Il sig. Pirani evidentemente sa:
che l'Organizzazione Mondiale della Sanità si sta sbagliando;*

che i Responsabili dei Servizi sanitari degli Stati Uniti, del Canada, dell'Australia, dell'Inghilterra, della Spagna, dell'Olanda, della Svizzera, ecc. stanno seguendo indirizzi clinico-assistenziali e utilizzando modelli organizzativi e gestionali aberranti e inefficaci;

che i diversi studiosi e organizzatori che reputano fondamentale il lavoro di squadra, la condivisione di saperi e di percorsi e la massima integrazione per assistere bene, tendere all'azzeramento dei rischi e dare risposte di qualità ai cittadini malati, non hanno idea di come ci si deve muovere dentro gli ospedali;

che coloro che insistono nel sostenere che la centralità della persona e la complessità dei processi di cura e di assistenza richiedono approcci, indicazioni operative e linee gestionali multiprofessionali, non hanno capito nulla;

che l'orientamento dell'Unione Europea di mantenere alte e valorizzare le competenze degli Infermieri mantenendoli nella formazione accademica secondo quanto definito nell'accordo di Lisbona (il cosiddetto "3 + 2") invece di produrre ricadute positive come per gli altri Paesi per l'Italia sarà aberrante;

che la campagna informativa promossa e sostenuta dal Ministro della Salute per aumentare le iscrizioni ai corsi di laurea in Infermieristica produrrà danni notevoli perché fa propria l'idea che gli infermieri, indi-

spensabili per la sopravvivenza del sistema sanitario e carenti di ben 60.000 unità, possono anche ricoprire ruoli di direzione.

Dopo esserci chiesti quanto tempo avrebbe dovuto trascorrere prima che le intuizioni e le riflessioni del sig. Pirani venissero fatte proprie da tutti i Servizi sanitari del mondo ed aver intuito che gli Infermieri potrebbero continuare a formarsi in università (forse però non nella Facoltà di Medicina e Chirurgia perché non possa succedere - cosa aberrante - che un Infermiere laureato in Infermieristica, magari anche in possesso di un Master in Management oppure di una laurea quinquennale in Scienze Infermieristiche, possa essere definito "collega" di un medico) abbiamo letto la seconda puntata della saga che ci vede ancora protagonisti. E non ci è stata risparmiata neanche la terza!

Che dire? Si insiste a sostenere che non vi è alcuna distinzione tra la linea clinico-assistenziale e la linea organizzativo-gestionale; si utilizza il termine "paramedici" sottacendo che gli Infermieri devono e vogliono ruotare attorno alla persona che assistono; non si cita mai la parola integrazione; si ventilano piuttosto risibili regie sindacal-corporative; si fanno affermazioni discutibili, più che datate e facilmente confutabili; si insiste nel delegittimare gli uni forse per legittimare gli altri; ci si muove sull'onda della provocazione instillando dubbi ai cittadini su chi farà quelle prestazioni che gli Infermieri italiani, anche quelli con laurea triennale, quinquennale e master, non hanno mai messo e non smetteranno mai di fare e che continueranno a garantire 24 al giorno per 365 giorni l'anno.

Vorremmo e chiediamo un confronto e un dibattito serio sulla realtà dei fatti. Intanto, cari colleghi Infermieri, continuiamo nel nostro impegno per la qualità dell'assistenza alla persona, con la pacatezza, la serenità e la maturità che vogliamo ci contraddistingua.

Per noi Infermieri, checché ne dicano Pirani e i medici, al centro della sanità resta il cittadino.

*Annalisa Silvestro
Presidente degli Infermieri italiani*

C'È ANCHE BUONA INFORMAZIONE

Non solo fango. I media parlano di noi anche in positivo. E per fortuna talvolta lo fanno con autorevolezza raggiungendo un gran numero di persone. E' il caso della tv e della trasmissione "Unomattina" di RaiUno che ha dedicato ampio spazio alla professione infermieristica, alle sue prospettive, al suo futuro. In studio, con la conduttrice Eleonora Daniele, il decano dei giornalisti scientifici della Rai Luciano Onder e Gennaro Rocco, presidente del Collegio IPASVI di Roma. E poi 12 studenti di Infermieristica: giovani dalla faccia pulita e dalle idee chiare. Una bella immagine della professione, un bella vetrina mediatica.

"Guardate qui: giovani, bravi. Stanno per laurearsi infermieri - dice la conduttrice - il servizio sanitario punta forte su di loro per dare maggiore competenza al settore dell'assistenza". Si presentano uno ad uno. Storie e curriculum diversi. Ognuno motiva la sua scelta: "voglio fare l'infermiera perché arricchisce dentro", "mi permette di relazionarmi con il prossimo", "è una professione che può dare sbocchi anche dirigenziali", "mi permette se voglio di lavorare all'estero", "perché si può fare anche ricerca".

Il presidente del Collegio Ipasvi spiega le opportunità offerte dalla professione, ne rimarca le responsabilità e sottolinea l'entusiasmo dei ragazzi. Onder dice: "Il nostro sistema sanitario ha bisogno di infermieri superpreparati, per far fronte ad esigenze complicate, le invalidità, malati complessi, anziani difficili. E' necessaria perciò una preparazione specifica. I corsi di laurea triennali sono fondamentali per questo. Oggi in Italia abbiamo circa 320 mila infermieri, ma non sono sufficienti. C'è necessità di averne altri, motivati e ben retribuiti perché amino il loro lavoro e lo facciano volentieri. Sono necessità fondamentali per far funzionare i nostri ospedali".

Rocco ne approfitta per fare emergere anche la figura infermieristica in ambito extraospedaliero: "Si è abituati a vederli soprattutto in ospedale, ma gli infermieri operano anche nel campo della prevenzione della malattia, dell'educazione sanitaria, della didattica e della ricerca. E lavorano molto sul territorio". Quindi illustra il percorso di studi: "Da dieci anni ormai gli infermieri si formano in università, acquisiscono un titolo abilitante, la Laurea in Infermieristica. E' un percorso molto impegnativo, che dura almeno tre anni e che si compone di formazione teorica e tirocinio clinico. Sin dai primi mesi di studi, gli studenti frequentano gli ospedali, gli ambu-

latori, gli studi. E questo fa di loro professionisti a tutto tondo, perché capaci immediatamente dopo la laurea di rendersi disponibili per le strutture sanitarie".

La discussione si sposta sul ruolo dei media nell'orientamento alla professione. "I media devono far capire che è una professione dal grande futuro - afferma Onder - Non possiamo fare a meno di infermieri preparati, che conoscano il lavoro, lo amino, lo abbiano studiato, che sappiano muoversi all'interno dell'ospedale. Purtroppo questo non è avvenuto nei decenni passati. C'è stato un abbandono della professione, sono mancati gli infermieri, sottopagati per un lavoro molto duro, carriere talvolta umilianti, turni faticosissimi".

"A volte però - lo interrompe la conduttrice - fra pazienti e infermieri c'è un po' di conflitto...". "Ci può essere - ribatte Onder - ma anche grande rispetto. Ciascuno di noi ha esperienze di infermieri con grande professionalità e serietà. Questo chiede la nostra società: infermieri che amino il malato ma che sappiano anche gestire la malattia. Serve questa laurea, questa specializzazione. Le autorità sanitarie e i politici devono riconoscere alla professione infermieristica caratteristiche più attrattive".

Il presidente Rocco illustra le varie opportunità di carriera: carriera clinica con le sue specializzazioni, dirigenza, formazione, coordinamento, docenza universitaria. E ne specifica i percorsi formativi. Quindi descrive gli obiettivi della campagna nazionale di orientamento alla professione "Infermiere protagonista nella vita vera".

Aggiunge Onder: "Ho sentito i ragazzi dire: potremmo andare all'estero... Ecco, spero proprio di no, che non ce li rubino. Già perché tutti i Paesi europei hanno grande necessità di infermieri e fanno campagne per attirarli da loro". La trasmissione si chiude con la segnalazione del sito www.ipasvi.it per saperne di più e con l'invito a richiedere alle Segreterie delle Università di tutta Italia i moduli informativi.

Dodici minuti nell'orario di massimo ascolto a parlare di infermieri nella trasmissione mattutina più popolare della Rai. E' stata una bella occasione per la professione per mettersi in mostra al cospetto di un pubblico vasto, un passaggio utile per il suo futuro, un esempio di buona informazione. Mentre c'è chi ci aggredisce, noi continuiamo a promuovere la professione, la figura e la dignità degli infermieri, in ogni occasione, conquistandoci spazi di comunicazione con l'aiuto della buona informazione. Che pure c'è.

L'inserto

**Viaggio di
Studio in Cina:
Confronto tra
Oriente e
Occidente**



Relazione del presidente all'assemblea iscritti 2007

E' una sfida continua quella che accompagna gli infermieri, difficile e aperta su più fronti. Ci impegna e ci sacrifica molto ma sa darci anche qualche soddisfazione.

Il 2006 è stato per il Collegio lo specchio della professione, un anno di rivendicazione e di lotta, di nuovi importanti successi, ma anche di rabbia per le conquiste ottenute sulla carta e ancora non rese operative (vedi la non applicazione da parte del Governo, della legge 43 del Febbraio 2006 nella parte che prevedeva la trasformazione dei Collegi in Ordini). Un anno di progetti, pieno di iniziative e nuovi servizi, impegnativo nella gestione interna come nei rapporti esterni e internazionali.

Il fronte europeo ci ha visti più che mai protagonisti. Abbiamo assunto la guida del primo Executive Board della FEPI (Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche) con l'elezione di Loredana Sasso a Presidente e del sottoscritto, come Segretario Generale. Un traguardo significativo e un'opportunità per contare di più in Italia e in Europa, ma anche il riconoscimento da parte dei colleghi europei della straordinaria crescita che gli infermieri italiani hanno saputo mettere a segno in questi anni. E della forza che hanno mostrato di avere, ritenuta preziosa per gestire la delicata fase di start up della FEPI e per lanciarla

definitivamente in Europa e nel mondo. Peraltro, lo scenario europeo, specie dopo l'ulteriore ampliamento dell'UE, riserva sfide normative e organizzative particolarmente difficili. La libera circolazione professionale, il riconoscimento dei titoli formativi, il problema della lingua pongono tutti noi di fronte a un rebus complesso dalle soluzioni incerte. Così pure la difesa delle direttive di settore e la riforma delle professioni liberali restano nodi cruciali per la professione. Sfide ardue ma che stimolano una categoria di professionisti senza frontiere, abituata a guardare oltre. E il peso crescente che gli infermieri di Roma e della provincia hanno saputo guadagnarsi negli anni impone loro la responsabilità di rappresentare un punto di riferimento per tanti colleghi in ambito interno ed internazionale.





Un ruolo che ci ha motivato ancor più all'impegno profondo e costante nell'affrontare i troppi problemi ancora aperti a livello nazionale e regionale. Abbiamo profuso grandi energie nel dare battaglia sui temi più stringenti della professione e per vigilare sulla legislazione che coinvolge gli infermieri e che talvolta minaccia le straordinarie conquiste poste faticosamente nel paniere. Ancora oggi siamo costretti a protestare per un trattamento economico ingrato, che continua a non riconoscere i nuovi livelli di competenza e di responsabilità assunti dagli infermieri e che genera un'insoddisfazione diffusa pericolosa per lo stesso impianto del Servizio Sanitario Nazionale.

Il futuro si presenta problematico ma anche pieno di opportunità, complicato da affrontare ma esaltante nella sfida continua della crescita professionale. Un futuro che possiamo condizionare in positivo con il contributo che arriva dall'interno della professione infermieristica, da noi tutti e dal Collegio che ci rappresenta.

Questa relazione riporta una breve sintesi delle attività che il Collegio svolge attraverso il lavoro degli Uffici e delle Commissioni e uno sguardo prospettico sugli obiettivi per il prossimo futuro, all'insegna dell'innovazione, della competenza scientifica, della ricerca e della comunicazione professionale. Pur senza anticipare i contenuti delle relazioni specifiche, l'azione del Collegio deve necessariamente essere poliedrica e interdisci-

plinare, attiva su più fronti, attenta e capillare. Deve sviluppare la conoscenza e la ricerca clinica, l'evidenza basata sulla pratica con modelli assistenziali innovativi, il trasferimento delle conoscenze teoriche nel campo operativo, garantire servizi efficienti e rapidi agli iscritti, favorire la comunicazione e lo scambio di esperienze tra colleghi.

Rinviando gli aspetti più specifici alle relazioni di sintesi delle singole Commissioni, è opportuno gettare uno sguardo d'insieme sulla situazione della professione infermieristica a Roma e nel Lazio per inquadrarne lo

stato e le criticità, indicando strategie e interventi. Procedendo per rapidi flash, risulta utile frazionare l'analisi in capitoli distinti per tratteggiare un quadro schematico.

L'ESERCIZIO PROFESSIONALE

Le criticità sono rappresentate soprattutto dalla perdurante gravissima carenza di personale infermieristico. Il fenomeno continua ad essere alimentato dal blocco delle assunzioni, dalla precarietà di molte posizioni e dal sostanziale blocco della mobilità. Resta per lo più inapplicata la legge 43/2006 specialmente per quanto riguarda l'effettiva praticabilità dei percorsi di carriera (clinica, organizzativa, dirigenziale). A ciò si aggiungono i ritardi nella formazione e nell'impiego delle figure di supporto all'attività infermieristica.

Da qui le strategie d'intervento che il Collegio ha individuato per correggere la rotta: sostenere ad ogni livello la peculiarità della "questione infermieristica" e reclamare lo sblocco delle assunzioni coinvolgendo anche i sindacati; affrontare il nodo della precarietà contrattuale con concorsi e assunzioni dirette a tempo indeterminato; sbloccare la mobilità nel rispetto del diritto del professionista a trasferirsi in strutture più vicine a casa sua; applicare immediatamente la Legge 43 per l'assegnazione delle posizioni di coordinamento e sperimentare percorsi di carriera per gli infermieri specialisti ai

possessori dei Master di primo livello rispettivamente nelle funzioni di coordinamento e ad indirizzo clinico; spingere sulla Regione affinché istituisca subito i Dipartimenti e i Servizi Infermieristici in tutte le Aziende Sanitarie in attesa che la normativa concorsuale prevista dalla Legge 251/00 venga emanata; dare avvio immediato ai corsi di OSS previsti dalle direttive regionali e prevedere il loro corretto impiego nelle strutture sanitarie, socio sanitarie, residenziali e sul territorio.

LA FORMAZIONE DI BASE

Sono ancora molti i punti di criticità: i posti attivati nelle sedi centrali e nelle sedi convenzionate risultano nettamente insufficienti; alcune sedi non possiedono requisiti adeguati di struttura e di qualità; i sussidi didattici sono assolutamente insufficienti e i servizi agli studenti (biblioteche, sale lettura, aule di informatica e Internet, mensa, ecc.) sono scarsi; il numero di Tutor è molto al di sotto dello standard previsto.

Ciò che più preoccupa è il disinteresse mostrato dalla politica e dalle istituzioni sulla fondamentale questione finanziaria delle sedi pubbliche e private afferenti al SSR. Nonostante gli impegni assunti a tutti i livelli, molte di queste continuano a non percepire alcun finanziamento per la preziosa attività formativa che svolgono e le tasse pagate dagli studenti vengono riversate totalmente all'Università. Resta basso anche il numero di cattedre assegnate agli infermieri (3 professori associati e 2 ricercatori), con protocolli d'intesa pronti ma che da tempo la Regione non riesce a deliberare, lasciando perciò in vigore il protocollo del 1997. E poi gli ordinamenti didattici e i regolamenti dei cinque Atenei romani sede dei corsi di laurea da rivedere secondo i nuovi Decreti MUR.



Ne consegue un ampio raggio di interventi sul fronte delle strategie: sollecitare l'aumento dei posti da mettere a bando per compensare almeno il turn over e garantire una progressiva copertura delle gravissime carenze esistenti; reclamare con forza l'assegnazione e il trasferimento di fondi alle sedi decentrate per favorire investimenti strutturali e sul personale docente; premere sulle Università per il bando di nuovi posti di associati e ricercatori; ricercare nuove alleanze (politiche, sindacali, associazioni professionali, associazioni dei cittadini, ecc.) per ottenere una rapida approvazione del nuovo protocollo d'intesa; lavorare in sinergia con la Federazione

alla riscrittura degli ordinamenti didattici da proporre alle singole Università con trattative serrate e determinate.

LA FORMAZIONE SPECIALISTICA E CONTINUA (ECM)

La rete di formazione specialistica ha raggiunto dimensioni insperate solo qualche anno fa. La Laurea

Specialistica è oggi una realtà nelle Università La Sapienza (1^a e 2^a Facoltà), Tor Vergata e Cattolica. I Master di 1^o livello sono ormai numerosi in tutti gli Atenei con una vasta offerta formativa (Management, Area Critica, Infermieristica Forense, Sanità Pubblica, Ricerca, Geriatria, Infermieristica di Famiglia, Pediatria, Psichiatria, Cure palliative, Trapianti ed Emodialisi, Endoscopia Digestiva, ecc.). Da ultimo l'Università di Tor Vergata ha attivato quattro posti per il Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche.

La tendenza sviluppata negli ultimi anni è certamente positiva e va stimolata ancora. Quanto alle Lauree specialistiche occorre lavorare sui contenuti, la qualità e le docenze (gruppo di lavoro ad hoc in sinergia e collegamento con il gruppo di lavoro nazionale). Per i Master di primo livello è necessario sviluppare maggiormente quelli ad indirizzo clinico.

Negativo è invece il quadro riferito all'ECM. Sia gli eventi sia i piani formativi aziendali sono assolutamente insufficienti, mentre resta irrisolto il problema dei congedi e dei costi a carico del professionista. Alle attuali gravi difficoltà si aggiunge il ritardo nell'attuazione del Piano Regionale della Formazione Continua e l'incertezza sul ruolo regionale nell'ECM (providers, tipologia formativa, crediti).

L'ORDINISTICA

Alle rivendicazioni di autonomia e di autodisciplina della professione che hanno visto costantemente il Collegio di Roma in primo piano, si è aggiunto un duro confronto per l'applicazione della legge 43/06 (segnatamente l'articolo 4) dopo il mancato esercizio della delega da parte del Governo per la trasformazione dei Collegi in Ordini e per l'istituzione di nuovi Ordini per le professioni sanitarie ancora sprovviste.

Così, dopo 12 anni, il 2006 ha segnato il ritorno degli infermieri italiani in piazza con la grande manifestazione del 12 ottobre, nella quale il Collegio ha assunto un ruolo organizzativo di primo piano raccogliendo consensi e complimenti dai colleghi di tutta Italia. A migliaia, gli infermieri romani hanno sfilato per la tutela della salute pubblica, della competenza e della riconoscibilità dei professionisti, contro l'abusivismo, per la garanzia di qualità delle prestazioni rese ai cittadini. Non è più tollerabile che gli infermieri vengano considerati professionisti di serie B. Oggi abbiamo titoli di studio accademici o resi equipollenti ad essi per legge ed allora non riusciamo a capire perché deve permanere questa distinzione con le altre professioni (medici, farmacisti, biologi ecc.), che da sempre hanno avuto il loro "Ordine" professionale.

Le criticità attuali riguardano soprattutto il Ddl Mastella, l'esercizio del potere deontologico, i rapporti e le facoltà del Collegio in tema di ECM.

Gli interventi messi in campo su questo variegato fronte vanno dal controllo e dalla verifica delle iscrizioni alla gestione delle morosità. Accanto a ciò un costante contributo per la revisione e l'ammodernamento dei Collegi, delle loro funzioni e del loro ruolo pubblico. Infine la battaglia per la trasformazione del Collegio in

Ordine, a coronamento di una crescita straordinaria degli infermieri italiani, delle loro nuove competenze e delle responsabilità di cui si fanno carico spesso ben oltre le proprie attribuzioni.

I RAPPORTI ISTITUZIONALI NAZIONALI E INTERNAZIONALI

Sono fitti, costanti, praticamente quotidiani. E non sempre agevoli da gestire. I rapporti istituzionali più stringenti sono necessariamente quelli con la Regione, in particolare con gli Assessorati alla Sanità e alla Formazione, con il Comune di Roma, il Tribunale penale e civile, le Aziende e le altre strutture socio-sanitarie pubbliche e private, le Università, le Associazioni professionali, le Società scientifiche infermieristiche e non, gli altri Ordini e Collegi, il CUP, l'Enpapi, le Associazioni civiche attive in campo umanitario e nella tutela dei diritti dei cittadini. Impegnativa è anche la relazione costante con la stampa scritta specialistica e generalista, con i media radio-televisivi e con le reti di discussione che operano attraverso il web.

Nell'ultimo anno il Collegio ha ulteriormente implementato i suoi rapporti internazionali con lo sviluppo di nuove relazioni con altri Paesi (Università Nord americane, Università e istituzioni sanitarie dell'UE, FEPI), contatti con altre professioni liberali europee attraverso il CEPLIS e con l'esperienza ormai assodata dei viaggi di studio.

LE ATTIVITÀ ORDINARIE

L'attività degli uffici è in costante incremento e riesce a soddisfare un numero sempre più elevato di servizi. Sul piano qualitativo, il Collegio di Roma costituisce un punto di riferimento importante per molti altri Collegi italiani ed europei e l'obiettivo della certificazione ISO-9001 testimonia la grande rilevanza attribuita alla qualità dei servizi agli iscritti. E' un obiettivo ambizioso che costringe a uno sforzo consistente, ma che inseguiamo con impegno e convinzione.

Il rapporto con gli iscritti permane l'interesse primario per il Collegio. In questa chiave il Collegio sta provvedendo al completamento della pianta organica (il concorso è in atto) e alla revisione organizzativa degli uffici. Si avvale di una spe-



rimentata rete di consulenze specifiche (legale, amministrativa contabile, informatica, ufficio stampa, biblioteconomia) che assicura risposte pronte alle diverse necessità operative. Nel 2006 l'Ufficio legale ha registrato 212 interventi, 203 consulenze agli iscritti e 504 telefoniche. E' stato interessato prevalentemente sui temi della sicurezza (rischio professionale, orario di lavoro straordinario, standard assistenziali, piante organiche, ecc.) e nei campi della responsabilità e dell'autonomia (attività improprie, nuove responsabilità, ecc.).

LE COMMISSIONI

Il lavoro delle Commissioni è incessante e dà buoni frutti. Rinvio alle relazioni di ciascuna Commissione il resoconto di sintesi delle attività e segnale di seguito solo alcuni esempi. (nelle pagine successive sono riportate le relazioni integrali delle commissioni).

Commissione relazione con gli iscritti, relazioni pubbliche e orientamento professionale: Progetto portale Web, Progetto rivista, Rete persone motivate (RPM) per l'attivazione di corsi itineranti, Progetto Team Building, cd sulla storia del Collegio IPASVI di Roma, Televideo, Referenti, Progetto carta dei servizi, Progetto bacheche, Progetto collana Arcobaleno, Progetto sviluppo, Progetto incontro;

Commissione aggiornamento professionale: attività continua di aggiornamento e formazione anche in collaborazione

con Università, ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS, strutture private convenzionate e non, Associazioni e Società scientifiche infermieristiche; intenso programma di corsi ECM con 8 nuove iniziative di qualità per il 2007;

Commissione standard professionisti e accreditamento dei professionisti: certificazione delle attività del Collegio per le azioni istituzionali e di conformità al Disciplinary di autoregolamentazione, Progetto per la definizione di standard professionali, Progetto ISO 9001;

Commissione ricerca: conclusione ricerca su near misses,

ricerca "Iter diagnostico-terapeutico-assistenziale per pazienti ultra sessantacinquenni con frattura di femore (coll. ASP), ricerca "La gestione del rischio da movimentazione manuale dei pazienti" (coll. IGIEA), concorso per 6 borse di studio per lavori di ricerca infermieristica;

Commissione rapporti internazionali: individuazione delle criticità derivanti dal forte incremento del numero di infermieri stranieri, rapporti con il Ministero della Salute per il riconoscimento dei titoli di studio, rapporti con istituzioni infermieristiche e associazioni straniere per scambi di esperienze e controllo della mobilità dei professionisti, iniziative per migliorare la conoscenza reciproca con cittadini appartenenti ad altre culture per ottimizzare l'assistenza, apertura dello "Sportello Stranieri" (lunedì e giovedì), censimento degli infermieri stranieri, attivazione di un gruppo di lavoro permanente di infermieri stranieri, allestimento di un convegno sull'infermieristica trans-culturale;



Commissione documentazione, biblioteca e ricerca bibliografica: nel 2006 la biblioteca del Collegio ha registrato un vero e proprio boom (1046 utenti pari a +34,3% rispetto al 2005), significativo anche l'incremento delle attività di ricerca attraverso la banca dati (+10,9%) e del nuovo servizio di consultazione on line di un patrimonio bibliografico cresciuto a 164 testate nazionali e internazionali (7 di nuova acquisizione), oltre alle monografie (32 di nuova acquisizione), nuovi servizi documentali attraverso il portale www.ipasvi.roma.it, abbonamento a CINAHL, Progetto di Indicizzazione delle riviste Italiane di Scienze infermieristiche, Progetto ILISI, aggiornamenti specifici per la ricerca bibliografica, nuovo corso di indicizzazione della letteratura scientifica infermieristica, ulteriore forte acquisizione di libri programmata per il 2007, allo studio il nuovo servizio "Document delivery";

Commissione libera professione: costante attività di vigilanza sull'esercizio libero professionale, rapporti con la cassa previdenziale ENPAPI, pubblicità sanitaria, consulenza, relazioni con agenzie di lavoro temporaneo, studi associati, cooperative, ecc.

Oltre che per l'opera delle Commissioni, il 2006 ha impegnato molto il Collegio nelle attività dei gruppi di studio e di lavoro (Referenti, Gruppo RPM, Commissari per gli Esami di Stato, Delegati gruppi di lavoro di altre istituzioni come Asclepion e Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, gruppo di lavoro Tesaurus).

LA NUOVA FRONTIERA

Nel corso del 2006 e nei primi mesi del 2007 il Collegio ha investito molto sulla comunicazione web, in linea con la crescente richiesta di nuovi servizi e informazioni on line. Il sito Internet del Collegio di Roma è divenuto un vero e proprio portale, con una rassegna stampa aggiornata e nuovi servizi (E-Health, Digest, Professioni, Formazione, Lex).

Lo sviluppo di un efficiente sistema di controllo statistico degli accessi (ben 246.058 negli ultimi 6 mesi) ha reso possibile comprendere le esigenze degli utenti e affinare sensibilmente l'offerta dei servizi. Nella top ten dei link consultati svetta la rivista Infermiere Oggi onli-

ne (7.805 contatti) seguita da Formazione Post-Base-Master (7.218), contatti diretti con il Collegio (6.034), Lauree Magistrali per Infermieri (4.182), Servizi all'iscritto (4.150), Collana Arcobaleno Online (3.570).

In programma nel breve periodo c'è l'esordio di altri due servizi: l'assegnazione di una casella di posta elettronica con suffisso @ipasvi.roma.it e l'invio gratuito via e-mail di una newsletter sulla sanità nel Lazio.

IL CONTRATTO

Il nodo del Contratto Collettivo Nazionale di Categoria resta per gli infermieri un nodo scorsio. Il Collegio non ha voce in capitolo nelle contrattazioni. Auspica però di avere dalla sua parte le organizzazioni sindacali di categoria che condurranno il confronto in vista del rinnovo contrattuale. A loro indirizza un decalogo di richieste alle quali gli infermieri si aspettano risposte puntuali e concrete sin dal prossimo CCNL.

A cominciare dal fatto che il nuovo CCNL regoli l'applicazione dell'articolo 6 della Legge 43/2006. Gli infermieri reclamano ciò che la legge riconosce loro: l'opportunità di un duplice percorso di carriera, clinico e organizzativo. Il professionista laureato o con titolo equipollente deve poter decidere se valorizzare le competenze gestionali, organizzative, formative, didattiche e scientifiche, avere ruoli di coordinamento o se investire su un percorso di sviluppo professionale che si realizza nell'esperto clinico e nelle conseguenti attività anche formative, didattiche e scientifiche.

Chiediamo l'individuazione della posizione di professionista dirigente, in possesso della laurea specialistica e che abbia esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure con incarico dirigenziale ai sensi della Legge 251/00 (articolo 7 e successive modificazioni). Su questo punto ha lavorato proficuamente un apposito gruppo di lavoro costituito presso il Collegio IPASVI di Roma.

E' poi necessario che il CCNL adotti strategie coerenti con gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dei servizi erogati. Deve perciò promuovere, come prevede la normativa vigente, "la valorizzazione e la responsabilizzazione delle

funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel SSN, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'UE", deve istituire i Dipartimenti e i Servizi per l'Assistenza Infermieristica, in staff alla Direzione Generale, presso tutte le ASL e le Aziende Ospedaliere.

Il CCNL deve affrontare una volta per tutte il drammatico problema degli organici. E' evidente che a contingenti adeguati di personale infermieristico corrispondono standard assistenziali più elevati. Pertanto dare corso a nuove assunzioni significa ridurre le spese per straordinari e prestazioni aggiuntive, tagliare i costi sostenuti per infezioni ospedaliere, incidenti, contenziosi e per le tutte le conseguenze della non-qualità.

Occorrono inoltre procedure snelle per l'assunzione dei neolaureati, attraverso contratti di inserimento al lavoro per chiamata diretta, previo colloquio, per la copertura delle vacanze di organico. Vanno previste specificatamente le modalità di inserimento degli OSS a supporto e mai in sostituzione degli infermieri, per migliorare il comfort, potenziare l'assistenza di base al malato e le funzioni socio-assistenziali a domicilio.

Il nuovo CCNL deve incentivare concretamente le Aziende a sperimentare servizi a prevalente gestione infermieristica: ambulatori, assistenza domiciliare, residenze sanitarie per anziani, per malati cronici e per malati terminali, reparti ospedalieri. E deve individuare una soluzione adeguata al problema della sproporzione tra crediti ECM da acquisire (e aggiornamenti delle abilità da conseguire) e gli 8 giorni annui di permesso retribuito consentiti. E' necessario che anche per gli infermieri siano previste 4 ore settimanali (208 ore annue) da dedicare alla formazione continua.

Chiediamo infine che sia operata una profonda revisione del sistema premiante in funzione degli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità e che ogni ASL e Azienda Ospedaliera dia corso all'attività libero-professionale intramuraria per gli infermieri.

CONSAPEVOLEZZA E FIDUCIA

Possiamo affermare che molto è stato fatto e che ancor di più resta da fare. Il Collegio conta di farlo con la collaborazione di tutti. L'entusiasmo che ha sempre caratterizzato noi infermieri ci induce a immaginare un futuro più roseo per noi e per tutti i cittadini che ogni giorno assistiamo.



Incontro dei Referenti del Collegio con il Presidente

IL LAVORO DELLE COMMISSIONI

Commissione relazioni
con gli iscritti, relazioni
pubbliche e orientamento
professionale

Referente della Commissione è Mario Esposito, gli altri componenti sono Matilde Napolano e Rodolfo Cotichini. La Commissione si avvale della collaborazione di un gruppo di colleghi che sono coinvolti nella realizzazione dei progetti approvati dal Consiglio Direttivo.

I **progetti** identificati dalla commissione ed approvati dal Consiglio direttivo per l'anno 2007 sono:

- Progetto portale web
- Progetto rivista: si sta progettando un intervento di miglioramento della grafica
- Progetto televideo
- Progetto gruppo referenti
- Progetto gruppo RPM (Rete Persone Motivate)



Riunione gruppo RPM

- Progetto sperimentale Corsi itineranti del gruppo RPM
- Progetto sperimentale Team Building, presso la sede del Collegio IPASVI
- Progetto CD: attività e storia del Collegio IPASVI di Roma
- Progetto Carta dei Servizi, nell'ambito del progetto *Certificazione ISO 9000 delle attività del Collegio IPASVI di Roma*, in collaborazione con la Commissione Standard professionali e accreditamento dei professionisti
- Progetto bacheche
- Progetto collana arcobaleno
- Progetto incontro
- Progetto sviluppo.

Per il **progetto referenti** sono stati individuati in questa fase iniziale circa 80 colleghi che hanno seguito un corso di formazione nella sede del collegio e che hanno iniziato la loro attività di informazione nelle strutture dove lavorano. Entro l'anno in corso il progetto verrà completato e l'elenco definitivo verrà pubblicato sulla rivista. E' in corso l'elaborazione di un regolamento dei referenti.

Per il **progetto Rete Persone Motivate** (RPM) il gruppo è momentaneamente costituito da 18 colleghi provenienti da

varie realtà sanitarie di Roma e provincia. Il progetto si articola su tre livelli di partecipazione alle attività del gruppo, vi si accede attraverso un corso di inserimento che permette una prima selezione dei colleghi e il loro coinvolgimento nel livello 1, costituito dai gruppi di lavoro; il secondo livello è formato da laboratori sperimentali dove le attività di ricerca e di formazione si articolano su percorsi sperimentali da implementare fra le attività del Collegio. Il terzo livello rappresenta la costituzione del gruppo sperimentale di eccellenza dove vengono analizzati e codificati i diversi processi del gruppo professionale e se ne definiscono le problematiche di ordine gestionale e relazionale, sia a livello professionale che interpersonale.

Per il progetto **Team building** si sta creando un primo gruppo di lavoro dove sono coinvolti consiglieri e colleghi iscritti per la sperimentazione di attività sperimentali finalizzate a creare le sinergie le dinamiche il clima le relazioni interpersonali finalizzate alla creazione di un team che vede nella sinergia dei membri il risultato vincente. Si sfruttano i principi e gli strumenti di altre discipline e ambiti artistici come



il teatro, lo sport, la musica, il traking ecc.

Per il **Progetto CD** viene costituito un gruppo di lavoro formato da colleghi sia interni al Consiglio Direttivo che esterni, per documentare l'attività e la storia del Collegio.

Per il **Progetto sviluppo** la commissione intende raccogliere tutte le proposte degli iscritti che vogliono sviluppare le loro potenzialità e dare spazio attraverso le varie commissioni a tutte le persone che hanno capacità e competenze da esprimere. La commissione esamina le varie proposte che i singoli iscritti o gruppi di iscritti che operano nella stessa realtà operativa presentano e presenteranno: corsi formativi da sviluppare in collaborazione con la commissione formazione, ricerche da prendere in considerazione in sinergia con la commissione ricerca, ecc.

Per il **Progetto incontro** ogni lunedì e giovedì 2 consiglieri incontrano tutti gli iscritti che vogliono interagire con il collegio attraverso proposte, progetti, iniziative ecc.

Tutte le attività della commissione verranno potenziate man mano che i progetti entreranno a regime con un crescente coinvolgimento di colleghi ricchi

di motivazione e voglia di esprimere e migliorare le proprie competenze. La volontà di questa commissione, che esprime la volontà del consiglio direttivo, è di coinvolgere un numero sempre più alto di colleghi che abbiano voglia di partecipare fattivamente alla vita del collegio. La disponibilità non è solo possibilità di fare ma soprattutto impegno e condivisione di esperienze con colleghi che lavorano e credono nella crescita della professione.

COMMISSIONE AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

Il Referente della Commissione è A.M.L. Polimeno e gli altri componenti sono Mario Esposito, Matilde Napolano e Marco Tosini.

Il Collegio IPASVI di Roma, nel 2006, ha dato vita a numerose iniziative formative organizzate presso la sua sede ed in altre, in rapporto anche al numero dei partecipanti. Dal punto di vista della percezione della qualità degli eventi formativi, la valutazione effettuata dai partecipanti alle singole iniziative, è risultata più che positiva.



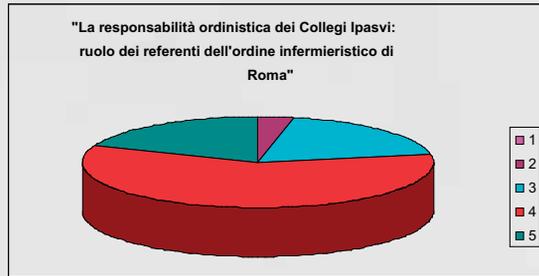
Evento: "La responsabilità ordinistica dei Collegi IPASVI: ruolo dei referenti dell'ordine infermieristico di Roma"

3 Edizioni

Totale partecipanti = 90

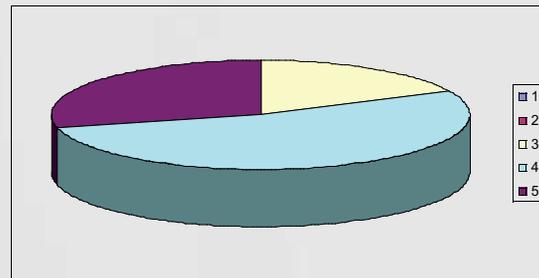
Rilevanza

non rilevante	0
poco rilevante	3
abbastanza	17
rilevante	53
molto rilevante	17



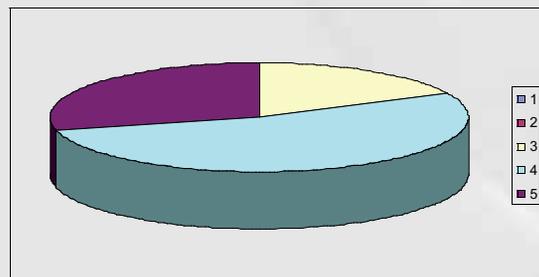
Qualità

scarsa	0
mediocre	1
soddisfacente	14
buona	50
eccellente	25



Efficacia

inefficace	0
parzialmente efficace	0
abbastanza efficace	16
efficace	48
molto efficace	26



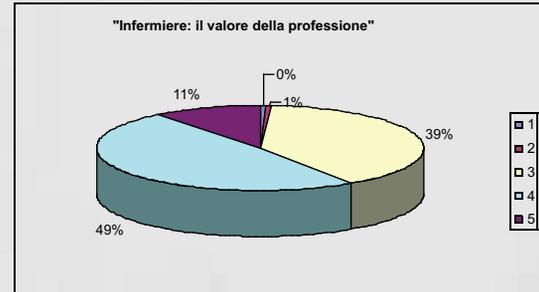
Evento: "Infermiere: il valore della Professione"

1 Edizione

Totale partecipanti = 1669

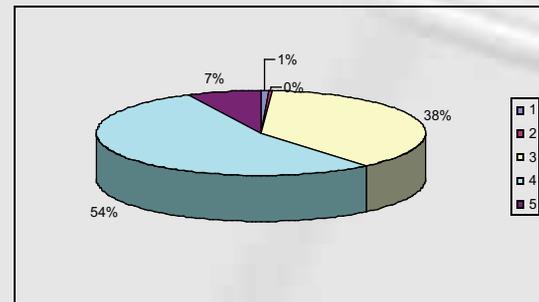
Rilevanza

non rilevante	8
poco rilevante	12
abbastanza	655
rilevante	813
molto rilevante	181



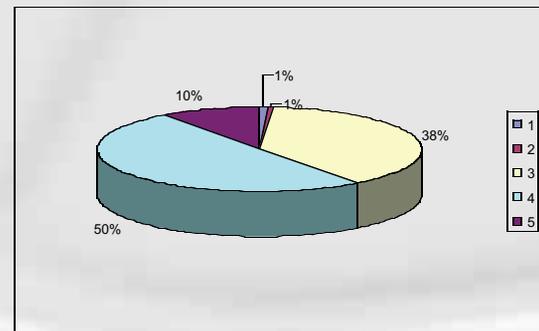
Qualità

scarsa	12
mediocre	7
soddisfacente	632
buona	897
eccellente	121



Efficacia

non rilevante	14
poco rilevante	9
abbastanza	640
rilevante	841
molto rilevante	165



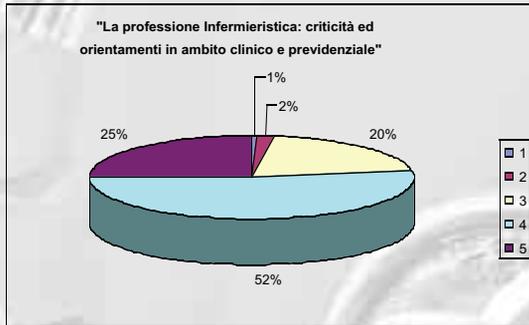
Evento: **"La Professione Infermieristica: criticità ed orientamenti in ambito clinico e previdenziale"**

1 Edizione

Totale partecipanti = 180

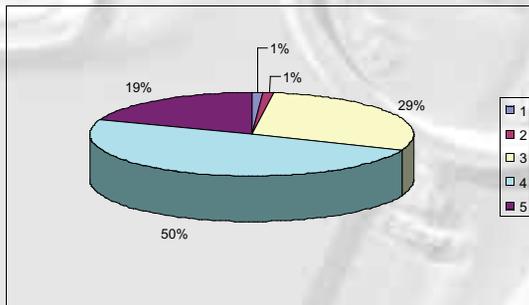
Rilevanza

non rilevante	1
poco rilevante	3
abbastanza	36
rilevante	95
molto rilevante	45



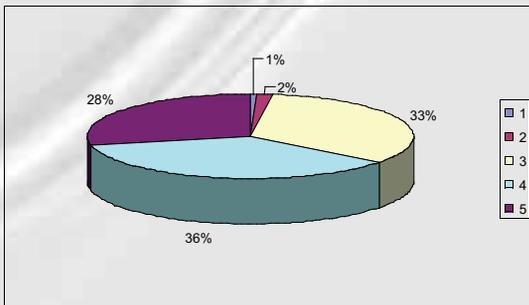
Qualità

scarsa	2
mediocre	2
soddisfacente	52
buona	89
eccellente	35



Efficacia

non rilevante	1
poco rilevante	3
abbastanza	60
rilevante	65
molto rilevante	51



Evento: **"La valutazione del personale nelle organizzazioni sanitarie: strumenti e metodologie"**

1 Edizione

Totale partecipanti = 36

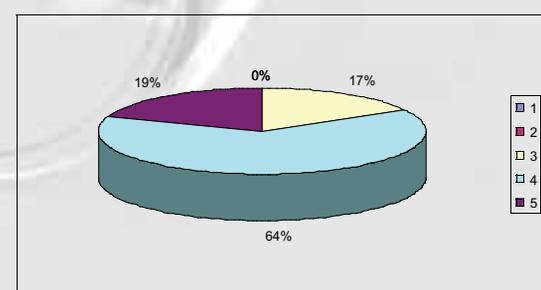
Rilevanza

non rilevante	0
poco rilevante	0
abbastanza	13
rilevante	21
molto rilevante	2



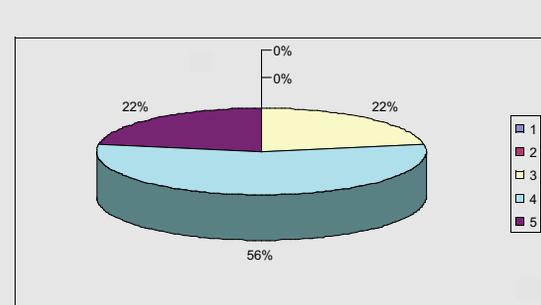
Qualità

scarsa	0
mediocre	0
soddisfacente	6
buona	23
eccellente	7



Efficacia

non rilevante	0
poco rilevante	0
abbastanza	8
rilevante	20
molto rilevante	8



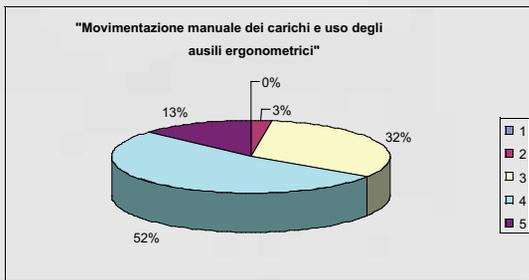
Evento: **"Movimentazione manuale dei carichi e uso degli ausili ergonomici"**

1 Edizione

Totale partecipanti = 38

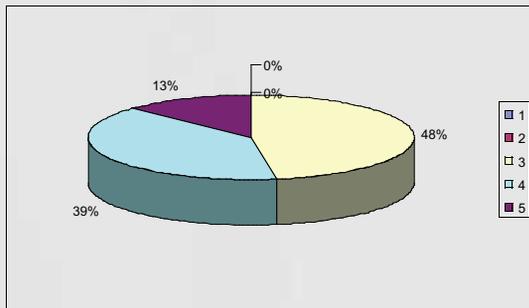
Rilevanza

non rilevante	0
poco rilevante	1
abbastanza	12
rilevante	20
molto rilevante	5



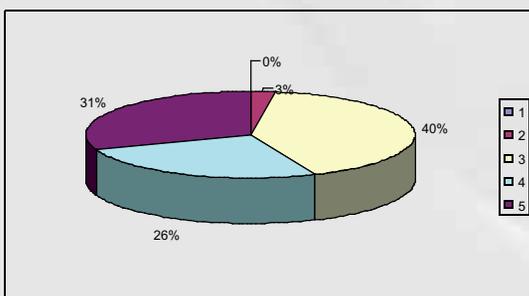
Qualità

scarsa	0
mediocre	0
soddisfacente	18
buona	15
eccellente	5



Efficacia

non rilevante	0
poco rilevante	1
abbastanza	16
rilevante	10
molto rilevante	12



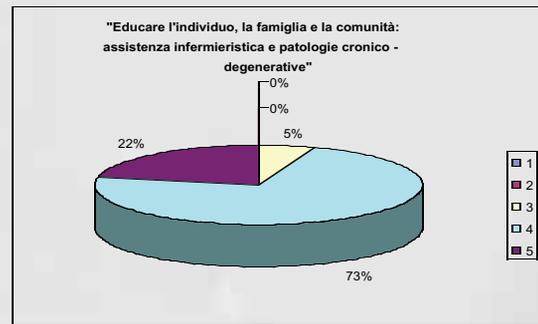
Evento: **"Educare l'individuo, la famiglia e la comunità: assistenza infermieristica e patologie croniche degenerative"**

1 Edizione

Totale partecipanti = 55

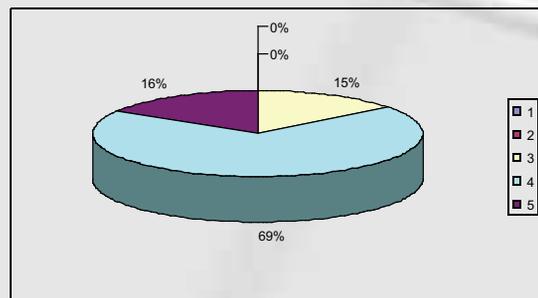
Rilevanza

non rilevante	0
poco rilevante	0
abbastanza	3
rilevante	40
molto rilevante	12



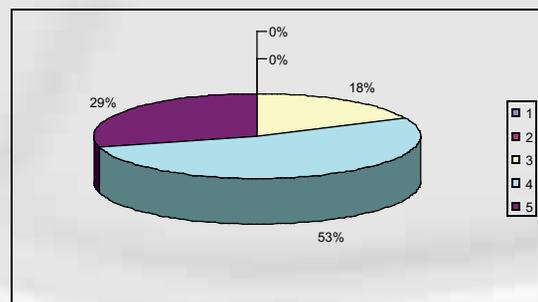
Qualità

scarsa	0
mediocre	0
soddisfacente	8
buona	38
eccellente	9



Efficacia

non rilevante	0
poco rilevante	0
abbastanza	10
rilevante	29
molto rilevante	16



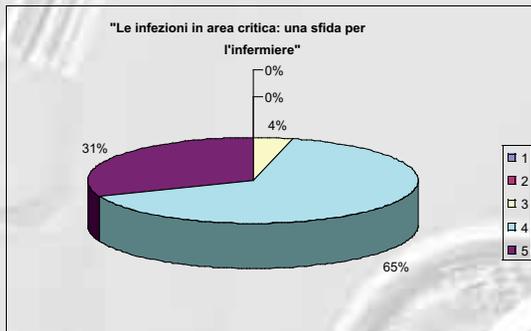
Evento: " Le infezioni in area critica: una sfida per l'infermiere"

1 Edizione

Totale partecipanti = 80

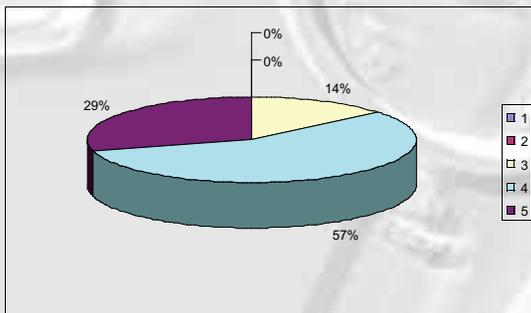
Rilevanza

non rilevante	0
poco rilevante	0
abbastanza	3
rilevante	52
molto rilevante	25



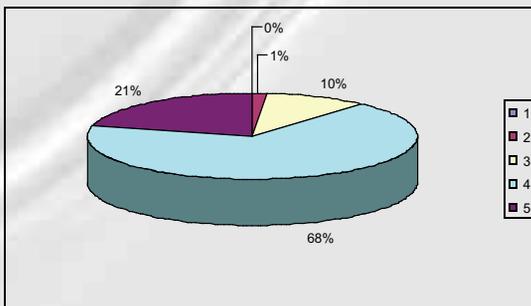
Qualità

scarsa	0
mediocre	0
soddisfacente	10
buona	41
eccellente	21



Efficacia

non rilevante	0
poco rilevante	1
abbastanza	8
rilevante	54
molto rilevante	17



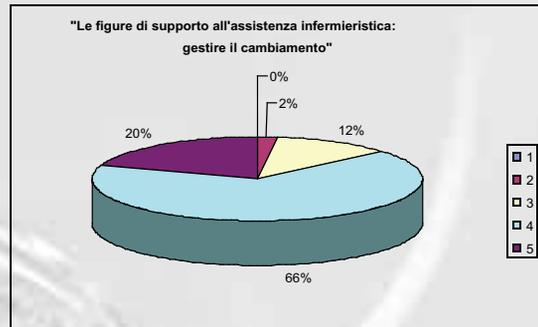
Evento: "Le figure di supporto all'assistenza infermieristica: gestire il cambiamento"

1 Edizione

Totale partecipanti = 51

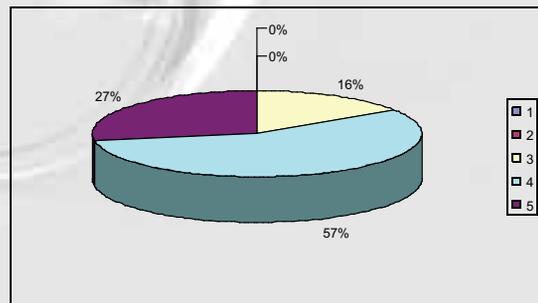
Rilevanza

non rilevante	0
poco rilevante	1
abbastanza	6
rilevante	34
molto rilevante	10



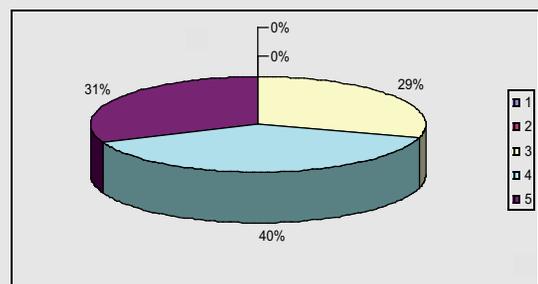
Qualità

scarsa	0
mediocre	0
soddisfacente	8
buona	29
eccellente	14



Efficacia

non rilevante	0
poco rilevante	0
abbastanza	15
rilevante	20
molto rilevante	16



Numerosi sono stati gli incontri della commissione formazione (Maria Cipoloni, Mario Esposito, Ausilia Pulimeno (referente), Marco Tosini) con Società Scientifiche, Università, Organizzazioni Sanitarie (ASL, ASO, IRCSS, strutture private convenzionate e non), Associazioni Infermieristiche e gruppi di colleghi per condividere iniziative formative in collaborazione o tramite patrocinio del Collegio, oltre che per discutere su tematiche che riguardassero la formazione di base, post-base e permanente relativa alla professione infermieristica.

Nel 2007 pensiamo di dover continuare in questo percorso coinvolgendo e facendoci coinvolgere in iniziative formative che mirino sempre di più a migliorare lo status professionale e le competenze infermieristiche e a partecipare a scelte di politica sanitaria riguardanti la formazione in qualsiasi ambito ci sia la possibilità, utilizzando strategie di miglioramento della professionalità infermieristica.

La formazione ECM, nella fase sperimentale, si conclude il 30 giugno 2007 ed è in via di definizione il prosieguo da parte del Ministero della Salute. La Commissione formazione è pronta per nuove iniziative formative sulla base degli obiettivi determinati dalla Commissione Nazionale ECM. Oltre ad essere noi stessi gli organizzatori di alcuni progetti formativi, siamo convinti che la nostra partecipazione attiva a qualsiasi iniziativa formativa per gli infermieri, sia proficua per quello che rappresentiamo per dibattere e condividere principi, scelte e strategie utili per monitorare e implementare l'evoluzione della professione.

Un ambito che vorremo fosse oggetto di approfondimento è la discussione sui valori etici della professione, l'umanizzazione dell'assistenza correlata alla responsabilità professionale, alla sua mission, per rispondere sempre meglio ad una richiesta/diritto del cittadino che riceve assistenza infermieristica.

In particolare sono già stati programmati alcuni eventi formativi (ed è già stato chiesto l'accreditamento ECM):

24 aprile '07 (Ospedale Cristo Re) "Clinica infermieristica in chirurgia laparoscopica: dalla sala operatoria all'U.O. di degenza"

08 maggio '07 (Ospedale Cristo Re) "L'anziano in Chirurgia addominale ed assistenza infermieristica"

24 - 25 maggio '07 - in collaborazione con l'INPS (IRCSS IDI) "Sviluppo e gestione dei processi clinico-previdenziali in ambito infermieristico"

16 giugno '07 (Valmontone - RM) "La sfida del cambiamento: l'Infermiere in psichiatria"

Inoltre è in via di preparazione l'ormai annuale iniziativa in collaborazione con SANIT, che si terrà probabilmente entro il mese di aprile, alla (nuova) Fiera di Roma.

Di particolare importanza pensiamo sia il Viaggio di Studio organizzato dal Collegio in Cina per il mese di giugno (03 - 12) 2007, con un programma interessante che vuole scandagliare, per quanto possibile, sull'organizzazione sanitaria e sulla formazione infermieristica; tale esperienza aggiungerà ulteriori possibilità di scambio culturale.

COMMISSIONE STANDARD PROFESSIONALI E ACCREDITAMENTO DEI PROFESSIONISTI

Nell'anno 2006 la Commissione, costituita da Maria Vittoria Pepe, Francesca Premoselli, Maria Grazia Proietti, Carlo Turci (referente), ha avviato due progetti di organizzazione aziendale:

1. Certificazione da parte di un Ente terzo accreditato (Sincert) delle attività del Collegio IPASVI di Roma per le attività istituzionali.
2. Certificazione da parte di un Ente terzo accreditato che le attività del Collegio IPASVI di Roma siano svolte conformemente ad un Disciplinare di autoregolamentazione.



I progetti, entrambi a valenza strategica, sono fortemente correlati in quanto il raggiungimento del primo facilita il perseguimento del secondo. E' proprio dal secondo che il Collegio, con una buona attività di lancio e diffusione dello standard, potrebbe ricavare i maggiori ritorni in termini di investimento.

Il grado di innovazione che caratterizza il secondo progetto è totale. Si tratterebbe non solo di raggiungere una Certificazione sull'efficienza di gestione attraverso la ISO 9000, quindi rispondere agli iscritti di una corretta organizzazione al loro servizio, ma, e soprattutto di poter dimostrare all'intera Comunità l'efficacia dei servizi erogati.

Progetto ISO 9001



La nostra qualità. Nel mese di ottobre è partito il progetto della Certificazione di Qualità che vedrà coinvolta la struttura nel suo insieme nell'adeguarsi alla conformità alla norma ISO 9001.

Perché questa scelta. Il Consiglio ha ritenuto doveroso, oltre che opportuno, fare questa scelta considerandola una forma di rispetto nei confronti dei propri iscritti, che troveranno sanciti, nei documenti elaborati, i propri rapporti con il Collegio. Ha ritenuto inoltre che il recupero di efficienza, che con l'adozione di un Sistema Qualità si determina, è un innegabile vantaggio sia per chi usufruisce dei servizi sia per chi professionalmente ha il compito di erogarli.

Cosa comporta. Adottare un Sistema Qualità nella struttura, come in tutte le strutture che erogano servizi, comporta

essenzialmente un "riesame" del lavoro quotidiano che, seppure senza grandi sconvolgimenti, condurrà tutti ad operare secondo schemi definiti. Questo è il primo passo per conoscere le attività e successivamente migliorarle. La fase di miglioramento è il vero obiettivo. Migliorare le prestazioni, ascoltare la voce del "cliente" interno ed esterno, progettare con maggiore incisività nuovi servizi, sono target che saranno resi tangibili e il raggiungimento dei quali sarà sotto gli occhi di tutti.

Chi partecipa. "Per fare qualità è indispensabile il contributo di tutti". E' previsto il coinvolgimento più ampio possibile di tutti i soggetti interessati, sia come attività formativa che informativa. Operativamente il Consiglio ha individuato un Gruppo di lavoro che dedicherà parte del proprio tempo alla realizzazione del progetto e costituirà l'interfaccia con la consulenza esterna nella redazione delle procedure, individuate e da individuare. Attraverso riunioni periodiche si analizzeranno le nuove situazioni emerse e si valuteranno quelle pregresse con i relativi "compiti a casa" che è necessario portare avanti tra un incontro e l'altro. E' inoltre opportuno prevedere un aggiornamento costante sul sito e sulla rivista per tenere informati tutti gli interessati alla riuscita dell'iniziativa.

I tempi e lo stato del progetto. La pianificazione di dettaglio delle attività necessarie alla realizzazione del progetto è contenuta nel documento Piano di Commessa allegato. La conclusione del progetto, sancita dalla verifica di certificazione da parte di Ente Terzo accreditato, è prevista tra il 15 - 31 luglio 2007. Lo stato avanzamento del progetto è in linea con quanto contenuto nel Piano di Commessa e precisamente redazione della procedura "Funzionalità attività di sede" (AS03) che corrisponde alla scheda "attività 06" del piano.

Le criticità di questo tipo di approccio sono essenzialmente di:

metodo: la mancanza di attitudine a lavorare per procedure può costituire un ostacolo;

merito: la generalità della norma di rife-

rimento non prevede di entrare nello specifico delle attività e questo non fornisce una "leggibilità" del lavoro intrapreso in termini di risultati immediati. Si otterrà senza meno una maggiore incisività e/o efficienza nell'erogazione dei servizi e nell'organizzazione generale al termine del percorso di implementazione.

Risultati attesi:

1. "Mettere un po' d'ordine nelle attività quotidiane";
2. Predisporre uno schema organizzativo che metta in grado tutti gli interlocutori, interni ed esterni, di interfacciarsi con chiarezza con le funzioni individuate, definendo le aspettative e misurandole con i risultati attesi;
3. Acquisire visibilità attraverso il raggiungimento di un target riconosciuto a livello internazionale;
4. acquisire gli strumenti "esportabili" (LINEE GUIDA) di come una struttura di servizi può dotarsi di uno standard organizzativo.

PROGETTO CERTIFICAZIONE DI PROCESSO/SERVIZIO



Che cosa è il Disciplinare. E' un documento quadro che raccoglie gli impegni che si intendono assumere nei confronti dei *stakeholders* (portatori di interessi): Iscritti; Organi Istituzionali; Utenti del Sistema Sanitario, Comunità. L'obiettivo del Disciplinare è dimostrare la "*Capacità del Collegio di Roma di valutare i requisiti all'eccellenza degli iscritti*" Ovvero concedere al professionista che agisce nella provincia di Roma la possibilità di richiedere al Collegio la certificazione dei propri requisiti all'eccellenza contenuti nella specifica. La richiesta può arrivare dal Servizio Infermieristico o dal professioni-

sta stesso ma la certificazione riguarda i requisiti del professionista.

I requisiti all'eccellenza contenuti nel Disciplinare riguardano 4 macro argomenti:

1. Organizzazione e gestione
2. Clinica
3. Ricerca e formazione
4. Qualità e sicurezza

I tempi e lo stato del progetto. La conclusione del progetto è prevista dopo aver ottenuto la certificazione ISO 9001 e comunque entro dicembre 2007. L'individuazione dell'obiettivo del Disciplinare costituisce lo stato di avanzamento del progetto per il quale verrà redatto, a breve, un Piano di Commessa dedicato.

RELAZIONE COMMISSIONE RICERCA



La Commissione Ricerca Infermieristica, composta da Maria Grazia Proietti, Alessandro Stievano e Marco Tosini (referente) nell'anno appena trascorso è riuscita ad ottenere risultati molto importanti.

Il più importante è stata la conclusione della ricerca infermieristica sul "**NEAR MISS**", realizzata in collaborazione con numerosi nosocomi romani, l'AO "San Martino" di Genova e l'Università di Toronto. I primi risultati sono stati presentati nel mese di febbraio nel contesto di SANIT 2006.

Ancora in corso è la collaborazione tra il Collegio IPASVI di Roma e l'ASP (Agenzia di Sanità Pubblica) per una ricerca e sperimentazione in vari ospedali romani e della regione Lazio sull' "**iter diagnostico - terapeutico - assistenziale**" nei

pazienti ultrasessantacinquenni affetti da frattura di femore. Questo progetto vede il Collegio coinvolto in prima persona anche nella formazione dei rilevatori; la fase sperimentale inizia nel mese di maggio 2007 e dura circa 6 mesi. Sulla base dei risultati ottenuti, le linee guida saranno estese a tutti gli altri ospedali della Regione.

Altro progetto di ricerca che il Collegio sta portando avanti è quello in collaborazione con IGIEA, riguardante la **gestione del rischio da movimentazione manuale dei pazienti.** Il progetto prevede la formazione dei rilevatori, attraverso un corso accreditato ECM, la sperimentazione inizierà a partire dal mese di maggio in vari ospedali, sia romani che della provincia.

Come già pubblicato sul sito e sul numero 3/2006 della rivista "Infermiere Oggi", il Collegio, su proposta della Commissione, ha dato il via alla terza edizione del **Concorso a 6 borse di studio per lavori di ricerca infermieristica**, di cui 3 riservate a studenti infermieri. La scadenza dei termini per la presentazione è prevista alle ore 12 del 30 settembre 2007.

Infine la collaborazione con la Commissione Documentazione, biblioteca e ricerca bibliografica e con la Commissione Aggiornamento e formazione sicuramente è stato uno dei punti di forza del nostro lavoro e sempre più sarà intensificato, per arrivare ad un grande progetto unitario che riguarda la ricerca infermieristica.

COMMISSIONE RAPPORTI INTERNAZIONALI

Ausilia Pulimeno, Alessandro Stievano, Emanuela Tiozzo

La società complessa, caratterizzata dal



superamento delle visioni *unilineari* dell'esistenza, dal superamento della frammentarietà dei singoli saperi, dall'approccio interdisciplinare alla soluzione dei problemi, dal profondo cambiamento dell'esperienza del tempo e dello spazio per tutti gli abitanti del nostro pianeta, dall'aumento vertiginoso delle comunicazioni e dei processi di immigrazione e di emigrazione, impone al professionista infermiere di sviluppare nuove competenze per rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica della persona. Il nostro mondo simultaneo frutto della rivoluzione informatica e dell'interdipendenza dei paesi poveri da quelli opulenti occidentali *ha proiettato le persone portatrici di culture "altre" al nostro fianco.* L'intensificazione degli scambi, la circolazione della popolazione, la diffusione dei messaggi e degli stili di vita che costituiscono la cultura di massa, hanno come effetto la distruzione dell'autonomia e della relativa unità interna delle culture separate e danno luogo a situazioni culturali nuove, ibride, contaminate, meticce.

Nella società complessa in cui l'infermiere si trova ad esperire la sua opera professionale, la sua nozione d'identità professionale è multipla, dinamica e riflette la varietà di fili intrecciati che si strutturano nella sua formazione professionale e nel suo processo di educazione continua in medicina. E' emersa in questo anno, quindi, con forza, la assoluta necessità da parte del Collegio Ipasvi di Roma di:

- *individuare 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;*
- *mantenere rapporti con il Ministero della Salute per il riconoscimento dei titoli professionali di infermieri provenienti da altri Paesi;*
- *sviluppare 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;*
- *migliorare la conoscenza sull'assistenza a pazienti provenienti da diversi contesti di riferimento e sulla realtà degli infermieri operanti a Roma e*

Provincia provenienti da realtà culturali altre, iscritti al Collegio Ipasvi di Roma;

In questo quadro strutturale si è resa evidente la necessità di aprire, secondo le aree di intervento già prefissate dal Collegio Ipasvi di Roma, presso la sede dello stesso Collegio, Viale Giulio Cesare 78 -00192 – Roma, il 2° e il 4° lunedì di ogni mese, dalle ore 16,30 alle ore 18,00, a cominciare da lunedì 12/02/2007, uno sportello informativo per infermieri stranieri che permetta una migliore conoscenza dell'ambito sanitario, delle dinamiche iscritte nel contesto sanitario pubblico e privato, degli articolati normativi riguardanti la professione infermieristica da parte dei colleghi stranieri e d'altro canto una migliore conoscenza dei colleghi stranieri presenti nella realtà lavorativa della Provincia di Roma.

A tal proposito, dovrà essere costruito un questionario conoscitivo e di approfondimento infermieristico per sondare, con i colleghi infermieri rappresentanti delle maggiori etnicità infermieristiche, la realtà lavorativa degli infermieri stranieri ed effettuare, in tal modo, un censimento degli infermieri provenienti da altre nazionalità iscritti al Collegio Provinciale di Roma.

Attività che si intendono realizzare nel 2007:

- un censimento degli infermieri provenienti da altre nazionalità iscritti al Collegio Ipasvi della Provincia di Roma;
- un Gruppo di Lavoro permanente degli infermieri stranieri iscritti al Collegio IPASVI di Roma rappresentante le maggiori etnicità presenti nel territorio di Roma e Provincia;
- 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 la realizzazione di tali obiettivi si avvarrà della collaborazione di infermieri esperti nell'infermieristica trans/interculturale e di infermieri provenienti dalle culture maggiormente rap-

presentate nell' area urbana di Roma e nella Provincia.

Inoltre la Commissione intende migliorare gli scambi culturali tra professionisti attraverso la promozione della conoscenza della lingua inglese. Per tale obiettivo un intervento che pensiamo di organizzare è un percorso formativo per piccoli gruppi di inglese e inglese scientifico, presso la sede del Collegio.

COMMISSIONE DOCUMENTAZIONE, BIBLIOTECA E RICERCA BIBLIOGRAFICA

Rapporto relativo all'attività della Biblioteca del Collegio Ipasvi per l'anno 2006. Il Referente della Commissione Carlo Turci componenti Matilde Napolano e Nicola Barbato

1. UTENZA

Nell'anno 2006 la Biblioteca è stata frequentata da n.1046 utenti per la consultazione *finalmente esercitata due pomeriggi a settimana*, il lunedì e il giovedì, si è così registrato un incremento percentuale del 35,31% rispetto all'anno passato (utenti del 2005: 773). L'interrogazione della banca dati Cinahl effettuata prevalentemente il martedì mattina, con l'assistenza del personale, ha raggiunto il numero di 101 utenti rispetto ai 91 dello scorso anno con un incremento del 10,98% rispetto all'anno precedente.

I dati annuali confermano la tendenza generale estremamente positiva riscontrata negli ultimi anni. La struttura bibliotecaria è sentita dall'utenza come valido centro di gestione ed accesso alla documentazione scientifica infermieristica.

La maggioranza degli utenti è 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, si rileva così una crescente capacità di orientamento, di utilizzo degli strumenti bibliotecari e delle fonti, fino ad una fruizione per l'aggiornamento personale e per la ricerca infermieristica; si evidenzia poi una proficua frequentazione anche da parte di studenti e infermieri stranieri.

Consueta è la frequentazione da parte dei docenti universitari, per l'aggiornamento personale e la ricerca scientifica; si riconosce un loro impegno programmatico nell'orientamento degli studenti all'uso delle fonti scientifiche, conducendo, talvolta, intere classi alla consultazione in biblioteca. Questo lavoro educativo, assieme a quello del personale della biblioteca, teso a fornire/segnalare strumenti informativi per le diverse necessità dell'utenza, produce una disinvoltata utilizzazione da parte degli studenti ed una continuità nel frequentare la struttura.

Le diverse fasi formative dell'utenza comportano differenti approcci alla ricerca documentaria: è 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 ricerca bibliografica. La lingua inglese, poco conosciuta da gran parte dell'utenza, rappresenta sempre l'ostacolo oggettivo nella consultazione della letteratura scientifica sia sul cartaceo, sia sul web.

L'utilizzo delle **postazioni informatiche** per la navigazione su internet è monitorato, per motivi legali e statistici. Si richiede infatti di compilare un modulo con dati anagrafici, indicazione della postazione usata, orario di navigazione ed elenco dei siti visitati. L'accesso è stato di 106 utenti, il numero non comprende gli accessi agli OPAC (SBN, ACNP ecc) finalizzati a localizzare fonti cartacee non reperite in sede, e quindi considerati parte della consultazione.

Gli utenti dichiarano nei moduli di usare i principali motori di ricerca, per reperire documentazione su un particolare soggetto, di consultare siti istituzionali (www.ipasvi.it, www.ministerodellasalute.it, www.regionelazio.it, www.gazzettaufficiale.it), siti per la ricerca, di associazioni ed altro (www.infermieri.com, www.nursesarea.it, Aniarti, Pubmed, www.antognoli.it, www.cancer.org ecc.). C'è un'ampia forbice nelle competenze informatiche dell'utenza, cresce il numero delle persone che lo utilizza in comple-

ta autonomia, ma persistono persone che hanno bisogno di essere orientate ed assistite.

Lo spazio riservato all'orientamento dell'utenza, per la **ricerca bibliografica su materiale cartaceo**, risulta in generale, meno gravosa: la distribuzione dell'utenza, seppure cresciuta, su due pomeriggi di consultazione permette di soddisfare le richieste in modo non convulso e di seguire attentamente l'utente nel percorso di acquisizione bibliografica; la disponibilità dei cataloghi cartacei in sede e sul sito del Collegio permette un accesso autonomo, consapevole e critico alle fonti. Parte degli utenti arriva in biblioteca con richieste mirate, avendo già consultato 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.

L'interrogazione della **banca dati Cinahl**, come accennato, ha visto un discreto incremento; l'interrogazione assistita è sempre impegnativa in quanto, come detto, non essendo diffuse né la conoscenza della lingua inglese, né le modalità di interrogazione, è necessario con ciascun utente riformulare parole di accesso e stringhe di interrogazione.

Si riscontra certamente una crescente capacità, maturità nell'usare gli strumenti e il materiale tradizionali della biblioteca, contro una diversificata capacità di utilizzare le fonti informatiche.

Si registra una generale soddisfazione dell'utenza per l'ampliamento della consultazione. La redistribuzione su due pomeriggi aumenta il tempo dedicato a ciascun utente, conseguentemente migliora la qualità dell'orientamento e delle risposte date ai bisogni di documentazione e di informazione. La crescita dei numeri conferma il consolidarsi del rapporto biblioteca-utenza ed il perseguito obiettivo di dare il più ampio accesso al patrimonio bibliografico.

2. PATRIMONIO BIBLIOGRAFICO

2.1. Riviste

Nel 2006 la biblioteca ha mantenuto il proprio patrimonio bibliografico, in particolar modo per ciò che concerne le riviste

ste straniere, che costituiscono, considerata l'esigua produzione nazionale, strumento elettivo per la ricerca bibliografica assieme alle banche dati.

Al 31.12.2006 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, cessate, ricevute in omaggio dagli editori, o in regime di scambio con i diversi Collegi Ipasvi del territorio nazionale.

La collezione dei periodici, in particolare quelli stranieri, caratterizza la biblioteca del Collegio conferendole una ricchezza, quasi esclusiva, nella gestione della conoscenza infermieristica, come testimoniano le numerose richieste di Document Delivery da parte di biblioteche biomediche per testate possedute esclusivamente dal Collegio; si segnala a proposito che, in occasione della sottoscrizione degli abbonamenti 2007, la collezione è stata ulteriormente incrementata, per coprire le aree di interesse ancora scoperte, si aggiungono quindi nuovi titoli quali: *Advances in Neonatal Care*, *Journal of Family Nursing*, *Advances in Skin and Wound Care*, *Journal of Orthopaedic Nursing*, *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *Journal for Nurses in Staff Development*.

Come consueto l'accesso ai periodici (titoli delle testate, annate possedute, collocazione) è dato da un catalogo aggiornato, sia in versione cartacea che online.

Trattandosi, di fatto, del maggior patrimonio culturale ed economico della biblioteca, necessita sempre di ampie risorse temporali per la gestione, catalogazione, inserimento, riordino.

Aree importanti e sempre frequentate sono quelle dedicate alle pubblicazioni del Collegio, dove la "Collana Arcobaleno" e la Rivista "Infermiere Oggi" sono consultabili e scaricabili, full-text, gratuitamente. Dopo un periodo di assenza causato dai "lavori in corso" del sito, è tornata la pagina della biblioteca dove sono consultabili i cataloghi dei libri e delle riviste (<http://www.ipasvi.roma.it/ita/staticpages/index.php?page=biblioteca>).

Nel catalogo dei 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 in bianco la casella di inserimento e premendo il tasto "invio".

2.2 Monografie

Per quanto riguarda l'incremento delle monografie, la biblioteca ha acquistato nel corso dell'anno, a completamento della precedente cospicua acquisizione, 32 nuovi libri delle più diverse aree, si tratta di novità editoriali e delle nuove edizioni dei manuali, si devono poi aggiungere alcuni libri offerti in omaggio dalle stesse case editrici. Si accenna che con il nuovo anno è stata prevista una nuova, imponente, acquisizione.

2.3 Banche dati

La biblioteca sottoscrive annualmente l'accesso via web alla banca dati CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), strumento elettivo per la ricerca infermieristica. L'accesso autonomo alla banca dati è possibile nei pomeriggi di apertura della biblioteca, la consultazione con l'assistenza del personale bibliotecario si svolge invece il martedì mattina, per appuntamento. Il suo utilizzo è fortemente raccomandato, nei luoghi di formazione universitaria e nella stessa biblioteca, ad oggi le consultazioni autonome rilevate (12) sono da considerare un grande successo rispetto agli anni scorsi. Gli utenti in totale sono stati 101, si registra quindi un incremento dall'anno passato del 10,98%.

L'utenza si rivolge alla banca dati per vagliare in modo esaustivo la documentazione bibliografica relativa ad un particolare soggetto, nel più ampio panorama internazionale, confortata dalla concreta possibilità di reperire i documenti presso la stessa biblioteca, o per reperire documenti su temi innovativi, poco trattati in ambito italiano; è uno strumento particolarmente utile per argomenti di interesse clinico o teorico-scientifico.

L'assistenza data nella consultazione della banca dati è finalizzata, oltre lo scopo immediato, ad introdurre lo stu-

dente/ricercatore all'uso dell'interfaccia per successive consultazioni autonome. Si sollecita la partecipazione dell'utente chiedendo di preparare le parole chiave in inglese, espressione degli argomenti da individuare e che, poste in correlazione, identifichino un numero limitato di documenti rilevanti; la risposta dell'utenza è in relazione al grado di formazione raggiunto, è generale l'aspettativa di usare nell'interrogazione un linguaggio naturale.

2.4 On line: notizie dal Collegio IPASVI di Roma. Il nuovo sito internet del Collegio

L'abbiamo annunciato, era nell'aria, ci abbiamo lavorato molto e l'estate è stata il banco di prova del nuovo sito web del Collegio Ipasvi di Roma.

Cambia pelle, stile, filosofia. Al passo coi tempi e con le evoluzioni tecniche, ma allo stesso tempo, uno strumento "piegato" alla professione infermieristica: un "portale" per gli infermieri di Roma e provincia.

Accanto ai servizi istituzionali (quindi non ci abbandona né la "collana arcobaleno", né la rivista "Infermiere Oggi" in formato digitale e neppure gli atti dei corsi e convegni del Collegio), se ne affiancano altri, con una maggiore interattività:

News; un servizio, a cura della redazione, che segnala le ultime novità nel mondo infermieristico e della salute nel mondo. La vera novità è che anche gli utenti registrati al sito possono contribuire alla segnalazione di articoli, attraverso la funzione "scrivi" del portale. Le news sono consultabili attraverso l'homepage, oppure attraverso l'archivio storico suddiviso per categorie.

Funzioni utente; ovvero, la registrazione univoca del visitatore. Attraverso la registrazione (gratuita) avrete accesso a servizi altrimenti preclusi ai visitatori "anonimi", come la segnalazione di siti web, l'invio di articoli alla redazione, la fruizione del "calendario ecm personalizzato" oppure all'invio via email degli articoli che vi interessano. Altri servizi sono in via di attivazione, sempre dedicati agli utenti registrati. Collabori con il Collegio? Sei un referente o appartieni ai gruppi di studio? Se sì, stiamo

approntando delle Aree dedicate esclusivamente a te. Se no, ti aspettiamo tra i collaboratori per far parte dei gruppi. Chiedi ai consiglieri del Collegio come fare.

Calendario Ecm; la segnalazione dei convegni, corsi ed incontri, ora avviene attraverso un calendario. Le segnalazioni degli eventi prossimi in arrivo avvengono anche in homepage. Se non volete mancare ad un appuntamento, aggiungete l'evento al vostro "calendario personale", e non vi passerà inosservato. Potete utilizzare il Calendario personale anche come un calendario tradizionale, aggiungendo i vostri impegni quotidiani, e rimarrà visibile e fruibile solo a voi (comodo se volete avere a portata di mouse tutti i vostri appuntamenti, convegni o ricorrenze)

Supporto Tecnico; siete in panne? Avete problemi? Vi serve aiuto per risolvere problemi tecnici o di accesso? Una pagina dedicata, costantemente aggiornata, cerca di spiegare tutti i servizi del Collegio, come funzionano e gli errori più frequenti. Se siete completamente persi, una email segnalata a fondo di questa pagina vi metterà in contatto direttamente con il gestore tecnico del sito.

(a cura di Fabrizio Tallarita Webmaster del Collegio IPASVI di Roma webmaster@ipasvi.roma.it)

3. PROSPETTIVE

I dati annuali di gestione sono estremamente positivi, confermano la necessità e l'adeguatezza degli investimenti programmati per la Biblioteca – Centro di Documentazione, il raggiungimento di uno standard di soddisfazione stimola certo ad un'ottimizzazione ed incremento dei servizi, si sente indispensabile per esempio un prossimo servizio di Document Delivery per l'utenza stessa, limitatamente a documenti (articoli) localizzati in biblioteche di altre città o non aperte alla consultazione. Ad oggi, però, le risorse assicurate prevedono un costante incremento del patrimonio bibliografico della biblioteca (periodici e monografie) ed una priorità operativa per il progetto in essere della Banca Dati ILISI (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche) che è il massi-

mo obiettivo che il Collegio di Roma si è prefisso per la valorizzazione della conoscenza infermieristica italiana e della Biblioteca IPASVI, di cui si specifica meglio a seguire. Lo strumento bibliografico, prodotto nel centro di documentazione, darà rapido accesso alla letteratura italiana scientifica, sarà a disposizione dell'utenza e, via-web, della comunità infermieristica.

3.1 ATTIVITA' DELLA COMMISSIONE BIBLIOTECA, DOCUMENTAZIONE, RICERCA

La commissione ha raccolto nel corso del 2006, oltre alle professionalità dei Consiglieri Carlo Turci, Matilde Napolano, Nicola Barbato, anche la disponibilità di esperti di Scienze infermieristiche applicate al mondo della documentazione informatica come Fabrizio Tallarita, Alessandro Montevocchi, nonché esperti della formazione e della ricerca quali Giovanna Finocchi, Patrizia Nappini, Eleonora Bruno, Alessandro Stievano, inoltre hanno partecipato ai lavori quali esperte di biblioteconomia Alessandra Bonfigli, bibliotecaria originaria del Collegio IPASVI, e Edvige Fanfera, attuale collaboratrice esterna responsabile della gestione della biblioteca.

La commissione come consueto promuove la diffusione della conoscenza infermieristica attraverso un'ottimizzazione dei servizi bibliotecari, la preparazione di eventi formativi inerenti la ricerca infermieristica, la creazione di strumenti bibliografici che facilitino la ricerca stessa. Si specificano quindi i progetti in essere.

La commissione nel 2006 ha:

dato priorità assoluta al Progetto di Indicizzazione delle Riviste Italiane di Scienze Infermieristiche, nominato da ora in poi Progetto ILISI (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche).

aggiornato i contenuti del Corso *"LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NELLE DISCIPLINE INFERMIERISTICHE. METODOLOGIE E STRATEGIE DI INDAGINE"*, le cui relazioni sono finalizzate alla nuova edizione, necessaria, del libro *"Le fonti multimediali per la ricerca infermieristica"*;

istituito il nuovo Corso *"L'INDICIZZAZIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE"*, pro-

pedeutico per la realizzazione di una banca dati bibliografica".

3.2 PROGETTO ILISI

Il progetto, con il proficuo lavoro di tutti i membri della commissione, ha raggiunto la sua definizione completa ed è operativo, se ne rappresentano sinteticamente i tre obiettivi fondamentali raggiunti, che permettono ora di varare l'iniziativa, indicandone organizzazione e scadenze: La banca dati è gestita da un'applicazione web gratuita, WIKINDEX, la cui interfaccia è stata tradotta per facilitare l'utenza.

E' stato redatto il Thesaurus Italiano di Scienze Infermieristiche (ThiSI) Il vocabolario controllato (Thesaurus) dei termini preferiti è indispensabile per l'indicizzazione preordinata, ha la duplice funzione di impianto cognitivo che organizza la conoscenza, quindi strumento per l'indicizzatore, e di vocabolario di accesso per il ricercatore; a dicembre 2006 è stata elaborata una prima versione, tenendo conto delle linee guida per la costruzione e lo sviluppo dei thesauri monolingue (norma UNI/ISO 2788: 1993). Riferimenti generali sono stati il Mesh, il vocabolario utilizzato dal Karolinska Institute, il core curriculum del Corso di Laurea in Infermieristica, il profilo professionale; il vocabolario è organizzato su tre livelli gerarchici (Categorie, Descrittori maggiori, Descrittori minori).

E' prevista una periodica revisione sulla base delle esigenze segnalate dal gruppo degli indicizzatori. Esiste l'opportunità di registrare la proprietà intellettuale del ThiSI da parte del Collegio IPASVI di Roma, sulla scorta dell'esperienza di altri Thesauri.

La commissione, ha ritenuto di creare con il progetto un'ulteriore occasione di crescita culturale e professionale per i colleghi infermieri interessati alla ricerca e alla gestione della conoscenza infermieristica "italiana", ha quindi deciso di selezionare colleghi capaci e motivati fra i partecipanti del Corso *"L'INDICIZZAZIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE Corso propedeutico per la realizzazione di una banca dati bibliografica"*. L'evento formativo, concepito per dare validi conte-

nuti (16 crediti), autonomi rispetto al progetto, è stato, in questa fase, finalizzato a individuare persone preparate, capaci con il loro impegno di sostenerlo. Le persone individuate sono chiamate a partecipare ad un'ulteriore fase formativa, si tratta di incontri quindicinali presso il Collegio, in cui i colleghi indicizzano gli articoli sul software, monitorati dai tutor.

ORGANIZZAZIONE DEL PROGETTO ILISI – GRUPPO DI LAVORO

Poiché il processo di indicizzazione ha nei suoi riferimenti teorici la necessità di verificare periodicamente l'adeguatezza e l'adesione dello strumento principe, il thesaurus, ai contenuti della disciplina che va ad indicizzare, è necessario un sistema di aggiornamento periodico. Fondamento del progetto è quindi la creazione di un gruppo di lavoro coeso, in comunicazione paritaria continua (via e-mail), che periodicamente si incontra (10 riunioni nel corso dell'anno) per riflettere sull'attività svolta e raccogliere i nuovi suggerimenti che nascono dall'esperienza e dal materiale visionato (ipotesi di nuovi descrittori) per giungere alla revisione semestrale o annuale del ThiSI (accrescimento "controllato").

Funzionalmente è necessario individuare tre livelli gerarchici:

1° Referenti di Collegio: C. Turci, M. Napolano

2° Gruppo di Progetto: E. Bruno, A. Bonfigli, E. Fanfera, G. Finocchi, P. Nappini, A. Montevicchi, F. Tallarita.

3° Indicizzatori: 20-25 persone.

Al primo livello compete trasmettere, rappresentare, l'indirizzo e le decisioni del Collegio relativamente al progetto in generale, al secondo competono le decisioni relative ai contenuti delle discipline infermieristiche e biblioteconomiche, da assumere però dopo attento ascolto, ed eventuale negoziazione, degli apporti e delle istanze portati dal terzo livello, quello degli indicizzatori, i quali non devono essere intesi come meri esecutori di compiti, ma parte creativa del processo stesso.

INDICIZZAZIONE RESIDENZIALE

La banca dati è sul web, quindi l'indicizzatore accede con password, via internet, dalla propria abitazione. Assunto l'impe-

gno di indicizzare le testate di cui è omaggiato da parte del Collegio, può svolgere il lavoro in autonomia, secondo i tempi editoriali e propri.

Il mandato di indicizzazione è di utilizzare esclusivamente il ThiSI ufficiale (revisione approvata), quindi di non prendere decisioni autonome rispetto all'uso di nuovi descrittori, ma di segnalare su apposite schede eventuali incongruenze dei descrittori legate ad uno specifico documento; quando la segnalazione data sarà assunta nella revisione del Thesaurus, sarà possibile modificare l'indicizzazione del documento con il nuovo descrittore.

Relativamente all'indicizzazione delle annate pregresse, l'indicizzatore dovrà prelevare presso il Collegio i fascicoli fotocopiati.

Poiché vengono utilizzati computer e connessioni personali è contemplato un rimborso/record per le spese sostenute.

OBIETTIVO ANNUALE DI INDICIZZAZIONE – ABBONAMENTI RIVISTE

Individuate 30 riviste italiane fra le più note di Scienze infermieristiche, dei Collegi IPASVI, di area sanitaria e giuridica, l'ambizioso obiettivo annuale è di inserire nel database tutti gli articoli delle riviste dal 2005 al 2007, entro dicembre 2007.

Per un'annata corrente e due pregresse si calcolano circa 4000-4500 articoli.

L'inserimento delle sole annate correnti (circa 1500- 2000 articoli all'anno) sarà obiettivo possibile dal 2010 in poi, terminato l'inserimento del pregresso (sino al 2000). Il progetto prevede quindi che il Collegio sottoscriva un pacchetto di doppi abbonamenti delle riviste italiane a favore degli indicizzatori. Si ritiene che questo sia necessario fino a quando la Banca Dati ILISI non abbia raggiunto una discreta consistenza e visibilità, sarà allora possibile contattare le diverse Case Editrici e proporre loro di omaggiare il progetto di un abbonamento, in cambio della diffusione bibliografica data ai contenuti delle loro riviste.

PATTO COLLEGIO-INDICIZZATORI

La Commissione è consapevole che la vulnerabilità del progetto è nell'adesione "volontaria" degli indicizzatori. Rappre-

sentare loro le potenzialità del progetto, le diverse motivazioni di crescita culturale e professionale, per sé e la disciplina infermieristica, il prestigio di far parte dell'iniziativa, unica in Italia, la nuova competenza acquisita, la disponibilità gratuita di un abbonamento, ha permesso oggi di catturare entusiasmo e disponibilità di persone sensibili al tema, già attivamente impegnate nella formazione, nella clinica e nella dirigenza, ma è prevedibile e fisiologico che nel tempo, la complessità del compito richiesto, fattori contingenti professionali o personali possano far scemare la loro collaborazione, compromettendo la sostenibilità del progetto stesso, a prescindere dal dispiego di risorse intellettuali ed economiche per esso impiegate.

Nel corso dei lavori si è concepita quindi l'idea di un Patto Collegio – Indicizzatore, un formale impegno da sottoscrivere, un'assunzione di responsabilità da parte dell'indicizzatore rispetto al lavoro individuale da svolgere e alla partecipazione all'intero Progetto, che dipende dall'insieme degli apporti individuali, il Collegio dalla sua si impegna a sostenere con forza il Progetto, a tutelare ed assicurare visibilità ai contributi individuali dati, a gratificare il rapporto di collaborazione nelle modalità attualmente consentite: disponibilità personale di un abbonamento ed un rimborso/record per le spese sostenute. Si confida che entusiasmo e tensione morale possano tutelare il forte investimento di conoscenze e risorse economiche messe in atto per la disciplina infermieristica.

COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE

La Commissione è composta da Nicola Barbato, Francesca Premoselli, Gian-

franco Del Ferraro, Maurizio Fiorda (Referente), Laura Sabatino. La Commissione si avvale della consulenza del legale del Collegio per individuare gli ambiti operativi rispetto alla libera professione.

La Commissione supporta il Consiglio Direttivo nell'attività di vigilanza sui professionisti iscritti:

- iscrizione all'albo dei professionisti, sia per coloro che svolgono attività individuale che per coloro che svolgono attività in forma associata;
- iscrizione alla Cassa di Previdenza pubblicità sanitaria;
- esercizio esclusivo della professione rispetto delle norme etiche e deontologiche;

Inoltre la Commissione fornisce consulenza agli iscritti su;

- significato della libera professione;
- strumenti della libera professione – regolamento/tariffario;
- aspetti tecnico-professionali.

Gli obiettivi per l'anno 2007 prevedono:

- 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;
- Osservatorio sulla "libera professione" attraverso l'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, aggiornata ogni sei mesi.

Il “registro delle ricerche” uno strumento per mappare la produzione scientifica degli infermieri al Collegio IPASVI di Milano-Lodi

di Paola Gobbi

INTRODUZIONE

Viviamo ed operiamo in un periodo nel quale ci si interroga sulla qualità dell'assistenza sanitaria e sui suoi costi elevati: le aziende sanitarie, gli amministratori delle stesse, gli Ordini Professionali e soprattutto gli utenti del Servizio Sanitario Nazionale si aspettano che i professionisti documentino l'efficacia dei loro servizi (Hinshaw, 2000; Hinshaw, Feetham e Shaker, 1999; Rosswurm e Larrabee, 1999; Titler, 1999). Prioritariamente si chiedono: *“In che modo i servizi infermieristici fanno la differenza?”* Il messaggio è chiaro: il modo in cui consumatori ed operatori percepiscono il valore del contributo degli infermieri determina il ruolo della professione in qualunque sistema futuro di erogazione dell'assistenza (Buerhaus, 1996; Rosswurm e Larrabee, 1999).

Gli standard della *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO, 1999) richiedono, per l'accreditamento, che le aziende sanitarie implementino quei programmi che siano in grado di dimostrare il collegamento tra l'assistenza di qualità ed i risultati economicamente efficaci per il paziente.

Il *Cabinet and Council on Nursing Research dell'American Nurses Association* (ANA, 1997) ha riconosciuto il bisogno di ricerca a tutti i livelli della disciplina infermieristica. I membri della

commissione hanno proposto che tutti gli infermieri debbano essere impegnati in questo progresso attraverso la conduzione di ricerche e l'utilizzo del materiale da esse derivato nell'attività pratica.

L'indagine scientifica promuove la responsabilità, che è uno dei tratti distintivi della professione infermieristica e uno dei concetti fondamentali del Codice Deontologico degli infermieri (2001), stabilito dall'ANA. Questa responsabilità è stata riconosciuta anche per gli infermieri italiani sia dalle norme che regolano l'esercizio professionale, sia dagli ordinamenti didattici e dal Codice deontologico del 1999.

Il Consiglio Internazionale delle Infermiere (ICN) ha prodotto, nel 1987, questa definizione di ricerca infermieristica: *“Ha l'obiettivo di sviluppare le conoscenze nell'assistenza alla persona sana o ammalata. E' volta alla comprensione dei meccanismi genetici, fisiologici, sociali, comportamentali ed ambientali che influiscono sulla capacità della persona o della famiglia di mantenere o migliorare una funzionalità ottimale e ridurre gli effetti negativi della malattia.”*

Il Rapporto del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa (1996) definisce la ricerca infermieristica come *“la strategia per offrire nuove conoscenze scientifiche, le quali contribuiscono ad elevare gli standard di assistenza infermieristica”*. Nel documento sopra citato il termine “ricerca” viene impiegato in modo molto specifico per parlare di ricerca fondamentale e/o applicata, svolta da infer-

mieri, nell'ambito della pratica e dei servizi, della formazione e dello sviluppo della teoria infermieristica.

Da quanto finora esposto, appare giustificata la scelta di attingere dal settore della ricerca, applicata alla disciplina infermieristica ed in particolare alla clinica, il tema da affrontare nel lavoro di tesi.

Il rapporto degli infermieri con la ricerca è sempre stato un po' controverso: mentre in linea di principio la professione ne dichiara l'importanza per la pratica e per la progressione delle conoscenze, nel quotidiano essa viene vissuta e considerata come qualcosa che appartiene ad altri e quindi scarsamente praticabile.

I motivi alla base di questo vissuto sono diversi:

- povertà di conoscenze sulla metodologia della ricerca;
- mancanza di tradizione di ricerca nella professione;
- non riconoscimento, da parte degli altri professionisti, della possibilità ed importanza che gli infermieri facciano ricerca;
- mancanza di opportunità, in termini di tempi e risorse (umane ed economiche).

Nonostante le difficoltà esiste fortunatamente una produzione originale di ricerca da parte degli infermieri, limitata (per ora) in Italia, più importante all'estero (Di Giulio, Tognoni, 1999). La diffusione di Internet e soprattutto delle riviste, sia a livello nazionale che internazionale, ha reso più facile anche per gli infermieri rendere visibile questa produzione scientifica, attraverso la pubblicazione di scritti e articoli.

La domanda iniziale, che ha dato vita a questo lavoro, scaturita anche dalla circostanza di ricoprire un ruolo istituzionale all'interno dell'ordine professionale degli infermieri, è stata:

Esiste una produzione scientifica "originale" da parte degli infermieri milanesi e lodigiani? Se sì, è pubblicata o comunque resa visibile al di fuori della propria realtà lavorativa? Ha una autorevolezza, sia dal punto di vista metodologico che dei contenuti, tale che i risultati possano essere esportati e condivisi dagli altri colleghi?

Un ruolo fondamentale allo sviluppo della ricerca in ambito infermieristico, in particolare nel settore clinico-assistenzia-

le, può e deve essere svolto dagli organismi di rappresentanza della professione (Federazione Nazionale IPASVI, Collegi Provinciali e Associazioni). Rientrano infatti tra i compiti istituzionali dei Collegi sia la promozione di iniziative formative, sia l'elaborazione di progetti ed il sostegno (anche economico) a favore della ricerca. L'articolo 3.1 del Codice Deontologico dell'Infermiere va proprio in questa direzione: *"L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci. L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica."*

Il Collegio IPASVI di Milano-Lodi, che conta quasi ventimila infermieri iscritti, ha sempre avuto un'attenzione particolare al tema della ricerca. Da alcuni anni è stata attivata una apposita Commissione, con destinazione di risorse professionali ed economiche *ad hoc* e, tra gli obiettivi del mandato del triennio in corso (2006 - 2008) l'attuale Consiglio Direttivo ha previsto di *"sviluppare la ricerca per una nuova cultura orientata all'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi, anche attraverso l'Evidence Based Nursing; di migliorare l'accesso alle fonti bibliografiche attraverso Internet e la consultazione indicizzata dei testi e delle riviste presenti in biblioteca; di potenziare i network internazionali e il forum sulla ricerca per la realizzazione e validazione di linee guida e protocolli al fine di implementare percorsi di best practice"*.

Obiettivi:

Lo scopo della tesi è rappresentato dalla stesura del progetto cartaceo di realizzazione di un *data base* che avrà la funzione di registrare, classificare, "mappare" la produzione scientifica originale degli infermieri iscritti al Collegio IPASVI di Milano-Lodi.

Il punto di partenza della costruzione dello strumento può essere così sintetizzato:

"Il divario tra le conoscenze basate sulla ricerca e la loro applicazione nella prati-

ca è un problema conosciuto, ma non per questo meno allarmante. Le pubblicazioni di rilievo relative alla scienza infermieristica e ai risultati della ricerca sono, in larga misura, sconosciute al di fuori degli ambienti accademici. Il primo passo verso l'utilizzo di tali informazioni è quello di trovare la via ed i mezzi, per facilitare la divulgazione dei lavori di ricerca". (Consiglio d'Europa, 1996)

Due erano gli obiettivi che si volevano raggiungere:

- 1. l'individuazione degli elementi strutturali fondamentali dello strumento**, che consentono – una volta realizzato il data base – di estrapolare velocemente dai lavori di ricerca/tesi inseriti i dati/le informazioni principali (*processo di indicizzazione*). I dati relativi ad un articolo formano il *record*, che è l'unità del database, e si chiamano *campi del record*. Infatti la funzionalità di un database dipende in modo essenziale dalla sua progettazione; la corretta individuazione degli scopi del registro e quindi delle tabelle, da definire attraverso i loro campi e le relazioni che le legano, permette poi una estrazione dei dati più veloce e, in generale, una gestione più efficiente.
- 2. la definizione, in modo rigoroso, dei criteri di inclusione dei lavori di ricerca/tesi**, criteri che consentiranno al comitato scientifico del Collegio, incaricato di questo compito, di selezionare i lavori di ricerca e tesi proposti dai propri iscritti e permettere, quindi, il loro inserimento nella banca dati.

Materiali e metodi

Per la definizione degli elementi fondamentali dello strumento o *campi* (obietti-

vo n.1) è stata condotta una ricerca e successiva analisi di:

- **banche dati bibliografiche sanitarie**: EMBASE (The Excerpta Medica Database); MEDLINE-PUBMED
- **banche date secondarie**: The Cochrane Library (CDSR, DARE e CENTRAL); Clinical Evidence; EBM Guidelines
- **registri di sperimentazioni cliniche**: ClinicalTrials.gov; International Clinical Trials Registry Platforms (OMS); DEC-net; Osservatorio Nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali (OsSC)
- **banche date bibliografiche infermieristiche**: CINAHL (Cumulate Index to Nursing&Allied Literature); NURSING LIBRARY (The Virginia Henderson International Nursing Library, fondata dalla nota teorica con l'obiettivo di offrire a tutti gli infermieri nel modo l'accesso on line alle informazioni che riguardano la disciplina infermieristica, in modo che siano facilmente utilizzabili e condivise).
- **registri infermieristici**: attraverso il sito dell'*International Council of Nurses* (ICN) sono stati reperiti gli indirizzi dei siti di associazioni infermieristiche internazionali che si occupano di ricerca (*vedi box 1*).

Ogni sito è stato consultato, alla ricerca degli strumenti elaborati dalle singole associazioni per archiviare i lavori di ricerca degli infermieri. Molti siti rimandano a database di cui si è già parlato all'inizio del paragrafo (Medline, Cinahl, Cochrane Library), dove effettivamente è possibile accedere agli articoli pubblicati dagli infermieri su riviste indicizzate..

Box 1 : Associazioni infermieristiche di ricerca

[A.R.S.I - Association de Recherche en Soins Infirmiers](#)

[The Canadian International Nurse Researcher Database \(CNRD\)](#)

[Council on Health Research for Development \(COHRED\)](#)

[Global Forum for Health Research](#)

[nurse2nurse.ie online network of irish nurses](#)

[SCGH Medical Research Site](#)

[Working Group of European Nurse Researchers](#)

Dato l'obiettivo della tesi "mappare la produzione scientifica (recente e in corso di svolgimento) degli infermieri iscritti al Collegio Ipasvi Milano-Lodi, attraverso l'utilizzo di uno strumento appositamente predisposto", sono due i siti del box 1 che contengono uno strumento originale, elaborato dalle stesse associazioni, con lo scopo di archiviare la produzione scientifica dei propri iscritti e quindi autoalimentato dai lavori, anche non pubblicati, degli infermieri. In particolare questi database vogliono raggiungere le tesi prodotte dagli infermieri sia al termine del percorso di base, sia della formazione post base.

ASSOCIATION DE RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS - A.R.S.I

[\(www.arsi.asso.fr/\)](http://www.arsi.asso.fr/)

Questa associazione francese con sede a Clermont de L'Oise ha come obiettivi di:

- ⇒ sviluppare, sostenere e diffondere la ricerca
- ⇒ fare formazione in questo ambito
- ⇒ collaborare a progetti di ricerca in Francia, Europa e a livello internazionale.

Nella sezione "Banque de données Recherche en Soins Infirmiers" sono elencati gli obiettivi che hanno portato l'associazione a creare un data base di ricerche infermieristiche, in collaborazione con la [Banque de Données de Santé Publique \(B.D.S.P.\)](#), data base di risorse scientifiche destinato agli operatori sanitari, sostenuto dal governo francese e gestita dalla Scuola nazionale di sanità pubblica, con accesso gratuito dal 1° gennaio 2006. Nel data base infermieristico sono contenuti tutti gli articoli della rivista scientifica "Recherche en Soins Infirmiers" (R.S.I., circa 500 attualmente), con la possibilità di ricercare ciò che interessa attraverso l'autore, le parole chiave riferite ai contenuti dell'articolo, il titolo dell'articolo stesso.

IRISH NURSES ORGANISATION (Federazione degli Infermieri Irlandesi)

www.ino.ie

Il sito della Federazione degli Ordini degli infermieri Irlandese ospita un'interessante sezione con un proprio indirizzo web www.nurse2nurse.ie dedicato alla diffusione su larga scala della conoscenza scientifica propria della disciplina

infermieristica. Tutti gli infermieri irlandesi, con la propria password (numero di iscrizione all'ordine, previa registrazione), hanno libero accesso alle risorse di:

- Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL)
- British Nursing Index (BNI)
- Medline
- Più di trenta riviste di Infermieristica e Ostetricia con articoli in *full text*

La ricerca nelle banche dati può essere effettuata anche attraverso apposite directory, suddivise per argomento di natura clinico-assistenziale e specializzazioni del *nursing*. Gli infermieri irlandesi sono poi invitati a pubblicare le proprie ricerche, inviando un *abstract* ad un indirizzo di posta elettronica. I requisiti per poter pubblicare sono l'originalità della ricerca; gli autori (infermieri o ostetriche irlandesi) i lavori di tesi o *report* di casi, revisioni, ricerche condotte all'interno del proprio contesto lavorativo.

Per la definizione dei criteri in base ai quali il comitato scientifico del Collegio, incaricato a questo compito, selezionerà i lavori di ricerca e tesi proposti dai propri iscritti e li inserirà nel data base (obiettivo n.2) si è fatto riferimento ai seguenti documenti, internazionali e nazionali:

- Consiglio internazionale delle infermiere. *Guidelines for Nursing Research Development*. Ginevra, 1987;
- Organizzazione Mondiale della Sanità e Centre for Health and Medical Education., *Leadership for health for all the challenge to nursing. A strategy for action*. Ginevra, 1987;
- Consiglio d'Europa. *Ricerca infermieristica. Rapporto e Raccomandazioni*. Strasburgo, 29 aprile 1996
- Comitato centrale Federazione IPASVI (a cura di). *La ricerca infermieristica in Italia - Linee guida per la ricerca infermieristica*, 2003.

Risultati

Obiettivo 1: La realizzazione dello strumento

Il registro delle ricerche classificherà la produzione scientifica degli infermieri milanesi e lodigiani in:

- lavori di ricerca e lavori di tesi
- ricerche completate, ricerche in corso e quelle programmate per il futuro

Per ogni lavoro di ricerca segnalato al

Collegio verranno estratti i dati principali (*processo di indicizzazione*) che costi-

tuiranno i diversi campi del data base (vedi tabella 1)

Tabella 1: l'indicizzazione dei lavori di ricerca e di tesi

Informazioni generali	<p>Numero di iscrizione al registro Autore/i e recapiti* Tipo di ricerca: originale o tesi* Titolo della ricerca/tesi e anno di produzione* Popolazione oggetto dello studio* Parole chiave (max quattro - tratte dal <i>thesaurus</i> di CINAHL) *</p>
	<p><i>Contesto:</i>* - clinica - organizzazione - formazione - professione - etica e legislazione - teoria - altro Sponsor/promotore/conflitti d'interesse degli autori</p>
Caratteristiche dello studio	<p><i>Tipologia dello studio</i> :* - osservazionale - sperimentale - qualitativo - racconto - altro <i>Breve descrizione del protocollo:</i> contesto, obiettivi, ipotesi, materiali e metodi bibliografia di riferimento <i>Se non è ancora concluso:</i> data inizio, data fine, arruolamento in corso (se sì, criteri di arruolamento) <i>Se non è ancora iniziato:</i> protocollo integrale Approvazione del comitato etico</p>
Organizzazione	<p>Lista dei centri attivi Lista dei Paesi coinvolti (per studi internazionali)</p>
Risultati	<p>Sintesi dei risultati (analisi, compresi dati statistici, e discussione) e congruenza con l'ipotesi iniziale; i migliori commenti ai risultati Riferimenti bibliografi (se già pubblicato) Indirizzo del sito web dello studio</p>

Nota: I campi contrassegnati con l'asterisco rappresentano quelli sui quali è possibile effettuare ricerche mirate dello studio o tesi.

Un esempio di indicizzazione di un lavoro di ricerca

Al fine di rendere visibile la proposta dello strumento, si propone l'inserimento nel data base "cartaceo" di un lavoro

di ricerca di infermieri iscritti al Collegio Ipvsi di Milano-Lodi, pubblicato sulla rivista indicizzata *Assistenza infermieristica e Ricerca* (il Pensiero Scientifico Editore) – box 2

Box 2: un esempio di indicizzazione nel registro delle ricerche

INFORMAZIONI GENERALI

Numero di iscrizione al registro

01 RICERCA

Autore* e recapiti

Biasioli Sandro, Destrebecq Anne, Longobardo Susanna, Negri Aurora, Tacconi Paola, Sponton Anna - Servizio Infermieristico, Azienda Ospedaliera San Paolo, Milano

Tipo di ricerca

Lavoro originale

Titolo della ricerca/tesi* e anno di produzione*

Studio di prevalenza sulle lesioni da decubito in un ospedale lombardo, 2001

Popolazione oggetto dello studio*

Adulti, ricoverati, allettati o parzialmente allettati, reparti ospedalieri

Parole chiave*

Prevalence survey – Pressure sore – Support surfaces
Indagine di prevalenza - Lesioni da decubito – Superfici antidecubito

Contesto*

Clinica

Sponsor

Hill Rom, Milano

Conflitti d'interesse

Non dichiarati

CARATTERISTICHE DELLO STUDIO

Tipologia dello studio*

Studio osservazionale, descrittivo, indagine di prevalenza

Breve descrizione del protocollo

Contesto: Azienda ospedaliera S. Paolo, situata nella zona sud-ovest di Milano. Ha un bacino di utenza prevalentemente di anziani. L'ospedale conta di 18 unità operative per un totale di 523 posti letto. Il San Paolo vive il disagio di una carenza cronica di personale infermieristico. L'insorgenza di lesioni da decubito (ldd) è un indicatore importante della qualità delle cure.

Obiettivi dello studio: valutare la prevalenza delle lesioni da decubito nell'ospedale, su tutti i pazienti ricoverati; definire la gravità della lesione; valutare il livello di rischio del paziente; valutare l'utilizzo dei presidi antidecubito

Materiali e metodi: La rilevazione è stata eseguita in una giornata indice da 4 infermieri preparati ad hoc; sono stati osservati tutti i pazienti allettati o parzialmente allettati, per identificare la presenza di lesioni o eritemi persistenti; per tutti i pazienti è stata compilata la scala di Waterloo; le lesioni sono state classificate in 4 stadi, secondo la classificazione di NPUAP.

Bibliografia di riferimento:

Cullum N et al. *Pressure sores*. Clinical Evidence 2000

Cullum N et al. *Beds, mattress and cushions for pressure sore prevention and treatment*. Cochrane Library, 2000

De Astis V et al. *Le lesioni da decubito nella popolazione afferente al nucleo operativo assistenza anziani e RSA post-acuti nella USL 3 genovese*. AIR, 1999

Shea JD. *Pressure sores classification and management*. Clin Orthop Rel Res, 1975

Waterloo.J. *A risk assessment card*. Nursing Times, 1985

Approvazione del comitato etico

Non dichiarato nel protocollo

RISULTATI

Analisi dei risultati principali

Sono stati valutati 320 pazienti, di cui 16 (5%) avevano lesioni da decubito. Escludendo i pazienti con eritema persistente (9), la % scende al 3%. 10 pazienti avevano sviluppato la lesione in ospedale, gli altri erano stati ricoverati già lesionati.

L'81% dei pazienti con lesione è nella fascia di età >70. Ogni paziente aveva solo una lesione. 9 lesioni (56,2%) erano di primo stadio, 4 (25%) di secondo stadio, 1 (6,2%) di 4° stadio e 2 (10%) erano escare. I pazienti già ricoverati con lesione avevano escare (2), una lesione di primo stadio, due di secondo ed una di quarto.

I pazienti a rischio. 170 pazienti (53%) non erano a rischio; dei rimanenti il 22% (71) era a medio rischio, l'11% ad alto rischio ed il 14% (44) a rischio altissimo. Il 25% (128) aveva un punteggio di Waterloo >15. La maggior parte dei pazienti con lesione (87%) aveva un indice >15.

Sede delle lesioni. La maggioranza delle lesioni (9) erano localizzate al sacro, 6 ai talloni e 1 alle scapole.

Uso dei presidi antidecubito. Il 93% dei pazienti a medio rischio, l'86% di quelli ad alto rischio ed il 71% di quelli ad altissimo rischio (valutati con la scala di Waterlow) erano posizionati su un materasso standard ospedaliero.

Discussione

Il numero di pazienti con lesione è molto basso. Questo è in controtendenza con quanto succede in altre sedi, dove si registra una prevalenza media dell'8%. Escludendo gli eritemi persistenti, le lesioni erano 7, di cui 4 insorte prima del ricovero.

Una sola giornata di rilevazione non è sufficiente per poter affermare se il fenomeno delle lesioni da decubito è ben controllato in ospedale. I risultati ottenuti da questo studio sono particolarmente positivi se si considera l'alto numero di pazienti a rischio (il 25% presentava un rischio altissimo). Infatti la maggior parte dei pazienti con lesione faceva parte di questo gruppo (Waterlow>15).

Molti pazienti ad altissimo rischio continuano ad essere posizionati sul materasso standard: si tratta di un comportamento ormai scorretto, in particolare alla luce della recente metanalisi della Cochrane Collaboration.

Riferimenti bibliografici

Biasioli S, Destrebecq A, Longobardo S et al. *Studio di prevalenza sulle lesioni da decubito in un ospedale lombardo*. Assistenza infermieristica e Ricerca 2002; 21(1): 14-16

Obiettivo 2: I criteri di inclusione dei lavori di ricerca e tesi

Ai fini di pubblicizzare, attraverso il "registro delle ricerche", i propri lavori scientifici, gli infermieri iscritti al Collegio IPASVI di Milano-Lodi dovranno produrre:

1. ricerche (in corso o concluse), progetti, lavori di tesi che abbiano come obiettivo la **produzione di nuove conoscenze** per la scienza infermieristica e gli infermieri
2. le nuove conoscenze devono tradursi in **cambiamenti nella pratica professionale**, o costituire progetti finalizzati al cambiamento
3. sono da preferire ricerche svolte nell'ambito della **clinica infermieristica**, che abbiano come popolazione oggetto di studio le persone/pazienti e che si propongono:
 - di migliorare/sviluppare le capacità delle persone di prendersi cura della propria salute e/o benessere
 - di rispondere in modo adeguato ai bisogni/problemi assistenziali dei pazienti, in particolare delle fasce di popolazione più a rischio
 - di ridurre i problemi di salute causati da comportamenti individuali o da condizionamenti ambientali
4. sono altrettanto importanti le ricerche che hanno come **popolazione di studio gli stessi infermieri** e che si propongono:
 - di elevare gli standard di assistenza infermieristica erogata
 - di sviluppare modelli, metodi e strumenti per garantire la qualità dell'assistenza
 - di sviluppare nuovi modelli organizzativi e per la formazione infermieristica, ai vari livelli.
5. le ricerche dovranno seguire un **protocollo ben definito**, ed essere approvate, laddove necessario, dal **comitato etico locale**
6. i **risultati** delle ricerche (ottenuti o che si ipotizza di ottenere) dovranno poter **essere utilizzati** da altri infermieri che si trovano ad affrontare situazioni/problemi simili
7. possono essere inviate:
 - ricerche individuali o di gruppi • infermieristico o multidisciplinari

- effettuate a livello locale o multicentriche
- se trattasi di **tesi**: di **laurea triennale**, di **laurea specialistica** (magistrale), di **master** (in coordinamento, in infermieristica legale e forense, clinici: assistenza in area geriatrica, psichiatrica, critica, pediatrica, salute mentale, ecc)

La realizzazione del registro

Prossimamente lo strumento "il registro delle ricerche" verrà pubblicizzato attraverso il sito del Collegio IPASVI di Milano-Lodi (www.ipasvimi.it), la rivista "lo Infermiere" e tramite lettera inviata ai SITRA delle strutture pubbliche e private di Milano, Lodi e province, alle Università milanesi e alle associazioni professionali con sede in Milano.

I colleghi verranno invitati a segnalare i loro lavori di ricerca/tesi, inviando tutti i riferimenti necessari a consentire la loro eventuale pubblicazione (autori, recapiti, protocollo, articolo, ecc). I lavori saranno selezionati, sulla base dei criteri sopra riportati, da un comitato scientifico istituito presso la commissione Ricerca del Collegio, ed inseriti nel registro, consultabile liberamente e gratuitamente attraverso il sito del Collegio.

Conclusioni

La costruzione dello strumento costituirà un tassello, piccolo ma importante, per il Collegio IPASVI di Milano-Lodi.

Senza la progressione delle conoscenze una disciplina è destinata a morire, o a confluire in un altro contenitore. Ritengo che la professione infermieristica sia sempre più importante nel panorama sanitario nazionale e mondiale; sta a noi, anche e soprattutto attraverso la ricerca, farci trovare pronti a rispondere ai nuovi/vecchi bisogni/problemi di salute che presentano le persone che assistiamo quotidianamente.

AUTORE

Paola Gobbi
Consigliera Collegio Ipasvi di Milano - Lodi

1. AA.VV. *Infermieri e ricerca: contenuti e metodi*. Rivista dell'infermiere 1998; 1:2-57
2. AA.VV. *Ricerca infermieristica: sfida di ieri, necessità di oggi*. Atti del convegno nazionale C.N.A.I., Roma 18-20 ottobre 2001
3. American Nurses Association. *Code for nurses with interpretative statement*. Washington, DC 2001, The Association
4. American Nurses Association. *Implementing nursing's report card*. Washington, DC 1997, The Association
5. Biasioli S, Destrebecq A, Longobardo S et al. *Studio di prevalenza sulle lesioni da decubito in un ospedale lombardo*. Assistenza infermieristica e ricerca 2002; 21(1): 14-16
6. Comitato centrale Federazione IPASVI (a cura di). *La ricerca infermieristica in Italia – Linee guida per la ricerca infermieristica*, 2003
7. Consiglio internazionale delle infermiere. *Codice deontologico per la professione infermieristica* (traduzione a cura di Lolli A.) Professioni infermieristiche 2001; 54(2):108-113
8. Consiglio internazionale delle infermiere. *Guidelines for Nursing Research Development*. Ginevra, 1987
9. Consiglio internazionale delle infermiere. *Migliorare la salute delle persone attraverso la ricerca infermieristica*. Professioni infermieristiche 1996; 49(1):25-44
10. Di Censo A, Cullum N, Ciliska D. *Implementing evidence based nursing: some misconceptions [Editorial]*. Evidence Based Nursing 1998; 1:38-40
11. Di Giulio P. *Una rivista come progetto culturale di ricerca per l'infermiere*. In "Ricerca infermieristica, sfida di ieri, necessità di oggi". Atti del convegno nazionale C.N.A.I., Roma 18-20 ottobre 2001
12. Federazione nazionale Collegi Ipasvi. *Codice deontologico dell'Infermiere*. Roma, 1999
13. Federazione nazionale Collegi Ipasvi. *Linee guida per l'elaborazione dei regolamenti universitari. Laurea in infermieristica. Laurea in specialistica in Scienze infermieristiche*. Protocollo tra Regione e Università per la formazione infermieristica. Roma, gennaio 2002
14. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Accreditation manual for hospitals*. Oakbrook Terrace, IL1999, The Commission
15. Kirkevold M. *The contribution of nursing research. Knowledge about the patient*. A key note paper for the 7° WENR Biennial Conference, Oslo, 1994
16. Lo Biondo-Wood G, Haber J. *Metodologia della ricerca infermieristica*. Mc Graw-Hill, 2004
17. Magri M. *A proposito di ricerca*. Io Infermiere, 2000, 3:24
18. Redazione (a cura di). *Monografia speciale ricerca*. Rivista dell'infermiere 1998; 17(1)
19. Rosswurm MA, Larrabee JH. *A model for change to evidence-based practice*. Image 1999; 31(4):317-322
20. Royal College of Nursing for the UK and Royal College of Midwifery – Annexes 1-4 of the *Report of the Taskforce on the Strategy for Research in Nursing Midwifery and health Visiting*. London, 1999
21. Royal College of Nursing. *Etic related to research in nursing*. London, 1977
22. Sansoni J. *Scrivere e pubblicare un articolo di ricerca: una guida*. Professioni infermieristiche 2000; 53(1):2-10
23. Titler MG et al. *From book to bedside : putting evidence to use in the care of the elderly*. J Qual Improvement 1999; 25 (10): 545-556
24. Tognoni G. *Aneddoti, blob, storie e persone. La narrazione come priorità infermieristica*. Assistenza infermieristica e Ricerca 2005; 24(3):110-12
25. Tranoy KE. *Research and ethical*

- responsability*. The Central Committee for Norwegian Research. Oslo, 1981
26. Tranoy KE. *Science-societ power and form of life*. Oslo, 1986
27. Vellone E, Sciuto M. *La ricerca bibliografica*. Mc Graw-Hill, 2001

Normativa

OMS

- Dichiarazione di Helsinki adottata dalla 18° Assemblea Generale dall'Associazione Medica Mondiale a Helsinki, Finlandia, nel giugno 1964 e nelle successive Assemblee, fino alla 52° Assemblea Generale a Edimburgo, Scozia, nell'ottobre 2000.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). *Formulating strategies for health for all by the year 2000*. Ginevra, 1979
- Organizzazione Mondiale della Sanità. *People's needs for Nursing care: a European study*. Copenhagen, Regional Office for Europe, 1987
- Organizzazione Mondiale della Sanità e Centre for Health and Medical Education., *Leadership for health for all the challenge to nursing. A strategy for action*. Ginevra, 1987
- Organizzazione Mondiale della Sanità WHO *Collaborating centres. General guidelines and information*. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991

Europa

- Consiglio d'Europa. *Ricerca infermieristica. Rapporto e Raccomandazioni*. Strasburgo, 29 aprile 1996
- Ministero della Sanità e dell'azione umanitaria, Francia. *Decreto n. 93/221 del 16 febbraio 1993 relativo alle regole professionali degli infermieri e delle infermiere*. Infermiere Informazione, 1993; 5

Italiana

– generale

- Legge 28 marzo 2001, n. 145. *Ratifica ed esecuzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina. Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta ad Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168, sul divieto di clonazione degli esseri umani*. Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24 aprile 2001

– esercizio professionale

- Ministero della Sanità. *Decreto 14 settembre 1994 n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale degli infermieri*. Gazzetta Ufficiale n. 6 del 3 marzo 1995

formazione/università

- D.P.R. 11/07/1980 n. 382 "Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica"
- Legge 19/11/1990, n. 341 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari"
- D.M. 24/07/1996 "Approvazione della tabella XVIII-ter recante gli ordinamenti didattici universitari dei lavori di diploma universitario dell'area sanitaria, in adeguamento all'articolo 9 della legge 19/11/1990, n. 341"

Internet (ultima consultazione: mese di ottobre 2006)

Siti esteri

Association de Recherche en Soins Infirmiers – A.R.S.I - www.arsi.asso.fr/
 Banque de Données de Santé Publique (B.D.S.P.) - www.bdsp.tm.fr
 CINAHL (Cumulated Index to Nursing & Allied Health Literature) www.cinahl.com
 Clinical Evidence - www.clinicalevidence.org
 Clinicaltrials.gov – www.clinicaltrials.gov
 Cochrane Library - www.cochrane.org
 EBM Guidelines - www.ebm-guidelines.com
 EMBASE (The Excerpta Medica Database) - www.embase.com
 Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International's Virginia Henderson International Nursing Library - www.nursinglibrary.org
 Irish Nurses Organisation - www.ino.ie
 International Council of Nurses (ICN) - www.icn.ch
 International Clinical Trials Registry Platforms - www.who.int/ictcp/en/
 MEDLINE - PUBMED - www.ncbi.nlm.nih.gov
 Workgroup of European Nurse Researchers (WENR) – www.wenr.org

Siti italiani
 AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) – www.aifa.it

Centro EBN Bologna - www.evidencebased-nursing.it

Collegio IPASVI Milano-Lodi - www.ipasvimi.it

Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri (CNAI) - www.cnai.info

Federazione Italiana Collegi IPASVI www.ipasvi.it

Gruppo Italiano per la Medicina basata sulle Evidenze- www.gimbe.org

Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei Farmaci

<https://oss-sper-clin.agenziafarmaco.it/>

Portale sulla salute partecipata e consapevole - www.partecipasalute.it

Progetto di formazione a distanza dell'AIFA per gli operatori sanitari www.aifa.progettoeccc.it

IL COLLEGIO IN TV

Per informarti in tempo reale
su tutto quanto fa... infermiere

Televideo

Regionale RAI

La pagina assegnata

al Collegio Ipasvi di Roma é...

439

L'ASSISTENTE SANITARIO

Petronilla Pacetti – Rita Venditti

Edizioni Universitarie Romane 2006

Pagine 189, euro 17,50

Le autrici sono Assistenti Sanitarie che hanno percorso un iter formativo ed esperienziale nell'ambito dell'assistenza sanitaria molto significativo.

Il testo affronta, per la prima volta in Italia, la ricostruzione del percorso storico-evolutivo degli Assistenti Sanitari ed offre, attraverso il recupero delle sue radici, un'immagine attuale di questa figura. Propone, inoltre, un modello concettuale di riferimento e la sua realizzazione pratica in relazione al bisogno di salute della persona nella sua globalità delineando l'approccio metodologico di un professionista che opera per la promozione della salute e l'integrazione fra sociale e sanitario. Il libro rappresenta attualmente anche l'unico un'importante testo base per gli studenti dei corsi di laurea in Assistenza Sanitaria e uno strumento di riflessione, anche deontologica, per i professionisti che vogliono analizzare le proprie esperienze per affrontare quella separazione tra teoria e pratica che spesso diventa un ostacolo rilevante per chi opera nelle strutture socio-sanitarie.

Ausilia M.L. Pulimeno



Gestione del team infermieristico: strumenti e metodologie

M. Esposito

Gestione del Team Infermieristico Strumenti e Metodologie HOEPLI 2007

Attaverso un linguaggio semplice e concreto, questo libro descrive e contestualizza nella realtà infermieristica, una serie di elementi utili a lavorare in team e al raggiungimento di obiettivi. Gli strumenti e le tecniche presi in considerazione vogliono innanzitutto fornire un metodo scientifico e professionale che possa essere fondante e condiviso dal gruppo. In secondo luogo creare un ambiente relazionale basato sulla condivisione e la standardizzazione di comportamenti operativi, che al di là del contesto geografico e culturale permettano di motivare al cambiamento e al miglioramento attraverso l'applicazione di tali metodologie. Il volume è ricco di esempi ed illustrazioni a colori che permettono di adattare in tempi brevissimi i vari strumenti a qualsiasi realtà operativa. Il testo si adatta e si colloca perfettamente nel panorama culturale odierno volto a promuovere una formazione infermieristica di livello elevato nei diversi corsi universitari.

Emerge in primo piano la valorizzazione di alcuni strumenti operativi necessari per la identificazione immediata delle problematiche che più frequentemente si presentano nella gestione delle human resources e, in virtù di questa, strategie per una risoluzione agevolata delle stesse.

Incentivare i professionisti, gli studenti dei corsi di base, dei master, dei corsi di laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche ad acquisire metodologie di lavoro, che non siano anacronistiche rispetto allo spazio geografico e culturale di riferimento, consente un forte aumento della motivazione al cambiamento e, quindi, una conseguente applicazione delle metodologie stesse.

Sfogliando il libro se ne coglie con immediatezza la matrice artistica e creativa che traspare dall'accurata descrizione degli strumenti di analisi e progettazione delle attività infermieristiche come il **brainstorming**, il **diagramma causa effetto**, il **metaplano**, le **mappe mentali**, **sei cappelli per pensare**, la **ruota di deming**, la **matrice swot**, il **cruscotto direzionale**, la **finestra di johari**, il **tipo tipico**, la **cartella integrata**, la **raccolta dati con visualizzazione**, la **scheda di continuità assistenziale**, l'**ebn**, la **comunicazione attiva**, il **role play** ecc...

Nel testo si apprezzano la diversità e la varietà di ogni tecnica descritta e al di là di ogni migliore aspettativa, il risultato è unico e speciale, mai banale e ne sono la dimostrazione tutti gli schemi, le foto, le vignette inseriti nel testo, veri e propri capolavori frutto dell'impegno e dell'esperienza maturata dall'autore nella sua decennale attività di docente e dei discenti che hanno dimostrato motivazione ed entusiasmo nell'applicazione didattica delle metodologie acquisite.

Dottor Gennaro Rocco



Gli infermieri lo sanno bene: la categoria guadagna la ribalta della cronaca solo per eventi negativi. Così difficilmente i media si distaccano da quello che è ormai divenuto un cliché, dai casi di malasanità a quelli di assenteismo, dagli scandali al consueto refrain sulla carenza di infermieri.

Su quest'ultimo fenomeno, però, continua a mancare l'analisi. E soprattutto la strategia. Su questo fronte quotidiani, periodici, radio e tv propinano titoli e servizi di pura denuncia, spiegando (se va bene) quanti infermieri mancano in questa o in quella struttura. I più avveduti si spingono fino a rimarcare i turni massacranti, i sacrifici e l'abnegazione di tanti colleghi. Ma nulla più di questo.

Perciò il recente articolo di Barry Gallo su "L'Arena di Verona", dal titolo "Infermieri, organici insufficienti" merita una menzione speciale. Non si limita infatti alla solita denuncia delle carenze ma propone analisi e soluzioni concrete per arginare la perdurante emergenza infermieristica. Ne citiamo solo alcuni passaggi: «Il problema vero è la qualità dell'assistenza che per scelte politiche consapevoli di contenimento dei costi si è sempre più degradata. Si fanno grandi interventi sui pazienti, ma poi gli stessi vengono "scariati" in reparto senza un'assistenza adeguata. Questa situazione è sicuramente derivata dall'eccessivo numero di nosocomi, ma anche da scelte a monte quali: il numero chiuso della facoltà di Infermieristica che costantemente produce un numero di infermieri di molto inferiore alla necessità; la creazione di una figura simile all'infermiere generico, figura importante e necessaria nell'organizzazione del lavoro, ma che se diventa il sostituto dell'infermiere che manca porta con sé gravi conseguenze. (...) La riflessione da fare è che il sapere assisten-

ziale è tanto importante quanto quello medico ed è dall'intreccio dei due saperi che si determina una vera qualità sanitaria».

Come detto, raramente gli infermieri finiscono sulla stampa perché autori di gesti e comportamenti positivi. Vale la pena allora segnalare l'articolo con cui il quotidiano "La Sicilia" dà notizia di una giovane paziente ricoverata presso l'ospedale "Vittorio Emanuele" per una banale frattura che, nel giorno di San Valentino, ha tentato il suicidio. Un gesto insano che avrebbe avuto un tragico epilogo se la ragazza non fosse stata salvata da due infermieri del reparto di Ortopedia. I quali, senza pensarci su, hanno afferrato per le gambe la giovane proprio mentre stava per saltare giù da una finestra del quarto piano, in preda ad una crisi ansiosa che i colleghi hanno subito riconosciuto.

Nell'edizione del 6 marzo scorso, "La Nuova Venezia" pubblica una bella storia titolando: "Medaglia a Manuela e Roldan, infermieri coraggiosi". E' la vicenda che ha visto protagonisti due colleghi, Manuela Scantamburlo e Roldan Diaz Garcia, che nel pauroso incendio divampato il 22 gennaio nel reparto di Geriatria dell'ospedale di Noale riuscirono a trarre in salvo ben 27 pazienti. E che per quel soccorso eroico hanno ricevuto un meritatissimo encomio speciale.

Il periodico "Vita Nuova" dedica grande spazio nel numero di marzo 2007 al meritorio esempio umano e professionale di Ines Ubaldi. Lo fa con il servizio da titolo "Quel modo di essere infermiera" in cui riferisce dell'intitolazione a Ines Ubaldi, storica figura dell'infermieristica italiana e fondatrice dell'Associazione delle infermiere cattoliche, della "Casa Protetta di San Leonardo" di Parma. «L'infermiera professionale scomparsa a Parma nel 1983 - si legge nel servizio - conosciuta



per la sua straordinaria dedizione alla professione e ai "suoi" malati. Grazie anche a lei, a metà anni '50, nacque il Collegio Ipasvi di cui fu a lungo presidente. Ines Ubaldi è una di quelle persone che Parma dovrà a lungo ringraziare, sia per la sua umanità sia per la dote, rara, di saper affrontare con umiltà e spirito d'iniziativa le difficoltà degli altri>. Seguono ampi stralci del ricordo scritto da Maria Gabriella De Togni, sua allieva e oggi membro del Consiglio Superiore di Sanità.

Altra notizia che non ha trovato eco sui media a diffusione nazionale è quella pubblicata da "Il Tirreno" il 17 febbraio scorso dal titolo "L'Argentario avrà il 118 a tempo pieno". L'articolo di Paola Tana riferisce di una soluzione innovativa alla grave carenza di infermieri del 118 locale. Sarà il Comune ad assumere un infermiere per potenziare il servizio e renderlo operativo 24 ore al giorno. Si tratta di un espediente di grande interesse per molti comuni marini o montani, che devono assicurare la copertura del servizio in un periodo limitato che coincide con la stagione turistica. La soluzione individuata coinvolge sia la Asl di competenza (che paga l'infermiere quando il servizio H24 è attivo) sia il Comune (che versa alla Asl il corrispettivo del costo per i giorni dell'anno in cui il servizio è inattivo).

Non manca la "buona stampa" infermieristica quanto più ci si avvicina ai territori, alla realtà quotidiana, sulle testate locali. Bello lo zoom sulla professione pubblicato da "La Sentinella del Canadese" il 2 aprile con il titolo "La rete che sostiene il paziente fuori e dentro l'ospedale" sull'esperienza di formazione infermieristica di Ivrea. C'è anche un altro aspetto importante della professione sulle testate locali: l'educazione sanitaria. Ne scrive "La Prealpina" riferendo dell'iniziativa dell'Università dell'Insubria, a Busto Arsizio, che coinvolge in tirocini pratici gli studenti di Infermieristica, chiamati a svolgere lezioni di igiene personale, infortuni domestici e danni da fumo nelle scuole elementari della città lombarda. Il servizio svela un'altra verità. L'ideatore del progetto è un'assessore, che nella vita fa l'infermiere. Ecco, qualche infermiere in più nella vita e nell'amministrazione pubblica farebbe bene a tutti.

La grande stampa, quella nazionale, preferisce altri argomenti. Il "Corriere della Sera" del 4 aprile titola "Siete incinte, niente concorso" sul caso dell'ospedale

Niguarda di Milano, dove una decina di infermieri si sono visti respingere il giorno della prova di un concorso pubblico interno perché temporaneamente a casa per infortunio sul lavoro, malattia o gravidanza a rischio.

"Il Sole 24 Ore Sanità" del 3 aprile presenta con taglio positivo l'innovazione di un ambulatorio infermieristico nel bel mezzo di un centro commerciale. Il servizio (siglato M. Per. dal titolo "Al centro commerciale spunta l'infermiere") racconta dell'esperienza pilota in corso in uno shopping center dell'Olgiate, a Roma. Sulla scia di analoghe iniziative sperimentate da tempo negli Stati Uniti, in Spagna e in Gran Bretagna, si riferisce di costi più contenuti rispetto al ticket del Pronto Soccorso per le prestazioni non urgenti e di un'ampia offerta di servizi (monitoraggio dei parametri pressori, bendaggi e cura delle ferite, trattamento delle piaghe da decubito, iniezioni endovenose, intramuscolari e sottocutanee di farmaci e vaccini, fluidoterapia, cateterismi e drenaggi, nutrizioni enterali e parenterali, ecc.). Conclude il servizio: <È chiaro che l'iniziativa punta a colmare un vuoto esistente sul territorio, un buco nella maglia dei servizi extraospedalieri. L'anomalia tutta italiana per cui, se serve un'iniezione, ci si rivolge ad amici e familiari. E raccoglie la sfida dell'invecchiamento della popolazione, penetrando nella breccia aperta dalle dimissioni sempre più precoci dall'ospedale>.

Per chiudere, non può non essere citato il caso dei colleghi inglesi, alle prese con una situazione difficile almeno quanto la nostra, tra stipendi miseri e personale che scarseggia sempre più. Qui, come riferisce "Internazionale" del 26 marzo, la vulcanica autrice Noreena Herz, docente all'Università di Cambridge, perora la causa degli infermieri lanciando appelli affinché si investa molto e bene sulla formazione infermieristica. Alla sua ultima campagna hanno aderito già molte stelle del calcio britannico. Ogni calciatore devolverà lo stipendio di un giorno agli infermieri inglesi fra i quali sarà distribuita la somma raccolta. Un giorno particolare: il 13 maggio, ultima giornata del campionato inglese che coincide con la fine della Settimana internazionale dell'assistenza infermieristica". Se l'iniziativa avrà successo, considerando che l'ammontare giornaliero dei compensi di tutti i calciatori della prima divisione è di circa 2,2 milioni di euro, sarà stata davvero una buona idea.

IL POTERE DISCIPLINARE NEL RAPPORTO DI LAVORO INFERMIERISTICO

di Alessandro Cuggiani

In più di un'occasione è stato affrontato il tema della responsabilità dell'infermiere sia civile sia penale e all'interno della responsabilità civile si è fatto cenno alla responsabilità disciplinare.

Questo articolo è il primo di una serie di articoli che tratteranno il tema della responsabilità disciplinare nel rapporto di lavoro dipendente degli infermieri.

L'alto tecnicismo della materia mi ha indotto ad operare alcune semplificazioni e quindi a non trattare temi importanti (per gli esperti in diritto del lavoro) a favore di una maggiore comprensibilità del tema esposto.

In ogni caso, ho riportato gli estremi delle norme perché i più curiosi possano avere dei riferimenti concreti e magari un punto di partenza per un approfondimento della materia.

La responsabilità disciplinare è tipica del rapporto di lavoro subordinato (privato o pubblico) in cui il lavoratore dipendente è sottoposto al potere direttivo e al potere disciplinare del datore di lavoro (artt. 2094, 2104, 2105, e 2106 cod. civ. applicabili anche al rapporto di pubblico impiego in virtù del rinvio operato dall'art. 2, comma 2, d.lgs. 165 del 2001).

Stipulato il contratto di lavoro, il lavoratore deve adempiere alle proprie obbligazioni (la principale è lo svolgimento della prestazione lavorativa) "con la diligenza richiesta dalla natura della prestazione dovuta" e "osservando le disposizioni per l'esecuzione e per la disciplina del lavoro" impartite dal datore di lavoro (art. 2104 cod. civ.). Inoltre, il lavoratore non può svolgere attività in favore

di altri soggetti in concorrenza con l'imprenditore o comunque che possano arrecare pregiudizio (art. 2105 cod. civ.). Per la verità quest'ultima disposizione è tipica del rapporto di lavoro privato (quello, per intenderci, che di regola si instaura ad esempio, tra un infermiere e una casa di cura ancorchè convenzionata, o con un laboratorio di analisi etc.) mentre nel rapporto di pubblico impiego si applica, più propriamente, la disciplina sulle incompatibilità e sul divieto di cumulo di impieghi e incarichi previsto in generale dall'art. 53 d.lgs. 165/01 (salve le deroghe previste dal medesimo articolo). Il rapporto di lavoro (pubblico o privato) nasce da un contratto. Dal contratto derivano a carico delle parti delle obbligazioni. L'inadempimento anche parziale da parte del lavoratore alle proprie obbligazioni comporta che (in forza della norma citata) è in potere del datore di lavoro di applicare una sanzione disciplinare.

*** **

Il potere disciplinare è, come abbiamo detto, un potere proprio del datore di lavoro che può esercitare con ampio margine di discrezionalità. Ad esempio, il datore di lavoro può sanzionare una determinata condotta nei confronti di un dipendente e invece soprassedere, per un fatto analogo, nei confronti di altro dipendente.

Questo potere, quindi, è previsto dalla legge ma nasce dal contratto (di lavoro) e può subire delle limitazioni, come ha subito proprio da questi atti: la legge e il contratto (collettivo).

La disposizione di legge che ha temperato la discrezionalità del potere disciplinare è l'art. 7 L.300/70 (lo statuto dei lavoratori) applicabile –seppure solo in parte– al rapporto di pubblico impiego in forza dell'espresso rinvio operato dall'art.55 d.lgs. 165/01.

Analizziamo questi limiti.

Le norme disciplinari relative alle sanzioni e alle infrazioni in relazione alle quali ciascuna di esse può essere applicata ed alle procedure di contestazione delle stesse, devono essere portate a conoscenza dei lavoratori mediante affissione in luogo accessibile a tutti. Queste sono le parole dell'art. 7 che al comma 1 introduce il principio della **pubblicità del codice disciplinare**.

Insomma, per non ridurre una potestà giuridica a mero arbitrio, il Legislatore impone al datore di lavoro l'affissione del codice disciplinare che deve contenere l'indicazione anche sommaria o per categorie di fatti che sono considerati illecito, i tipi di sanzione e i criteri di collegamento tra illecito e sanzione.

La legge prevede che il codice disciplinare sia predisposto con un regolamento d'azienda e cioè con un atto unilaterale del datore di lavoro.

Generalmente però questo è concordato con le organizzazioni sindacali e si trova all'interno dei contratti collettivi.

L'art. 7, come abbiamo visto, prevede che il codice disciplinare sia "affisso" e la giurisprudenza ha interpretato la norma in senso piuttosto rigido nel senso di non ammettere forme diverse di pubblicità (quali, ad es., la consegna a mani del lavoratore del contratto collettivo contenente il codice). Pertanto se il codice disciplinare non è affisso in luogo accessibile a tutti, la sanzione irrogata è nulla.

Questa regola subisce un temperamento solo per il licenziamento disciplinare, ossia licenziamento irrogato per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo.

Il licenziamento è la più estrema delle sanzioni disciplinari e si applica solo nei casi più gravi di inadempimento del lavoratore.

Il motivo per cui la mancata affissione del codice disciplinare non inficia la validità del licenziamento, è che esso trova il suo fondamento e quindi la sua motivazione direttamente nella legge.

La giusta causa è una causa (l' inadempimento)

tanto grave che non consente la prosecuzione, neppure provvisoria, del rapporto (art.2119 cod. civ.). Si parla più comunemente di "licenziamento senza preavviso".

Il giustificato motivo soggettivo consiste in un notevole inadempimento degli obblighi contrattuali del lavoratore (art.3 L. 604/66).

Prima di tutto occorre soffermarci sulle garanzie procedurali, disciplinate dall'art. 7 L.300/70 e dall'art. 41 CCNL sanità privata del 2003 (per il settore della sanità privata); per il settore pubblico le garanzie sono contenute nell'art. 55 d.lgs. 165/01 e nell'art. 12 CCNL sanità pubblica del 2002.

Innanzitutto, la Legge codifica le sanzioni disciplinari che sono: il richiamo verbale, il rimprovero scritto, la multa fino a 5 ore di retribuzione, la sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di 10 giorni.

A queste, che sono definite sanzioni conservative, si aggiunge il licenziamento che è la sanzione espulsiva.

L'art. 7 prevede in linea di principio che, a parte il richiamo verbale, tutte le altre sanzioni devono essere precedute dal "contraddittorio" tra gli interessati, che si svolge in questo modo: l'azienda deve necessariamente contestare per iscritto al lavoratore, a pena di inefficacia della sanzione, i fatti che gli vengo addebitati quali illecito disciplinare. Sempre secondo l'art. 7, il lavoratore ha cinque giorni di tempo per presentare le sue giustificazioni scritte e per chiedere (se lo ritenga opportuno) di essere ascoltato di persona a sua discolpa anche assistito da un rappresentante sindacale. Soltanto quando sia esaurito il termine per le giustificazioni allora il datore può applicare la sanzione disciplinare.

L'art. 41 del CCNL sanità privata recepisce l'art. 7 CCNL senza apportare modifiche (che, peraltro, potrebbero essere solo migliorative per il lavoratore e, quindi, più garantiste). Nel settore privato, quindi, il procedimento per applicare una sanzione disciplinare è quello appena descritto ossia è quello generale previsto dalla legge.

Invece, la contrattazione del settore pubblico apporta delle deroghe a beneficio del dipendente che, in questo modo, si vede maggiormente garantito.

Anche in questo caso la contestazione

del fatto illecito deve avvenire per iscritto, ma entro 20 giorni da quando l'ufficio istruttore è venuto a conoscenza del fatto.

Nel comparto pubblico, è obbligatorio che l'Amministrazione convochi il dipendente per sentirlo a sua discolpa. Alla convocazione può partecipare, su richiesta dell'interessato, un rappresentante sindacale ovvero altro procuratore cui il dipendente conferisca mandato. Se il lavoratore non si presenta, trascorsi inutilmente quindici giorni dalla convocazione per la difesa del dipendente, la sanzione viene applicata nei successivi quindici giorni.

Con il consenso del dipendente la sanzione applicabile può essere ridotta, ma in tal caso non è più suscettibile di impugnazione.

Il procedimento disciplinare deve conclu-

dersi entro 120 giorni dalla data della contestazione dell'addebito. Qualora non sia stato portato a termine entro tale data, il procedimento si estingue. Questa norma, per la verità, è contenuta nell'art. 29 CCNL sanità pubblica del 1995; tuttavia essa è ancora applicabile in virtù del rinvio contenuto nell'art. 12 del CCNL ultimo.

*** **

Questo scritto è sicuramente ostico da leggere per i non addetti ai lavori ma lo ritengo impartante per diffondere la cultura delle regole del rapporto di lavoro e spero che contribuisca a conoscere la realtà del lavoro come "contratto" e quindi come fonte di obblighi e diritti.

Avv. Alessandro Cuggiani

in pillole

Farmaci equivalenti, via alla campagna Aifa

Usare i farmaci correttamente, senza abusarne e senza fare di testa propria. E non discriminare gli equivalenti, i medicinali non "griffati" contenenti lo stesso principio attivo, ma a brevetto scaduto, dai farmaci di "marca". Sono i due obiettivi della nuova campagna di comunicazione dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). Rivolta soprattutto a donne e anziani, l'iniziativa "Farmaci equivalenti e corretto uso del farmaco" è condotta in collaborazione con i medici di medicina generale, i farmacisti e le associazioni di consumatori. Opuscoli, locandine, interventi di esperti sulle reti

Rai e camper su strada, da un estremo all'altro della penisola, saranno il punto di forza di questa nuova campagna. Otto milioni di opuscoli saranno distribuiti in occasione di eventi, negli studi medici e nelle farmacie. Si tratta di vere e proprie guide per imparare a utilizzare correttamente i medicinali e a conoscere i benefici degli equivalenti. Non solo opuscoli e locandine, però. La campagna dell'Aifa prevede anche camper itineranti che percorreranno l'intero territorio nazionale. Sulle fiancate le immagini delle locandine che invitano i cittadini a un uso appropriato dei farmaci e ad aver fiducia nei medicinali non "griffati".



Rassegna Evidence Based Nursing (EBN)

Una piccola rassegna di siti web italiani e stranieri che trattano in modo approfondito l'Infermieristica basata sulle prove di efficacia.

Senza pretesa di esaustività, ecco le risorse per cominciare l'approccio all'argomento:

Centro Ebn S.Orsola-Malpighi: <http://www.evidencebasednursing.it>

Il primo progetto italiano di Infermieristica basata sulle prove di efficacia; troverete definizioni, revisioni sistematiche di letteratura, traduzioni prestigiose del Joanna Briggs Institute (Australia) dall'inglese all'italiano, della rivista "Evidence Based Nursing" (British Medical Journal) e della Cochrane Library.

GIMBE:

<http://www.gimbe.org> Un sito storico per la Medicina basata sulle prove di efficacia: un buon punto di partenza per vedere e scoprirne le origini, iniziare e procedere dalla teoria alla pratica. In partnership con il Centro Ebn S.Orsola-Malpighi (descritto in alto).

Ebn Infermieri On Line:

<http://www.infermierionline.net/IBE.htm>

Una piccola recensione sull'argomento, a cura dell'Associazione Infermieri On line.

Università del Minnesota:

<http://evidence.ahc.umn.edu>

Il progetto "Evidence-Based Health Care" è quello di promuovere all'interno del Campus, ed in tutto lo Stato del Minnesota, tale disciplina. Di particolare

rilevanza, la rassegna Best Practice di Infermieristica.

EBN Blog:

<http://evidence-based-nursing.blogspot.com>

Non ce lo saremmo mai potuto aspettare: un Blog sull'Evidence Based Nursing and Midwifery! Curato da Stephen Barnett, dell'Australia del Sud, offre spunti di riflessione personali e link ad articoli (commentati).

Peccato che l'autore non scriva frequentemente, ma al lettore attento non mancherà di stupire...!

German Centre for Evidence Based Nursing:

<http://www.medin.uni-halle.de/pflegewissenschaft>

Una degna rappresentanza tedesca per la pratica infermieristica di eccellenza.

Biblioteca Medica Virtuale:

<http://www.bmv.bz.it>

Nella Biblioteca Medica Virtuale di Bolzano, possiamo trovare link, risorse ed articoli inerenti il mondo sanitario generale. Nello specifico, possiamo consultare cataloghi online di periodici. E' presente una pagina dedicata all'Evidence Based Nursing.

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

Riunione Referenti Collegio IPASVI Roma



Periodicamente i referenti si riuniscono nella sede IPASVI e vengono informati e aggiornati su tutte le novità professionali e le attività del Collegio di Roma per portare poi capillarmente tali informazioni ai colleghi delle sedi operative