

INFERMIERE

oggi

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

N°1



EDITORIALE

Noi andiamo avanti



FOCUS

Assemblea annuale,
bilancio e programmazione
delle attività



STUDI

La nutrizione artificiale
in Area Critica



TELEVISIONE

Forum e Quelli che...
penalizzano la figura
dell'infermiere

Nasce a Roma il Centro di Eccellenza
per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

INFERMIERE *oggi*

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
Angela Basile, Bertilla Cipolloni, Rodolfo Cotichini, Stefano Di Carlo,
Gianfranco Del Ferraro, Maurizio Fiorda, Natascia Mazzitelli,
Francesca Premoselli, Maria Grazia Proietti, Angelina Palumbo,
Ausilia M.L. Pulimeno, Alessandro Stievano, Marco Tosini.

Rivista trimestrale
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
Anno XIX - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2009

FOTO: Mario Esposito

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

Finito di stampare: aprile 2009

Tiratura: 28.000 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.

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 Noi andiamo avanti
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 La figura dell'infermiere e la nutrizione artificiale in Area Critica
di Maria Rosaria Anchora, Massimo Giordani, Gabriella Vivino
- 8 L'assistenza infermieristica sul territorio: un'indagine conoscitiva sui nuovi modelli organizzativi in Italia
di Teresa Compagnone, Sara Fidanza, Silvia Stivani
- 12 Comparazione tra due dipartimenti di malattie infettive nell'assistenza al paziente con meningite batterica acuta
di Eleonara Costanzi, Antonello Massariello
- 19 "Lavoro e benessere": dall'analisi del clima alle strategie migliorative. Il caso "Tor Vergata"
di Carmen Cappitella

FOCUS

ASSEMBLEA ANNUALE, BILANCIO E PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA'

- 24 Ipasvi, a Roma "la casa" di tutti gli infermieri
- 30 Il centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica
- 33 Il modello del "sapere scientifico"
- 34 Conto Consuntivo 2008
- 36 Eventi Ipasvi a Sanit 2009
- 38 A Firenze, il XV Congresso nazionale Ipasvi

IL CONSIGLIO RISPONDE

- 40 A che "quota" vogliamo?

L'ANGOLO DEI MEDIA

- 42 La carenza di infermieri è un'emergenza sociale
- 45 Lettera aperta a Rita Dalla Chiesa
- 46 Infermiera Mimma. Gli infermieri veri protestano

L'ANNIVERSARIO

- 47 Suore ospedaliere della Misericordia, 75 anni accanto ai sofferenti tra professionalità e valori religiosi

SEGUITO PER VOI

- 49 Due giorni di formazione sui media e comunicazione scientifica
- 51 Contro la denuncia per gli stranieri irregolari che vogliono curarsi

AGGIORNAMENTI

- 52 Il futuro della sanità tra federalismo e valorizzazione del territorio
- 54 Cos'è e di cosa si occupa l'Ait

LETTI PER VOI

- 56 Per un'assistenza transculturale
- 57 Infermieristica Clinica in Medicina interna

L'AVVOCATO DICE

- 58 La responsabilità infermieristica nelle lesioni cutanee, in particolare le lesioni da decubito

NON SOLO INFERMIERI

- 60 Calcio a cinque, al San Filippo Neri il memorial "Enrico Grassi"

INFERMIERI IN RETE

- 65 Lo "starter kit" del ricercatore (quarta parte)



Noi andiamo avanti

di Gennaro Rocco

L'ingresso degli infermieri nel *gotha* delle professioni riconosciute dalla legge come "intellettuali" non è indolore. Non lo è stato arrivarci. Per tagliare il traguardo abbiamo dovuto battere a suon di lotte e rivendicazioni le resistenze storiche di certe caste professionali.

E adesso non possiamo fermarci.

Navigare a testa alta nel *mare magnum* delle professioni non è semplice, ancor meno oggi in tempi di forte migrazione e libera circolazione dei professionisti in ambito europeo. Ma teniamo il passo. E sempre più siamo capaci di tracciare la rotta.

Grazie ai risultati fin qui conseguiti su tanti fronti, deontologico, legislativo, formativo, dell'autonomia, della esclusività delle nostre competenze, la professione ha un nuovo volto e nuove prospettive.

Ai giovani, insieme al rango di professione intellettuale, offre diverse opportunità di carriera nei campi specifici dell'organizzazione, della dirigenza, della ricerca. Ha una formazione universitaria completa e con pari opportunità di accesso per tutti gli infermieri.

In questi anni, anche se nessuno ancora ce lo riconosce sul piano economico, abbiamo raggiunto traguardi davvero significativi come la docenza universitaria, la dirigenza, la qualifica di dirigente del ruolo sanitario.

Abbiamo ottenuto l'attività libero-professionale con prestazioni aggiuntive, il coordinamento di altre figure sanitarie, la facoltà di accreditamento come provider Ecm.

Ci siamo conquistati sul campo un ruolo di primo piano nella Commissione Ecm, nel consiglio superiore di sanità, nella grande famiglia infermieristica europea con la guida della Federazione Europea degli Infermieri.

Insomma, la nostra è una professione matura, decisa a fare i conti con le altre scienze sanitarie a tutto campo. Vogliamo misurarci anche sul piano della ricerca, consapevoli di poterlo fare con successo.

Partiamo però da una posizione di netto svantaggio. Le uni-

versità fanno ancora molto poco per sviluppare la ricerca infermieristica. I fondi scarseggiano e impediscono di sfruttare le straordinarie risorse che la scienza infermieristica può fornire oggi all'intero sistema sanitario.

E' proprio questo l'ulteriore salto di qualità che ci imponiamo, il prossimo step di un percorso che parte da lontano e che ci porterà lontano.

Come siamo soliti fare, ci rimbocchiamo le maniche. Se gli altri si attardano, ci pensiamo da soli, apriamo la strada e ci tuffiamo nel futuro con la forza di chi sa evolversi.

In questa ottica nasce il progetto del "**Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica**" del Collegio Ipasvi di Roma, unico in Italia, fra i primi in Europa. L'obiettivo è scandagliare il mondo della ricerca infermieristica per migliorare l'assistenza ai cittadini e la stessa percezione pubblica della nostra professione, le sue difficoltà, il suo valore sociale.

Vogliamo affermarci per quello che siamo, per quanto siamo cresciuti e per ciò che siamo diventati. E siamo ben decisi a batterci per il riconoscimento pieno della disciplina infermieristica da parte del mondo scientifico.

Il progetto (ne riferisce questo numero di 'Infermiere Oggi' nel focus) si concentra sull'integrazione fra pratica clinica e ricerca, con particolare attenzione alla formazione dei ricercatori e degli esperti clinici.

E' il frutto di una grande operazione in team segnata dalla multidisciplinarietà e ispirata allo scambio di conoscenze. Vi parteciperanno centinaia e centinaia di colleghi italiani e stranieri in collaborazione con ospedali e università italiane ed estere.

Si articola in una serie di eventi formativi come corsi full immersion, laboratori, *focus group*, test, corsi per PhD. Coinvolgerà un Board internazionale composto inizialmente da università americane ed europea e una serie di centri clinici e ospedali italiani, gruppi di associazioni scientifiche infermieristiche, corsi di laurea in infermieristica di I livello,

EDITORIALE

Il livello e di dottorato, esperti di materie etico-culturali, politiche, legali, équipe interdisciplinari formate da psicologi, sociologi, epidemiologi, economisti, ingegneri, educatori, organizzazioni di studenti.

Si avvale dell'ausilio di una valida squadra di tecnici per l'elaborazione dei dati, la raccolta su supporto informatico e la loro pubblicazione.

Facciamo da soli. E facciamo alla grande. Altre professioni

hanno sempre ottenuto con facilità quei fondi che agli infermieri sono negati per affermare la loro scienza e il loro essere professionisti. Così a perdere il passo è stata la sanità tutta e il cittadino in primis. La ricerca infermieristica non è un lusso da professione snob ma un'esigenza scientifica precisa. Ora che gli infermieri dimostrano di avere gli strumenti per elaborare progetti di ricerca di questa fatta, sarà difficile continuare a dir loro di no.



La figura dell'infermiere e la nutrizione artificiale in Area Critica

di Maria Rosaria Anchora, Massimo Giordani, Gabriella Vivino

ABSTRACT

Questo studio è una ricerca sperimentale che vuole indagare, tramite un questionario-quiz, le conoscenze teorico/pratiche inerenti la Nutrizione Artificiale (N.A.) di 100 sanitari (dieci coordinatori e 90 infermieri) che operano in dieci specialità sanitarie dell'Area critica, facendo un "punto" sul tema, a nostro parere trascurato nella Sanità odierna. I risultati hanno "scattato" una fotografia dell'attuale sanitario di Area critica, confermando la trascuratezza della tematica trattata e dimostrando scarsi risultati nei quiz proposti.

Sono emerse due caratteristiche per una miglior gestione della N.A. in Area critica, ovvero, una buona esperienza lavorativa, unita al possesso di titoli infermieristici post-base, con preferenza per il master in Area critica per infermieri.

INTRODUZIONE

In questi anni, l'apporto nutrizionale nei pazienti critici è stato riconosciuto, di fondamentale importanza, sia come imprescindibile sostegno vitale, sia come utile completamento terapeutico. La via nutrizionale prediletta di prima scelta sarà mirata alle problematiche e al tipo di paziente che si avrà da trattare; tuttavia, studi recenti ci indicano che, in pazienti critici stabilizzati, **la tecnica migliore nutrizionale è quella enterale e va applicata precocemente.**

Questi semplici concetti, attualmente, sono ancora "sconosciuti" - totalmente o in parte - agli addetti ai lavori, così, accanto a scarse conoscenze degli operatori sanitari riguardo la tematica della N.A. in Area critica, nasce, dunque, lo spunto per questa ricerca sperimentale,

che vede come obiettivo di studio quello di analizzare le conoscenze teorico/pratiche inerenti la N.A. di 100 operatori sanitari: 90 infermieri e dieci coordinatori infermieristici che operano nei principali reparti dell'Area critica, per capire "come stanno realmente le cose" e per fare un "punto" su questo tema sanitario, a nostro parere un po' trascurato nella Sanità odierna.

Verranno analizzati i rapporti che hanno gli infermieri nei confronti della nutrizione nel paziente critico, "cosa sanno" e "cosa non sanno"; si indagherà sulle conoscenze teoriche inerenti la nutrizione in area critica (secondo noi, "scarse", specie se confrontate alle conoscenze pratiche); ed, infine, verranno messe in risalto le eventuali carenze e fabbisogni formativi (corsi di aggiornamento) con la divulgazione di eventuali risultati inattesi dalla ricerca.

MATERIALI E METODI

Il campione: caratteristiche, criteri di scelta e reclutamento

Il campione è costituito da 100 unità, o casi di studio, ossia questionari/quiz a risposta multipla prodotti da dieci infermieri coordinatori e 90 infermieri a cui è stato sottoposto lo strumento di studio. Stiamo parlando di 65 donne e 35 uomini, distribuiti, in modo non uniforme, in dieci specialità medico-chirurgiche dell'area critica, in un arco di tempo compreso tra il 1 febbraio e il 15 giugno 2008. Ogni specialità dell'Area critica rappresenta, quindi, un sotto-campione, avente come prerequisito quello di essere costituito da dieci questionari compilati da un infermiere coordinatore e nove infermieri (Tab. 2).

Gli ospedali scelti per l'indagine, per ragioni di privacy e anonimato dello

strumento di studio, non verranno mai menzionati.

Il rapporto di campionatura di uno a nove, ossia di un coordinatore infermieristico per nove infermieri è sempre presente, sia nel campione totale (100=10+90), che nei dieci sotto-campioni (10=1+9), in quanto si è rivelato il modo più rappresentativo per costituire il campione di studio che meglio rappresentasse la realtà degli operatori sanitari operanti, oggi, in Area critica.

I criteri di scelta del campione sono stati assai limitati a causa della bassa adesione infermieristica allo studio. Non a caso, l'unico criterio di inclusione per il campione è stato un'esperienza lavorativa di almeno un anno, condizione sempre presente in tutte le 100 unità raccolte.

Gli strumenti

Per lo studio è stato realizzato uno strumento per la rilevazione delle unità di studio, ovvero un questionario/quiz non validato, anonimo e a risposta multipla chiusa, prodotto su un unico foglio fronte/retro, su cui sono stampati 28 item.

I 13 quiz del questionario (11 teorici e due pratici) di difficoltà media sono stati tratti dalle Linee guida *Sinpe* per la N.A. Ospedaliera 2002 inerenti l'Area critica e da studi di ricerca nel campo elencati nella bibliografia. Da segnalare che prima della raccolta dati è stata eseguito uno studio-pilota condotto su nove infermieri e un infermiere coordinatore per testare lo strumento di studio (non inclusi nel campione finale).

L'analisi statistica

È stata condotta un'analisi statistica descrittiva univariata, consistente nel calcolo delle percentuali per ogni tipo di dato considerato rilevato dai singoli item del questionario, con eventuale

media aritmetica, moda, *range* e deviazione standard.

Successivamente, è stata condotta un'analisi statistica bivariata per valutare la dipendenza tra alcune variabili emerse dai risultati. Alcuni dati ricavati dallo studio sono stati presentati, ove necessario, con un'opportuna approssimazione senza perdere significatività statistica.

I risultati statistici più rilevanti inerenti l'argomento affrontato sono stati, infine, rappresentati tramite tabelle e grafici: istogrammi e torte.

ANALISI E DISCUSSIONE DEI RISULTATI

I risultati dell'indagine sono stati molteplici.

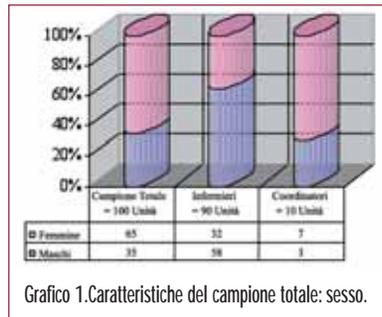


Grafico 1. Caratteristiche del campione totale: sesso.

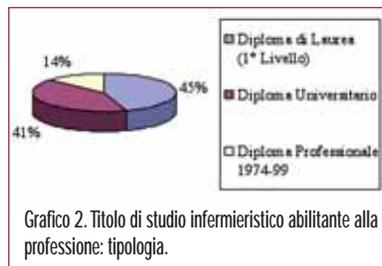


Grafico 2. Titolo di studio infermieristico abilitante alla professione: tipologia.

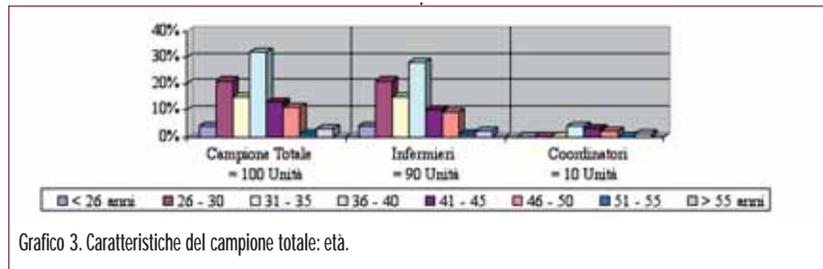


Grafico 3. Caratteristiche del campione totale: età.

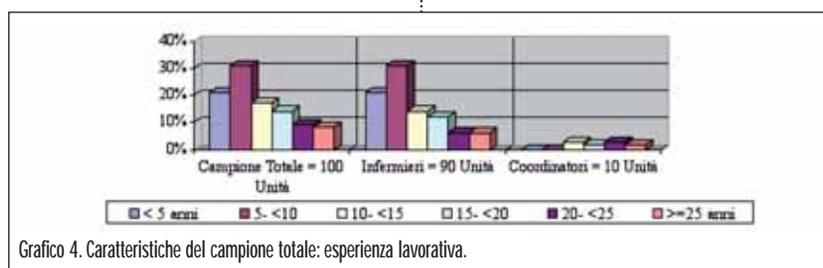


Grafico 4. Caratteristiche del campione totale: esperienza lavorativa.

È emersa una fotografia dell'operatore sanitario medio che lavora in area critica, ovvero di sesso femminile nel 65% dei casi (65 unità, Grafico 1); 37±7.8 anni (Grafico 3); laurea di 1° livello in Infermieristica col 45% (45 casi, Grafico 2) e circa 11±7.4 anni di esperienza lavorativa, di cui uno su tre (34%) è in possesso di titoli infermieristici post-base (Grafico 4).

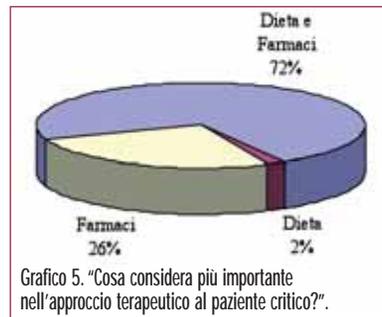


Grafico 5. "Cosa considera più importante nell'approccio terapeutico al paziente critico?"

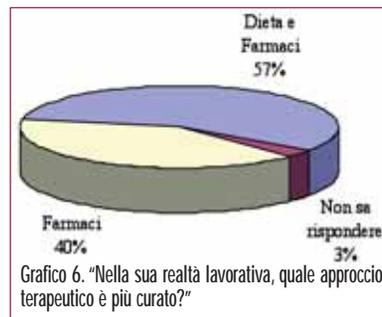


Grafico 6. "Nella sua realtà lavorativa, quale approccio terapeutico è più curato?"

Un altro risultato importante, è la riconferma di quanto ipotizzato nell'introduzione della studio: ovvero, che la N.A. nel paziente critico è sottovalutata (quindi, trascurata) nel 75% dei casi.

Un dato importante, ma non assoluto, poiché è il risultato della somma di un

45% di casi di trascuratezza relativa e di un 30% di casi di trascuratezza assoluta (Grafico 7).

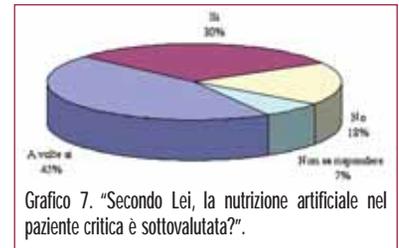


Grafico 7. "Secondo Lei, la nutrizione artificiale nel paziente critico è sottovalutata?"

Questo, pone in campo il problema della N.A. in Area critica che spesso è trascurata dalla Sanità.

Gli scarsi risultati ottenuti nei quiz (voto circa 4.2±1.9 su 10) con 5.5±2.4 risposte esatte su 13, pari a circa il 42.4% del totale delle domande (uguale a 4 domande giuste su 13), ci dimostra, e ci conferma, quanto la tematica affrontata dai quesiti sia abbastanza trascurata dai sanitari in questione, evidenziando una lacuna di conoscenze in questo campo. Per questo motivo, nasce la necessità di corsi di aggiornamento mirati e/o percorsi didattici universitari infermieristici più specifici inerenti la N.A. in Area critica.

Inoltre, è emerso che gli operatori sanitari giudicano le loro conoscenze teoriche e pratiche in modo quasi simile. Ricordiamo le medie: voto = 5.7±1.5 per le conoscenze teoriche e voto = 6.1±1.7 per quelle pratiche, che, in media, equivale a un voto = 5.9±0.3, ovvero, quasi sufficienti (voto = 6).

Dai risultati è emerso pure il seguente rapporto: 5.9±0.3 vs 5.3±2.2 (voti), cioè la media dell'autocritica delle conoscenze teoriche e pratiche sulla media dei risultati degli 11 quiz teorici e dei due quiz pratici, che equivale a dire che **il sanitario operante in Area critica ha risposto ai quiz in modo quasi coerente alle proprie conoscenze, con una leggera sopravvalutazione**

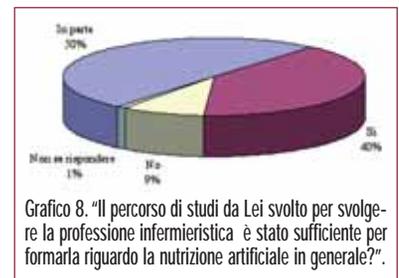


Grafico 8. "Il percorso di studi da Lei svolto per svolgere la professione infermieristica è stato sufficiente per formarla riguardo la nutrizione artificiale in generale?"

delle conoscenze teorico/pratiche, non ancora sufficienti per l'area critica in cui lavorano.

Va segnalato che il percorso di studi svolto dal personale sanitario per svolgere la professione infermieristica è stato solo in parte sufficiente (50%, 50

campione di studio (magari, triplicandolo) e, in aggiunta, sarebbe interessante continuare ad eseguire lo studio per sotto-campioni (come in questa ricerca), questa volta, includendo tutti i sanitari presenti in una determinata specialità dell'Area critica.

Tabella 1. Risultati dei test (13 item) nel campione totale.

Classifica	Sotto-campioni	Media item Ok	% OK	Moda
1°	10 Coordinatori	7.8 ±2	60.1	9
2°	90 Infermieri	5.3±2.3	40.5	4
Campione totale (100 Unità)		5.5±2.4	42.4	4

Tabella 2. Classifica risultati Test (13 item) dei sotto-campioni: specialità sanitarie.

Classifica	Sotto-campioni (10 specialità sanitarie)	Media item Ok	% OK	Moda
1°	Centro di Rianimazione (C.R.)	7.6±3.2	58.5	7-9-10
2°	Terapia Intensiva Post Operatoria (T.I.P.O.)	6.8±2	52.4	6
3°	Terapia Intensiva generale (T.I.)	6±2.4	46.2	6-9
4°	Terapia Intensiva Neurochirurgica (T.I.N.Ch.)	5.8±2.2	44.7	6
4°	Servizio Terapia Insufficienza Respiratoria			
	Scompensata (S.T.I.R.S.)	5.8±2	44.7	5
5°	Terapia Intensiva Neurologica (T.I.N.)	5.6±1	43.1	6
6°	Unità Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.)	5.2±1.8	40	4
7°	Unità Terapia Intensiva Cardiocirurgica (U.T.I.C.Ch.)	4.8±2.5	37	5
8°	Pronto Soccorso (D.E.A. II° Livello, P.S.)	4.3±2	33.1	4
9°	Chirurgia d'Urgenza (Chr. Urg.)	3.2±2.1	24.6	1-4

unità) per la N.A., come mostrano i risultati dei quiz della ricerca, cioè scarsi (voto = circa 4.2±1.9, Grafico 8).

Analizzando l'autocritica delle conoscenze teorico/pratiche dei sanitari oggetto di studio, queste sono risultate in media quasi sufficienti (voto = 5.9±0.3), in accordo con la loro formazione nei confronti della N.A., giudicata solo in parte sufficiente (50%, 50 unità). Senza dimenticare, infine, le scarse conoscenze teoriche (voto = 3.8±1.9) inerenti la N.A. in Area critica, soprattutto se confrontate alle conoscenze pratiche che, tuttavia, risultano quasi discrete (voto = 6.85±3.1), anche se con una domanda giusta su due.

CONSIGLI PER LA PRATICA E LA RICERCA IN FUTURO

In futuro, per ricerche inerenti questo argomento, si consiglia di aumentare il

Sarebbe auspicabile, inoltre, incrementare il numero delle specialità sanitarie oggetto di studio, ovvero dei sotto-campioni, al fine di avere una panoramica dell'argomento molto più completa. Uno spunto futuro di ricerca potrebbe essere quello di espandere lo studio, includendo anche la categoria medica, per vedere - e confrontare - il loro grado di conoscenze nei confronti della N.A., rispetto agli infermieri e ai coordinatori infermieristici.

Alla luce dei risultati, in generale sufficienti, dei dieci coordinatori infermieristici rispetto ai 90 infermieri si consiglia di approfondire questo discorso effettuando un ulteriore studio per confermare i risultati in modo più obiettivo, confrontando le due categorie campionate in modo da essere composte dallo stesso numero di partecipanti, quindi, in rapporto di 1:1 (un caposala per un infer-

miere) e non di 1:9, come in questa ricerca.

Per risultati più scientifici, sarebbe molto più opportuno creare uno strumento di studio, quale un questionario-quiz convalidato, per creare uno strumento riutilizzabile e più obiettivo.

CONCLUSIONI

Lo scopo di questo studio di ricerca sperimentale era quello di indagare sulle conoscenze teorico/pratiche inerenti la N.A. di 100 operatori sanitari (90 infermieri e dieci coordinatori) che operano nel settore dell'area critica, facendo un "punto" su questo tema sanitario forse un po' trascurato nella Sanità di oggi.

Attraverso l'utilizzo di uno strumento di studio, un questionario-quiz non validato a risposta multipla chiusa, vi è stata una conferma di quanto ipotizzato nell'introduzione: ovvero, che la N.A. nel paziente critico è sottovalutata (ergo, trascurata) nel 75% dei casi, evidenziando, inoltre, una realtà lavorativa con operatori sanitari non sufficientemente preparati nei confronti della N.A. in Area critica.

Per sopperire, però, alle carenze teoriche, sono emersi alcuni elementi che permettono di ottenere una buona gestione della N.A. in Area critica, che possono essere riassunte in due momenti: una buona esperienza di lavoro (in media, 12±7.8 anni) ed una buona formazione post-base, come quella fornita da un diploma infermieristico aggiuntivo (dai risultati, è preferibile il Master universitario in area critica), come dimostrato dai dieci coordinatori infermieristici che, nello studio, si sono rivelati i più preparati, con risultati in generale sufficienti (voto = 6±1.5).

AUTORI

Maria Rosaria Anchora, infermiera coordinatrice, Dai. Camera operatoria polispecialistica-urologica, Ao San Camillo Forlanini, Roma

Massimo Giordani, infermiere, Master universitario di I livello in infermieristica clinica nel paziente critico, Uoc Pneumologia (Pneumologia Riabilitativa e Area Critica Respiratoria) Irccs San Raffaele (Pisana), Roma

Gabriella Vivino, dottoressa in anestesia e rianimazione Dea II livello, pronto soccorso Ao policlinico Umberto I, Roma

BIBLIOGRAFIA

- Apelgren K, Rombeau JL, Twomey PL, Miller RA, Comparison of nutritional indices and outcome in critically ill patients. *Crit Care Med* 1982; 10, p. 305-7.
- Askanazi J, Rosenbaum SH, Hyman AZ, Silverberg PA, Milic Emili J, Kinney JM, Respiratory changes induced by the large glucose loads of total parenteral nutrition. *Jama* 1980; 243, p. 1444-7.
- Balk RA, Pathogenesis and management of multiple organ dysfunction or failure in severe sepsis and septic shock. *Critical Care Clinics* 2000; 16, n. 2.
- Baue AE, Multiple, progressive, or sequential systems failure: a syndrome of the 1970s. *Arch Surg* 1975; 110, p. 779-81.
- Biolo G, Fleming RY, Maggi SP, Nguyen TT, Herndon DN, Wolfe RR, Inhibition of muscle glutamine formation in hypercatabolic patients. *Clin Sci (Lond)* 2000; 99(3), p. 189-94.
- Biolo G, Fleming RY, Maggi SP, Nguyen TT, Herndon DN, Wolfe RR, Inverse regulation of protein turnover and amino acid transport in skeletal muscle of hypercatabolic patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87 (7), p. 3378-84.
- Brain Trauma Foundation, Management and prognosis of severe traumatic brain injury. Part I: Guidelines for the management of severe traumatic brain injury; 2000.
- Candusso M, Braga M, Faraguna D, Gallitelli L, Iapichino G, Radrizzani D, I Fogli di Trieste (prima parte). *Rinpe* 1994; 12, p. 107-10.
- Chiarelli A, Enzi G, Casadei A, Baggio B, Valerio A, Mazzoleni F, Very early nutrition supplementation in burned patients. *Am J Clin Nutr* 1990; 51, p. 1035-9.
- Curreri Pw, Richmond D, Marvin J, Baxter CR, Dietary requirements of patients with major burns. *J Am Diet Assoc* 1974; 65 (4): 415-7.
- Douglas RG, Shaw Jhf, Metabolic response to sepsis and trauma. *Br J Surg* 1989; 76: 115-22.
- Faist E, Baue AE, Schildberg FW, The immune consequences of trauma, shock and sepsis. Pabst Science Publishers; 1996.
- Gentili A, Nastasi M, Rigon L.A, Silvestri C, Tanganelli P, Il paziente critico. Milano: Casa editrice ambrosiana; 1993. pp. 171-193.
- Graham TW, Zadrozny DB, Harrington T, The benefits of early jejunal hyperalimentation in the head-injured patient. *Neurosurgery* 1989; 25: 729-35.
- Herndon Dn, Barrow Re, Stein M, et al, Increased mortality with intravenous supplemental feeding in severely burned patients. *J Burn Care Rehabil* 1989; 10 (4): 309-13.
- Juchli L, L'assistenza infermieristica di base. Firenze: Rosini editrice; 1994. p. 145-54.
- Knaus Wa, Wagner Dp, Draper Ea, et al, The Apache III prognostic system. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest* 1991; 100, 6: 1619-36.
- Kudsk Ka, Croce Ma, Fabian Tc, et al, Enteral versus parenteral feeding: effects on septic morbidity after blunt and penetrating abdominal trauma. *Ann Surg* 1992; 215: 503-13.
- Manship L, McMillin Rd, Brown Jj, The influence of sepsis and multistern and organ failure on mortality in the surgical intensive care unit. *The American Surgeon* 1984; 50: 94-101.
- Wheeler Ap, Bernard Gr, Treating patients with severe sepsis. *N Engl J Med* 1999, 340: 207-14.
- Matsuda T, Kagan Rj, Hanumadass M, Jonasson O, The importance of burn wound size in determining the optimal calorie: nitrogen ratio. *Surgery* 1983; 94 (4): 562-8.
- Moore Ee, Jones Tn, Benefits of immediate jejunostomy feeding after major abdominal trauma. A prospective randomized study. *J Trauma* 1986; 26: 874-81.
- Moore Fa, Feliciano Dv, Andrassy Rj, et al. Early enteral feeding, compared with parenteral reduces septic postoperative complications. The result of a meta-analysis. *Ann Surg* 1992; 216: 172-83.
- Moore Fa, Feliciano Dv, Andrassy Rj, et al, Early enteral feeding, compared with parenteral, reduces postoperative septic complications. The results of a meta-analysis. *Ann Surg* 1992; 216: 172-83.
- Moore Fa, Moore Ee, Jones Tn, Mc Croskey Bl, Peterson Vm. Ten vs. Tpn following major abdominal trauma. Reduced septic morbidity. *J Trauma* 1989; 29:916-23.
- Raccomandazioni per il trattamento del grave traumatizzato cranico. Parte II. Gruppo di Studio Neuroanestesia e Neurorianimazione Soc. It. Anest. Analg. Rianim Terapia Intens. (Siaarti) e di Neurotraumatologia Soc. It. Neurochirurgia (SINch) Minerva Anestesiol; 1999, 65.
- Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al, Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2001; 345: 1368-77.
- Round Table Conference on Metabolic Support of the Critically Ill Patients, March 20-22, 1993. *Intensive Care Med* 1993; 20: 298-9.
- Ruomen Rmh, Hendriks T, Van der Ven-Jongekrijg J, et al, Cytokine patterns in patients after major vascular surgery, hemorrhagic shock, and severe blunt trauma. *Ann Surg* 1993; 218: 769-76.
- Saffle Jr, Larson Cm, Sullivan J, A randomized trial of indirect calorimetry-based feedings in thermal injury. *J Trauma* 1990; 30 (7): 776-82; discussion 782-3.
- Saffle Jr, Medina E, Raymond J, Westenskow D, Kravitz M, Warden Gd, Use of indirect calorimetry in the nutritional management of burned patients. *J Trauma* 1985; 25 (1): 32-9.
- Sinpe-Gsasape, Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale, Anno 20, S5, S1-S171, Linee guida Sinpe per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002. Wichtig Editore, 2002.
- Williams Gj, Herndon Dn, Modulating the hypermetabolic response to burn injuries. *J Wound Care* 2002; 11(3): 87-9
- Wilmore Dw, Kinney Jm, Panel report on nutritional support of patients with trauma or infection. *Am J Clin Nutr* 1981; 34 (Suppl 6): 1213-22.
- Yanagawa T, Brunn F, Roberts I, Wents R, Pierro A, Nutritional support for head-injured patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000; 2: Cd 001530.

L'assistenza infermieristica sul territorio: un'indagine conoscitiva sui nuovi modelli organizzativi in Italia

di Teresa Compagnone, Sara Fidanza, Silvia Stivani

ABSTRACT

La società italiana, negli ultimi decenni, ha subito importanti cambiamenti socio-sanitari.

In questa situazione, perciò **la necessità di fornire risposte appropriate alla domanda di salute, può essere soddisfatta solo attivando nuove tipologie di servizi e modificando alcune logiche assistenziali.**

Per analizzare come si sono sviluppati, a livello territoriale, questi nuovi modelli assistenziali di cure intermedie, è stata effettuata un'indagine conoscitiva sulla loro distribuzione regionale, realizzata attraverso l'uso di motori di ricerca idonei allo scopo e la consultazione della letteratura di riferimento e le schede di rilevazione sulla realizzazione in corso del progetto di "Case della Salute", emanate dall'omonimo ministero.

Dalla ricerca svolta, è emersa la presenza di 65 "Case della Salute" e 56 ospedali di comunità, distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Ma i dati ottenuti hanno evidenziato particolari squilibri tra le varie regioni: alcune di esse, infatti, come il Molise, la Sicilia, il Trentino Alto Adige e la Valle d'Aosta, non presentano nessuna struttura in attivo, né in fase di attuazione.

Emilia Romagna, Puglia e Friuli Venezia Giulia, invece, rappresentano, in ordine decrescente, la maggioranza, avendo sul loro territorio, rispettivamente, 17, 15 e 13 strutture, risultanti dalla somma delle "Casa della Salute" ed ospedali di comunità.

L'esito finale di quest'indagine conoscitiva a livello nazionale, dimostra che c'è

necessità di investire maggiormente nella realizzazione di ulteriori strutture di cure intermedie, per garantire una risposta globale ed appropriata alle numerose problematiche della popolazione più fragile.

INTRODUZIONE

Oggi, il punto di riferimento come luogo di cura è considerato l'ospedale, mentre i servizi territoriali non riescono a dare la giusta risposta ai bisogni espressi dagli utenti.

Ma perché il cittadino vede nell'ospedale l'unica soluzione ai suoi problemi?

Perché l'ospedale, oltre ad essere un luogo di cura, è una struttura fisica, visibile, facilmente individuabile e fruibile. Al contrario, la medicina del territorio è frammentaria, incapace di assicurare una continuità assistenziale con l'ospedale, e con la sua diversità di orari, con la mancanza di un unico luogo fisico, è motivo di disorientamento, specie per la popolazione più debole: gli anziani.

Eppure, **la struttura ospedaliera non basta più a far fronte alle molteplici problematiche del nostro Paese, a causa di un quadro epidemiologico e demografico in profondo cambiamento, associato ad una diversa domanda di salute e alla necessità di contenere i costi dell'assistenza ospedaliera.**

La maggior parte dei rischi di salute e di malattia devono essere affrontati sul territorio, per la prevalenza di patologie a carattere sociale, ad andamento cronico-degenerativo, che richiedono una giusta prevenzione, un buon livello di

cure primarie ed intermedie, con la riabilitazione e l'integrazione tra sanità e assistenza.

In questa situazione, per evitare l'uso inadeguato dell'ospedalizzazione, per fornire risposte efficaci e vicine alla domanda di salute della collettività, si è ricorso alla realizzazione e all'utilizzo di strutture territoriali con nuove modalità di gestione che permettono di disporre al meglio di risorse umane, come il personale infermieristico, e tecnologiche, con l'abbattimento dei costi.

È stata realizzata un'indagine conoscitiva sulla distribuzione di questi nuovi modelli assistenziali territoriali di cure intermedie, che si stanno affermando oggi in Italia: la "Casa della Salute" e l'ospedale di comunità, che rappresentano la continuità assistenziale tra la struttura ospedaliera e il domicilio dell'utente.

MATERIALI E METODI

L'indagine è avvenuta attraverso la consultazione della letteratura di riferimento e l'utilizzo di motori di ricerca idonei allo scopo.

Oggetto di studio, tutte le regioni italiane e, per ognuna di esse, si sono andate a ricercare il numero delle strutture intermedie attuate o in fase di progettazione.

Per verificare se queste strutture siano attinenti all'organizzazione interna, agli obiettivi e alle finalità che la "Casa della Salute" e l'ospedale di comunità propongono, è stata effettuata un'analisi descrittiva di ognuna di esse, prendendo come strumento di comparazione le

linee guida e le schede di rilevazione sulla realizzazione in corso del progetto di "Case della Salute", emanate dal ministero della Salute.

Naturalmente, nell'elaborato sono state riportate solo le strutture in regola con le direttive.

Risultati

Dall'indagine effettuata sulla distribuzione dei nuovi modelli assistenziali territoriali è emersa l'esistenza di 65 "Case della salute" e 56 ospedali di comunità su tutto il territorio nazionale. (Tabella 1).

Tabella 1. Presenza di "Case della salute" e di ospedali di comunità sul territorio nazionale.

Regione	Casa della Salute/Punti Salute	Ospedale di Comunità
ABRUZZO	0	6
BASILICATA	10	0
CALABRIA	9	1
CAMPANIA	1	3
EMILIA ROMAGNA	12	5
F.VENEZIA GIULIA	8	5
LAZIO	1	2
LIGURIA	3	3
LOMBARDIA	1	1
MARCHE	1	2
MOLISE	0	0
PIEMONTE	6	2
PUGLIA	3	12
SARDEGNA	7	0
SICILIA	0	0
TOSCANA	3	9
TRENTINO A A	0	0
UMBRIA	0	3
VALLE D'AOSTA	0	0
VENETO	0	2
TOTALI	65	56

Un ulteriore approfondimento riguardante l'andamento della distribuzione regionale, è chiaramente espresso che evidenzia (Grafico 1) particolari differenze tra le varie regioni: alcune di esse, infatti, come **il Molise, la Sicilia, il Trentino Alto Adige e la Valle d'Aosta, non presentano nessuna struttura in attivo né in fase di progettazione. Al contrario, Emilia Romagna, Puglia e Friuli Venezia Giulia, rappresentano, in ordine decrescente, la maggioranza, per avere sul loro territorio, rispettiva-**

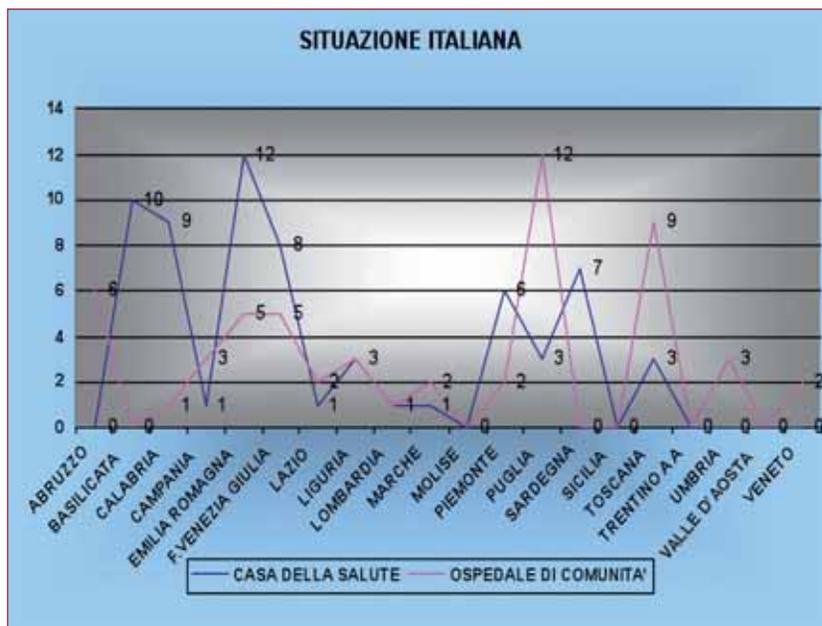


Grafico 1. Andamento della distribuzione del fenomeno.

mente, 17, 15 e 13 strutture, risultanti della somma delle "Case della salute" ed ospedali di comunità.

Dall'osservazione dello stesso grafico, si evince la macroscopica disomogeneità territoriale. Infatti, i picchi della linea blu (che rappresenta la distribuzione regionale delle "Case della salute") fanno notare che la massima estensione è raggiunta dall'Emilia Romagna con dodici strutture, seguita dalla Basilicata con dieci e dalla Calabria con nove. Abruzzo, Molise, Sicilia, Trentino Alto Adige, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto

non presentano nessuna struttura sul loro territorio. Mentre, il massimo dato dai picchi della linea rossa, che rappresenta gli ospedali di comunità, riguarda le regioni della Puglia con dodici strutture e la Toscana con nove. La Basilicata e la Sardegna, non prevedono tali strutture, se non inserite nel contesto della "Casa della salute".

Molise, Sicilia, Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta non le hanno realizzate. Le altre regioni: Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche e Piemonte hanno,

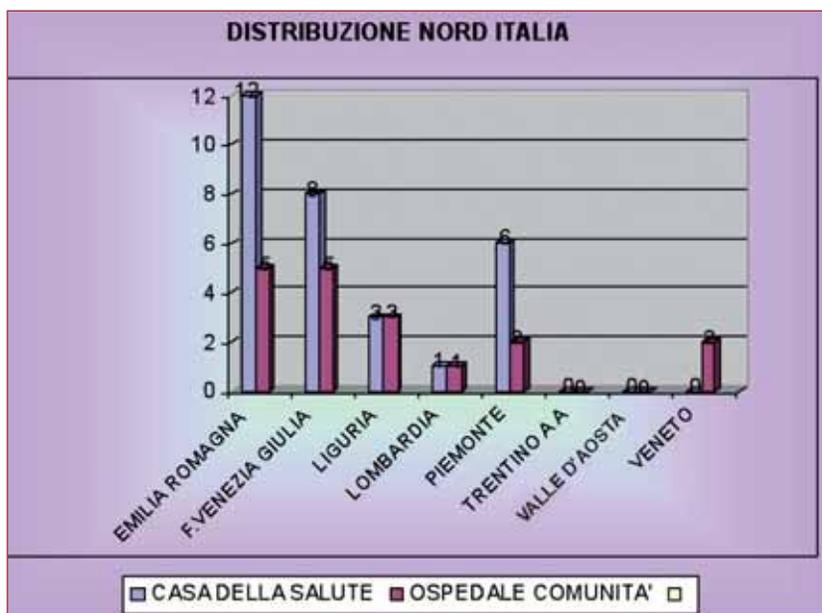


Grafico 2. Presenza delle strutture nelle regioni del Nord Italia.

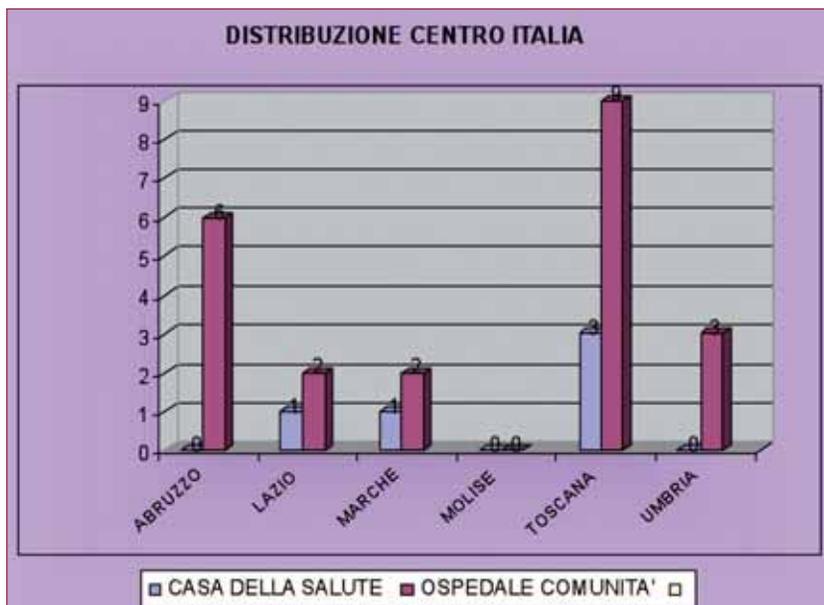


Grafico 3. Presenza delle strutture nelle regioni del Centro Italia.

sul grafico, un andamento più costante, poiché sul loro territorio sono numericamente presenti, in modo più equilibrato, entrambe le strutture. Rimangono tuttavia poche, rispetto alle reali necessità assistenziali.

Per un'analisi più specifica della distribuzione dei nuovi modelli assistenziali intermedi, le regioni sono state raggruppate in tre macro-aree: Nord, Centro, e Sud ed Isole.

Nord Italia

Come si nota (Grafico 2), nel nord Italia vi è la presenza di 48 strutture, di cui 30

"Case della salute" e 18 ospedali di comunità che, anche se in numero minore, coprono il territorio in modo più omogeneo, mentre le prime servono il nord Italia in modo discontinuo, con il massimo livello dell'Emilia Romagna ed il minimo in Lombardia che presenta una sola struttura.

Centro Italia

Qui, il dato introduttivo (Grafico 3) ci dice che la somma delle due tipologie di struttura è 27. Analizzando questo dato, scopriamo che sul territorio 22 strutture sono classificate come ospedali di

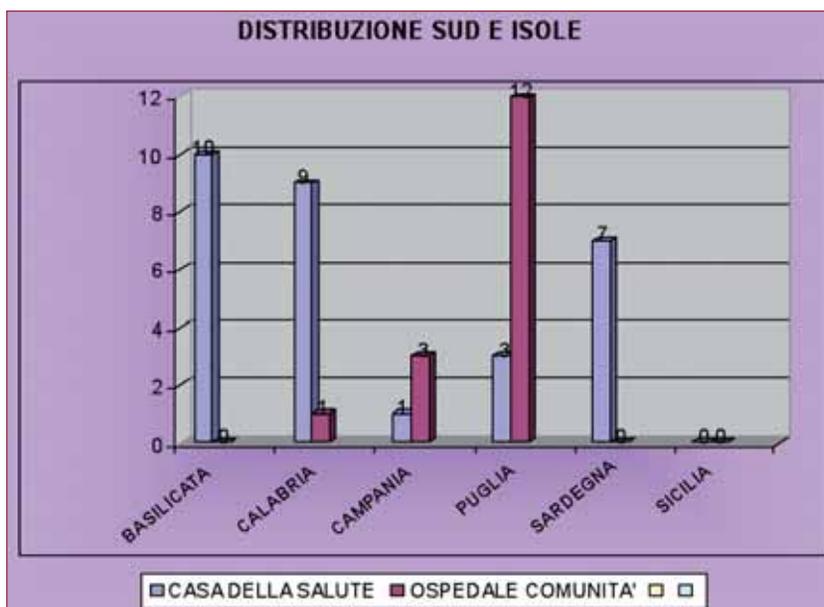


Grafico 4. Presenza delle strutture nelle regioni del Sud e delle Isole.

comunità e le rimanenti cinque sono "Case della salute".

Se ne deduce che il centro Italia ha investito, maggiormente, nell'istituire ospedali di comunità, senza integrarli nella "Casa della salute".

Prendiamo come esempio la Toscana con i suoi 12 ospedali di comunità, a fronte di sole tre "Case della salute".

Sud ed Isole

Osservando la distribuzione del Sud e delle Isole (Grafico 4) si ottiene un totale di 46 strutture, suddivise in: 30 "Case della salute" e 16 ospedali di comunità collocati in solo tre regioni, trovando i suoi insediamenti maggiori in Puglia.

Le "Case della salute", invece, sono distribuite in maniera equa tra: Basilicata, Calabria e Sardegna, seguite dalla Puglia e Campania, rispettivamente, con tre ed una struttura.

Va precisato, per maggior chiarezza, che, laddove il grafico non evidenzia la presenza di ospedali di comunità, ma di "Case della salute", essi sono presenti all'interno delle suddette strutture. Un esempio lo riporta la regione Basilicata, che non ha nessuna presenza di ospedali di comunità nel suo territorio, ma dispone, invece, di dieci "Case della salute".

In realtà, essi fanno parte del sistema organizzativo interno della "Casa della salute" e prendono il nome di: Degenza Territoriale o Unità Operativa Infermieristica.

Dalla comparazione delle tre aree geografiche (Tabella 2 e Grafico 5), si osserva che nel Nord Italia e nel Sud/Isole, il territorio ha una copertura maggiore e, tra i due presidi, più omogenea; mentre al Centro si nota, oltre ad un totale inferiore, una presenza dell'ospedale di comunità più che quadrupla rispetto alle "Case della salute".

Tanto più si nota la discrepanza se trasformiamo i dati grezzi in percentuali. Infatti, nei riguardi delle "Case della salute" emerge (Grafico 6) che al Centro ne sono collocate solo l'8%, mentre il Nord ed il Sud/Isole si equivalgono con un 46% ognuna.

Non è così per quanto attiene agli ospedali di comunità.

Tabella 2. Strutture accorpate per aree geografiche: Nord, Centro e Sud/Isole.

	CASA DELLA SALUTE (Cds)	OSPEDALE COMUNITA'(Odc)	Odc+ Cds
NORD	30	18	48
CENTRO	5	22	27
SUD E ISOLE	30	16	46
TOTALI	65	56	121

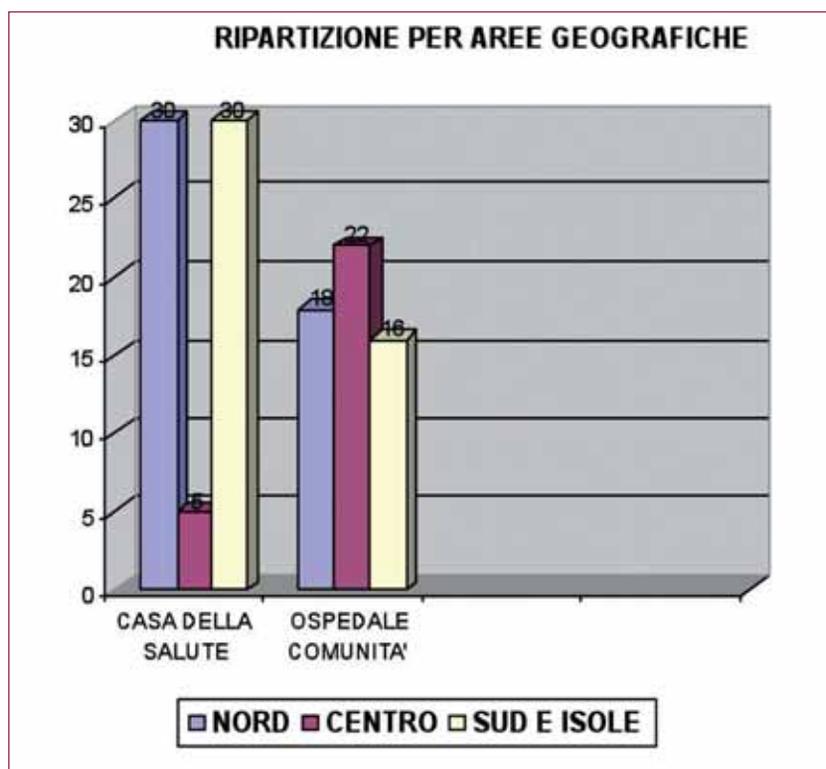


Grafico 5. Rappresentazione grafica del fenomeno della tabella 2.

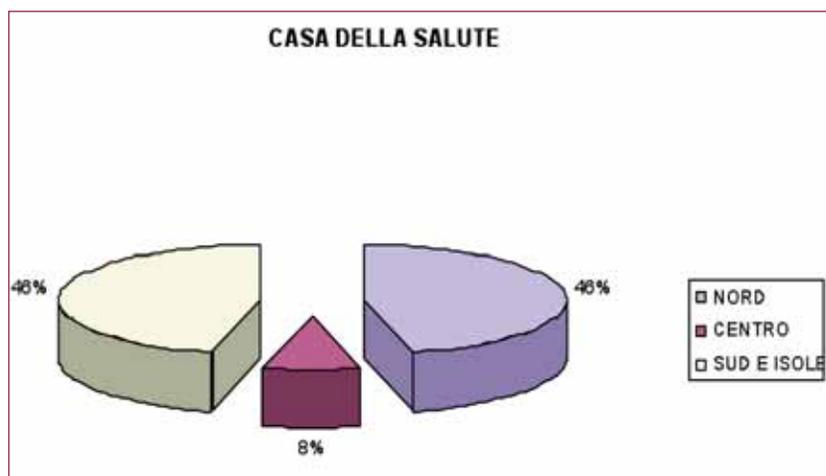


Grafico 6. Presenza di "Case della salute", in percentuali, rispetto alle tre aree geografiche considerate.

Infatti, presi da soli risultano maggiormente presenti al Centro con il 39%. Va, però, ricordato che al Sud essi, sotto

forma di Degenze Territoriali o Unità infermieristiche, sono inglobati nelle "Case della salute", quindi, in tal caso,

è il Nord, con il suo 29%, a risultare il più carente in assoluto. (Grafico 7).

DISCUSSIONE

Dal risultato di quest'indagine conoscitiva, si evince che **c'è necessità di maggiori investimenti per la realizzazione di ulteriori strutture di cure intermedie** con gli obiettivi di: coprire le numerose carenze ancora esistenti, semplificare le procedure burocratiche, migliorare le possibilità di accesso dei cittadini ai servizi, garantire una risposta appropriata ed efficace alla domanda di salute della popolazione e trasferire sul territorio i servizi resi, in modo inappropriato, dall'ospedale.

Si deve incrementare la nascita di queste strutture anche per il fatto che la famiglia, in passato punto di riferimento dell'assistenza, soprattutto agli anziani (tanto da essere definita: "la più grande azienda sanitaria del Paese"), ha perso alcune delle sue caratteristiche diventando, sia per le ridotte dimensioni, sia per i carichi da sopportare, sempre meno disponibile.

Le Regioni, dove già tali strutture operano, dovranno aumentarne la distribuzione, mentre le altre che, attualmente, non ne prevedono sul loro territorio, dovranno pianificarne la costruzione, perchè la "Casa della salute" e l'ospedale di comunità saranno gli unici luoghi del futuro per la realizzazione di un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi socio-sanitari e tra i vari professionisti.

Questo, al fine di pianificare e sviluppare percorsi assistenziali personalizzati, di qualità, ben definiti, per favorire, nella persona, il recupero della capacità di rispondere autonomamente ai propri bisogni.

CONCLUSIONI

In un contesto territoriale caratterizzato dall'aumento delle persone anziane, spesso sole, dalla ridotta capacità delle famiglie di assolvere un ruolo assistenziale nei confronti di familiari malati, dalla crescente domanda di cure che spesso è anche correlata all'accessibilità sociale, economica e culturale delle stesse, da un'organizzazione ospedaliera sempre più centrata sulle cure intensive per le patologie acute, i servizi

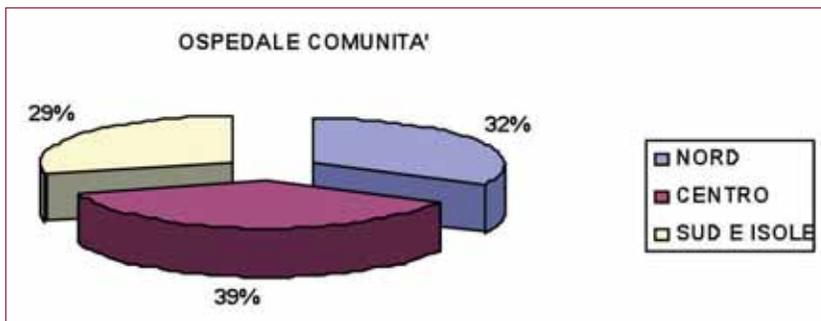


Grafico 7. Presenza degli ospedali di comunità in percentuale rispetto alle tre aree geografiche considerate.

sanitari hanno ritenuto opportuno attuare una politica di sviluppo di organizzazioni sanitarie territoriali, attraverso la sperimentazione e l'attivazione di modelli assistenziali innovativi, orientati alla gestione delle patologie cronicodegenerative, con il complesso di problematiche clinico-assistenziali e gestionali ad esse collegato: la "Casa della salute" e l'ospedale di comunità.

Nel processo di cambiamento dell'organizzazione sanitaria, orientato

alla personalizzazione delle cure, la persona costituisce "il centro" dell'attività assistenziale e il ruolo dell'infermiere, assume un'immagine diversa che gli attribuisce maggiore autonomia, competenza e responsabilità sia in relazione all'aspetto assistenziale che organizzativo. È la figura strategica, insieme al medico di famiglia, per un efficace funzionamento di questi nuovi presidi sul territorio: non solo per la sue com-

petenze professionali in campo assistenziale, ma anche perchè all'infermiere spetta il compito di coordinare le attività infermieristiche delle strutture di cure intermedie, assicurando una appropriata continuità assistenziale e un elevato standard di qualità della stessa. Uno sviluppo maggiore di strutture intermedie potrà essere l'occasione per una ri-definizione delle competenze e delle responsabilità degli addetti all'assistenza sanitaria: in tale contesto, **l'infermiere può diventare il vero protagonista** di questo e di altri modelli assistenziali.

AUTORI

Teresa Compagnone, professore a contratto Med 45, corso di laurea in Infermieristica- università Tor Vergata, Roma, sedi Fbf e Smom; Sara Fidanza, laureata in Infermieristica- università Tor Vergata, sede di Ostia; Silvia Stivani, professore a contratto Med 45, corso di laurea in Infermieristica- università Tor Vergata, sede di Ostia.

BIBLIOGRAFIA

Colangelo R, Atti del Convegno Nazionale dal progetto sperimentale dei "Punti salute" alla rete integrata dei servizi territoriali. Roma; marzo 2007.

Ministero della Salute, La Casa della Salute. Dagli Atti del Convegno Nazionale, Roma; marzo 2007.

Turco L, La Casa della Salute: luogo di composizione delle cure primarie e della continuità assistenziale. Atti del Convegno Nazionale, Roma; marzo 2007.

IN PILLOLE

L'obesità a rischio contagio

Secondo una ricerca internazionale, coordinata dall'università di Warwick in Inghilterra, le frequentazioni quotidiane influiscono sul peso corporeo di ciascuno.

In particolare, lo studio pone in evidenza come, se ci si circonda di persone che combattono contro i chili di troppo, il rischio personale di ingrassare aumenta. In pratica, gli "over size" produrrebbero una sorta di effetto domino che accresce la tendenza ad accumulare peso negli individui del proprio entourage. Questo, almeno secondo i ricercatori britannici che hanno analizzato i dati di 27mila europei residenti in 29 Paesi diversi: lo studio ha evidenziato che esistono livelli diversi di rischio, più contenuti per chi possiede un livello scolastico superiore e per i laureati.

Comparazione tra due dipartimenti di malattie infettive nell'assistenza al paziente con meningite batterica acuta

di Eleonora Costanzi, Antonello Massariello

ABSTRACT

Attraverso una ricerca sono state valutate variabili dipendenti, ponendo a confronto due realtà: il policlinico Umberto I dell'università La Sapienza di Roma (e, in particolare, il suo Dipartimento di malattie infettive) e l'Inmi dello Spallanzani.

L'obiettivo è quello di valorizzare i punti di forza e quelli di debolezza che darebbero vita a utili cambiamenti, ponendo un confronto basato sull'assistenza al paziente con meningite batterica acuta. Lo strumento utilizzato per eseguire l'indagine è un questionario e la popolazione campionata è il personale dei due dipartimenti.

Da questa ricerca è emerso che le differenze ci sono e riguardano, anzitutto, i range di età degli infermieri, la struttura ed i materiali, le linee guida, quindi, le procedure assistenziali.

INTRODUZIONE

L'argomento trattato attraverso una ricerca sperimentale si occupa di valutare variabili dipendenti, ponendo a confronto due realtà: il policlinico Umberto I dell'università La Sapienza di Roma e, in particolare, il suo Dipartimento di malattie infettive; e l'Inmi, o Lazzaro Spallanzani

Questa comparazione è data, dunque, dall'idea di confrontare una struttura ospedaliera (la prima) che, a livello nazionale, è considerata come un "centro di riferimento" ad un'altra che cura pazienti con meningite batterica acuta. Da questa ricerca si evince che le diffe-

renze ci sono, e riguardano, anzitutto, i range di età degli infermieri. Si è visto, infatti, che, per gli infermieri del policlinico (il 66,7% ha aderito), i giovani sono in percentuale molto inferiore rispetto allo Spallanzani che si ritrova ad avere un 6% degli infermieri con più esperienza sul campo con, a loro volta, un folto numero di giovani a cui trasmettere il proprio sapere. Cosa, questa, che non avviene al Policlinico, dove, a bilanciare la realtà (diciamo così, un po' "matura" per quanto concerne l'età del personale infermieristico), ci sono gli studenti che effettuano il tirocinio (che non si fa, invece, allo Spallanzani, almeno, secondo quanto dichiarato dagli infermieri intervistati al momento della somministrazione dei questionari).

Lo scopo di questa ricerca, però, è quello di trovare ed analizzare, attraverso le domande somministrate, i punti in comune delle due strutture.

MATERIALI E METODI

Il campione

Il campione è stato selezionato in due dipartimenti di malattie infettive: uno appartenente al policlinico Umberto I di Roma, l'altro all'Inmi Spallanzani. Il campione di tipo non probabilistico di convenienza è rappresentato dagli infermieri, caposala, Ota ed Oss che hanno acconsentito a partecipare in forma anonima.

Caratteristiche del campione

La popolazione campionata è rappresentata dal 68% del Dipartimento del

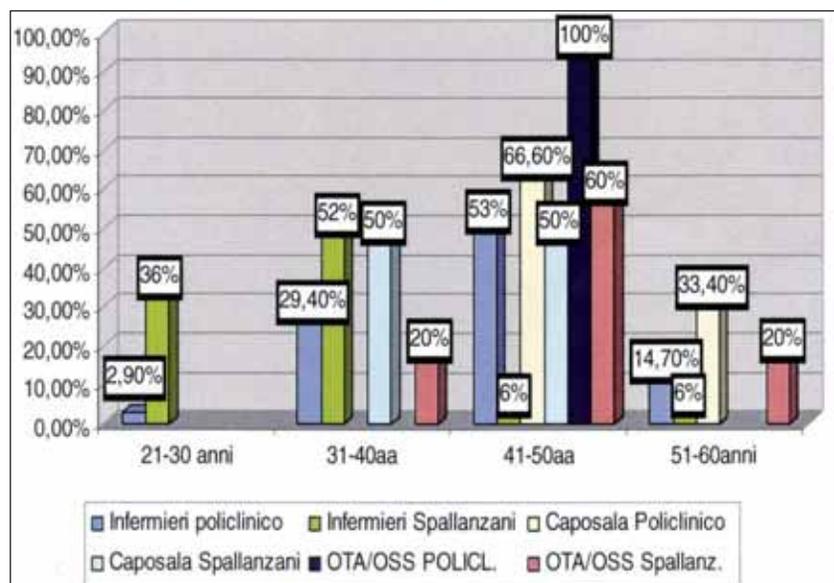


Grafico 1. I range di età a cui appartiene il personale

policlinico (di cui: il 66,7% infermieri, il 5,9% caposala, il 3,9% Ota/Oss ed il 23,5% dagli studenti); mentre quella rappresentata dallo Spallanzani è il 76% (di cui: l'87,7% infermieri, il 3,5% caposala, l'8,7% Ota/Oss e lo 0% dagli studenti).

Strumenti

Lo strumento utilizzato per eseguire l'indagine è un questionario anonimo, composto da 37 *item* di cui 35 a risposta chiusa e due no.

Nella pagina iniziale sono richieste: età, ruolo di appartenenza, il Dipartimento a cui appartiene, l'anno di diploma e gli anni di servizio prestati all'interno di malattie infettive.

Le domande, complessivamente, sono state raggruppate in cinque aree:

- *la struttura*: nel questionario non sono state rivolte domande specifiche riguardo a questo argomento, dunque la descrizione effettuata è di tipo oggettivo;
- *il personale*: range di età di appartenenza, se vi sono differenze marcate tra i due dipartimenti;
- *i materiali*: se vi sono differenze e se possono influire sul lavoro del personale;
- *le linee guida*: se vengono utilizzate all'interno dei reparti, le misure di profilassi e la denuncia obbligatoria per la patologia trattata;

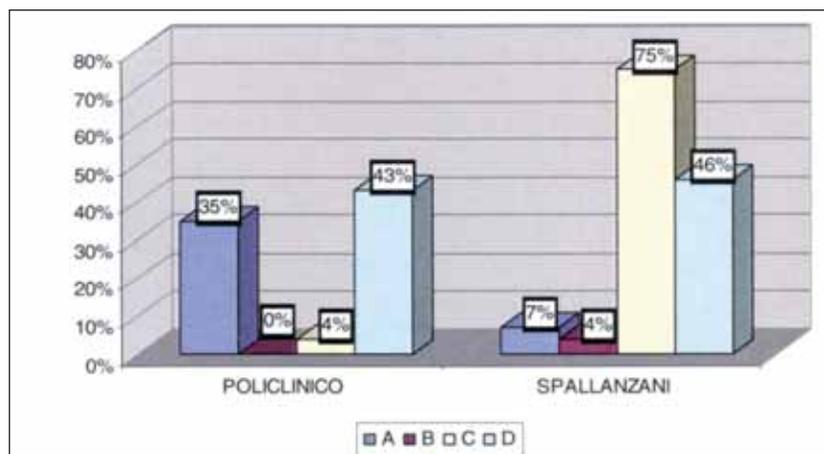


Grafico 2. I locali dove vengono effettuate le terapie.

- *l'assistenza diretta al paziente e le procedure assistenziali*: la prima riguarda l'assistenza rivolta al paziente per garantire le giuste metodiche; la seconda le procedure assistenziali.

ANALISI E RISULTATI DELLA RICERCA

Prima area: la struttura

Lo Spallanzani è suddiviso in quattro divisioni, ognuna delle quali ha 32 posti letto ed è stato così disegnato: due corridoi con otto stanze da un lato ed otto dall'altro (con due posti letto ognuna).

Al centro vi è un corridoio dove sono ubicate varie stanze e tra queste ci sono la medicheria, la vuota, la stanza dei medici, il ripostiglio per la biancheria e una stanza adibita per le scorte di farmaci, presidi e dispositivi (ciò, per ogni divisione).

Inoltre, ciascuno di questi dispone di un proprio day-hospital, con l'aggiunta di un day-hospital pediatrico a cui va aggiunto un reparto di rianimazione, uno di dialisi, nonché la possibilità di un triage specifico all'interno del loro pronto soccorso.

Dispongono, poi, al loro interno, di una farmacia: cosa non da poco visto che, al contrario, il dipartimento di malattie infettive del policlinico Umberto I viene rifornito di prodotti farmaceutici dalla stessa farmacia che li garantisce a tutto l'ospedale.

Nel dipartimento di malattie infettive dell'Umberto I non si dispone di una struttura nuova, i posti letto sono 16 e divisi in due piani che garantiscono ricoveri per adulti. C'è un reparto di malattie tropicali, un piano specifico per la pediatria e tre day-hospital, ognuno con compiti specifici.

Infine, per quanto riguarda la diversità date dalla struttura, il dipartimento di malattie infettive dello Spallanzani dispone, in caso di isolamento respiratorio, di stanze attrezzate con filtri che, attraverso un sistema di pressione negativa attiva, garantiscono un ricambio d'aria *ad horas*.

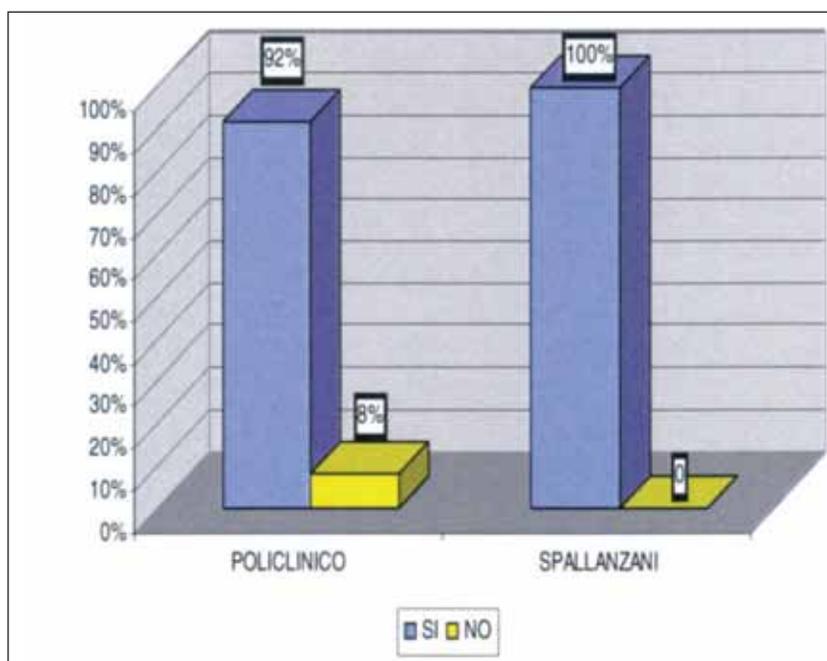


Grafico 3. Nel tuo reparto hai sempre a disposizione Pdi, dopo averli richiesti alla tua Uoc?

Seconda area: il personale

Dai dati raccolti si evince che il persona-

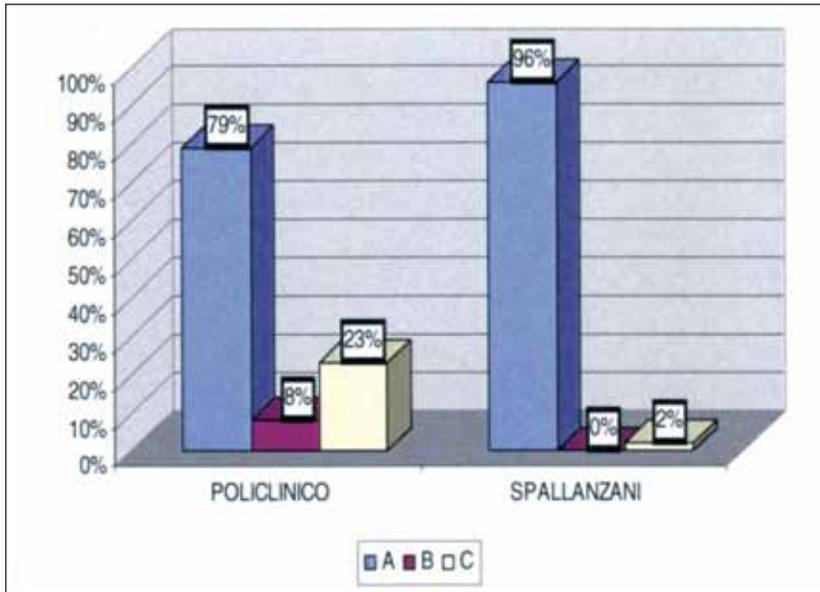


Grafico 4. In caso di meningite batterica acuta, nel tuo reparto, i farmaci da utilizzare sono:

- a. a disposizione sempre;
- b. da ordinare alla farmacia;
- c. a disposizione nel reparto scorte per le emergenze.

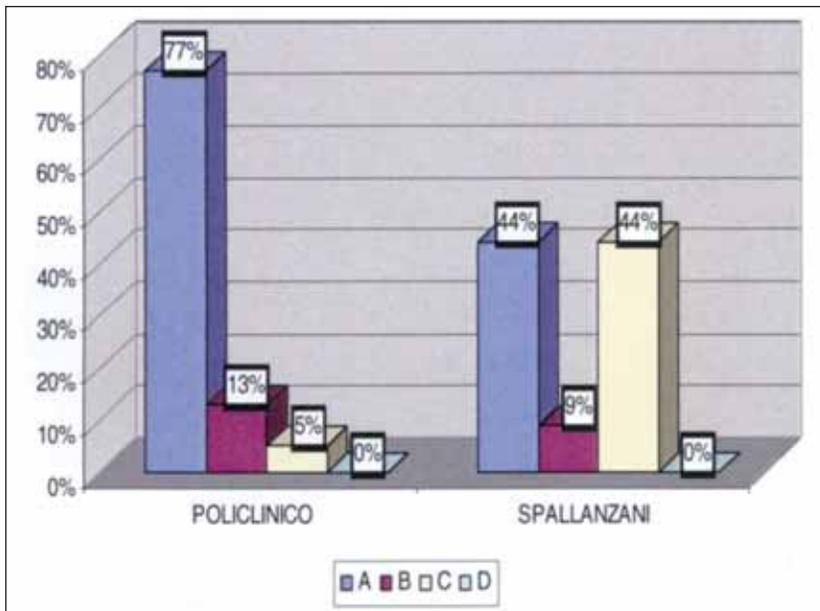


Grafico 5. Se nel tuo reparto non ci sono scorte per le emergenze, quanto tempo ci impiega il farmaco ad arrivare?

- a. < 3 ore;
- b. > 3 ore;
- c. mai più di 24h;
- d. più di 24h.

le infermieristico "senior" dello Spallanzani si compone di una percentuale molto più alta di giovani a cui tramandare le proprie esperienze pratiche, personale questo che si è diplomato dopo il 2000, sotto un profilo professionale che prevede ricerca ed educazione continua in medicina.

Al Policlinico, invece, si presenta uno scenario totalmente diverso, con una percentuale di personale giovane decisamente inferiore all'altro, ed un personale esperto che dichiara di avere dagli 11 ai 20 anni di servizio all'interno di malattie infettive, per un totale del 44% dei soggetti esaminati (Grafico 1).

Terza area: I materiali

Lo Spallanzani dispone di stanze a pressione negativa, raccomandata per gli isolamenti respiratori di pazienti con infezioni che si trasmettono per via aerea, poiché garantisce un sistema di ricambio d'aria *ad horas* con un sistema di scarico all'esterno mediante un meccanismo di filtrazione.

Se tale materiale non viene messo a disposizione, il personale dovrà operare con criteri logistici e assistenziali atti a garantire l'isolamento respiratorio con le giuste procedure per l'accesso alla stanza. A tal fine, abbiamo chiesto agli intervistati se i locali in cui vengono effettuate le terapie sono: ben arieggiati (a); a chiusura sigillata (b); con filtro di accesso (c) o con procedure per l'accesso (d). I risultati sono illustrati nel grafico 2.

A questo punto, abbiamo approfondito, la disponibilità di Pdi all'interno delle Unità operative complesse (Grafico 3) e di farmaci da utilizzare in caso di meningite batterica acuta (Grafico 4).

Fondamentale, è stato anche indagare il lasso di tempo necessario per approvvigionarsi, dalla farmacia, di tali farmaci (Grafico 5). Lo Spallanzani ha a disposizione una farmacia all'interno del proprio dipartimento di malattie infettive, mentre nel policlinico c'è una farmacia che serve l'intero ospedale.

Quarta area: Le linee guida

Allo Spallanzani vengono utilizzate, in misura maggiore, linee guida nazionali o internazionali e quelle del reparto. Nonostante ciò, le procedure risultano corrette anche all'interno del policlinico, ove è presente anche una percentuale che dichiara di non utilizzare né l'una né l'altra. Entrambi sono ben a conoscenza dei moduli necessari per la denuncia della patologia, forniti dal ministero della Sanità e da inviare alla Regione.

Quinta area: L'assistenza diretta al paziente e le procedure assistenziali

Abbiamo poi chiesto quali precauzioni vengano messe in atto durante il ricovero di un paziente affetto da meningite batterica acuta.

L'utilizzo di dispositivi per la protezione individuale (come lo scafandro di tipo 4), è dato dalla possibilità di averlo a disposizione, ma, in questo caso, è uno spreco.

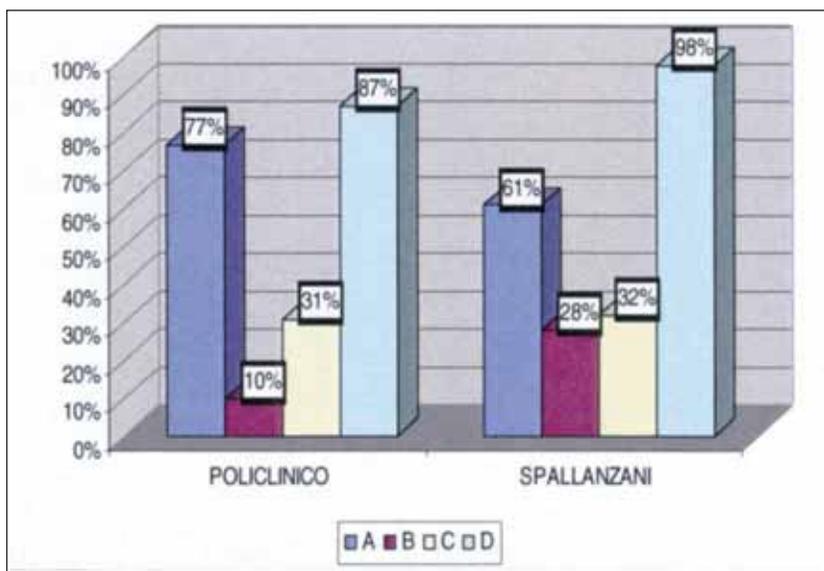


Grafico 6. Quali precauzioni vengono messe in atto durante il ricovero di un paziente affetto da meningite batterica acuta? (Fornire più di una risposta):

- a. utilizzo di guanti monouso;
- b. utilizzo di camici tipo scafandro protezione 4;
- c. lavaggio delle mani di tipo sociale;
- d. isolamento del paziente.

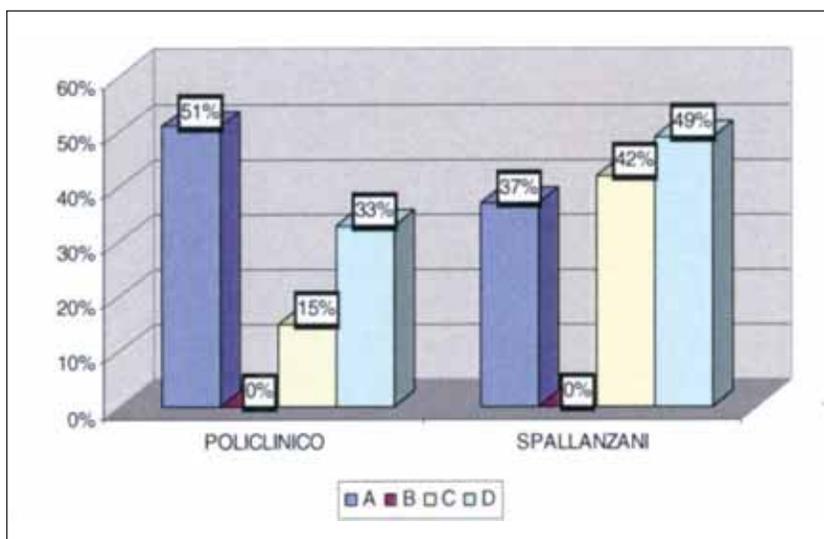


Grafico 7. Quali sono gli interventi per la gestione dell'ansia? (Anche più risposte esatte):

- a. Conversare con il paziente riguardo la sua prognosi o della malattia senza tralasciare i particolari;
- b. evitare stanze tranquille, e poco rumorose;
- c. evitare emozioni eccessive, non scuotere il letto, non fare troppo rumore;
- d. utilizzare farmaci ansiolitici.

Infatti, tale tipo di materiale viene utilizzato quale: "alta protezione per le malattie infettive", ma non è indicato per una patologia come la meningite batterica acuta.

Alcune domande hanno poi cercato di indagare la preparazione del personale infermieristico circa alcune criticità, come la gestione dell'ansia (Grafico 7) o

anche le procedure di cui bisogna occuparsi prima di preparare l'occorrente per effettuare la rachicentesi (Grafico 8).

L'utilizzo di farmaci ansiolitici, infatti, può essere ritenuto corretto solo se tale indicazione è presente sulla cartella clinica del paziente, o se vi sono, all'interno del reparto, protocolli specifici che ne autorizzino la somministrazione.

Il "consenso informato" (atto che necessita sempre la verifica prima di un esame invasivo, come la rachicentesi) non viene effettuato dal 2,7% del personale del policlinico e così anche dal 12% dello Spallanzani.

Infine, l'oggetto di rivalutazione da parte della Direzione sanitaria dello Spallanzani. Ecco le risposte alla domanda: cosa viene introdotto all'interno dello *sharper* prima di essere chiuso? I risultati sono illustrati nel grafico 9.

Con la deliberazione del 27 luglio 1984 (*Gazzetta Ufficiale* n° 253 del 13/9/84. Supplemento Ordinario) viene formulata la procedura corretta per lo smaltimento di rifiuti ospedalieri, compreso l'utilizzo di disinfettanti nel loro interno. Nella stessa viene rivisto anche l'utilizzo per l'ipotesi di tossicità dello stesso disinfettante e rimanda a una probabile modifica.

In seguito, con il Dpr 15 luglio 2003 n. 254, vengono rinnovate le raccomandazioni formulate nella delibera contenuta all'interno dell'allegato XI della legge 626 del 1994.

Con la legge 626/94 vengono formulate schede relative all'individuazione precisa di tipologia e trattamento dei rifiuti, considerando il rifiuto sia a livello sanitario che ambientale, nonché l'eventuale tossicità per l'operatore.

Con l'inserimento di queste schede vengono introdotti presidi ospedalieri (*sharper*, contenitori per taglienti e/o contenitori rigidi) per il corretto smaltimento dei rifiuti ospedaliero: la valutazione che è stata fatta nell'osservare le risposte date dalle due strutture totalmente differenti è dovuta probabilmente all'entrata, in tempi diversi, dei presidi di sopra elencati.

CONCLUSIONI

Le differenze riscontrate da questa comparazione riguardano: il *range* di età del personale e le differenze strutturali e dei materiali. In ambito organizzativo è auspicabile che il divario, tra i *range* di età di appartenenza del personale, sia meno elevato e/o differenziato.

Formulando ipotesi in cui lo studente possa continuare il suo percorso professionale e di ricerca in tutte le aziende, compresa quella del policlinico. Ricordiamo, infatti, che solo un 32% appartiene ad età compresa tra i 21-

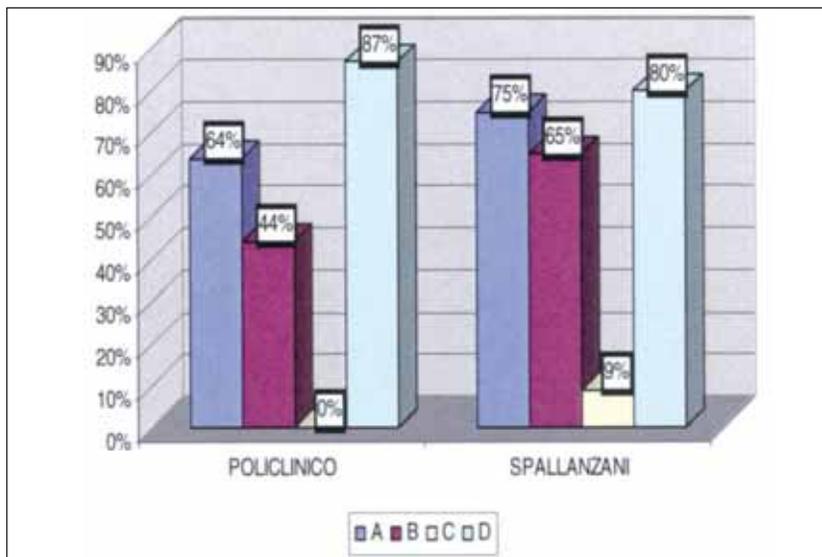


Grafico 8. Quali sono le procedure di cui bisogna occuparsi prima di preparare l'occorrente per effettuare la rachicentesi? (Anche più risposte esatte)
 a. Verificare che sia stato firmato il "consenso informato"; b. gestione dell'ansia;
 c. verificare Rx torace; d. provette con i dati nosografici del paziente,

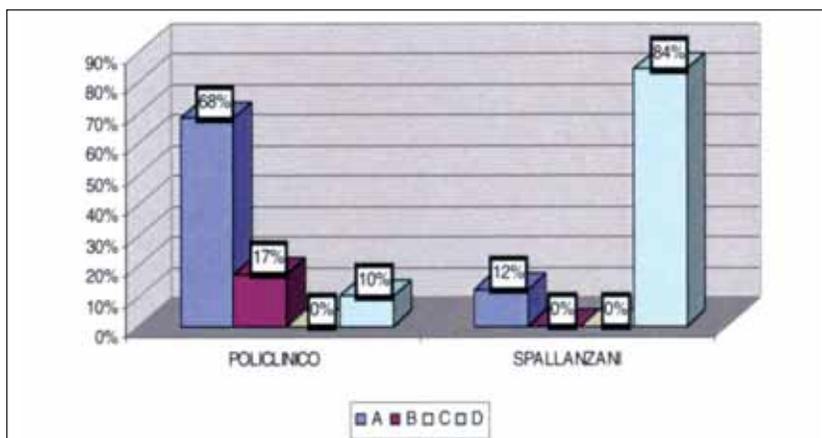


Grafico 9. Cosa viene introdotto all'interno dello sharpener prima di essere chiuso?
 a. Ipcloclorito in pasticche; b. formaldeide; c. fisiologica; d. nulla.

40 anni, a differenza dello Spallanzani di cui ne fanno parte l'88% degli infermieri. Senza dimenticare che i più sponati ad effettuare una formazione continua, sono i giovani, visto che gli Ecm sono obbligatori dal 2002.

Per quel che riguarda la struttura, lo Spallanzani è stato costruito secondo gli standard più avanzati, pertanto, l'opera professionale svolta dagli infermieri risulta legata da un *input* migliore dovuto anche uno stato d'animo diverso.

Per quanto concerne le linee guida, da come risulta dai dati raccolti, esse vengono utilizzate più spesso dal personale di quest'ultimo rispetto a quello del policlinico, anche se, per la correttezza delle procedure svolte, il personale del policlinico è vicino alle linee guida internazionali.

Sulle procedure assistenziali, invece, una lacuna da sottolineare per entrambi i gruppi riguarda il "consenso informato", elemento a cui non viene dato il giusto valore di informazione e/o legale. Infine, sulla domanda che interessava l'utilizzo di pasticche di ipoclorito (un disinfettante), oggetto di rivalutazione del questionario fornito, si è arrivati alla conclusione che la fornitura di presidi diversi consenta l'applicabilità delle leggi in vigore sulla materia.

AUTORI:

Eleonora Costanzi, infermiera laureata al policlinico Umberto I - università La Sapienza, Roma
 Antonello Massariello, infermiere, coordinatore Dipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia al policlinico Umberto I - università La Sapienza, Roma

LA SCHEDA

Di seguito, il testo integrale del questionario sottoposto agli infermieri che hanno partecipato alla ricerca.

1. A quale range di età rientra?

- a. 21-30;
- b. 31-40;
- c. 41-50;
- d. 51-60.

2. Di quale di queste variabili fa parte?

- a. Studente;
- b. infermiere professionale;
- c. caposala;
- d. altro.

3. Dove lavora?

- a. Policlinico Umberto I;
- b. Spallanzani.

4. In quale anno è stato conseguito il diploma?

5. Quanti sono gli anni di servizio ha prestato nel reparto Malattie infettive?

6. La meningite batterica acuta è una patologia che presenta una sintomatologia costituita da:

- a. cefalea, ulcere buccali, vomito;
- b. dolore addominale, ptosi oculare, febbre;
- c. cefalea, rigidità nucale, febbre;
- d. linfadenomegalia laterocervicale, rachialgie.

7. La sintomatologia della sindrome meningea comprende, oltre a febbre, cefalea e vomito:

- a. sudorazioni notturne;
- b. tachicardia;
- c. secrezione uretrale;
- d. rigidità nucale.

8. Quali, tra questi microrganismi, possono causare meningite?

- a. Batteri e virus;
- b. miceti e batteri;
- c. batteri, virus, miceti e parassiti;
- d. batteri, parassiti e miceti.

9. Quali sono le fasce di età che hanno un'incidenza maggiore di casi di malattia meningococcica?

- a. Prima infanzia;
- b. giovani adulti e bambini;
- c. categorie di lavoratori costretti a viaggiare molto;
- d. tutte le precedenti.

10. Nei portatori sani quali sono i fattori che contribuiscono a scatenare la malattia meningococcica?

- a. Le aree geografiche;
- b. l'età dei soggetti;
- c. le comunità chiuse;
- d. tutte le precedenti.

11. Nel vostro dipartimento di malattie infettive quale tra le seguenti indicazioni vengono adottate?

- a. Linee guida del reparto;
- b. protocollo regionale;
- c. linee guida nazionali o internazionali;
- d. non utilizzo linee guida né protocolli specifici.

12. Esistono certificazione obbligatorie per la denuncia della patologia?

- a. Sì, con moduli di riferimento regionale;
- b. no, perché procedura attuata all'uscita;
- c. sì, solo come degenza;
- d. no, perché eseguito in modo verbale dal medico.

13. Quale di questi esami è indispensabile per la diagnosi della meningite?

- a. Rmn encefalo;
- b. rx cranio e seni paranasali;
- c. rachicentesi;
- d. emocoltura.

14. Quali sono le caratteristiche macroscopiche del liquor indicative di un caso di meningite batterica acuta?

- a. Liquor torbido;
- b. liquor limpido, incolore, trasparente "come l'acqua di roccia";
- c. liquor con tracce ematiche.

15. Quali posizione deve adottare il paziente per consentire al medico il prelievo di liquor? (più risposte esatte)

- a. Decubito laterale con anche, le ginocchia e il collo flessi;
- b. posizione seduta con collo flessi che si appoggia all'infermiere;
- c. sdraiato in decubito prono;
- d. posizione sims.

16. Quali sono le procedure di cui bisogna occuparsi prima di preparare l'occorrente per effettuare la rachicentesi? (più risposte esatte)

- a. Verificare che sia stato firmato il "consenso informato";
- b. gestione dell'ansia;
- c. verificare Rx torace;
- d. provetta con dati nosografici del paziente.

17. Qual è l'occorrente necessario per la preparazione del carrello?

- a. Telino, guanti sterili e monouso, ago, siringa e provetta;
- b. tamponi, betadine, cerotto;
- c. porta aghi, dispositivi di protezione individuali;
- d. tutte le precedenti.

18. Quali saranno i dispositivi che devono essere utilizzati per i prelievi ematici da effettuare su pazienti ricoverati per presunta meningite batterica?

- a. Lavarsi le mani e indossare i guanti;
- b. indossare mascherina e occhiali;
- c. entrambe, sia a che b;
- d. utilizzo guanti sterili.

19. L'isolamento respiratorio è previsto soltanto in quale tipo di meningite?

- a. N. Meningitidis;
- b. Streptococcus Pneumoniae;
- c. Mycobacterium tuberculosis;
- d. Escherichia Coli.

20. Quali precauzioni vengono messe in atto durante il ricovero di un paziente affetto da meningite acuta? (fornire più di una risposta)

- a. Utilizzo di guanti monouso;
- b. utilizzo di camici tipo scafandro protezione 4;

- c. lavaggio delle mani di tipo sociale;
- d. isolamento del paziente.

21. In caso di meningite batterica acuta nel tuo reparto i farmaci da utilizzare sono:

- a. a disposizione sempre;
- b. da ordinare alla farmacia;
- c. a disposizione nel reparto scorte per le emergenze.

22. Se nel tuo reparto non ci sono scorte per le emergenze quanto tempo ci impiega il farmaco ad arrivare?

- a. < 3 ore;
- b. > 3ore;
- c. mai più di 24h;
- d. più di 24h.

23. Nel tuo reparto hai sempre a disposizione Pdi, dopo averli richiesti alla tua Uoc?

- a. Sì;
- b. no.

24. Se "no", quali tra questi presidi puoi non trovare a disposizione nel tuo reparto?

- a. Guanti monouso;
- b. mascherine ed occhiali;
- c. camici monouso;
- d. citroxin.

25. Quali sono le categorie che si dovranno sottoporre alla chemioprolassi per le persone che entrano in contatto con un caso di meningite batterica e sono ad alto rischio?

- a. Bambini di scuole materne e persone non direttamente esposte;
- b. i soggetti a diretto contatto con il paziente;
- c. contatto casuale, no secrezioni orali;
- d. soggetti non a diretto contatto con il paziente.

26. In caso di meningite batterica si utilizza una specifica sorveglianza, a cui fanno seguito misure di profilassi della circolare 4 del 13 marzo 1998 (lettera circolare 400.2/15/5709 del '93 e lettera circolare 400.2/15/3290 del '94):

- a. sì;
- b. no;
- c. altre.
(quali?) ...

27. La profilassi della meningite si differenzia per l'intervento terapeutico nei soggetti:

- a. Profilassi a tutti;
- b. profilassi a soggetti con diretto contatto;
- c. profilassi per soggetti a contatto indiretto;
- d. profilassi sia per soggetti a contatto diretto che indiretto.

28. Qual è il tempo entro il quale si deve sottoporre a chemioprolassi i contatti ad alto rischio?

- a. Entro 24h;
- b. entro 36h;
- c. entro 48h;
- d. entro 72h.

29. Quali sono le norme igieniche utilizzate in ambiente ospedaliero ed utilizzate per educare la famiglia del paziente?

- a. Accurata pulizia degli oggetti contaminati ed aerazione degli ambienti;
- b. non è necessaria la disinfezione;
- c. disinfezione a giorni alterni con aerazione.

30. Nello smaltimento dei rifiuti vengono utilizzati: (più risposte esatte)

- a. Sacchi di colore diverso;
- b. contenitori rigidi;
- c. contenitori a chiusura ermetica.

31. Cosa viene introdotto all'interno dello sharper prima di essere chiuso?

- a. Ipoclorito in pasticche;
- b. formaldeide;
- c. fisiologica;
- d. nulla.

32. Quali sono gli interventi per la gestione dell'ansia?

- a. Conversare con il paziente riguardo la sua prognosi o della malattia senza tralasciare i particolari;
- b. evitare stanze tranquille e poco rumorose;
- c. evitare emozioni eccessive, non scuotere il letto, non fare troppo rumore;

d. utilizzare farmaci ansiolitici.

33. Quali sono le diagnosi infermieristiche che si possono attuare in caso di meningite batterica? (più risposte esatte)

- a. Termoregolazione alterata correlata ad acme febbrile;
- b. rischio elevato di lesioni correlato ad alterazione della coscienza;
- c. ansia correlata alla coscienza, se presente, di ciò che sta accadendo;
- d. tutte le precedenti.

34. I locali dove vengono effettuate le terapie sono:

- a. ben arieggiati;

- b. a chiusura sigillata;
- c. con filtro di accesso;
- d. con procedure per l'accesso.

35. La denuncia di malattie infettive è obbligatoria e con appositi moduli viene inviata:

- a. al sindaco;
- b. al ministero della Sanità;
- c. alla direzione sanitaria;
- d. al medico di base.

BIBLIOGRAFIA

- Ascalar G, Osservazioni cliniche ed epidemiologiche su 198 casi di meningite cerebro-spinale epidemica verificatesi in Roma nell'anno 1916 e curati nell'ospedale S.Sabina. Roma; 1936.
- Ascalar G, Osservazioni sulla cura di 29 casi di meningite Cse con siero antimeningococcico preparato dal laboratorio batteriologico della Direzione Generale di Sanità Pubblica (1917-18). Roma; 1936.
- Carosi G, Pauluzzi S, Trattato di medicina interna, vol. II. Piccin editore; 2007.
- Di Nola F, Malattie Infettive e Tropicali. Padova; 2000.
- The Lancet- edizione italiana, n. I (gennaio/febbraio). 2007.
- Rugarli C, Medicina Interna Sistemica. Lavis (Trento); 2005.
- Chiranda M, Urgenze ed Emergenze. Piccin editore; 2007.
- Tancreti F, La Meningite Batterica. Pacini editore Medicina; 2005.
- Gangemi M, Quadri S, Il Counseling in pediatria di famiglia. Utet periodici scientifici; 2000.
- Vanzetta M, Il paziente neurologico, assistenza, relazione, educazione. Milano: McGraw-Hill; 2007
- Spread, Linee guida italiane di prevenzione e trattamento, IV edizione. 2005.
- Masur H, Tredici G., Scale e punteggi, quantificazione di deficit neurologici. Milano: Edi-Ermes; 1999.
- Valllicella F, D'Innocenzo M, Leto A, La responsabilità professionale dell'infermiere. D'innocenzo M, Massai D, Rocco G, Sasso L, Silvestro A, Valerio G, Valllicella F, Vanzetta M, Procedure diagnostico terapeutiche e assistenziali, il percorso dell'infermiere tra decisione, responsabilità, educazione e complessità. Milano: McGraw-Hill; 2005.
- Alvaro R, Brancato T, Kozier, Nursing clinico, tecniche e procedure. Napoli: Edises; 2005.
- Gerge JB, Le teorie del nursing. Torino: Utet; 1995.
- Aa.Vv, Atlante di anatomia. Giunti; 2000.
- Chiesa, Clementi L, D'Alessandri E, Pascoli M, Tecniche infermieristiche di base. Milano; 1991.

IN PILLOLE

La rivoluzione di smalto

Uno studio internazionale coordinato da una équipe di ricercatori della Oregon State university (Usa) promette di rivoluzionare l'odontoiatria riparativa.

Secondo quanto riportato dalla Bbc News, i ricercatori sono riusciti ad isolare un particolare gene e il suo fattore di trascrizione (denominato Ctip2), capace di attivare la produzione dello smalto dei denti che normalmente non si riforma. Il Ctip2 non è una novità assoluta per la ricerca immunologia e nello studio della rigenerazione dei nervi e della pelle.

Per la prima volta, però, la modulazione in laboratorio del Ctip2 ha mostrato effetti diretti sulla consistenza dello smalto dentario, in particolare del suo strato più esterno e duro, stimolando la maturazione degli ameloblasti, le cellule che secernono lo smalto. Il secondo step della ricerca punta ora sulla possibilità di creare una "coltivazione" artificiale di denti perfettamente funzionali. In questa direzione si concentra il tentativo di controllare l'effetto del Ctip2 sugli ameloblasti utilizzando la tecnologia usata per lo sviluppo delle cellule staminali.

Ancor più a breve termine è il progetto per la messa a punto di una tecnica innovativa per rinforzare o riparare lo smalto esistente.

Sullo stesso fronte di ricerca, i loro colleghi giapponesi dell'Istituto di Scienze Mediche dell'università di Tokyo sono giunti ad un risultato simile utilizzando una tecnica diversa, attraverso una coltura di cellule epiteliali estratte dai denti e stimolate alla proliferazione con uno speciale strato di cellule alimentari.

“Lavoro e benessere”: dall’analisi del clima alle strategie migliorative

Il caso “Tor Vergata”

di Carmen Cappitella

PREMESSA

La relazione esistente tra le persone e il contesto di lavoro determina la qualità del benessere lavorativo. Proprio perché il clima lavorativo incide in modo direttamente proporzionale sull’attività dell’organizzazione, diventa prioritaria l’attenzione dell’azienda su eventuali elementi critici che possono emergere. In questa ottica diviene fondamentale il contributo in termini di percezione e di esperienza, che apportano gli stessi lavoratori in quanto attori principali dell’assetto organizzativo. In virtù di queste considerazioni, a seguito dell’analisi sul clima organizzativo, condotta per volontà dell’Azienda Policlinico “Tor Vergata” alla fine dell’anno 2007 e nella quale emersero alcune criticità (Cappitella C, *La valutazione del progetto “lavoro e benessere” quale percorso di condivisione del clima organizzativo: l’esperienza del Policlinico Tor Vergata*, Infermiere oggi n. 4/08), la Direzione Generale, nel corso dell’anno 2008, ha pianificato e implementato azioni di miglioramento al fine di individuare concrete risposte,

In una fase preliminare sono stati costituiti, con disposizione formale del Direttore Generale, gruppi di lavoro formati da personale infermieristico proveniente dalle diverse realtà cliniche del Policlinico, dal direttore infermieristico e dai dirigenti aziendali responsabili dei diversi servizi, con lo scopo di affrontare, discutere e proporre soluzioni di cambiamento, circa le criticità “ambientali” manifestate nell’indagine condotta nel 2007 ovvero:

- percezione di mancata sicurezza e tutela nei luoghi di lavoro;
- individuazione del percorso di acco-

- accoglienza/processo amministrativo;
- logistica non sempre compresa nei suoi significati organizzativi;
- mancata valorizzazione del ruolo infermieristico;
- comunicazione difficoltosa;
- mancata programmazione dell’aggiornamento professionale;
- eccessivo carico di lavoro.

MATERIALI E METODI

Il lavoro prodotto dai diversi gruppi ha permesso di apportare soluzioni organizzative volte al raggiungimento di una maggiore soddisfazione lavorativa degli infermieri.

Gli elementi di criticità emersi in merito alla tematica “sicurezza” sono stati affrontati predisponendo un sistema di sorveglianza con telecamere poste sia nell’area parcheggio dipendenti, sia in alcuni punti strategici dell’edificio. Nell’area “spogliatoio” è stato potenziato il presidio, nel quale il personale dedicato, si occupa sia della consegna delle divise al personale infermieristico sia di sorvegliare gli ambienti.

In merito all’esigenza manifestata dagli operatori sulla maggior “tutela nel processo lavorativo”, il Servizio di Prevenzione e Protezione ha implementato un percorso formativo già in essere, con incontri mirati a diffondere la “cultura sulla sicurezza negli ambienti di lavoro” e a designare i preposti di ogni unità operativa.

In merito al “processo di accoglienza/ricovero degli utenti e processo amministrativo”, per i quali il personale denunciava difficoltà operative adducibili alla mancanza di un servizio dedicato all’accetta-

zione amministrativa dei nuovi ricoveri, nonché la mole di adempimenti burocratici, è in fase di implementazione un sistema operativo con diverse finalità. La registrazione anagrafica dei nuovi utenti avverrà in modo centralizzato e per qualsiasi procedura interna o esterna all’unità Operativa di appartenenza, non sarà necessario procedere ad un nuovo inserimento dei dati nel sistema in quanto la rete è condivisa da tutti i Servizi del Policlinico. Tutti i referti diagnostici e di laboratorio sono inoltre visibili e acquisibili da qualsiasi postazione (ovviamente con password) e in questo periodo si sta procedendo all’informatizzazione delle consulenze. Per ciò che concerne invece le procedure, i protocolli e gli strumenti operativi, è stata prevista un’apposita sezione sul web del Policlinico.

In merito alla “logistica”, che evidenziava problematiche sull’organizzazione degli spazi e sull’inadeguatezza degli ambienti dedicati al personale e all’utenza, il Servizio Comfort del Policlinico ha dedicato particolare attenzione alla risoluzione di tale disagio lavorativo. Riscontrando la scarsa conoscenza da parte del personale tutto in merito alla reale destinazione d’uso dei locali presenti sia all’interno delle diverse Unità operative sia nelle aree comuni, ha programmato numerosi incontri con il personale. In tali occasioni si è provveduto a condurre, insieme con gli infermieri, un’analisi critica sul reale e potenziale utilizzo degli ambienti e degli arredi, al fine di poter sensibilizzare e quindi intervenire in modo correttivo, od integrativo, circa le consuetudini o comportamenti inadeguati in tema di logistica.

Analizzando la sfera "livello individuale e relazionale", l'aspetto dove si denunciava una scarsa attenzione, veniva riferito alla *valorizzazione del ruolo infermieristico*, in termini di incentivazione meritocratica. A tal proposito l'Azienda ha progettato un sistema premiante basato sulle reali e potenziali *skill professionali*. Il sistema prevede quindi di incentivare non solo i lavoratori in turnazione H24 ma di gratificare coloro che garantiscono sempre il servizio e si adoperano, collaborano e sono disponibili a fronteggiare le esigenze clinico-organizzative soprattutto riconducibili alle cure erogate ai pazienti. Ha inoltre disposto, in accordo con le OO.SS. i passaggi di fascia orizzontali, per l'adeguatezza esperienziale su base retributiva, ed è in corso di espletamento la progressione verticale che vedrà un numero di infermieri collocati nella fascia Ds.

Per quanto riguarda invece la **valorizzazione professionale**, la Direzione infermieristica ha cercato di implementare il coinvolgimento degli infermieri rispetto all'adozione della nuova documentazione infermieristica, che consente di rendere più visibile la competenza e la comunicazione professionale con il personale medico. Per ciò che concerne invece i progetti infermieristici sia Aziendali sia specifici per Aree di competenza sono stati costituiti diversi gruppi di lavoro a conduzione infermieristica e hanno implementato la loro attività il gruppo "Affettività delle cure" che ha lo scopo di diffondere la cultura del "massaggio" quale fonte di rilassamento per i degenti del Policlinico, e il gruppo "Amici per la pelle" al fine di promuovere e implementare la *wound care* a sostegno dello specifico professionale.

Le problematiche emerse in relazione al tema "comunicazione" sono già oggetto di attenzione dell'azienda anche in considerazione del percorso di **Gestione del Sistema Qualità** secondo le norme ISO 9001 che il Policlinico sta implementando attraverso l'orientamento trasversale da adottare per le numerose realtà operative già certificate, sia verso l'ottenimento di una certificazione dell'intera azienda. Valore aggiunto è il progetto in essere di una Unità operativa certificata Iso che ha istituito un gruppo di lavoro, che vede



anche una rappresentanza dei vertici aziendali, sulla realizzazione di *audit clinici* volti al confronto multidisciplinare. Proprio in tema di multidisciplinarietà, è stato inoltre implementato il tavolo di lavoro sul "risk management" che vede tra i suoi componenti una forte presenza della professione infermieristica.

Infine, per quanto riguarda la "preparazione professionale", l'offerta formativa al personale infermieristico si è ampliata sia sotto il profilo dell'acquisizione dei crediti Ecm, sia per lo sviluppo delle specifiche abilità che gli infermieri devono acquisire per esprimere al meglio la propria competenza. È stato invece affrontato un percorso formativo dedicato agli operatori di supporto che ha visto il coinvolgimento dei coordinatori infermieristici in qualità di docenti e che ha permesso di formare la totalità del personale di supporto presente in Azienda.

RISULTATI

Al fine di valutare quanto gli interventi aziendali avessero avuto un riconoscimento da parte degli infermieri soprattutto in merito alla loro soddisfazione lavorativa, si è proceduto ad elaborare uno strumento di rilevazione, ovvero un **questionario**. Lo stesso è stato costruito sulla scorta sia delle criticità emerse nel primo studio condotto nel 2007 sia degli interventi migliorativi adottati nel corso dell'anno 2008. Lo strumento è composto da quattro aree tematiche (criticità lavorative emerse nel 2007, in particolare *valorizzazione del ruolo, comunicazione e preparazione professionale* sono stati raggruppati) per un totale di 47 *item* con risposta su scala di Likert a quattro punti (insufficiente, mediocre, sufficiente,

buono).

Al fine di rendere il campione maggiormente rappresentativo, si è deciso, contrariamente a quanto avvenuto per la prima indagine (*focus group*), di far compilare il questionario almeno alla metà dei dipendenti in servizio. Ciò ha permesso di raccogliere e quindi elaborare un totale di 560 questionari correttamente compilati e quindi validi ai fini dell'elaborazione dei dati.

Il campione è composto da infermieri che lavora da almeno un anno presso il Policlinico. Il 70% degli infermieri rappresenta la fascia di età compresa tra i 31 e i 40 anni. Il 62% degli intervistati rappresenta la popolazione femminile. Per quanto riguarda la formazione di base il 34% del campione possiede il Diploma professionale, il 15% il Diploma universitario e il 30% la Laurea di I livello. Il 65% possiede un Master universitario.

Il questionario è stato suddiviso in diverse parti, in base alle criticità emerse. In seguito alle modifiche apportate dall'Azienda, in relazione alla "percezione della sicurezza e tutela nei luoghi di lavoro" i risultati sono stati:

- *sicurezza parcheggio dipendenti* - esprime un giudizio tra sufficiente e buono l'86% del campione;
- *sicurezza aree interne* - la sicurezza e il controllo degli ambienti è garantita in maniera sufficiente per il 73% del campione, mentre è buona per il restante 13%.

In merito al processo di accoglienza, che in particolare si riferisce all'adozione del sistema informatizzato di ricovero, il 65% del campione ha definito "buono" il nuovo percorso.

Nella parte dedicata alla logistica e alle



caratteristiche dell'ambiente di lavoro, si evidenzia:

- *valutazione del comfort dell'ambiente* in cui si lavora, un risultato particolarmente positivo per: la *pulizia* (il 95,7% del campione esprime un giudizio tra sufficiente e buono), le *condizioni dell'edificio* (il 66,7% del campione risponde "buono") e la *gradevolezza degli ambienti e arredi* (il 54,3% del campione esprime un giudizio "buono");
 - *il comfort dei pazienti viene rispettato dall'azienda* è "buona" per l'85% del campione;
 - *l'organizzazione della logistica interna* (sistemi di reintegro automatico di prodotti farmaceutici e di consumo) è buona per il 69% del campione;
 - *l'attenzione dell'Azienda nei confronti dei pazienti* viene percepita come significativamente buona.
- Per quanto riguarda la parte del questionario, che desidera approfondire alcune situazioni legate all'organizzazione possiamo ritenere la maggior parte dei risultati positiva:
- *gli obiettivi dell'organizzazione sono chiari e ben definiti* con un valore che varia da sufficiente a buono nel 75% del campione;
 - *ci sono mezzi e risorse per svolgere*

adeguatamente il proprio lavoro, con un valore che varia da sufficiente a buono nel 88% del campione;

- *L'organizzazione trova soluzioni adeguate ai problemi che deve affrontare* con un valore che varia da sufficiente a buono per il 77% del campione;
- *sentirsi soddisfatto al termine della giornata di lavoro* con un valore che varia da sufficiente a buono nel 75% del campione;
- emerge che per il 66% degli infermieri *compiti da svolgere richiedono un livello di stress e di fatica eccessivo*.

Per la parte del questionario che indaga le aree legate alla valorizzazione del ruolo, alla comunicazione e alla preparazione professionale, i dati più significativi emersi sono stati:

- *quando si ha bisogno di informazioni si sa a chi chiederle* il valore tra sufficiente e buono è del 98% del campione;
- *i coordinatori coinvolgono gli infermieri nelle decisioni che riguardano il loro lavoro* il valore tra sufficiente e buono è del 76% del campione;
- *il lavoro di ogni infermiere rappresenta un contributo rilevante* il valore tra sufficiente e buono è del 79% del campione;
- *l'impegno sul lavoro e le iniziative*

personali sono apprezzate (con riconoscimenti economici, visibilità sociale, encomi) emerge un valore negativo che vede il 47% degli intervistati insoddisfatti;

- *chi avanza richieste o formula proposte e suggerimenti* viene ascoltato in un valore tra sufficiente e buono nel 76% del campione;
- *i compiti da svolgere richiedono un livello di stress eccessivo* evidenzia che il 65% del campione risponde in maniera affermativa;
- *vencono offerte opportunità di aggiornamento e sviluppo professionale* è garantito per il 61% del campione;
- *vencono offerte opportunità di aggiornamento e sviluppo professionale* il valore tra sufficiente e buono è riconosciuto per il 79% del campione.

CONCLUSIONI

L'analisi di questi dati ha fatto emergere il miglioramento della percezione del clima all'interno del policlinico "Tor Vergata" e ha dato adito ed occasione all'azienda e a tutti gli operatori che svolgono la loro attività e portano la loro professionalità a beneficio del cittadino-utente, di potersi confrontare in modo critico e costruttivo per instaurare numerosi percorsi di sviluppo migliorativi della propria "condizione" lavorativa.

La multidisciplinarietà si conferma come un elemento vincente e cardine nel gioco di squadra e il ruolo dirigenziale è significativo nella costruzione del benessere. Intrapreso questo percorso l'auspicio è che l'organizzazione continui a perseguire la ricerca della soddisfazione del proprio personale al fine di svilupparne le caratteristiche imprescindibili per la professione quali autonomia, competenza e responsabilità.

AUTORE:

Carmen Cappitella, Coordinatore Infermieristico Comfort Ospedaliero, Direzione generale policlinico Tor Vergata

**BRILLA UNA NUOVA STELLA NEL FIRMAMENTO EUROPEO DELLA PROFESSIONE:
È NATO IN FRANCIA L'ORDINE DEGLI INFERMIERI**

Bienvenue Ordre des Infermiers!

Un evento storico: si è costituito l'Ordine degli Infermieri francesi. I delegati regionali si sono riuniti per eleggere i membri del Consiglio nazionale dell'Ordine, ovvero l'apice della nuova struttura rappresentativa della professione in Francia.

Il Consiglio nazionale è costituito da 52 membri, suddivisi equamente fra donne e uomini. Di questi, 24 sono infermieri che lavorano nel settore pubblico, 16 nel settore privato e 12 sono liberi professionisti.

Si è trattato di un evento epocale per la professione, testimoniato anche dalla massiccia partecipazione al voto da parte dei colleghi Transalpini, con il 91,92% dei 433 delegati regionali che ha preso parte alle elezioni.

È l'epilogo di una lunga e tenace battaglia che ha condotto i colleghi francesi a costituire ufficialmente l'Ordre des Infermiers, grazie soprattutto all'impegno del Groupe St-Anne, un'organiz-

zazione che rappresenta una quarantina di associazioni professionali e sindacati di settore nata proprio con l'obiettivo di costituire l'Ordine.

Dopo la sua elezione, il Consiglio nazionale ha provveduto all'elezione del Comitato Direttivo, sancendone così la piena operatività. Il nuovo Ordine entra così a far parte della grande famiglia europea degli infermieri con l'adesione alla Frpi.

Tra i principali punti programmatici, spiccano l'istituzione del dottorato di ricerca in Scienze Infermieristiche e la redazione del nuovo Codice Etico.

Gli infermieri di Roma e della Provincia salutano con gioia la nascita del nuovo Ordine professionale e, nel segno della comune volontà di contribuire alla crescita della professione infermieristica in tutta Europa, formulano ai colleghi francesi i migliori auguri di buon lavoro.

Il Collegio IPASVI in Rete

italiano
benvenuti
bienvenidos
español
welcome
english

www.ipasvi.roma.it

Siamo anche su Televideo Rai 3 alla pagina 439

Focus

Assemblea annuale, bilancio
e programmazione delle attività



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

AL CENTRO CONGRESSI CAVOUR DI ROMA, SI È RIUNITA L'ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI, PER FARE IL PUNTO SULLE ATTIVITÀ DEL COLLEGIO, FRA SUCCESSI CONSEGUITI E NUOVI TRAGUARDI DA TAGLIARE

Ipasvi, a Roma "la casa" di tutti gli infermieri

Mercoledì 18 marzo, presso il Centro Congressi Cavour di Roma, si è riunita l'Assemblea annuale ordinaria degli iscritti al Collegio Ipasvi della Capitale. Il presidente, **Gennaro Rocco**, ha esposto ai numerosi colleghi presenti la relazione dell'attività svolta assieme all'illustrazione del programma triennale delle attività da svolgersi.

Si è quindi proceduto alla lettura e all'analisi del Conto consuntivo dell'anno 2008 e del Bilancio preventivo per l'anno 2009: entrambi i documenti sono stati approvati all'unanimità.

L'incontro ha rappresentato anche l'occasione per illustrare quanto deliberato dal Consiglio direttivo del 7 marzo scorso a proposito dell'istituzione, primo esempio in tutta Europa, di un **Centro di Eccellenza per la Cultura Infermieristica e la Ricerca**, pensato per formare una nuova generazione di infermieri, incoraggiare la ricerca clinica e le riforme della professione.

Il nuovo Consiglio Direttivo, insediatosi dopo le elezioni del 12, 13 e 14 dicembre scorsi, ha iniziato il suo mandato in una situazione delicata per la sanità italiana e per quella romana in particolare. Lo scenario è quello di un **sistema che resta schiacciato tra il confronto competitivo europeo, le carenze degli organici, delle strutture e una politica sanitaria in crisi d'identità**.

Alle nuove incertezze generali che derivano dalla crisi economica internazionale

e dalla prospettiva più imminente del federalismo fiscale, si aggiungono, nel Lazio, la difficile situazione dei conti pubblici e le criticità innescate dai tagli stabiliti con il Piano di rientro del deficit sanitario regionale.

In questa fase cruciale per il sistema sanitario, l'azione del Collegio, in stretto raccordo con gli altri Collegi e con la Federazione Ipasvi, può essere particolarmente incisiva, anche in virtù del peso specifico acquisito in questi anni dal Collegio di Roma nel panorama professionale nazionale e internazionale.

Il nostro Collegio è oggi un punto di riferimento importante per l'Italia e

si va affermando anche sul piano europeo per la quantità e la qualità dei servizi agli iscritti e l'intraprendenza organizzativa con una vera e propria fucina di eventi scientifici e professionali. Il riconoscimento che colleghi europei hanno voluto assegnare al Collegio di Roma, partecipando e collaborando a numerose iniziative proposte dal nostro Collegio, è un segno tangibile della stima e della fiducia che gli infermieri italiani si sono guadagnati in Europa e in tutti i Paesi a sanità avanzata. Sono in molti perciò ad attendersi da noi qualcosa di buono per la professione e per il suo futuro.





La stagione che abbiamo davanti si annuncia molto impegnativa. La scena è tutt'altro che rosea ma offre anche opportunità di ulteriore crescita, difficile da affrontare ma potenzialmente esaltante e che può essere condizionata in positivo dal contributo che arriva dall'interno della professione infermieristica, da noi tutti e dal Collegio che ci rappresenta. Insieme abbiamo colto obiettivi importanti che ci responsabilizzano ancor più nei confronti dei nodi irrisolti e dimostrano quanto la sanità abbia bisogno dell'apporto insostituibile degli infermieri, sempre pronti a lottare quando c'è di mezzo l'interesse primario del cittadino.

Ci attendono sfide vecchie e nuove che vanno giocate su piani diversi. Così pure diverse dovranno essere le risorse che la professione dovrà mettere in campo. Negli ultimi anni gli infermieri hanno ottenuto quel riconoscimento legislativo che spetta alle professioni intellettuali e che da molto tempo reclamavano inutilmente. Oggi la legge li riconosce come professionisti a tutto tondo, competenti, specialisti, autonomi, con capacità manageriali e organizzative che ne fanno figure di riferimento per l'esercizio clinico, il coordina-

mento dei servizi, la ricerca, la didattica. A questo nuovo status, però, non corrisponde ancora un adeguato riconoscimento in termini economico e sociali. Si tratta di tasti dolenti per gli infermieri italiani, che oggi si ripropongono in tutta la loro gravità e urgenza.

Il primo aspetto, quello della necessità di adeguare il trattamento economico alle nuove competenze sviluppate e alle ulteriori responsabilità assunte dagli infermieri, esula dalle competenze del Collegio che non può intervenire né ingerire in una materia, come quella contrattuale, delegata espressamente alla sfera sindacale. Tuttavia, nei limiti delle sue competenze, il Collegio non ha mancato di esercitare ogni debita pressione per riproporre con forza all'attenzione dei rappresentanti istituzionali il problema dell'inadeguatezza delle retribuzioni e gli effetti negativi che questo produce sulla motivazione professionale dei colleghi, sulla produttività, sull'efficienza dei servizi resi ai cittadini, sull'immagine pubblica della professione e sul suo grado di attrattività verso le nuove generazioni.

Quella del riconoscimento pieno della professione sul piano sociale è una sfida quotidiana dalle sorti alter-

ne. In questo specifico campo, il Collegio di Roma ha impegnato e continuerà ad impegnare molte energie. Si tratta innanzi tutto di concretizzare le straordinarie conquiste legislative che gli infermieri hanno ottenuto in questi ultimi anni e che, in troppi casi ancora, restano sulla carta. Anche con la Regione Lazio va definito un nuovo quadro di rapporti che fornisca garanzie più precise sugli impegni assunti e sui tempi stabiliti per la loro applicazione.

In questo quadro si inserisce anche l'immagine pubblica della professione e la considerazione che la collettività ha della figura infermieristica. Nonostante i progressi, siamo chiamati ancora troppo spesso a difendere l'immagine della professione contro le molteplici distorsioni, spesso fantasiose e mendaci, che i media propinano in quantità industriale. Incessante è il lavoro cui il Collegio è chiamato per chiedere smentite e rettifiche, formalizzare proteste e attivare azioni giudiziarie ogni qual volta sia in gioco la dignità professionale degli infermieri, i valori etici e deontologici della professione.

Nell'era della comunicazione, lo sforzo che il Collegio sostiene per adeguarsi agli strumenti e alle tecnologie del tempo continua ad essere massimo. Ne beneficiano soprattutto i servizi agli iscritti, la rapidità e la precisione con cui vengono oggi erogati, l'accessibilità alle informazioni, alle banche dati, alle certificazioni. La stessa circolazione delle idee e delle conoscenze fra gli iscritti ne trae effetti positivi, con nuove opportunità di interazione e scambio di esperienze che i colleghi mostrano di gradire moltissimo, intensificando sempre più la comunicazione con il Collegio.

Per questo, l'impegno profuso nel campo della comunicazione, attraverso la rivista, il sito web, la newsletter, e in tante altre occasioni con interventi pubblici, interviste televisive, comunicati stampa, è particolarmente intenso. Punta a divulgare all'esterno il nuovo status della professione, la peculiarità che la normativa vigente le attribuisce, il titolo di professione intellettuale, con piena autonomia gestionale e organizzativa, una formazione di livello universitario e competenza

specifica nel campo dell'assistenza. Certamente, l'impresa è ardua e continuiamo a scontrarci con pregiudizi e disinformazione. Tuttavia, qualche frutto in termini di maggiore visibilità della professione e delle problematiche assistenziali si comincia a scorgere, tanto da consigliarci di insistere sulla via intrapresa.

La nuova immagine pubblica dell'infermiere è legata anche allo sviluppo della libera professione,

alla figura di professionisti sempre meno correlati all'ambiente ospedaliero e sempre più integrati sul territorio, dove i cittadini vivono e chiedono assistenza. Il Collegio è fortemente impegnato nella promozione della libera professione infermieristica, che oggi rappresenta un traguardo lavorativo per un numero sempre crescente di colleghi. Da qui, il massimo sforzo per soddisfare le richieste di informazioni e di assistenza per ambulatori infermieristici privati, attività intramoenia e tante altre opportunità offerte dall'esercizio libero-professionale, sulla base di un intenso lavoro di ricerca legislativa, documentale e bibliografica.

Così pure nell'ultimo anno il Collegio ha lavorato molto per favorire il decollo della polizza assicurativa: uno strumento indispensabile per una professione adulta che deve sapersi dotare di importanti strumenti di sicurezza. Anche gli infermieri, come da tempo accade per altre professioni sanitarie, hanno la loro copertura assicurativa per la responsabilità civile, un efficace cappello protettivo contro il rischio di richieste di risarcimento per responsabilità professionale. Non più l'infermiere da solo a dover fronteggiare avvocati e medici legali, ma una difesa collettiva della categoria, con la tutela del singolo infermiere che diventa la difesa di tutta la professione.

C'è poi il complesso confronto sul piano internazionale. Al pari di altre professioni, l'ulteriore crescita dell'Unione Europea e il conseguente ampliamento dei confini per la libera circolazione dei professionisti, costringe gli infermieri misurarsi con altre esperienze nazionali e con le difficoltà (prime fra tutte la lingua) che molti colleghi europei ed extracomunitari incontrano operando



nelle nostre strutture. Pure la difesa delle direttive di settore e la riforma delle professioni liberali restano nodi decisivi per la professione.

La difficoltà del confronto internazionale si propone con forza anche sui titoli abilitanti all'esercizio della professione. Fra i sistemi di accreditamento usati nei vari Paesi la disparità resta netta e per noi inaccettabile. Non vogliamo rischiare di livellare in basso il grado di competenza professionale degli infermieri e non possiamo accettare che colleghi esercitino l'attività infermieristica in Italia grazie all'accREDITAMENTO sancito da organismi che non garantiscono il rigore della formazione imposta agli infermieri italiani, (poco verificabili, spesso più interessati agli aspetti commerciali che a quelli deontologici e della sicurezza). **E' pertanto doveroso contrastare con forza e a tutti i livelli il rischio di un potenziale mercimonio delle abilitazioni professionali.** Il Collegio di Roma conta di farlo anche grazie alla sua collaudata rete di relazioni internazionali con i colleghi europei.

Nella relazione che segue, è contenuta 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.

Un'attività crescente, che si moltiplica giorno dopo giorno, con un numero sempre più alto di colleghi che lo utilizzano e lo frequentano. Il Collegio vive una fase di grande fervore e partecipazione. Merito anche della nuova sede che consente un'organizzazione migliore e mette a disposizione ampi spazi e nuovi servizi. Il bilancio dell'ultimo anno mette in luce un Collegio in piena attività, aperto e operativo su molteplici fronti, concentrato sui servizi agli iscritti, sulla vigilanza, sull'aggiornamento e proiettato sul futuro della professione. In questa chiave l'azione del Collegio deve necessariamente essere variegata e interdisciplinare, attiva su più fronti, attenta e capillare. Deve saper sviluppare opportunamente 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.

ESERCIZIO PROFESSIONALE

Il contesto in cui il Collegio si è mosso e continua a muoversi appare caratterizzato dal **cronico fenomeno della carenza di infermieri**, dovuto in gran parte anche a peculiarità regionali, come il blocco delle assunzioni decretato dal piano di rientro dal deficit sanitario. La

precarietà del personale sanitario e il blocco della mobilità non facilitano certo la risoluzione di questa problematica. Il Collegio stima che il fabbisogno di personale infermieristico nel Lazio è di 4.000 unità rispetto alle risorse attualmente impiegate.

Su questi versanti di intervento, per il Collegio diventa fondamentale evidenziare la peculiarità della "questione" infermieristica e chiedere lo sblocco delle assunzioni anche attraverso la sollecitazione ed il sostegno delle organizzazioni sindacali. Bisogna inoltre affrontare e risolvere una volta per tutte la questione della precarietà con concorsi e, nel privato, con assunzioni dirette a tempo indeterminato. Quanto alla mobilità, pur consapevoli delle problematiche che essa comporta, non si può negare il diritto del professionista a trasferirsi in strutture più vicine alla propria abitazione.

Per quanto riguarda invece i colleghi che già sono entrati nel mondo del lavoro, una priorità dell'anno appena trascorso è stata rappresentata dalla corretta applicazione della legge 43/2006 per quanto riguarda la carriera organizzativa e dirigenziale. In questo senso, possiamo dire di aver raggiunto appieno i nostri obiettivi, lasciandoci alle spalle tempi in cui il personale infermieristico pativa la condizione di "figlio di un Dio minore" all'interno delle strutture sanitarie.

Restano ancora aperte le partite per la predisposizione di percorsi di carriera per gli infermieri specialisti in possesso di master ad indirizzo clinico assistenziale così come previsto dalla legge 43/06 e quella di un corretto impiego degli Oss nelle strutture sanitarie, socio sanitarie, residenziali e sul territorio così come previsto anche dai nuovi requisiti per l'accreditamento su base regionale.

FORMAZIONE DI BASE

Il quadro di partenza ci consegna un'immagine di posti insufficienti attivati nelle sedi centrali e in quelle convenzionate. Alcune sedi, poi, non posseggono requisiti di struttura e di qualità adeguati, e spesso sono assolutamente insufficienti i sussidi didattici e i servizi garantiti agli studenti (biblioteche, sale lettura, aule di

informatica e internet, mensa, ecc.). Anche le figure dei tutor risultano assolutamente insufficienti rispetto agli standard previsti. Soprattutto, a differenza di quanto accade nel settore medico, esse non vengono opportunamente incentivate. Più in generale, **notiamo un totale disinteresse, una miopia della politica e delle istituzioni** nel risolvere l'annosa e fondamentale questione finanziaria delle sedi pubbliche e private afferenti al Sistema sanitario regionale, che non percepiscono alcun finanziamento per l'attività formativa che regolarmente svolgono (le tasse degli studenti vengono riversate totalmente all'Università). Anche gli ordinamenti didattici e regolamenti delle cinque Università romane sede di Facoltà di Medicina e chirurgia sono da rivedere alla luce dell'esperienza di questi anni e delle nuove normative nazionali (vedi nuovi decreti Miur).

Per affrontare da subito la cronica carenza di infermieri nella nostra regione, il Collegio è impegnato costantemente nel sollecitare l'aumento dei posti da mettere a bando per compensare almeno il turnover e garantire una progressiva copertura del deficit di personale, che rende talvolta insostenibile il lavoro in corsia.

Parimenti, bisogna sollecitare anche con azioni forti l'assegnazione ed il trasferimento di fondi alle sedi decentrate, facendo anche in modo che le Università bandiscano nuovi posti di associati e ricercatori, visto che questo

tipo di figure oggi si contano sulle dita di due mani in tutta la regione. Infine, in collaborazione con la Federazione nazionale è necessario riscrivere gli ordinamenti didattici e proporli per un confronto serio e serrato alle diverse Università per migliorare contenuti e obiettivi formativi dei corsi.

FORMAZIONE SPECIALISTICA E FORMAZIONE CONTINUA (ECM)

Da questo punto di vista **segnaliamo con soddisfazione la conferma dei dottorati di ricerca in Scienze Infermieristiche nell'Università di Tor Vergata**, come realtà oramai consolidata e di successo. Anche i master sono numerosissimi in tutti gli atenei laziali, anche se è importante avere ben presente la domanda attuale del Sistema sanitario regionale, sviluppando maggiormente soprattutto quelli ad indirizzo clinico. E veniamo al capitolo Ecm.

Sono assolutamente insufficienti sia gli eventi che i piani formativi aziendali; irrisolto il problema dei congedi e dei costi. Notiamo inoltre ritardi nell'attuazione del Piano regionale della formazione continua (condizionato anche dai ritardi nazionali) e ancora qualche incertezza sul ruolo regionale nell'Ecm (*provider*, tipologia formativa, crediti ecc.). E' comunque in arrivo una nuova normativa in merito, secondo la quale a livello regionale avranno un luogo fondamentale i singoli provider formativi, snellendo



di molto l'attuale burocrazia legata all'erogazione e all'acquisizione di crediti Ecm.

Il Collegio di Roma, nel solo anno 2008, ha organizzato autonomamente ben 61 eventi formativi Ecm, per un totale di 4.109 partecipanti e 22.595 crediti erogati, con indici di gradimento sempre altissimi, caso unico in Italia.

ORDINISTICA

Il 2009 potrebbe essere realisticamente l'anno dell'istituzione dell'Ordine professionale degli Infermieri.

Aperture in questo senso sono state fatte, nel corso del recente congresso nazionale di Firenze, dal sottosegretario Fazio, ma ciò che più ci interessa è che i disegni di legge in questo senso stanno procedendo spediti nelle commissioni parlamentari chiamate ad esaminarli prima del voto alla Camera e al Senato. Non pecchiamo di presunzione se diciamo che già da tempo il Collegio di Roma funziona in tutto e per tutto come un Ordine professionale, sul fronte della tutela dei propri iscritti, del controllo e delle verifiche, della gestione delle morosità, dei provvedimenti disciplinari, dei rapporti con le istituzioni e con il cittadino. Resta inteso che è necessario un ammodernamento della struttura attuale dei Collegi, delle loro funzioni e del loro ruolo pubblico, e in questo senso si sta muovendo il lavoro dei parlamentari, tra i quali, è bene precisare, non c'è nemmeno un infermiere.

RAPPORTI ISTITUZIONALI NAZIONALI E INTERNAZIONALI

Il Collegio, anche nell'anno appena trascorso, ha rafforzato la propria presenza con i principali interlocutori sul territorio. In primis, la Regione Lazio, commissariata per quanto concerne la Sanità, ma assai attiva sul fronte della **definizione del nuovo Piano sanitario regionale**, per la definizione del quale l'Ipasvi è stata formalmente consultata dall'apposita commissione consiliare, fornendo tempestivi e puntuali contributi al dibattito in atto alla Pisana.

Forte è la nostra presenza anche presso

il Comune di Roma, il Tribunale penale e civile, aziende e altre strutture socio-sanitarie pubbliche e private, per arrivare poi al settore accademico, alle Università e alle commissioni d'esame (102 rappresentanti Ipasvi nominati nel 2008).

La progressiva crescita del nostro Collegio ha reso inoltre sempre più necessari confronti qualificati con altre associazioni professionali, società scientifiche, altri Ordini e Collegi. L'Ipasvi si è anche caratterizzata per un'attiva partecipazione a iniziative ad opera di associazioni di cittadini (Marta Russo, Peter Pan, Cittadinanza Attiva, CoDiCi, ecc.), onorando appieno il proprio statuto e la propria *mission*.

Il 2008 è stato anche l'anno di un rinnovato impegno sul versante delle pubbliche relazioni, attraverso la stampa e i mass media in generale. La rivista del Collegio, "Infermiere Oggi", dopo un restyling grafico, sta affrontando anche un potenziamento dei contenuti e dei contributi. Il sito internet del Collegio (www.ipasvi.roma.it) ha registrato 908.145 accessi globali dal 1 gennaio al 31 dicembre, con 2.500 accessi medi giornalieri. Ciò anche in virtù dei nuovi e innovativi servizi resi disponibili gratuitamente on line (iscrizione a convegni, download di strumenti di studio e ricer-

ca, bandi di concorso sempre aggiornati, rassegna stampa, ecc.). Sempre attraverso il canale di internet, è da registrare anche la nascita della Newsletter del Collegio, che con cadenza quindicinale aggiorna via email tutti gli iscritti sulla vita del Collegio stesso e sull'attualità della sanità regionale. Anche in questo caso, si tratta di un servizio del tutto gratuito e che grazie all'interattività resa possibile dal web può essere implementato dai lettori, che possono segnalare in tempo reale alla redazione iniziative ed eventi degni di attenzione.

ATTIVITÀ ISTITUZIONALE

La sede del Collegio Ipasvi di Roma, in viale Giulio Cesare 78, si sta configurando sempre più come un punto di riferimento per tutti gli infermieri della regione. Non solo, come tanti anni fa, per espletare funzioni burocratiche, ma anche per favorire l'aggiornamento professionale, la crescita culturale e sociale, l'assistenza legale e amministrativa agli iscritti.

I numeri del 2008 parlano chiaro: 414 richieste verifiche validità titoli di studio, 1.800 verifiche anagrafiche tra Roma e provincia, 1.338 richieste di casellari giudiziari per i nuovi iscritti, 18 sedute di esame per infermieri comunitari, 7 sedu-



te di esame per infermieri extracomunitari. Atti a tutela non solo dei nuovi iscritti, ma anche di chi già da anni svolge la professione e del cittadino che si confronta col sistema sanitario.

Solo riferendoci all'attività di assistenza legale gratuita espletata presso il Collegio, nel 2008 abbiamo registrato 178 richieste di consulenza in sede, 300 richieste di consulenza per via telefonica, per un totale di 179 interventi legali.

Nell'area della comunicazione, oltre ai già citati sito internet, rivista e newsletter, è sotto gli occhi di tutti la presenza delle posizioni del Collegio in trasmissioni televisive a carattere locale e nazionale, sul televideo Rai, sulle principali testate giornalistiche, per non parlare delle pubblicazioni a cura del Collegio.

Uno dei servizi che riscuote maggior successo è quello della Biblioteca, che nel 2008 ha registrato 1.215 accessi. La forza di questo servizio risiede, tra l'altro, in un consistente patrimonio bibliografico, una fortissima raccolta di riviste italiane e straniere (ben 164), l'abbonamento a Cinhal, il servizio "document delivery" e nuove potenzialità rese possibili dal portale web del Collegio. Per il 2009 è prevista una forte nuova acquisizione di libri, a fronte dei nuovi 32 testi acquistati lo scorso anno. La Biblioteca mette a disposizione gratuita degli utenti anche due postazioni internet e l'accesso alla banca dati "Ilisi", vero nostro fiore all'occhiello, in quanto consente ricerche bibliografiche su scala mondiale in lingua italiana.

Servizi tutti "raccontati" nella nostra "Carta dei servizi" di recente riedizione. Servizi tutti resi possibili dallo sforzo encomiabile del personale del Collegio, di tanti iscritti coinvolti a vario titolo nei singoli progetti (almeno 1.500 nell'ultimo triennio) e da una mirata squadra di consulenti su materie specifiche (aspetti legali, comunicazione, informatica). Per mantenere i livelli attuali di erogazione dei servizi e anzi incrementarne la qualità, si rende nel prossimo futuro necessario un completamento della

pianta organica. Uno dei primi obiettivi del 2009 sarà l'aumento del numero di ore di apertura della biblioteca, a fronte di un maggiore impegno di personale a ciò preposto.

Si tratta, insomma, di mettere in campo una serie di iniziative complesse e articolate, coordinandole per indirizzarle tutte nella medesima direzione: quella dell'ulteriore crescita della professione infermieristica affinché ai lusinghieri risultati conseguiti negli ultimi anni corrispondano significati concreti e verificabili nell'attività di ogni giorno. Vogliamo spiccare definitivamente il volo come professione completa e moderna, ricca di contenuti e competenze specifiche, mantenendo in testa ai suoi obiettivi l'interesse della persona che assistiamo.

CONCLUSIONI

Sebbene tanto sia stato fatto, ancora molto resta da fare. Assaggiamo oggi, non senza dover mandare ancora troppi bocconi amari, il gusto delle nostre più significative conquiste professionali recenti. Finalmente disponiamo della nostra carriera, possiamo orientarla e affinarla fino ai livelli più elevati, svilupparla nei campi dell'organizzazione, della dirigenza, della ricerca, della didattica. E' il risultato di battaglie storiche che gli infermieri hanno combattuto in prima linea, forti della loro determinazione, della caparbia e dell'unità di cui sono capaci.

Con la stessa forza siamo riusciti a completare la nostra formazione, l'abbiamo spinta al più alto livello di sempre superando resistenze e colpi bassi, coronando così un'aspirazione di decenni e aprendo tale opportunità a tutti gli infermieri. Siamo oggi professionisti diversi, con nuovi ruoli e qualifiche nuove, coordiniamo altre figure sanitarie, siamo i titolari esclusivi dell'assistenza.

Di strada ne abbiamo fatta molta. E di pari passo è cresciuto il peso della nostra rappresentanza professionale. Oggi il Collegio svolge un ruolo di primo piano nella Conferenza Regioni-Ordini Professionali, nella Commissione Ecm

della Regione Lazio, nella Federazione Nazionale Ispasvi e nella Federazione Europea degli Infermieri.

Finalmente gli Infermieri hanno voce in capitolo e la fanno sentire.

Con la stessa coesione dobbiamo ora completare il percorso, pretendere che ciò che la legge ci riconosce sia tradotto nella realtà operativa. Serve uno sforzo decisivo per superare l'emergenza di personale, liberare l'Infermiere da mansioni improprie e carichi di lavoro eccessivi, rivedere i modelli organizzativi, attivare i percorsi formativi, operare per la piena occupazione e per una retribuzione adeguata, tutelare la libera professione, combattere l'abusivismo, promuovere la professione tra i giovani. Occorre sostenere i progetti di ricerca, implementare i servizi di consulenza, di aggiornamento e formazione permanente, servono strumenti di certificazione Ecm rigorosi e gratuiti, va migliorata l'informazione agli iscritti per coinvolgerli sempre più nelle attività del Collegio.

Se i traguardi raggiunti negli ultimi anni non hanno pari fra le altre professioni sanitarie, lo si deve soprattutto alla compattezza con cui abbiamo sostenuto i nostri organi rappresentativi e alle competenze maturate da questi attraverso un impegno assiduo, pragmatico, profuso in prima linea, sempre collaborativo ma fermo. **Nel prossimo triennio la Professione è chiamata a consolidare gli importanti risultati conseguiti e a tradurli nella pratica quotidiana.** Potrà riuscirci grazie alla straordinaria forza che ha fin qui segnato il cammino della nostra famiglia professionale: l'unità e il senso di appartenenza.

E' dunque sulla strada della coesione che dobbiamo insistere per completare il percorso, per contare di più sulle scelte di fondo della politica sanitaria. Quella stessa coesione professionale che ci ha consentito di fare massa critica e inanellare una serie di successi inseguiti da anni.

Con il contributo di tutti, possiamo immaginare un futuro più roseo per noi e per i cittadini che ogni giorno assistiamo.

LA NOVITA'

Il centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica

"Dulcis in fundo", avrà pensato qualcuno degli intervenuti all'Assemblea annuale degli iscritti al Collegio Ipasvi della capitale quando abbiamo presentato a tutti una nuova creatura del Collegio di Roma: il **Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica**. Un Centro che avrà lo scopo di sviluppare la "Cultura del Sapere Scientifico" (*Culture of Scholarship*) quale elemento catalizzatore per le innovazioni, le scoperte e la ri-vitalizzazione del *nursing* in Italia.

La professione infermieristica sta attraversando nel nostro paese, un periodo di trasformazione e rinascimento sotto il profilo della scienza, della formazione, della pratica e della ricerca.

La formazione specialistica, i dottorati, i master attirano sempre più infermieri proponendo modelli concettuali innovativi, metodologie e strumenti operativi moderni che contribuiscono a trasformare l'immagine, il ruolo e soprattutto la pratica clinico-assistenziale degli infermieri stessi. Il *nursing clinico* si è notevolmente arricchito, prestando la giusta attenzione alle evidenze scientifiche e ponendo in luce elementi come la specificità e la peculiarità delle attività assistenziali e delle competenze distintive, il valore dei codici etici ed il contributo che esso può dare alla definizione delle politiche sanitarie.

Fare avanzare la scienza infermieristica significa avere un professorato distinto, un sistema accademico cioè, dove gli infermieri insegnano agli infermieri; significa avere un maggior numero di riviste scientifiche indicizzate e collaborazioni scientifiche internazionali. La ricerca infermieristica diventa visibile quando sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di

disegnare e condurre degli studi sui fenomeni dell'assistenza alla persona (vedi lo studio Ipasvi Roma sui *near miss*). Per questo, è lecito credere che i tempi siano maturi per avere un proprio **Centro di Eccellenza**.

Le "ragioni" di un "Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica"

La **missione** del Centro è costruire una cultura infermieristica permeata dal sapere scientifico nell'ambito della formazione, della pratica e della ricerca. La sua **visione** è creare iniziative per attuare innovazioni e scoperte sull'assistenza alla persona ed è strutturato intorno al concetto di **sapere scientifico**. Serve una nuova *cultura del nursing* per dar vita al cambiamento, aumentare le aspettative e realizzare risultati eccellenti. Il Centro si fonda sulla sinergia **ricerca/cultura**, ed

è, come già detto, radicato nel concetto del **"Sapere scientifico"** (*scholarship*). Questa sinergia serve a dare vitalità ed energia alle attività del Centro: la ricerca stimola gli infermieri ad acquisire conoscenze ed abilità (che li renderanno protagonisti di progetti che consentiranno di realizzare nuove scoperte); la cultura sostiene ed alimenta le energie, la psiche e lo spirito degli infermieri stessi proiettandoli verso la ricerca dell'eccellenza.

Nella visione del Centro, la costruzione di una nuova cultura infermieristica è imprescindibile per giungere rapidamente all'affermazione ed alla valorizzazione dell'infermieristica in quanto scienza e disciplina. Lo *scholarship* ne sottende gli obiettivi.

Tutto, in linea col **modello internazionale di Boyer** che consente di definire il suo scopo nell'approfondire la cultura infermieristica radicata nel sapere e nella ricerca per preparare i futuri studiosi. Le



quattro aree del "Sapere scientifico" definite da Boyer (scoperta, integrazione, applicazione e didattica) saranno utilizzate dal Centro per implementare iniziative innovative che consentiranno di attuare nuove scoperte in materia di assistenza alla persona.

I "pilastri" del Centro

Quattro pilastri (o basi d'azione) rappresentano la struttura portante del Centro e costituiscono nel contempo il motore delle sue attività. Sono **quattro poli** interattivi, strettamente correlati con un unico fine: perseguire l'eccellenza.

Il Polo istruzione

Esso dovrà contribuire alla formazione di una nuova generazione di infermieri e dovrà produrre una nuova generazione di studiosi di clinica infermieristica. E' fondamentale, a questo scopo, incoraggiare gli infermieri clinici a conseguire Master, Lauree specialistiche e Dottorati.

Suo scopo principale è di stimolare e sollecitare le riforme della formazione infermieristica, attraverso quattro priorità:

- sostenere il cambiamento e le innovazioni dei piani di studio dei corsi di laurea in infermieristica e fare da supporto ai docenti ed agli studiosi di clinica infermieristica nelle loro attività didattiche. Azioni di supporto possono essere anche il reperimento di risorse per i docenti e far crescere il numero dei professori di infermieristica presso

le università;

- sostenere i *tutor* clinici che supervisionano gli studenti durante il tirocinio clinico, attraverso il miglioramento delle loro conoscenze ed abilità e promuovendo un riconoscimento formale del loro ruolo di tutor clinici e cioè di veri e propri docenti della disciplina;
- supportare il rinnovamento delle unità operative che fungono da laboratorio clinico per la formazione degli infermieri, per essere certi che i futuri infermieri possano acquisire esperienze di buona pratica assistenziale e crescere in strutture dove i modelli organizzativi e le modalità operative sono ispirati a principi di efficacia ed efficienza;
- supportare la rivitalizzazione dei contesti clinici come luoghi dedicati alle innovazioni sperimentando forme nuove di esercizio professionale e di relazioni interprofessionali.

Il Polo per la ricerca

Questo Polo si occupa della conduzione di progetti clinici, disegnati ed implementati dagli infermieri.

Il fattore critico per il successo di questo Polo è la *leadership* e la visibilità degli infermieri che conducono gli studi di ricerca clinica e la divulgazione dei risultati attraverso le pubblicazioni e le presentazioni sulle ricerche svolte. **Il suo scopo principale è di consentire agli infer-**

mieri di condurre studi di ricerca clinica di tipo multicentrico e interdisciplinare. All'inizio, il Centro implementerà studi di ricerca clinica condotti dagli infermieri mediante il finanziamento di due o al massimo tre studi, affinché il nuovo Centro di Eccellenza possa costruire la sua credibilità su attività fattibili e realistiche.

I primi due studi che proponiamo per lanciare il Polo per la Ricerca del Centro e che consentono di centrare il suo obiettivo principale sono:

- uno studio che sviluppi uno dei temi dei *near miss*;
- un sistema infermieristico per il monitoraggio del *Risk Management* e rispettiva documentazione.

Il Polo per la formazione dei ricercatori

Questo serve a migliorare le abilità degli infermieri in materia di metodologia della ricerca e ad arricchire le conoscenze legate allo sviluppo di nuove proposte per la ricerca. Attraverso il Polo per la Formazione dei Ricercatori sarà possibile espandere l'*expertise* degli infermieri in materia di metodologia della ricerca. **Suo scopo principale è di offrire dei corsi di formazione in materia di metodologia della ricerca clinica** e tutte le attività correlate al sapere scientifico.

Tre le priorità:

- creare e supportare una nuova categoria



di infermieri nel ruolo di ricercatori che diventeranno *Research nurse fellow*.

- creare laboratori di ricerca infermieristica, sul modello dei laboratori di Ricerca Clinica del *National Institute of Health* degli Stati Uniti, che hanno dimostrato che questa tipologia di infrastruttura consente di aumentare la capacità della ricerca specifica delle metodologie che può essere applicata per fare nuove proposte e condurre progetti clinici più ampi. **Attualmente, il nursing in Italia ha pochi Laboratori per la Ricerca Infermieristica;**
- organizzare gli studenti infermieri in gruppi di ricerca, per coinvolgerli e renderli protagonisti fin dalla loro formazione in studi e progetti di ricerca.

Il Polo della pratica clinica

Suo scopo principale è promuovere la riforma di modelli di assistenza infermieristica arcaici e superati promuovendo e, dove possibile attuando, le innovazioni cliniche attraverso la pratica riflessiva e traslazionale.

Ecco le quattro priorità per la trasformazione della pratica infermieristica in Italia:

- la costituzione di un comitato centrale di *Clinical Nurse Leader* e *Specialist* (infermieri clinici esperti) in grado di guidare la riforma della pratica clinica. Questi leader costituiranno dei gruppi di lavoro e dei nuclei operativi (*task force*) per affrontare aspetti critici della pratica clinica che necessitano di essere cambiati per garantire la qualità e la sicurezza dell'assistenza infermieristica. L'operato dei *Clinical Nurse Leader* garantirà la presenza di un gruppo di "esperti clinici" della professione infermieristica che fungeranno da agenti del cambiamento all'interno del Ssn (potrebbero essere i professionisti specialisti già previsti dalla Legge 43/06 art.6);
- la revisione e l'analisi critica degli **standard dell'assistenza infermieristica** per dimostrare che è necessario trasformare e rivitalizzare la pratica infermieristica. Saranno nominati un gruppo di infermieri clinici esperti che condurranno quest'analisi critica,

documentando i loro risultati per informare il resto della comunità infermieristica su quali aree richiedono dei cambiamenti e delle riforme;

- riunire le varie **associazioni infermieristiche** affinché siano solidali verso la missione comune di riformare e infondere una nuova linfa vitale nel nursing clinico. Il Centro sponsorizzerà Congressi biennali al fine di riunire i diversi gruppi della professione infermieristica per presentare degli aggiornamenti, aumentare la consapevolezza degli infermieri sulle questioni in evoluzione o pressanti e generare solidarietà per risolvere problemi che minacciano l'autonomia clinica degli infermieri e il dinamismo della pratica. Le stesse associazioni/società scientifiche infermieristiche possono contribuire alla sponsorizzazione di conferenze infermieristiche che promuovono lo sviluppo continuo della professione in Italia;
- creare iniziative per attivare e far interagire filoni comuni di pratica clinica infermieristica. All'interno delle specialità cliniche del nursing sono presenti degli elementi comuni che influenzano l'assistenza infermieristica e gli esiti. Questi comprendono ad esempio, la deontologia professionale, il nursing trans-culturale, l'infermieristica forense-legale, la politica sanitaria, la giustizia sociale, l'equità nell'erogazione dei servizi sanitari. Il Centro sponsorizzerà delle conferenze e dei *workshop* su queste iniziative affinché gli infermieri acquisiscano sempre più consapevolezza dell'importanza della loro presenza

nei dibattiti e nella definizione delle politiche sociali e sanitarie.

Il successo del Centro è subordinato:

- alla capacità di saper coinvolgere tanti infermieri motivati, preparati, con una mentalità aperta e con uno spiccato spirito di collaborazione;
 - alla capacità di creare una folta rete di collaborazioni con università italiane e straniere, centri di ricerca, aziende sanitarie, istituti scientifici;
 - al coinvolgimento di una qualificata compagine di studiosi, ricercatori, professori universitari di discipline infermieristiche ma anche di tutte le altre (medicina, biologia, scienze statistiche, scienze umane, scienze giuridiche e così via);
 - al coinvolgimento delle sedi dei corsi di laurea in infermieristica, degli studenti sia dei corsi di base che dei corsi di laurea specialistica, dei dottorati, dei master;
 - alla condivisione di progetti e di strategie con la federazione nazionale e con i colleghi IPASVI interessati, oltre che con le società scientifiche/associazioni professionali infermieristiche.
- Riteniamo si tratti di un progetto ambizioso, difficile ma assolutamente irrinunciabile.

La storia recente ci ha dimostrato che anche le imprese che ci sembravano impossibili, sono poi diventate realtà.

Siamo convinti che la professione infermieristica sia oggi pronta per cimentarsi in questa nuova avventura, saprà affrontare questa sfida con lo spirito e l'entusiasmo necessari per ogni grande impresa.

Gennaro Rocco



L'APPROFONDIMENTO

IL MODELLO DEL "SAPERE SCIENTIFICO"

IL MODELLO DEL "SAPERE SCIENTIFICO" DI BOYER, ALLA BASE DEL PROGETTO DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA PER UN CENTRO DI ECCELLENZA, SI FONDA SU QUATTRO "CULTURE". ECCOLE, NEL DETTAGLIO

La "*Cultura della scoperta*" mira all'acquisizione di nuove conoscenze scavando in quei territori sconosciuti dell'assistenza che gli infermieri non hanno mai condotto o di cui non hanno mai partecipato. Essa scaturisce, solitamente, dalla collaborazione interdisciplinare, in cui gli infermieri sono membri di un team scientifico. **I rapporti di collaborazione con la medicina ed altre discipline, istituzioni governative e i politici sono indispensabili al fine di trovare il sostegno politico e le risorse economiche per far fiorire la "Cultura della scoperta" in Italia.**

La "*Cultura dell'integrazione*" è l'applicazione di ciò che si conosce sulla base di pubblicazioni che esprimono i diversi punti di vista di altre discipline. Essa contribuisce alla costruzione della Scienza Infermieristica nel momento in cui gli infermieri integrano gli ampi orizzonti delle conoscenze con le prospettive dell'assistenza all'uomo. **Gli infermieri danno un contributo alle Scienze integrative dell'assistenza all'uomo attraverso i loro modelli teorici innovativi e le strutture concettuali al fine di organizzare la ricerca, la pratica e la didattica.**

La "*Cultura dell'applicazione*" riguarda l'applicazione delle conoscenze scientifiche alle azioni dell'assistenza all'uomo. Per gli infermieri, essa è la pratica clinica.

Gli infermieri sono "studiosi clinici in azione" attraverso l'esercizio della propria professione e responsabilità nei confronti della qualità e dell'eccellenza; gli studiosi clinici della professione infermieristica sono i "guardiani" della competenza e dell'eccellenza clinica. Gli studiosi clinici della professione infermieristica trasformano la pratica e, così facendo, dimostrano al pubblico che l'assistenza infermieristica ha una dignità scientifica e può fare scuola.

La "*Cultura della didattica*" consente di formare, in modo completo, gli infermieri ed i futuri studiosi della professione infermieristica. **La formazione infermieristica emula la Cultura della Didattica** attraverso nuovi concetti che consentono di riformare i percorsi formativi e la pedagogia. Attraverso questa gli infermieri sono attratti dal cambiamento e dalle novità, sollevando il dibattito attraverso la critica delle conoscenze e della pratica attuale, trovano il coraggio morale di sperimentare e testare approcci assistenziali innovativi, sempre per il bene dell'umanità.

Un sistema etico permea la missione e la visione del Centro, al fine di costruire una ricerca e una cultura infermieristica attraverso l'attuazione di cinque valori:

- l'umanità, che dà forza alle relazioni del Centro, e accresce il senso e il rispetto per la vita;
- l'assistenza, che è il perno che aggancia le azioni degli infermieri all'umanità attraverso il servizio verso gli altri e l'amore per l'essere umano;
- l'etica, che permea gli standard della salute, della sicurezza e della qualità, nell'ambito della formazione, della ricerca e della pratica infermieristica, nonché le politiche dell'assistenza sanitaria globale. Il Centro è radicato in processi decisionali etici, imperativi morali e codici deontologici sul comportamento professionale.
- la diversità delle persone, delle scienze, delle pratiche e delle istituzioni che rende vitale l'assistenza sanitaria del XXI secolo. Il Centro celebra la diversità in tutti gli ambiti sanitari;
- la cultura è l'ancora di salvezza dell'umanità, l'assistenza è cultura che entra in azione. La ricerca dell'eccellenza è l'esperienza culturale. Lo spirito del Centro si fonda sulla cultura.



Conto Consuntivo 2008

DESCRIZIONE	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE		Differenze sulle previsioni	
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	RISCOSSE	DA RISCOUTERE		TOTALE
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI							
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI							
Quote iscrizioni	€ 1.525.020,00		€ 1.525.020,00	€ 1.328.341,60	€ 196.678,40	€ 1.525.020,00	€ -
Quote nuovi iscritti	€ 60.000,00		€ 60.000,00	€ 80.280,00	€ 80.280,00	€ 80.280,00	€ 20.280,00
Tasse iscrizioni	€ 80.000,00		€ 80.000,00	€ 107.040,00	€ 107.040,00	€ 107.040,00	€ 27.040,00
Totale	€ 1.665.020,00		€ 1.665.020,00	€ 1.515.661,60	€ 196.678,40	€ 1.712.340,00	€ 47.320,00
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI							
Corsi di aggiornamento	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 11.850,00	€ 11.850,00	€ 11.850,00	€ 1.850,00
Totale	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 11.850,00	€ -	€ 11.850,00	€ 1.850,00
QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI ONERE PARTICOLARI GESTIONI							
Rilascio tessere	€ 200,00		€ 200,00	€ 365,00	€ 365,00	€ 365,00	€ 165,00
Certificati e trasferimenti	€ 5.500,00		€ 5.500,00	€ 7.974,00	€ 7.974,00	€ 7.974,00	€ 2.474,00
Totale	€ 5.700,00		€ 5.700,00	€ 8.339,00	€ -	€ 8.339,00	€ 2.639,00
TRASFERIMENTI CORRENTI							
Totale							
ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI							
Vendita pubblicazioni	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 678,00	€ 678,00	€ 678,00	€ 322,00
Totale	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 678,00	€ -	€ 678,00	€ 322,00
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI							
Interessi attivi	€ 6.000,00		€ 6.000,00	€ 6.442,72	€ 4.417,82	€ 10.860,54	€ 4.860,54
Totale	€ 6.000,00		€ 6.000,00	€ 6.442,72	€ 4.417,82	€ 10.860,54	€ 4.860,54
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI							
Recuperi e rimborsi	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 661,31	€ -	€ 661,31	€ 1.338,69
Totale	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 661,31	€ -	€ 661,31	€ 1.338,69
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI							
Entrate varie	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 1.000,00
Utilizzo fondo spese elezioni	€ 25.000,00		€ 25.000,00	€ 25.000,00	€ -	€ 25.000,00	€ -
Totale	€ 26.000,00		€ 26.000,00	€ 25.000,00	€ -	€ 25.000,00	€ 1.000,00
TOTALE ENTRATE CORRENTI	€ 1.715.720,00	€ -	€ 1.690.720,00	€ 1.568.632,63	€ 201.096,22	€ 1.769.728,85	€ 54.008,85
TITOLO II - ENTRATE CONTO CAPITALE							
ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI							
Alienazione immobili	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ALIENAZIONE DI IMMOBILI TECNICHE							
RENDICONTO FINANZIARIO - ENTRATE							
DESCRIZIONE	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE		Differenze sulle previsioni	
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	RISCOSSE	DA RISCOUTERE		TOTALE
Vendita mobili ed arredi	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
RISCOSSIONE DI CREDITI	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE							
ASSUNZIONE DI MUTUI							
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI							
TOTALE ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TITOLO III - PARTITE DI GIRO							
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO							
Ritenute fiscali e previdenziali	€ 140.000,00		€ 140.000,00	€ 164.994,28	€ 718,56	€ 165.712,84	€ 25.712,84
Altre partite di giro	€ 263.000,00		€ 263.000,00	€ 226.502,28	€ 205.346,74	€ 431.849,02	€ 168.849,02
TOTALE ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 403.000,00	€ -	€ 403.000,00	€ 391.496,56	€ 206.065,30	€ 597.561,86	€ 194.561,86
TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE	€ 2.118.720,00	€ -	€ 2.093.720,00	€ 1.960.129,19	€ 407.161,52	€ 2.367.290,71	€ 248.570,71
UTILIZZO AVANZO DI AMMINISTRAZIONE	€ 278.478,66		€ 278.478,66			€ 101.731,68	
TOTALE GENERALE	€ 2.397.198,66		€ 2.372.198,66			€ 2.367.290,71	
RENDICONTO FINANZIARIO - USCITE							
DESCRIZIONE	PREVISIONI			SOMME IMPEGNATE		Differenze sulle previsioni	
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	PAGATE	DA PAGARE		TOTALE
TITOLO I - USCITE CORRENTI							
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE							
Gettoni riunioni Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei conti	€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 28.480,00	€ 1.520,00	€ 30.000,00	€ -
Gettoni partecipazione Consiglio Nazionale e seminari	€ 25.000,00	€ 540,22	€ 25.540,22	€ 25.300,22	€ 240,00	€ 25.540,22	€ -
Rimborsi spese	€ 25.000,00	€ 582,53	€ 25.582,53	€ 25.082,53	€ 500,00	€ 25.582,53	€ -
Gettoni e indennità attività Organi Direttivi	€ 70.000,00		€ 70.000,00	€ 59.960,00	€ 3.460,00	€ 63.420,00	€ 6.580,00
Assicurazioni organi statutari	€ 4.000,00		€ 4.000,00	€ 3.032,93	€ -	€ 3.032,93	€ 967,07
Spese elezioni Organi Direttivi	€ 50.000,00		€ 50.000,00	€ 16.214,92	€ 25.349,91	€ 41.564,83	€ 8.435,17
Totale	€ 204.000,00	€ 1.122,75	€ 205.122,75	€ 158.070,60	€ 31.069,91	€ 189.140,51	€ 15.982,24
ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO							
Stipendi e oneri riflessi	€ 175.000,00		€ 175.000,00	€ 150.122,63	€ 13.492,15	€ 163.614,78	€ 11.385,22
Assicurazioni personale	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 3.552,99	€ 419,04	€ 3.972,03	€ 1.027,97
Fondo incentivazione	€ 40.000,00	€ 2.947,51	€ 42.947,51	€ 42.947,51	€ -	€ 42.947,51	€ -
Corsi di formazione	€ 6.000,00		€ 6.000,00	€ 1.080,00	€ -	€ 1.080,00	€ 4.920,00
Totale	€ 226.000,00	€ 2.947,51	€ 228.947,51	€ 197.703,13	€ 13.911,19	€ 211.614,32	€ 17.333,19
USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI							
Abbonamenti RAI e riviste	€ 6.000,00		€ 6.000,00	€ 5.976,38	€ -	€ 5.976,38	€ 23,62
Compenso per la riscossione	€ 40.000,00		€ 40.000,00	€ 27.015,00	€ -	€ 27.015,00	€ 12.985,00
Consulenze legali	€ 45.000,00		€ 45.000,00	€ 17.901,00	€ 21.831,79	€ 39.732,79	€ 5.267,21
Consulenza amministrativa	€ 34.000,00		€ 34.000,00	€ 24.415,00	€ 5.780,00	€ 30.195,00	€ 3.805,00
Consulenza professionale occasionale	€ 40.000,00	€ 425,49	€ 40.425,49	€ 36.825,49	€ 3.600,00	€ 40.425,49	€ -
Consulenza informatica	€ 25.000,00		€ 25.000,00	€ 7.441,42	€ 10.956,00	€ 18.397,42	€ 6.602,58
Manutenzioni e riparazioni	€ 40.000,00	€ 4.108,92	€ 44.108,92	€ 38.664,28	€ 5.444,64	€ 44.108,92	€ -
Acquisto tessere distintivi bolli	€ 15.000,00		€ 15.000,00	€ 1.600,00	€ -	€ 1.600,00	€ 13.400,00
Totale	€ 245.000,00	€ 4.534,41	€ 249.534,41	€ 163.353,15	€ 44.097,85	€ 207.451,00	€ 42.083,41
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI							
Affitto luce e riscaldamento	€ 124.000,00		€ 124.000,00	€ 105.595,69	€ 6.444,14	€ 112.039,83	€ 11.960,17
Cancelleria e stampati	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 13.893,96	€ 2.727,77	€ 16.621,73	€ 3.378,27



Spese postali e telefoniche	€	30.000,00	€	30.000,00	€	28.954,23	€	105,45	€	29.059,68	-€	940,32		
Spese di pulizia	€	18.000,00	€	18.000,00	€	14.073,94	€	1.200,00	€	15.273,94	-€	2.726,06		
Spese bancarie e di c/c postali	€	2.000,00	€	2.000,00	€	1.063,92	€		€	1.063,92	-€	936,08		
Spese varie	€	5.000,00	€	5.000,00	€	3.150,98	€		€	3.150,98	-€	1.849,02		
Totale	€	199.000,00	€	-	€	199.000,00	€	166.732,72	€	10.477,36	€	177.210,08	-€	21.789,92
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI														
Aggiornamenti professionali	€	360.000,00	€	18.673,60	€	378.673,60	€	360.612,60	€	18.061,00	€	378.673,60	€	-
Rivista "Infermiere oggi"	€	160.000,00	€	11.549,87	€	171.549,87	€	163.405,87	€	171.549,87	€		€	-
Biblioteca	€	65.000,00	€		€	65.000,00	€	60.434,26	€	3.658,38	€	64.092,64	-€	907,36
Promozione immagine (pubblicità)	€	2.000,00	€		€	2.000,00	€		€		€		-€	2.000,00
Commissioni di studio	€	50.000,00	€	6.250,00	€	56.250,00	€	55.610,00	€	640,00	€	56.250,00	€	-
Spese di rappresentanza	€	40.000,00	€		€	40.000,00	€	34.723,89	€		€	34.723,89	€	5.276,11
Quote spettanti Federazione	€	243.951,51	€	5.672,64	€	249.624,15	€	237.140,61	€	12.483,54	€	249.624,15	€	-
Progetto qualità Collegio ISO 9000	€	30.000,00	€		€	30.000,00	€	3.600,00	€	5.051,28	€	8.651,28	-€	21.348,72
Rassegna stampa	€	20.000,00	€		€	20.000,00	€	2.824,00	€	1.412,00	€	4.236,00	-€	15.764,00
Iniziative di solidarietà	€	10.000,00	€		€	10.000,00	€	10.000,00	€		€	10.000,00	€	-
Totale	€	980.951,51	€	42.146,11	€	1.023.097,62	€	928.351,23	€	49.450,20	€	977.801,43	-€	45.296,19

RENDICONTO FINANZIARIO - USCITE														
DESCRIZIONE	PREVISIONI				SOMME IMPEGNATE				Differenze sulle previsioni					
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	PAGATE	DA PAGARE	TOTALE								
TRASFERIMENTI PASSIVI														
ONERI FINANZIARI														
Interessi passivi	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-
Totale	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-
ONERI TRIBUTARI														
Inps Irap e altri tributi	€	70.000,00	€	3.202,20	€	73.202,20	€	56.525,86	€	16.676,34	€	73.202,20	€	-
Nettezza urbana	€	3.500,00	€		€	3.500,00	€	1.995,04	€	142,00	€	2.137,04	-€	1.362,96
Totale	€	73.500,00	€	3.202,20	€	76.702,20	€	58.520,90	€	16.818,34	€	75.339,24	-€	1.362,96
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI														
Rimborsi vari	€	2.000,00	€		€	2.000,00	€	516,00	€		€	516,00	-€	1.484,00
Totale	€	2.000,00	€	-	€	2.000,00	€	516,00	€	-	€	516,00	-€	1.484,00
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI														
Fondo spese impreviste	€	56.000,00	-€	53.952,98	€	2.047,02							-€	2.047,02
Totale	€	56.000,00	-€	53.952,98	€	2.047,02							-€	2.047,02
TRATTAMENTO FINE RAPPORTO														
Trattamento di fine rapporto	€	15.000,00	€		€	15.000,00	€	4,60	€	7.026,58	€	7.031,18	-€	7.968,82
Totale	€	15.000,00	€	-	€	15.000,00	€	4,60	€	7.026,58	€	7.031,18	-€	7.968,82
ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI														
Rimborso quote esattoria					€				€		€		€	
Totale					€				€		€		€	
TOTALE USCITE CORRENTI	€	2.001.451,51	-€	0,00	€	2.001.451,51	€	1.673.252,33	€	172.851,43	€	1.846.103,76	-€	155.347,75
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE														
ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI														
Ristrutturazione sede	€	10.000,00	€		€	10.000,00							-€	10.000,00
Totale	€	10.000,00	€		€	10.000,00							-€	10.000,00
ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE														
Acquisto mobili e arredi	€	50.000,00	€		€	50.000,00	€	19.946,94	€	-	€	19.946,94	-€	30.053,06
Programmi e attrezzature	€	20.000,00	€		€	20.000,00	€	5.409,83	€		€	5.409,83	-€	14.590,17
Totale	€	70.000,00	€	-	€	70.000,00	€	25.356,77	€	-	€	25.356,77	-€	44.643,23
CONCESSIONI DICREDITI ED ANTICIPAZIONI														
RIMBORSI DI MUTUI														
RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE														
ESTINZIONE DEBITI DIVERSI														
ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE														
Fondo spese elezioni														
ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI														
TOTALE USCITE IN CONTO CAPITALE	€	80.000,00	€	-	€	80.000,00	€	25.356,77	€	-	€	25.356,77	-€	54.643,23
RENDICONTO FINANZIARIO - USCITE														
DESCRIZIONE	PREVISIONI				SOMME IMPEGNATE				Differenze sulle previsioni					
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	PAGATE	DA PAGARE	TOTALE								
TITOLO III - PARTITE DI GIRO														
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO														
Ritenute fiscali e previdenziali	€	140.000,00	€		€	140.000,00	€	127.813,38	€	37.899,46	€	165.712,84	€	25.712,84
Altre partite di giro	€	263.000,00	€		€	263.000,00	€	403.642,20	€	28.206,82	€	431.849,02	€	168.849,02
TOTALE USCITE PER PARTITE DI GIRO	€	403.000,00	€	-	€	403.000,00	€	531.455,58	€	66.106,28	€	597.561,86	€	194.561,86
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	€	2.484.451,51	€	-	€	2.484.451,51	€	2.230.064,68	€	238.957,71	€	2.469.022,39	-€	15.429,12
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE DELL'ESERCIZIO														
TOTALE GENERALE	€	2.484.451,51	€	-	€	2.484.451,51	€	2.230.064,68	€	238.957,71	€	2.469.022,39	-€	15.429,12

focus

EVENTI IPASVI A SANIT 2009

MARTEDI' 23 GIUGNO 2009

**Il nuovo Codice deontologico
Dalla responsabilità professionale
alla centralità della persona**

SEDE: Palazzo dei Congressi - Roma EUR
PROGRAMMA COMPLETO E ISCRIZIONI: www.ipasvi.roma.it
FAX: 06/45.43.70.34

ISCRIZIONE OBBLIGATORIA E GRATUITA
FINO AD ESAURIMENTO POSTI (900)

MERCOLEDI' 24 GIUGNO 2009

**Garantire la sicurezza del malato
nel processo terapeutico**

SEDE: Palazzo dei Congressi - Roma EUR
PROGRAMMA COMPLETO E ISCRIZIONI: www.ipasvi.roma.it
FAX: 06/45.43.70.34

ISCRIZIONE OBBLIGATORIA E GRATUITA
FINO AD ESAURIMENTO POSTI (900)

L'ISCRIZIONE DA DIRITTO A PARTECIPARE A TUTTE LE INIZIATIVE
DEL VI FORUM INTERNAZIONALE DELLA SALUTE

GIOVEDI' 25 GIUGNO 2009

**La rete dei servizi
tra integrazione e continuità:
il focus sulla prevenzione**

**SEDE: Palazzo dei Congressi - Roma EUR
PROGRAMMA COMPLETO E ISCRIZIONI: www.ipasvi.roma.it
FAX: 06/45.43.70.34**

**ISCRIZIONE OBBLIGATORIA E GRATUITA
FINO AD ESAURIMENTO POSTI (900)**

VENERDI' 26 GIUGNO 2009

**La cultura della prevenzione
e sicurezza nella clinica infermieristica**

(in collaborazione con Aico, Aniarti, Anipio)

**SEDE: Palazzo dei Congressi - Roma EUR
PROGRAMMA COMPLETO E ISCRIZIONI: www.ipasvi.roma.it
FAX: 06/45.43.70.34**

**ISCRIZIONE OBBLIGATORIA E GRATUITA
FINO AD ESAURIMENTO POSTI (900)**

**L'ISCRIZIONE DA DIRITTO A PARTECIPARE A TUTTE LE INIZIATIVE
DEL VI FORUM INTERNAZIONALE DELLA SALUTE**

UN'OCCASIONE PER PRENDERE COSCIENZA DI SÈ E DEL PROPRIO
FONDAMENTALE RUOLO NELLA SOCIETÀ ATTUALE

A Firenze, il XV Congresso nazionale della Federazione Collegi Ipasvi

"Intendiamo essere protagonisti di un nuovo patto sociale definito sulla convinzione che il 'Sistema salute' abbia tutti i numeri, i valori e le professionalità per diventare una 'grande impresa sociale' che crea ricchezza, *know how* e benessere, stimolando innovazione, investimenti, occupazione e coesione sociale".

Così, il presidente della Federazione Ipasvi, **Annalisa Silvestro**, ha chiuso i lavori del XV Congresso nazionale degli infermieri che ha visto la partecipazione di una nutrita rappresentanza del collegio Ipasvi di Roma.

L'avvio di un confronto diretto con il Governo, condotto attraverso l'istituzione di tavoli tecnici; l'impegno del sottosegretario alla Salute, **Ferruccio Fazio**, per trasformare gli attuali Collegi in Ordini professionali; la proposta di un "Patto per la salute" che coinvolga tutti i protagonisti e le istituzioni in un'azione di rilancio e valorizzazione della risorsa sanità.

Queste, in breve, le principali indicazioni emerse nel corso della tri-giornata (dal 26 al 28 febbraio scorso) nel capoluogo toscano, che ha registrato la presenza di circa 4.500 infermieri, tutti seriamente impegnati nel dibattito sul futuro della professione e dell'intero sistema salute.

In sintesi, ecco, il documento emerso alla fine dei lavori; **una mozione conclusiva, varata dagli infermieri italiani riuniti a Firenze**, in cui essi:

affermano: il loro essere professionisti della salute e dell'assistenza. Professionisti ai quali ogni cittadino ed ogni assistito può rivolgersi in un rapporto diretto, professionalmente e deontologicamente strutturato e senza la necessi-

tà della mediazione di altri gruppi professionali;

sanciscono "l'atto infermieristico", inteso come il complesso delle attività, delle responsabilità, delle prerogative, delle competenze e dei saperi dell'infermiere nell'esercizio della sua attività professionale in tutti gli ambiti e in tutte le situazioni.

Pertanto:

- **si impegnano:** alla costruzione di una nuova relazione con l'assistito per dare risposte peculiari, appropriate e pertinenti alle esigenze di cura e ai bisogni di assistenza - in continua e dinamica evoluzione - attraverso la "presa in carico", la ricomposizione del progetto di vita e la strutturazione di una continuità assistenziale costantemente connessa alla rete parentale e sociale della persona/assistito;

- **promuovono:** un nuovo "patto sociale" definito sulla convinzione che il "sistema salute" ha tutti i numeri, i valori e le professionalità per diventare a tutti gli effetti una "grande impresa sociale" che crea ricchezza, *know how*, benessere e stimola innovazione, investimenti, occupazione e coesione sociale;

- **sollecitano:** una profonda riflessione per ripensare il sistema sanitario, la sua organizzazione, la sua gestione e la sua articolazione sul territorio;

- **chiedono:** il riconoscimento a tutto tondo del ruolo degli infermieri e la valorizzazione delle funzioni che possono e devono assumere a fronte delle loro nuove competenze e responsabilità, a partire dalla nuova definizione di "governo clinico e assistenziale" quale strumento di orienta-



Il Comitato centrale della Federazione Nazionale Ipasvi

mento e governo della sanità;

- **sottolineano:** la necessità di incidere sulla programmazione universitaria e di incrementare sostanzialmente il numero dei docenti infermieri affinché siano i reali preparatori e formatori dei futuri professionisti;
- **riaffermano** che: l'infermiere è un professionista laureato, con un profilo formativo costantemente aggiornato, protagonista nella docenza, nella ricerca e nella pratica clinico-assistenziale. Un professionista a diretto contatto con la persona, con proprie responsabilità professionali nei confronti dell'assistito e della struttura in cui opera e con compiti di organizzazione, gestione e verifica dei risultati;
- **ribadiscono** che: l'infermiere deve veder finalmente definiti e riconosciuti diversi e progressivi sviluppi di carriera e diversi e progressivi profili retributivi, corrispondenti alla articolazione del suo lavoro e alle specifiche attribuzioni di responsabilità.

Così, partendo da queste affermazioni chiedono:

- la valorizzazione del paradigma assistenziale infermieristico strutturato sulla centralità della persona e dei

suoi bisogni espressi ed inespressi nei processi di cura e di assistenza;

- Cell. 329.1616621il superamento della logica prestazionale nell'assistenza domiciliare a favore della logica per processi e del *case management* infermieristico;
- la ridefinizione e il riconoscimento del ruolo degli infermieri per la presa in carico e la continuità assistenziale in ospedale, sul territorio e fra ospedale e territorio;
- l'orientamento all'assistenza infermieristica nel territorio secondo le logiche dell'infermieristica di famiglia, dell'integrazione socio-sanitaria e della complementarietà dell'esercizio libero professionale infermieristico;
- il superamento dell'attuale settorializzazione, su base esclusivamente medica, delle degenze ospedaliere a favore dell'aggregazione per complessità assistenziale infermieristica;
- il riconoscimento e la valorizzazione della direzione e del management infermieristico in tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e private;
- il riconoscimento della libera professione infermieristica *intramoenia* per

un completamento ed arricchimento dell'offerta sanitaria infermieristica;

- il riconoscimento della rilevanza della direzione, della docenza e del tutoraggio infermieristico per la preparazione dei futuri professionisti infermieri;
- la rimodulazione dei processi formativi orientati alla valorizzazione delle competenze;
- il riconoscimento della rilevanza della ricerca e della sperimentazione nell'ambito dell'assistenza infermieristica;
- il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze infermieristiche esperte, specialistiche e della consulenza infermieristica;
- una peculiare, strutturata e specifica progressione di carriera collegata alla ridefinizione globale dei processi di cura ed assistenza ed alla correlata specificità assistenziale infermieristica in ambito ospedaliero e territoriale.

Un decalogo di richieste volto, soprattutto, all'adeguato riconoscimento sociale degli infermieri e che indica bene (ove mai vi fossero ancora dubbi) qual è il nuovo indirizzo che la professione sta prendendo negli ultimi tempi.



A che "quota" voliamo?

Alcuni colleghi ci segnalano il loro disappunto per l'aumento della quota annua di iscrizione al Collegio. Taluni con tono polemico, altri argomentano la protesta, chiedono spiegazioni sulla decisione di aggiornare la quota d'iscrizione per il 2009. E' il caso di chiarire i termini della questione.

L'aumento deliberato dal Consiglio, e confermata dall'ultima Assemblea annuale degli iscritti, è di 15 euro. Si tratta del primo aumento dal 2003, dunque il costo dell'iscrizione è rimasto bloccato per sei anni. In questo periodo il Collegio di Roma ha moltiplicato prestazioni e servizi, ha assistito un numero crescente di colleghi, ha incrementato l'attività in tutti i campi istituzionali.

Non a caso, il Collegio Ispasvi di Roma rappresenta oggi un punto di riferimento per molti altri Collegi italiani ed europei. La qualità dei suoi servizi è riconosciuta dalla certifi-

cazione ISO 9001, ha allestito una rete sperimentata di consulenze specifiche che assicura agli iscritti risposte pronte e qualificate.

L'attività di formazione svolta dal Collegio di Roma non ha pari in Italia. Negli ultimi tre anni sono stati realizzati corsi per oltre 600 ore, con migliaia di partecipanti e quasi 50 mila crediti Ecm erogati. Non solo. Dal 2007 la formazione e l'aggiornamento arrivano "a casa" dell'infermiere con le sempre più numerose "Giornate itineranti della formazione" nelle strutture sanitarie di Roma e della provincia, particolarmente gradite dai partecipanti.

Con una serie di investimenti mirati, il Collegio ha implementato in questi anni i servizi di documentazione, studio e ricerca. La Biblioteca, tra libri, riviste e database informatici, dispone oggi di un patrimonio bibliografico specialistico unico



in Italia. Nel periodo 2005-2008 l'incremento degli utenti è stato del 71,40%. Di recente si è aggiunta la banca dati Cinahl nella versione "Full Text" che amplia di altre 580 testate digitali il numero dei periodici consultabili. Dal giugno del 2006 è operativa la banca dati del "Progetto Illisi", il primo indice della letteratura italiana di Scienze infermieristiche disponibile gratuitamente per tutti i colleghi iscritti. La crescente richiesta rende necessario ampliare l'orario di apertura della Biblioteca e occorrerà impegnare risorse aggiuntive per il personale preposto al servizio.

Il Collegio di Roma si è messo al passo con i tempi e vuole restarci. Sempre più intenso è lo sforzo organizzativo e di investimento sulle tecnologie informatiche e per la sburocrazia. Il badge elettronico ha già sostituito il vecchio tesserino e renderà più rapidi e sicuri i servizi agli iscritti. La recente riedizione della "Carta dei servizi" rende più aggiornata e capillare l'informazione ai colleghi su tutti i servizi offerti dal Collegio.

Il sito internet è ormai un punto di riferimento fermo per infermieri e studenti. Nel 2008 ha contato quasi un milione di accessi. Il suo utilizzo è in costante crescita, i suoi contenuti sono continuamente aggiornati e offre una serie di nuovi servizi (Rassegna stampa, concorsi, E-Health, Digest, Professioni, Formazione, Lex) che segnano un livello di assoluta avanguardia professionale.

E' anche il caso del nuovo servizio di certificazione online, attraverso il quale fra qualche settimana sarà possibile ricevere a casa tramite posta prioritaria il certificato richiesto in modo del tutto gratuito. Il programma di sviluppo informatico prevede inoltre, con la creazione di un portale web dedicato, altre importanti funzioni interattive: dalle iscrizioni alle autocertificazioni ai pareri legali, fiscali, eccetera. Tutto online, tutto da casa, tutto gratuito.

Tecnologia e conoscenza. Continuare a investire nella ricerca infermieristica è un dovere istituzionale per il Collegio, ma ancor di più lo è per ciò che il Collegio di Roma rappresenta oggi in questo campo sullo scenario internazionale. Lo sviluppo della disciplina si traduce infatti nel miglioramento dell'assistenza ai cittadini e in un maggior riconoscimento sociale della nostra professione.

In tale ottica si inquadra l'ultimo nato, il "Centro di eccellenza per la cultura infermieristica e la ricerca" di cui il Collegio si è dotato, unico in Italia, sul quale riferiamo ampiamente nell'inserito di questo numero.

A fronte di questo grande sforzo e in linea con il programma scelto dagli iscritti alle recenti elezioni per il rinnovo degli organi statuari, l'Assemblea ha esaminato in dettaglio le prospettive contabili, i piani d'investimento e la ricaduta sugli iscritti in termini di servizi.

All'unanimità, l'Assemblea degli iscritti del 18 marzo scorso ha approvato il Conto consuntivo 2008 e il Bilancio preventivo 2009 con l'aggiornamento della quota di iscrizione annua, che comunque resta nella fascia di costo più bassa delle quote in vigore per le Professioni intellettuali come la nostra.

Le entrate derivanti dall'aggiornamento della quota d'iscrizione sono rigorosamente riservate ai capitoli di Bilancio destinati all'aggiornamento professionale, alla formazione, ai servizi di front-office, alle consulenze specialistiche, allo sviluppo della dotazione informatica, alla ricerca.

In sostanza, ogni centesimo in più che gli iscritti sono chiamati a versare per il 2009 tornerà loro indietro in termini di nuovi servizi, celerità, gratuità e qualità delle prestazioni. Ogni sforzo compiuto in nome della crescita professionale è un investimento importante sul nostro futuro.



La carenza di infermieri è un'emergenza sociale

Da qualche tempo, la stampa italiana, nelle sue molteplici articolazioni e non senza distorsioni, si è accorta che la gravissima carenza di infermieri negli ospedali, negli ambulatori e nelle strutture di cura private non è un problema esclusivo della nostra categoria professionale.

I media hanno, finalmente, inquadrato la questione come una vera emergenza sociale, dopo aver a lungo sottovalutato il problema: su giornali, periodici, tv, radio e internet rimbalzano, oggi, notizie di situazioni incresciose, gravi disservizi, chiusure di reparti e servizi per carenza di organico.

Questo, in tutt'Italia, da nord a sud, e quasi non passa giorno che le cronache, specie sui quotidiani locali, non riferiscano di proteste dei cittadini e degli infermieri per le condizioni in cui si è costretti ad operare.

Gli organi di informazione si sono accorti, poi, del paradosso tutto italiano secondo cui, alla grave carenza di personale infermieristico, corrisponde un insufficiente numero di neolaureati, sfornati col contagocce dalle nostre università, tale da non poter coprire in alcun modo il normale turn-over.

I media rilanciano così il controsenso costituito da corsi di laurea con pochissimi posti attivati rispetto alle domande di iscrizione, a testimonianza anche del **diverso approccio che i giovani mostrano, ora, verso la professione infermieristica rispetto al passato.**



Su questo tema, l'edizione nazionale della *Gazzetta di Modena* riferisce ad esempio della situazione nel centro emiliano: "Laurea per diventare infermieri: 211 candidati per soli 21 posti".



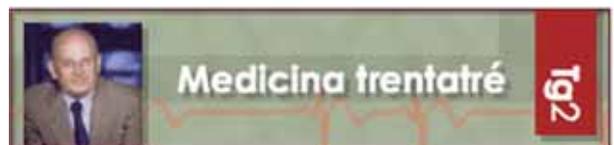
Nell'articolo si legge: "Sono 211 gli studenti che ambiscono a conquistare uno dei 21 posti disponibili per la laurea specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'università di Modena. Praticamente, dieci candidati per ogni studente ammesso". E inoltre: "Dati alla mano - sottolinea intanto una nota dell'ateneo di Modena - anche quest'anno, il corso di laurea specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, che l'anno scorso ha fatto per la prima volta il suo esordio nella nostra offerta didattica, ha registrato un eccezionale boom di

domande di ammissione".

Non solo. Il quotidiano *La Stampa* offre un interessante spaccato del mutato atteggiamento dei giovani nei confronti della professione infermieristica, pubblicando uno "speciale" sulla situazione delle iscrizioni universitarie in Piemonte, dal titolo: "Ivrea dà l'addio a Ingegneria mecatronica. Aria di crisi nelle facoltà universitarie". L'articolo mette a fuoco la drastica riduzione delle iscrizioni ai corsi di laurea tecnico-scientifici nella "capitale storica" dell'informatica nazionale.

E riferisce come, complice la perdurante crisi della grande industria, i giovani abbiano invertito l'orientamento sulle proprie aspettative professionali, svuotando le facoltà che, fino ad ieri, registravano le maggiori preferenze e prendendo d'assalto il corso di laurea in Scienze Infermieristiche. "Si è esaurito un ciclo storico - ha spiegato il direttore dei corsi, **Maurizio Rebaudengo** - Dieci anni fa, le industrie del canadese facevano a gara per i nostri neo laureati. C'erano le condizioni giuste per dare lavoro a tutti. Ora è cambiato lo scenario: adesso il futuro si chiama Scienze Infermieristiche. Nel primo anno, ad Ivrea, gli iscritti a questo corso sono 75".

Di formazione infermieristica ha parlato in tv anche il presidente del Collegio Ispasvi di Roma, il 23 febbraio scorso, nella rubrica



ca del Tg2 "Medicina 33", condotta da Luciano Onder.

Gennaro Rocco è intervenuto come direttore del corso di laurea Ildi-Tor Vergata di Roma e ha illustrato il percorso formativo degli studenti in Infermieristica, rimarcando la completezza della formula didattica che si sviluppa in modo intensivo sul fronte teorico e su quello pratico, tra i pochi percorsi universitari italiani capaci di produrre professionisti subito in grado di misurarsi con la realtà spesso difficile del lavoro. Un bello *spot* per la professione!



L'allarme generato dalla carenza di infermieri ha trovato eco sui media nazionali anche per quanto riguarda le figure specialistiche. Con un articolato resoconto dell'ultimo Congresso nazionale dei pediatri tenuto a Genova, il *Corriere Mercantile* titola: "In Italia mancano 5.000 infermieri pediatrici". E poi: "Servono

infermieri pediatrici: questo l'allarme lanciato nel giorno d'apertura del Congresso nazionale dei Pediatri italiani".

"Per coprire le esigenze di ospedale e territorio, in Italia - ha detto **Gianni Bona**, vicepresidente della Sip e Presidente nazionale della Conferenza dei direttori dei corsi di laurea in Infermeria Pediatrica - sarebbe necessario poter contare almeno su altri 5mila infermieri pediatrici, da aggiungere ai circa 9mila attualmente in attività. Un obiettivo che sarà molto difficile raggiungere se l'offerta formativa ed i posti messi a disposizione dalle Regioni rimarranno limitati agli attuali 500 all'anno con cui, non si dimentichi, si deve anche compensare il numero di infermieri che lasciano l'attività per raggiunti limiti di età. Questo, nonostante ci sia grande interesse verso la professione e le richieste di accesso alla scuola di specializzazione siano maggiori dei posti disponibili".

L'emergenza offre lo spunto per informare il grande pubblico sulle peculiarità di questa figura e sul suo importante ruolo anche fuori dall'ambiente ospedaliero. Lo spiega bene nello stesso servizio **Loredana Sasso**, presidente della Federazione europea delle Professioni infermieristiche: "Quella che garantisce l'infermiere pediatrico è una assistenza in senso lato, che non significa solo intervento medico-sanitario, ma anche, e sempre di più, supporto, capacità di ascolto, capacità di interpretare i bisogni dei bambini, degli adolescenti e dei loro geni-

Management della Sanità

tori, in momenti particolarmente delicati nei quali c'è in ballo la salute e il benessere psicofisico".

L'evoluzione dell'organizzazione sanitaria e lo sviluppo delle competenze manageriali dei suoi operatori è al centro di un ampio servizio pubblicato dal periodico specializzato *Management della Sanità*. Uno spaccato della sanità privata che parte dalla realtà lombarda per estendersi a tutto il Paese e che tratteggia un quadro in rapido movimento. Titolo e sommario recitano: "Sanità privata lombarda: un quadro in forte evoluzione. Grandi cambiamenti stanno attraversando la sanità: l'evoluzione delle tecnologie, la specializzazione dei ruoli, l'affermazione dell'infermiere con laurea primaria. Un'indagine condotta dalla Fondazione Istud, in collaborazione con il Gruppo Sanità di Assolombarda, disegna i confini di uno scenario in continuo mutamento". Si legge fra l'altro: "Ciò che emerge è che **il medico e l'infermiere sono le figure più coinvolte da questo processo di mutamento, dovuto sia al modo in**

cui le strutture sanitarie private si sono strutturate, sia ai cambiamenti che le nuove tecnologie e la società domandano con insistenza". E ancora: "Perché un'organizzazione sanitaria tenda all'eccellenza al suo interno deve esserci la summa di diverse competenze: da quelle scientifiche a quelle cliniche, dalle gestionali a quelle etiche e relazionali. Tutte con pari dignità".

Grande risalto, sui media nazionali, ha avuto la vicenda della compravendita di titoli di studio per infermieri in Calabria. Dagli organi di stampa parecchio fango gratuito sulla professione, ma anche l'eco della presa di posizione netta degli infermieri italiani attraverso la Federazione Ipasvi.

Sulle agenzie di stampa e sui principali quotidiani la reazione della presidente **Annalisa Silvestro** non si è fatta attendere: "La notizia di infermieri che esercitano illegalmente, cioè senza il possesso del necessario titolo, è gravissima ed è fondamentale continuare a combattere l'esercizio abusivo della professione infermieristica a tutela di tutti i cittadini e degli assistiti. La carenza di infermieri, che si protrae, ormai da anni, nel nostro Paese, ha evidentemente alimentato un mercato illecito che non è solo quello dell'acquisto di titoli falsi, ma anche quello di illecite forme di reclutamento sovrapponibili al caporalato. Chiediamo la collaborazione di tutte le strutture sanitarie pubbliche e private nel riscontro dei requisiti necessari alle assunzioni, in modo da prevenire il verificarsi di episodi come quello di Cosenza. La serenità degli assistiti la fiducia e dei cittadini è un bene che deve essere assolutamente salvaguardato da tutti".

Come pure ha suscitato rabbia e sdegno tra gli infermieri quanto accaduto nella puntata del 24 febbraio scorso della popolare trasmissione tv "Forum", condotta da Rita Dalla Chiesa.

Tra i contendenti del giorno, un sedicente infermiere del Pronto soccorso del Cto di Roma in opposizione ad una signora che riferiva di essere stata maltrattata da lui durante una discussione sull'attribuzione del codice di precedenza dell'intervento richiesto. Una farsa, considerato che il protagonista non è un infermiere, ma un addetto all'ufficio informazioni, che, peraltro, si è presentato con un falso nome e che ha mostrato una totale incompetenza sul tema del triage, esprimendosi con un linguaggio inadeguato e non professionale. Il Collegio di Roma è

24 ORE
Sanità

subito intervenuto con una diffida formale, intimando alla trasmissione di ristabilire pubblicamente la verità dei fatti.

Una nota davvero lieta per la professione, invece, è l'attenzio-

ne dedicata dal *Il Sole 24 Ore* al tema dell'etica e della deontologia infermieristica. Sul numero del 28 febbraio 2009, il più importante quotidiano economico italiano ha pubblicato, con ampio risalto, un articolo di Paolo Del Bufalo sul nuovo Codice deontologico presentato a Firenze in occasione del recente congresso Ispasvi.

Nella tabella che accompagna l'articolo, alcune "pillole" tratte dal nuovo codice: "La professione: l'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica"; "Obiezione di coscienza: in caso di conflitti per diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Ma se persiste una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale dell'obiezione di coscienza, garantendo le prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito"; "Il dovere: il suo compito è assistere la persona, qualunque sia la sua condizione clini-

ca e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale. Tutela la volontà dell'assistito di porre limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita". L'articolo è punteggiato di affermazioni che rendono merito alla forte crescita che gli infermieri hanno segnato negli ultimi anni, e che li ha inseriti, a pieno titolo, fra i professionisti che la legge riconosce come "intellettuali".

Da "professionisti, non più operatori" a "maggiore responsabilità, quindi, ma anche maggiore managerialità". E ancora: "Il Codice prevede che di fronte a situazioni organizzative carenti, l'infermiere possa rifiutarsi di coprire le carenze: nessun lavoro extra se non c'è organizzazione".

Finalmente, i temi della professione infermieristica conquistano gli spazi mediatici riservati finora solo al *gotha* delle professioni.

IN PILLOLE

La Regione istituisce i distretti socio-sanitari montani

Il consiglio regionale del Lazio, nella seduta del 18 marzo scorso, ha approvato la legge sull'istituzione e la disciplina dei distretti socio-sanitari montani, presentata dal presidente della commissione Sanità, Luigi Canali e sottoscritta trasversalmente da altri quattordici consiglieri, tra i quali il presidente del consiglio Milana, il capogruppo del Pd, Parroncini, e il capogruppo del Pdl, Pallone.

La principale finalità delle legge è "garantire livelli essenziali ed uniformi di prestazioni socio-sanitarie ai cittadini residenti nelle aree montane, in modo da ridurre l'indice di mobilità passiva e l'eccessivo ricorso all'ospedalizzazione, a vantaggio di un'assistenza domiciliare mirata".

Il distretto socio-sanitario montano si presenta come un'articolazione territoriale, organizzativa e funzionale delle Asl di appartenenza. Per la specificità e il ruolo svolto dal distretto socio-sanitario montano, potranno sussistere le condizioni per andare in deroga rispetto ai vincoli attualmente posti alla Sanità regionale, per effetto del Piano di rientro dal deficit concordato con il Governo centrale.

Sarà la Giunta a disciplinare i diversi aspetti e requisiti di ciascun distretto, all'interno del quale sarà individuato un "ospedale di montagna", che abbia la caratteristica di essere distante almeno trenta chilometri da altri complessi ospedalieri ed essere ubicato in aree comprese nel territorio di una comunità montana caratterizzata da svantaggi orografici, difficoltà di collegamenti viari, disagi socio-economici, squilibri demografici.

In fase di prima attuazione, vengono istituiti i seguenti distretti:

- il distretto sanitario G4, con sede a Subiaco;
- il distretto sanitario RI/5 "Alto Velino", con sede ad Amatrice;
- il 1° distretto sanitario, con sede a Montefiascone.

Vengono individuati come "ospedali di montagna" i seguenti presidi ospedalieri: "A. Angelucci" di Subiaco, "F. Grifoni" di Amatrice, l'ospedale Civile di Acquapendente. La Regione garantirà in ciascun "ospedale di montagna" il servizio di eliambulanza.

Lettera aperta a Rita Dalla Chiesa

Di seguito, pubblichiamo il testo della lettera che il presidente del Collegio di Roma, Gennaro Rocco, ha inviato alla conduttrice della trasmissione tv "Forum", Rita Dalla Chiesa, per lamentare la lesione dell'immagine degli infermieri in seguito alla messa in onda di una puntata imperniata sul Cto di Roma.

Gentilissima Signora, Le rappresento la protesta corale degli infermieri del Pronto Soccorso del Cto di Roma e con loro di tutti gli infermieri dell'intera provincia per quanto di deprecabile avvenuto nella trasmissione "Forum" del 24 febbraio 2009 con l'intervento in studio di un sedicente infermiere, in opposizione ad una signora che riferiva di essere stata da lui maltrattata in una discussione sull'attribuzione del "codice" di precedenza dell'intervento richiesto.

Gli infermieri del presidio hanno assistito increduli ad una vera e propria farsa, riconoscendo nell'ospite non un loro collega ma uno degli addetti all'Ufficio Informazioni del Cto, appartenente dunque al personale ausiliario o amministrativo, che nulla a che fare con la professione infermieristica.

Gli infermieri del Pronto Soccorso riferiscono che il giorno 21 febbraio, evidentemente in vista della partecipazione a "Forum", lo stesso aveva chiesto loro informazioni specifiche sulla pratica del "triage", il metodo utilizzato per l'attribuzione dei "codici di priorità", giustificando la richiesta con la necessità di prepararsi per un ruolo da infermiere da rappresentare a teatro.

Da parte del signore "Franco" (che peraltro non è il suo vero nome), vi è stato dunque un palese abuso della titolarità professionale, a cui non ha fatto riscontro una rigorosa verifica da parte di "Forum".

L'incompetenza mostrata dal falso infermiere nell'esposizione dei problemi riferiti al "triage", il suo linguaggio inadeguato e non professionale, le informazioni errate fornite su una materia tanto complessa e delicata, hanno difatti scatenato la reazione risentita del pubblico in studio e verosimilmente di quello a casa.

Si è gettata così un'ombra inaccettabile di impreparazione e pressapochismo professionale sull'intero personale sanitario

del Cto e sugli infermieri in particolare, ledendone l'immagine e mortificando l'impegno di studio e di aggiornamento necessario oggi per esercitare la professione infermieristica.

Vale la pena di ricordare che l'infermiere è un laureato, con tre (laurea abilitante) o cinque anni (laurea specialistica) di università e tirocinio pratico alle spalle, in grado di fornire prestazioni assistenziali elevate; ed è la figura che più di ogni altra si sobbarca le gravi disfunzioni della sanità, tamponando quotidianamente la scarsità di mezzi e la gravissima carenza di personale.

Per quanto esposto, facendo appello anche al taglio di "attualità-verità" che caratterizza la trasmissione e in virtù della sua vasta audience, La prego di voler intervenire personalmente per ristabilire la realtà dei fatti e risarcire la dignità professionale degli infermieri del Cto di Roma.

Confido dunque in una doverosa precisazione e, in difetto, mi riservo di adire le vie legali per l'opportuna tutela dell'immagine pubblica degli infermieri.

**Cordiali saluti
Il Presidente**



Infermiera Mimma Gli infermieri veri protestano

Di seguito, pubblichiamo il testo della lettera che il presidente del Collegio di Roma, Gennaro Rocco, ha inviato alla conduttrice della trasmissione tv "Quelli che il calcio e...", Simona Ventura, per segnalare la protesta dei veri infermieri rispetto a mal riuscite e dequalificanti rappresentazioni della professione presenti nel programma.

Gentile Signora,

devo rappresentarLe le proteste di molti infermieri romani per le performance dell'infermiera Mimma "Quelli che il calcio e...".

Già troppe volte, in presenza di casi di malasanità o di fatti squalificanti per la professionalità degli operatori sanitari, l'immagine pubblica degli infermieri viene ingiustamente denigrata. Con i suoi atteggiamenti grotteschi e privi di qualsiasi attinenza con l'attività quotidiana di ogni infermiere, l'infermiera Mimma alimenta questo deprecabile fenomeno mediatico.

Tutti noi ci sentiamo sotto il tiro di una satira spicciola e insensibile, che disinforma il pubblico e ne condiziona negativamente il giudizio sulla nostra professione.

Quella che tanti colleghi esprimono è la rabbia di chi opera ogni giorno in condizioni di grande difficoltà e sacrificio, che vorrebbe farla finita con certi stereotipi. Insomma a noi l'"infermiera Mimma" non fa ridere neanche un po'. Soprattutto per quel binomio che lega a "Mimma" la qualifica di "infermiera".

Non intendiamo invocare censure sulla satira che d'altronde "Quelli che il calcio e..." pratica bene e con successo da molti anni. Riteniamo però giusto che una caricatura dall'immagine sciatta, con l'immancabile sigaretta in bocca e un linguaggio scurrile come Mimma, non venga riconosciuta dal grande pub-

blico televisivo come un'infermiera. Mimma non è infermiera né mai potrà esserlo.

Gli infermieri italiani sono molto cresciuti. Sono oggi professionisti ben preparati, titolari assoluti dell'assistenza, hanno competenze e responsabilità di primo piano, piena autonomia professionale, si sono formati all'università e hanno conseguito una laurea, possiedono titoli di specializzazione, esercitano la docenza universitaria, sono impegnati a fondo nella ricerca scientifica. Non meritano perciò di essere rappresentati da Mimma, considerato che come lei non si comportano né si esprimono.

Fatta salva la simpatia del personaggio e la bravura di chi lo interpreta, facendo seguito alle numerose rimostranze degli infermieri iscritti e a tutela dell'immagine pubblica della professione, Le chiedo di intervenire personalmente per porre fine a tale denigratoria parodia della professione infermieristica.

Cordiali saluti
Il presidente



IN PILLOLE

Oetzi e gli altri. Noi l'avevamo detto che...

A Bolzano, dal 10 marzo e fino al 25 ottobre, al museo archeologico, una grande mostra svelerà i desideri dei nostri antenati riguardo all'eternità e sul loro desiderio di non morire.

"Mummie, sogno di vita eterna", questo il titolo della rassegna, ha portato in Italia circa 60 esemplari (oltre ad un cumulo di reperti) provenienti da tutto il mondo, per una grande esposizione sull'"immortalità" di cui, come in un film, gli esperti cercano di ricostruire le tappe storiche. Niente di meglio, dunque, che "mettere le mani" su una mummia, ovvero, su un corpo che è rimasto quasi intatto nei secoli e da cui si possono ricavare una valanga di informazioni sulla sua epoca, altrimenti non facilmente rinvenibili. Pur venendo dall'Egitto e dal Sud America, però, la vera star dell'evento è Oetzi, l'uomo addirittura dell'Età del Rame (5.200 anni fa), ucciso da una freccia su un ghiacciaio delle Alpi (per questo, oggi, conservato al museo archeologico di Bolzano): il suo "corpo" e gli oggetti funerari che lo hanno accompagnato nel suo ultimo viaggio hanno aperto tanti, nuovi squarci di luce sul Neolitico. Nello scorso numero di "Infermiere oggi", si è dato notizia di quanto lo stesso Oetzi sia stato il protagonista di una nuova scoperta del Cnr, ovvero che il suo genoma non corrisponde più ad alcuno di quelli attuali da cui discendono le razze: faceva parte di un ceppo genetico non più presente sulla Terra.

Suore ospedaliere della Misericordia, 75 anni accanto ai sofferenti tra professionalità e valori religiosi

Settantacinque anni a fianco dei sofferenti, sempre nel rispetto delle dignità della persona umana, coniugando dedizione professionale e valori religiosi.

Una "doppia chiamata", quella che contraddistinse nel 1933 le **Suore ospedaliere della Misericordia**, che a Roma e in Italia, per prime, sentirono l'esigenza d'istituire una scuola universitaria per infermiere che, da allora, ha formato migliaia di operatori - anche laici -, arrivando ad ospitare ed animare, dalla metà degli anni Novanta, finanche un Master universitario di primo livello in Management infermieristico per le funzione di coordinamento.

Ne è passato di tempo da quando l'assistenza e la cura degli ammalati veniva fornita, senza requie, nell'Arcispedale del *Ss. Salvatore ad Sancta Sanctorum*, oggi ospedale San Giovanni-Addolorata. Ma, ieri come oggi, l'imperativo resta sempre quello di prodigarsi dove c'è un dolore da lenire, dove c'è un infelice da confortare.

Le celebrazioni per il 75° anno dalla fondazione della Scuola universitaria per infermieri "Suore della Misericordia" hanno avuto luogo a Roma il 24 gennaio scorso. **Una giornata interamente dedicata alla preghiera e alla riflessione sulla**

professione e sulla formazione infermieristica.

Al mattino, presso la basilica di San Giovanni in Laterano, celebrazione eucaristica presieduta da **Monsignor Armando Brambilla**, vescovo ausiliare della Pastorale sanitaria.

Una cerimonia in cui nulla è sembrato essere stato lasciato al caso: dalla coincidenza con la commemorazione del grande San Francesco di Sales, al passo del Vangelo dedicato alla parabola del "Buon pastore". E se Cristo non esitò a definirsi un pastore dell'umanità, anche l'infermiere si presenta, oggi, come un pastore della sanità, che vigila, assiste, resta sveglio e attento mentre altri dormono, un pastore che conosce meglio di chiunque altro i pazienti che cura.

Ed oggi, rispetto al passato, l'infermiere realizza questa sua vocazione a fronte di un percorso formativo più completo e moderno, tenendo presente non solo il Vangelo ma anche un codice deontologico condiviso da laici e cristiani, nell'ottica di una piena e cosciente presa in carico della dignità dell'ammalato.

Nella seconda parte della giornata, l'attenzione delle centinaia di presenti si è concentrata su una tavola rotonda presso i locali del vecchio ospedale, oggi cappella, moderata dalla vice-presidente del Collegio Ispasvi di Roma, **Ausilia Pulimeno**.

Sono intervenuti: la Madre Superiora Generale della Congregazione, **Suor Paola Iacovone**; il direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata, **Francesco Cortese**; il preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia Uscs-Roma, **Fabrizio Michetti**; il direttore del master in Management infermieristico all'università Tor Vergata, **Augusto Panà**; il presidente del Collegio Ispasvi di Roma, **Gennaro Rocco**. Il tema della tavola rotonda è stato: "La formazione ieri e oggi: la professione infermieristica come prezioso servizio al bene integrale della vita e della dignità di ogni essere umano" e il dibattito è stato animato da numerosi interventi e dalla puntuale ricostruzione storica delle attività della Scuola, ad opera di **suor Bertilla Cipolloni**, membra anche del Consiglio direttivo



del Collegio di Roma. La giornata è stata poi impreziosita dalla lettura magistrale ad opera di **Monsignor Rino Fisichella**, rettore della Pontificia Università Lateranense, su: "Istruzione dignitas personae su alcune questioni di bioetica".

LA PREGHIERA DELL'INFERMIERE

"Signore, Tu lo sai, è mio dovere assistere gli ammalati: fa' ch'io li serva non con le mani soltanto; fa' ch'io li ami. Tu hai avuto pietà per ogni umana sofferenza: rendi forte il mio spirito, sicuro il mio braccio nel curare gli infermi, nel medicare i feriti, nel consolare i morenti; conserva sensibile l'animo mio al dolore altrui, gentile la mia parola e il mio tratto, paziente la mia veglia. Tu hai creato l'uomo, l'anima e il corpo; insegnami a consolare l'anima afflitta curando il corpo infermo. Tu hai detto che è fatto a Te il bene prodigato ai sofferenti; dammi di vedere Te in essi ed essi in Te. Riservami la ricompensa che Tu solo puoi dare a questo mio lavoro, ch'io voglio compiere con amore".



SEGUITO *per* VOI

Due giorni di formazione su media e comunicazione scientifica

Due giorni di formazione, a Roma, organizzati dall'Agenzia di sanità pubblica, per tentare di spiegare cosa significa, oggi, comunicare di materie scientifiche e di sanità.

Alla sede della Regione Lazio, il 19 e 20 febbraio scorso, eminenti personalità mediatiche hanno discusso della questione, specie alla tavola rotonda dedicata al ruolo della stampa e del web nella diffusione di notizie sulle salute.

E quanto è emerso rischierebbe di sembrare incredibile, se, a supporto degli interventi, non ci fossero stati dati chiari, volti alla riflessione sul fatto che, malgrado la narrazione ed i media restino strumenti di promozione e difesa della salute, oggi si comunicano più incertezze che verità.

Perché? Perché le fonti di informazioni sono sempre più numerose, e sempre meno attendibili, capaci di confondere le ricerche indipendenti fra quelle più "sponsorizzate". Senza dimenticare la velocità con cui si è "costretti" a raccontare una scoperta, un vaccino, un virus. Anche se molto varia a discrezione del modo - più o meno corretto - che se ne fa. A tutti i livelli.

Così, un giornalismo che, fino a non troppo tempo fa, era considerato di "nicchia", ora sembra essere cambiato, ed è sempre più seguito. Proprio come ha spiegato, nel suo intervento, il direttore di Repubblica-Salute, **Guglielmo Pepe**: "Oggi, scrivere di salute significa scrivere come di politica, di cronaca, di costume. Significa scrivere del quotidiano di ogni cittadino, di quanto lo accompagna ogni giorno. E anche di notte, viste le problematiche riscontrate anche i questa parte del giorno".

Un dibattito pensato per operatori sanitari e socio-sanitari, strutture dedicate all'attività di comunicazione ed informazione sanitaria, associazioni di volontariato e rappresentanti di pazienti, in cui è stato necessario stimolare una riflessione critica sui problemi che la diffusione delle tematiche della salute incontrano nel mondo dell'informazione e del loro impatto sulla gente.

In questo, **qual è il ruolo del giornalista?** "Il giornalista scientifico deve comportarsi come gli altri: tutelare, anzitutto, il cittadino - ha continuato Pepe -. Noi, per esempio, in redazione ci siamo dati la regola che, tornati alla scrivania dopo un convegno, andiamo a ricontrollare tutte le fonti, riportandole alle altre, per dare un quadro completo e ragionato di questa o di quella nuova cura. E poi, se scrivi uno sproposito, attraverso internet non si fanno attendere le critiche degli utenti che, per la credibilità della testata, non è affatto auspicabile".

Il problema dell'attendibilità delle fonti resta il punto

debole del sistema dell'informazione sanitaria rivolta al grande pubblico, specie per chi deve trattare le notizie velocemente, come nel caso delle agenzie di stampa. Una stimolante "frustrazione professionale", ben descritta da **Francesco Marabotto**, di Ansa-Salute. Dati, numeri, statistiche e grafici, imprescindibili per chi fa informazione scientifica; cruccio per redattori e direttori chiamati a semplificare il più possibile ricerche ponderose per recapitarle ai cittadini.

Roberto Satolli, da cardiologo a giornalista. A parer suo: "In Italia si registra la quasi totale assenza di adeguati studi comparatistici tra diversi farmaci e cure. Spulciare rapporti, incrociare dati, sembra essere diventata un'attività inutile, quasi dannosa per chi fa informazione. L'enfasi che si dà, soprattutto in certi contenitori tv o sul web, a questo o quell'altro rimedio, non viene quasi mai 'depurata' da un serio raffronto con il complesso panorama dell'industria della salute, ed è per questo, che i media ci stanno rendendo una massa di malati di patologie che non sono specificatamente tali, giacché in molti casi la





cura rischia di ingenerare più disagi che altro”.

Come a dire che, in più di un caso, si potrebbe ingenerare un'ipocondria generalizzata, che non solo non giova ai costi delle strutture sanitarie pubbliche, ma che lascerebbe sempre più margini di profitto ai privati.

Un esempio? Si pensi a come è stata gestita l'influenza aviaria. La paura, a fronte di un rischio realmente basso, ha ingenerato enormi guadagni per le aziende produttrici



di vaccini generici: milioni di prenotazioni, per un'emergenza sanitaria inesistente, visto che la sola cottura delle carni "sospette" bastava a fugare il contagio.

Cosa fa allora, il buon giornalista? **“Come per tante altre professioni, a partire da quella medica e infermieristica, solo l'etica ed il senso di responsabilità possono fare la differenza”**, ha chiosato Pepe.

Senza dimenticare il “controllo sociale”: se qualcuno tenta di fare cattiva o scorretta informazione, vuol dire che sta ignorando volutamente le enormi potenzialità informative ed informati- che della società globalizzata del web.

Tiziana Mercurio

IN PILLOLE

L'autofficina del corpo umano

Il corpo umano potrebbe ripararsi autonomamente senza interventi invasivi, anche in caso di ferite o malattie gravi, grazie a una iperproduzione controllata di cellule staminali, capaci di differenziarsi in cellule specializzate del tessuto danneggiato e riparare la lesione.

Questo, quanto sostiene il team di ricercatori dell'Imperial College di Londra, guidato dalla genetista Sara Rankin, in un servizio pubblicato dal "Guardian".

I ricercatori inglesi hanno annunciato di aver messo a punto un cocktail di farmaci in grado di aumentare la proliferazione nel sangue di cellule staminali dal midollo osseo. La tecnica per stimolare il midollo osseo a produrre maggiori quantità di staminali era già nota, ma permetteva a queste cellule plenipotenziarie di evolvere esclusivamente in cellule del sangue.

Il gruppo della professoressa Rankin è, invece, riuscito a ottenere la formazione di altri due tipi di staminali, che, insieme, riparano i tessuti osseo e cartilagineo, oltre che i vasi sanguigni. Somministrando il cocktail di farmaci alle cavie da laboratorio, si è registrata una produzione di cellule differenziate di oltre cento volte superiore alla media.

Ulteriori sperimentazioni su animali saranno portate a termine entro la fine dell'anno.

Contro la denuncia per gli stranieri irregolari che vogliono curarsi

Venerdì 6 marzo 2009, presso la sede dell'associazione Cittadinanza attiva, in via Galilei, all'Esquilino, si è tenuto un incontro relativo al tema della possibile approvazione dell'emendamento in sede di esame del Ddl 733 all'assemblea del Senato, volto ad abrogare il comma 5 dell'art. 35 del Decreto legislativo 286 del 1998 (Testo Unico sull'immigrazione) che sancisce il principio di "non segnalazione alle autorità".

Il suddetto comma 5, attualmente, prevede che: *"l'accesso alle strutture sanitarie, sia ospedaliere che territoriali, da parte dello straniero non in regola con le norme di soggiorno, non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio del referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano"*.

Tale disposizione normativa è parte nell'ordinamento italiano già dal 1995, attraverso l'art. 13 del decreto legge n. 489/95, più volte reiterato.

Il concreto rischio di segnalazione e/o denuncia contestuale alla prestazione sanitaria, tuttavia, creerebbe nell'immigrato, privo di permesso di soggiorno, una reazione di paura e diffidenza verso il personale e le strutture mediche tale da ostacolare l'accesso a quelle del territorio nazionale.

Il presidente del Collegio Ispasvi di Roma, **Gennaro Rocco**, ha già segnalato la posizione della componente infermieristica regionale, in un comunicato stampa del 10 febbraio 2009, segnalando tra l'altro, oltre ad una forma di "marginalizzazione sanitaria coatta", un reale rischio epidemiologico, con ripercussioni sulla salute collettiva, contemporaneo alla quasi certezza dello sviluppo di una sanità clandestina a cui i malati stranieri potrebbe rivolgersi in alternativa, con tutte le conseguenze del caso.

Tutto ciò è stato riaffermato presso questo dibattito, svoltosi innanzi a varie ordini ed associazioni. Ancora più forte si è levata la "voce" del mondo infermieristico, poiché la specifica norma contenuta nel Ddl contrasta con lo spirito delle disposizioni del suo Codice Deontologico che, invece, pone come orientamen-

to della professione il riconoscimento del diritto alla salute per tutte le persone, rinvenendo il valore fondamentale e preminente della vita e riassumendo in sé tutti gli elementi etico-filosofici, riferibili ad una cultura della vita, solidarista e personalista.

D'altro canto, poiché contrario ai principi della nostra Costituzione ed a quelli solidaristici ed universali del Servizio Sanitario Nazionale (nonché, pervaso da un tratto che cela una "disumanità" inaccettabile) questo provvedimento richiede un'attenta e circostanziata riflessione.

Difatti, non si può cedere a repentine pulsioni xenofobe che non tengano conto dei bisogni delle persone (chiunque siano) e che si rendano insopportabili a principi che fondano la civile convivenza e il rispetto della dignità umana.

Un pendio scivoloso, dunque, che, naturalmente, non potrà non aprire un varco ad una campagna di "obiezione di coscienza" da parte di tutti gli attori interessati alla problematica.

Angela Basile



Il futuro della sanità tra federalismo e valorizzazione del territorio

Il futuro del Sistema Sanitario Nazionale (Ssn) è ancora tutto da scrivere e da definire. Sono, ormai, anni che vengono proposte analisi, critiche e giudizi che inchiodano la sanità italiana ad una serie di responsabilità e, soprattutto, al ruolo di grande attrattore di risorse, al punto che, da più parti, si chiede la riduzione ed il contenimento delle spese.

Lo stesso intervento del Parlamento, in questi ultimi mesi, per ripianare e coprire i debiti del settore si è uniformato a questa visione.

Malgrado ciò, **il Ssn continua a rappresentare una delle realtà più importanti ed essenziali per il nostro Paese**, da cui non si può prescindere.

L'incertezza per il futuro è rafforzata, oggi, anche dal fatto che siamo alle soglie di una riforma che vuole modificare profondamente l'offerta sanitaria del nostro Paese: quella del **federalismo fiscale**. In breve, si passerà da un sistema a fiscalità derivata ad uno regionale con tributi propri che, ovviamente, porterà lo stesso Ssn a regionalizzarsi ed a localizzarsi: un trasferimento che significherà spostamento di poteri, competenze ed oneri a favore delle singole realtà locali.

Si tratta di un processo lento e delicato, che deve evitare squilibri tra le varie regioni e, soprattutto, tra il Nord ed il Sud dell'Italia.

In realtà, federalismo fiscale e sanità rappresenta, da sempre, un binomio inscindibile, in particolare dall'approvazione della cosiddetta riforma *ter*, il d.lgs. n. 229 del 19 giugno 1999, e, successivamente, con la revisione costituzionale definitivamente approvata con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001.

Da allora, l'autonomia finanziaria delle Regioni, soprattutto, nonché le risorse necessarie ad assicurare alle stesse l'integrale finanziamento delle funzioni attribuite loro in materia sanitaria si sono dimostrati obiettivi di difficile realizzazione.

È evidente che il passaggio (ormai divenuto indifferibile!) porterà il territorio a diventare protagonista del sistema sanitario, sia per quanto

riguarda il reperimento delle risorse, che per la gestione stessa di queste ultime.

In realtà, il territorio ha svolto sempre un ruolo di primo piano nel Sistema Sanitario Nazionale: basti pensare che, a tutt'oggi, l'assistenza territoriale sfrutta oltre il 50% delle risorse finanziarie destinate alla sanità. **Guardando la distribuzione delle risorse ed analizzando i dati della Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere risulta che i ricoveri ospedalieri, la farmaceutica e la specialistica consumano due terzi delle disponibilità finanziarie complessive.** Un valore che sale fino all'85% se, in questo computo, si considerano anche la medicina di famiglia, le strutture per anziani e la salute mentale.

Ancor più interessante è notare come nel triennio 2003-2006 (durante cui i costi hanno presentato una crescita del 3% annuo), le strutture ospedaliere ed il territorio abbiano seguito andamenti diversi: i costi per ricoveri ospedalieri restano sostanzialmente invariati (+1%), mentre in ambiti come la specialistica - dove si concentrano gli investimenti tecnologici e su cui incidono particolarmente i nuovi modelli di prevenzione e consumo dei cittadini - gli aumenti sono stati sensibili, toccando quota +6%.



Territorio e risorse rappresentano, quindi, il binario su cui viaggerà il Ssn futuro.

Un percorso costruito a partire dagli ultimi quindici anni, durante i quali la Sanità italiana ha vissuto una stagione di profonde riforme, prima di tutto con l'avvio di un processo di "regionalizzazione", ossia di maggiore autonomia finanziaria e responsabilità sulla salute dei residenti nelle Regioni. Tutto ciò ha portato alla definizione di meccanismi prima completamente sconosciuti e legati a principi quali l'efficienza e la managerialità. Meno Asl (passate da 660 a 171, in quindici anni), 100 nuove aziende ospedaliere autonome e concorrenza tra i diversi soggetti pubblici ed i produttori privati, oltre all'istituzione delle figure dei direttori generali.

Questo ha permesso di superare il modello tradizionale altamente burocratizzato, concedendo una maggiore autonomia di gestione ai manager e, soprattutto, portando ad una responsabilizzazione sui risultati. Questi sono gli obiettivi che qualsiasi esecutivo nazionale deve perseguire per imporre il ruolo del territorio nella gestione delle risorse del comparto sanitario locale.

Niente più "finanziamenti a pioggia" ed "interventi tampone" provenienti dal governo centrale, ma l'impegno degli amministratori locali a far quadrare i conti e rispondere direttamente alle esigenze dei propri cittadini.

Non è detto che uno strumento come quello del principio del "chi sbaglia paga" (anche con la rimozione degli amministratori in caso di inadempimenti gravi) possa appianare le attuali differenze nei livelli di efficienza dei servizi delle Regioni, cui non corrispondono differenti livelli di finanziamento (molte delle Regioni che percepiscono di più sono proprio quelle meno efficienti).

Un approccio che vuol fare giustizia anche di una concezione che ha sempre visto la sanità locale come una scatola indistinta, in cui immettere risorse senza aver cura della finalità e dell'impatto.

Il federalismo, in questo modo, può favorire uno strumento davvero essenziale, oggi, oltre ogni orientamento politico: la sussidiarietà. Una via virtuosa, perchè stimola la partecipazione sociale, determinando, al contempo, il risparmio economico.

Quello che, quindi, si prospetta per la sanità in Italia è un futuro fatto di una migliore gestione delle risorse, dove il territorio riuscirà ad avere il giusto valore, svolgendo un ruolo da protagonista.

Una riforma epocale sulla quale si misurerà la tenuta del nostro sistema sanitario.

*Marco Bernardini
Rodolfo Cotichini*

IN PILLOLE

La coppia contro il diabete

Un'indagine pubblicata da GfK Eurisko ha rilevato che i pazienti affetti da diabete vengono curati meglio se vivono in coppia e se ad assisterli è un familiare, in sei casi su dieci la donna.

Insieme, la coppia riesce a gestire meglio la terapia con benefici dichiarati dal 90% dei pazienti.

L'indagine ha coinvolto 900 malati di diabete e 100 caregiver che li assistono, registrando che il paziente sta meglio clinicamente e psicologicamente se ha accanto il proprio partner.

In particolare, il diabetico che vive in coppia risulta essere: più soddisfatto di se stesso e della sua vita (il doppio rispetto a chi lotta da solo); meno ansioso (68% di chi vive in coppia contro il 64% dei single); più attivo (63% contro 56%).

Inoltre, il 76% dei malati assistiti da un caregiver si ricorda sempre di assumere i farmaci; il 72% segue una dieta che nel 74% dei casi viene adottata anche da tutta la famiglia; il 55% pratica attività fisica e il 50% viene accompagnato dal suo assistente alle visite di controllo.

In sostanza, combattere la malattia in due permette al paziente di trovare risposte più adeguate ai suoi bisogni e di beneficiarne. Fra le necessità più urgenti espresse dagli intervistati c'è quella del sostegno nell'elaborazione della diagnosi e nella costruzione della motivazione per affrontare la malattia con maggiore ottimismo.

Cos'è e di cosa si occupa l'Ait, l'Associazione Infermieristica Transculturale

L'Associazione Infermieristica Transculturale (Ait) è una società scientifica, senza scopi di lucro, che svolge attività di promozione di un'assistenza culturalmente adeguata alle specificità culturali della popolazione, ma anche di formazione, ricerca scientifica, di tutela dei diritti civili e integrazione degli infermieri presenti sul territorio italiano. Tali scopi sono coniugati in maniera forte, per implementare condizioni assistenziali migliori e culturalmente adeguate per la popolazione del nostro stivale sempre più multiculturale e meticcio.

L'Ait, nata nel luglio 2008 è la prima in Italia che si occupa della società multiculturale contemporanea ed ha per scopo l'elaborazione, la promozione e la realizzazione di progetti di formazione e di ricerca nel campo sanitario tra cui l'attuazione di iniziative socio-educative e culturali per tutti i cittadini.

Lo spirito e la prassi dell'associazione trovano origine nel rispetto dei principi della Costituzione Italiana e si fondano sul pieno rispetto della dimensione umana, culturale e spirituale della persona; essa opera contro qualsiasi tipo di esclusione e di emarginazione di carattere religioso, sociale, politico, economico, di genere, di età, cittadinanza, di orientamento sessuale, etc.

Tra i suoi obiettivi fondamentali ci sono:

- promuovere, elaborare realizzare iniziative tecnico scientifiche per il progresso culturale, lavorativo, sociale ed economico della collettività e degli infermieri;
- effettuare la pubblicazione, di studi e ricerche nelle discipline professionali infermieristiche, con particolare attenzione alle ricerche transculturali;
- svolgere attività di consulenza mediante relazioni pubbliche e private per singoli cittadini, singoli professionisti, associazioni, aziende ed enti;
- organizzare convegni, congressi, tavole rotonde, seminari, iniziative didattiche ed audiovisive, corsi di formazione professionale, specializzazione, perfezionamento, aggiornamento ed altre attività similari.

Proprio nell'ambito di questa attività, lo scorso novembre 2008, è stato organizzato il **I Convegno nazionale dal titolo: "Il valore dell'integrazione tra culture diverse"** dove si è descritta, con l'apporto fondamentale di insigni relatori, la società complessa in cui si muove l'infermiere *flexibile* della

società liquida. (vedi: www.infermieristicatransculturale.com) In ragione dell'enorme curiosità avuta dall'evento, l'associazione proporrà il secondo convegno nazionale nel novembre 2009; senza dimenticare che, in cantiere, vi sono altre, numerose iniziative, tra cui una collaborazione con altre associazioni infermieristiche e sanitarie in genere.

La formazione infermieristica e sanitaria sui temi transculturali ed etici rappresenta un punto irrinunciabile per gli scopi dell'associazione che cerca il dialogo con tutte le istituzioni e gli stakeholders per arrivare a quella trans-disciplinarietà che deve muovere tutto il mondo sanitario centrato sull'uomo.

Uno dei più importanti obiettivi dell'associazione è: **promuovere l'unione degli infermieri, anche non cittadini italiani, presenti in Italia, creando punti di riferimento, di accoglienza, d'incontro e di aggiornamento.**

Pertanto, a tal fine:

- propone esperienze che permettano di mantenere e sviluppare l'identità nazionale e culturale degli infermieri, nel rispetto delle culture originarie per una migliore integrazione e per lo sviluppo globale della personalità di ogni

individuo;

- tutela i diritti degli infermieri immigrati, facilitando la loro permanenza in Italia attraverso servizi di orientamento, informazione e di assistenza per meglio integrare gli scopi istituzionali degli Enti italiani;
- favorisce e promuove rapporti di scambio e collaborazione con altre organizzazioni nazionali e internazionali che perseguono obiettivi simili ai propri;
- contribuisce alla realizzazione dell'identità culturale e collettiva dei professionisti ed alla loro effettiva partecipazione all'organizzazione sociale, lavorativa, culturale ed economica sia come singoli, sia come membri della comunità italiana, europea, internazionale.

Contribuisce alla realizzazione di quelle condizioni morali e culturali necessarie per consentire all'uomo di svilupparsi e godere dei diritti imprescindibili che gli sono riconosciuti dalla Costituzione italiana e dalle Carte dei Diritti Umani a livello internazionale.

Nell'ultimo mese, l'associazione ha preso posizione in merito al Ddl 733 in materia di sicurezza, approvato dal Senato, che non ha ancora concluso l'iter parlamentare.

Vige, infatti, l'obbligo del rispetto delle precedenti norme fino a



quando non interverranno modifiche legislative.

Al di là delle valutazioni e degli orientamenti di ciascun operatore, a prevalere deve essere sempre il principio di solidarietà. Il presidente dell'Associazione Infermieristica Transculturale, **Gennaro Rocco**, è intervenuto sull'emendamento al Ddl sulla sicurezza affermando: "Il principio introdotto dall'emendamento passato in Senato, pone in seria difficoltà tutti gli operatori sanitari e in particolare gli infermieri che vivono in prima linea il già complesso approccio con gli immigrati. La possibilità di denunciare all'autorità giudiziaria chi non è in regola col permesso di soggiorno non solo non risolve il problema dell'immigrazione clandestina, ma genera una serie di rischi che il nostro Ssn non può permettersi di correre. Inducendo gli stranieri irregolari a non farsi curare per paura della denuncia, il rischio epidemiologico cresce inevitabilmente ed è particolarmente rischioso per alcune gravi patologie (come la tubercolosi che registra già oggi un netto aumento di casi). Altro rischio è lega-

to allo sviluppo di una sanità clandestina, altamente insicura, gestita da gruppi etnici o religiosi. È inoltre immaginabile un rischio maggiore per la sicurezza stessa degli operatori sanitari per le possibili reazioni degli assistiti. La norma contenuta nel Ddl contrasta con quanto disposto dal nuovo Codice deontologico degli Infermieri (2009) e stride fortemente con l'orientamento etico della professione, che riconosce valore assoluto e preminente alla vita e al diritto universale alle cure".

L'associazione, in linea anche ai pronunciamenti della Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi, della Federazione Nazionale degli Ordini Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di numerosissime associazioni di settore, pertanto, invita tutti gli infermieri a non considerare la possibilità della denuncia, continuando a far prevalere il senso di solidarietà, nel rispetto e nella *pietas* che si deve ad ogni vita umana.

Alessandro Stievano

IN PILLOLE

Chat, drink e le ragazze... ingrassano!

Le adolescenti rischiano di ritrovarsi con qualche indesiderato chilo di troppo a causa delle notti in bianco trascorse magari a chattare con gli amici o per eccesso di drink, sempre più spesso consumati senza limite.

A lanciare l'allarme, un gruppo di studiosi americani (**Catherine Berkey** e dai colleghi della Harvard Medical School, del Brigham & Women's Hospital e della Washington University): un loro sondaggio ha evidenziato che, su oltre 5mila teenager tra 14 e 21 anni, sono soprattutto le "over 18" ad essere appassionate del web, a consumare più di due superalcolici a settimana, e a dormire meno di sei ore a notte. Uno stile di vita che, oltre ai rischi clinici ben noti in campo cardio-cerebro-vascolare ed epatico, regala alle giovani almeno due chili in più.

Per i ricercatori, dunque, è bene mettere in guardia le giovanissime da questo rischio che, spesso, non si accorgono dell'aumento del peso, se non troppo tardi.

Per un'assistenza transculturale

Nello scenario sanitario italiano è, ormai, forte la presenza di utenza immigrata che impone una riflessione circa le modalità di erogazione dei vari servizi: questo volume sottolinea come, indipendentemente dalle risposte umane all'impatto di eventi patologici, gli operatori debbano fornire risposte adeguate ai bisogni di salute che sono influenzati dai diversi modelli culturali di appartenenza.

Il percorso proposto è articolato in tre parti.

La prima parte delinea il quadro teorico entro il quale inserire l'accoglienza dell'utenza straniera per arrivare all'applicazione pratica presentata attraverso specifiche metodologie.

La seconda parte, invece, propone l'utilizzo delle diagnosi infermieristiche come esempio di pianificazione assistenziali per infermieri ed ostetriche, in modo da mettere in condizione entrambi di utilizzarle in modo autonomo.

I casi clinici proposti nella terza, ed ultima parte, sono riferiti ad alcune situazioni e persone della popolazione immigrata, particolarmente vulnerabili: le donne, i bambini, le persone con malattie infettive e la popolazione Rom.

La collana "Scienze infermieristiche e professioni sanitarie" si propone come uno strumento per lo sviluppo e la formazione dei nuovi profili professionali nelle aree medico-sanitarie. I punti di forza dei volumi pubblicati sono, pertanto:

completezza della trattazione, esauriente dal punto di vista teorico, ma anche rispondente alle esigenze dell'attività clinica ed ai vari aspetti tecnologici ed operativi della medicina moderna;

approccio interdisciplinare in linea con lo stile del *nursing* moderno e le esigenze degli studenti delle professioni medico-sanitarie, privilegiando una forte connotazione infermieristica ed un costante riferimento alla centralità del paziente;

impostazione grafica che consente un'agevole consultazione e reperimento delle informazioni-chiave;

collaborazione di vari autori, infermieri e medici, docenti presso diversi atenei italiani che garantisce la stesura di testi ampiamente condivisi sia nell'impostazione interdisciplinare che nei contenuti.

I volumi di questa collana si rivolgono, in special modo,

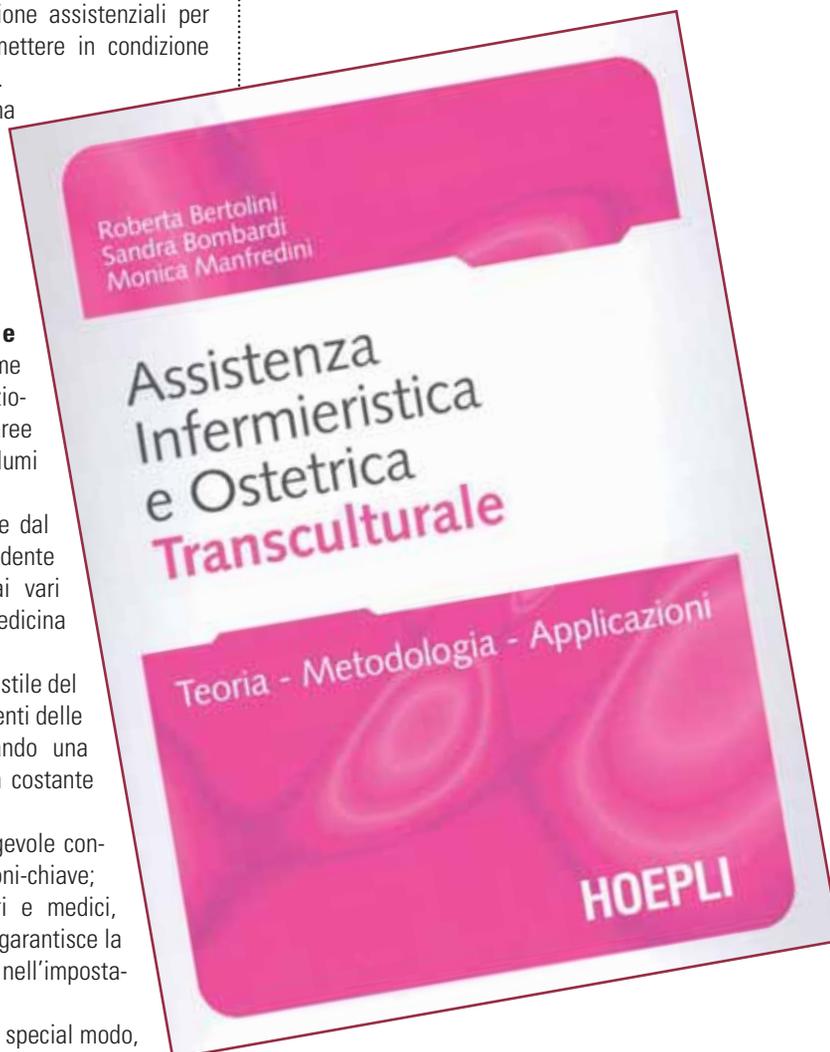
agli studenti dei corsi di laurea in Infermieristica, ma l'impostazione e la completezza dei contenuti li rendono utili anche nell'ambito della formazione continua (Ecm), dei corsi di perfezionamento e dei master post-laurea.

Assistenza infermieristica e ostetrica transculturale

di Roberta Bertolini; Sandra Bombardi e Monica Manfredini

Hoepli editore, 2009 – X.150 pp.

18 euro



Infermieristica Clinica in Medicina interna

Progettato a partire da una lunga esperienza – e ricerca – didattica e clinica, questo volume è stato scritto da una équipe di infermieri e medici che, nell'ultimo decennio, hanno condiviso sia il lavoro assistenziale, sia l'impegno nell'insegnamento della medicina interna e dell'assistenza infermieristica al malato internistico.

Questa costante cooperazione ha reso possibile la stesura di un testo in cui gli aspetti infermieristici e medici si integrano, convergendo sulla figura del paziente, destinatario dell'assistenza e della cura.

Il volume, oltre alle principali patologie di interesse internistico, tratta le tematiche del rischio clinico, con particolare riferimento alle infezioni ospedaliere, alla sindrome da astinenza, alle cadute ed agli effetti avversi della terapia farmacologica.

Particolare attenzione è stata data alla stesura dei piani infermieristici, che partono dalla diagnosi disciplinare e giungono all'assistenza attraverso gli aspetti caratteristici dei quadri clinici presentati.

Gli autori insegnano presso il Polo universitario "San Paolo" dell'Università degli studi di Milano.

La presentazione è affidata al professore Mauro Podda dell'Irccs "Istituto Clinico Humanitas".

"L'aspetto più originale che caratterizza questa opera - scrive Podda - è la collaborazione di docenti di discipline infermieristiche e di medicina interna che hanno integrato le rispettive competenze teoriche e soprattutto pratiche in modo da offrire una presentazione ben integrata di ciascun argomento".

I capitoli del libro sono stati redatti in modo da includere prima una parte più nozionistica che affronta le singole condizioni dal punto di vista epidemiologico, clinico e terapeutico, seguita poi dai relativi piani di assistenza infermieristica. Questi ultimi sono presentati sotto forma di tabelle per renderne più semplice la consultazione e lo studio.

All'interno del testo, poi, sono eviden-

ziate in neretto alcune parole chiave il cui significato viene spiegato nel glossario riportato a fine volume.

Infermieristica Clinica in Medicina interna

di Pier Maria Battezzati, Anne Destrebecq, Barbara Lessio, Ana Lleo, Martina Melesi e Carlo Selmi

Hoepli editore, 2009 – XIII-409 pp.

28 euro



La responsabilità infermieristica nelle lesioni cutanee, in particolare le lesioni da decubito

È stato detto da più parti che le lesioni da decubito (d'ora in avanti, LdD) sono una conseguenza, che una buona pratica sanitaria ben possono essere evitate, pur in presenza dei fattori scatenanti più comuni e tra questi l'età del paziente, le terapie citostatiche, la permanenza a letto per lunghi periodi e la prolungata immobilità.

Proprio perché evitabili, **l'insorgenza delle LdD si configura come fonte di responsabilità dell'operatore sanitario** sia che operi in una struttura sanitaria sia che operi in area domiciliare.

I numeri delle lesioni cutanee che ho potuto verificare sono sconcertanti e rappresentano un'incidenza fortissima sui costi del Sistema Sanitario Nazionale. Sembra, addirittura, che, ogni anno, dagli ospedali italiani vengono dimessi circa mezzo milione di pazienti con piaghe da decubito.

Negli anni più recenti, vi è stata una grande sensibilizzazione al problema e, a tal proposito, ricordo che nella legge finanziaria per il 2008, il trattamento delle LdD è entrato a far parte dei Lea.

Quest'opera di sensibilizzazione, arrivata a livello politico parte, ovviamente, dall'esperienza e dagli studi scientifici medici e infermieristici. Si possono citare le numerose linee guida, tra cui quelle per la prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito redatte a cura dell'*Agency for Health Care Policy and Research* e, a seguire, le raccomandazioni del ministero della Salute.

Proprio in queste ultime, leggo una serie di atti di cui cito solo quelli che ci interessano per dimostrare quanto sia sentita a tutti i livelli l'intervento della professionalità infermieristica: la valutazione del rischio nel momento in cui si presenta l'episodio in cura, l'aggiornamento della valutazione e delle verifiche, le condizioni del paziente rispetto all'ambiente, documentare quotidianamente le condizioni della cute, evitare massaggi su prominenze ossee, minimizzare l'attrito valutare e/o correggere l'alimentazione, effettuare un programma di mantenimento, preservare il livello di attività e di mobilità, monitorare gli interventi e documentarli, variazione della posizione, analizzare le superfici di appoggio, insegnare ai pazienti parzialmente dipendenti il cambio posturale, programmare e istruire la prevenzione delle lesioni, adottare un linguaggio comune e della pratica standard, etc.

Soprattutto, **nei protocolli adottati nelle strutture sanitarie è emerso un dato fondamentale, rappresentato dalla**

prevenzione come insieme di tecniche, mezzi e ausili idonei ad evitare l'insorgenza delle lesioni o, almeno, a limitarne la gravità.

Non voglio eccedere in aspetti tecnici di cui voi, i miei lettori, siete molto più competenti di me.

Mi piace tuttavia, alla luce di questo, invitarvi a rileggere il profilo professionale e sottolineare l'importanza dell'assistenza infermieristica nel suo principio primo: *"L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria"*.

Nei tratti delle raccomandazioni ministeriali che ho evidenziato possiamo, scorrendo il profilo professionale, ritrovare tutti gli elementi che lo caratterizzano: partecipare all'identificazione dei bisogni della salute del paziente e identificare i bisogni dell'assistenza infermieristica, pianificare gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico, garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, avvalersi della collaborazione degli altri operatori sanitari e delle figure di supporto.

In tutto questo, ritroviamo i doveri riabilitativi, curativi, educativi (quale adottare un linguaggio comune, raccomanda il ministero e, aggiungo, sia con il paziente sia con i familiari che lo assisteranno nel domicilio) che caratterizzano la professione infermieristica, e poi l'aggiornamento, la documentazione, col-



laborare con il medico e anche con il fisioterapista che anch'egli ha competenza sul punto (ad esempio, per quanto riguarda la movimentazione e i massaggi).

Perché mi fermo tanto su questi aspetti in fondo noti a tutti? Forse, perché non li trovo così scontati.

Innanzitutto, per tutti gli aspetti evidenziati non v'è dubbio che l'infermiere abbia una competenza specifica: non c'è dubbio che egli abbia il potere di intervenire. In secondo luogo, perché questo potere è anche un dovere e, in quanto tale, egli è responsabile del trattamento del paziente ed è responsabile nella prevenzione e nella cura delle LdD.

La responsabilità infermieristica si connota per la sua diligenza qualificata, ossia la diligenza del prestatore di lavoro subordinato (è il caso dei più, di coloro cioè che sono lavoratori dipendenti pubblici o privati ma analoga regola esiste per i liberi professionisti).

Qual è questa diligenza?

L'articolo 2104 Codice civile recita testualmente: *"Il prestatore di lavoro deve usare la diligenza richiesta dalla natura della prestazione dovuta [...e...] dall'interesse dell'impresa ... Deve inoltre osservare le disposizioni per l'esecuzione e per la disciplina del lavoro impartite dall'imprenditore e dai collaboratori di questo dai quali gerarchicamente dipende"*.

Questo significa, innanzitutto, che le linee guida e le raccomandazioni del Ministero, la formazione, il profilo professionale obbligano l'infermiere a prestare la propria opera (l'assistenza al paziente) nel modo più corretto (la diligenza) e scientificamente più avanzato ed accreditato (qualificata).

Inoltre, i protocolli adottati in azienda e nei reparti sono "disposizioni per l'esecuzione del lavoro" impartite dal datore di lavoro che il "dipendente" (infermiere) è obbligato a rispettare.

Tutto questo riguarda la "responsabilità civile" quella, per intenderci, cui consegue l'obbligo di risarcimento del danno al

paziente lesa. Analogo discorso possiamo fare per la responsabilità penale.

La colpa penale (e intendo, volutamente, escludere l'ipotesi dolosa) si basa su tre elementi portanti:

- la negligenza;
- l'imprudenza;
- l'imperizia.

Ma vi è colpa anche per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

Per quel che ci interessa ai fini di questo articolo, mi basti dire che la negligenza è il corrispettivo, in negativo, della diligenza (qualificata) e l'imperizia (trascuro l'imprudenza) è il non sapere, il non conoscere (le linee guida, i protocolli, il trascurare le formazione per l'adempimento qualificato della prestazione). E mi interessa aggiungere che il **contravvenire agli obblighi derivanti dal profilo professionale e dai protocolli è contravvenire a veri e propri doveri giuridici e quindi ai regolamenti, ordini e discipline**, dove il profilo professionale è un atto regolamentare per sua natura (ossia, un decreto ministeriale) e il protocollo una direttiva (impartita dal datore di lavoro).

Concludo con una riflessione: se uno degli indicatori presenti fra quelli introdotti dall'atto di indirizzo in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (Dpr 14 gennaio 1997) si riferisce al numero di utenti con lesioni da pressione per valutare la qualità delle strutture e la qualità dell'assistenza erogata è chiaro come un ruolo determinante per raggiungere l'eccellenza è svolto dagli infermieri che faranno ricorso alla conoscenza e alla documentazione degli atti per il raggiungere l'eccellenza della prestazione.

Avv. Alessandro Cuggiani

Calcio a cinque Al San Filippo Neri il memorial "Enrico Grassi"

Lunedì 13 marzo si è conclusa la seconda edizione della Ipasvi Cup, torneo di calcio a 5 riservato ad infermieri e studenti infermieri. L'edizione del torneo è intitolata alla memoria del collega ed amico Enrico Grassi, protagonista della prima Ipasvi Cup. Proprio la squadra nella quale giocava Enrico, il San Filippo Neri, si è aggiudicata il torneo, superando le altre nove compagini partecipanti e sconfiggendo in finale i vincitori della prima edizione, i ragazzi del Cristo Re. Al terzo posto la rappresentativa dell'Aniarti.

Le premiazioni del torneo si svolgeranno durante il Sanit 2009,

e proprio nel corso di tale evento verrà presentata la terza edizione della "Ipasvi Cup – Il Memorial "Enrico Grassi e Luigi Patrizi", il cui inizio è previsto per febbraio 2010.

L'iniziativa di un torneo di calcio a 5 tra infermieri ha preso corpo dalla convinzione che, in un grande Ente come il nostro, debbano esistere tra i colleghi momenti di condivisione legati non solo all'esperienza lavorativa ma anche alla promozione di un forte spirito di amicizia con iniziative sportive, culturali e di intrattenimento, di cui questi tornei speriamo siano un esempio.



ACISMOM

Da sinistra, in alto: Enrico Campana, Silvio Colavincenzo, Mario Tiberi, Davide Giovannetti; *in basso:* Valentino Ierardi, Domenico Salvatori, Michele Vuono

Altri giocatori: Enrico Tiberi, Davide Franco, Alberto Vattimo, Riccardo Capomassi, Nicola Napoli



CASTELLI ROMANI

Da sinistra, in alto: Daniele Rocca, Emanuele Sileri, Salvatore Rocca, Alessandro Garofolo; *in basso:* Alfred Korovesi, Aroldo Antimi, Giovanni Pagliarini

Altri giocatori: Enrico Di Cosimo, Roberto Rocca



ANIARTI

Da sinistra, in alto: Lucio Viggiano, Alessandro Sortino, Gianluca Salinaro; *in basso:* Gaetano Romigi, Federico Salvadei, Fabrizio Trovarelli

Altri giocatori: Isaia Urbano



F.B.F. ISOLA TIBERINA

In alto, da sinistra: Nelson Albuquerque, Andrea Pallocca, Mirko Bartolini; *in basso:* Federico Congiu, Sandro Di Giulio

Altri giocatori: Roberto Quattrini, Luis Albuquerque, Davide Moschetta, Gustavo Lopez, Alessandro Andrulli, Alberto Ilarioni



COLLEGIO DI ROMA

Da sinistra, in alto: Maurizio Fiorda, Davide Cenci, Marco Sanfratello, Gabriele Trapani, Marco Martines, Francesco Fioretti, Mario Finocchietti;
in basso: Enrico Pinci, Orlando D'Amico, Alessandro Salonia, Giuseppe Di Poca
Altri giocatori: Stefano Crusco, David Panerai, Luigi Di Bartolomeo



SAN FILIPPO NERI

Da sinistra, in alto: Carlo Farinelli, Gabriele Capaldo, Mauro Ficini, Fabio Marino, Daniele Minni, Fabio De Reya; *in basso:* Marco Carosella, Federico Brughitta, Valerio Nespolo

Altri giocatori: Pietro Borri



CRISTO RE

Da sinistra, in alto: Massimiliano Orsini, Marco Orsini, Dario Dessi, Francesco Gallo; *in basso:* Luca Di Carlo, Marco Buffone, Graziano Faticoni

Altri giocatori: Daniele D'Agostino, Giovanni D'Ambrosio, Paolo Marcellini



NURSIND

Da sinistra, in alto: Massimiliano De Franceschi, Fabio Talucci, Luca Cimino, Giuseppe Cunsolo, Mauro Acciaccarelli; *in basso:* Maurizio Carbonetti, Alfredo Rigirozzo, Salvatore Di Gregorio, Sergio Cicerelli

Altri giocatori: Salvatore Nuzzo



SANT'ANDREA

Da sinistra, in alto: Massimiliano Bellini, Umberto Giudice, Marco Lozzi, Antonio Mattia; *in basso:* Andrea Martini, Massimo Fanucci

Altri giocatori: Flavio Mastrodonato, Mirko Bartocchini, Alberto Rocchi



SEVENTH BRIDGE

Da sinistra, in alto: Rosario D'Aniello, Fabrizio Bocchini, Niccolò Palazzolo, Riccardo Bellucci; *in basso:* Vincenzo Perronace, Francesco Rinaldi, Luca Pizzo

Altri giocatori: Natalino Palermo, Marco Rizzo

Al teatro con l'Ipasvi!

Si sa, gli infermieri hanno poco tempo libero. Ma quel poco può fruttare un'importante goccia di felicità, per sé e per gli altri. Si può uscire dalla routine e giocare a calarsi in un ruolo diverso, un diverso profilo sociale non così lontano poi dalla missione professionale dell'infermiere.

Su iniziativa di un gruppo di colleghi, nasce con questo spirito il progetto "COM.I.C.I." (Compagnia Infermieri del Collegio Ipasvi di Roma), un nuovo modo di interpretare lo slancio filantropico della professione. L'obiettivo è la costituzione di una compagnia teatrale di infermieri che operi a fini sociali, unendo al gusto di cimentarsi con l'antica arte del teatro il piacere di divertirsi in gruppo e di stare insieme.

Il progetto è destinato ad un gruppo di 25-30 colleghi di ogni sesso ed età che operano in strutture sanitarie di Roma e della Provincia. L'attività è finalizzata a realizzare spettacoli pubblici per conto di associazioni che si adoperano in campo umanitario e nelle strutture di cura dotate di spazi adeguati.

Le promotrici del progetto sono due giovani colleghe di Roma che hanno già maturato una vasta esperienza in campo artistico: Barbara Patarini e Serena Guerriero. L'inizio delle prove è previsto entro la prima metà di maggio.

**Ti piace il teatro e vuoi far parte della compagnia anche tu?
Compila la scheda informativa che trovi qui in basso e spediscila subito!
Fax 06/45437034 - Email teatro@ipasvi.roma.it**



ADERISCI

NOME: _____ COGNOME: _____

STRUTTURA OSPEDALIERA DI APPARTENENZA: _____

ETA': _____ TEL. _____ MAIL _____

HAI ESPERIENZE CON IL TEATRO? SI NO

SE SI', ELENCARE ALCUNI SPETTACOLI AI QUALI HAI PARTECIPATO ED IL RUOLO DA TE RICOPERTO:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

COSA TI PIACEREBBE FARE ALL'INTERNO DELLA NUOVA COMPAGNIA?

RECITARE

AIUTO REGIA

AIUTO COREOGRAFIA

RECITARE BALLARE E CANTARE

CUCIRE / REPERIRE ABITI DI SCENA

TRUCCARE E ACCONCIARE

DISEGNARE E DIPINGERE MATERIALI DI SCENA

COSTRUIRE SCENOGRAFIE (REPERIRE MOBILI, ALLESTIMENTI, OGGETTI DI SCENA...)

OCCUPARMI DI PUBBLICITA', FOTO DI SCENA, LOCANDINA

ORGANIZZARE AUDIO E LUCI

Lo "starter kit" del ricercatore (parte quarta)

Abbiamo visto nel precedente numero della rivista come effettuare delle ricerche nel vasto mare di Internet, gli strumenti da utilizzare, come filtrare i risultati. Abbiamo trovato anche modi alternativi (i motori in *clustering*) e qualche consiglio sulla sintassi delle ricerche.

Ora facciamo un piccolo salto restando su Internet, ma usando la non per consultare semplici siti web, bensì per accedere a "banche dati biomediche", fonti di citazioni bibliografiche di eccellenza.

La più famosa banca dati biomedica è senza dubbio **Medline** (Medlars Online), raggiungibile e consultabile con accesso gratuito via PubMed, ospitata e gestita dalla National Library of Medicine. L'indirizzo da digitare è il seguente:

<http://www.pubmed.gov>

Contrariamente a quanto si possa pensare, un *database* come Medline non contiene il testo degli articoli originali, ma solo la citazione (al massimo con un *abstract*) ed il riferimento alla rivista che lo contiene (di cui fornisce anche l'indirizzo web, ove disponibile). Questo, assieme all'uso della lingua anglosassone, rappresenta una delle ragioni più profonde di delusione tra chi ci si avventura la prima volta con forti entusiasmi.

Ma superato il primo impatto, e fatta la conoscenza di questa enorme banca dati, al nostro primo risultato di ricerca ci salta subito all'occhio che la maggior parte dei repertori recensiti è consultabile a pagamento direttamente alla fonte primaria.

Per chi è di diverse pretese, ma cerca comunque repertori infermieristici (e non) di eccellenza, esiste (nascosta ma non troppo...) la versione gratuita dell'archivio, con il link all'articolo completo e gratuito. Stiamo parlando di PubMed Central (<http://www.pubmedcentral.nih.gov>)

Altro capitolo, invece, per la banca dati più famosa per l'infermieristica: il Cinahl Database (<http://www.cinahl.com>).

Se cercate citazioni di articoli eccellenti in campo infermieristico, li troverete sicuramente qui. Si tratta di uno strumento molto utile se dobbiamo aggiornare le nostre procedure infermieristiche, oppure i protocolli della nostra Unità operativa.

Segnaliamo purtroppo, in questo aggiornamento dell'articolo, che purtroppo Cinahl non propone più la ver-

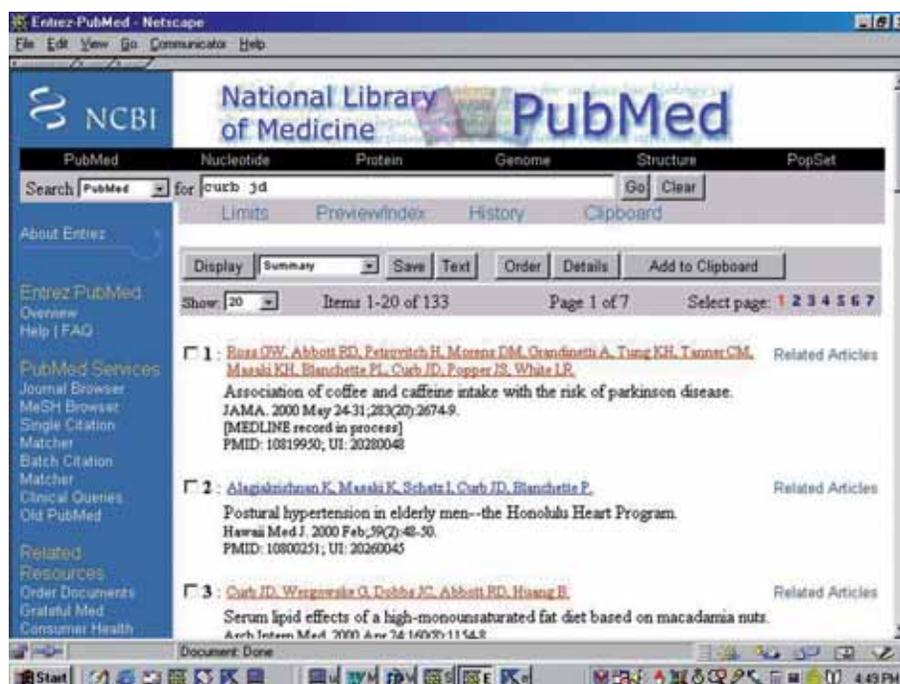
sione "single user", ovvero la possibilità di acquistare un accesso singolo ad uso privato a basso costo. Rimangono gli accessi attraverso distribuzioni, che purtroppo hanno un costo proibitivo per l'utente singolo. Resta il fatto che il Collegio Ipasvi di Roma offre agli iscritti e studenti la possibilità di accedere al CINAHL FULL TEXT attraverso il Servizio bibliotecario interno, tutti i martedì previo appuntamento.

Se siamo in totale difficoltà con l'inglese, possiamo sempre tentare una traduzione degli *abstract* con un traduttore online, come quello offerto da Altavista, solo per capirne il senso; impareremo a nostre spese che le traduzioni non sono poi così "congruenti" (<http://babelfish.altavista.com>).

Aggiornamento: finalmente Google© ha aggiornato il suo servizio di traduzione online, che risulta ora molto più performante. Lo trovate al seguente indirizzo:

<http://translate.google.com>

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



NORME EDITORIALI

Quali regole seguire per pubblicare un articolo su "Infermiere Oggi"

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli direttivi.

Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) introduzione; 3) materiali e metodi; 4) risultati; 5) eventuali discussioni; 6) conclusioni; 7) bibliografia.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet <http://www.icmje.org>).

Il vantaggio dell'uso del Vancouver Style è nel fatto che la lettura di un testo non interrotto dalla citazione risulta più facile e scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola²) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine dell'elaborato. Il Vancouver Style prevede:

- iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome;
- iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citati;
- in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

CITAZIONI DA INTERNET

Per citare un articolo su una rivista on line, è bene riportare: cognome, nome. "Titolo Articolo." Titolo Rivista. Volume: fascicolo (anno). Indirizzo internet completo (con ultima data di accesso).

Per un documento unico disponibile in rete: Titolo Principale del Documento. Eventuale versione. Data pubblicazione/copyright o data ultima revisione. Indirizzo internet completo (data di accesso).

FIGURE E TABELLE

Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità; saranno numerate progressivamente in cifre arabe e saranno accompagnate da brevi ma esaurienti didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento. Diagrammi e illustrazioni dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da permetterne la riproduzione senza modificazioni.

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

et al. per indicare altri autori dopo il sesto nelle bibliografie.

L'acronimo è un genere particolare di abbreviazione. La prima volta che si incontra un acronimo in un testo è sempre necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi - ad es. Associazione Raffredati d'Italia (Ari).

Evidentemente, ciò non vale per sigle oramai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti - ad es. Usa e non U.S.A.

DATE E NUMERI

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1° gennaio (non 1 gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.

I numeri da uno a dieci vanno scritti in lettere (tranne che nelle date!). Per tutti gli altri, l'importante è separare sempre con un punto i gruppi di tre cifre. Per le grosse cifre "tonde", usare "mila", "milioni" e "miliardi" invece di "000", "000.000", "000.000.000".

PAROLE STRANIERE

Le parole straniere vanno sempre indicate in corsivo, soprattutto se non sono ancora entrate nell'uso comune italiano. Se si decide di usare un termine straniero, è bene ricordare che non si declina mai (ad es. i computer e non i computers).

MODALITA' E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

Gli autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato al Collegio Ispasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

Noi **infermieri**
con i nostri valori,
dalla vostra parte.
Sempre.



12 MAGGIO 2009

Giornata internazionale
dell'infermiere