Coferm Green Arno XVII - N. 2 - APRILE-GILEND 2007 - Tariffa Association Serza Pri di Lucro. Poste Italiane S.p.A. - Speciatore in alth. post. - D.L. 353/2009 (conv. in. L. 270/2/2004 nº 46) art. 1. comma 2. DOB Roma



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



Organo Ufficiale di Stampa del Collegio IPASVI di Roma

Direzione - Redazione - Amministrazione Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA Tel 06 37511597 - Fax 06 45437034

> DIRETTORE RESPONSABILE **Gennaro Rocco**

SEGRETERIA DI REDAZIONE Nicola Barbato, Stefano Casciato, Mario Esposito, Matilde Napolano, Carlo Turci

COMITATO DI REDAZIONE

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

Rivista trimestrale ottobre/dicembre 2006 Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A. Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in. L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 90 del 09/02/1990

FOTO: MARIO ESPOSITO

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



ASSOCIATO ALL'UNIONE STAMPA PERIODICA ITALIANA

Finito di stampare: Luglio 2007

Tiratura: 26.000 copie

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

Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.

Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo. Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al"; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale.

Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

Rubriche

- 1 EDITORIALE
 - di Gennaro Rocco
- 3 "Le competenze culturali dell'infermiere: un progetto formativo" di Edda Oliva Piacentini
- 17 Il Burnout come malattia professionale di Paolo Tarantino
- 20 Il ruolo dell'infermiere nella gestione del Servizio Sanitario Aziendale di una Centrale Nucleare in disattivazione
 - di Menchella Massimo
- **24** "Il metodo SPIVAK" applicazione alla persona affetta da demenza senile di Paola Ferri, Antonio Giannone
- **33** Il Senato licenzia in Commissione lgiene e Sanità un Ddl che esclude infermieri e altri professionisti sanitari dall'attività intramuraria nelle strutture pubbliche. Passa solo quella per i medici Intramoenia, indietro tutta
- **36** Infermieri in rete
- **38** Viaggio di studio in Cina: Confronto tra Oriente ed Occidente di Alessandro Stievano, Gaetano Romigi, Maurizio Brunelli, Matilde Napolano
- 49 CONCLUSA CON SUCCESSO A ROMA LA CAMPAGNA NAZIONALE DI ORIENTAMENTO ALLA PROFESSIONE
- **51** CARENZA INFERMIERISTA: AL SAN FILIPPO NERI SCOPPIA IL CASO. LETTERA APERTA DEL PRESIDENTE DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA ALL'ASSESSORE ALLA SANITA' DELLA REGIONE LAZIO
- 53 SANIT 2007: IL COLLEGIO DI ROMA ANCORA PROTAGONISTA Guadagnare salute: il ruolo dell'infermiere
- **56** RECENSIONE La ricerca infermieristica di L. D'Alesio, E. Vellone, M.L. Rega, C. Galletti
- **57** RECENSIONE Strategie Sanitarie applicate alle Scienze Infermieristiche di R. Alvaro, S. Amato, N. Barbato, M. Bozzi, M. Petrangeli, G. Rocco, L. Sasso
- 58 L'angolo dei media
- **60** L'AVVOCATO DICE... I doveri dell'infermiere dipendente pubblico di Alessandro Cuggiani
- 65 Riaffermato l'obbligo di iscrizione all'Enpapi per tutti gli infermieri liberi professionisti

Cure primarie e governo clinico: infermiere protagonista

di Gennaro Rocco

ure primarie, governo clinico, assistenza laddove il cittadino la chiede: sul territorio. Sono le parole chiave che gli infermieri ripetono da tempo e alle quali affidano le loro speranze di cambiamento. Un cambiamento troppo spesso annunciato senza che poi seguissero fatti concreti. Ma che può realizzarsi davvero con

l'attribuzione agli infermieri del ruolo guida che spetta loro nella pianificazione di un'assistenza diversa, più vicina ai cittadini, alle esigenze e alla vita quotidiana della gente.

L'impressione è che siamo al cospetto di una fase determinante per il futuro della sanità pubblica. E se in passato l'opportunità per modernizzare e aggiornare l'offerta dei servizi è sfumata sotto i colpi di chi, a livello politico e professionale, rifugge i cambiamenti, oggi abbiamo un'importante possibilità in più per cogliere l'obiettivo.

La presenza degli infermieri al tavolo ministeriale e nell'apposito gruppo di lavoro è già un buon segnale. Che però non basta. Occorre operatività, quella che finora è mancata. Mettere gli infermieri nelle condizioni di poter incidere sulle scelte, di essere considerati al pari delle altre professioni sanitarie in tutte le circostanze ecco cosa serve. Eppure si procede a passo di gambero. Ad esempio, escluderli dall'attività intramoenia, come si è fatto con il Ddl 1598 del luglio scorso (*vedi servizio a pag. 33*), va giusto nella direzione opposta.

D'altronde è impossibile concepire una rete sanitaria che ponga finalmente al centro della sua azione il cittadino e le sue necessità senza coinvolgere la figura dell'infermiere,



naturale riferimento per un modello sanitario incentrato soprattutto sul territorio, lì dove il cittadino vive, lavora, studia, dove si ammala e dove forma la sua coscienza igienica e sanitaria.

L'obiettivo è presto detto: più sanità territoriale, meno ospedale. Con tutti i benefici che ciò comporta, a partire dall'abbattimento delle

code nei Pronto soccorso e delle liste d'attesa per le visite specialistiche. Ecco dunque il modello delle "cure primarie", adottato con successo in tutti i Paesi a sanità avanzata ma che in Italia stenta perfino ad essere riconosciuto come modello virtuoso, come direzione obbligata per un'assistenza all'altezza delle attese.

Allestire una rete sanitaria ispirata al concetto di "cure primarie" vuol dire creare un filtro selettivo che si interpone fra il cittadino e l'ospedale, sia per il post-ricovero sia per non ingolfare oltremisura le strutture di cura. E per risparmiare tanti soldi. Risparmi da investire magari in prevenzione, con l'infermiere ancora protagonista assoluto.

Non è un sogno. E' un progetto complesso che va costruito a più voci e con più mani. Perciò inevitabilmente difficile. In questo senso il ruolo dei medici di medicina generale è essenziale. Ma non è l'unico. E forse neanche il principale. E' la figura dell'infermiere che, in questo scenario, si sobbarca gli oneri più gravosi e le responsabilità più delicate. Per questo ha l'assoluta necessità di agire in modo autonomo, anche rispetto ai medici di base.

Ecco allora il primo "paletto" da fissare sulla via dello sviluppo dell'assistenza territoriale:

infermiere e medico che lavorano in sinergia ma anche in piena autonomia, secondo le rispettive attribuzioni e competenze, diverse, specifiche, complementari. Non c'è sanità che funzioni se manca una delle due figure. Né se l'una prevarica l'altra.

Occorre evitare uno scontro su quale figura debba prevalere. Davvero non serve e anzi complica maledettamente tutto. A prevalere deve essere solo e soltanto l'interesse del cittadino-utente. Quindi infermiere e medico devono poter lavorare in team, in base alla pratica della multidisciplinarietà, con spirito di collaborazione, ma con ruoli ben distinti. E nel rispetto reciproco.

Belle parole e niente più? La nostra storia e le umiliazioni che gli infermieri hanno subito per troppo tempo lascerebbero temere che possa finire così, che alla fine prevarranno le solite logiche "protezionistiche", i risaputi interessi di categoria che badano più alle posizioni di rendita che agli interessi veri della cittadinanza.

Possibile. E' accaduto di sovente con i medici. Noi però confidiamo che le cose stiano cambiando, che la difesa a oltranza di certi privilegi abbia i giorni contati, che i medici arroccati nelle torri d'avorio della sanità italiana siano ormai un'eccezione e che tanti medici di base siano d'accordo con noi. Almeno sull'obiettivo: prima gli interessi dell'assistito, poi tutti gli altri.

Si tratta di un'opportunità storica, di un'occasione concreta per cambiare lo stato delle cose e per lanciare su vasta scala la sperimentazione del nuovo modello di sanità territoriale. Un modello che, naturalmente, necessita della collaborazione e dell'integrazione tra figure professionali diverse. D'altronde il sistema delle "cure primarie" fonda su tanti pilastri quante sono le professioni sanitarie, ognuna con la sua specificità, col suo sapere, con la sua mission.

In tutto il mondo l'infermiere è al centro di questo tipo di assistenza; ne è anzi il protagonista assoluto. Ciò comporta gratificazioni e sacrifici, nuove opportunità di crescita e responsabilità. E una formazione specifica di alto livello.

Per gestire al meglio una sanità spiccatamente territoriale, l'infermiere deve poter fornire risposte assistenziali complesse. Deve quindi possedere un bagaglio culturale e professionale elevato, una forte attitudine alla conoscenza e all'aggiornamento. In una frase, deve essere specializzato, un vero esperto di sanità territoriale, perfettamente capace di relazionarsi con gli attori tra i quali si frappone come un filtro: il cittadino e l'ospedale. Ebbene, la professione infermieristica è l'unica che può fregiarsi di una preparazione specifica nel campo, quella della figura di "esperto clinico". Lo prevede peraltro la Legge 43/2006 che proprio in questo tipo di modello assistenziale trova il suo coronamento. Anche per quanto riguarda l'importantissima funzione di primo avamposto dell'educazione sanitaria e della promozione della salute nelle scuole, sui luoghi di lavoro, nelle comunità.

La stessa legge consegna all'infermiere proprio questo ruolo primario, valorizzando doverosamente la formazione specialistica (master di 1° livello) e i percorsi di carriera (dirigenza). Ci pone nella condizione di rivendicare per intero il nostro ruolo nell'assistenza territoriale, un ruolo di primissimo piano.

Certo è che l'esperienza ci suggerisce di diffidare. Non per questo, però, possiamo rinunciare a batterci perché le cose cambino. Abbiamo dalla nostra un alleato troppo importante: il cittadino. Entrambi sappiamo che più "territorio" significa più salute e che, come in un circolo virtuoso, la salute della gente è la cura migliore per la sanità malata.

"Le competenze culturali dell'infermiere: un progetto formativo"

di Edda Oliva Piacentini

INTRODUZIONE

immigrato è uno straniero: "Strano, alieno, persona avente la cittadinanza di uno stato estero" che si è stabilita o vuole stabilirsi in un paese straniero.

La realtà svela che questa definizione è distante dall'esprimere la ricchezza, la complessità dell'immigrazione, di quei milioni di donne e uomini che si trasferiscono per avere una vita migliore. L'immigrato è anche un emigrante e l'emigrazione è un'esperienza triste e irta d'ostacoli; la separazione, la distanza dal luogo originario, sono, infatti, cammini critici della vita.

L'irruzione degli immigrati, in Italia, ha determinato diversi comportamenti da parte della popolazione residente, dalla xenofobia associata dal suo corredo d'atteggiamenti quasi razzisti, all'accoglienza acritica; dal paternalismo assistenziale a reali comportamenti di ricerca di un dialogo transculturale.

Ci sono molte ragioni che giustificano la necessità di una rapida trasformazione dell'infermieristica verso una formazione e una pratica infermieristica transculturale, con delle modifiche dei programmi d'insegnamento e apprendimento.

Il mandato imperativo è di formare infermieri in grado di: affrontare i bisogni critici attuali e futuri a livello mondiale ed assistere le persone di diverse o simili culture. Il tempo per raggiungere questa meta è limitato e vanno intrapresi i giusti passi, per prevenire un'assistenza culturalmente dannosa o sfavorevole o l'insorgere d'altri problemi.

Un ruolo importante e definitivo, perciò, lo svolgeranno, i formatori dovendo, essi, riflettere, decidere, elaborare e cooperare alla progettazione di piani d'intervento formativo.

L'azione propria della formazione, sarà di adeguarsi a sopperire alle esigenze che si sono andate evidenziando nel tempo, anche in Italia, sul fenomeno immigrazione. Il prendersi cura, d'altra parte, si realizza efficacemente se i formatori sono in grado di formare infermieri capaci di offrire un'assistenza culturalmente competente e congruente. A tal fine, l'obiettivo del presente lavoro, è di elaborare un progetto formativo per l'acquisizione di competenze culturali.

IL DISEGNO DEL PROGETTO

Il significato della progettazione

Progettare significa impegnarsi nel trovare la soluzione ad un problema non risolto. Un progetto pertanto nasce per risolvere i problemi e raffigura il disegno complessivo di una costruzione.

Ogni progetto è scandito da quattro momenti:

a) La fase conoscitiva (o di analisi dei bisogni): è considerata il momento più importante in quanto determina la scelta dei contenuti, metodi e strumenti per la valutazione dell'intervento. Per analizzare i diversi aspetti del problema, i professionisti lavorano, ogni qualvolta è possibile, in equipe, e

- coinvolgono anche i destinatari nell'individuazione degli obiettivi.
- b) La fase di programmazione: si definiscono obiettivi, metodi, strumenti e valutazione.
- c) La fase operativa: si mette in opera il progetto, restando sempre all'erta per verificare se occorra correggere qualche passo.
- d) La fase della valutazione: si attuano procedure di verifica per evidenziare la validità o meno del progetto.

Queste fasi sono da considerarsi come elementi di una unica struttura perciò intimamente correlati.

Il progetto che seguirà è di tipo formativo.

La fase conoscitiva

La fase conoscitiva costituisce un'azione propedeutica dell'intero processo formativo e si articola in tre momenti procedurali:

- 1. Revisione della letteratura: ha consentito di individuare le variabili da considerare ed avere una visione complessiva dell'argomento. Dopo un primo reperimento generale si è delineato una ricerca bibliografica specifica. In merito a quest'ultima si è rilevato che la ricerca infermieristica italiana ha affrontato poco l'argomento, tutte le pubblicazioni fatte in merito provengono da altri paesi.
- 2. Raccolta dati statistici: al 1 Gennaio 2005, l'ISTAT segnala che gli stranieri presenti in Italia sono 2402157; rispetto l'anno precedente gli iscritti in anagrafe aumentano di 411998 unità (+ 20,7%) senza peraltro considerare coloro che sono entrati illegalmente. L'aumento della popolazione straniera residente in Italia è dovuto anche. in misura non trascurabile, al continuo aumento dei nati di cittadinanza straniera che si traduce in un saldo naturale in attivo (+ 45994 unità). L'apporto della popolazione straniera alla crescita demografica è certamente rilevante, soprattutto se contrapposto al bilancio naturale della popolazione residente di cittadinanza italiana che risulta negativa nella maggior parte delle regioni.

Indicativi i rapporti dell'ufficio di statistica del ministero della salute sulle schede di ricovero ospedaliero (SDO) degli stranieri in Italia, pubblicati nel 2001 e 2003 riferiti al 1998 e 2000 ed uno studio del 2005 della Società italiana di Medicina delle Migrazioni, riferito al 2003.

Questi rapporti nazionali, pur facendo riferimento ad uno specifico evento assistenziale (il ricovero) e con alcuni limiti nell'utilizzarlo come strumento statistico, hanno il merito di essere significativi per consistenza numerica e distribuzione nazionale. La medesima associazione nel rendiconto del 2005 rivela che sono stati esaminati quasi 400000 ricoveri in un anno.

Rapporti più recenti, attestano che il numero degli immigrati in Italia è maggiore di tre milioni (rapporto Caritas 2006).

3. Indagine descrittivo-esplorativo: un progetto formativo orientato all'acquisizione di competenze culturali è da attuare in un contesto che bisogna individuare ed analizzare attraverso un'indagine descrittivo- esplorativa. È perciò indispensabile indagare anche sulla percezione degli studenti sulle culture "altre" per meglio identificare finalità e obiettivi da predisporre e realizzare.

DISEGNO DELLA RICERCA: STRUMENTI, MATERIALI E METODI

Il campione: caratteristiche

Il campione considerato, convenzionale, è costituito da 100 unità.

Criteri di scelta

Le unità intervistate sono studenti iscritti al l° anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza". E' stata chiesta la collaborazione a tutti gli studenti senza distinzione d'età e sesso.

Criteri di reclutamento

Il reclutamento è stato eseguito recandosi nelle sedi selezionate, in seguito all'autorizzazione dei Presidenti, richiedendo agli studenti la partecipazione allo studio, offrendo nel frattempo tutte le delucidazioni necessarie e assicurando l'anonimato.

Strumenti utilizzati

Lo strumento utilizzato per lo studio è stato il questionario: "Valutazione della percezione delle culture altre".

Il questionario si compone di 3 parti, nella prima si raccolgono i dati sociodemografici dei rispondenti, nella seconda le conoscenze e interessi delle culture altre, nella terza la capacità di affrontare alcuni momenti con persone d'altre culture.

E' uno strumento costruito dal gruppo di studio, si compone di 30 items a risposta chiusa, a risposta aperta ed a scelta multipla che raccolgono le seguenti informazioni:

- dati socio-demografici;
- dati sulle conoscenze dei gruppi culturali della propria città;
- dati sulla capacità di interagire con persone d'altra cultura;
- dati sull'eventualità di lavorare con persone d'altra cultura;
- dati su incontri/situazioni con persone d'altra cultura.

In una prima fase di sperimentazione dello strumento, è stato eseguito uno studio-pilota attraverso la somministrazione di 10 questionari a studenti esclusi dallo studio. Sulla base dei risultati ottenuti si sono effettuate modifiche e correzioni al questionario.

Metodo

Il questionario, anonimo ed autocompilato, è stato somministrato agli studenti, previa spiegazione delle finalità particolari dell'intervista e generali dello studio, è stato garantito l'anonimato nell'utilizzo dei dati.

La somministrazione è stata compiuta direttamente dal gruppo di studio, concedendo agli studenti 30 minuti di tempo per la compilazione.

Analisi statistica

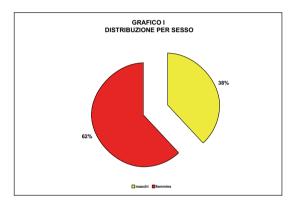
Preliminarmente è stata condotta un'analisi descrittiva univariata, consistente nel calcolo delle percentuali di risposte per singolo items e, ove opportuno, di media e deviazione standard; i dati sono stati inoltre riportati su un diagramma di dispersione per una visione d'insieme della casistica, ma anche per individuare eventuali dati anomali o errati.

Come seconda fase, al fine di valutare la dipendenza fra le variabili considerate, è stato calcolato il test Chi quadrato di Pearson; nel caso in cui il Chi quadro non fosse utilizzabile per la presenza di frequenze teoriche troppo basse (<5) è stato utilizzato il test esatto di Fisher (per tabelle 2x2) o il test G di Woolf (per tabelle NxM). Come di consueto è stato fissato un livello di significatività pari allo 0,05.

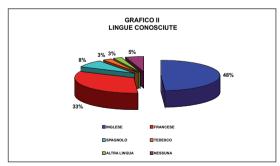
I risultati più interessanti, sia significativi che non, sono stati rappresentati graficamente tramite diagrammi a barre, istogrammi e diagrammi circolari.

Analisi dei risultati: caratteristiche del campione ed analisi delle associazioni

Il campione esaminato, comprensivo di 100 soggetti, è costituito per il 38% da uomini e per il 62% da donne. (Grafico I) L'età media è di 24,1 anni.

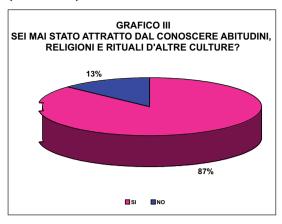


Del campione, il 49% conosce la lingua inglese, il 33%, il francese, l'8%, lo spagnolo, il 2,5%, il tedesco, il 2,5% altra lingua, mentre il 5% dichiara di non conoscere alcuna lingua. (Grafico II)



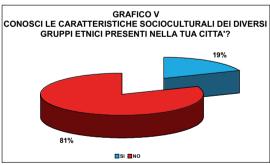
Il 13% del campione dichiara di non essere attratto dal conoscere abitudini, religioni e rituali d'altre culture a differenza del restante 87%. Il dato non è da sottovalutare, soprattutto, se si considera che alcuni autori ritengono che la competenza culturale significa avvicinarsi all'altro con un desiderio di comprendere il suo punto di vista e il desiderio di apprende-

re come vive una determinata situazione. (Grafico III)



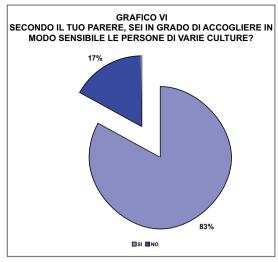
Indagando sugli immigrati presenti nelle città del campione intervistato, il 91% dichiara di non conoscere la situazione demografica, mentre l'81% non è a conoscenza delle caratteristiche socioculturali dei diversi gruppi etnici presenti nella propria città. (Grafico IV e V)



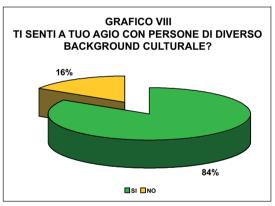


Il 17% del campione ritiene di non essere in grado di accogliere in modo sensibile le persone di varie culture, mentre il 55% ammette di non essere in grado di capire una persona di cultura diversa, che ricorre a guaritori popolari e/o altre figure alternative. (Grafico VI e VII)

All'item che domanda "ti senti a tuo agio con persone di diverso background culturale?", l'84% del campione risponde positivamente, mentre il 16% risponde negativamente. (Grafico VIII)

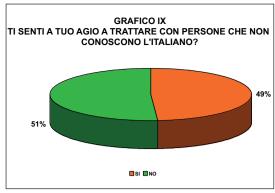




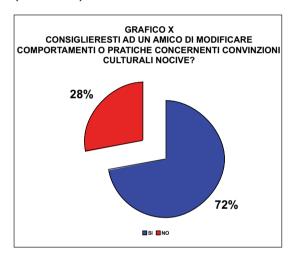


Il 51% del campione afferma di non sentirsi a suo agio a trattare con persone che non conoscono l'italiano. La maggior parte del campione ammette il disagio riguardante il livello d'incomprensione linguistico; è quello della difficoltà più immediata e chiara quando i protagonisti non parlano la medesima lingua. Non meno importante è la semantica, delle parole, che può portare ad errori d'interpretazione. E' quindi probabile che la comunicazione tra soggetti di cultura difforme, possa fallire. (Grafico IX)

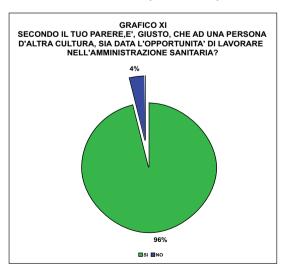
Indagando sui comportamenti e pratiche concernenti convinzioni culturali nocive, il 72% del campione consiglierebbe ad un amico di modificare i suoi comporta-



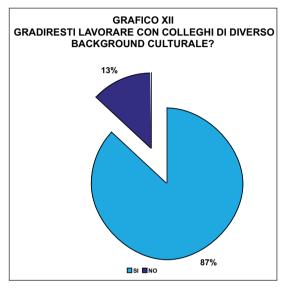
menti, mentre il 28% risponde il contrario. Attraverso una domanda aperta, a questi ultimi è stato chiesto di spiegarne il motivo. I termini maggiormente espressi sono stati: responsabilità personale e soggettiva (54%), rispetto delle opinioni altrui (25%) e libertà di agire (21%). (Grafico X)

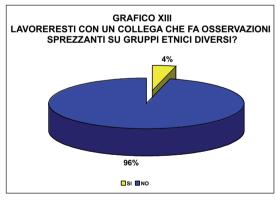


Il 96% degli intervistati condivide che ad una persona d'altra cultura è data l'opportunità di lavorare nell'amministrazione sanitaria italiana. (Grafico XI)



Il 13% dei rispondenti non gradirebbe lavorare con persone di diverso background culturale, mentre il 96% non lavorerebbe con un collega che fa osservazioni sprezzanti su gruppi etnici diversi. Il disinteresse nel conoscere le diverse culture si contrappone al risultato di quest'ultimo item, infatti, la quasi totalità del campione non lavorerebbe con un collega che esprime osservazioni sdegnose nei confronti d'utenti d'altre culture. (Grafico XII e XIII)

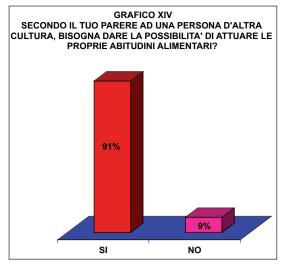


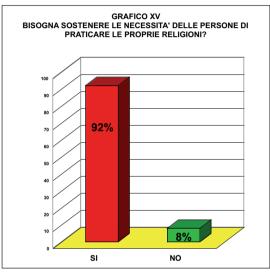


In seguito al campione è stato chiesto, se ad una persona d'altra cultura bisogna dare la possibilità di attuare le proprie abitudini alimentari, il 91% risponde positivamente. (Grafico XIV)

Il 92% del campione ritiene che bisogna sostenere le necessità delle persone di praticare le proprie religioni. (Grafico XV)

Secondo il 95% del campione, uno straniero deve avere gli stessi diritti sanitari di un cittadino italiano. (Grafico XVI) Indagando sulla situazione ospedaliera,

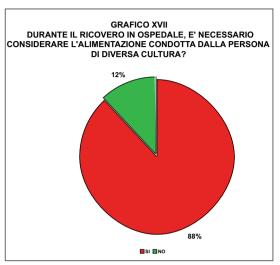






l'88% del campione considera importante l'alimentazione condotta dall'utente a differenza del restante 12% che risponde il contrario. Di questi ultimi, il 67% sostiene che bisogna adattarsi alla cultu-

ra del paese in cui si vive, il 25% afferma che l'ospedale non può preoccuparsi di tutte le culture, mentre l'8% dichiara che nell'ospedale, tutti i degenti sono uguali. Nella serie di risposte previste dall'item figurava anche la scelta "altro-specificare", ma questa non è stata optata da nessuno dei partecipanti. (Grafico XVII e Tabella I)



Secondo l'84% del campione durante il ricovero è opportuno considerare la religione condotta dalla persona di diversa cultura a differenza del 16% che risponde il contrario. Di questi ultimi, il 25% afferma che bisogna adattarsi alla cultura del paese in cui si vive, il 25% sostiene che l'ospedale non può preoccuparsi di tutte le culture, mentre il 50% ammette che negli ospedali tutti i degenti sono uguali. Come riportato, nella serie di risposte previste dall'item, figurava anche la scelta "altro (specificare)", ma

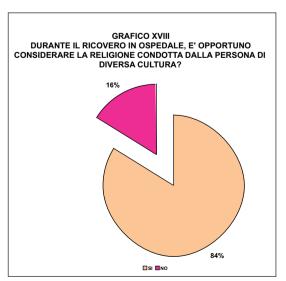


TABELLA 1 - La motivazione di non considerare l'alimentazione condotta dalla persona di diversa cultura in ospedale.

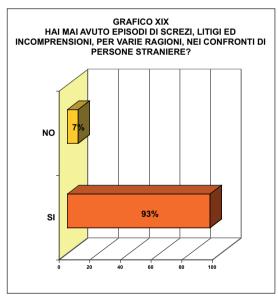
RISPOSTE	VALORI ASSOLUTI	PERCENTUALI
Bisegna adattarsi alla cultura	8	67
del paese in cui si vive		
L'ospedale non può	3	25
prenecuparsi di futte le culture		ļ,
Nell'ospedale tutti i degenti	Į ·	8
sono uguali		
Altro (specificare)	0	0
TOTALE	12	100

TABELLA 2 - La motivazione di non considerare la religione condotta dalla persona di diversa cultura in ospedale.

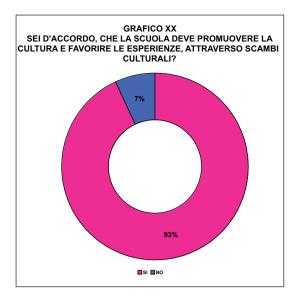
RISPOSTE	VALORI ASSOLUTI	PERCENTUALI
Bisegna adattarsi alla cultura	8	67
del paese in cui si vive		
L'ospedale non può	3	25
prenecuparsi di futte le culture		
Nell'ospedale tutti i degenti	Į –	8
sono uguali		
Altro (specificare)	0	0
TOTALE	12	100

questa non è stata optata da nessuno dei partecipanti. L'espressione religiosa è una delle costanti nella vita dell'uomo e l'identificazione e la considerazione delle idee religiose e filosofiche s'inseriscono entro la linea del rispetto della persona. La preghiera e la lettura del Corano o della Bibbia aiutano nel dare sollievo all'utente. Tra i fattori socioculturali che influenzano l'alimentazione, quelli religiosi sono spesso legati alla scelta del cibo. Fondamentale per l'infermiere è mantenere un ruolo attivo nell'aiutare l'utente nel rispettare un opportuno stato nutrizionale all'interno dell'ambiente culturale.(Grafico XVIII e Tabella II) Il 93% del campione, dichiara di non aver mai avuto screzi, litigi ed incomprensioni, per varie ragioni, nei confronti di persone straniere. (Grafico XIX)

Il 44% del campione afferma di aver assistito ad episodi discriminatori e più precisamente riguardanti: il colore della pelle, religione e lingua parlata. Solo il 7% del campione non considera importante che la scuola deve promuovere la cultura e favorire le esperienze, attraverso scambi culturali.(Grafico XX)



Il 48% del campione dichiara di aver avuto nella propria classe una persona di cultura diversa a differenza del 52%. Dei primi, il 96% risponde di non aver avuto difficoltà a differenza del restante, 4% del campione. (Grafico XXI e Tabella III) Infine è stato chiesto di esprimere un giudizio, attribuendo un valore da 1 a 10, sull'importanza dell'accoglienza, accettazione ed incontro tra le culture, il risulta-



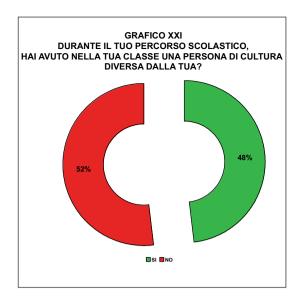


TABELLA 3 - Difficoltà con uno studente di diversa cultura.

RISPOSTE		VALORIASSOLUTI	PERCENTUALI	
	si	2	4	
	no	46	96	
	TOTALE	48	100	

to avuto è in media di 8.52.

Comparando i dati dell'item che investiga sulla capacità di accogliere in modo sensibile le persone di varie culture con l'item che indaga se la scuola deve promuovere la cultura e favorire le esperienze, attraverso scambi culturali emerge un X 2 = 4,56. La scuola dovrà divenire scuola totale, quindi promuovere l'opportunità di favorire scambi culturali tra docenti, discenti, utenti di tutti i continenti. cominciando anche da quello d'appartenenza. Perciò la scuola è vista come quella che deve promuovere cultura, ma anche quella che deve favorire esperienze attraverso scambi culturali. (Tabella IV) Confrontando i dati dell'item che indaga

sulla capacità di capire una persona di cultura diversa che ricorre a guaritori popolari e/o altre figure alternative con l'item che analizza il sentirsi a proprio agio con persone di diverso background culturale emerge un X2 = 33,2. Sicuramente un'adeguata cultura della salute costituisce un presupposto essenziale affinché le persone acquisiscono capacità d'autotutela della propria salute. E' compito del SSN a tutti i livelli, e in tutti gli ambienti, promuovere la crescita di tale cultura mediante un'azione informativa ed educativa che veda tra i suoi protagonisti, l'infermiere. (Tabella V)

Raffrontando i dati dell'item che indaga sul sentirsi a proprio agio con persone di

TABELLA 4 - Comparazione tra i dati dell'item riguardante la capacità di accogliere in modo sensibile le persone di varie culture, con l'item inerente se la scuola deve promuovere la cultura e favorire le esperienze attraverso scambi culturali.

La scuola deve promoovere la cultura e favorire le esperienze attraverso scantbi culturali		
SI	NO NO	TOTALE
79	4	83
14	3	17
93 ·	7	100
	79	

X2=4,56, g.d.l.=1, alfa=0,05

TABELLA 5 - Comparazione tra l'item che indaga la capacità di comprendere una persona di diversa cultura che ricorre a guaritori particolari e/o altre figure alternative, con l'item che analizza il sentirsi a proprio agio con persone di diverso background culturale.

tre figure alternative 💳	SI	NO	TOTALE
ST	39	6	45
NO	45	20	55
TOTALE	. B4		100

X2=33,2, g.d.l.=1, alfa=0,05

diverso background culturale, con l'item che analizza il sentirsi a proprio agio con persone che non conoscono l'italiano emerge un X2 = 27,4. Inoltre confrontando i dati dell'item che indaga se consigliare ad un amico di modificare comportamenti o pratiche concernenti convinzioni culturali nocive con l'item che analizza se in ospedale è opportuno considerare la religione condotta dalla persona di diversa cultura emerge un X2 = 4,07. L'aumento delle persone straniere in Italia porta alla necessità di una nuova

coscienza culturale da parte dell'infermiere. Presuppone il superamento degli atteggiamenti di chiusura e la presa di coscienza delle differenze culturali, per essere d'aiuto a chi parla un'altra lingua ed esprime bisogni con modalità diverse. In questo mondo multiculturale, è indispensabile comprendere il linguaggio verbale e non verbale delle persone. E' fondamentale capire il valore delle comunicazione non verbale, soprattutto, quando non si conosce la lingua dell'altro. (Tabella VI e VII)

TABELLA 6 - Comparazione tra i dati dell'item che indaga sul sentirsi a proprio agio con persone di diverso background culturale, con l'item che analizza il sentirsi a proprio agio con persone che non conoscono l'italiano.

Senticsi a proprio agro con persone di	Sentirsi a proprio agro con persone che non conoscono l'italiano		
diverso background culturale	St	NO	TOTALE
St	40	44	84
NO.	9	7	16
TOTALE	49	51	. 100

X2=27,4, g.d.l.=1, alfa=0,05

TABELLA 7 - Comparazione tra l'item che indaga se consigliare ad un amico di modificare comportamenti o pratiche concernenti convizioni culturali nocive, con l'item che analizza se in ospedale è opportuno considerare la religione condotta dalla persona di diversa cultura.

Consighare ad un autico di modificare comportamenti o pratiche concernenti	Considerace la religione condotta dalla persona di diversa cultura in ospedale			
convinzioni culturali nocive	SI	NO	TOTALE	
SI	40	- 32	72	
NO	17	11	28	
TOTALE	84	16	100	

X2=4,07, g.d.l.=1, alfa=0,05

Filosofia del progetto formativo

Vengono di seguito riportate idee e concetti che costituiscono la base del progetto

- 1) Il progetto si basa sul principio olistico, da sempre noto e sostenuto dagli
 infermieri e trasversale ad ogni corrente di pensiero della disciplina infermieristica. Secondo questa teoria, se
 studiamo una parte, di una persona
 dobbiamo anche valutare come questa parte sia in correlazione con tutte
 le altre parti della persona stessa e ciò
 rende ancor più complessa l'individualità unica di ognuno di noi.
- 2) La formazione dell'infermiere privilegia la centralità dell'apprendimento iniziando dai problemi prioritari di salute della comunità. L'apprendimento per problemi permette allo studente di partecipare attivamente alla costruzione del sapere, diventando il principale artefice di se stesso. Con tale metodo si "insegna a pensare".
- Gli scopi dell'apprendimento basato sui problemi sono:
- acquisire una base di competenze e conoscenze fondamentali che lo studente potrà più facilmente conservare e alla quale potrà ricorrere, in seguito, per il suo lavoro professionale;
- ottenere la capacità di utilizzare le competenze e conoscenze per valutare e fronteggiare i problemi di salute degli individui e della collettività;
- raggiungere la capacità di ampliare o sviluppare le sunnominate competenze o conoscenze e di procedere in maniera adeguata alla presenza dei futuri problemi in cui lo studente potrà imbattersi.
- 3) La competenza culturale richiede che gli infermieri siano formati sulle credenze e sui valori di gruppi etnicamente diversi all'interno della società e sulla loro predisposizione a determinate condizioni ed a certe malattie. Competenza culturale non vuol affermare che si devono conoscere a memoria i valori, usanze e pratiche di questi gruppi ma porre l'accento che la competenza culturale, richiede che lo studente si deve avvicinare agli utenti con una mente aperta. Si deve avvicinare con un desiderio di comprendere il loro punto di vista e il desi-

derio di apprendere come vivranno una certa situazione. Specificatamente, si dovrà apprendere come i loro sfondi culturali, etnici e razziali abbiano influenzato i loro modelli di vita e l'attuale stato di salute.

IPOTESI DI UN PROGETTO FORMATIVO

Introduzione

E' sempre più consistente la presenza in Italia di persone arrivate da diversi paesi e portatrici d'altre culture. Nel settore sanitario l'introduzione di queste persone, oltre ad un problema d'intendimento linquistico, pone una serie di difficoltà sul piano della relazione interculturale. Si tratta, infatti, di compararsi con altre tradizioni culturali, religiose, con diversi sistemi di "significazione della realtà", con diversi avvicinamenti alla corporeità. alla malattia e alla morte, che ineluttabilmente interferisce nel modo di accostarsi ad una struttura sanitaria e nello stesso rapporto infermiere/utente. Requisito fondamentale per il personale infermieristico è di agire con competenza culturale.

Finalità

L'intento finale del progetto è far acquisire, allo studente, competenze culturali per produrre risultati d'assistenza efficaci all'interno del contesto ambientale e culturale di riferimento dell'utente. A tale scopo occorre:

- valutare la persona assistita come fonte primaria di sapere culturalmente determinato;
- interpretare il proprio sfondo culturale ed etnico ed essere consapevole della sua influenza sui propri comportamenti, convinzioni ed interazioni con gli altri;
- analizzare le proprie competenze intellettive, comunicative e gestuali nel sostenere lo sviluppo del potenziale salute, con decisioni e azioni d'assistenza culturale, rivolte alla conservazione-mantenimento, adattamentonegoziazione e rimodellamento ristrutturazione.

Popolazione coinvolta nel progetto

studenti docenti consiglio di corso

Metodologia

1) Allo scopo di avere una visione olistica dell'individuo, è necessario inserire la reciprocità tra le diverse conoscenze. In tal modo la progettazione dell'intervento formativo impegna i docenti a comunicare e a socializzare.

Pertanto è opportuno:

- rileggere le discipline in un'ottica transculturale, in modo da far affiorare il concetto trasversalmente alle discipline;
- realizzare programmi per mezzo di progetti in cui si ampliano le tematiche di "transculturalità", creando collegamenti tra contenuti ed ambiti disciplinari;
- sviluppare un confronto produttivo e la mediazione di punti di vista diversi, per giungere ad una visione, condivisa.

Rinnovare i settori disciplinari e revisionare le metodologie didattiche, introduce immensi mutamenti nel modo di programmare la stessa attività d'insegnamento/apprendimento. Insegnare attraverso il riferimento "all'altro", è requisito valido di comparazione tra le singole culture. In tale prospettiva strumenti, materiali e supporti sono da selezionare, evitando modelli eurocentrici e monoculturali.

- 2) Per le particolarità dei discenti che frequentano i Corsi di Laurea in Infermieristica, per l'esigenza di formare professionisti curiosi, motivati a conoscere, e per la specificità del contenuto che tratta il progetto, il modello proposto è quello andragogico.
- ◆ A tal fine la competenza dei formatori deve superare i vecchi modi di fare formazione. In questo contesto il formatore, deve essere un facilitatore, un consulente, un agente di cambiamento che si preoccupa preliminarmente di individuare le strategie per coinvolgere gli studenti nell'avvio del processo formativo.
- 3) I metodi saranno scelti in base al tipo di competenza da raggiungere.

I metodi più indicativi da adottare sono:

- studio di un caso
- PBL
- problem solving
- role playing
- autocaso
- metodologia della ricerca sociale

- etnometodi
- brainstorming
- autobiografico
- brief e debriefing

Strumenti:

Laboratorio informatico computer e collegamento Internet videoregistratore e DVD cinepresa macchina fotografica diapositive televisione Fotocopiatrici

Materiale didattico cartaceo e di scrittura Volumi, riviste scientifiche, documenti scritti

Lavagna luminosa e fissa Proiettore

Modalità

Il progetto si articolerà nelle seguenti modalità:

incontro con studenti/docenti. incontro docenti/docenti

Tematiche

I temi sono rappresentati dal confronto interpersonale ed esperienziali tra persone di diversa appartenenza culturale ed i problemi prioritari di salute della popolazione, forniti dagli osservatori. In questo modo il progetto diventa adattabile al mutare della richiesta d'aiuto.

Tempi d'attuazione

Il progetto s'inserisce nel triennio del Corso di Laurea in Infermieristica, in quanto i concetti, i principi possono essere inseriti nei contenuti dei corsi già esistenti.

Verifica e valutazione

La verifica e la valutazione rappresentano il momento del riscontro della qualità rispetto alle finalità ed agli obiettivi programmati. Un progetto ben articolato richiede di verifiche a breve, a medio, a lungo termine. Tali verifiche devono essere funzionali all'aggiustamento del progetto in itinere, nel caso si rivelino mancanze, incertezze, difficoltà ed incongruenze per le quali bisogna agire con interventi rettificativi mirati.

In questo contesto la valutazione può riguardare i tre campi dell'apprendimen-

to: intellettuale, gestuale e della comunicazione interpersonale, pertanto la scelta dei metodi di valutazione dipende dal tipo di competenza o abilità che si vuole valutare.

CONCLUSIONI

In un mondo cambiato in modo significativo ci si rende conto che ciò che s'insegna e il modo in cui si assistono le persone, per essere efficace e utile agli altri, richiede preparazione e competenza nel campo infermieristico. La multiculturalità porta gli infermieri alla comprensione delle nuove tendenze e della nuova realtà. Questa realtà, sarà in ogni modo, difficile da curare completamente perché il numero d'infermieri capaci di operare oggi, in qualità di professionisti validi, ricercatori e insegnanti d'infermieristica transculturale, non è sufficiente.

Sono necessari vari cambiamenti in tutte le aree d'infermieristica, dagli ospedali ai servizi territoriali, alla formazione. Questo cambiamento generale rappresenta una grande ed importante sfida.

Per affrontare tali sfide, occorre divenire organizzazioni culturalmente competenti. Ciò significa avere la capacità di agire efficacemente come professionista e come organizzatore all'interno di un contesto di credenze, comportamenti e bisogni presentati dagli utenti immigrati e dalle loro comunità. Va tuttavia precisato che lo sviluppo di questa competenza non vuol dire tanto mettere in primo piano la cultura dell'immigrato, quanto l'esperienza di migrazione come tale e l'interazione fra culture nel contesto di migrazione. Pertanto è la persona che deve essere al centro, con la sua storia individuale e la sua sfera di vita personale.

Si possono così riassumere i principali obiettivi per il futuro:

- Predisporre una quantità maggiore di personale infermieristico nella formazione al fine di conoscere, valutare e facilitare l'infermieristica transculturale;
- Istituire corsi, convegni, programmi di infermieristica transculturale;
- Ottenere fondi per attivare la ricerca infermieristica transculturale e modelli di assistenza sanitaria transculturale;

 Sviluppare un numero intenso di progetti e di ricerche, cooperando a livello mondiale, al fine di poter migliorare l'assistenza;

Limiti e consigli

Lo studio presentato non ha la pretesa di essere esaustivo, in quanto il progetto non prevede l'esperienza sul campo dello studente, ma solo in ambiente protetto. Infatti, anche la sede di tirocinio deve diventare l'ambiente dove lo studente può acquisire competenze culturali. Il tirocinio, deve essere considerato come una vera formazione, che si realizza attraverso la concretezza dell'incontro diretto con l'utente e la famiglia portatrice di una diversa cultura. Chi guida lo studente durante le esperienze di tirocinio, deve permettere lo sviluppo della sua formazione per raggiungere una presa in carico dell'immigrato, sempre più personale, competente, responsabile.

L'esperienza sul campo dovrebbe includere anche contatti con altri studenti infermieri, portatori d'altre culture, per conoscere e analizzare i loro valori, convinzioni e modelli degli stili di vita culturali e di assistenza.

Infine per perfezionare il lavoro, la valutazione della percezione delle culture altre, attuata con lo studio logico-razionale, dovrebbe comprendere anche metodi qualitativi, in quanto consentono di capire i complessi comportamenti umani più adeguatamente e in profondità di quanto non lo consentano le indagini quantitative.

ALITORE

Dott.ssa Edda Oliva Piacentini Coordinatore corso di laurea in infermieristica di Gaeta - Formia



Aletto L, Di Leo L. Nursing nella società multiculturale: guida per l'infermiere. Roma: Carocci Faber, 2003.

Allinger R. Beliefs about treatment of hypertension among Hispanic older persons. Topics in Clinical Nursing; 7: 26-31.

Auteri E. Management delle risorse umane. Milano: Guerini, 1998.

Baricco A. Piccolo libro sulla globalizzazione e sul mondo che verrà. Milano: Feltrinelli, 2002. Beccegato L. Interculturalità futuro. Bari: Levante, 2003.

Benner P. From novice to export. Menlo: Addision Wesley, 1984.

Black J. Il trattato completo del nursing con approccio fisiopatologico e psicologico. Padova: Piccin, 1996.

Bombardi S. Progettare la formazione dell'infermiere. La cultura al centro della professione infermieristica. Milano: Franco Angeli, 2000.

Bond ML, Kardong ES, Jones ME. Assessment of professional nursing student' knowledge and attitudes about patients of diverse cultures. USA J Prof Nurs. 2001; 17 (6).

Bower E R. Teorie dell'apprendimento. Milano: Franco Angeli, 1987.

Boyle J. Transcultural concepts in nursing care. New York: National League, 1999.

Buscaglioni M. La gestione dei processi nella formazione degli adulti. Milano: Franco Angeli, 1997.

Caffery RA, Neander W, Marzie D, et al Improving the cultural competence of nursing students: results of integratine cultural content in the curriculum and an international immersion

experience. USA J Nurs Educ. 2005; **44** (5). Calamandrei C, D'Addio L. Commentario al nuovo codice deontologico. Milano: McGraw-Hill, 1999.

Campinha Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. Journal of trancultural Nursing. 2002; 13.

Caruso R, Locatelli A. Oizzonti Economici. Realtà e tendenze. Novara: Istituto Geografico de Agostini, 2004. Castagnetti P. II Presente come storia. Perugia:

Clio, 2002.

Castiglioni M. La mediazione linguistico-culturale. Milano:Franco Angeli, 1997.

Craven R. F. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Promuovere la salute. Pavia: Casa Editrice Ambrosiana, 2002.

De Marinis M G, Gamberoni L, Greco R, et al. Linee guida per un progetto di laurea specialistica in scienze infermieristiche. Roma: IPASVI, 2002

Demetrio D. Manuale di educazione degli adulti. Roma: La Terza, 1996.

De Santis M G. Pedagogia interculturale. Roma: Arcane, 2004.

Douglas M. Purezza e pericolo. Bologna: Il Mulino, 1985.

Downie J, Lim J, Nathan P. Nurse Education Today. Regno Unito: Elsevier, 2004.

Elsberud A. Zum Verhaltnis von pflegerishem Wissen, pflegerischer Handkungsfestheit und den Granzen des Gehorsams der individuellen Pflegeperson, Pflege, 1994; 7: 105-16.

Fernandez J. Formazione con successo. Metodi, tecniche e strumenti. Milano: Franco Angeli, 1992.

Floriani L. II lavoratore si giudica dalle competenze. In l'Impresa, n.IM003, 1998.

Friedman M. Transcultural family nursing. Journal of pediatric nursing. 1990; 5(3): 214-222. George J. B. Le Teorie del nursing. Le basi per l'esercizio professionale. Torino: Utet, 1995. Geraci S. Medicina e migrazioni. Traumi e pro-

blemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati. Roma: Caritas, 1990.

Geraci S. Argomenti di medicina delle migrazioni. Approcci transculturali per la promozione della salute. Roma: Peri Tecnes, 1995.

Geraci S, Martinelli B. Il diritto alla salute degli immigrati: uno scenario nazionale e politiche locali. Roma: Nuova Anterem, 2002

Geraci S. Salute e immigrati in Italia. Roma: Nuova Anterem, 2003.

Geraci S. Esclusione, fragilità sociale e reciprocità: un percorso da compiere. Lampedusa:VI congresso nazionale SIMM, 2004.

Geraci S. La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti. Studi Emigrazione, 2005.

Giger J. Biologic variations in the black patient. Imprint, **38**: 95-105.

Gregoretti L. Stato sociale fenomeni migratori. Immigrati e salute, un diritto per tutti. Roma: Anolf, 2000.

Guilbert J J. Guida pedagogica. Bari: OMS,

Haviland W. Cultural anthropology. Orlando: Harcourt, 1993

Hindensen U, Fridlund B. The nurse in clinical practice a qualitative analysis of nursing competence. Scandinavian: Journal of caring Sciences, 1995; 9: 139-44

Homans H. Pregnancy and Birth as Rites of Passage for Two Groups of Women in Britain. London: MacCormack, 1999.

Juchli L. L'assistenza infermieristica di base. Firenze: Rosini, 1994.

Kilani M. L'invenzione dell'altro. Bari: Dedalo, 1997

Kitzinger S. The Social Context of Birth: Some Comparisons between Childbirth in Jamaica and Britain. London: MacCormack, 1982.

Kluckhohn C, Kroeber A. Il concetto di cultura. Bologna: Il Mulino, 1972.

Knowles M. Quando l'adulto impara. Milano: Franco Angeli, 2002

Kolb D A. Toward an applied theory of experiential learning in Theories of group process.

Cooper, Wiley, 1975. Laneve C. La didattica tra teoria e pratica. Brescia: La Scuola, 2006.

Lee NJ. The impact of international experience on student nurses' personal and professional development. UK: Int Nurs Rev. 2004; 51(22).

Leininger M, McFarland M. Infermieristica transculturale. Concetti teorie e pratiche. Milano: Ambrosiana. 2004.

Leininger M. Ehromethods: the philosophic and epimistic basis to explicate transcultural nursing knoledge. New York: National League, 1995.

Leininger M. Cultue Care Diversity and Universality: A theory of Nursing. New York: National League, 1991. Leishman J. Perspectives of cultural competence in health care. UK: Nurs Stand. 2004; **19** (11).

Levi- Strauss C. Antropologia strutturale due. Milano: Il saggiatore, 1971

Lionetti R. L'antropologia nella pratica e nella ricerca infermieristica, in Antropologia medica, 1986.

Louie K. Providing health care to Chinese clients. Topics in Clinical Nursing 1985; 7: 8-25.

Maggi B: Le competenze per il cambiamento organizzativo. Milano: Etas, 2001.

Mantovani G. L'elefante invisibile. Firenze: Giunti, 1998

Manzoni E. E' storia e filosofia dell'assistenza infermieristica. Infermieristica generale e teoria del nur-

sing. Milano: Masson, 1996. Marriner A. I teorici dell'infermieristica e le loro teorie. Milano: Ambrosiana, 1989.

Mazzetti M. Il dialogo transculturale in medicina. Roma: Carocci, 2003.

Meleis A. Culturally competence care. Journal of Transcultural Nursing. 1999; 10.

Morrone A. Salute e società multiculturale. Medicina transculturale e immigrati extracomunitari nell'Italia

del 2000. Milano: Cortina, 2000. Nash R, Meikiejohn B, Sacre S. The Yapunyah project: embedding Aboriginal and Torres Strait Islander perspectives in the nursing curriculum. Australia Contemp Nurse. 2006; 22 (2).

Nelson C W. Does ethnicity matter? Journal of Mental Health Administration.1985; **12**: 34-41.

Olivetti M. Tirocinio professionale e apprendimento dall'esperienza. Milano: Franco Angeli, 1990.

Palumbo B. Madre Madrina. Rituale, parentela e identità in un paese del Sannio (san Marco dei cavoti). Milano: Franco Angeli, 1991

Petracchi G. Multiculturalità. Brescia: La scuola, 1994. Piccardo C. Etnografia organizzativa. Milano: Cortina, 1996.

Pontecorvo C. I contesti sociali dell'apprendimento. Milano: Ambrosiana, 1995.

Portera A. Pedagogia interculturale in Italia e in Europa. Milano: Vita e Pensiero, 2003

Portera A. Educazione interculturale in famiglia. Brescia: La Scuola, 2004.

Porter Poole F. J. La trasformazione della donna "naturale". I capi Rituali femminili e l'ideologia di genere presso i Bimin_Kuskusmin. Whitehead: National League, 2000.

Purnell L D, Paulanka B J. Transcultural health care: a culturally competent approach. Piladelphia: Davis, 2003.

Quaglino G P. Fare formazione. Bologna: Il Mulino,

Roberson M. The innuence of religious belifes on health choices of Afro-Americans. Topics in clinical Nursing. 1985; 7: 57-63.

Rotondi P, Saggin A. Persona e organizzazione: sviluppare competenze per valorizzarsi in sanità. Milano: McGraw-Hill, 2002.

Sasso L, Lotti A, Gamberoni L. Il Tutor per le professioni sanitarie. Roma: Carocci. 2003.

Schon D A. II professionista riflessivo. Bari: Dedalo, 1993.

Schutzenberger A. Le jeu de role. Paris: ESF, 1981. Serrant-Green L. Exploring the sexsual health information needs of Black men. Black and Ethnic Nurses Midwives and health visitors Leading Change.

London: National League, 2000. Serrant-Green L. Nurse Education Today. New York:

Harcourt publishers, 2004. Signorinelli I. I Modi della cultura. Roma: La Nuova Italia scientifica, 1992.

Siniscalchi V. Antropologia culturale, Roma: Carocci. 2000.

Siniscalchi V. Rappresentazioni e pratiche economiche a san Marco dei Cavoti (Benevento). Roma: Carocci.1996.

Sobralske M. perceptions of health: Navajo Indians. Topics in Clinical Nursing, 1985; 7: 32-39.

Sommers S. Cultural Competence: a priority for performance improvement action. New York: National

League, 1999. Spector R. E. Culturaly diversity in health and illness, Prentice hall, Upper Saddle River, 2000.

Spinelli E. Immigrazione e servizio sociale. Roma: Carocci, 2005.

Suddarth B. Nursing Medico chirugico. Milano: Ambrosiana, 2006.

Tentori T. Il rischio della certezza. Pregiudizio, potere, cultura. Roma: Studium, 1987.

Tortolici C B, Stievano A. Antropologia e nursing. Roma: Carocci, 2006.

Valeri R. Alimentazione in Enciclopedia Einaudi. Torino: Einaudi, 1977.

Valeri V. Lutto, in Enciclopedia Einaudi. Torino: Einaudi, 1999.

Van Gennep A. I riti di passaggio. Torino: Bollati

Boringhieri, 1988. Vellone E, Sciuto M. La ricerca bibliografica. Milano: McGraw-Hill, 2001.

Verdier Y. Facons de dire, facons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière. Paris: Gallimard,1999. Wesley R L. Modelli e teorie infermieristiche. Padova:

Summa, 1993

100) Williams P. Noi non ne parliamo. Le relazioni tra i vivi e i morti in una comunità Manus della Francia. London: La Ricerca Folklorica, 1991.

SITOGRAFIA

http://www.arturomona.it/html/costruttivismo.html. http://www.caritas.roma.it/homepage.asp

http://www.cespic.it

http://www.cinahl.com

http://www.lindice.com/babelec.htm.

http://www.mdx.ac.uk/www/rctsh/model.htm

http://www.ministerosalute.it/psnHome.jsp

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Pub-Med/

www.saluteglobale.it

www.simmweb.it

http://www.stranieriinitalia.it/leggi/default.htm

http://www.tcns.org.

http://www.transculturalcare.net/services.htm.

http://www.usl.mo.it/pps/gionates/giornate/interventi/040402/ingr tml.

http://www.well.com/user/mp/t9.html.

Il Burnout come malattia professionale

di Paolo Tarantino

Il termine "burnout" compare per la prima volta negli anni trenta nel gergo sportivo e indica in particolare il fenomeno per il quale un'atleta, dopo alcuni anni di successi, si esaurisce, "si brucia" e non può più dare nulla agonisticamente. A partire dagli anni settanta entra nella terminologia dell'ambito lavorativo riquardante le professioni d'aiuto. Oggi il suo campo di indagine si estende a carico di tutte le professioni a elevata implicazione relazionarla. Già nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, in tema di "Salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro", inserisce il burnout tra le "patologie da rischi emergenti" legate a fattori psicosociali di stress.

Occorre distinguere il burnout dallo stress: il burnout può manifestarsi in concomitanza dello stress e lo stress può esserne una concausa, ma non necessariamente quando c'è una situazione di stress c'è anche burnout. Lo stress rappresenta un cambiamento di tendenza della linea del nostro vivere quotidiano, può essere causato da eventi clamorosi o da piccoli e significativi mutamenti di rotta.

Hans Selye sostiene che lo stress non va sempre e necessariamente inteso come un evento negativo. Anzi, la rottura di un preesistente stato di equilibrio, e la conseguente reazione fisiologica innescata, sono l'indispensabile premessa per consentire l'azione dei processi adattivi all'ambiente.

Occorre allora distinguere tra uno stress

"buono" (eustress), funzionale all'incremento della capacità di adattamento del singolo a fronte di mutamenti del suo ambiente, e uno stress "cattivo" (distress), che provoca l'annientamento dell'individuo che soccombe al mutamento. Quando si parla di Burnout, invece, si parla di una sindrome, cioè di una costellazione di sintomi e segni correlata a una condizione di distress.

Gli elementi principali che caratterizzano questa sindrome sono:

- affaticamento fisico ed emotivo;
- l'attegiamento distaccato e apatico nei rapporti interpersonali, che per quanto concerne gli infermieri si ha nei rapporti con i pazienti, con i colleghi e con tutte le persone che entrano in contatto con loro;
- <u>il sentimento di frustazione</u> dovuto alla mancata realizzazione delle proprie aspettative professionali.

La definizione che è stata data del Burnout nel Progetto di Legge 4562 del 2.maggio 2000 è : "Sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità professionali che può presentarsi in soggetti che per mestiere si occupano degli altri e si esprime in una costellazione di sintomi quali somatizzazioni, apatia, eccessiva stanchezza, risentimento, incidenti".

Uno tra i primi e più importanti strumenti per rilevare la presenza di burnout è il Maslach Burnout Inventory: un testo che individua tre ambiti di burnout:

- <u>l'esaurimento emotivo</u>, o svuotamento delle risorse emotive e personali. Prevalgono la stanchezza, la fatica e i sintomi psicosomatici. Può presentarsi in concomitanza a sindromi ansiose o depressive, ma non necessariamente.
- <u>la depersonalizzazione</u>, il soggetto si sente inadeguato al suo compito e assume atteggiamenti e sentimenti negativi, cinici, di distacco nei confronti degli altri.
- <u>la bassa realizzazione professionale</u>, il soggetto si valuta in medo negativo sul lavoro, ha bassa autostima, viene meno il desiderio di successo, è frustato per la mancata realizzazione delle sue aspettative, perchè sente che la propria soddisfazione dipende da agenti esterni, dalle istituzioni, dalle riforme.ecc.

Individuarne le cause è piuttosto difficile, poichè si tratta di un fenomeno multidimensionale, influenzato da più fattori, sia di tipo oggettivo sia soggettivo.

I fattori soggettivi sono particolarmente importanti, infatti persone diverse che condividono uno stesso ambiente lavorativo non tutte sviluppano la sindrome. Molto dipende dalla loro personalità, dalle stategie di cooping, dalle esperienze precedenti, dalla resistenza allo stress e alle frustazioni. In generale tra le cause principali

possiamo nominare un'eccessiva idealizzazione della professione, mansioni frustanti o inadeguate alle aspettative, organizzazione del lavoro disfunzionale o patologica.

Questa sindrome colpisce principalmente le helping professions, cioè quelle professioni dedite all'aiuto degli altri, quindi infermieri, medici, psicologi assistenti sociali, polizziotti, insegnanti. Sono tutte professioni che portano dentro di sè un forte desiderio di affermazione personale sia in campo professionale che relazionale, e una delle loro principali mete è quella di poter essere utili e d'aiuto agli altri.

Con il decreto del 27 aprile 2004 (Piano sanitario Nazionale 2003-2005) il Ministero del Lavoro ha aggiornato l'elenco delle patologie per cui è obbligatoria la denuncia all'INAIL da parte del medico, inserendo tra i "nuovi agenti patogeni" le disfunzioni dell'organizzazione del lavoro e le malattie ad esse connesse (GU 134 del 10 giugno 2004).

Una proposta consiste nel prevedere all'interno delle strutture screening per le malattie fisiche, si dovrà quindi cominciare a pensare in modo serio a screening valutativi del disaggio aziendale (valutazione clima organizzativo) o individuale (presenza di disturbi psichiatrici indipendenti dal lavoro e loro contestualizzazione, ovvero direttamente correlati a problematiche aziendali), e pianificazione percorsi di supervisione individualizzati e di gruppo. Si rende dunque necessario un approccio multidimensionale che deve coinvolgere le istituzioni, le parti sociali, la direzione, le associazioni di categorie degli utenti, e deve operare su più livelli, politico, sociale, sanitario ed economico.

Con specifico riferimento al burnout degli infermieri possiamo suddividere le molteplici strategie di cura e prevenzione in:

- individuali, le quali propongono cambiamenti messi in atto dal soggetto singolo in relazione a se stesso e all'ambito lavorativo. Queste tecniche possono essere "dirette", e quindi eliminano la fonte di stress, o "indirette" (tecniche palliative), che cercano solamente di mitigare gli effetti. Possono essere molto utili tecniche mentali come il guardare le cose da diverse prospettive, il cercare il lato umoristico delle cose o il praticare tecniche fisiche di rilassamento o sport, fare viaggi, avere hobby.
- organizzative, tese a evidenziare gli interventi sull'organizzazione sanitaria o anche sull'organizzazione del lavoro.
- <u>isituzionale</u>: analizzano le responsabilità, il peso e il supporto provenienti dall'istituzione o in certi casi dalla società.

Alcuni studi effettuati evidenziano come a volte si verifica un'anomala situazione di "mobbing atipico", intendendo con esso un processo di allontanamento che gli infermieri in burnout subiscono da parte della struttura dove lavorano e dell'utenza, direttamente proporzionale alla gravità della patologia manifesta.

L'infermiere che è in burnout o che si sente ad alto rischio, deve potersi avvalere di esperti e specialisti del settore (psicologo, medico). Gli interventi devono avere lo scopo sia di risolvere situazioni difficili sia di prevenire quelle future.

La formazione deve essere permanente: questo significa che non basta assistere a un paio di incontri con un formatore o psicologo, occorre un'èquipe che lavori insieme sotto la costante supervisione di uno psicologo. Un'èquipe non è un gruppo di rivali nè di nemici e lo psicologo non è il capo: il gruppo lavora insieme per uno scopo comune, per essere luogo di confronto, di critiche costruttive, di scambio, dove portare le proprie esperienze e i propri vissuti personali.

Con questo lavoro possono essere affrontate difficoltà personali e organizzative. E' fondamentale coinvolgere tutta la struttura in un programma di lotta al burnout, utilizzando tutte le risorse: contesto lavorativo, utenti, infermieri, psicologi, dirigenti.

E' possibile sconfiggere il burnout e bloccarlo prima del suo manifestarsi utilizzando alcuni semplici accorgimenti o strategie operative, e prestando atten-

zione ai primi sintomi dello stress. Sicuramente gli interventi "migliori" sono quelli che agiscono sull'ambiente esterno, in quanto intervenire su stressor quali rumori, disordini alimentari, eccessi è più semplice che intervenire sul rapporto tra individuo e l'ambiente o l'individuo stesso.

ALITORE

Dr. Paolo Tarantino Laurea in Scienze dell'Educazione Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Responsabile Infermieristico dell'Area Dipartimentale **DSM-DIP** Del Servizio Infermieristico ASL RM/A



" Infermieri e Mobbing" -TarantinoP. Infermiere Oggi – n. 4 Ottobre -dicembre 2005

Pellai A. "Educazione sanitaria, Milano", Franco Angeli, 1998 Bailey K.D. "Metodi della ricerca sociale", Bologna, Il Mulino, 2000

Pellegrino F. "La Sindrome del burnout". Torino, Centro Scientifico Editore, 2000

"Il ruolo dell'infermiere nella gestione del Servizio Sanitario Aziendale di una Centrale Nucleare in disattivazione"

di Menchella Massimo

PREMESSA

infermiere esercita la sua professione in molteplici ambiti lavorativi, abbiamo: l'infermiere nelle forze armate, l'infermiere negli istituti penitenziari, l'infermiere nei campi di calcio ecc.

La presenza della figura infermieristica in diversi ambienti lavorativi e con compiti importanti è la prova che essere infermiere significa rappresentare: «un "ingranaggio" fondamentale nell'organizzazione del lavoro in vari ambiti lavorativi»

SCOPO

Questa relazione ha lo scopo di dare un quadro informativo sulla gestione e le funzioni di un Servizio Sanitario Aziendale in un ambiente lavorativo con rischio d'esposizione a radiazioni ionizzanti; indicando le competenze e le conoscenze richieste al personale infermieristico che lo gestisce.

LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO AZIENDALE (S.S.A).

La gestione infermieristica del S.S.A in una centrale nucleare in "decommissioning" implica la conoscenza accurata da parte del personale infermieristico di normative giuridiche inerenti alla Radioprotezione e conoscenze di base di fisica sanitaria.

LA RADIOPROTEZIONE

Promuovere, mantenere e sorvegliare la salute globale della persona sana che lavora con rischio da radiazioni ionizzanti è l'obiettivo primario della Radioprotezione medica. La radioprotezione medica è una branca della medicina del lavoro. La medicina del lavoro come stabilito dall'OMS e dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro ha come scopo quello di: «promuovere mantenere il più alto grado di benessere fisico mentale e sociale dei lavoratori in tutte le occupazioni; adoperarsi per prevenire ogni danno causato alla salute da condizioni legate al lavoro e proteggere i lavoratori contro i rischi derivanti dalla presenza di agenti nocivi; destinare i lavoratori in occupazioni consone alle loro attitudini fisiologiche e psicologiche, in sostanza adattare il lavoro all'uomo e sistemare ogni persona al posto giusto».

IL QUADRO LEGISLATIVO

Il Dlgs 230/95 è la norma che regola giuridicamente la radioprotezione. L'infermiere che gestisce un S.S.A in una Centrale Nucleare deve conoscere in modo peculiare tale normativa perché possa collaborare con il medico Competente ed il medico Autorizzato e l'Esperto qualificato.

L'Esperto Qualificato

La figura dell'esperto qualificato è total-



mente distinta da quella del medico competente e del medico autorizzato. L'esperto qualificato è un laureato in fisica o in ingegneria che ha il compito di effettuare la sorveglianza fisica della radioprotezione e deve essere in possesso della qualifica prevista dal decreto legislativo 230/95 (valutazione dei rischi radiogeni, sorveglianza ambientale).

IL MEDICO COMPETENTE

Il medico competente ed il medico autorizzato, invece esercitano rispettivamente la sorveglianza sanitaria (medico competente) nei confronti di lavoratori esposti a rischi da lavoro (con le procedure

previste dal decreto legislativo 626/94 ed incluse le radiazioni ionizzanti, se i lavoratori sono classificati in categoria B ai sensi del legislativo decreto 230/95) e la sorveglian-(medico medica autorizzato) della radioprotezione (vale a dire. il controllo sanitario sui lavoratori classificati in categoria A).

La distinzione tra medico competente ed autorizzato è che, mentre non esiste un elenco nazionale dei medici competenti, i medici autorizzati sono iscritti in un elenco nominativo nazionale (o Albo, tenuto presso le Direzioni Provinciali del Lavoro) differente da quello in cui sono iscritti gli esperti qualificati per la radioprotezione.

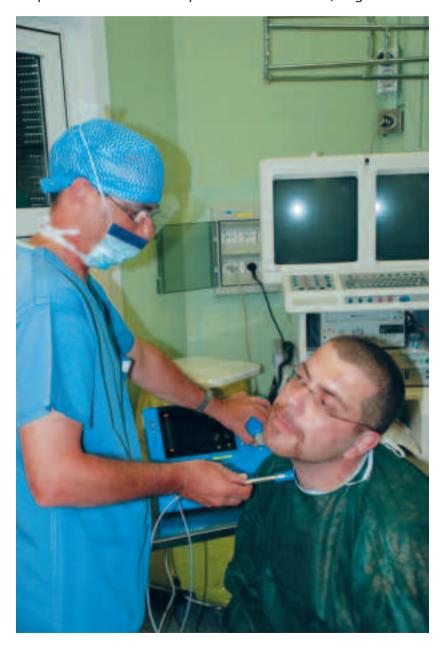
Il decreto legislativo 230/95 classifica i lavoratori in due categorie: Categoria A (lavoratori esposti a dosi assorbite annue che vanno da 6mSv a 20 mSv).

Categoria B (lavoratori esposti a dosi

- assorbite annue che vanno da 1 mSv a 6 mSv).
- Il medico Autorizzato stabilisce un protocollo di sorveglianza sanitaria riferito alla classificazione del personale.

LA SORVEGLIANZA SANITARIA: IL RUOLO DELL'INFERMIERE.

La figura infermieristica ha un ruolo fondamentale che è quello di gestire le informazioni tra le figure sopra elencate ed i singoli dipendenti. L'infermiere che gestisce il S.S.A organizza in collaborazione con le figure mediche, l'attuazione del protocollo sanitario (Programma di



sorveglianza sanitaria) che prevede esami strumentali ed ematici periodici conformemente alle indicazioni della medicina del lavoro. L'attuazione del protocollo sanitario è fondamentale per sottoporre a visita medica periodica ogni singolo dipendente per formulare il giudizio d'idoneità alla mansione specifica. E'compito dell'infermiere organizzare previo accordo con l'ASL le prenotazioni per gli esami ai quali i singoli dipendenti devono sottoporsi.

Avere delle conoscenze di base d'informatica è fondamentale per la figura infermieristica, perché essendo elevato il numero delle informazioni da gestire è necessario utilizzare un Personal computer che permetta mediante un software adeguato di catalogare i dati di ogni singolo dipendente. L'infermiere deve anche collaborare nell'analisi dei rischi individuali connessi alla destinazione lavorativa e alle mansioni ai fini della programmazione d'indagini specialistiche e di laboratorio atte a valutare lo stato di salute del lavoratore.

CONOSCENZE DI FISICA SANITARIA

Le conoscenze di base di fisica sanitaria sono necessarie in un ambiente di lavoro dove esistono esposizioni a radiazioni ionizzanti. In una centrale nucleare con disattivazione degl'impianti esistono attività che possono comportare occasionalmente, nonostante i controlli di sicurezza e di fisica sanitaria, un rilascio accidentale di materiali radioattivi.

L'infermiere responsabile del S.S.A deve conoscere dettagliatamente le modalità di comportamento in caso di contaminazione accidentale e attuare le manovre di primo soccorso predisposte dal Capo centrale in protocolli articolati che tengono conto della modalità di esposizione, del grado di esposizione, e del tipo materiale radioattivo.

Le conoscenze richieste all'infermiere sono basi di fisica sanitaria che dovrebbero far parte del bagaglio culturale di ogni infermiere: « conoscere le unità di misura delle radiazioni, le diverse radiazioni (alfa, beta, gamma) e cosa s'intende per dose impegnata e dose assorbita»; non solo in un ambiente lavorativo come in una centrale nucleare ma anche

per poter comprendere i risultati del monitoraggio dosimetrico che si esegue in numerosi ambienti lavorativi ospedalieri.

IRRADIAZIONE ESTERNA E CONTAMINAZIONE INTERNA

La contaminazione da radionuclidi può essere interna oppure superficiale: esterna. Le vie più comuni d'ingresso all'interno dell'organismo in caso di incidenti sul lavoro sono la via inalatoria e l'assorbimento tramite ferita; avvenuto l'incidente e stimata la dose assorbita di radionuclide mediante metodiche specifiche attuate dal team di fisica sanitaria, diretto dall'esperto qualificato, si attua un protocollo per la rimozione del radionuclide introdotto, in un ambiente idoneo.

INTERVENTO DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI CONTAMINAZIONE INTERNA ACCIDENTALE

L'infermiere, essendo il responsabile sanitario presente sul posto quotidianamente sarà anche il primo soccorritore in caso d'incidente dopo aver consultato l'Esperto qualificato e lo staff di fisica sanitaria ed il medico Autorizzato telefonicamente.

La consulenza dello staff sanitario è fondamentale per comprendere se vi sono le condizioni di sicurezza, per rimuovere la vittima dall'ambiente contaminato.

Una volta rimossa la vittima dell'incidente bisogna immediatamente attuare le manovre di primo soccorso se necessarie e rimuovere tutto ciò che può essere motivo di contaminazione esterna cutaneo mucosa .

Se la vittima non ha ferite si cerca di stabilire l'entità della contaminazione interna per prendere in considerazione tramite parere del medico autorizzato il trattamento necessario.

L'infermiere soccorritore deve conoscere i dispositivi di protezione individuale. In una situazione in cui vi è una seria contaminazione ed importanti lesioni che rendono indispensabili manovre di soccorso sulla vittima, il soccorritore deve proteggersi al meglio da una possibile contaminazione. Il rischio per il soccorritore può essere minimizzato grazie all'utilizzo di semplici indumenti protettivi quali camice guanti chirurgici ed eventualmente una maschera respiratoria.

La contaminazione esterna del soccorritore da parte della vittima contaminata o dell'ambiente può essere rimossa al termine dell'intervento di soccorso attraverso semplici procedure di decontaminazione (rimozione del vestiario e accurati e ripetuti lavaggi con acqua e sapone).Le procedure di lavaggio possono essere ripetute più volte, ma devono essere interrotte allorquando vi sia un qualsiasi danno cutaneo.

I liquidi utilizzati per le procedure di decontaminazione devono essere raccolti ed eliminati in scarichi contenuti.

IL PRONTO SOCCORSO AZIENDALE

In riferimento al quadro normativo l'infermiere deve essere a conoscenza anche del decreto ministeriale 388 del 2003. Il decreto ministeriale 388 ha comportato la modifica dell'art.15 del D.Lgs 626/94 inerente il pronto soccorso aziendale definendolo appropriatamente secondo i canoni della medicina d'urgenza «Primo soccorso aziendale» perché per primo soccorso s'intende: «l'insieme degl'atti che il personale non medico può attuare >» mentre definisce manovre di pronto soccorso l'intervento operato da personale medico che utilizza tutte le tecniche medico-chirurgiche disponibili, compreso l'utilizzo di farmaci.

Il decreto ministeriale 388 inoltre rappresenta anche lo strumento operativo per la realizzazione del pronto soccorso aziendale. Esso prevede la distinzione delle aziende in tre categorie e in base a tale classificazione stabilisce il numero delle cassette di pronto soccorso e dei pacchetti di medicazioni che devono essere presenti in azienda, e dettagliatamente stabilisce i contenuti minimi degli stessi. Il personale infermieristico del S.S.A è responsabile dell'integrazione delle cassette e dei pacchetti di pronto soccorso nonché del controllo delle scadenze dei farmaci in loro contenuti.

IL RUOLO DEL PRIMO SOCCORSO AZIENDALE NELLA CATENA DEI SOCCORSI

Lo scopo del servizio di primo soccorso è quello di cercare di gestire al meglio i minuti che intercorrono tra l'infortunio e l'arrivo dei soccorsi qualificati soprattutto nei casi di vera «urgenza» medica come può avvenire in un ambiente di lavoro cosi particolare.

Inoltre l'infermiere in collaborazione con il medico competente organizza come previsto dal D.M. 15/ 2003 n°338 all'articolo n°3 un corso di primo soccorso per la formazione per gli addetti al primo soccorso.

CONCLUSIONI

Il ruolo dell'infermiere in un'organizzazione lavorativa complessa come può essere quella che prevede la disattivazione di una Centrale Nucleare non è semplice. La gestione dell'infermeria aziendale prevede oltre alle conoscenze su elencate anche un'efficiente capacità di comunicazione necessaria per poter fare educazione sanitaria tra i dipendenti perché come detta l'articolo 4 del nostro codice deontologico «l'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute» e inoltre l'infermiere in tale ambito lavorativo non deve mai dimenticare di rispettare le norme inerenti la privacy di ciascun dipendente.

AUTORE

Menchella Massimo

bibliografia

- 1 Manuale sul primo trattamento medico per incidente con radiazioni Enea
- 2 Linee guida AIRM (associazione italiana radioprotezione medica)
- 3 Codice deontologico

"Il metodo SPIVAK" applicazione alla persona affetta da demenza senile

di Paola Ferri*, Antonio Giannone**

INTRODUZIONE

📕 approccio più usato negli ambiti che si occupano di diagnosi, cura e riabilitazione psicogeriatrica, sembrerebbe quello della gentil-cura ispirato a Moira Jones, ciononostante abbiamo deciso di prendere in esame il percorso riabilitativo secondo Spivak in quanto le aree funzionali prese in esame, ovvero: cura della casa, igiene della persona ecc ... sono le stesse che vengono usate nella valutazione del paziente demente tramite l'utilizzo delle schede di valutazione BINA, IADL, ADL ecc ... Queste schede di valutazione vengono fatte ad ogni paziente affetto da demenza e sono le stesse che vengono usate dall'Unità di Valutazione Geriatrica per la valutazione complessiva del paziente. Dopo aver fatto un breve riassunto della teoria di Mark Spivak tratteremo brevemente l'argomento della demenza senile, per poi redigere un piano terapeutico e concludere con un piano di assistenza.

BREVI CENNI SUL METODO SPIVAK

Il metodo Spivak è nato nel 1987 e prende il nome dal suo fondatore, comprendendo sia il modello comportamentale che quello interattivo:

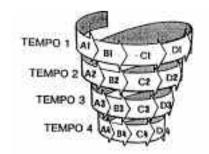
- il modello comportamentale è basato sull'acquisizione di competenze e sullo sviluppo di abilità;
- il modello interattivo presuppone che una svolta improvvisa nel modo di interagire possa di per sé cancellare il danno accumulato negli anni.

Il paziente psico-geriatrico si caratterizza per il fatto che mette in atto una serie di comportamenti non socialmente accettati quindi riceve il rifiuto da parte degli altri e questo comporta una frustrazione perché la persona si rende conto della inadequatezza del suo comportamento. I continui fallimenti portano il paziente ad entrare in una spirale fallimentare la quale porta alla cronicità, con consequente: segregazione ed autoisolamento, compromissione della capacità di assumere ruoli sociali, deterioramento dell'autogiudizio, declino della comunicazione con compromissione dell'eloquio, avversione verso gli altri ecc...

LA SPIRALE FALLIMENTARE SECONDO SPIVAK

Questo paradigma descrive il processo dinamico che porta alla stabilizzazione cronica della persona malata. Esso comprende tre gruppi di variabili:

- 1) Stimoli all'azione;
- 2) Azioni;
- 3) Conseguenze delle azioni.



Tempo 1

A 1: forte stimolo all'azione, secondo le

norme sociali correnti, da parte del paziente e delle altre persone nell'ambiente

B 1: agisce nell'ambiente fisico e sociale.

C 1: risposta, fallisce.

D 1: conseguenza, attivazione di elementi di ordine inferiore del percorso della desocializzazione.

Tempo 2

A 2: minore stimolo all'azione secondo le norme sociali correnti.

B 2: agisce in un ambiente fisico e sociale più ristretto.

C 2: risposta, fallisce.

D 2: conseguenza, attivazione di elementi di ordine superiore del percorso della desocializzazione.

Tempo 3

A 3: ancora minore stimolo all'azione secondo le norme sociali correnti.

B 3: agisce in un ambiente fisico e sociale ancora più ristretto.

C 3: risposta, fallisce.

D 3: conseguenza, attivazione di elementi di ordine ancora superiore del percorso della desocializzazione

Tempo 4

A 4: poco o nessuno stimolo all'azione secondo le norme sociali correnti.

B 4: agisce in un ambiente fisico e sociale impoverito le cui norme sono dirette al mantenimento del sistema.

C 4: risposta, successo.

D 4: conseguenza, soddisfatte con successo le aspettative degli elementi di ordine più elevato del percorso della desocializzazione.

Per evitare il percorso del processo di stabilizzazione, risulta efficace l'intervento su tre livelli:

- 1) relazione persona-operatore;
- 2) attività per l'acquisizione delle competenze mancanti;
- **3)** struttura del contesto fisico e ambientale in cui articolare e sviluppare i livelli.

Il principio ispiratore del metodo Spivak è quello di cercare di arrestare la cascata di eventi che porta alla cronicità ed eventualmente di farla regredire. Risulta quindi fondamentale il rapporto persona-operatore, dove il professionista infermiere deve cercare di instaurare un rapporto profondo con il paziente cercando di capirne le emozioni, i suoi bisogni e soprattutto supportando i suoi continui fallimenti. Il terapeuta quindi dovrà:

- 1) stabilire il contatto;
- **2)** accettare il paziente e fornirgli supporto:
- 3) offrirgli una struttura terapeutica che ne desti l'interesse e che rispondendo ai bisogni personali, possa neutralizzare l'apatia e l'evitamento.

L'approccio alle persone affette da patologie croniche è spesso ostacolato dalla loro propensione a reagire in modo disorganizzato e questo può essere dovuto al fatto che percepiscono ogni nuovo contatto esterno come una minaccia, ma anche al loro deficit di risorse organizzate per le attività strumentali quotidiane. L'accettazione dell'infermiere deve essere selettiva nel senso che tutti i comportamenti che intralciano la terapia vanno modificati. Il paziente cercherà in ogni modo di porre in essere dei comportamenti atti a scoraggiare l'operatore. Il coinvolgimento del paziente deve essere lento e graduale. Il primo momento ha come scopo quello di rompere l'isolamento del paziente; il secondo momento l'inserimento dell'utente all'interno di una attività gruppale; il terzo momento nel rafforzare la relazione terapeutica e per tentare di far sviluppare altre relazioni alla pari ed infine il quarto momento rappresenta il passaggio delle competenze dall'interno (centro) all'esterno (società). Dopo aver acquisito e consolidato le competenze sociali, è necessario far evolvere l'interesse per il "far da sé" verso l'accettazione del "far per necessità" che, dunque, rappresenta il tratto saliente di questa quarta fase evolutiva dell'attività.

LE AREE RIABILITATIVE

La principale funzione del professionista infermiere è quella di sostenere la persona nell'apprendimento di quelle abilità tecniche che gli consentono una vita dignitosa ed indipendente: per esempio l'igiene personale o la cura della casa.

Questo perché la maggior parte delle volte queste persone hanno perso la capacità di portare a termine anche compiti molto semplici. Gli operatori non devono solo far acquisire competenze, ma devono anche dare delle motivazioni che spingano l'utente a mettere in pratica le abilità apprese e a non perderle dopo poco tempo. Per la formulazione degli obiettivi infermieristici, l'accertamento andrà realizzato nell'ambiente nel quale la persona vive, affinché ogni comportamento venga definito socialmente competente o meno, in relazione al contesto sociale. Inoltre questo non è un processo definito una volta per tutte, ma che è necessario ripetere ogni volta che lo spazio vitale del paziente cambia.

Il raggiungimento delle abilità tecniche è suddiviso in cinque aree riabilitative che sono:

- 1) cura della persona;
- 2) lavoro;
- **3)** casa;
- 4) famiglia, amici;
- **5)** tempo libero.

DISORGANIZZAZIONE DEL COMPORTAMENTO

La disorganizzazione del comportamento, spesso avviene come la rottura del regolare svolgimento di una sequenza di azioni e la sua sostituzione con un comportamento frammentario, casuale e caotico.

Fattori di disorganizzazione del comportamento:

- 1) presenza nell'ambiente circostante di elementi disturbanti l'attività in corso;
- 2) interruzione dell'interazione personainfermiere da parte di terzi;
- 3) eccitamento emotivo che rende difficile prestare attenzione a qualsiasi cosa;
- 4) complessità situazionale che si verifica quando nella stessa stanza c'è il televisore acceso e contemporaneamente diverse persone parlano;
- 5) cambiamento ambientale;
- 6) preoccupazione (questo si verifica quando il paziente rivolge tutta l'attenzione verso l'interno e "vive nel suo mondo"):
- 7) difficoltà ad assumere ruoli (riesce ad assumere solo il ruolo di malato).

DIMENSIONE GLIDA

Per ridurre la disorganizzazione del comportamento ci guidano quattro dimensioni:

- 1) interazione;
- 2) adequamento degli obiettivi;
- 3) esecuzione di compiti strumentali;
- 4) espressione delle emozioni.

STRUTTURA DEL PROGRAMMA DI RIABILITAZIONE

Il piano di trattamento dovrebbe essere strutturato in questo modo:

- 1) diagnosi dei comportamenti socialmente competenti;
- 2) elenco dei comportamenti socialmente non competenti;
- **3)** quali comportamenti socialmente competenti sono da acquisire;
- **4)** in quale unità di attività si devono sviluppare gli obiettivi;
- **5)** quale parte dell'unità di attività bisogna attivare;
- **6)** quali sono gli interventi clinici socialmente competenti da utilizzare.

PROGETTO TERAPEUTICO

Il progetto terapeutico, secondo il metodo Spivak, mira alla risocializzazione del paziente e ad aumentare la sua articolazione sociale, basandosi su quattro concetti fondamentali:

- 1) analisi del funzionamento richiesto suddiviso nelle varie componenti;
- ambiente strutturato per l'apprendimento:
- 3) assistenza attiva;
- 4) transizione ai contesti esterni;

1) Analisi del funzionamento richiesto suddiviso nelle varie componenti.

Questa analisi viene fatta partendo dalle cinque aree riabilitative, per ogni area viene fatta una lista delle competenze che il paziente non ha ancora raggiunto. Dopo questa prima analisi vengono stesi cinque piani di trattamento.

2) Ambiente strutturato per l'apprendimento

L'ambiente deve essere il più semplice possibile e contenere poco arredamento, deve dare una sensazione di calore e non di freddezza. La scelta dell'arredamento deve essere tale da non distogliere l'attenzione dell'utente, la quale, deve sempre rimanere incentrata sul programma terapeutico.

3) Assistenza attiva

Questa fase è composta da quattro dimensioni socializzanti che sono:

- a) SUPPORTO: accettazione del paziente così com'è, non gli saranno poste richieste, non ci saranno aspettative;
- b) PERMISSIVITA': si permette all'utente, dei tentativi di autodifesa;
- c) NON CONFERMA DELLE ASPETTATIVE DEVIANTI: non verranno confermate le aspettative di fallimento e di punizione ma bensi' quelle di risocializzazione:
- d) RICOMPENSA: la ricompensa che può essere anche un semplice grazie sarà la spinta per dare la motivazione per ripetere il comportamento adeguato.

4) Transizione ai contesti esterni

In questa fase l'operatore deve fare in modo che i premi artificiali siano sostituiti da soddisfazioni reali in modo che il ciclo terapeutico sia concluso.

LA DEMENZA SENILE

Con il termine "demenza" ci si riferisce ad una serie di sintomi riscontrabili in alcune malattie, dove vi sia deterioramento o perdita di cellule cerebrali. La perdita di cellule cerebrali è un processo naturale dell'invecchiamento, ma nelle malattie che conducono alla demenza si verifica ad un ritmo così veloce da impedire al cervello di funzionare normalmente. I sintomi della demenza sono normalmente determinati da un lento e graduale deterioramento delle capacità funzionali dell'individuo, senza possibilità di miglioramento. Il danno cerebrale colpisce le funzioni mentali (memoria, attenzione, concentrazione, linguaggio, pensiero) e questo si ripercuote sul comportamento. In una modesta percentuale dei casi la demenza è trattabile e potenzialmente reversibile, mentre nella maggior parte è una malattia che conduce alla morte. Oltre ai sintomi cognitivi

sono presenti anche quelli non cognitivi, che riquardano la sfera della personalità, dell'affettività, dell'ideazione, della percezione, delle funzioni vegetative, del comportamento. All'inizio i sintomi possono essere così lievi da passare inosservati, ma con il progredire della malattia essi diventano sempre più evidenti, arrivando ad interferire con le attività quotidiane e con le relazioni sociali. Le difficoltà pratiche nel compiere le azioni più comuni, come vestirsi, lavarsi, diventano a poco a poco talmente gravi da determinare, con il tempo, la completa dipendenza dagli altri. Non esiste alcuna prova certa che un particolare gruppo di persone sia destinato a sviluppare la malattia. Infatti, l'età è il maggiore fattore di rischio accertato sinora, seguito dalle sostanze tossiche e dallo stile di vita. Sembra che le persone con un più alto livello di istruzione siano meno a rischio di ammalarsi.

L'ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

Il paziente demente nella maggior parte dei casi è un caso complesso, in quanto presenta spesso più patologie e quindi anche più bisogni da soddisfare. La valutazione deve essere multidimensionale e prendere in considerazione tutti gli aspetti della persona, vista in funzione di ciò che è stata, ciò che è, ciò che diventerà. La valutazione viene fatta utilizzando delle scale che si rilevano ottimi strumenti di lavoro. Queste scale, valutano tutti i bisogni fondamentali dell'individuo ovvero la deambulazione, l'alimentazione ecc ...ma non solo, in quanto valutano anche i bisogni secondari come la comunicazione, le attività occupazionali. Le scale di valutazione mettono in evidenza i bisogni del paziente e permettono di impostare un piano assistenziale personalizzato. Queste devono essere ripetute ogni volta che si verifica un peggioramento o un miglioramento e questo per adattare la pianificazione assistenziale. Queste scale misurano le capacità della persona nella cura della casa, cura di se stessa, hobby e tempo libero che sono gli stessi parametri presi in considerazione da Mark Spivak.

Schede di accertamento



B.I.N.A.
IADL
ADL
Nursing Geriatrico
Tinetti Test

PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

- Memoria

La perdita di memoria è il sintomo più caratteristico della demenza, la più colpita è la memoria a breve termine. Questo compromette la capacità di imparare e può essere irritante, inoltre spesso rende difficile instaurare un discorso.

Come affrontare la perdita di memoria

Mantenere un atteggiamento positivo e rassicurante e non considerare i suoi comportamenti come rivolti contro di noi; evitare di sottolineare gli errori; utilizzare biglietti o promemoria;

Come evitare problemi dovuti alla perdita di memoria

Costruire un ambiente adatto, evitare inutili cambiamenti, creare una routine;

- Comunicazione

Spesso i malati manifestano difficoltà nella comunicazione ed hanno problemi a capire la lingua parlata e scritta, possono insorgere sentimenti di rabbia quando non vengono capiti e questo può portare all'isolamento. Il malato di demenza usa un linguaggio meno complesso: frasi corte e un vocabolario limitato.

Come facilitare la comunicazione verbale

Sedersi di fianco a lui e cercare di incoraggiarlo a parlare; evitare di sottolineare i suoi errori; adattare il proprio stile di linguaggio; usare frasi affermative; comunicargli un messaggio per volta;

Come usare la comunicazione non verbale

Fare in modo di non comunicare messaggi tra loro contrastanti; interpretare il

"linguaggio del corpo"; dare sicurezza e sostegno mediante il contatto fisico e mantenere il contatto visivo; usare immagini e fotografie per facilitare la comprensione del messaggio;

- Disorientamento

La perdita dell'orientamento spazio-temporale, è dovuta ad alterazione cerebrali. Tale perdita genera ansia e frustrazione.

Come affrontare il disorientamento

Creare una routine; adattare l'ambiente ai bisogni del malato e mantenerlo costante;

- Attività fisiche e ricreative

Avere qualcosa da fare per il paziente demente è fondamentale perché aiuta a strutturare la giornata, favorisce la socializzazione, inoltre l'inattività può portare ad un deterioramento delle condizioni fisiche oltre che alla noia. Incoraggiare il malato ad avere interessi e a restare attivo può aiutarlo a condurre una vita il più possibile normale.

Come trovare attività piacevoli per il malato

Coinvolgere il malato in attività; enfatizzare il divertimento e non il risultato; trovargli nuovi interessi e fargli fare moto all'aria aperta;

Come evitare che si senta scoraggiato, frustrato o annoiato

Limitare la durata dell'attività e interrompere la stessa ai primi segni di stanchezza; individuare un compito che il paziente sia in grado di assolvere;

- Sicurezza

Molti malati non soffrono soltanto di disturbi della memoria ma hanno anche problemi fisici e questo espone loro ad un elevato pericolo di incidenti: prendere la scossa elettrica, avvelenarsi, assumere farmaci. Tuttavia per eliminare completamente il pericolo di incidenti bisognerebbe sorvegliare la persona continuamente. E' necessario quindi, trovare il giusto equilibrio tra indipendenza e sicurezza.

Come creare un ambiente protetto e dare un senso di sicurezza

Mettere sotto chiave qualunque cosa

possa rappresentare un pericolo; disporre adeguatamente l'arredamento per facilitare gli spostamenti del malato e dotare di serrature tutti gli infissi interni ed esterni; assicurarsi che stanze e corridoi siano ben illuminati.

- Cambiamenti di umore e di comporta-

Il malato di demenza si comporta spesso in modo aggressivo sia verbalmente sia fisicamente, questo comportamento può metterci in grave difficoltà emotiva e pratica. Ricordiamo che l'aggressività è dovuta alla malattia quindi non risparmia nessuno anche le persone con un carattere molto mite. La causa più comune dell'aggressività è la paura, si tratta quindi di una naturale risposta dell'organismo contro una falsa percezione di pericolo. Non sempre si riesce a prevenire l'aggressività bisogna però cercare di ridurre al minimo le conseguenze per sé e per gli altri.

Talvolta il malato di demenza può andare in collera, scaraventare oggetti in giro e urlare. Per il malato, la collera può essere l'unico modo per esprimere qualcosa, oppure può insorgere per aver dovuto chiedere l'aiuto degli altri.

Come affrontare un comportamento aggressivo

Mantenere un atteggiamento calmo e rassicurante evitando gli atteggiamenti di sfida e cercando di distrarre il paziente.

- Ansia e paura

Per alcuni malati l'ansia può essere dovuta alla confusione tra il passato ed il presente, oppure alle preoccupazioni rispetto al futuro. Purtroppo non sempre è possibile determinare la causa dell'ansia o della paura e questo ci farà sentire sempre più impotenti. Tuttavia non è sempre necessario capire la causa della sofferenza per prestare aiuto.

Come affrontare l'ansia e la paura

Rassicurare con il contatto fisico, cercare di ridurre i possibili motivi di paura e se l'ansia è grave rivolgersi al medico.

- Apatia

Alcuni malati stanno seduti o rimangono senza far nulla per molto tempo, può

succedere che smettano di comunicare con gli altri e che si chiudano in se stessi forse come conseguenza della loro incapacità di comunicare.

Come affrontare l'apatia

Non costringere il malato a fare qualcosa che non vuole; incoraggiare le attività che riesce a svolgere; congratularsi con lui quando riesce a fare qualcosa; lasciare che si fermi quando è stanco; cercare di stimolare il suo interesse:

- Depressione

Il malato deve affrontare molte perdite a causa della sua dipendenza dagli altri, quindi è naturale che si senta giù di morale. Da questo generico senso di malinconia può svilupparsi una depressione.

- Allucinazioni e deliri

Un'allucinazione è qualcosa che la persona crede di udire, vedere o sentire ma che non esiste nella realtà, generalmente sono spiacevoli. I malati di demenza soffrono spesso di alterate identificazioni deliranti. Le allucinazioni più frequenti riguardano parenti o persone addette all'assistenza che vengono ritenuti impostori. Inoltre, a causa del danno cerebrale, alcuni malati possono confondere o interpretare erroneamente ciò che vedono, sentono o gustano. Allucinazioni e deliri possono provocare paure intense e scatenare reazioni violentissime.

Come affrontare le allucinazioni e i deliri

Cercare di spiegare e rassicurare, senza mettere in discussione la convinzione delirante; evitare la contenzione fisica; cercare di scoprirne le cause e modificarne l'ambiente.

- Insonnia e girovagare notturno

Questi malati spesso non riescono a dormire e si comportano se fosse giorno disturbando con le loro attività anche i familiari. Bisogna trovare il modo di garantire a chi assiste ed al resto della famiglia un riposo sufficiente, cercando al tempo stesso di far dormire il paziente. Tuttavia poiché questo non è sempre possibile, occorre ridurre i rischi potenziali e aumentare il comfort del malato

durante le numerose ore che passerà sveglio.

Come affrontare l'insonnia e il girovagare notturno

Cercare di rendere il girovagare notturno privo di pericoli; Limitare i sonnellini del malato durante il giorno; cercare di scoprire se l'insonnia ha qualche causa specifica.

- Igiene personale

Nella maggior parte dei casi questi pazienti hanno perso l'autonomia nel prendersi cura di sé, spesso non sono in grado di manovrare il pettine o di recarsi in bagno per lavarsi, inoltre è possibile che non avvertano l'importanza di lavarsi regolarmente o di badare al proprio aspetto.

Come affrontare i problemi dell'igiene personale

Fare in modo che il bagno diventi una cosa piacevole; limitare la scelta degli indumenti; usare cerniere lampo; scarpe tipo mocassino senza lacci e gonne o pantaloni con elastico in vita.

- Alimentazione

Spesso l'alimentazione è compromessa, infatti, a causa della confusione che domina il cervello del malato, può succedere che questo mangi troppo spesso o troppo poco. Inoltre sovente sopraggiungono problemi di malassorbimento, che associati alla mancanza dello stimolo della sete portano a disidratazione e malnutrizione. Queste persone inoltre sono soggette ad un aumento del metabolismo dovuto all'agitazione psicomotoria che spesso domina la loro giornata, di conseguenza necessitano di una dieta ipercalorica e spesso anche iperproteica a causa delle difficoltà di assorbimento.

Come affrontare le difficoltà nell'alimentazione

Organizzare i pasti in base alle particolari esigenze della persona malata; assicurare un'adeguata idratazione durante il giorno; controllare sempre la perfetta tenuta dei denti o della protesi; fare assumere al paziente una postura che faciliti la deglutizione.

- Incontinenza

Il malato di demenza ad un certo punto può soffrire di incontinenza urinaria e questo è motivo di angoscia e può provocare umiliazione e vergogna. E' importante rendersi conto che l'incontinenza non è mai dovuta esclusivamente a cause fisiche, ma può essere causata da altri problemi, quali la perdita di memoria, il disorientamento, le difficoltà di comunicazione o una malattia concomitante.

Come affrontare l'incontinenza

Assicurare il mantenimento di una accurata igiene utilizzando eventualmente anche dei presidi atti a contenere la fuoruscita dei liquidi organici; fare in modo che il bagno sia riconoscibile, accessibile, utilizzabile; non somministrare liquidi in tarda serata; trovare indumenti facili da sbottonare e togliere.

- Stipsi

Può accadere che questi malati soffrano di stipsi, questo può procurargli sofferenza fisica, perdita dell'appetito, persino incontinenza fecale. Non sempre il malato si rende conto di ciò che gli accade, ne è in grado di spiegarlo, si rende necessario prestare molta attenzione ai segnali e fare prevenzione.

Come affrontare la stipsi

Osservare se va in bagno regolarmente; evitare di somministrare troppi lassativi; cambiare la dieta del malato aumentando il consumo di fibre e verdure.

- Deambulazione

L'invecchiamento dell'organismo spesso provoca problemi nella deambulazione con conseguente aumento del rischio di cadute, nei casi più gravi questi deficit possono aumentare fino all'immobilità totale e all'allettamento. Il nostro compito è quello di evitare le complicanze, mobilizzare il malato per evitare l'insorgere di lesioni da compressione, rendere l'ambiente idoneo per diminuire il rischio di cadute.

Come affrontare i deficit nella deambulazione

Monitorare sempre l'equilibrio e l'andatura mediante il Tinetti Test; favorire il

movimento ed il tono muscolare; eliminare pedane e tappeti; consigliare al paziente calzature antiscivolo e con lacci; non deambulare dopo l'assunzione di farmaci sedativi; utilizzare presidi come il bastone o il tripode; cercare di rimuovere le barriere architettoniche.

PIANO TERAPELITICO MODELLO SPIVAK

- Cura della persona

Comportamenti non socialmente competenti:

Non è in grado di provvedere alla cura di sé, né vuole farlo; manifesta aggressività durante le manovre di igiene nei confronti degli operatori; nessuna pretesa di autostima;

Obiettivi:

Mantenere un adeguato livello di igiene e stimolare la partecipazione del paziente. Comportamenti socialmente competenti da acquisire:

Collaborare durante l'igiene per quanto possibile; evitare atteggiamenti aggressivi ma essere ben disposti nei confronti degli operatori; assumere una corretta autostima e immagine corporea.

Interventi:

Far capire l'importanza dell'igiene personale incitandolo ad eseguire la stessa in modo autonomo; fare i complimenti quando lo troviamo ordinato e ben vestito; fare scegliere l'abbigliamento che desidera giorno per giorno; favorire la socializzazione.

- Casa

Comportamenti non socialmente competenti:

Non è in grado di provvedere ad una adeguata igiene e cura della casa; mancanza di attaccamento e riconoscimento delle mura domestiche; totale incapacità di badare all'igiene della propria biancheria e completo disinteresse nell'autonomia del cucinare.

Obiettivi:

Mantenere un adeguata igiene dell'abitazione e della propria biancheria; riconoscere le attività in cui necessità di essere aiutato, formulare una corretta richiesta di aiuto per quanto riguarda i tempi e i modi.

Comportamenti socialmente competenti da acquisire:

Svegliarsi la mattina in modo autonomo, provvedere al riordino del proprio letto e della camera; preparare la colazione in modo adeguato e riordinare il materiale usato; pianificare un piano di pulizie settimanali in modo da non dimenticare nulla.

Interventi:

Stimolare il paziente, al risveglio, a riordinare la camera, il letto e a preparare la colazione senza sostituirsi a lui; segmentare ogni attività in tante parti ed eseguirle molto lentamente; capire i punti deboli del paziente nell'esecuzione dell'attività e cercare di lavorare su quelli.

- Famiglia, amici

Comportamenti non socialmente competenti:

Difficoltà nel riconoscimento dei familiari ed aggressività nei confronti degli stessi; rischio di manifestazioni di violenza etero ed autoaggressiva; difficoltà di interazione sociale legata al comportamento impulsivo; perdita dell'affettività e del senso di appartenenza familiare.

Obiettivi:

Favorire il reinserimento del paziente nel nucleo familiare e assicurarsi la collaborazione da parte della famiglia.

Comportamenti socialmente competenti da acquisire:

Imparare ad ascoltare con tranquillità ed accettare le visite di cortesia anche quando è di cattivo umore; accettare la rete di sostegno di cui il paziente ha bisogno.

Interventi:

Intervenire nelle fasi iniziali dell'agitazione ed accertarne il livello; favorire la ripresa dei rapporti con i familiari e gli amici gradualmente; elaborare dei programmi comportamentali ove siano stabiliti dei limiti; esortare il paziente a parlare con gli altri delle situazioni che provocano rabbia e agitazione; proteggere il paziente da interazioni sociali dannose; insegnare alla famiglia a rinforzare positivamente i suoi successi; esortare la partecipazione alla terapia familiare.

- Tempo libero

Comportamenti non socialmente competenti:

Permanenza a letto per molte ore al giorno; nessuna attività indipendente in assenza di stimoli; nessuna programmazione giornaliera, nessun tentativo di avere rapporti interpersonali con altri pazienti.

Obiettivi:

Favorire la socializzazione per evitare la solitudine e impegnare il paziente per evitare che si abbandoni alla disperazione e alla solitudine.

Comportamenti socialmente competenti da acquisire:

Riuscire a rimanere attento per un beve periodo di tempo che consenta di svolgere qualche attività; esprimere un proprio parere su ciò che vorrebbe fare; eseguire una breve programmazione giornaliera e rispettarne gli orari; imparare ad essere propositivo per quanto possibile.

Interventi:

Elaborare con il paziente programmi comportamentali ed esortarlo a partecipare alle decisioni da prendere; assecondare prontamente le esigenze del paziente; programmare attività giornaliere adatte allo stato mentale del paziente.

CONCLUSIONI

L'unico strumento che ci permette di avvicinare in modo abbastanza sicuro la persona affetta da demenza è non avere pregiudizi, non badare all'ordine che le cose o le azioni dovrebbero avere. Tutto ciò che per noi può sembrare strano o disordinato può essere visto dal paziente come

normale. Il demente vive una realtà molto diversa da quella reale; accettare che girovaghi per il corridoio convinto di essere in procinto di zappare l'orto ci mette in relazione con lui molto di più che cercare di mettere in opera terapie particolari ed eccessivamente strutturate. Secondo il nostro punto di vista non è possibile valutare se gli interventi socialmente competenti sono stati acquisiti, perché il paziente affetto da demenza necessita di essere trattato perennemente fino alla sua morte, trattandosi di una patologia progressiva che attualmente, può solo essere rallentata. Gli interventi sono mirati a migliorare la qualità di vita del paziente ed i rapporti interpersonali che diventano molto difficili da gestire, soprattutto nelle fasi avanzate della malattia. Il punto di forza di guesto modello terapeutico è che permette al personale di provare ad ottenere dal paziente un comportamento adequato, inoltre rappresenta qualcosa di scritto che spinge a mettere in atto degli interventi che normalmente in un reparto di geriatria non sarebbero presi in considerazione. Il <u>punto di debolezza</u> è rappresentato dai deficit della cognitività in quanto diventa impegnativo lavorare quando le risorse cerebrali residue sono veramente poche, infatti questo modello è stato ideato per pazienti psichiatrici che hanno maggiori potenzialità.

PAOLA FERRI (*)

Coordinatrice e docente del C.d.L. in Infermieristica (Modena) Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

ANTONIO GIANNONE(**)

Docente Master in Infermieristica Psichiatrica Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

oibliografia

- Ferrara, Germano, Archi, Manuale della riabilitazione in psichiatria.
- Il pensiero scientifico, Roma, 1990.
- Orem, Nursing:concepts of practice. Mc Graw-Hill, New York, 1971.
- S.L.W. Krupnic, A.J.W. Ade, Piani di assistenza in psichiatria.
 Mc Graw-Hill, New York, 1997.
- Mario Betti, Mario Di Fiorino, Psichiatria e igiene mentale, ruolo e funzioni dell'infermiere.
 - Mc Graw-Hill, New York, 1997.

- Marco Trabucchi, Le demenze. Utet, Milano, 2002.
- Luc De Vreese, La demenza.
 Utet, Milano, 2004.
 F. Landi, R. Bernabei, La riabi
 - F. Landi, R. Bernabei, La riabilitazione funzionale e la terapia occupazionale in geriatria.
 CEPSAG.
- G. Chiaromonti, D.Donati, Assistenza in geriatria.
 Mc Graw-Hill, New York, 2000.

Il Senato licenzia in Commissione Igiene e Sanità un Ddl che esclude infermieri e altri professionisti sanitari dall'attività intramuraria nelle strutture pubbliche. Passa solo quella per i medici

Intramoenia, indietro tutta!

lla fine è andata come temevamo. Così, almeno per ora, gli infermieri come pure altre professioni sanitarie restano esclusi dalla legge di riordino delle attività intramoenia nelle strutture sanitarie pubbliche. Il Senato, che da maggio a luglio scorsi ha esaminato il Disegno di legge n° 1598 in Commissione Igiene e Sanità, prima in sede consultiva quindi in sede deliberante, ha infatti deciso di autorizzare lo svolgimento dell'attività intramuraria per i soli medici. In questa versione, il Ddl è dunque passato all'esame della Camera per la sua approvazione definitiva.

Il cammino del Ddl in questione è stato lungo e travagliato. Si è tentato a più riprese di correggere il tiro ampliando il ricorso alle prestazioni intramoenia per altre professioni sanitarie, ma senza successo. In particolare, due emendamenti al testo della legge discussi in Commissione prevedevano il riconoscimento anche agli infermieri e ad altri professionisti sanitari il diritto di poter optare per il regime intramurario. Il primo (Em. 4.38) è stato respinto; il secondo (Em. 5.0.3) è stato trasformato in un "semplice" Ordine del giorno che impegna il Governo a fare in futuro ciò che gli infermieri attendono invece oggi da questa legge.

Per negare l'accesso delle professioni sanitarie non mediche all'attività intramoenia si sono addotte principalmente ragioni di cassa. Non ci sono soldi insomma (guarda caso mancano solo per gli infermieri, per le altre categorie si trovano sempre!). E la priorità di spesa va altrove, magari a rinsaldare i privilegi professionali di sempre. Confidiamo perciò che il testo attuale del Disegno di legge sia prontamente corretto nell'unica direzione possibile: l'interesse del cittadino a un'assistenza completa che vuol dire pari dignità e opportunità per le professioni sanitarie.

Pubblichiamo qui un resoconto sintetico dei lavori parlamentari che hanno segnato finora il cammino del Ddl n° 1598. Potrà risultare utile a comprendere la vera posta professionale in gioco.

Il Disegno di legge n° 1598 è un atto di iniziativa governativa. Viene presentato il 24 maggio 2007 dal Ministro della Salute Turco di concerto con il Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie locali Lanzillotta, il Ministro dell'Economia e Finanze Padoa-Schioppa, il Ministro dell'Università e Ricerca Mussi.

Si compone di 5 articoli. E' assegnato alla 12ª Commissione permanente (Igiene e Sanità) del Senato in sede referente il 1 giugno 2007. Relatore in Commissione è il Sen. Bodini (nominato il 20 giugno 2007). Sono previsti i pareri delle Commissioni: Affari costituzionali, Giustizia, Bilancio, Pubblica istruzione, Lavori pubblici, Industria, Questioni regionali. E' nuovamente assegnato alla stessa Commissione in sede deliberante il 17 luglio 2007 con i pareri delle medesime Commissioni.

Il provvedimento approda in Commissione Igiene e Sanità del Senato con il titolo "Disposizioni in materia di sicurezza delle strutture sanitarie e gestione del rischio clinico, nonché di attività libero-professionale intramuraria e di esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale". E' approvato in sede deliberante il 19 luglio 2007 (modificato rispetto al testo del proponente) con il nuovo titolo "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria".

La Commissione dedica al suo esame 18 sedute (dal 20 giugno al 19 luglio), di cui 13 in sede referente dove si sviluppa la discussione. L'11 luglio 2007, in sede di presentazione degli emendamenti, il sen. Tomassini propone, fra le altre, due modifiche al testo: l'emendamento 4.38 riguardante la regolamentazione dell'attività libero-professionale delle professioni non mediche; l'emendamento 5.0.3 ispirato alle stesse finalità ma recante una disciplina più articolata che riconosce espressamente alle professioni non mediche l'accesso alla libera professione intramuraria per ampliare l'offerta di servizi all'utenza.

Il primo emendamento (4.38) è sottoscritto anche dai senatori Cursi, Massidda, Bianconi, Carrara, Colli, Ghigo, Lorusso, Gramazio e Totaro. Propone di sostituire il comma 4 del Ddl con il seguente: «4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dovranno definire entro diciotto mesi dall'entrata in vigore della presente legge le modalità per garantire l'effettuazione da parte delle professioni non mediche del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni libero-professionali che per la loro particolare tipologia e modalità di erogazione esigono una specifica regolamentazione.».

Nella seduta del 12 luglio, il relatore Bodini esprime parere contrario sull'emendamento nonostante il parere non ostativo espresso della Commissione Bilancio. Il 13 luglio la Commissione torna a riunirsi e produce un'accesa discussione. Si fronteggiano in particolare l'idea di dover evitare ulteriori discriminazioni fra le professioni sanitarie e il timore che il proposto ampliamento dell'attività intramoenia possa creare difficoltà organizzative alle Direzioni generali competenti. Al termine, l'emendamento viene respinto a maggioranza.

Il destino dell'emendamento 4.0.3. è solo in parte diverso. Viene infatti trasformato in un Ordine del giorno. Come il precedente, l'emendamento è sottoscritto dai senatori

Tomassini, Cursi, Massidda, Bianconi, Carrara, Colli, Ghigo, Lorusso, Gramazio e Totaro. Propone di aggiungere al testo del Ddl l'articolo 4-bis (a sua volta articolato in 4 commi) che istituisce «l'attività libero professionale intramuraria in via autonoma per tutte le professioni sanitarie dipendenti non mediche del Servizio sanitario nazionale e riconosciute con specifiche leggi dallo Stato.» e ne regolamenta accesso, requisiti e modalità. Ma sull'emendamento la Commissione Bilancio esprime parere contrario.

Così, nella seduta del 19 luglio 207, la Commissione, riunita in sede deliberante, respinge l'emendamento 4.0.3. a maggioranza e lo trasforma nell'Ordine del giorno G/1598/4/12 a firma dei senatori Binetti e Baio. Riconoscendo in premessa alle professioni sanitarie non mediche (segnatamente a quella infermieristica) l'elevato livello di competenze che le la normativa vigente attribuisce loro, l'Ordine del giorno G/1598/4/12... «impegna il Governo, in analogia a quanto accade per la professione medica:

1) a riconoscere anche alle professioni sanitarie, di cui alle leggi n. 42 del 1999 e n. 251 del 2000, la possibilità di svolgere attività libero-professionale intramuraria, soprattutto per coloro che sono in servizio di assistenza diretta e hanno titoli e competenze adeguate a corrispondere in modo sempre più efficace alle esigenze dei cittadini e al crescente bisogno di prestazioni assistenziali per pazienti cronici o con patologie che richiedono livelli di assistenza specifica o livelli altrettanto specifici di impegno nel settore diagnostico e riabilitativo:

2) a promuovere, entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge in esame, l'attivazione di un tavolo di lavoro che coinvolga i presidenti degli Ordini delle Federazioni e dei Collegi e/o le Associazioni più rappresentative delle professioni, i presidenti regionali, i rappresentanti del Ministero della Salute, e i sindacati di categoria, per regolamentare l'accesso alla libera-professione intramuraria, per i professionisti sanitari non medici, dipendenti di strutture sanitarie pubbliche.».

Ancora promesse quindi, impegni, ordini del giorno ma di fronte alla possibilità di azioni concrete per valorizzare la professione infermieristica, il parlamento dice ancora una volta no!

Quanto durerà ancora la nostra pazienza?

La 12ª Commissione permanente del Senato Igiene e Sanità

PRESIDENTE

SEN. IGNAZIO MARINO (ULIVO)

VICEPRESIDENTI

SEN. CESARE CURSI (AN)

SEN. GIANPAOLO SILVESTRI (IU-VERDI-

COM)

SEGRETARIO

SEN. SANDRA MONACELLI (UDC)

MEMBRI

SEN. EMANUELA BAIO (ULIVO)

SEN. FIORENZA BASSOLI (ULIVO)

SEN. LAURA BIANCONI (FI)

SEN. PAOLA BINETTI (ULIVO) SEN. PAOLO BODINI (ULIVO)

SEN. DANIELE BOSONE (AUT) SEN. GIUSEPPE CAFORIO (MISTO-IDV)

SEN. VALERIO CARRARA (FI)

SEN. OMBRETTA COLLI (FI)

SEN. ERMINIA EMPRIN GILARDINI (RC-SE)

SEN. ENZO GIORGIO GHIGO (FI)

SEN. DOMENICO GRAMAZIO (AN)

SEN. NUCCIO IOVENE (SDSE)

SEN. ANTONIO LORUSSO (FI)

SEN. PIERGIORGIO MASSIDDA (DCA-PRI-

SEN. MASSIMO POLLEDRI (LNP)

SEN. SABINA ROSSA (ULIVO)

SEN. ANNA MARIA SERAFINI (ULIVO)

SEN. ANTONIO TOMASSINI (FI)

SEN. ACHILLE TOTARO (AN)

SEN. TIZIANA VALPIANA (RC-SE)



Concorsi Pubblici, Avvisi Pubblici e Mobilità

Dal mese di Luglio il Collegio IPASVI di Roma, ha attivato un servizio di informazioni relativo ai concorsi pubblici per Infermieri, Assistenti Sanitari ed Infermieri Pediatrici, gli avvisi di mobilità interaziendale come previsto dalla normativa vigente.

Le notizie riguardano anche l'ambito dei concorsi universitari per Ricercatore, Professore Associato ed Ordinario

L'esigenza di istituire tale servizio è nata dalle numerose richieste, pervenute dagli iscritti ad essere informati sulle opportunità di lavoro in ambito pubblico.

Ulteriore scopo è quello di guidare i colleghi ad orientarsi, al fine di poter scegliere le migliori opportunità occupazionali nel proprio territorio, spesso poco conosciute e pubblicizzate.

Il servizio è curato dal nostro collega e collaboratore Paolo Tarantino, che sarà disponibile per ulteriori informazioni, e-mail: tarantino58@msn.com

Il Presidente

Dott. Gennaro Rocco



In questo numero abbiamo voluto segnalare alkcuni links riguardanti l'assistenza al malato neurologico, e piu' in generale alle patologie neurologiche; ecco alcuni spunti in rete da cui partire:

A.N.I.N.

http://www.anin.it/

Forse l'unica risorsa italiana importante nel panorama infermieristico di questa specialita'; o quantomeno storica.

Questa Associazione pubblica l'interessantissima rivista istituzionale neu.

ITALIAN STROKE FORUM

http://www.strokeforum.org/

Un'Associazione multidisciplinare per la prevenzione, cura e riabilitazione dell'ICTUS.

Informazioni su linee guida, pubblicazioni, servizi internet, ecc. Abstract del Convegno in linea.

S.I.N.

http://www.neuro.it/

La Societa' Italiana di Neurologia ci offre, oltre alla rivista, la possibilita' di consultare articoli in full text. Le indicazioni sono in homepage. Gratuite le linee guida che, anche se a carattere prettamente medico, possono offrire un buon terreno di partenza per ulteriori ricerche.

NEURO.CARE

http://www.neurocare.it/

Catalogo di risorse essenziali in Neurologia su Internet, a cura dell'Istituto Mario Negri (purtroppo quasi interamente a carattere medico)

SONIA HOME PAGE

http://digilander.libero.it/SteGioSo/sonia.html

Il sito curato da una collega infermiera, ci illustra delle valide argomentazioni sull'Alzheimer. Da segnalare le presentazioni di Microsoft Powerpoint e disquisizioni sulla Cartella infermieristica come pianificazione dell'assistenza infermieristica.

ALZHEIMER ITALIA

http://www.alzheimer.it/

La Federazione Nazionale che si occupa di questa problematica clinica; utili notizie.

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





Confronto tra Occidente ed Oriente: il Nursing in Cina

di Alessandro Stievano, Gaetano Romigi, Maurizio Brunelli, Matilde Napolano

I nome Cina, può essere ricondotto alla dinastia Qin (221-206 a.C.), quando l'idea di una Cina unita divenne realtà, e fu chiamata Tschin, Tschina o Tzinistan nelle lingue indo-germaniche. Il cinese della dinastia Qin rinominò il paese Da Qin, conferendovi così il senso dell'estensione del nuovo impero tramite il prefisso da, che significa dalle grandi dimensioni. (In pinyin, la moderna traslitterazione della pronuncia cinese, qi è pronunciato chi.)

Il nome ufficiale, comunque, è Zhonghua Renmin Gongheguo, Repubblica Popolare Cinese, per tutto il corso della sua storia questa terra fu sempre, semplicemente, Zhongguo, il Medio Regno.

La Cina, terza nazione della terra per

estensione territoriale e prima per popolazione, vanta una storia antichissima, e ha dato al mondo alcune delle più importanti invenzioni scientifiche e tecnologiche.

A Tiantan, il Tempio del Paradiso a Pechino, che abbiamo visitato, un altare di marmo ricorda il centro del mondo antico conosciuto, luogo cui solo l'imperatore poteva accedere. Secondo la visione del mondo dell' antica Cina, il Medio Regno si trovava precisamente al di sotto del centro del firmamento. Quello superiore derivava dal trono dell'imperatore, quello inferiore era nella gerarchia cosmica. I malcapitati popoli e culture collocati nelle oscure periferie della terra, specialmente verso il cupo nord e l'arido ovest, e oltre

l'Europa, erano considerati barbari.

Ma anche gli Europei, per secoli, considerarono la Cina ai confini del mondo: un impero magnifico e d'interesse culturale, ma di scarsa importanza nello schema politico geografico mondiale.

Dalla fine della Seconda guerra mondiale, comunque, la popolazione è raddoppiata fino ad arrivare oggi a circa 1.306.313.000 di persone e la potenza economica cinese è ormai riconosciuta in tutto il mondo. Sebbene solo il 7 % del territorio sia adatto all'agricoltura, un quinto della popolazione mondiale abita



Foto 1: La Grande Muraglia Cinese

in 9.596.960 km (tutto ciò è vero in parte in quanto la popolazione è sparsa in modo molto irregolare; è infatti concentrata prevalentemente a est nelle grandi pianure, mentre a ovest, zona più aspra e arida, vi è una densità bassissima).

Immediatamente al nostro arrivo ci ha sorpreso un caldo afoso e soffocante che però non ci ha impedito di fare una meravigliosa visita alla Città Proibita e alla Piazza Tien An Men (o Piazza della Porta della Pace Celeste) che con i suoi 40 ettari di superficie è la più grande piazza del mondo e fornisce una sensazione di immensi spazi ed imponenza nello stesso tempo.



Foto 2: Tempio della Città Proibita



Foto 3: Piazza Tien An Men

Abbiamo visitato, il giorno seguente la Beijing Medical University situata al centro di una città Pechino (Città del Nord in Mandarino standard) che conta complessivamente 13 milioni di abitanti.

All'interno di una parte del nosocomio nell' in-patient department le numerose infermiere cinesi ci hanno accolto calorosissimamente. Il vice-presidente dell'Ospedale, Dott. Ding Jie per impegni lavorativi non era presente ma inviava ugualmente i suoi calorosi saluti alla delegazione italiana

L'ospedale università di Pechino (Beijing Medical University) fondato nel 1915 fa parte di una delle più prestigiose università cinesi: avendo una grande reputazio-





Foto 4: Logo della Bejing Medical University

ne per la qualità dell'insegnamento e per la ricerca portata a temine nelle sue strutture che si trovano vicino agli uffici governativi.

L'ospedale ha nel suo logo i 4 caratteri cinesi della: virtù, dell'etica professionale, dell'abilità e della conoscenza specifica.

Quest'ospedale pubblico no-profit appartenente allo Stato, terziario di classe A e anche assicurato, è situato vicino al Tempio del Cielo. La struttura nata nel 1915 ha una lunga storia, gli operatori sanitari che operano al suo interno, come ci ha confermato in seguito la direttrice del Dipartimento di Nursing, sono molto orgogliosi di lavorare per una struttura così prestigiosa associata ad una delle



Foto 5: Peking University Outpatient Building



Foto 6: Peking University First Inpatient Department Women and Children's Hospita

università più famose della Cina e del mondo intero.

I 1206 infermieri dell'ospedale e delle strutture affiliate rappresentano il 39,6% (attenzione contro il 24% nazionale) e sono impiegati in tre settori principali: clinico formativo e di ricerca.

La qualità della pratica clinica è alta, come abbiamo visto con i nostri occhi in seguito, e le unità operative molto ben curate dal punto di vista alberghiero e del comfort.

Nell'ospedale sono presenti 1 Direttore infermieristico 12 Responsabili di area infermieristica ed 86 coordinatori gestionali.

La maggior parte degli infermieri come del resto in tutta la Cina sono di genere femminile, la percentuale di maschi è bassissima circa l'1-2%. Il livello educativo degli infermieri che hanno il percorso extrauniversitario è superiore al 90% (bisogna ricordare che in Cina solo i più meritevoli possono accedere all'università). Uno degli obiettivi che ci ha poi spiegato la Prof.ssa in Nursing Ding Jiang Ming è quello di elevare la percentuale di infermieri in tutta la Cina con il baccalau-

reato (5 anni di corso dopo il percorso di base di 12 anni).

L' Ospedale è diviso in 4 Strutture principali:

- 1) Donne e bambini;
- 2) Anziani, lungodegenti;
- 3 Non residenti nell'ospedale (soprattutto con malattie croniche);

4) Pazienti oncologici.

Per difficoltà logistiche ci è stato impossibile visitare tutte e 4 le strutture affiliate che si trovano anche distaccate l'una dall'altra. Nominato da poco dall'OMS ospedale amico dei bimbi tra poco avrà un nuovo edificio per il Pronto Soccorso e gli ambulatori.

L'ospedale affiliato all'Università possiede uno staff di 3010 persone di cui 700 (dei quali 400 professori e assistenti) medici e 1200 infermieri circa. Ha 60 unità operative, 1487 posti letto e 36 cliniche dipartimentali. Nell'ospedale si hanno quasi 38.000 ricoveri/anno e si eseguono, in media, circa 15.000 interventi chirurgici l'anno. La formazione universitaria medico-infermieristica è iniziata dal 1977 e molti infermieri vengono da fuori Pechino per effettuare una formazione avanzata.

Nell'Impero di Mezzo, dal punto di vista infermieristico, ci spiega *Ms. Xuying*, esistono 2 percorsi per diventare infermiere:

- con un percorso triennale dopo un percorso di scuola secondaria superiore;
- attraverso il Baccalaureato, corso della durata di 5 anni universitario di cui l'ultimo anno dedicato completamente al tirocinio pratico.

Nella Bejing Medical University alla ricerca sono destinati molti fondi economici e sono stati prodotti più di 1206 articoli di ricerca dal 1977 e più di 100 di questi li possiamo trovare nei database di riviste indicizzate a livello internazionale.

Indi, ha preso la parola la Dott.ssa in Nursing *Ding Jiang Ming*, Direttrice appunto del Dipartimento di Infermieristica del 1° Ospedale dell'Università di Pechino.

Ha presentato lo staff infermieristico che era composto da infermiere provenienti da varie realtà operative: medicina interna, pediatria, nefrologia, chirurgia, malattie infettive, etc..

Alcune di queste infermiere indossavano una divisa rosa senza camice che diffe-

renziava la loro appartenenza ad unità operative per pazienti critici, inoltre, per le coordinatrici gestionali era presente una striscia blu sul copricapo.

La prof.ssa *Ding Jiang Ming* ha trattato diversi aspetti della situazione dello sviluppo del nursing in Cina. Dal 1950 ad oggi il numero di infermieri è passato da poche migliaia di unità ad oltre 1.400.000



e costituisce il 24,6% del personale ospedaliero totale dell'intera nazione. Il lavoro infermieristico dapprima incentrato unicamente sulla patologia, oggi ha spostato verso l'assistenza olistica alla persona il suo focus, lo spirito di servizio è, quindi, incentrato attorno alla persona umana sotto tutti gli aspetti (sociale, spirituale, religioso, culturale, etc..)

La formazione infermieristica una volta non universitaria è oggi universitaria ed è presente una formazione post-base infermieristica che offre titoli di nursing specialistico clinico: cure palliative, infermieristica di comunità, riabilitazione ed educazione alla salute, area critica, assistenza al diabete, alle stomie, ai trapianti, in camera operatoria, in oncologia.

Per ciò che concerne l'organizzazione e la gestione della salute in Cina chi pensa che tutto è statalizzato ha in mente la Cina di alcuni anni or sono, dal 1994 in poi ci sono ospedali privati e ospedali pubblici con unità operative a pagamento dove il cittadino usufruisce di servizi





Foto 7-8-9: Saluti tra delegazioni presso la Bejing Medical University



Foto 10: Foto di gruppo presso la Bejing Medical University

migliori se ha gli yuan per pagarsi una qualità alberghiera e assistenziale migliore. Altra cosa abbastanza sorprendente è stato constatare che tutti i contratti infermieristici sono di tipo privatistico con l'istituzione di riferimento e non esistono modalità di concorso pubblico per gli infermieri. Lo stipendio medio di un infermiere cinese varia tra 200/300 euro-mese, contro i 400-500 euro-mese del medico. Se un infermiere possiede delle specializzazioni cliniche lo stipendio è superiore.

E' assolutamente vietato e stigmatizzato moralmente l'accettare ricompense economiche extra dai pazienti. Di media un infermiere esegue turni di 8 ore al giorno per circa 40 ore/settimana. La tutela lavorativa da questo punto di vista lascia abbastanza a desiderare, non esistono sindacati infermieristici e passando a descrivere quello che abbiamo osservato nelle grandi fabbriche di seta o ceramica le condizioni di lavoro per alcuni adolescenti impegnati in queste attività erano abbastanza dure.

Nel Bejing Medical Hospital il tasso di infezioni varia tra il 6 e l'8% e il problema della carenza infermieristica non esiste in quanto contro la media nazionale del 24% di infermieri nelle strutture ospedaliere della Bejing Medical University il tasso infermieristico si attesta intorno al 39%.

La Cina è composta da 30 Provincie che hanno approsimativamente il ruolo che hanno le Regioni nella nostra penisola ed a livello provinciale è previsto un ente statale (un Ordine Regolatore) che permette la registrazione del personale sanitario in genere e del personale infermieristico in particolare. Senza registrazione non si può esercitare la professione infermieristica. Alla fine dei percorsi formativi l'esame di abilitazione all'esercizio professionale è obbligatorio, si tiene una volta l'anno nella stessa data in tutta la Cina presso il Ministero che potremmo chiamare della Salute.

Dopo la relazione del Presidente del Collegio Ipasvi di Roma Dott. Gennaro Rocco che ha presentato magistralmente la situazione universitaria e di progressione di carriera del nursing in Italia, la direttrice del *nursing department* ha augurato una felice continuazione di



Foto 11: Chengde Medical College aula Magna

viaggio alla nostra delegazione ed ha concluso sperando in un più proficuo scambio culturale tra i nostri due paesi. Dopo aver visitato alcuni templi tipici di Pechino come il famoso Palazzo d'Estate residenza estiva dell'imperatore, abbiamo visitato il Nursing Department del Chengde Medical College, istituito nel 1945 nella Provincia di Hebei a circa 300 Km. da Pechino, dove la Direttrice della formazione infermieristica dell'Ospedale di Chengde: Wang Yunhua (Lynn in inglese), ci ha accolto con uno stuolo di coordinatrici infermieristiche in maniera sontuosa facendoci trovare addirittura uno striscione di accoglienza nella Sala Magna del nosocomio con sopra scritto "Nurses Italian Federation".

La Direttrice ha illustrato, con dovizia di particolari, la situazione del nursing in Cina. La formazione infermieristica in Cina è iniziata nel 1888 più di 118 anni or sono. Alla fine del 2004 nella terra dei Ming erano presenti circa 1.300.000 infermieri, su circa 5 milioni di ufficiali della salute (medici, infermieri, etc.) e 103 nursing college offrivano, alla fine del 2003, il corso di Bachelor in Nursing. In ogni regione della Cina, paese vastissimo, esiste una diversa impostazione storico-culturale per l'interpretazione della scienza infermieristica. I concetti cardine della nostra scienza, comunque, sono sottolineati dall'importanza che assume l'ambiente nel quale avviene lo scambio dialogico tra le esperienze particolari di quell'infermiere e di quel individuogruppo-comunità al fine di erogare un'assistenza sempre più efficace, efficiente, appropriata, tout court, di qualità. La maggior parte degli infermieri in



Foto 12: Convegno Chengde Medical College

Cina per ragioni storico culturali è di sesso femminile, il 18% degli infermieri ha meno di 25 anni e il 45% tra i 35 e i 45 anni.

Per ciò che concerne la differenziazione dei ruoli professionali il sistema cinese rispecchia quello anglosassone statunitense dove si possono trovare *nurse*



Foto 13: Saluti di commiato presso il Chengde Medical College

managers, nurse practitioners, registred nurses, licensed pratical nurses, clinical specialist nurses. Certamente la percentuale di infermieri con il Diploma in Nursing dopo la scuola secondaria è elevatissimo. Tra le discipline maggiormente rappresentate nella formazione di base abbiamo i "Common basic courses" con matematica, statistica, inglese, informatica e le altre discipline trasversali di base, i "Professional basic courses" con le materie specifiche di clinica infermieristica e le discipline storico pedagogiche con un particolare interesse per il nursing.



Foto 14: Foto di gruppo presso il Chengde Medical College

Indi ha preso la parola la Direttrice del Dipartimento infermieristico dell'ospedale Whon Ein Siache ha illustrato la situazione strutturale e funzionale dell'ospedale di Chengde.

Questo Ospedale, composto da 38 Unità operative (medicina interna, chirurgia generale, otorino, pediatria), ha mediamente 30 posti letto e 20 Infermieri in organico per unità operativa, ed è dotato di circa 1200 posti letto. Fondato nel 1949 prima della Rivoluzione culturale maoista era un ospedale a carattere provinciale, oggi è centro di eccellenza nazionale.

Ogni anno l'ospedale, che è in espansione con nuove stanze di degenza e un nuovo ampio parcheggio esegue più di 22.330 interventi, sono presenti più di 1250 ufficiali di salute tra cui più di 500 infermieri e il nosocomio può vantare unità operative ad alta specialità tra cui tutto un blocco dedicato alla terapia intensiva.

Nell'Ottobre 2005 ha ottenuto la certificazione ISO 9001.



Foto 15: Chengde Medical College: unità operative

Inoltre, molto sentiti sono i confronti nazionali ed internazionali per permettere una maggiore conoscenza delle dinamiche infermieristiche internazionali e migliorare il servizio; tanto e vero che 20 infermieri del nosocomio sono andati in continuous professional development in Giappone, e Hong Kong nel 2006 e tre delegazioni sono state accolte negli ultimi anni (una di queste proprio dall'Italia!).

Alla fine dell'incontro il Presidente Gennaro Rocco ha illustrato la formazione degli infermieri in Italia ed il gruppo dopo aver ringraziato per l'accoglienza si è diretto in quel di Shanghai città cosmopolita e stravagante ma anche tradizionalmente cinese, è la città dove il fascino del vecchio mondo si incontra con l'energia scintillante della modernità. (la New York della Cina come la chiamano gli autoctoni anche a causa degli innumerevoli grattacieli che si possono



Foto 16: Shuguang Hospital affiliato alla Traditional Chinese Medical University a Shanghai



Foto 17: Convegno presso lo Shuguang Hospital a Shanghai

trovare in questo straordinario centro urbano).

L'11 giugno 2007, a circa 15-20 Km dal centro di Shanghai, dopo un tragitto



Foto 18: Scambio di saluti presso lo Shuguang Hospital a Shanghai tra il Dott. Rocco e il Dott. Yuandong Sheng

mattutino di intenso traffico per uscire da una città che conta circa 18 milioni di abitanti, abbiamo visitato lo "Shangai Shuguang Hospital", una struttura ospedaliera che si staglia architettonicamente con un grande monoblocco quasi a ferro di cavallo costituito 7 piani, al quale sono collegati altri 2 più piccoli padiglioni, uno di degenze a pagamento e un altro dove è situato un bellissimo Centro di formazione, riunioni ricerca scambi, denominato Vip Building. L'intera struttura appare estremamente moderna, dotata di ampi spazi sia esterni che interni, quasi tutta con vetri per far entrare più luce possibile. L'ospedale sorge nel 1906 e solo dal 1960 appare come lo vediamo per via della fusione con un altro ospedale vicino. I posti letto sono complessivamente ben 1320. Ci viene riferito immediatamente che noi stiamo visitando la struttura periferica, dato che esiste una seconda sede dello ente, appartenente sempre stesso



Foto 19: Foto di gruppo presso lo Shuguang Hospital a Shanghai

all'Università di Shangai, la quale è situata nel centro della città. La struttura fu una delle prime a praticare la medicina tradizionale cinese già dall'anno in cui sorse.



Foto 20: Trattamenti fitoterapici tradizionali cinesi allo Shaguang Hospital a Shanghai

Il nostro gruppo era atteso dalla delegazione cinese costituita da un folto gruppo di ordinate infermiere, tutte rigorosamente in divisa e con un'età media assai giovane, assenti gli uomini. Erano pretutte le autorità senti ufficiali dell'Ospedale ed in particolare il Presidente Dr. Yuandong Shen, il Direttore sanitario e quello amministrativo, il Direttore della collaborazione internazionale, il Responsabile dell'agopuntura, nonchè la Responsabile del Dipartimento dell'Assistenza Infermieristica, signora Zang, rigorosamente in divisa anche lei. La cornice appariva quella di un evento eccezionale, ben accolti nel Vip Building, dinanzi al quale ci facciamo le foto di rito su sollecitazione della stessa Delegazione cinese.

Dopo la presentazione ufficiale della Delegazione infermieristica italiana da parte del Presidente, Dr. Gennaro Rocco ha preso la parola il Presidente, Dr. Yuandong Sheng, il quale ci ha presentato lo Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University Traditional Chinese Medicine e ci ha illustrato le caratteristiche pratiche e i vantaggi della medicina tradizionale cinese mediante una ricca presentazione multimediale dal titolo inglese Practical Characteristics and Advantages of Traditional Chinese Medicine.

La medicina tradizionale cinese vanta lunga tradizione ed origini antiche. Si tratta per lo più di pratiche derivate da antiche scienze, assolutamente diverse dalle scienze moderne che basano quasi tutto su recenti acquisizioni e innovazioni tecnico-farmacologiche in campo medico assistenziale.

Nella medicina tradizionale cinese si fondono tra loro le scienze naturali e la filosofia, le credenze e le teorie olistiche. Alla base dell'universo agiscono 2 forze cosmiche Yang e Yin, rispettivamente positiva e negativa. Yang è l'elemento attivo maschile, caratterizzato dal caldo, dalla luce, dalla salute e dalla vita, mentre Yin è l'elemento passivo o femminile, caratterizzato dal freddo, dall'oscurità, dalla malattia e dalla morte. Tutto ciò che avviene nel mondo è il risultato degli equilibri esistenti tra queste due forze, le quali governano i 5 elementi: legno, fuoco, terra, metallo e acqua. Per ciò che concerne il corpo a questi 5 elementi corrispondono 5 organi: cuore, polmoni, rene, fegato e milza. Da questi dipendono a loro volta altri 5 organi che sono: intestino tenue, crasso, uretere, vescica e stomaco. Il numero cinque esercita un fascino particolare lo si può considerare una sorta di numero magico. Nelle antiche dinastie esistevano, infatti, 5 specie di malattie, 5 specie di dolore, 5 specie di lesioni, 5 specie di farmaci o di emozioni, Secondo Lao Tze, fondatore del Taoismo, vissuto nel 600 a.C., che ha profondamente influenzato la storia dell'arte medica in Cina, lo spirito del mondo (Tao) entra nel corpo attraverso l'aria e gli alimenti per spostarsi in un complesso siste-



Foto 21: Trattamento di Agopuntura a livello ambulatoriale



Foto 22: Anestesia tramite agopuntura

ma di arterie, dotti e nervi In realtà da un punto di vista pratico per le diagnosi delle diverse malattie venivano messi in atto 4 metodi:

- Osservazione;
- Auscultazione:
- Inchiesta;
- Palpazione del polso.

Il numero magico 5 coinvolgeva anche la terapia, tanti erano i suoi scopi:

- 1) Curare lo spirito;
- 2) Nutrire il corpo;
- 3) Somministrare medicamenti;
- 49 Trattare l'organismo come un tutto unico;
- 5) Praticare l'agopuntura.

Tuttavia grande importanza veniva data e viene data ancora tutt'oggi alla *Prevenzione.* Nell'Ospedale esiste un vero e proprio Dipartimento di Prevenzione basato sulla medicina tradizionale cinese dove si effettuano ricerche, indagini, progetti ed interventi di prevenzione sia primaria che secondaria. I vantaggi indiscussi della medicina tradizionale cinese sono legati a:

1) trattamento individualizzato, vale a dire che persone diverse hanno diverse reazioni alla stessa malattia. Il concetto è ben diverso da quello della medicina occidentale dove si cura spesso la malattia e non l'individuo. L'Aspirina verrebbe fornita a tutti per il raffreddore. In Cina se 5 persone hanno il raffreddore avranno tutte un trattamento diverso! La domanda spontanea è: vi è maggiore efficacia? Secondo quanto esposto Nell'ospedale di Shanghai sono stati analizzati diversi casi di tumori, nefropatie, malattie epatiche, fratture, etc.. In particolare è stata effettuata una ricerca con studio randomizzato a fondo cieco su 225 pazienti, 195 sottoposti a biopsia epatica. Vi è stata una regressione della fibrosi nel 58% dei casi con l'utilizzo della medicina tradizionale cinese. Anche l'EBM come ci confermano numerosi studi internazionali supportano l'uso della medicina tradizionale!!

- Minori effetti collaterali e maggior tolleranza.
- 3) Possibile utilizzo dell'agopuntura in campo anestesiologico
- 4) Medicina tradizionale cinese *più eco-nomica* e meno dispendiosa. Vengono forniti in proposito i dati ufficiali dell'anno 2006 dai quali traspare che nell'Ospedale il budget di spesa maggiore è per la medicina occidentale sia che si tratti di pazienti ricoverati, che per quelli in regime ambulatoriale.

Lo sviluppo della medicina tradizionale cinese rimane legato all'educazione scolastica e all'aggiornamento del personale sanitario. Inoltre vi è un settore della ricerca che si occupa anche di

innovazione in questo campo. Per ottenere una maggiore efficacia dei trattamenti si tenta anche di coniugare gli antichi principi della medicina tradizionale cinese con la moderna tecnologia della medicina occidentale!

Ma la terapia non è solo agopuntura, moxabustione o massaggi. Tante sono le erbe medicinali ancor'oggi utilizzate. Per fare qualche esempio delle tantissime erbe medicinali utilizzate e presenti nella farmacia interna dell'Ospedale troviamo: Huan chaing-San conosciuta come Erba dolce del verme del legno ed usata contro la malaria oppure Dan Sheng meglio conosciuta come Salvia e tutti i suoi derivati ed ancora l'Oing Hao meglio conosciuta come *Artemisia volgaris* che si utilizza applicandola assieme al calore sulle parti malate; le vescichette che si formano sulla pelle avrebbero un effetto curativo infallibile e infine tanti altri trattamenti fitoterapici provenienti da alghe, dalle radici del ginseng, etc..

I lavori sono proseguiti con la Direttrice del Dipartimento infermieristico, signora Zang. La nostra collega cinese si dice molto contenta di vederci e ci illustra alcuni aspetti relativi alla formazione e all'esercizio della professione infermieristica in Cina.

A Shanghai esistono ben 432 Ospedali e vi lavorano complessivamente 38.000 infermieri. In questo caso il rapporto con la popolazione è 2,79:1000, media più alta di quella nazionale.

In Cina vi sono 134 milioni di persone con più di 60 anni cioè più del 10% dell'intera popolazione (percentuale destinata al progressivo aumento annuale del 3%). Aumentano di conseguenza le malattie legate alla senescenza.

Nell'ospedale su 1320 posti letto potenziali circa 1000 sono effettivamente utilizzati.

La struttura possiede 40 distinti reparti nei quali lavorano 613 infermieri (4 Direttori, 4 Capo-Dipartimento, 40 Coordinatori infermieristici e 565 Infermieri con funzioni di assistenza diretta).

Dei 613 infermieri sono pochi quelli con titolo universitario. Sappiamo che gli infermieri appartengono diverse fasce: 1) quelli laureati (nell'ospedale sono circa una dozzina); 2) quelli con titolo di scuola media superiore (di cui 80 sono specializzati) costituiscono la stragrande maggioranza.

Nell'Ospedale esistono uffici dedicati alla programmazione, al controllo, alla formazione, all'aggiornamento e alla ricerca. Attive sono le procedure di accreditamento internazionale. Ogni anno vengono pubblicati mediamente 100 articoli su riviste, e vengono effettuate circa 10 ricerche scientifiche.

Uno dei principali obiettivi dell'ospedale è quello di aumentare il livello della formazione. Riprendendo le dichiarazioni dell'OMS la formazione deve essere indirizzata: sulla clinica (di base e specialistica), sulla Formazione ed il Management (equivalente alle funzioni di amministrazione e gestione delle risorse umane), sugli ospedali di quartiere (per consulenza, per le scuole, per le associazioni, ecc...) ed infine nell' educazione scolastica.

Le speranze del futuro illustrate dalla signora Zang sono:

- 1) Implementare gli scambi internazionali:
- 2) Iniziare la libera professione;
- 3) Aumentare il livello formativo con

- l'auspicio della formazione universitaria non più appannaggio di poche infermiere:
- Aumentare il livello formativo anche tramite una maggior offerta di corsi di specializzazione;
- 5) Maggiore attenzione al sociale in particolare al problema anziani;
- 6) Aumentare il legame con la medicina tradizionale cinese.

Dopo un colazione di lavoro ben organizzata a metà mattinata i lavori sono proseguiti con il dibattito avviato dalla collega Bonometti la quale ha chiesto se esisteva un follow up per i pazienti affetti da tumore trattati con la medicina occidentale e per quelli trattati con la medicina tradizionale cinese per fornire evidenza sulla differente efficacia dei 2 trattamenti.

Nella risposta fornita dal Dott. Yuandong Sheng pare di intuire che non ci siano studi ed evidenze su questo tema, almeno nell'Ospedale di Shanghai, anche se viene ribadita la differenza di approccio: la medicina tradizionale cinese non uccide il tumore ma aumenta le difese dell'uomo, differentemente dall'obiettivo principale di chemio e radioterapie.

La collega Ciofanelli Elisabetta di Roma ha chiesto, inoltre, se nella formazione infermieristica fosse previsto l'insegnamento delle tecniche della medicina tradizionale cinese e se successivamente l'infermiera potesse praticarle anche autonomamente.

La signora Zang rispondeva che negli studi universitari esistavano corsi su questi argomenti, ma che le infermiere non potevano praticare tecniche di agopuntura, semmai potevano controllarne gli effetti.

Il Dr.Rocco a conclusione del magnifico incontro di arricchimento culturale a sua



Foto 23: Farmacia tradizionale fitoterapica dello Shuguang Hospital a Shanghai

volta ha chiesto quale fosse lo sviluppo della medicina cinese: più verso l'occidente o più verso la medicina tradizionale? Pur senza poter fare previsioni il Dott. Yuandong Sheng rispondeva che la percentuale di popolazione che si rivolgeva a metodiche tradizionali stava comunque aumentando, soprattutto per ciò che concerneva la prevenzione.

A questo punto la Conferenza termina con ringraziamenti e doni ufficiali, foto e cerimoniale.

La visita proseguiva con un tour dell'Ospedale durante il quale è stato possibile anche vedere all'opera operatori sanitari che praticavano le tecniche della medicina tradizionale cinese, visionare la distribuzione di erbe e medicamenti presso la farmacia interna, del nosocomio.

Abbiamo saputo in seguito dal Dott. Yuandong Sheng che sarebbe venuto a Roma nelle settimane seguenti a presentare la medicina tradizionale cinese all'Istituto Superiore di Sanità

L'incontro ha permesso un fecondo scambio di arricchimento istituzionale tra Italia e Cina con un successivo accordo di scambi e collaborazione; tutto ciò ci ha fatto comprendere ancora una volta che il futuro di collaborazione tra culture per il bene del cittadino è il fine ultimo e più importante per tutti gli operatori sanitari di qualsiasi latitudine.

in pillole

IPERTENSIONE, ASSOLTO IL CAFFÈ

La novità arriva da uno studio olandese che assolve pienamente il caffè dall'accusa di provocare ipertensione. I ricercatori dell'università di Utrecht sono riusciti a dimostrare che la bevanda mattutina preferita dagli italiani non nuoce alla salute delle persone sane. Ma non solo: chi ne assume più di sei tazzine al giorno, specialmente se donne, potrebbe addirittura correre un minore rischio di pressione alta rispetto ai consumatori "occasionali". Per giungere a tale conclusione, gli esperti hanno

seguito per 11 anni un gruppo di 6.400 uomini e donne, che all'inizio dello studio avevano in media 40 anni. I partecipanti hanno compilato questionari sulla loro dieta, sugli stili di vita e sullo stato di salute. Fra le donne, è risultato che le più accanite consumatrici di caffè correvano un pericolo minore di soffrire di ipertensione rispetto a quelle che ne facevano un uso moderato; mentre tra gli uomini il rischio di pressione alta non cambia in base al numero di tazzine consumate ogni giorno. Il motivo alla base del fenomeno sarebbe da ricondurre al fatto che i forti consumatori di caffè svilupperebbero una sorta di tolleranza nei confronti della caffeina e della sua proprietà ipertensiva.

CONCLUSA CON SUCCESSO A ROMA LA CAMPAGNA NAZIONALE DI ORIENTAMENTO ALLA PROFESSIONE

Infermiere. Protagonista della vita vera

i è conclusa a Roma, con la conferenza stampa finale svolta nella sede del Collegio Ipasvi, la grande campagna nazionale "Infermiere. Protagonista nella vita vera", promossa da Ministero della Salute, Ministero dell'Università e Federazione IPASVI per orientare i giovani verso la professione infermieristica.

La campagna, realizzata in collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione, ha coinvolto direttamente circa 20.000 studenti degli ultimi anni delle scuole superiori (circa 1.000 nel Lazio) con l'obiettivo di promuovere le iscrizioni ai corsi di laurea in Infermieristica.

Nel mese di maggio, in numerosi istituti di Roma e in altre 41 città italiane, si sono svolti 200 incontri di sensibilizzazione e orientamento tenuti da infermieri e studenti dei corsi di laurea. Nell'arco di un mese sono stati distribuiti 400.000 depliant. Inoltre, il sito Internet creato appositamente per la campagna (www.infermiereprotagonista.it) ha già registrato oltre 15.000 contatti e resterà attivo fino alla fine di ottobre. Sul sito è tuttora aperto un forum molto dinamico in cui vengono fornite informazioni sui corsi di laurea e della professione.

La campagna, inaugurata dal Ministro della Salute Turco il 24 aprile e chiusa a Roma il 25 maggio, si è articolata anche attraverso i media. Ha avuto un vasto eco sulla stampa, in particolare sulle testate locali. Sui network radiofonici più ascoltati dai ragazzi sono stati trasmessi annunci quotidiani per una platea di circa 1 milione di giovani fra i 18 e i 24 anni. E' stato infine prodotto un breve



video che illustra le opportunità offerte dalla professione.

Il numero record di contatti e l'interesse mostrato dai ragazzi lascia sperare che già dal prossimo anno accademico le iscrizioni possano registrare un aumento consistente. D'altronde, l'emergenza infermieristica fornisce un quadro preoccupante e prospettive molto incerte, con l'attività di molti reparti e servizi in grave difficoltà. E anche il Lazio è fortemente esposto al rischio che la crisi precipiti.

I dati dell'emergenza infermieristica e quelli con cui si è chiusa la campagna nazionale di orientamento alla professione sono stati illustrati nella conferenza stampa del 25 maggio scorso. Vi hanno preso parte il presidente del Collegio Ipasvi di Roma Gennaro Rocco, la professoressa Rosaria Alvaro dell'Università di Tor Vergata, la dirigente dell'Ufficio scolastico provinciale di Roma Livia Brienza e la responsabile dell'Ufficio stampa della Federazione nazionale Ipasvi Emma Martellotti, che ha illustrato le modalità di svolgimento della campagna e i suoi risultati.

«Affrontare l'emergenza - ha spiegato il presidente Rocco - significa sbloccare assunzioni e concorsi, utilizzare in via prioritaria le prestazioni aggiuntive degli infermieri, estendere il ricorso alla libera professione intramoenia, attivare contratti a termine senza attendere le lungaggini dei concorsi. Ma anche investire sulla formazione e sulla comunicazione

per avvicinare i giovani alla professione. Altrimenti l'emergenza è destinata a restare tale. I primi risultati di questa campagna fanno sperare in un cambio di tendenza».

Sulla necessità di investire maggiori risorse sulla formazione si è soffermata la professoressa Alvaro: «I quattro poli formativi della capitale (Università Campus Biomedico, Cattolica del Sacro Cuore, La Sapienza e Tor Vergata) sarebbero disponibili ad accogliere più iscrizioni e quindi ad allargare le sezioni di studio, ma mancano le risorse per attuare il progetto» ha sottolineato.

Nella conferenza stampa inaugurale della campagna, il ministro Turco ha assicurato che il Servizio sanitario nazionale scommette proprio sugli infermieri: «Considero l'infermiere un protagonista assoluto e un alleato prezioso nella costruzione di una fase nuova del sistema sanitario che metta al centro il cittadino. la qualità e la sicurezza. La Sanità italiana - ha aggiunto - ha bisogno di giovani che si avvicinino a questo percorso professionale con entusiasmo e passione, apprezzandone fino in fondo potenzialità e valore reale, al di là di ogni retorica. Si tratta di un'esigenza per il sistema, che non può consentirsi quasi nessuno degli sviluppi che ha messo in cantiere per il suo futuro prossimo senza contare su un profilo e un ruolo rinnovati e innovati della professione infermieristica».

in pillole

BSE: LO STUDIO DEL PRIONE PARLA ITALIANO

E' nato in Italia, alla Sissa di Trieste, un nuovo laboratorio di neurobiologia per studiare il prione della "mucca pazza" (Bse). La Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati ha infatti istituito il Prion Biology Laboratory, attrezzato per sviluppare nuove ricerche sugli agenti responsabili nell'uomo del morbo di Creutzfeld-Jacob. L'obiettivo è capire il mec-

canismo molecolare che regola la replicazione del prione, la proteina che, pur essendo priva di Dna o Rna, acquista la capacità di replicarsi, accumulandosi nelle cellule celebrali. L'aspettativa della comunità scientifica internazionale è che la conoscenza delle basi molecolari dell'alterazione del prione possa permettere di individuare una terapia efficace contro il morbo e fornire nuove prospettive terapeutiche per altre malattie neurodegenerative come l'Alzheimer e il Parkinson, che presentano meccanismi analoghi di alterazione del cervello.

CARENZA INFERMIERISTA: AL SAN FILIPPO NERI SCOPPIA IL CASO. LETTERA APERTA DEL PRESIDENTE DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA ALL'ASSESSORE ALLA SANITA' DELLA REGIONE LAZIO

Se non facciamo il miracolo...

uanto accaduto alla fine dello scorso giugno all'ospedale San Filippo Neri di Roma, con le sedute operatorie sospese per l'elevato numero di infermieri in malattia, non è affatto nuovo. Vicende analoghe si sono già verificate in passato, poco prima anche all'ospedale Grassi di Ostia. E, c'è da scommettere, se ne verificheranno ancora.

Al di là della responsabilità di ciascun operatore coinvolto e del disagio causato ai cittadini, non si può non riconoscere che, specie in coincidenza con il periodo delle ferie estive, i pochi colleghi in servizio siano sottoposti a uno sforzo insostenibile.

In molte strutture sanitarie, pubbliche e private, garantire i livelli minimi di assistenza vuol dire caricare sulle spalle degli infermieri turni massacranti e ripetuti, oneri di lavoro impropri e pesanti, stress e fatica a dosi massicce. Anche lì dove proprio in estate gli ospedali "scoppiano".

Non stupisce allora che alcuni colleghi accusino il colpo. Se poi questo accade in strutture dove l'assenza dal servizio di una manciata di infermieri genera il blocco dell'attività, lo sguardo va rivolto piuttosto alla drammatica carenza degli organici infermieristici.

L'emergenza è ancora lì, sempre più pesante si ripropone tutto l'anno e ancor di più in estate. D'altronde, gli impegni assunti a più riprese in sede politica non si sono mai tradotti in realtà. Ne però gli infermieri hanno mai smesso di invocare un cambio di rotta, investendo davvero sull'assistenza.

E' il senso della lettera aperta che, all'indomani dei fatti del San Filippo Neri, il presidente del Collegio Ipasvi di Roma Gennaro Rocco ha indirizzato all'Assessore alla Sanità della Regione Lazio Augusto Battaglia.

Eccola di seguito.

Egregio Assessore,

prendo spunto dagli ultimi avvenimenti che, al San Filippo Neri come al Grassi, ripropongono con forza la grave carenza di personale infermieristico negli ospedali di Roma e del Lazio. Le sottopongo perciò alcune brevi considerazioni unitamente a un accorato appello ad intervenire con urgenza.

Come ogni estate, con l'avvento delle ferie, la già grave emergenza esplode con toni drammatici. E' accaduto da ultimo al San Filippo Neri, ma la stessa condizione rischia di verificarsi presto in molti altri presidi.

Sulla vicenda che ha condotto al blocco delle attività operatorie, il Collegio che rappresento non si esprime nelle more degli accertamenti avviati dalle autorità competenti. Tuttavia è d'obbligo rimarcare come certe situazioni possano scaturire anche da condizioni di lavoro particolarmente difficili.

Le ferie estive fanno saltare un equilibrio già molto precario. I pochi infermieri in servizio sono costretti sobbarcarsi oneri di lavoro incredibili, turni massacranti e consecutivi, responsabilità aggiuntive, frutto spesso di "precettazioni" indispensabili a garantire il livello minimo di assistenza e la stessa operatività di reparti e servizi.

Proprio la Regione Lazio calcola in oltre 4 mila gli infermieri che mancano all'appello nelle piante organiche delle sole strutture pubbliche. E neppure il ricorso agli infermieri extracomunitari è più in grado di arginare l'emergenza.

Il problema va sfrontato in modo strutturale, con determinazione e tempestività. Da qui Le rinnovo l'invito ad intervenire per quanto nelle Sue possibilità operative. Sulla base degli impegni da Lei assunti con il Coordinamento del Collegi IPASVI del Lazio all'atto del Suo insediamento, Le ribadisco la necessità di disporre una serie di azioni urgenti: sbloccare assunzioni e concorsi quantomeno per coprire il turnover, utilizzare in via prioritaria le prestazioni aggiuntive degli infermieri, estendere il ricorso alla libera professione intramoenia, attivare contratti a termine senza attendere le lungaggini dei concorsi.

Occorre inoltre investire risorse ed energie sulla formazione e sulla comunicazione per avvicinare i giovani alla professione infermieristica. Servono più posti nelle sedi di formazione convenzionate con l'università e va regolata con urgenza la questione dei fondi; molte di queste non ricevono finanziamenti da anni, alcune hanno chiuso e altre rischiano di farlo presto. Si tratta di fondi che la Regione non deve ascrivere al capitolo delle spese ma a quello degli investimenti, per poter garantire ai cittadini servizi adeguati nel numero e nella qualità.

Gli infermieri, egregio Assessore, Le chiedono uno scatto, La invitano ad osare, ad attivarsi per individuare una via d'uscita da una situazione non più sostenibile. Lo fanno principalmente a nome dei cittadini con i quali ogni giorno si rapportano direttamente, impersonando per questi il volto concreto della sanità.

Fiducioso in un Suo pronto intervento, La saluto cordialmente.

Il Presidente Gennaro Rocco

in pillole

ASMA, SFATATO IL MITO DEL MARE

Gli ultimi dati elaborati dal CNR, il maggior ente pubblico di ricerca italiano, infrangono una credenza antica quanto diffusa: che un soggiorno al mare sia quanto di meglio per curare l'asma. Al contrario, i dati epidemiologici del Centro Nazionale delle Ricerche attestano che non vi sono evidenze in questo senso e che anzi l'incidenza dell'asma è più ridotta nelle zone distanti dal mare. Studi recenti mostrano una relazione associativa fra i sintomi asmatici e il clima marino. La mappa nazionale della patologia prende in considerazione l'andamento nei sintomi asmatici da Nord a Sud: la presenza di asma aumenta con il diminuire della latitudine, con

la minore distanza dal mare e con i livelli di temperatura più elevati. Altri studi evidenziano inoltre una dissociazione fra la malattia e l'altitudine: i bambini residenti in montagna hanno una prevalenza di asma e un assenteismo scolastico per sintomi di asma due volte più bassa rispetto ai loro coetanei residenti in zone di mare. La causa degli effetti negativi del clima marino sull'asma potrebbe risiedere in almeno due elementi: la temperatura più elevata a livello del mare che favorisce alte concentrazioni di ozono, notoriamente associate a problemi respiratori e alla produzione di pollini; inoltre l'aerosol marino costituisce un veicolo ideale per il trasporto di materiale organico e inorganico dalla fase massiva del mare verso l'atmosfera, come pure fa da carrier per una serie di inquinanti atmosferici (alcani, idrocarburi policiclici aromatici, alcoli, tensioattivi).

SANIT 2007 - IL COLLEGIO DI ROMA ANCORA PROTAGONISTA

Guadagnare salute: il ruolo dell'infermiere

uadagnare salute ha un duplice significato: per il cittadino è un processo fondamentale che coinvolge anche il suo entourage familiare, quello amicale e l'intera società. Per gli infermieri è la sfida a raccogliere e trattare un bisogno forte con un modello di assistenza più vicina ai cittadini, accessibile e fruibile.

E' stato questo il tema attorno al quale si è sviluppato il convegno che insieme allo stand ha segnato la partecipazione del Collegio Ipasvi di Roma al SANIT 2007, la mostra dei servizi sanitari divenuta ormai un appuntamento annuale di rilievo internazionale. Il corso di aggiornamento, accreditato Ecm, ha scandagliato una figura professionale innovativa per il nostro sistema, ma già positivamente affermata in altri Paesi a sanità avanzata: l'infermiere di comunità.

Sul tema "Guadagnare salute: il ruolo dell'infermiere" si sono articolate relazioni diversi aspetti tecnici, etici e professionali che coinvolgono l'infermiere di comunità. Introducendo i lavori, la vicepresidente del Collegio Ausilia Pulimeno ha rimarcato come <gli infermieri si interroghino molto su come fornire i loro servizi professionali dove il cittadino ha più bisogno: sul territorio>. E che <il principio fondante è quello della continuità assistenziale e del "to care">.

Nella sua relazione su "Educare alla salute e al recupero della salute", la professoressa Loredana Sasso, presidente della FEPI e docente all'Università di Genova. ha illustrato le linee guida del nuovo Codice etico europeo, che ha definito <una pietra miliare per la professione infermieristica>. Ha poi affrontato i temi dell'educazione alla salute, dell'educazione terapeutica e del diritto di ognuno ad essere informato correttamente e per intero sul suo stato di salute. In guesto quadro, ha definito l'azione e la competenza infermieristica, rilanciando la <non facile sfida per introdurre la figura dell'infermiere di comunità nel nostro sistema sanitario nazionale che, fino ad oggi, ha riconosciuto solo il medico come figu-





ra centrale nel rapporto con il cittadino>. Il professor Pietro Quattrocchi, bioeticista, ha relazionato su "La responsabilità etica come risorsa umana e professionale", affrontando con efficacia il delicato tema dell'assistenza ai malati terminali. Nel ribadire il concetto della responsabilità etica, ha spiegato come questa si traduca <in gesti concreti, come ad esempio quello di rispondere alla chiamata attraverso il campanello anche se non se ne ha voglia o si è stanchi. La responsabilità è anche saggezza e solidarietà. Oggi il sistema non si comporta come tale ma come una cascata di responsabilità da attribuire a questa o quella figura professionale. Così però non funziona. Si deve puntare sulla responsabilità individuale degli operatori>.

La relazione di Maurizio Zega, dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, ha fornito con puntualità i supporti statistici sul rapporto fra ospedale e territorio e sulla loro integrazione. Concludendo che
bisogna ragionare su un'assistenza per livelli assistenziali e non più per patologie> e che le <cure intermedie rappresentano la vera cerniera tra il letto d'ospedale e la poltrona di casa. Per cogliere l'obiettivo serve una figura gestionale del sistema: il case-management. E servono risorse adeguate>. Ha infine presentato il

progetto di continuità che coinvolge la Asl RM/D e il San Camillo-Forlanini in collaborazione con il Collegio Ipasvi di Roma. La relazione conclusiva della dottoressa Maria Grazia Proietti, segretaria del Consiglio Direttivo del Collegio Ipasvi di Roma, ha esaminato più in dettaglio la figura de "L'infermiere nella comunità". Denunciandone l'applicazione ancora molto parziale, ha fornito i dati epidemiologici delle patologie croniche e delineato un trend di domanda assistenziale in netta crescita nei prossimi anni. A più riprese ha sottolineato come investire sull'assistenza territoriale comporti grandi benefici anche per il vacillante capitolo della spesa sanitaria. Ha quindi illustrato i modelli organizzativi di maggior successo in questo campo e i servizi che hanno nell'infermiere di comunità il loro protagonista.

La partecipazione di un pubblico attento e partecipe ha segnato il successo dell'evento, confermato dal buon esito del test di valutazione e dai giudizi positivi espressi dai partecipanti attraverso il questionario di gradimento.

Anche l'edizione 2007 del SANIT ha visto il Collegio in pole position. Grazie ai tantissimi colleghi che hanno visitato il nostro stand e seguito le nostre iniziative.

E LA STAMPA RACCOGLIE L'S.O.S.

Gli organi di informazione hanno registrato con grande risalto gli esiti e gli obiettivi della campagna nazionale di orientamento alla professione infermieristica. Quotidiani, periodici, notiziari radio-televisivi e molti siti web a carattere informativo hanno diffuso articoli e servizi inerenti la campagna e l'emergenza infermieristica che l'ha resa necessaria per aumentare il numero delle iscrizioni ai corsi di laurea.

La situazione di Roma e del Lazio ha destato particolare attenzione nei media, che hanno rilanciato l'ennesimo allarme lanciato dalla professione. Qui l'eco ottenuta fra le emittenti locali radio-televisive locali ha consentito una copertura capillare del territorio. Fra i molti servizi pubblicati sulla stampa, ne segnaliamo due di "segno" diverso, entrambi però concordi nel sottolineare la gravità della situazione: "Nel Lazio c'è penuria di infermieri - Grido d'allarme della Regione: ne mancano almeno cinquemila unità", di Guerino Vitali (Italia Sera del 26/5/2007) e "Infermieri più rari dei diamanti - Ne mancano 5 mila, ma la Regione non fa nulla per incentivare la formazione" di Tiziana Lapelosa (Libero del 26/5/2007).

Quanto all'informazione on line, segnaliamo il servizio pubblicato il 28/5/2007da Salute Europa Sito Web "Il Lazio ha bisogno di infermieri: conclusa a Roma una grande campagna nazionale rivolta ai giovani" e quello del 25/5/2007 apparso sul portale Virgilio.it "Sanità/Regione Lazio a corto di circa 5.000 infermieri".

I NUMERI DELL'EMERGENZA IN ITALIA E NEL LAZIO

Il fabbisogno di infermieri in Italia

Oggi in Italia gli infermieri professionali iscritti all'Albo sono circa 340.000 (337.994 nel 2006). Su una popolazione di oltre 58.400.000 abitanti (Istat 2005) ciò equivale a un rapporto di circa 5,4 infermieri per mille abitanti, contro i 9,8 della Germania, i 12,8 dell'Olanda o, addirittura, i 14,8 dell'Irlanda. Secondo i parametri dell'Ocse – che fissano in 6,9 infermieri per mille abitanti il rapporto ottimale per la regione europea – per soddisfare le esigenze dell'assistenza sanitaria italiana occorrerebbero almeno altri 60mila infermieri. Per colmare questo fabbisogno è fondamentale incentivare i giovani a iscriversi più numerosi al Corso di Laurea in Infermieristica, che da dieci anni rappresenta la porta di ingresso unica della professione. Molti ragazzi, infatti, non sono sufficientemente informati sulle opportunità che oggi offre la professione infermieristica: ciò si traduce in una incompleta copertura dei posti disponibili (85,5 per cento), fenomeno che riguarda soprattutto le regioni del Nord e, in parte, del Centro: nel 2006, a fronte di 13.653 posti assegnati, le immatricolazioni sono state 10.690.

LA SITUAZIONE NEL LAZIO

Nel Lazio, su una popolazione di 5.269.972 abitanti, gli infermieri iscritti all'Albo sono 33.105: secondo i parametri dell'Ocse, nella Regione mancano 4.675 infermieri. Il problema è aggravato dall'andamento delle immatricolazioni, dal momento che le nuove iscrizioni al corso di laurea in infermieristica (che è a numero chiuso e che nella Regione è attivato presso i poli formativi delle Università Campus Biomedico, Cattolica del Sacro Cuore, La Sapienza e Tor Vergata) non riescono a coprire i posti assegnati: nell'anno accademico 2006-2007 le nuove immatricolazioni sono state appena 2.225 a fronte di una previsione di 2.639 posti assegnati (che sarebbero comunque insufficienti a garantire il fabbisogno anche se venissero coperti al 100 per cento).

RECENSIONE

La ricerca infermieristica

L. D'Alesio, E. Vellone, M.L. Rega, C. Galletti, La ricerca infermieristica, Carocci Editore, Roma, 2007

a professione infermieristica, come la medicina, persegue l'acquisizione di nuove conoscenze e abilità attraverso lo sviluppo della ricerca teorica e applicata.

In Italia tale attività, recentemente favorita dall'inserimento della formazione in ambito universitario, è ancora modesta, ma sicuramente in grande crescita.

Questo manuale sulla ricerca infermieristica viene quindi incontro a varie esigenze. Innanzitutto il volume si rivolge a chi si accinge ad intraprendere la strada della ricerca nella professione infermieristica come approccio quotidiano di risoluzione di problemi e, prima di avventurarsi in un ambiente ignoto, deve dotarsi degli strumenti necessari per non creare disagi e danni ai pazienti.

Inoltre il volume si configura come strumento indispensabile nella formazione di base dei futuri infermieri, dei dirigenti dei servizi, di coloro che si interessano di formazione e di quanti desiderano acquisire conoscenze di base sul pensiero scientifico.

Il testo, suddiviso in sette capitoli, è idealmente strutturato in due parti. Nella prima parte, dopo un breve excursus storico e culturale sull'evoluzione del concetto di scienza, viene messo in evidenza come sia possibile passare dal dato alla conoscenza scientifica. La scienza moderna presenta molteplici aspetti e nel manuale vengono analizzate le peculiarità del sapere scientifico che coinvolgono la professione infermieristica.

Nella seconda parte vengono presentati

alcuni aspetti applicativi della ricerca infermieristica quali lo scopo, l'utilità e l'approccio etico.

Il libro, dopo aver descritto l'evoluzione storica della ricerca infermieristica in Italia, si conclude con una rassegna dei documenti nazionali ed internazionali riguardanti la ricerca infermieristica, tesa a mettere in luce le competenze che l'infermiere deve possedere per poter sviluppare la ricerca nei vari ambiti professionali.

Questo manuale, che introduce alla ricerca infermieristica, sarà di aiuto alle nuove generazioni di infermieri per inquadrare il campo d'azione, il ruolo e le responsabilità nei confronti dei pazienti e della società, e sarà di stimolo alla professione infermieristica per rivedere la prassi assistenziale sulla base dei dati ottenuti dall'applicazione del metodo scienti-



RECENSIONE

Strategie Sanitarie applicate alle Scienze Infermieristiche

Organizzazione, didattica e ricerca R. Alvaro, S. Amato, N. Barbato, M. Bozzi, M. Petrangeli, G. Rocco, L. Sasso

uesto testo o meglio questa "antologia" di contributi offre un quadro di riferimento chiaro, semplice, trasparente, limpido ma nello stesso tempo multitematico della strategie sanitarie applicate alla sanità e alle scienze infermieristiche in particolare. Emerge con chiarezza la bontà del progetto editoriale che vede tra i suoi autori e curatori le più importanti e competenti firme dell'infermieristica italiana. Il libro assume una valenza ancor più speciale e piena di valori etico-morali se pensiamo che tutti i proventi saranno destinati al finanziamento delle borse di dottorato in scienze infermieristiche!

Nella società complessa, plurale, dismorfica, dinamica, contemporanea si sta realizzando una rivoluzione copernicana della struttura organizzativa del nostro sistema sanitario e questa "antologia multitematica" con una semiotica semplice e concreta coglie a prima vista lo straordinario contributo che le scienze infermieristiche stanno sviluppando nel management, nella didattica e nella ricerca per mettere veramente il cittadino al centro del sistema delle cure e dell'assistenza e per renderlo protagonista del suo ben-malessere.

Sfogliando il testo si nota immediatamente un *fil-rouge* che parte dall'evoluzione legislativa delle professioni non mediche in Italia, per passare a descrivere nuovi modelli organizzativi in sanità e attività di core business della direzione strategica aziendale, per arrivare alla definizione di nuovi modelli assistenziali e di soddisfazione dei clienti, per concludersi con la descrizione dei processi di EBN e di ricerca correlati agli aspetti emergenti di natura bioetica, etica, deontologica e giuridica.

Last but not the least viene analizzata la contrattazione collettiva ed il rapporto di lavoro del personale non dirigente del comparto sanità.

Attraverso questo excursus strategico il discente navigherà in mondi talvolta sconosciuti ma con un quadro di concretezza concettuale costituito da saperi, regole criteri e metodi certi per avere un parametro stabile nella società del cambiamento continuo ed incessante.

Dott. Alessandro Stievano



L'angolo _{dei} media

opo la tempesta mediatica scatenata dal "caso Pirani" (di cui ci siamo ampiamente occupati nel numero precedente), gli organi di informazione sono tornati ad occuparsi degli infermieri in modo più consono e pertinente. Fino ad esaltarne le gesta professionali. Così dagli attacchi alla categoria del noto editorialista agli infermieri celebrati come esempio civile e professionale il passo è stato breve. Giusto il tempo di un mese, per toccare con mano quanto sbagliato sia il tentativo di dequalificare gli infermieri italiani e impedirne la crescita.

Ci ha pensato la cronaca a fissare la verità quando, il 21 giugno scorso, un incendio si è sviluppato nei sotterranei del policlinico Umberto I di Roma. Dai

media, scattati subito a caccia di... malasanità, si è levato un coro unanime: bravi gli infermieri. Lo hanno scritto e detto un po' tutti, dalle principali testate nazionali alle tv, dalle agenzie alla stampa specialistica: gli infermieri del policlinico sono stati perfetti nel gestire una situazione molto difficile, operando in modo da evitare vittime e da ridurre al minimo i disagi dovuti

alla chiusura di alcuni reparti. A caldo, i media hanno evidenziato, non senza toni enfatici, l'esempio di due colleghi che, feriti in modo lieve, si sono fatti medicare e sono subito tornati sul posto di lavoro per contribuire a gestire nel migliore dei modi l'emergenza. L'immagine pubblica della professione ringrazia.

Come ad ogni inizio d'estate, si è molto scritto e detto sull'emergenza infermieristica e sul rischio di chiusura di reparti e servizi. Le cronache dei quotidiani hanno continuato a riferire di situazioni di enorme difficoltà aggravata dalle ferie estive. Sempre più spesso rispetto a un passato non troppo lontano, i media

riferiscono delle difficili condizioni di lavoro per i pochi colleghi in servizio. L'impressione è che finalmente il "circo mediatico" si sia accorto degli infermieri e dei loro problemi.

Non così lo Stato, che continua a non investire sulla sfera infermieristica. Almeno a giudicare dai dati elaborati dal Ministero della Salute sulla forza-lavoro dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, pubblicati da Il Sole 24 Ore Sanità del 29 maggio. Ne emergono alcuni paradossi che lo stesso quotidiano economico non esita a rimarcare: il mancato incremento complessivo del personale sanitario e addirittura il calo degli infermieri in organico. La situazione a tutto il 2005 viene definita "stabile" sulla base di

una crescita ridotta ad appena lo 0,3%; altro paradosso è che l'incremento è dovuto ai medici, a sca-

> pito degli infermieri. Scrive il Sole 24 Ore: "i medici crescono del 2,6%, mentre gli odontoiatri dipendenti calano del -3,6 per cento. E cala anche il personale infermieristico del - 2%, ma con una riduzione maggiore tra gli operatori di seconda categoria (-11%) e minore tra quelli di prima, che sono anche molto

più numerosi (-1,2%)".

Sullo stesso numero, Il Sole 24 Ore Sanità si è occupato con risalto della sentenza con cui il Tribunale di Genova ha confermato in sede penale che per non incorrere nell'esercizio abusivo della professione infermieristica è obbligatorio essere iscritti all'Albo. Si legge nell'articolo dal titolo "Infermieri senza Albo, multa per la coop": "Il solo diploma di infermiere professionale non evita la condanna penale, come precisa il tribunale di Genova nella decisione del 13 marzo scorso, depositata in segreteria lo scorso 28 marzo. Il giudice unico ha condannato al pagamento di una multa da 450 euro la legale rappresentante di una cooperativa che forniva infermieri e personale ausiliario a una residenza sanitaria protetta, ubicata nel capoluogo liqure. Due addetti dalla cooperativa, benché muniti del titolo di studio, non risultavano inseriti nell'apposito albo provinciale. Una mancanza dalla quale il tribunale ha fatto scaturire la «sussistenza della coscienza e volontà dell'imputata di concorrere, mediante la fornitura contrattuale di prestazioni infermieristiche, all'esercizio abusivo della professione di due infermieri non iscritti all'albo». I due infermieri non finivano sotto processo, mentre la vicepresidente della cooperativa era costretta a difendersi dal reato indicato nell'articolo 348 del Codice penale".

In risalto le questioni di interesse infermieristico anche su La Gazzetta del Mezzogiorno del 30 maggio, che ha presentato con un ampio servizio il convegno su "Il nuovo ruolo degli infermieri e lo stato della professione" organizzato dai Collegi Ipasvi di sette regioni. Sempre il Sole 24 Ore Sanità del 29 maggio ha pubblicato un articolato servizio sul corso di formazione sulla sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico promosso dal Ministero della Salute in collaborazione con Ipasvi e Fnomceo. "L'iniziativa - commenta il quotidiano - non è davvero di poco conto: per la prima volta si dettano indicazioni unitarie con un corso Fad (a distanza) su vasta scala in materia di sicurezza e rischio clinico".

Altra nota positiva nel non facile rapporto tra gli infermieri e i media viene dal successo della campagna "Infermiere. Protagonista nella vita vera", l'iniziativa promossa dai Ministeri della Salute, dell'Università, dalla Federazione e dai Collegi Ipasvi per orientare i giovani verso la professione infermieristica. Gli organi di informazione hanno risposto in modo positivo rilanciando dati e considerazioni espresse nella conferenza stampa che, proprio nella sede del Collegio di Roma, ha concluso la campagna nazionale (ne riferiamo in questo numero).

Anche Il Venerdì di Repubblica del 6 aprile si è occupato di infermieri in chiave positiva. E innovativa. Infatti ha presentato con toni compiaciuti l'esperienza dell'Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì. Scrive Emilio Marrese nell'articolo "Qui infermieri col palmare, tarmaci personalizzati": "Gli infermieri sono dotati

di palmare. Ad ogni codice elettronico corrisponde un sacchetto di medicinali confezionato meccanicamente da un enorme sistema robotizzato, unico in Italia, il Pillpick fabbricato dalla Svvisslog su brevetto italiano. Con questo marchingegno costato 600 mila euro, che prepara le dosi personalizzate per ogni ricoverato (1800 al giorno), non si butta via neanche una pasticca e s'è ridotto dell'83 per cento l'errore umano. La suddivisione illustra il dei settori. direttore Mariagrazia Stagni, è stata studiata in modo che i pazienti vengano seguiti sempre dalla stessa equipe di infermieri lungo la degenza da un reparto all'altro. Così, quando la cura riguarda aree scientifiche contigue, il malato non viene sballottato da un piano all'altro. Tutti gli esami pre-operatori vengono sbrigati in sole due giornate al massimo e senza peregrinazioni. Insomma: un'altra sanità è possibile". Della stessa iniziativa si è occupata LA7 con un lungo speciale trasmesso lo scorso primo luglio, rimarcando ali aspetti dell'organizzazione dell'assistenza per intensità di cura e del lavoro in team per cogliere obiettivi di qualità. L'ultima segnalazione è per il mensile Newton che nel numero di aprile dedica spazio alla figura dell'infermiere forense. "Una nuova professione: le infermiere antiviolenza" recita il titolo del servizio di Luciano Garofano. "Negli Usa - spiega l'autore - esistono già per affrontare casi di stupro, aggressioni domestiche e sui minori. Si tratta di infermieri, soprattutto donne, in servizio nei pronto soccorso e sulle ambulanze, preparate a riconoscere e affrontare i casi di morte sospetta, le violenze sessuali e quelle sui minori. Ed è proprio nei casi di violenza che le infermiere forensi rappresentano un vero valore aggiunto per gli investigatori e gli scienziati forensi. Proprio perché possiedono conoscenze specifiche sanno come comportarsi con queste vittime così particolari per farsi raccontare l'accaduto e sono capaci di raccogliere tracce e reperti in modo corretto senza inquinare le prove. L'Italia dovrebbe prendere esempio e organizzare corsi universitari di specializzazione per infermieri forensi, magari creando delle specializzazioni di alto livello all'interno dei corsi già esistenti per la formazione del personale infermieristico".

l'avvocatoblice...

I doveri dell'infermiere dipendente pubblico

ell'articolo pubblicato sullo scorso numero abbiamo iniziato l'analisi della responsabilità dell'infermiere in quanto lavoratore dipendente da un ente pubblico o privato, soffermandoci sugli aspetti per così dire procedimentali.

Oggi ci occupiamo dei doveri del dipendente ossia di quegli obblighi che derivano dal contratto di lavoro, legati soprattutto al modo di rendere la prestazione (più semplicemente al modo di lavorare). Questo articolo riprende molte parti proprio dal contratto collettivo e le riporta testualmente per non alterare la vincolatività giuridica che deriva dalle parole usate dalle parti sociali.

I doveri dell'infermiere sono declinati all'art. 28 del CCNL comparto sanità pubblica del 1995, ancora vigente e solo in piccola misura modificato dall'ultimo contratto.

L'infermiere conforma la sua condotta al dovere di contribuire alla gestione della cosa pubblica con impegno e responsabilità, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità dell'attività amministrativa, anteponendo il rispetto della legge e l'interesse pubblico agli interessi privati propri ed altrui.

Il comportamento dell'infermiere deve essere improntato al perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi istituzionali nella primaria considerazione delle esigenze dei cittadini utenti.

In tale specifico contesto, tenuto conto dell'esigenza di garantire la migliore qualità del servizio, l'infermiere deve in particolare:

 a) collaborare con diligenza, osservando le norme del presente contratto, le disposizioni per l'esecuzione e la disci-

- plina del lavoro impartite dall'azienda o ente anche in relazione alle norme vigenti in materia di sicurezza e di ambiente di lavoro;
- b) rispettare il segreto;
- c) non utilizzare a fini privati le informazioni di cui disponga per ragioni d'ufficio:
- d) nei rapporti con il cittadino, fornire tutte le informazioni cui abbia titolo, nel rispetto delle disposizioni in materia di trasparenza e di accesso all'attività amministrativa previste dalla legge 7 agosto 1990 n. 241, dai regolamenti attuativi della stessa vigenti nell'azienda o ente nonchè attuare le disposizioni dei medesimi in tema di autocertificazione;
- e) rispettare l'orario di lavoro, adempiere alle formalità previste per la rilevazione delle presenze e non assentarsi dal luogo di lavoro senza l'autorizzazione del dirigente del servizio;
- f) durante l'orario di lavoro, mantenere nei rapporti interpersonali e con gli utenti condotta uniformata a principi di correttezza ed astenersi da comportamenti lesivi della dignità della persona:
- g) non attendere durante l'orario di lavoro ad occupazioni non attinenti al servizio e, nei periodi di malattia od infortunio, ad attività che possono ritardare il recupero psico-fisico;
- h) eseguire le disposizioni inerenti all'espletamento delle proprie funzioni o mansioni che gli siano impartite dai superiori. Se ritiene che la disposizione sia palesemente illegittima, il dipendente è tenuto a farne immediata e motivata contestazione a chi l'ha impartita, dichiarandone le ragioni; se



la disposizione è rinnovata per iscritto ha il dovere di darvi esecuzione, salvo che la disposizione stessa sia vietata dalla legge penale o costituisca illecito amministrativo;

- i) vigilare sul corretto espletamento dell'attività del personale sottordinato ove tale compito rientri nelle proprie responsabilità;
- j) avere cura dei beni strumentali a lui affidati;
- k) non valersi di quanto è di proprietà dell'azienda o ente per ragioni che non siano di servizio;
- non chiedere nè accettare, a qualsiasi titolo, compensi, regali o altre utilità in connessione con la prestazione lavorativa;
- m) osservare scrupolosamente le disposizioni che regolano l'accesso ai locali dell'azienda o ente da parte del personale e rispettare le disposizioni che regolano l'accesso in locali non aperti al pubblico da parte di persone estranee;
- n) comunicare all'azienda o ente la propria residenza e, ove non coincidente, la dimora temporanea, nonchè ogni successivo mutamento delle stesse;
- o) in caso di malattia, dare tempestivo avviso all'ufficio di appartenenza ed inviare il certificato medico, salvo comprovato impedimento;
- p) astenersi dal partecipare, nell'esercizio della propria attività di servizio, all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere direttamente o indirettamente interessi finanziari o non finanziari propri.

Le violazioni dei doveri danno luogo, secondo la gravità dell'infrazione, previo procedimento disciplinare, all'applicazione delle sequenti sanzioni disciplinari:

- a) rimprovero verbale;
- b) rimprovero scritto (censura);
- c) multa con importo non superiore a quattro ore di retribuzione;
- d) sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni;
- e) licenziamento con preavviso;
- f) licenziamento senza preavviso.

Come abbiamo visto nell'articolo precedente, il procedimento disciplinare risponde ad alcuni principi garantisti; abbiamo così analizzato il principio di pubblicità del codice, il principio del contraddittorio (l'obbligo di forma scritta della contestazione e la facoltà del lavoratore di dare le giustificazioni), il principio di immediatezza (per cui non deve passare un lasso di tempo abnorme tra la presunta violazione e la contestazione scritta da parte del datore di lavoro, principio che si è tradotto nei contratti collettivi in una regolazione della "tempistica").

Esistono però altri principi.

In particolare il principio di proporzionalità: il datore di lavoro può irrogare la sanzione disciplinare proporzionata alla gravità dell'infrazione.

I codici disciplinari devono contenere, quindi anche i così detti "criteri di correlazione", ossia devono prevedere gli elementi cui il datore di lavoro si deve attenere nella scelta della sanzione.

Il contratto collettivo del comparto sanità pubblica prevede che nel rispetto del principio di gradualità e proporzionalità delle sanzioni, in relazione alla gravità della mancanza, il tipo e l'entità di ciascuna delle sanzioni sono determinati in relazione ai seguenti criteri generali:

- a) intenzionalità del comportamento, grado di negligenza, imprudenza o imperizia dimostrate, tenuto conto anche della prevedibilità dell'evento;
- b) rilevanza degli obblighi violati;
- c) responsabilità connesse alla posizione di lavoro occupata dal dipendente;
- d) grado di danno o di pericolo causato all'amministrazione, agli utenti o a terzi ovvero al disservizio determinatosi:
- e) sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti, con particolare riguardo al comportamento del lavoratore, ai precedenti disciplinari nell'ambito del biennio previsto dalla legge, al comportamento verso gli utenti;
- f) al concorso nella mancanza di più lavoratori in accordo tra di loro.

La recidiva nelle mancanze previste ai commi 4 e 5, già sanzionate nel biennio di riferimento, comporta una sanzione di maggiore gravità tra quelle previste nell'ambito dei medesimi commi.

Al dipendente responsabile di più mancanze compiute con unica azione od omissione o con più azioni od omissioni tra loro collegate ed accertate con un unico procedimento, è applicabile la sanzione prevista per la mancanza più grave se le suddette infrazioni sono punite con sanzioni di diversa gravità.

La sanzione disciplinare dal minimo del rimprovero verbale o scritto al massimo della multa di importo pari a quattro ore di retribuzione si applica, graduando l'entità delle sanzioni in relazione ai criteri di cui al comma 1, per:

- a) inosservanza delle disposizioni di servizio, anche in tema di assenze per malattia, nonchè dell'orario di lavoro;
- b) condotta, nell'ambiente di lavoro, non conforme a principi di correttezza verso superiori o altri dipendenti o nei confronti degli utenti o terzi/pubblico;
- c) negligenza nell'esecuzione dei compiti assegnati, nella cura dei locali e dei beni mobili o strumenti a lui affidati o sui quali, in relazione alle sue responsabilità, debba espletare attività di custodia o vigilanza;
- d) inosservanza degli obblighi in materia di prevenzione degli infortuni e di sicurezza sul lavoro ove non ne sia derivato danno o disservizio;
- e) rifiuto di assoggettarsi a visite personali disposte a tutela del patrimonio dell'azienda o ente, nel rispetto di quanto previsto dall' articolo 6 della legge n. 300/70;
- f) insufficiente rendimento nell'assolvimento dei compiti assegnati rispetto ai carichi di lavoro;
- g) violazione di doveri di comportamento non ricompresi specificatamente nelle lettere precedenti, da cui sia derivato disservizio ovvero danno o pericolo all'azienda o ente, agli utenti o ai terzi.
- L'importo delle ritenute per multa sarà introitato dal bilancio dell'azienda o ente e destinato ad attività sociali a favore dei dipendenti.

La sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a un massimo di 10 giorni si applica, graduando l'entità della sanzione in relazione ai criteri di cui al comma 1. per:

- a) recidiva nelle mancanze previste dal comma 4 , che abbiano comportato l'applicazione del massimo della multa:
- b) particolare gravità delle mancanze previste al comma 4;

- c) assenza ingiustificata dal servizio fino a 10 giorni o arbitrario abbandono dello stesso; in tali ipotesi, l'entità della sanzione è determinata in relazione alla durata dell'assenza o dell'abbandono del servizio, al disservizio determinatosi, alla gravità della violazione dei doveri del dipendente, agli eventuali danni causati all'azienda o ente, agli utenti o ai terzi;
- d) ingiustificato ritardo, non superiore a 10 giorni, a trasferirsi nella sede assegnata;
- e) svolgimento di attività che ritardino il recupero psico-fisico durante lo stato di malattia o di infortunio;
- f) testimonianza falsa o reticente in procedimenti disciplinari o rifiuto della stessa, fatta salva la tutela del segreto professionale nei casi e nei limiti previsti dalla vigente normativa;
- g) comportamenti minacciosi, gravemente ingiuriosi, calunniosi o diffamatori nei confronti di utenti, altri dipendenti o terzi;
- h) alterchi con vie di fatto negli ambienti di lavoro con utenti, dipendenti o terzi:
- i) manifestazioni ingiuriose nei confronti dell'Amministrazione, salvo che siano espressione della libertà di pensiero, ai sensi dell' art. 1 della L. 300/1970;
- j) atti, comportamenti o molestie, anche di carattere sessuale, lesivi della dignità della persona;
- k) violazione di doveri di comportamento non ricompresi specificatamente nelle lettere precedenti da cui sia, comunque, derivato grave danno all'azienda o ente, agli utenti o a terzi.

La sanzione disciplinare del licenziamento con preavviso si applica per:

- a) recidiva plurima, almeno tre volte nell'anno, nelle mancanze previste nel comma 5, anche se di diversa natura, o recidiva, nel biennio, in una mancanza tra quelle previste nel medesimo comma, che abbia comportato l'applicazione della sanzione di dieci giorni di sospensione dal servizio e dalla retribuzione, fatto salvo quanto previsto al comma 7 lett. a);
- b) occultamento, da parte del responsabile della custodia, del controllo o



della vigilanza, di fatti e circostanze relativi ad illecito uso, manomissione, distrazione o sottrazione di somme o beni di pertinenza dell'azienda o ente o ad essi affidati;

- rifiuto espresso del trasferimento disposto per motivate esigenze di servizio:
- d) assenza ingiustificata ed arbitraria dal servizio per un periodo superiore a dieci giorni consecutivi lavorativi;
- e) persistente insufficiente rendimento nei compiti assegnati rispetto ai carichi di lavoro ovvero fatti che dimostrino grave incapacità ad adempiere adequatamente agli obblighi di servizio;
- f) condanna passata in giudicato per un delitto che, commesso fuori del servizio e non attinente in via diretta al rapporto di lavoro, non ne consenta la prosecuzione per la sua specifica gravità;
- g) violazione dei doveri di comportamento non ricompresi specificatamente nelle lettere precedenti di gravità tale secondo i criteri di cui al comma 1, da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro.

La sanzione disciplinare del licenziamento senza preavviso si applica per:

- a) recidiva, negli ambienti di lavoro, di vie di fatto contro superiori o altri dipendenti o terzi, anche per motivi non attinenti al servizio;
- b) accertamento che l'impiego fu conseguito mediante la produzione di documenti falsi e, comunque, con mezzi fraudolenti;
- c) condanna passata in giudicato:
 - per i delitti di cui all'art. 15, comma 1, lettere a), b), c), d), e) ed f)della legge 1990, n. 55, modificata ed integrata dall' art. 1, comma 1 della legge 18 gennaio 1992, n. 16 (si tratta di disposizioni per la prevenzione della delinquenza di tipo mafioso e di altra gravi forme di pericolosità sociale);
 - 2. per gravi delitti commessi in servizio;
- d) condanna passata in giudicato quando dalla stessa consegua l'interdizione perpetua dai pubblici uffici;
- e) violazioni intenzionali dei doveri non ricomprese specificatamente nelle let-

tere precedenti, anche nei confronti di terzi, di gravità tale, in relazione ai criteri di cui al comma 1, da non consentire la prosecuzione neppure provvisoria del rapporto di lavoro.

Il procedimento disciplinare deve essere avviato anche nel caso in cui sia connesso con procedimento penale e rimane sospeso fino alla sentenza definitiva.

*** *** ***

LA SOSPENSIONE CAUTELARE

La sospensione cautelare non è una sanzione disciplinare. Essa piuttosto, rappresenta una misura volta a salvaguardare il datore di lavoro nei casi in cui l'infrazione contestata al dipendente si configuri di una certa gravità.

Con la sospensione cautelare (che è un atto del datore di lavoro e si configura come una sua facoltà quella di esercitar-la o meno, salvi certi casi specifici che vedremo appresso) si sospendono gli effetti del contratto di lavoro anzi, più esattamente, si sospendono gli effetti delle obbligazioni principali che da esso derivano: il dipendente non presterà attività lavorativa, il datore di lavoro non dovrà corrispondere la retribuzione, ad eccezione di una indennità (il cui funzionamento vedremo di seguito).

In questa fase di vacatio, insomma, il dipendente resta tale ma non può lavorare.

Quelle che seguono sono le norme previste dal contratto collettivo.

L'azienda e l'ente, laddove riscontri la necessità di espletare accertamenti su fatti addebitati al dipendente a titolo di infrazione disciplinare punibili con la sanzione della sospensione dal servizio e dalla retribuzione, può disporre, nel corso del procedimento disciplinare, l'allontanamento dal lavoro per un periodo di tempo non superiore a trenta giorni, con conservazione della retribuzione.

Quando il procedimento disciplinare si conclude con la sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione, il periodo dell'allontanamento cautelativo deve essere computato nella sanzione, ferma restando la privazione della retribuzione limitata agli effettivi giorni di sospensione irrogati.



Il periodo trascorso in allontanamento cautelativo, escluso quello computato come sospensione dal servizio, è valutabile agli effetti dell'anzianità di servizio. Il dipendente che sia colpito da misura restrittiva della libertà personale è sospeso d'ufficio dal servizio con privazione della retribuzione per la durata dello stato di detenzione o comunque dello stato restrittivo della libertà.

Il dipendente può essere sospeso dal servizio con privazione della retribuzione anche nel caso in cui venga sottoposto a procedimento penale che non comporti la restrizione della libertà personale quando sia stato rinviato a giudizio per fatti direttamente attinenti al rapporto di lavoro o comunque tali da comportare, se accertati, l'applicazione della sanzione disciplinare del licenziamento.

L'azienda o l'ente, cessato lo stato di restrizione della libertà personale di cui al comma 1, può prolungare anche successivamente il periodo di sospensione del dipendente, fino alla sentenza definitiva, alle medesime condizioni di cui al comma 2.

Al dipendente sospeso dal servizio ai

sensi del presente articolo sono corrisposti un'indennità pari al 50 per cento della retribuzione fissa mensile e gli assegni del nucleo familiare, con esclusione di ogni compenso accessorio, comunque denominato, anche se pensionabile.

Quando vi sia stata sospensione cautelare del servizio a causa di procedimento penale, la stessa conserva efficacia, se non revocata, per un periodo di tempo comunque non superiore a cinque anni. Decorso tale termine la sospensione cautelare è revocata di diritto e il dipendente è riassunto in servizio.

Alla luce di quanto appena evidenziato è quindi auspicabile mantenere sempre un comportamento corretto, diligente e conforme alle prescrizioni della legge e della contrattazione collettiva ed individuale, onde evitare di incorrere in sanzioni disciplinari.

Questo articolo, come ho già detto, riporta testualmente le parole del contratto collettivo con lo scopo di un'opera divulgativa certamente utile.

Avv. Alessandro Cuggiani

in pillole

Il Genoma sotto la lente

Ad oggi, dopo quattro anni di lavoro, è stato tradotto solo l'1 per cento del genoma umano. L'obiettivo però è più ambizioso: tradurre il restante 99 per cento in soli due anni. Questo lavoro, pubblicato su Nature e in 28 articoli su

Genome Research, è ora nelle mani di Encode (Encyclopedia of Dna elements), un consorzio internazionale al quale collaborano 80 laboratori di 11 Paesi fra Europa e Stati Uniti. Il programma prevede un costo complessivo di 31 milioni di euro che dovrebbe essere erogato due anni.



RIAFFERMATO L'OBBLIGO DI ISCRIZIONE ALL'ENPAPI PER TUTTI GLI INFERMIERI LIBERI PROFESSIONISTI

L'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, con Messaggio n. 18550 del 16 luglio 2007, ha fornito chiarimenti in merito all'assoggettamento previdenziale dei compensi derivanti da attività di assistenza generale infermieristica svolta da infermieri iscritti all'Albo, affermando che tutti i professionisti infermieri, iscritti ai Collegi Provinciali IPASVI, che esercitano in forma individuale, associata o attraverso rapporti di collaborazione coordinata e continuativa e comunque in ogni altra forma diversa da quella subordinata, benchÈ svolta contestualmente a quest'ultima, hanno l'obbligo di iscrizione all'ENPAPI. Nel messaggio, inoltre, l'INPS indica alle proprie strutture periferiche di esaminare con ogni possibile attenzione le domande di iscrizione alla gestione separata, al fine di non accettare quelle che provengano da professionisti infermieri titolari di redditi derivanti proprio dall'esercizio dell'attività autonoma, associata o di collaborazione coordinata e continuativa.

L'intervento dell'INPS si pone in piena continuità rispetto a precedenti pronunce in merito. La più lontana è la Circolare INPS n. 201 del 17 ottobre 1996, art. 4.2, con la quale l'Istituto ha precisato che i liberi professionisti appartenenti alle categorie professionali provvisti di un Ente di previdenza di categoria, non sono obbligati all'iscrizione ed alla contribuzione presso la gestione separata. Più di recente, il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, con nota del 21 novembre 2001, ha affermato che l'attività libero - professionale svolta da soggetti iscritti all'Albo implica, in ogni caso, l'assoggettamento previdenziale all'Ente di categoria. Si vuole insistere, in sintesi, sul concetto che l'obbligo di iscrizione alla gestione separata INPS sussiste soltanto per i lavoratori parasubordinati e per i professionisti iscritti agli Albi che non dispongano di una tutela previdenziale obbligatoria esercitata da un Ente di categoria. Anche dopo la sua istituzione, avvenuta nel 1998, molti infermieri esercenti in modalità libero - professionale hanno erroneamente attivato, seguendo, spesso, indicazioni pervenute da parte dei propri consulenti, l'iscrizione presso tale gestione, anziché presso ENPAPI.

Questa dinamica, soprattutto in sede di prima applicazione, è stata condizionata dall'assimilazione al lavoro dipendente dei compensi derivanti da prestazioni svolte con rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, operata dall'articolo 34 della legge 21 novembre 2000, n. 342, che ha disorientato i professionisti, generando, di conseguenza, un afflusso di iscrizioni molto elevato proprio verso la gestione separata INPS e sottraendo i professionisti all'alveo naturale della tutela previdenziale di categoria, con il conseguente consolidamento, all'interno dell'INPS, di un altrettanto rilevante numero di posizioni contributive. Il fenomeno, peraltro, pur in diminuzione, non è mai cessato del tutto. La diffusione del messaggio è, quindi, solo la fase iniziale di una necessaria ed articolata operazione che si realizzerà, successivamente, attraverso una convenzione tra INPS ed ENPAPI, attraverso la quale, da un lato, sarà regolato il trasferimento delle posizioni contributive di infermieri liberi professionisti, erroneamente accese presso la gestione separata INPS, ivi compresi i flussi dei contributi previdenziali dovuti, dall'altro, sarà stabilito, una volta per tutte, il principio di obbligatorietà, valido per gli infermieri che esercitino la professione in forma diversa da quella subordinata, di iscrizione ad ENPAPI e non alla gestione separata INPS. ENPAPI, dal canto suo, ha circolarizzato il messaggio INPS presso tutte le sedi provinciali dei Collegi Provinciali IPASVI, nonché presso tutti i soggetti che possono costituirsi come committenti, raccomandando a questi ultimi di instaurare con i liberi professionisti rapporti di contratto d'opera professionale, evitando, così, il ricorso a rapporti di collaborazione coordinata e continuativa o, ancor meno, di collaborazione a progetto e di tenere conto della circostanza che, a prescindere dalla forma contrattuale prescelta, l'assoggettamento previdenziale è, per legge, esercitato da ENPAPI, con il conseguente obbligo, per il professionista, di corrispondere, annualmente, il contributo soggettivo, il contributo di maternità, il contributo integrativo.

Quest'ultimo, in particolare, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, del decreto legislativo 10 febbraio 1996, n. 103, è pari al 2 per cento del fatturato lordo ed è riscosso direttamente dall'Assicurato medesimo all'atto del pagamento previa evidenziazione dell'importo del compenso relativo alla prestazione effettuata dal professionista. Il Presidente Enpapi Mario Schiavon.

Corsi itineranti ECM del Collegio IPASVI di Roma



I corsi itineranti del Collegio si svolgeranno tra Settembre e Dicembre in collaborazione con i referenti e varie strutture ospedaliere: Cristo Re – IDI – Policlinico Tor Vergata – San Camillo – Forlanini - S. Filippo Neri – Nuovo Regina Margherita – S.Lucia – Villa S. Pietro – Bambin Gesù Palidoro – S. Andrea – Umberto I – Roma F – Roma H – Roma G – Roma D – S. Eugenio – Ospedale di Tivoli – Gemelli – Sede Ipasvi Roma.