INFERMIERE oggi

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

N°3

EDITORIALE
Il coraggio che può salvare la baracca

CONTRIBUTI
Il processo metodologico dell'analisi del contenuto nella ricerca qualitativa

FOCUS
Sanit, edizione da record per l'Ipasvi

NOTIZIE DAL COLLEGIO
Pagare tutti per pagare meno tutti

LA SANITÀ CHE VOGLIAMO

Anno XXIII - N. 3 - luglio/settembre 2013 - Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro. Poste italiane SpA - Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in. L. 27/02/2004 n°46) art.1. comma2. DCB Roma

ISSN 2037-4364

INFERMIERE oggi

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXIII - N. 3 - LUGLIO-SETTEMBRE 2013
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990

Direzione - Redazione - Amministrazione
Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

Direttore responsabile
Gennaro Rocco

Segreteria di redazione
Nicola Barbato, Stefano Casciato, Mario Esposito,
Matilde Napolano, Carlo Turci

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

Stampa
Artigrafiche Boccia SpA
Via Tiberio Claudio Felice, 7 - 84131 Salerno
e-mail: info@artigraficheboccia.com
Progetto grafico: EDS Roma
Impaginazione: Madì Studio di D. Cirillo - Salerno
Foto: Mario Esposito; Shutterstock

Finito di stampare: settembre 2013

Tiratura: 34.500 copie

Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003
(conv. in. L. 27/02/2004 n 46) art. 1, comma 2, DCB Roma

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi.
Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.
Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.
Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo.
Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al"; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale.
Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.
Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

SOMMARIO

EDITORIALE

1 **Il coraggio che può salvare la baracca**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

3 **Il processo metodologico dell'analisi del contenuto nella ricerca qualitativa**
di Alessandro Stievano, Laura Sabatino, Gennaro Rocco

7 **Influenza del ricovero ospedaliero e del grado di fragilità sul recupero del livello di autosufficienza antecedente l'evento acuto**
di Michelangelo Leone, Giuseppe Liotta, Maria Grazia Proietti

12 **Il processo di formazione dell'identità nel percorso migratorio**
di Giulia Calcaterra, Barbara Di Donato, Nicoletta Francesca Salvi

20 **L'infermiere e la gestione dell'accoglienza in area critica**
di Marco Peretti, Marika Giacometti, Mirella Giorello, Giorgio Olivero, Gianni Ogliero, Davide Minniti

24 **Formazione infermieristica clinica di base: quali strumenti per migliorare il tirocinio clinico?**
di Anna Laura Fioribello

29 **Il tirocinio clinico degli studenti infermieri. Modelli professionali di riferimento e vissuto esperienziale**
di Laura Sabatino, Alessandro Stievano

FOCUS

33 **Il Collegio Ipasvi di Roma a Sanit 2013**

DICONO DI NOI

42 **Il nuovo corso della sanità laziale e il ruolo propositivo dell'Ipasvi**

NOTIZIE DALLA REGIONE

45 **Case della Salute: il primo passo nel Lazio lo fanno gli infermieri**
46 **Criticità e soluzioni per il Servizio sanitario laziale**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

49 **Se paghiamo tutti, paghiamo tutti meno!**
51 **I numeri della Commissione Biblioteca e la diffusione della cultura infermieristica**
55 **Grande successo per l'Ipasvi Cup 2013**

LETTO PER VOI

59 **Un testo da portare con sé per le situazioni d'emergenza**
60 **"Legislazione sanitaria": un volume per rivedere tutte le riforme**
61 **"L'anafilassi e l'uso dell'adrenalina" per intervenire presto e bene**

L'AVVOCATO DICE

62 **L'obbligatorietà della polizza assicurativa professionale e i presupposti della responsabilità penale secondo la Cassazione**

64 LA VIGNETTA DEL MESE

EDITORIALE

Il coraggio che può salvare la baracca

di Gennaro Rocco

C'è qualcosa di nuovo all'orizzonte della nostra cara e malconcia sanità regionale. Ce lo auguriamo davvero e speriamo con tutte le forze che finalmente il nuovo modello decolli, come sempre promesso e mai avvenuto. Questo autunno ci dirà se i progetti si tradurranno in fatti e se avremo speso bene il grande impegno che gli infermieri stanno offrendo alla "rivoluzione territoriale" dei servizi annunciata dalla Regione Lazio.

Forse da un frangente così drammatico come l'attuale si può uscire traendo spunto dalla lezione, cambiando strada rispetto ai tagli indiscriminati di personale e risorse che hanno messo in ginocchio il sistema. Dalla crisi profonda, dunque, uno scatto per risalire, per rilanciare le buone pratiche sanitarie a beneficio dei cittadini e degli stessi professionisti che continuano a remare per salvare il salvabile su una barca alla deriva.

Il progetto delle Case della Salute e il piano messo in campo dall'Amministrazione Zingaretti per il potenziamento della rete dei servizi territoriali destano tutta la nostra attenzione, tanto che il Collegio sta già collaborando fattivamente per la loro definizione operativa. Cambia finalmente la strategia di fondo, con più territorio e meno ospedale e con maggior spazio alle competenze guadagnate sul campo dalla nostra comunità professionale. È ciò che chiediamo da anni: lasciate fare agli infermieri e sapranno stupirvi!

Chi vive la sanità in prima linea fungendo da interfaccia con i cittadini sa bene quali sono le esigenze e come affrontarle, quali i bisogni prevalenti della popolazione, specialmente di quella più fragile, e che risposte concrete possono essere fornite.

Attraverso un documento articolato e approfondito, consegnato all'apposito Tavolo Tecnico istituito dalla Direzione generale alla Sanità, il Collegio di Roma ha presentato le proprie determinazioni sul progetto delle Case della Salute e sul nuovo ruolo che si intende attribuire agli infermieri. Un elemento che confidiamo possa essere prezioso per lo sviluppo successivo del processo e per l'attivazione reale di questi nuovi servizi.

Da tempo, purtroppo inascoltati, sosteniamo questa modalità di assistenza e negli ultimi mesi la collaborazione con la Direzione Generale dell'Assessorato alla Sanità sembra vivere finalmente una stagione fruttuosa. Siamo in grado quindi di offrire il nostro contributo e lo stiamo facendo con grande impegno.

La strutturazione della rete dei servizi territoriali e delle Case della Salute dovrà coinvolgere in maniera diretta gli infermieri assegnando loro un ruolo da protagonista. La bozza del piano di riorganizzazione dei servizi presentata in Regione individua proprio in quella infermieristica la figura strategica per garantire da una parte la continuità assistenziale con l'istituto delle dimissioni protette e dall'altra la gestione delle cronicità nei pazienti stabili. Ruoli assolutamente adeguati per il livello di preparazione raggiunto oggi dalla nostra professione.

Agli infermieri dovrà competere la definizione di percorsi specifici soprattutto nell'assistenza primaria. Dovranno avere un ruolo centrale nel case management per situazioni di criticità clinica o per soggetti con fragilità. Agli infermieri dovrà essere affidata l'identificazione dei percorsi assistenziali, la pianificazione, l'erogazione ed il controllo dei risultati.

In particolare essi saranno chiamati a partecipare attivamente alla gestione delle patologie cronico-degenerative con l'attivazione degli Ambulatori Infermieristici, sia generalisti che specialistici e nella definizione e realizzazione di programmi di prevenzione e di educazione sanitaria destinati alla popolazione, oltre che nel campo dell'assistenza domiciliare.

Inoltre, il progetto di riorganizzazione della sanità territoriale prevede l'istituzione della figura dell'Infermiere di Famiglia o di Prossimità con una disponibilità di questa figura 24 ore su 24 per gli interventi a domicilio, in stretta collaborazione con i Distretti Socio-Sanitari e le stesse Case della Salute che offrono

un ampio ventaglio di cure intermedie a gestione infermieristica. Qui i pazienti dovranno poter trovare risposta alle necessità assistenziali che non hanno bisogno di ricovero ospedaliero. Sarà più semplice curarsi e sarà anche meno oneroso per le disastrate casse della Regione Lazio.

Il Collegio di Roma, in linea con le pratiche d'elezione internazionali e le linee guida adottate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha da sempre sostenuto questo indirizzo e ora che il progetto si va materializzando intravvede un'importante opportunità di riscatto per la cittadinanza e una concreta possibilità di impiego o reimpiego per molti colleghi.

Importante è anche la riapertura del dialogo con la Regione Lazio che da tempo si era interrotto e che speriamo dia presto frutti concreti. Certamente le buone intenzioni sono apprezzabili, ma rischiano di trasformarsi in proclami vuoti se non vengono seguite in tempi ragionevoli dai fatti. Su questo fronte speriamo vivamente di aver voltato pagina, superando finalmente le logiche perverse e improduttive che hanno messo in crisi la nostra sanità e scalfito profondamente la fiducia dei suoi operatori.

Perciò guardiamo con enorme interesse alla svolta in senso territoriale di un'organizzazione sanitaria fin troppo adagiata sul ruolo centrale dell'ospedale e sulle rendite di posizione dei soliti noti. Ecco perché, con convinzione ed entusiasmo rinnovati, ci siamo messi a disposizione del cambiamento con la nostra esperienza, la nostra conoscenza diretta dei problemi e le nostre capacità. Un contributo tecnico che offriamo volentieri ma che da solo non può bastare.

Il progetto delle Case della Salute come pure il riordino della sanità territoriale non possono fare a meno degli infermieri. Per questo ogni buon proposito diverrebbe aleatorio se gli organici effettivi delle strutture sanitarie di Roma e del Lazio restassero quelli di oggi. Non si può pensare di investire sui servizi territoriali senza infermieri.

Il perdurante blocco del turn over impedisce di tradurre in realtà un traguardo che è alla nostra portata, sulla scia di quanto sperimentato positivamente in altre Regioni italiane e nei Paesi a sanità più avanzata. Il blocco va superato riaprendo i concorsi. L'occasione è propizia per voltare definitivamente pagina, basta un po' di coraggio.

AVVISO IMPORTANTE

La redazione di "Infermiere Oggi" e il Collegio Ipasvi di Roma invitano tutti i colleghi ad inviare articoli scientifici, contributi e riflessioni per la loro valutazione ed eventuale pubblicazione sulla rivista.
È tuttavia indispensabile attenersi scrupolosamente alle norme editoriali riportate, come in ogni numero, sulla terza pagina di copertina.
Ogni contributo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico.
Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato esclusivamente al Collegio Ipasvi di Roma.

Il processo metodologico dell'analisi del contenuto nella ricerca qualitativa

(parte prima)

di Alessandro Stievano, Laura Sabatino, Gennaro Rocco

INTRODUZIONE

Con questo primo contributo metodologico si vogliono iniziare a trattare alcune tecniche di ricerca che stanno assumendo un ruolo di preminenza nelle scienze sociali.

La *content analysis* e l'analisi tematica sono due delle tecniche induttivo-deduttive utilizzabili nell'esame/studio di documenti e testi narrati, scritti o parlati, visuali, etnografici.

Per fare ciò abbiamo condotto una ricerca sistematica su Cinahl Full Text con le *keywords "content analysis and methodology"* con limite temporale dal 1995 al 2012 e sono emersi 765 articoli; mentre, aggiungendo l'operatore booleano *"AND"* e la *keyword "coding"*, sono stati reperiti 55 risultati. *"Content analysis AND coding AND methods"*, invece, ha portato in Cinahl al recupero di 461 risorse dal 1993.

Tutto ciò ha confermato la tendenza già espressa da Elo e Kyngäs (2008) su un aumento dei lavori nelle Scienze Infermieristiche che riguardano la metodologia della *content analysis* nell'analisi qualitativa.

È a Lasswell, studioso americano degli anni '30 della scuola di Chicago, che si deve il termine "analisi del contenuto". Coniato originariamente solo per indicare le metodologie di analisi quantitativa della comunicazione politica, si è esteso, in seguito, a qualunque tipo di ricerca che si proponesse di studiare i contenuti di un messaggio (anche non necessariamente politico) scritto (Tuzzi, 2003:21). Oggi, il processo di analisi del contenuto è sia quantitativo concettuale (come nella *textual analysis*) che riduttivo e ricompositivo e, alla fine, inferenziale e narrativo come nella *content analysis* qualitativa (Dovigo, 2005).

La *content analysis* qualitativa è interessata all'inferenza contestuale del fenomeno di interesse e mira a far comprendere il significato delle unità di classificazione che costituiscono i singoli segmenti nei quali è stato ripartito il corpus testuale o visuale o di classificazione (Krippendorf, 2004: 85).

L'analisi del contenuto comincia con la selezione delle unità d'analisi (McCain 1988, Cavanagh, 1997, Guthrie et al. 2004): se il testo da analizzare deriva da un'intervista individuale o da un *focus group*, si può analizzare il contenuto manifesto e anche quello latente (silenzi, sorrisi, posture del/i partecipante/i) attraverso delle memo o short notes a margine delle trascrizioni e che devono essere precedentemente annotate dagli intervistatori.

Downe-Wamboldt (1992:314) ha descritto l'analisi del contenuto come una tecnica di ricerca che: *"fornisce mezzi obiettivi e sistematici per descrivere e quantificare i fenomeni [....] l'analisi del contenuto, comunque, è più di un contare; ha a che fare con i significati, le intenzioni, le conseguenze ed il contesto. Descrivere l'occorrenza delle parole, delle frasi senza considerare il contesto di generazione dei dati è inappropriato e inadeguato [....] lo scopo dell'analisi del contenuto è migliorare la qualità inferenziale dei risultati correlando le categorie al contesto dove sono stati prodotti i dati"*.

Rositi (1988:66) definisce invece l'analisi del contenuto come: *"un insieme di metodi che sono orientati al controllo di determinate ipotesi su fatti di comunicazione (emittenti, messaggi, destinatari e loro reazioni) e che a tale scopo utilizzano procedure di composizione analitica e di classificazione normalmente a destinazione statistica, di testi e di altri insiemi simbolici"*.

La *content analysis*, all'inizio, era soprattutto una tecnica di ricerca per la descrizione oggettiva, sistematica e quantitativa del contenuto manifesto di una comunicazione [Berelson, 1952 in (Lucidi, Alivernini, Pedon, 2008: 89)].

Era, soprattutto, una tecnica di ricerca utilizzata nel marketing per comprendere i bisogni dei consumatori riguardo alle loro tendenze commerciali.

Le prime proposte metodologiche per l'analisi testuale del contenuto, invece, si devono ricondurre alla scuola francese dell'*analyse de donnèes* degli anni 70 del 900: è da quel periodo, infatti, che si comincia a parlare di analisi delle parole, analisi delle occorrenze (cioè, delle parole che compaiono nei testi che si stanno analizzando), frequenza delle occorrenze, analisi dei segmenti ripetuti, concetti sulla base dell'analisi delle concor-

danze (chiarimento dei diversi significati di un elemento testuale esaminandone i suoi contesti locali) (Lucidi, Alivernini, Pedon, 2008: 114), analisi delle corrispondenze semplici; analisi delle corrispondenze lessicali; analisi in componenti principali categoriali.

L'unità di classificazione più semplice è la parola, anche se sulla sua definizione non c'è pieno accordo tra gli studiosi della statistica testuale.

Cardano (2003:58) ritiene che: " *'parola', nell'accezione impiegata da alcuni analisti equivalga a 'termine', comunemente utilizzato in ricerca sociale proprio per definire le etichette verbali con cui, in gran parte delle interazioni con i propri simili, gli esseri umani comunicano i concetti"*.

Altri autori parlano più in generale di: " *'forme grafiche' come di successioni di caratteri dell'alfabeto delimitate da separatori (spazi o segni di interpunzione)"* (Tuzzi, 2003).

Rientrano nell'insieme delle parole così intese anche le preposizioni, gli articoli, le congiunzioni, le interiezioni, cioè tutti quei segni linguistici che non hanno uno specifico rapporto referenziale.

Nell'analisi quantitativa o testuale, i singoli elementi possono essere analizzati con metodi statistici e servono per determinare parametri espliciti come l'analisi delle frequenze, l'analisi delle concordanze, l'analisi delle corrispondenze lessicali, etc...

È chiaro, comunque, che nell'analisi del contenuto i numeri possono essere considerati come la fine del processo descrittivo e l'inizio di quello interpretativo (Morgan, 1993:116). In questa visione, il conteggio rappresenta un primo passaggio: la localizzazione degli schemi nei dati.

L'analisi qualitativa del contenuto, invece, è spesso utilizzata per esaminare i contenuti latenti o inferiti della comunicazione sotto studio e può condurre alla costruzione (*content analysis* induttiva) o alla conferma di concetti o teorie (*content analysis* deduttiva) basate sulla conoscenza dei ricercatori.

L'analisi del contenuto è utilizzata con dati testuali come le domande aperte delle *survey* o sondaggi, ma fornisce un'appropriata metodologia di analisi anche per dati ottenuti tramite vari approcci di *collection of data: focus group*, interviste, interviste di gruppo, del *phi group, nominal group tecnicque*, videografia, osservazioni etnografiche, storie di vita, documenti di interesse storico, *history of ideas*, report di ricerca.

La maggior parte dell'analisi qualitativa del contenuto prevede molta riflessione ed immersione nei dati, con una serie di passaggi in avanti e all'indietro per interpretare e re-interpretare la lettura dei dati che può condurre anche a nuove unità di analisi.

Di estrema utilità, in alcune tecniche di interpretazione dei dati, è la procedura del ***bracketing***, il mettere tra parentesi, ovvero, la stesura delle proprie pre-comprensioni rispetto al tema da esplorare, prima di procedere alla raccolta delle narrazioni o dei dati utili, affinché il ricercatore, nella successiva analisi, sia consapevole dei personali preconcetti così da gestirli in maniera ottimale.

Il processo di codificazione consiste nell'organizzare il materiale testuale, visuale, etc.. in modo da permetterne una facile identificazione e classificazione secondo le domande di indagine.

Una volta identificati i codici che, comunque, differiscono nella loro generazione tra l'analisi qualitativa e in quella quantitativa[1] (Morgan, 1993), essi possono essere sottoposti ad analisi quantitativa o qualitativa o ad ambedue (*mixed methods*).

L'espressione analisi del contenuto è designata come un ossimoro, quindi, un insieme piuttosto ampio ed eterogeneo di metodi orientati alla comprensione dei processi informativi e che a tale scopo utilizzano procedure di scomposizione analitica (decontestualizzazione) e di classificazione e sintesi (ri-contestualizzazione) di testi e di altri insiemi simbolici.

L'analisi del contenuto è una tecnica di analisi flessibile e non esiste una maniera "corretta" per effettuarla, ma linee di approccio diversificate che si basano sulle abilità analitiche e lo stile dei ricercatori (Hoskins, Mariano, 2004).

L'analisi del contenuto non procede in maniera lineare ed è più complessa dell'analisi quantitativo-sperimentale a causa della sua minor standardizzazione (Polit, Beck, 2004).

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

Il contenuto manifesto è il comune terreno d'incontro per i tre attori che entrano in gioco nell'analisi del contenuto: gli emittenti del testo, i suoi destinatari, gli analisti o ricercatori che devono interpretarli per le persone interessate. Il ricercatore assume che i significati che egli ascrive al contenuto, riducendolo a certe categorie piuttosto che ad altre, corrispondano ai significati intesi da chi comunica (Rositi, 1988).

La totale assenza di una riflessione attorno alla mediazione interpretativa

NOTE

[1] Nella generazione dei codici, gli analisti qualitativi utilizzano molto di più i dati stessi come origine dei loro codici (Morgan, 1993: 115). Anche quando gli analisti qualitativi hanno delle categorie da considerare preesistenti alla codificazione del materiale testuale (analisi del contenuto deduttiva), spesso modificano le categorie stesse per creare nuove categorie per catturare la specificità dei dati *(ibidem)*. Nell'analisi quantitativa o testuale si cercano algoritmi che applicano la codificazione automaticamente e si cercano numeri e tabulazioni dei codici che sintetizzano i dati e l'analisi quantitativa spesso si ferma su questi risultati numerici. L'analisi interpretativa di ri-contestualizzazione dei dati, invece, viene fatta solamente con l'analisi qualitativa del contenuto mentre l'analisi del contenuto prettamente quantitativa, leggermente in disuso nelle scienze sociali ed in particolare in quelle infermieristiche ma presente in maniera corposa nell'analisi semiotica e linguistica, si ferma alla decontestualizzazione dei testi stessi. L'analisi quantitativa cerca, allora, di rispondere alla domanda cosa e quanto, mentre quella qualitativa risponde ai quesiti *perché e come* (Morgan, 1993).

dell'analista rende ormai superata la posizione di *content analysis* proposta da Berelson (1952) visto che sottolinea in maniera eccessiva l'impostazione logico-razionale da cui deriva.
La limitazione del potenziale euristico dello strumento al solo contenuto manifesto è riduttiva (a differenza, di quanto propongono buona parte delle tecniche più recenti, messe a punto proprio per scavare in profondità il testo nel tentativo di ricostruire strutture che rimandano a elementi – quali atteggiamenti, idee, non compresi a livello di superficie e spesso inferite dal materiale analizzato). Dove Berelson e altri quantitativisti erravano era nel salto tra l'inevitabile utilizzo della quantificazione implicita alla conclusione che tutte le procedure analitiche dell'analisi del contenuto dovessero essere quantitative (Morgan, 1993).
La *content analysis* nata come tecnica quantitativa attraverso la sociologia per analizzare i messaggi veicolati dai giornali e dai mezzi di comunicazione di massa più moderni, è oggi nella Infermieristica una tecnica tipicamente qualitativa che si estrinseca attraverso i suoi principali approcci che sono (induttivi e deduttivi) (Elo, Kyngäs, 2008).
I problemi di metodo dell'analisi del contenuto sono gli stessi della ricerca sociale in generale. Essi, tuttavia, possono assumere una valenza del tutto particolare, a causa della molteplicità e/o ambiguità dei significati attribuibili sia alle unità d'analisi sia alle categorie e alle regole di codifica e, quindi, a causa dell'inevitabile fondamentale ricorso alle capacità interpretative del ricercatore.

L'ANALISI DEI DATI NELLA *CONTENT ANALYSIS*: ALCUNI RIMANDI STORICI

L'analisi del contenuto, come abbiamo visto, è uno strumento di analisi e trattamento delle inferenze (cioè delle deduzioni tese a sottolineare una logica, partendo dai dati per poi giungere al relativo contesto-ambiente) valide e replicabili, allo scopo di fornire adeguati elementi di conoscenza e criteri di azione dei dati [Gemini, Russo, in Cipolla (a cura di), 2003].
Come è ben affermato da Morse (1994): *"l'analisi dei dati nella ricerca qualitativa, è un processo che richiede un'incessante ricerca delle risposte, un'osservazione attiva, [....] è un processo per mettere insieme i dati, per far diventare l'invisibile ovvio, per trovare il significato in dati non significanti di per se, per trovare una logica in fatti non correlati, per amalgamare le categorie [....] è un processo di congettura e verifica, di correzione e modificazione, di suggerimento e di difesa. È un processo creativo per analizzare i dati cosicché gli schemi appariranno ovvi".*
Dal punto di vista storico, la content analysis, all'inizio, si configurava attraverso il conteggio delle frequenze di alcune parole, simboli o categorie di significato presenti nelle informazioni... Insomma, sulla spinta dell'entusiasmo *"quantofrenico neo-positivista delle comunicazioni di massa negli 30-40 del 900"* [Gemini, Russo in Cipolla, a cura di, 2003:329).
Krippendorf (2004) descrive che nel XVIII secolo, il clero svedese sottopose a scrutinio una raccolta di 90 inni religiosi anonimi, noti come Canti di Sion, perché sospettati di veicolare contenuti eretici. Vennero, così, individuate alcune parole-chiave, le cui distribuzioni di frequenza furono messe a confronto con quelle rilevate nella produzione ortodossa allo scopo di scorgere eventuali discordanze o vere e proprie deviazioni dalla dottrina ufficiale della Chiesa.
Sul versante della ricerca di tipo qualitativo, scorrendo in avanti nel tempo di poco più di un secolo, non si può non citare Thomas e Znaniecki (1918-1920) che con il loro *"Contadino polacco in Europa e in America"* descrivono il complesso fenomeno migratorio dei polacchi in America, indagando soprattutto le forti conseguenze che esso aveva sugli atteggiamenti e i comportamenti, i valori e le tradizioni di chi vi era coinvolto.
Ed è proprio qui che, fin dai primi anni del secolo scorso, l'analisi del contenuto della stampa conosce un florido sviluppo, grazie alle prime ricerche sui processi di *news making* condotte dalla Scuola di giornalismo della Columbia University.
La predilezione per l'approccio quantitativo si legava al fatto che essa permetteva di superare alcuni limiti riscontrabili nelle analisi qualitative, come la mancata prova dell'analisi accurata del materiale esaminato, etc. Losito (2007:17), giungendo troppo spesso a conclusioni in cui il peso della soggettività del ricercatore violava le condizioni essenziali di correttezza e rigore metodologico sui criteri di selezione della documentazione empirica, di definizione delle unità di analisi, di costruzione e uso delle categorie d'analisi *(ibidem*).
Nell'analisi del contenuto, invece, i dati devono essere analizzati tenendo presente le informazioni raccolte in funzione del loro significato.
Da questo punto di vista, l'analisi qualitativa del contenuto può essere arricchente e può essere arricchita, dall'analisi testuale, vista come l'analisi delle occorrenze sul piano linguistico dei testi. *"Se considerata come analisi formale, infatti, la statistica testuale rappresenta un approccio basato sui segni (significanti) e sui loro rapporti, valutati su un piano statistico, per arrivare successivamente ai significati".* (Lucidi, Alivernini, Pedon, 2008:107)
In effetti, nella ricerca qualitativa, l'analisi dei dati inizia immediatamente dopo aver raccolto le diverse informazioni dell'oggetto di studio, in pratica, inizia durante la raccolta dati; le informazioni raccolte vanno subito analizzate per non dimenticare le impressioni e i comportamenti non verbali osservati nel corso dell'*information retrieval* (Speziale Streubert, Carpenter, 2003) e per utilizzare al meglio le short notes di arricchimento dei dati, collezionate durante la raccolta dei dati stessi. Come ben ci ricorda Zammuner (2003:245) *"...l'analisi dei dati è un processo continuo che nella tecnica dei focus group, in particolare, richiede tempo ed attenzione (non diversamente da quella di dati quantitativi) soprattutto perché è un processo continuo....il processo di analisi inizia già durante la conversazione, e a partire dal primo focus group condotto, e non può essere posticipata a quando il ricercatore ha tutti i dati (come avviene invece nella ricerca quantitativa, quando l'analisi avviene dopo la somministrazione del questionario)".*
Il ricercatore, quindi, deve immergersi

completamente nei dati, risiedere nei dati. *"Oltre all'analisi che si verifica durante lo studio è necessario un periodo protratto di immersione alla fine della raccolta dati. Durante questo periodo, di dimora (nei dati), (i ricercatori) si interrogano su tutte le conclusioni precedenti, alla luce di quello che hanno scoperto* nel contesto del tutto". (Speziale Streubert, Carpenter, 2003:36)
Alla fine dell'analisi, emergono i temi che sono unità di significato strutturale dei dati e astrazioni interpretate del contenuto latente del testo stesso.
Con questa prima parte del nostro contributo alla *contest analysis* e all'analisi metodologica dei dati, abbiamo cercato di evidenziare alcuni tratti salienti dei processi induttivo-deduttivi che caratterizzano tale approccio.
Nella seconda parte, si approfondiranno gli aspetti della validità e dell'affidabilità della ricerca qualitativa, termini impropri, comunque, per descrivere i due concetti.
La professione infermieristica ha un alto contenuto relazionale ed educativo; l'interesse per le emozioni, i sentimenti, le opinioni delle persone di cui si prende cura, dei familiari, dei colleghi, degli altri professionisti, degli studenti, dei cittadini in generale, è centrale per l'infermiere perché, attraverso i racconti delle persone che incontra, può riflettere, acquisire conoscenze, capire meglio l'ambiente in cui lavora e sviluppare processi di miglioramento sia dell'assistenza fornita sia delle condizioni ambientali.
La ricerca qualitativa impegna l'infermiere a livello relazionale, lo pone in gioco, lo chiama ad una restituzione di quanto viene a conoscenza, lo avvicina alla comprensione empatica dell'altro.

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

BIBLIOGRAFIA

Berelson B, *Content analysis in communication research.* Glencoe: Free Press.1952
Cardano M, *Tecniche di ricerca qualitativa.* Roma: Carocci. 2003
Cavanagh S, *Content analysis: concepts, methods and applications.* Nurse Researcher 4(3): 5-16.1997
Dovigo F, *Ricerca qualitativa e sociologia. In Dovigo F. (a cura di). La qualità plurale. Sguardi transdisciplinari sulla ricerca qualitativa.* Milano: Franco Angeli. 2005
Downe-Wamboldt B, *Content analysis: method, application, and issues.* Health Care for Women International 13: 313-321. 1992
Elo S, Kyngäs H, *The qualitative content analysis process.* Journal of Advanced Nursing, 62 (1): 107-115. 2008
Gemini L, Russo G, *L'analisi del contenuto.* In Cipolla C. (a cura di). Il ciclo metodologico della ricerca sociale, IV ed., Milano: Franco Angeli. 2003
Guthrie J, Petty R, Yongvanich K, Ricceri F, *Content analysis of social, environmental reporting: what is new?* Journal of Intellectual Capital 5, 2: 282-293. 2004
Hoskins N.C, Mariano C, *Research in nursing and health: understanding and using quantitative and qualitative methods.* New York: Springer Publishing. 2004
Krippendorff K, *Content analysis: An introduction to its methodology.* II ed., Thousand Oaks: Sage Publications. 2004
Losito G, *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale.* Milano: Franco Angeli. 2007
Lucidi F, Alivernini F, Pedon A, *Metodologia della ricerca qualitativa.* Bologna: Il Mulino. 2008
McCain G, *Content analysis: a method for studying clinical nursing problems.* Applied Nursing Research 1, 3: 146-147. 1988
Morgan D.L, *Qualitative content analysis: a guide to paths not taken.* Qualitative Health
Research 3: 112-121. 1993
Morse J.M, *Emerging from the data': the cognitive processes of analysis in qualitative inquiry.* In Morse J.M, Ed. 1994. *Critical issues in qualitative research methods.* Thousand Oaks: Sage Publications, 22-45. 1994
Polit D, Beck T.C, *Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2004
Rositi F, Analisi del contenuto. In Rositi F, Livolsi M, *La ricerca sull'industria culturale.* Roma: Nuova Italia Scientifica. 1988
Speziale Streubert H.J, Carpenter R.D, *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Ed. it. Matarese M. (a cura di) (2005). *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico.* Napoli: Idelson-Gnocchi. 2003
Thomas W.I, Znaniecki F, *The Polish peasant in Europe and America. Monograph of an immigrant group.* Chicago: The University of Chicago Press (voll. 3-5 Boston, Richard G. Badger, 1920). (Trad. it. *Il contadino polacco in Europa e in America.* Milano: Edizioni di Comunità. 1968, 2 voll. 1918)
Tuzzi A, *L'analisi del contenuto: introduzione ai metodi e alle tecniche di ricerca.* Roma: Carocci. 2003
Zammuner L.V, *I focus group.* Bologna: Il Mulino. 2003

Influenza del ricovero ospedaliero e del grado di fragilità sul recupero del livello di autosufficienza antecedente l'evento acuto

Uno studio descrittivo prospettico sui pazienti anziani con patologia cardiovascolare

di Michelangelo Leone, Giuseppe Liotta, Maria Grazia Proietti

ABSTRACT

L'obiettivo dello studio è valutare l'impatto del ricovero ospedaliero sul mantenimento e sul recupero della condizione di autosufficienza antecedente l'evento acuto nel paziente ultra 65enne con patologia cardiologica.

Si è proceduto alla misurazione del grado di fragilità e di autonomia di 43 pazienti ricoverati nel reparto di Cardiologia in tre momenti: prima dell'evento acuto, ad un mese, e a tre mesi dalla dimissione, attraverso l'utilizzo di tre scale di valutazione:

- Scala di Valutazione della Funzionalità Geriatrica (Svfg)
- Scala delle attività fisiche della vita quotidiana (Adl)
- Scala delle attività strumentali della vita quotidiana (Iadl).

E dall'analisi dei dati raccolti, è possibile affermare che: salvo nei casi di decesso, il ricovero ristabilisce la condizione di autosufficienza preesistente l'evento acuto; l'autonomia nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana (Iadl) rappresenta una variabile significativamente predittiva della mortalità.

Identificare i pazienti a rischio di non autosufficienza è la condizione per pianificare interventi globali rivolti a prevenire la situazione di dipendenza e, al contempo, migliorare la sopravvivenza. È evidente come, in un tale processo, gli infermieri, per la loro competenza nell'osservazione e nell'educazione terapeutica del paziente e della famiglia, giochi un ruolo chiave, non solo in ospedale, ma in continuità assistenziale con i servizi territoriali.

Parole-chiave: anziano fragile, mortalità, declino funzionale, ricovero ospedaliero, patologia cardiovascolare.

INTRODUZIONE

L'invecchiamento è un processo inevitabile, tuttavia può essere influenzato da diversi fattori, come dimostra l'aumento dell'aspettativa di vita associato al miglioramento dell'igiene e alla generale riduzione della morbidità (Le Gall e Ardaillou, 2009).

Occorre considerare anche che gli organi invecchiano in modo diverso: le pareti dei vasi si induriscono, il cuore diventa fibrotico, il cervello è soggetto a degenerazione neuro fibrillare e placche senili (responsabili del morbo di Alzheimer), la retina va incontro a degenerazione maculare, la funzione renale si deteriora parallelamente alla riduzione della filtrazione glomerulare dovuta alla graduale diminuzione dei nefroni, le difese immunitarie diventano meno efficaci a seguito del deterioramento funzionale dei linfociti B e T e dell'involuzione del timo.

La funzione riproduttiva è un caso a parte: nonostante l'aumento dell'umana longevità, la cronologia del ciclo riproduttivo e l'età della menopausa non sono cambiati.

Le Gall e Ardaillou (2009) concludono la loro ricognizione delle conoscenze attualmente disponibili sulla biologia dell'invecchiamento affermando che l'esercizio fisico e la dieta sono attualmente le uniche misure note in grado di rallentare tale processo.

Secondo le teorie evoluzionistiche, la senescenza, o invecchiamento, consiste in un aumento della mortalità e/o in un declino della fertilità con l'aumentare dell'età (Bonsall, 2006).

Se considerassimo l'invecchiamento come il risultato dei comportamenti e dei processi di sviluppo e riproduzione, allora potremmo pensare di prevedere il fenomeno della mortalità.

In definitiva, l'anziano può essere considerato un organismo in una fase più o meno avanzata del suo declino, spesso

già interessato da una o più condizioni patologiche, manifeste o latenti, caratterizzato, quindi, da maggiore vulnerabilità e minore efficienza psico-fisica, che lo espongono a un maggior rischio di complicanze.
Tale vulnerabilità è riferibile all'incapacità di reagire efficacemente ad eventi che turbano una precaria omeostasi: variazioni del clima, ad esempio l' "emergenza anziani" durante i mesi estivi; il riacutizzarsi di una malattia cronica; una malattia acuta anche di modesta entità, come l'influenza; un evento traumatico di natura sia fisica (come una caduta) che psichica (la perdita del coniuge o l'istituzionalizzazione), così come un semplice procedimento diagnostico o un intervento terapeutico (Walston e Hadley et al. 2006).
Condizione tipica di questo segmento di popolazione è la cosiddetta **"sindrome da fragilità"** (Fried e Tangen et al. 2001; Fried e Ferrucci et al. 2004) che riguarda soggetti di età avanzata, o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso aggravati da problematiche di tipo socio-economico.
All'aumento tendenziale della popolazione anziana - e molto anziana - si accompagna, pertanto, un incremento esponenziale di soggetti malati cronici e disabili, così come un progressivo allungamento dell'aspettativa di vita in condizioni di cronicità e disabilità, con il conseguente aumento del ricorso all'ospedalizzazione.
Questi pazienti sono esposti, in modo crescente, al rischio di eventi avversi in esito all'ospedalizzazione, compreso il declino funzionale, inteso come una perdita di indipendenza nella cura di sé: il prolungarsi della degenza e l'istituzionalizzazione, le sindromi geriatriche, come il *delirium*, le riammissioni in ospedale e la morte (De Saint-Hubert e Schoevaerdts et al. 2009). L'età, la diagnosi e le comorbilità non sono sufficienti a rendere conto del rischio di un'evoluzione negativa del ricovero ospedaliero nel paziente anziano fragile.
I principali fattori di rischio identificati da De Saint-Hubert e Schoevaerdts et al. (2009) sono: lo stato funzionale prima dell'ammissione, la capacità cognitiva e la situazione sociale.
In definitiva, l'anziano fragile, proprio per l'instabilità e la vulnerabilità di cui si è detto, se, per un verso, è esposto ad un elevato rischio di ospedalizzazione, dall'altro, a causa della sua incapacità biologica di reagire ad eventi stressanti, in caso di ricovero ospedaliero, peggiora ulteriormente la sua condizione: secondo Rozzini e Sabatini et al. (2005), i pazienti fragili, quando ricoverati in ospedale, sono a maggior rischio di mortalità a sei mesi.
Altri studi confermano che, per i pazienti anziani, l'ospedalizzazione comporta un peggioramento dei livelli di autosufficienza rispetto all'ingresso: il 30-60% sviluppa nuove dipendenze nelle attività di vita quotidiana (Adl) durante la permanenza in ospedale.
Le conseguenze rilevate sono, di nuovo, l'aumento della mortalità, il prolungamento della degenza, il trasferimento in una *nursing home* e l'aumento della dipendenza una volta tornati a casa (Hoogerduijn e Schuurmans et al. 2007).
Il problema è rappresentato non solo dai costi personali e familiari, ma anche, con la rapida crescita della popolazione anziana, nel considerevole impatto sui costi del Sistema Sanitario Nazionale.
I principali indicatori individuati quali predittori di un tale declino funzionale come conseguenza dell'ospedalizzazione sono: l'età, il deficit funzionale, il deficit cognitivo, il basso punteggio nelle attività strumentali di vita quotidiana (Iadl) all'ammissione, la depressione e la durata del ricovero. Anche Vidàn Astiz e Sànchez Garcìa et al. (2008), nel confrontare il declino funzionale dei pazienti ricoverati in Geriatria e in Medicina, individuano quali fattori di rischio: età, *delirium*, dipendenza nella mobilità, allettamento oltre le 48 ore, assunzione di farmaci psicotropi, terapia notturna e contenzione fisica.
Da qui, l'esigenza di valutare l'impatto del ricovero ospedaliero sul recupero della condizione di autosufficienza antecedente l'evento acuto, in particolare nel paziente ultra 65enne con patologia cardiologica, al fine di ripensare il modello di erogazione delle prestazioni di assistenza socio-sanitaria e di personalizzare gli interventi.

METODI E STRUMENTI

Per questo studio, di tipo descrittivo prospettico, sono stati arruolati tutti i pazienti ultra 65enni ricoverati presso il reparto di Cardiologia/Utic dell'ospedale "G.B.Grassi" di Ostia, dal primo agosto al 31 ottobre 2009, che hanno aderito volontariamente dopo un colloquio preliminare in cui è stato illustrato lo scopo dell'indagine e acquisito il consenso.
Al paziente è stata assicurata la massima riservatezza e la possibilità di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza che questo pregiudichi, in alcun modo, la qualità dell'assistenza.
Nel caso in cui il paziente non sia in grado di rispondere alle domande, la partecipazione allo studio è stata proposta al familiare più prossimo.
L'unico criterio di esclusione è stato la concomitanza di una patologia oncologica, per l'influenza sul rischio di non autosufficienza e di morte che questa avrebbe potuto avere.
Il campo di indagine è, quindi, rappresentato da 43 pazienti: 22 donne (51%) e 21 uomini (49%); 21 di età compresa fra 65 e 75 (49%) anni e 22 ultra 75enni (51%).
Dei pazienti arruolati, il 53% è coniugato, il 40% vedovo, il 5% separato, il 2% nubile/celibe. Vivono principalmente in famiglia, con il proprio coniuge e/o con i figli, ma otto (19%) vivono da soli. Il 72% dei pazienti non ha un titolo di studio che vada oltre la licenza media inferiore e il 7% dichiara di non possedere nessun titolo di studio, solo il 14% ha conseguito il diploma di scuola media superiore e il 7% la laurea.
La diagnosi d'ingresso più frequente è l'infarto del miocardio (Ima, 67%), le altre patologie cardiologiche riscontrate sono: scompenso cardiaco, edema polmonare, blocco di branca e successivo impianto di *pace-maker* (Pmk), dolore toracico ed embolia polmonare.
La durata del ricovero è, in media, di otto giorni, più specificamente: sette per l'Ima e dieci giorni per le altre patologie.
La destinazione più frequente, dopo la

dimissione, è il proprio domicilio, ma l'11% prosegue il ricovero in un'altra struttura ospedaliera o riabilitativa.
All'ingresso, i pazienti con diagnosi di Ima sono affetti da circa quattro patologie croniche, contro le sette dei pazienti con un'altra diagnosi.
Per ciascun paziente arruolato nello studio si è proceduto alla misurazione del grado di fragilità e di autonomia attraverso l'utilizzo delle seguenti scale:
- Scala di Valutazione della Funzionalità Geriatrica (Svfg) (Grauer e Birnbom, 1975; Palombi e Batoli et al. 1993): si compone di una parte iniziale, riguardante i dati anagrafici (che include anche il recapito telefonico), di una parte relativa alle condizioni fisiche, una a quelle mentali e una alle capacità funzionali. In ultimo viene valutato il grado di sostegno da parte della collettività. Sommando i punteggi assegnati si ottiene un valore positivo o negativo che quantifica il grado di fragilità del soggetto;
- Scala delle attività fisiche della vita quotidiana (Adl) (Katz e Akpom, 1976);
- Scala delle attività strumentali della vita quotidiana (Iadl) (Lawton e Brody, 1969).
Queste ultime si compongono, entrambe, di sette item che indagano l'autonomia della persona in varie attività della vita quotidiana.
Le tre scale vengono somministrate al momento del ricovero, per raccogliere i dati riguardanti il grado di fragilità e di autonomia nel periodo antecedente l'evento acuto, mentre alla dimissione vengono somministrate solo le scale Adl e Iadl, riferite alle condizioni presenti in quel momento.
La rilevazione dei dati prosegue attraverso un contatto telefonico a un mese e a tre mesi dalla dimissione, durante il quale vengono somministrate nuovamente le tre scale per valutare eventuali variazioni del grado di fragilità e di autonomia.
I dati sono stati elaborati attraverso il *software* statistico Spss.
I test applicati sono: t di *Student* per il confronto tra medie in due gruppi, analisi della varianza (Anova) per il confronto tra medie, $\chi 2$ di *Pearson* per l'analisi della correlazione tra variabili.
Il limite della significatività statistica è stato posto per $p < 0.05$.

RISULTATI

I punteggi ottenuti dalla somministrazione della Svfg ci permettono di affermare che il ricovero ristabilisce le condizioni socio-sanitarie esistenti prima dell'evento acuto.
Infatti, il punteggio medio registrato, a un mese e a tre mesi, è risultato analogo a quello riferito alle condizioni precedenti. (Grafico 1)
Contemporaneamente alla Svfg sono somministrate anche le scale Adl e Iadl: i grafici 2 e 3 ci descrivono i soggetti osservati in base alla loro capacità di svolgere autonomamente le attività fisiche (Adl) e quelle strumentali (Iadl) della vita quotidiana nei tre momenti del periodo di studio.

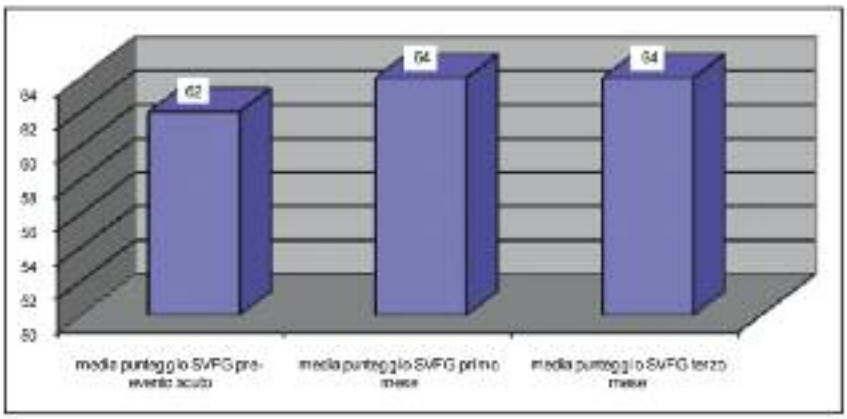


Grafico 1. Punteggio medio Svfg pre-evento acuto, ad un mese e a tre mesi dalla dimissione

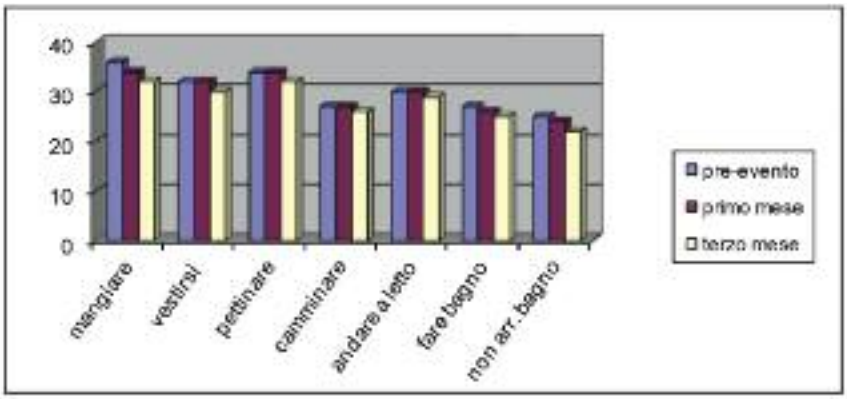


Grafico 2. Numero di soggetti capaci di svolgere autonomamente le attività fisiche quotidiane (Adl), pre-evento acuto, a un mese e a tre mesi dalla dimissione

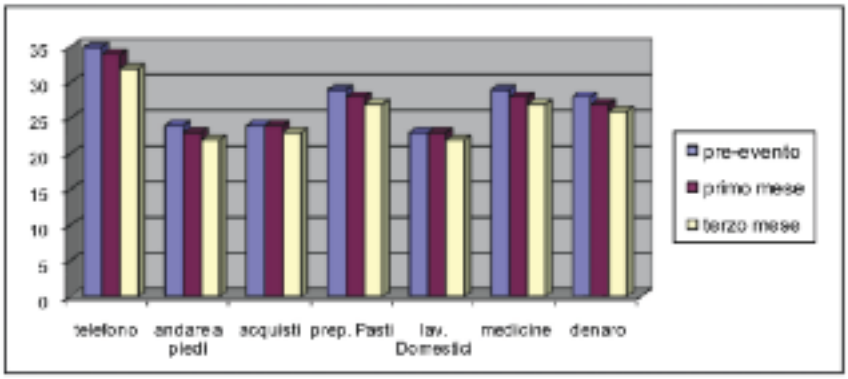


Grafico 3. Numero di soggetti capaci di svolgere autonomamente le attività strumentali del quotidiano (Iadl), pre-evento acuto, a un mese e a tre mesi dalla dimissione

La tabella 1 indica con quale frequenza le persone arruolate nello studio sono capaci di svolgere autonomamente funzioni Adl e Iadl nel periodo precedente l'evento acuto: 21 soggetti sono in grado di svolgere autonomamente tutte le attività, contro i quattro totalmente dipendenti in tutto.

Funzioni possedute	Frequenza	Percentuale
0	4	9,3
1,00	3	7,0
2,00	2	4,7
3,00	2	4,7
5,00	2	4,7
6,00	1	2,3
7,00	1	2,3
8,00	2	4,7
10,00	2	4,7
11,00	1	2,3
13,00	2	4,7
14,00	21	48,8
Total	43	100

Tabella 1. Funzioni Adl e Iadl che i pazienti sono in grado di svolgere autonomamente nel periodo precedente l'evento acuto (frequenze assolute e percentuali)

La tabella 2 mostra, invece, con quale frequenza i pazienti sono in grado di svolgere autonomamente le funzioni Adl e Iadl a distanza di un mese dalla dimissione: la situazione è invariata per le persone autonome in tutte le funzioni; tre persone sono totalmente dipendenti e vanno registrati, purtroppo, tre casi di decesso durante il primo mese.

Funzioni possedute		Frequenza	Percentuale
	0	3	7,0
	1,00	2	4,7
	2,00	2	4,7
	3,00	1	2,3
	5,00	2	4,7
	6,00	1	2,3
	7,00	1	2,3
	8,00	3	7,0
	10,00	2	4,7
	11,00	1	2,3
	13,00	1	2,3
	14,00	21	48,8
	Total	40	93,0
deceduti		3	7,0
Total		43	100

Tabella 2. Funzioni Adl e Iadl che i pazienti sono capaci di svolgere autonomamente a un mese dalla dimissione (frequenze assolute e percentuali)

Il punteggio medio ottenuto dalla somministrazione delle scale Adl e Iadl, nel periodo antecedente l'evento acuto, è 9,3 (Ds 5,54215) contro 9,8 (Ds 5,24062) rilevato a distanza di un mese. Il lieve miglioramento del punteggio di autonomia è evidentemente ascrivibile al decesso dei soggetti con punteggi bassi.

Il gruppo dei deceduti (cinque) è risultato essere autonomo, in me-dia, in 3.8 funzioni Adl/ Iadl (Ds 5,54076) contro le 10 (Ds 5,17682) delle 38 persone sopravvissute a tre mesi dalla dimissione (p=0,015).

Un'altra variabile significativa, in relazione alla mortalità, è la funzione respiratoria/cardiovascolare valutata nell'ambito delle condizioni fisiche (Svfg): confrontando il punteggio rilevato nel periodo pre-evento acuto nei deceduti (-3,00) e nei sopravvissuti (-2,37), con una significatività di p=0,036.

Tale risultato può considerarsi atteso alla luce del tipo di patologia trattata nel reparto ospedaliero dove è stato condotto lo studio.

Anche la condizione mentale (Svfg) si dimostra una variabile predittiva della mortalità: con il punteggio medio di 18,2 rilevato nel periodo pre-evento acuto nei deceduti e di 32,9 nei sopravvissuti, la significatività al t-test è uguale a 0,029.

Tuttavia, la correlazione più rilevante con la mortalità si osserva nella capacità di svolgere autonomamente le Iadl.

Infatti, assegnando un punteggio =0 ai non/parzialmente autosufficienti e =1 agli autosufficienti, i deceduti sono in grado di svolgere autonomamente 1,4 funzioni in media, contro le 4,8 di coloro che sono sopravvissuti: un dato anche questo che risulta statisticamente significativo, con t = 0,011.

Dicotomizzando la scala Iadl in base alla capacità di svolgere fino a 2 o più di 2 Iadl, il campo di indagine può essere diviso in due gruppi: 14 in grado di svolgere autonomamente da 0 a 2 Iadl e 29 in grado di svolgerne più di due: il tasso di mortalità a tre mesi è pari al 28,6% nei soggetti con capacità funzionali inferiori e del 3,4% in quelli con capacità funzionali superiori, con un rischio di morte per i primi aumentato di circa otto volte rispetto ai secondi (rischio relativo=8,2; limiti di confidenza al 95% 1,02-67,4) (Tabella 3)

			Terzo mese		Totale
			vivi	Deceduti	
Punteggio iadl dicotomizzato	0-2 abilità	Casi valutati	10	4	14
		percentuale	71,4%	28,6%	100,00%
	>2 abilità	Casi valutati	28	1	29
		percentuale	96,6%	3,4%	100,00%
Totale		Casi valutati	38	5	43
		percentuale	88,4%	11,6%	100,00%

Tabella 3. Correlazione tra mortalità al terzo mese e Iadl dicotomizzato (frequenze assolute e percentuali)

Dall'analisi multivariata della mortalità, che include come co-fattori età, diagnosi, funzione cardio-vascolare e punteggio medio nello svolgimento delle IADL, quest'ultimo emerge nuovamente come l'elemento più verosimilmente predittivo del decesso: si può quantificare infatti l'aumento del rischio di morte a tre mesi, a parità di età, funzione cardiovascolare e diagnosi, in circa 29 volte per coloro che sono in grado di svolgere da 0 a 2 Iadl, rispetto a quelli in grado di svolgerne più di due.

DISCUSSIONE

I risultati di questo studio non confermano i precedenti, secondo cui i pazienti

fragili, se ricoverati in ospedale, sono a maggior rischio di mortalità a medio termine ed esposti ad un peggioramento dei livelli di autosufficienza.Sembrerebbe, al contrario, che, salvo nei casi di decesso, il ricovero restituisca le capacità funzionali precedenti all'evento acuto.

Che l'autonomia nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana (Iadl) rappresenti una variabile significativamente predittiva della mortalità conferma, invece, i risultati degli studi sui fattori di rischio del declino funzionale (Hoogerduijn e Schuurmans et al. 2007; De Saint-Hubert e Schoevaerdts et al. 2009), anche se una risposta definitiva, indubbiamente, richiede un'analisi più approfondita delle cause dei decessi ed un campo di indagine più ampio.

In conclusione, il presente studio, nel tracciare un profilo multidimensionale dei pazienti anziani con patologia cardiovascolare ed evidenziarne le criticità, individua, in modo certamente non esaustivo, un fattore rilevante di un modello assistenziale che risponda più efficacemente ai bisogni degli anziani fragili, per i quali l'ospedale rappresenta una tappa inevitabile della patologia cronica.

Si potrebbe ipotizzare che una maggiore attenzione all'autonomia nelle attività stru- mentali consenta di allungare la vita al di là della diagnosi e della compromissione della funzione cardiovascolare. Identificare i pazienti a rischio di non autosufficienza è la condizione per pianificare interventi globali rivolti a prevenire la situazione di dipendenza e, al contempo, a migliorare la sopravvivenza.

È evidente come, in un tale processo, **gli infermieri**, per la loro competenza nell'osservazione e nell'educazione terapeutica del paziente e della famiglia, **giochino un ruolo chiave** (Hoogerduijn e Schuurmans et al. 2007), **non solo in ospedale, ma in continuità assistenziale con i servizi territoriali, prima del ricovero e dopo la dimissione**, nell'ambito di un modello basato sul coordinamento delle risorse e sull'integrazione dei processi.

AUTORI:
Michelangelo Leone, infermiere Cardiologia-Utic ospedale "G. B.Grassi" di Ostia;
Giuseppe Liotta, ricercatore presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università "Tor Vergata", Roma;
Maria Grazia Proietti, responsabile della progettazione e sviluppo Cooperativa sociale Nuova Sair, docente di Metodologia della Ricerca Infermieristica 1 all'Università "Tor Vergata", Roma.

BIBLIOGRAFIA

Akpom CA, Katz S, (1976) *Index of Adl. Med Care*, 14(5 Suppl):116-8.

Alonso Armesto M, Martinez de la Casa A, Montero Errasquin B, Ortiz F.J, Sànchez Garcìa E, Serra Rexach J.A, Vidàn Astiz M.T, (2008) *Functional decline during hospitalization in elderly patient. Fenefits of admission to the geriatrics service.* Rev Esp Geriatr Gerontol, 43(3):133-8.

Anderson G, Darer J, Ferrucci L, Fried L.P, Williamson J.D, (2004) *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 59(3):255-63.

Ardaillou R, Le Gall J.Y, (2009) *The biology of aging.* Bull Acad Natl Med, 193(2):365-402.

Barbisoni P, Boffelli S, Cassinadri A, Ferri M, Rozzini R, Sabatini T et al (2005) *Relationship between functional loss before hospital admission and mortality in elderly person with medical illness.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci;60:1180-3.

Batoli A, Mancinelli S, Marazzi M.C, Palombi L, (1993) *Valutare la salute dell'anziano. Guida all'uso della metodologia Oars-Older Americans Resources and Services.* Torino, Nuova ERI.

Birnbom F, Grauer H, (1975) *A geriatric functional rating scale to determinate the need for institutional care.* J Am Geriatr Soc, 23(10):472-6.

Bonsall M.B, (2006) *Longevity and ageing: appraising the evolutionary consequences of growing old.* Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 29;361(1465)119-35.

Brody E.M, Lawton M.P, *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living.* Gerontologist 1969;9:179-185.

Spector W.D, Katz S, Murphy J.B, Fulton J.P. *The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living.* J Chronic Dis. 1987;40(6):481-9.

Burke G, Fried L.P, Gottdiener J, Hirsch C, Kop W.J, McBurnie M.A, Newman A.B, Seeman T, Tangen C.M, Tracy R, Walston J, Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group, (2001) *Frailty in older adults: evidence for a phenotype.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 56(3):M146-56.

Cornette P, De Saint-Hubert M, Poulain G, Schoevaerdts D, Swine C, (2009) *Risk factors predicting later functional decline in older hospitalized patients.* Acta Clin Belg, 64(3):187-94.

Duijnstee M.S, Grypdonck M.F, Hoogerduijn J.G, Rooij S.E, Schuurmans M.J, (2007) *A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline.* J Clin Nurs, 16(1):46-57.

Ershler W.B, Ferrucci L, Fried L.P, Guralnik J.M, Hadley E.C, Harris T, Newman A.B, Studenski S.A, Walston J, (2006) *Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults.* J Am Geriatr Soc, 54(6):991-1001.

Il processo di formazione dell'identità nel percorso migratorio

Studio etnografico sull'influenza delle origini nelle dinamiche psicopatologiche del paziente straniero

di Giulia Calcaterra, Barbara Di Donato, Nicoletta Francesca Salvi

ABSTRACT

Il fenomeno della globalizzazione, ormai sempre più in crescita nel mondo contemporaneo, diventa un accesso sempre più frequente per rapportarsi a culture diverse.

Pertanto, gli operatori sanitari e, nello specifico, gli infermieri, nel loro servizio quotidiano, stanno assumendo maggior consapevolezza di come il loro operato sia caratterizzato da possibili incontri con persone appartenenti a culture altre.

Lo studio effettuato cerca di porre un ulteriore accento sulla problematica sociale dell'emigrazione, focalizzandola nel delicato ambito della patologia mentale, suggerendo, inoltre, un approccio clinico di tipo transculturale.

L'importante è, quindi, che il personale infermieristico sia pronto all'incontro con una cultura diversa da sé, il che implica una grande e profonda auto-conoscenza (come si può vedere con le teorie di Madleine Leininger e Marie Colliere, oltre che attraverso una duplice prova).

Infatti, oltre a trovarsi di fronte a persone straniere con altre abitudini e tradizioni, si è anche sottoposti ai vissuti che queste riportano, in quanto pazienti psichiatrici.

Le prove saranno dunque duplici. La prima: spaesamento di fronte al diverso; la seconda: distinguere l'altro da noi senza che questo ci inglobi e/o ci domini.

Scopo di questa ricerca è indagare come le dinamiche dell'emigrazione (separazione dall'ambiente d'origine, spaesamento dovuto ad un nuovo contesto, meccanismi di difesa di fronte al nuovo che, al contempo, incuriosisce e spaventa) influiscano sulla personalità dello straniero e, più nello specifico, nell'identità del paziente straniero, che si presenta a noi nell'acuzie del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (Spdc), tormentato da una crisi, che il personale infermieristico e medico dovrà essere all'altezza di gestire.

Per rispondere alla domanda di ricerca sono stati consultati studi in merito al tema "emigrazione-identità", attraverso ricerche effettuate in più banche dati: Ilisi, PubMed, Cinahl dov'è stata eseguita, anche una traduzione dal francese di autori celebri dell'etnopsichiatria quali Devereux, Nathan e Ricoeur.

INTRODUZIONE

La letteratura in merito è molto ampia e vanta una tradizione antichissima: non a caso, già gli antichi romani si dilettavano nello studio delle popolazioni diverse ed appartenenti ad un'altra cultura.

Da questa, e passando attraverso l'etnografia, nel corso dei secoli, si è arrivati ad uno studio molto più approfondito in cui non ci si limita all'osservazione degli ambienti e delle ritualità, ma si scava nel profondo, a collegare tutto ciò che riguarda la persona (cultura, famiglia, contesto sociale e geo-politico) per arrivare alla formazione dell'unità che caratterizza e distingue ogni essere umano: l'identità.

Secondo quanto riportato da studiosi quali Devereux, Nathan e Ricoeur, ***"l'identità è l'insieme degli elementi che, al contempo, differenziano la persona e la avvicinano all'altro, permettendole di comunicare".***

L'essere umano, infatti, è un animale sociale, in continuo confronto con i suoi simili, a partire dai suoi familiari.

Alla luce di ciò, si evince che l'identità si costruisce con l'insieme dei vissuti relazionali e sociali a cui, fin dalla primissima infanzia, l'essere umano è sottoposto .

L'Io si genera nel rapporto con gli altri, la costruzione dell'identità inizia quando il piccolo, per la prima volta, riconosce la madre ed è da lei riconosciuto.

Tale processo si sviluppa attraverso una serie di trasformazioni, che vanno da uno stadio all'altro del ciclo di vita.

Un altro genere di identità che l'individuo va sviluppando è quella sociale che riguarda il gruppo di appartenenza del soggetto e come quest'ultimo riconosce il suo gruppo: tutto perché l'individuo è immerso nella società ed è volto a costruirsi un ruolo in essa.

Così, la categorizzazione aiuta a trovare delle somiglianze e differenze intercategoriali, l'individuo definisce se stesso e gli altri in base a queste appartenenze: l'immagine del proprio sé si struttura nella consapevolezza di far parte di un certo gruppo sociale.

Poiché ogni individuo vuole costruire un'immagine di sé positiva, aderirà al gruppo che più può garantirgli un'iden-

tità sociale soddisfacente.
In questi termini, l'emigrazione può costituire un fattore dannoso per lo sviluppo dell'identità del singolo: l'individuo infatti, nel suo processo di auto-conservazione, per sentirsi "se stesso" ha bisogno di essere sostenuto dai contenuti del suo ambiente d'origine.
Secondo una lettura psicodinamica, la separazione dal luogo nativo, tramite un processo di regressione, riattiva i conflitti delle prime relazioni affettive, soprattutto i lutti per gli affetti perduti. Vedremo, infatti, come la modalità positiva o negativa del processo d'integrazione dipenda dalle capacità di elaborare il lutto, in quanto l'emigrazione è un fenomeno che mette in discussione l'equilibrio raggiunto nello sviluppo ed esige una "ristrutturazione" del mondo interno del soggetto.
Le sfide che una persona emigrata deve affrontare sono quindi numerose, a partire dalla lingua, altro elemento che assume un ruolo fondamentale nella creazione del sentimento di identità, dal momento che non serve soltanto a comunicare, ma è un vero e proprio strumento attraverso cui l'individuo, al contempo, si manifesta e si cela, dandoci di sé un'immagine frammentata che potremmo rivelare solo attraverso il dialogo, l'ascolto e l'osservazione.
Sono questi gli elementi di cui il personale infermieristico e medico si serviranno per aiutare i pazienti ad affrontare le loro crisi.
Questo è l'altro tema centrale dello studio, a proposito di un paziente psichiatrico in acuzie.
Lo stato drammatico in cui questi si trova può essere scatenato da profonde delusioni che subentrano nella sua vita, che lo mettono improvvisamente davanti al crollo delle sue illusioni.
A volte è un dolore, un incidente particolarmente importante, a volte, nel bel mezzo di questo apparente benessere e della fortuna, comincia ad insorgere una vaga inquietudine, un senso di insoddisfazione, di mancanza di qualcosa che non si riesce a definire, perché si scopre, magari dopo una serie di nuovi errori, che non coincide con niente di materiale.
Questo momento può essere affrontato in maniera diversa dai pazienti: depressione, eccitamento, disturbo dell'umore, psicosi, nevrosi.
Comunque, in qualunque modo ci si presenti il paziente, non dobbiamo dimenticare che la crisi è un momento di cambiamento importantissimo, attraverso il quale si ha occasione di crescere.
È proprio in questo momento, più che in altri, che l'infermiere collaborerà con il medico per elaborare un piano di cure e di assistenza che possa aiutare il paziente ad uscire dalla crisi con un'identità più forte e più matura.
Per rispondere alla domanda di ricerca sono stati, inoltre, consultati altri studi in merito al tema emigrazione-identità.
Attraverso ricerche effettuate dalla banca dati Ilisi sono stati selezionati due articoli: *"Concetto di etnografia nelle scienze infermieristiche"* di Stievano A. e Rocco G. e *"In viaggio tra cultura e salute"* di De Wet D., Bassani C. e Tomasi A.
Inoltre, per l'analisi dei dati, è stato indicativo soprattutto uno studio effettuato dal centro interculturale di Torino: *"Identità e crisi d'identità di giovani di origine italiana in Germania"*.
Dalla revisione della letteratura e dal confronto con altri studi, la risposta alla domanda di ricerca sarebbe venuta dal dialogo, dall'osservazione ed interpretazione.
Dunque, il disegno che più faceva al caso nostro era, senz'altro, quello di tipo qualitativo-etnografico.
L'indagine è stata svolta in un periodo complessivo di cinque mesi di cui i primi due (settembre- ottobre) sono stati dedicati alla progettazione dello studio (scelta del problema e formulazione delle ipotesi, formulazione del disegno di ricerca e revisione della letteratura) ed i seguenti tre alla sua esecuzione (raccolta dati, analisi dei dati, interpretazione dei risultati).
La raccolta dati si è svolta nel reparto di Spdc dell'ospedale di Roma Fatebenefratelli (Isola Tiberina) su un campione di otto pazienti stranieri.
Si è trattato di partecipare alla vita di reparto, alle attività organizzate (gruppi terapeutici, colloqui clinici, attività occupazionali con terapisti esperti), osservare i comportamenti e le relazioni che i pazienti selezionati intraprendevano con gli altri degenti e con il personale ospedaliero.
Le informazioni ricavate dall'osservazione sono state approfondite dalle interviste semi-strutturate somministrate ai pazienti, per le quali si è preso spunto dal libro di Alfredo Ancora: "I costruttori di trappole del vento".
Dalle interviste sono emerse notizie importanti circa le origini dei pazienti, il loro percorso migratorio, la storia della loro malattia.
Tutto, unito ai dati derivanti dall'osservazione, è stato fondamentale per ricavare le componenti necessarie alla ricostruzione dell'identità dei soggetti.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato eseguito attraverso una ricerca qualitativa etnografica.
La raccolta dati si è svolta in un periodo di tre mesi nell'unità operativa del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (Spdc) dell'ospedale di Roma Fatebenefratelli, Isola Tiberina, su un campione di otto pazienti stranieri immigrati di prima generazione selezionati secondo un campionamento non probabilistico a scelta ragionata.
Quest'ultimi sono stati intervistati ed osservati in momenti diversi della ricerca, a seconda della data del loro ricovero, nel momento di stabilizzazione della situazione patologica, per riscontrare una collaborazione efficace allo studio. (Tabella 1)

Paese di provenienza	n.
Eritrea	2
Camerun	2
Brasile	1
Nigeria	1
Sri Lanka	1
India	1
Totale	8

Tabella 1. Composizione del campione dello studio

STRUMENTI

L'osservazione complessiva è stata effettuata per un periodo di tre mesi. Sono state eseguite interviste semi-strutturate, riprese dal libro di Alfredo Ancora

"I costruttori di trappole del vento", previo consenso informato.
L'intervista si compone di tre schede, di cui, la prima è suddivisa a sua volta in tre parti: A, B, C. La parte A riflette sugli aspetti anagrafici e sulla famiglia d'origine dell'intervistato; la B, invece, si concentra sull'arrivo del paziente alla struttura ospedaliera e sulla storia del suo disagio; la C tratta delle vicende che hanno portato alla migrazione e, in generale, del percorso migratorio (da come è iniziato a come si è risolto, come si è adattato l'intervistato ai nuovi stili di vita, se ha costruito una famiglia, se ha portato con sé quella d'origine...).
La seconda scheda, invece, presenta un piccolo questionario, utilizzato come occasione per fissare, anche se schematicamente, osservazioni, sensazioni su alcuni momenti della vita, caratterizzati da passaggi da un luogo ad un altro, a cui spesso non è stata data una giusta rilevanza.
Il tutto allo scopo di focalizzare meglio tutta quella sfera che riguarda le radici, le fughe e gli esili.
In ultimo, la terza scheda, tutta incentrata su una modalità particolare usata durante il lavoro di gruppo per i pazienti immigrati, anche se, in questo caso, è stata somministrata in colloqui singoli. Si tratta della teoria "Dei due orologi" che, come spiega Ancora, consiste nel constatare che: *"...Il paziente straniero è diviso fra due mondi. Spesso i più anziani hanno più difficoltà a integrarsi in Italia. Cerca così di dare ai pazienti la possibilità di raccontarsi. In questo modo potranno inoltre condividere memorie, rievocate attraverso i suoni ed i colori della propria terra d'origine, attribuendo ad ogni suono o colore o tradizione folkloristica un'emozione".*
Per giungere ad una corretta analisi dei dati ci si è serviti di un confronto con uno studio attuato da parte del Centro interculturale di Torino, intitolato: *"Identità e crisi di identità di giovani di origine italiana in Germania"*, a cura di Agostino Portera.
Le interviste sono state eseguite nel rispetto della segretezza delle informazioni raccolte, previo consenso informato. La durata delle interviste variava dai 30 ai 60 minuti, ed il numero degli incontri da 4 a 15, a seconda della durata della degenza.
In tutti i casi analizzati sono state eseguite delle osservazioni partecipanti in reparto: durante i colloqui clinici, nelle sedute di gruppo, nelle attività di terapia occupazionale e, in generale, nella vita di reparto e nei rapporti con gli altri pazienti.
Le interviste sono state trascritte su taccuino. Gli elementi non verbali ma osservabili come il contesto e il clima emozionale durante l'intervista, il rapporto intervistatore-intervistato sono stati anch'essi registrati in maniera scritta.
Anche le altre fonti di informazione (telefonate e risultati dalle osservazioni partecipanti) sono state documentate allo stesso modo, seguendo i protocolli dettati dalla letteratura.
La validità e l'affidabilità dei risultati sono stati ulteriormente garantite attraverso i seguenti provvedimenti: incomprensioni, imprecisioni e dati contraddittori sono stati chiariti e risolti mediate il confronto con le singole fonti e quindi mediante il contributo dei soggetti intervistati.
I risultati sono stati discussi con gli interessati, nonché mediante colloqui con operatori esperti del settore.

RISULTATI

L'elaborazione dei risultati è avvenuta estrapolando un totale di 11 tematiche, suddivise in fattori negativi, ovvero provocatori della crisi, e fattori positivi, o protettivi dalla crisi.
Tra i primi (che negli intervistati hanno ostacolato un sano sviluppo della personalità) troviamo: fattori precedenti l'emigrazione (malattia psichica o morte di un familiare, tutto ciò che ha contornato la vita dei pazienti e che ha portato al bisogno di emigrare), emigrazione, esperienza di separazione, incapacità di fissare delle radici (la mancata pianificazione sia dell'emigrazione che della vita futura), orientamento bi-culturale, problemi di integrazione sociale (la marginalità socio-economica nel Paese di accoglimento, dover parlare un'altra lingua).
Tra i fattori positivi sono stati presi in considerazione: le caratteristiche individuali, la comprensione e la fiducia da parte dei familiari, il mantenimento dei legami familiari anche a distanza, esperienza di accettazione e rispetto nel Paese di accoglimento (comprensione da parte dei colleghi di lavoro e della società); il ruolo degli amici come "ponte" fra le due culture, il ruolo degli operatori sanitari come guida e sostegno nelle fasi della crisi.
Nell'analisi effettuata si è analizzata singolarmente ogni tematica.
Fra le tematiche negative sono risultate determinanti tre variabili che, a loro volta, ne includono altre: separazione da ciò che è familiare, perdita di stabilità e si-

curezza, fattori precedenti la migrazione. Tra questi fattori, in primis rientrano le esperienze e traumi pregressi.
Degli otto pazienti, quattro hanno riportato esperienze sia negative che positive, tre riferiscono solo vissuti positivi, uno solo negativa.
È il caso di un paziente eritreo di 25 anni, che racconta la difficile realtà del suo Paese, sempre in guerra e in cui non c'è lavoro. In un contesto già così complicato si aggiunge anche il fatto di essere il più piccolo di otto fratelli che, prima di lui, sono emigrati per cercare lavoro in Svezia, Danimarca, Inghilterra e Svizzera. Lui, rimasto figlio unico nel suo Paese ha dovuto arruolarsi nell'esercito obbligatoriamente, ma, stanco di ciò che lo circondava, ha deciso di imbarcarsi per l'Italia.
Una decisione che rende questo paziente, oltre che un emigrato, anche un renitente alla leva militare, cosa che in Eritrea è severamente punita. (Tabella 2)
In tutti questi casi, diversi per intensità, compare la medesima conclusione: l'emigrazione.
Si evince dunque che questo fenomeno non solo è legato a fattori lavorativi o alla semplice curiosità, bensì, a volte, costituisce un vero e proprio motivo di evasione da un mondo che sembra inospitale, non sicuro, ergo spaventoso.
Analizzando il fenomeno emigrativo, nello studio si indaga su come gli intervistati abbiano affrontato il percorso migratorio e le impressioni al loro arrivo nel nuovo Paese.
Dalle risposte è emerso che: sette di loro hanno effettuato il viaggio in aereo e che di questi due sono arrivati per ricongiungersi ad un proprio familiare tramite i servizi sociali; cinque sono partiti per motivi di studio o di lavoro, tramite accordi presi con le rispettive ambasciate. (Grafico 1)
Un unico paziente, invece, ha effettuato il viaggio clandestinamente, su una piccola barca con 20 persone, per due giorni in condizioni precarie, senza mangiare né bere, dovendo poi affrontare anche l'iter burocratico che ne consegue.
Per quanto riguarda le impressioni avute all'arrivo si registrano quattro vissuti positivi e quattro negativi. (Tabella 3)

Fattori precedenti l'emigrazione		
Fattori positivi	Fattori negativi	Pazienti
"... Andavo a scuola nella capitale Yaoundé, ero la seconda di sette fratelli e mi prendevo cura di loro[...] ci piaceva giocare a corda insieme e fare il bagno nel fiume ..."	*"... mio padre beveva senza controllo, una sera ha portato una donna a casa, è stato un terremoto ..."*	Camerun (40 anni)
"... casa di nonna era in campagna, lì mi divertivo molto ..."	*"... siamo andati a casa dagli zii, poi in collegio, poi in un altro ancora, non stavamo bene da nessuna parte, non ci voleva nessuno ..."*	Camerun (21 anni)
"... nel mio Paese ci sono tantissime risorse, io lavoravo e stavo bene ..."	*"... quando ho visto che mia sorella è morta e che la seppellivano sotto terra non sono più voluto tornare in Nigeria ..."*	Nigeria (38 anni)
[...]	*"... Il mio Paese mi ha stufato, c'è sempre la guerra e niente lavoro, facevo il militare e me ne sono andato ..."*	Eritrea (25 anni)
"... da piccola giocavo a corda, andavo a scuola, quello che facevamo tutti ..."	[...]	Eritrea (50 anni)
"... nel mio Paese studiavo, avevo una ragazza e degli amici ..."	[...]	Sri Lanka (41 anni)
"... io studiavo per diventare infermiera, ero sposata ed ho una figlia ..."	*"... non stiamo più insieme con mio marito, mia figlia è con lui in Inghilterra ed io non riesco a vederla, mi manca tanto ..."*	India (49 anni)
"... quando ero piccola viaggiavo sempre con i miei genitori[...] mi piaceva il Carnevale e giocare a football ..."	[...]	Brasile (48 anni)

Tabella 2. Fattori che hanno preceduto e talvolta causato la migrazione

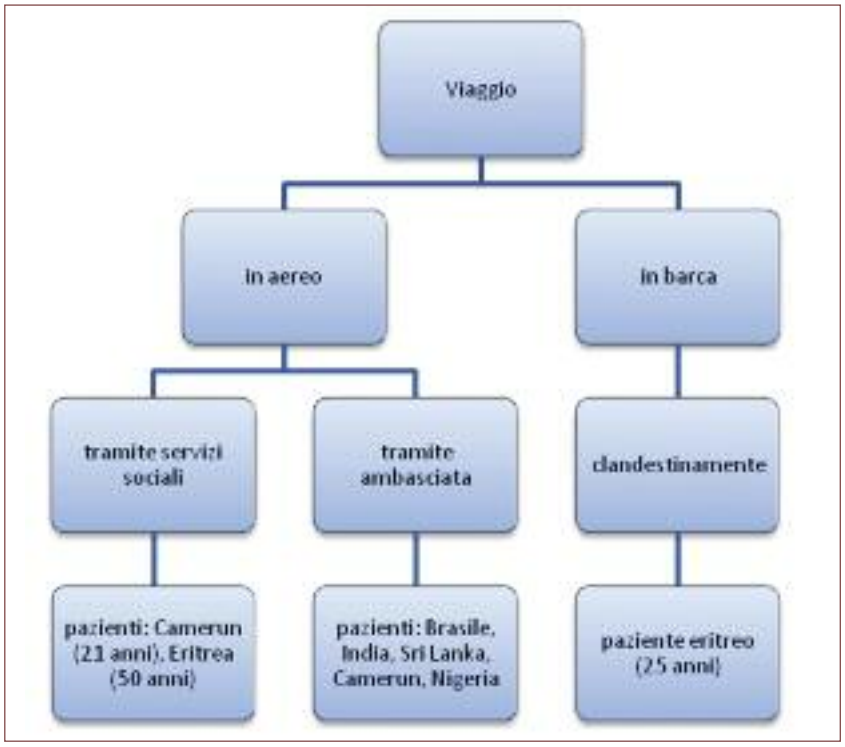


Grafico 1. Su quali mezzi è avvenuta la migrazione?

Paziente	Impressioni circa il nuovo ambiente
Camerun (40 anni)	*"... L'Italia è un bel Paese, con bella gente[...] al mio arrivo ero sola non sapevo dove andare, ho incontrato uno signore che ha iniziato a parlare con me e mi ha ospitato a casa sua, mi ha aiutato moltissimo ... "*
Camerun (21 anni)	*"... ho avuto una buona impressione le signore italiane sono state tutte molto gentili con me ... "*
Eritrea (25 anni)	*"... All'inizio buone, ho cercato lavoro e una donna mi ha aiutato con i documenti, poi male, neanche qui c'è lavoro, adesso anche l'Italia mi ha stufato ... "*
Nigeria (38 anni)	*"... Roma è una bella città c'è vita e bella gente ... "*
Eritrea (50 anni)	*"... Appena sono arrivata mi sono sentita subito a casa mia [...] le persone che ho incontrato erano simpatiche ... "*
Sri Lanka (41 anni)	*"... C'è poco ascolto, le popolazioni europee sembrano tanto grandi, in realtà dentro sono piccole ... "*
India (49 anni)	*"... Ho avuto sia buone che cattive impressioni[...] molta gente non rispetta certe cose, bisogna imparare a chiedere. Io non capisco la maleducazione di certe persone ... "*
Brasile (48 anni)	*"... Quando sono venuto a Roma mi hanno detto di fare molta attenzione perché i romani si sentono più grandi di quello che sono[...] non si adattano agli stranieri ... "*

Tabella 3. Impressioni circa il nuovo ambiente

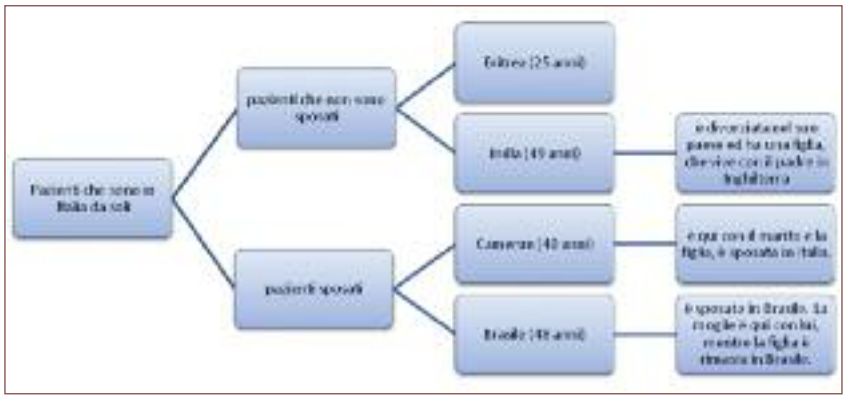


Grafico 2. Pazienti che sono da soli in Italia

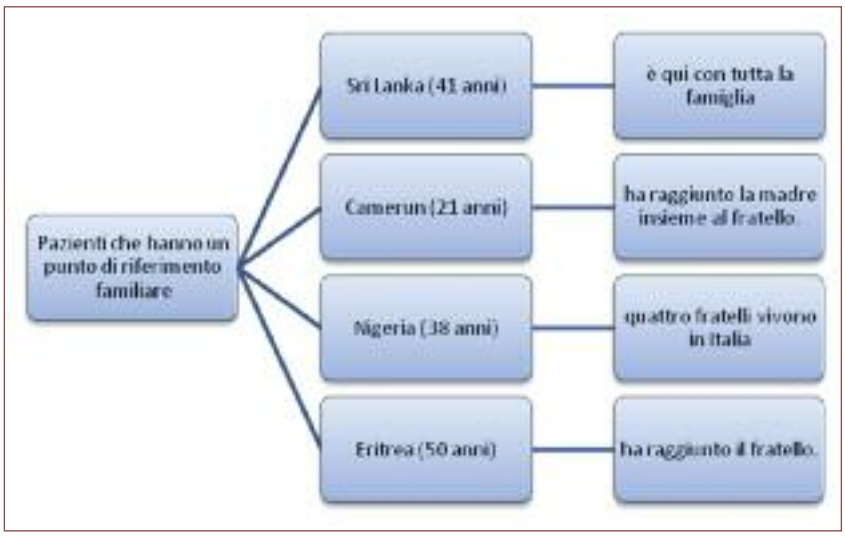


Grafico 3. Pazienti che in Italia hanno un punto di riferimento familiare

La letteratura ci insegna che dall'emigrazione scaturiscono dei processi delicatissimi nelle dinamiche psicologiche individuali: uno fra tutti è rappresentato dalla separazione dai propri affetti, da tutto ciò che, per queste persone, ha rappresentato il concetto di famiglia, di casa e, in un certo senso, di sicurezza.
In particolare, dalle interviste è emerso che i pazienti risentono maggiormente della separazione dalle proprie abitudini, dalle proprie origini e dai propri familiari. *(Grafico 2- 3)*

LE VARIABILI NEGATIVE SPAESAMENTO DI FRONTE AL NUOVO: *COPING* INEFFICACE ED ISOLAMENTO

Incapacità di fissare radici

Accade spesso che in questi pazienti si manifesti il fenomeno del pendolarismo, ovvero l'incapacità di portare a compimento dei progetti. In particolare, nessuno di loro è riuscito a concludere un corso di studio intrapreso.
Le conseguenze di tali atteggiamenti sono che i pazienti non riescono a confrontarsi costruttivamente con la situazione reale in cui vivono, cosa che può essere considerata fra i fattori più significativi nell'evoluzione di una crisi.

Problemi d'integrazione sociale

Quest'area comprende: stigmatizzazione e discriminazione, isolamento e solitudine, problemi linguistici. In particolare, gli aspetti più sentiti dai pazienti sono stati quello dell'isolamento e della lingua. Dall'intervista è emerso che tutti, soprattutto quelli che hanno vissuto in Italia da più tempo, non hanno stretto relazioni sociali, se non con i propri conterranei o parenti.
Anche in reparto, laddove tutti gli altri pazienti intrattengono relazioni, questi sono schivi e tendono a rimanere in un angolo, cercando quasi di non farsi notare.
Questo meccanismo è assimilabile a quello dell'auto-emarginazione che, in letteratura, trova spiegazione nell'assunzione della propria identità, fortemente condizionata dall'assegnazione sociale d'identità. Secondo tale affermazione, dunque, la designazione sociale di identità determina in grande misura il nostro modo di essere.

RICERCA DI UNA NUOVA IDENTITÀ: CONFLITTO CON LE PROPRIE ORIGINI

Orientamento bi-culturale

Dal momento che, in questo contesto, le radici etniche dell'immigrato tendono a dissolversi o comunque a sbiadirsi, per lui diventa difficile comprendere la specificità culturale propria ed altrui. Dalle interviste è emerso che quattro pazienti tendono a rifiutare le proprie tradizioni, togliendo loro ogni importanza, mentre due pazienti assumono un atteggiamento di esaltazione del proprio Paese natio, riportando le loro tradizioni con entusiasmo. (Tabella 4)

LE VARIABILI POSITIVE QUALITÀ CHE COSTITUISCONO PUNTI DI FORZA DELL'IMMIGRATO

Le caratteristiche individuali sono tutte quelle qualità che possono costituire dei punti di forza nell'individuo e quando è stato chiesto ai pazienti di descriversi, ognuno di loro ha riconosciuto di averne qualcuna. (Tabella 5)

Pazienti	Risposte positive	Pazienti	Risposte negative
Cameruni (40 anni)	*"... la gente è abituata a fare grandi feste per strada, si beve, si suona e le donne mettono dei sonagli alle caviglie, che suonano quando ballano ..."*	Nigeria (38 anni)	*"... no niente tradizioni, non mi interessa. ********** a tutte le tradizioni ..."*
Cameruni (21 anni)	*"... lì si festeggiano le stesse cose, perché anche noi siamo cristiani, però le feste sono feste di tutti, si festeggia tutti insieme, si mangia tutti insieme ..."*	Eritrea (50 anni)	*"... Alcune abitudini sono simili, si festeggia insieme[...] ci sono alcune aree mescolate, altre no. Quelle miste sono le peggiori [...] non c'è niente che mi manca del mio Paese ..."*
Sri Lanka (41 anni)	*"... ce ne sono molte di tradizioni: rispetto della religione, della natura, dei genitori, poi con l'arrivo delle colonie tutto distrutto [...] penso che il mio sia un Paese molto sviluppato ...".*	Eritrea (25 anni)	*"... no tradizioni, il mio Paese mi ha stufato! ..."*
India (49 anni)	*"... Onam [...] quei giorni ognuno si veste a modo suo, con vari colori, si festeggia tutti insieme, è un evento molto grande ..."*	Brasile (48 anni)	*"... Quando ero piccolo mi interessavo il football il Carnevale, adesso queste cose non mi interessano più ..."*

Tabella 4. Come i pazienti affrontano il bi-culturalismo

Pazienti	Come si descrive	Come si comporta
Cameruni (40 anni)	*"... prima ero allegra, prima riavevo di più, adesso ho molto male dentro [...] sono una persona che si tiene tutto dentro ..."*	Rimane sempre in camera, nel suo letto, copriva fino a nascondere la testa. Non parla con nessuno. Si alza solo per fare i colloqui con gli psichiatri e per prendere la terapia.
Cameruni (21 anni)	*"... sono riservata, ma non ho mai dato fastidio a nessuno ..."*	Inizialmente non usciva dalla sua stanza, poi, dopo una settimana, si sedeva nella sala comune e guardava la tv con gli altri pazienti.
Eritrea (25 anni)	*"... quando faccio tante cose sono felice [...] non mi piace stare in mezzo a tante persone perché c'è confusione ..."*	Sta sempre da solo, non parla con nessuno dei pazienti, se non direttamente interpellato, chiede continuamente di poter chiamare con i suoi amici su facebook.
Eritrea (50 anni)	*"... sono una persona onesta, buona, amorevole ..."*	Trascorre quasi tutta la giornata in sala comune con gli altri pazienti, non sempre partecipa alle attività occupazionali, si trova in buoni rapporti con i pazienti ed anche con il personale di reparto.
Sri Lanka (41 anni)	*"... sono riservato, mi piace ascoltare [...]Noi buddhisti non abbiamo regole, sempre ascoltare dal cuore, come i bambini[...] devo imparare tutte le parole con il cuore ..."*	Passeggia sempre lungo il corridoio, ogni tanto si ferma a chiacchierare con qualche altro paziente, ma solo se gli vengono poste domande. Trascorre la gran parte della giornata con la madre che lo viene a trovare quotidianamente.
Brasile (48 anni)	*"... sono sempre stato curioso delle altre persone, mi piace imparare nuove tradizioni e culture ..."*	In reparto è solitario, trascorre tutto il tempo con la moglie. Con gli altri pazienti si dimostra molto gentile ed educato.
India (49 anni)	*"... sono una persona tranquilla, sempre pronta ad imparare da tutti ..."*	Solitaria, non comunica con gli altri pazienti, poco incline ad ascoltare ciò che il personale le raccomanda.
Nigeria (38 anni)	*"... mi piace andare a ballare con gli amici, parlare, fare amicizia ..."*	In reparto è schivo, evita si parlare con gli altri pazienti ed esce dalla sua stanza solo per fumare.

Tabella 5. Descrizione delle qualità dei pazienti e la vita nel reparto

Comprensione e fiducia da parte dei familiari

Non tutti i pazienti avevano l'opportunità di avere un familiare con sé.

Nei quattro che potevano usufruirne è stato notato un atteggiamento più sicuro, una diminuzione del senso di solitudine e di abbandono che, invece, era evidente nei rimanenti quattro pazienti.

L'esperienza di accettazione e rispetto nel Paese di accoglimento

Una variabile che ne racchiude altre due: ruolo degli amici come "ponte" fra due culture e ruolo degli operatori sanitari come guida e sostegno nella crisi.

Nel primo caso, questa figura emerge in cinque pazienti, in particolare due di loro riferiscono di aver trovato sostegno in compagni dell'università che, attraverso la vita sociale, li avrebbero introdotti in qualche modo nell'ambiente.

Per quanto riguarda, invece, gli operatori sanitari, è stato chiesto ai pazienti: *"Cosa ti aspetti da questo ricovero?"* e *"Sei soddisfatto dell'assistenza ricevuta in questo reparto?"*.

A queste domande tutti i pazienti hanno risposto *"ascolto, comprensione, aiuto"*,

confermando peraltro le teorie di due grandi esponenti del nursing Peplau e Leininger.
Alla seconda domanda tutti hanno risposto di essere *"soddisfatti"*, tranne un paziente brasiliano che ha sottolineato la necessità di ingrandire il reparto e di lavorare maggiormente in equipe.

DISCUSSIONE

Dalle prime variabili è emerso che gli otto pazienti risentono maggiormente di alcuni fattori, piuttosto che di altri.
Malgrado le differenze d'origine, infatti, tutti sono accomunati da vissuti forti e da sofferenze che iniziano già da prima della loro partenza.
La ragazza del Camerun portava con sé un bagaglio fatto di separazione (dalla madre, che era emigrata prima di lei e dal padre che, accompagnandosi ad un'altra donna, aveva mandato sia lei che il fratello in collegio), disadattamento, che si evince dai continui spostamenti: prima dai nonni, poi dallo zio, dopodiché in un primo istituto e ancora in un altro, tutto per via del fatto che non si sentiva accettata e rispettata da nessuna parte.
L'altro tema che sembra toccare la maggior parte di loro è quello della separazione.
A tal proposito, la letteratura ci insegna quanto i familiari, se collaboranti, possano essere un validissimo aiuto nel percorso terapeutico-assistenziale, poiché, conoscendo il paziente, possono fungere da mediatori fra il terapista ed il malato.
A volte, assumono essi stessi il ruolo di guida, fornendo un ulteriore aiuto all'elaborazione ed al superamento della crisi.
Altro fattore che ha accomunato tutti i pazienti è stato il tema dell'impossibilità di fissare le radici. Con questo ci si riferisce al fatto che tutti, prima di venire in Italia, o dopo il loro arrivo, avevano intrapreso studi universitari, lavori che non sono riusciti a concludere, probabilmente a causa della frenesia di doversi costruire una nuova identità e di non riuscire a trovarla o raggiungerla.
Questo si ricollegherebbe con le tesi sostenute dalla letteratura secondo cui **la persona emigrata subisce una frammentazione dell'Io, dovuta alla perdita del contesto di appartenenza.**
Inoltre, si dovrà poi considerare che, al vissuto riportato dal paziente, si aggiunge quello dell'emigrazione che, da solo, costituisce un elemento di rottura per l'identità della persona straniera che si troverà, come è stato riportato ne "La doppia assenza" di Sayad, divisa tra un mondo che non gli appartiene più ed uno che non gli appartiene ancora.
Inoltre, chi va in un altro Paese ed abbandona il proprio non sempre è ben visto nella società d'origine, per cui su di lui graverà anche l'onta del "tradimento".
È dunque da tutto quest'insieme di fattori che nasce la crisi: i pazienti che riconoscono di averla la descrivono come uno generico star male, un ostacolo allo svolgimento della loro vita e cercano nelle figure assistenziali la soluzione al problema.
È proprio in quest'ambito che entrano in gioco i fattori protettivi che sono stati riportati all'inizio, stavolta senza fare selezioni, perché ognuno di essi si è rivelato fondamentale.

CONCLUSIONI

Il ruolo degli operatori sanitari nell'assistenza di questi pazienti, in particolare il personale infermieristico, è risultato importantissimo nella valutazione finale dello studio.
Infatti, tutti i pazienti hanno riportato il tema dell'ascolto come fondamentale forma di aiuto.
Si può, però, affermare che c'è anche qualcosa in più di questo: chi assiste un paziente psichiatrico appartenente ad un'altra cultura non solo deve essere pronto a dare, ma anche a ricevere.
A tal proposito, dice Alfredo Ancora: *"… Se non si è disponibili a mettere in discussione qualcosa di sé o del proprio modo di conoscere e di sapere, si rischia di andare per mode che scivolano più che per pensieri ristrutturanti…".*
Per questo si parla di trans-cultura, perché si tratta di un processo attivo e recursivo che, allo stesso tempo, attraversa e ritorna su se stesso, creando nuove connessioni, nuove realtà, nuove interazioni. Ciò, da parte di chi opera, richiede mobilità e flessibilità di pensiero.
Tuttavia, nello scambio non si deve dimenticare la propria origine: noi dobbiamo entrare in rapporto con l'altro con una grande apertura agli altri modelli e alle altre culture, ma senza rinnegare niente di quella che è la nostra storia, almeno della parte positiva.
Possiamo rivolgerci ad altri, possiamo dialogare con altri, ma dobbiamo riuscire a fare in modo che questo altro e la nostra tradizione siano presenti assieme e dialoghino tra loro, senza dimenticarne

uno dei due.
L'operatore sanitario, pertanto, al fine di svolgere la propria azione terapeutica, non potrà fare a meno di munirsi di strumenti "altri" senza i quali ogni intervento rischia di risultare poco efficace. A questo proposito, la necessità di una conoscenza del sapere antropologico e delle discipline quali l'etnopsichiatria, etnomedicina ed etnopsicanalisi, risulta di fondamentale importanza per superare, nella mente dell'infermiere, ambivalenze e contraddizioni che si presentano nell'incontro con tali pazienti.
Dunque, c'è la necessità di integrare la persona straniera, di comprenderla e di metterla nelle condizioni di essere se stessa. Quindi, di lasciarsi comprendere.
Per concludere, le parole della dottoressa Rosalba Cecchini Terranova *"...la crisi psichica è un bisogno e desiderio di cambiamento, si può senz'altro dire che disagio psichico equivale ad una crescita... ".*
Questa positività della crisi può essere colta solo se il curante ha in mente i dati dell'antropologia nella vita dell'uomo. Non è importante conoscerli nel profondo, ma sapere che esistono.
Ci vuole una presa in carico, in cui i saperi del clinico vengano messi insieme a quelli del paziente. L'ascolto deve essere empatico e non volto alla modifica della persona (il paziente deve avere la possibilità di narrare la propria cultura, anche di parlarne male), l'identità va rispettata, così come la transculturalità, intesa come la voglia del paziente di capire dove si trova.
Poi sta al paziente *"...costruire o meno dei ponti... ".*

AUTORI:
Giulia Calcaterra, infermiera;
Barbara Di Donato infermiera, laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche, docente presso il corso di laurea in Scienze Infermieristiche, Università di "Tor Vergata", Roma;
Nicoletta Francesca Salvi, psichiatra, docente presso il corso di laurea in Scienze Infermieristiche, Università "Tor Vergata", Roma.

BIBLIOGRAFIA

Leininger M. M, McFarland M. R, *Transcultural nursing; concepts, theories, and practices.* II ed. Milano: McGraw-Hill; 2002.
Collière M.F, *Aiutare a vivere. Dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica.* III ed. Milano: Sorbona; 1992.
Schimmenti V, *Identità e differenze etniche: strategie d'integrazione.* II ed. Milano: Franco Angeli; 2002.
Devereux G, *La renonciation à l'identité: défense contre l'anéantissement.* In Revue française de psychanalyse. 1967 Dec.; 31(1): 101-142.
Terranova Cecchini R, *Cultura e medicina: antropologia transculturale dell'atto medico.* Roma: Ceidem; 1997.
Ancora A, *La dimensione transculturale della psicopatologia.* Roma: Edizioni Universitarie Romane; 2006.
Identità e crisi di identità di giovani di origine italiana in Germania [internet] 3/12/2012 [aggiornato il giorno 9/08/2009; citato il giorno 8/01/1998]. Consultabile sul sito: http://www.comune.torino.it/intercultura/s3.asp?
Sayad A, *La doppia assenza. Dall'illusione dell'emigrazione alla sofferenza dell'immigrazione.* II ed. Milano: Raffaela; 2002.
Peplau H. E, *Interpersonal relations in nursing.* New York: G.P. Putnam and Sons; 1952.

L'infermiere e la gestione dell'accoglienza in area critica

L'esperienza nel pronto soccorso dell'ospedale di Rivoli

di Marco Peretti, Marika Giacometti, Mirella Giorello, Giorgio Olivero, Gianni Ogliero, Davide Minniti

ABSTRACT

Negli ultimi anni, si assiste sempre più spesso ad una "depersonalizzazione" del rapporto tra paziente ed operatore sanitario, con il rischio di perdere, all'interno del percorso di cura, la centralità del paziente.
I progetti di umanizzazione potrebbero rappresentare una grande opportunità per le aziende sanitarie.
A tal fine, e per aumentare la qualità dell'accoglienza umanizzando le cure erogate presso il pronto soccorso dell'ospedale di Rivoli, è stato messo in atto un progetto articolato su quattro fronti: clinico-organizzativo, strutturale, gestionale e di ricerca e analisi della qualità percepita.
Gli interventi attuati si sono dimostrati efficaci, in particolare per quanto riguarda l'aumento dei livelli di soddisfazione relativi al comfort in sala d'attesa, alla riduzione dei tempi di attesa ed alla chiarezza delle informazioni fornite.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, abbiamo assistito ad un continuo miglioramento del livello dell'assistenza medica ed infermieristica, soprattutto in relazione ai grandi progressi avvenuti a livello tecnologico e che hanno riguardato i processi di diagnosi e trattamento.
Ciò nonostante, la frammentazione del processo di cura e l'aumento della complessità e della specializzazione medica hanno causato spesso una "depersonalizzazione" del rapporto tra paziente ed operatore sanitario.
Tale situazione si accentua all'interno del dipartimento di Emergenza ed Accettazione, a causa della peculiarità dei servizi offerti e delle condizioni lavorative presenti.
Emerge, pertanto, il forte rischio di perdere, all'interno del percorso di cura, la centralità del paziente.
A tale proposito, i progetti di umanizzazione potrebbero rappresentare una frontiera fondamentale per le aziende sanitarie che hanno, tra i principali obiettivi, la salute dei cittadini.
Già il Psr 2007-2010 della Regione Piemonte sosteneva la necessità di diffondere la cultura dell'umanizzazione dei servizi e dei diritti, attraverso una concreta presa in considerazione delle specifiche fragilità dei singoli pazienti, attraverso agevolazioni per l'accesso alle strutture sanitarie e socio-assistenziali (eliminazione delle barriere architettoniche e comunicative, assistenza personale adeguata in occasione di interventi di diagnosi cura e riabilitazione) ed per mezzo della messa in atto di interventi per la mobilità (sistemi di trasporto accessibili e fruibili, anche personalizzati delle persone disabili).
Il Piemonte, all'interno della Dgr n. 59-1028 (il progetto denominato "Accoglienza ed Umanizzazione") stabiliva che ogni Asl/Ao avrebbe dovuto elaborare un progetto di accoglienza ed umanizzazione destinato al pronto soccorso.
È possibile definire "Accoglienza ed

Umanizzazione" come la presa in carico globale della persona assistita, al momento dell'arrivo in pronto soccorso e nelle fasi immediatamente successive che precedono e seguono il "Triage".
All'interno di questo contesto, **l'infermiere ha un ruolo fondamentale nel gestire tutti i passaggi che permettono di ottenere, come risultato finale, un'accoglienza più umana.**
A tal proposito, l'articolo 2 del Codice deontologico dell'infermiere afferma che *"l'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa".*
Quindi, la facoltà di attuare interventi di natura gestionale al fine di riformare i Dea per renderli più accoglienti è, non solo una prerogativa, ma anche un dovere "deontologico" del personale infermieristico e rappresenta, pertanto, una grande opportunità professionale.
Anche l'articolo 3 del Codice deontologico dimostra come l'infermiere abbia la concreta possibilità di collaborare attivamente nella gestione, anche a livello organizzativo, di progetti atti a garantire servizi, continuità assistenziale e dignità delle cure.

OBIETTIVI

Per aumentare la qualità dell'accoglienza ed umanizzare le cure erogate presso il pronto soccorso abbiamo deciso, basandoci sui dati di letteratura analizzati (1-14) di agire su quattro fronti:

1. clinico-organizzativo: attraverso la ridefinizione dei codici di accettazione;
2. strutturale: creando una nuova sala di attesa pediatrica e ristrutturando quella preesistente per gli adulti;
3. gestionale: coinvolgendo i volontari in pronto soccorso;
4. ricerca e analisi qualità percepita: per misurare l'efficacia, in termini di soddisfazione da parte dell'utenza, degli interventi messi in atto.

METODI

Ecco gli interventi attuati all'interno del Pronto soccorso.
Clinico-organizzativo: Ridefinizione codici accettazione.
Si è deciso di focalizzare la nostra attenzione principalmente sulle fasce deboli.
Per migliorare l'assistenza offerta ai pazienti in età geriatrica abbiamo messo in atto alcune modifiche del codice colore, introducendo il "codice argento" (6, 10).
La Direzione Sanitaria del presidio ospedaliero di Rivoli, di concerto con un gruppo multidisciplinare di sanitari (medici ed infermieri operanti in ambito Dea), ha definito dei criteri clinico-organizzativi utilizzando sia i dati di letteratura sia le linee-guida reperibili dal LII Congresso nazionale della Società italiana di Gerontologia e Geriatria. Infine, è stata coinvolta, in consulenza, la struttura complessa di geriatria dell'Aou "San Giovanni Battista di Torino-Molinette" per un confronto scientifico e di applicazione pratica.
Ne è derivata la creazione di un codice specifico - "argento", appunto - che rappresenta un codice colore di accesso preferenziale, superiore per gravità al verde, che permette di rendere i tempi di attesa più brevi possibili per la popolazione geriatrica (8).
Tutti i pazienti di età > 85 anni accedono di *default* al codice argento;
Tutti i pazienti di età > 70 anni accedono al "codice argento" se sono presenti almeno due dei seguenti criteri:

- Vivono da soli, senza *caregiver*;
- difficoltà alla deambulazione e precedenti cadute conclamate;
- ospedalizzazione accesso al pronto soccorso negli ultimi 30 gg;
- utilizzo di cinque o più farmaci.

L'infermiere triagista valuta inoltre il decadimento cognitivo e le seguenti condizioni:

- scarsa *compliance* terapeutica (arrivando alla totale negligenza sull'utilizzo dei farmaci);
- abuso di sostanze (bdz, Tao, antiaritmici, antiipertensivi, tra i più importanti);
- Adl e Iadl.

Per la popolazione pediatrica è stata messa in atto una ricodifica dei parametri di triage. In sintesi, la procedura è la seguente:
Nei pazienti di età inferiore ai tre anni, il medico accettante sarà il pediatra, ma con le seguenti eccezioni: il chirurgo si occuperà di valutare la presenza di corpi estranei trattenuti, l'ortopedico o il chirurgo la presenza di traumi con alterazione del profilo anatomico, il rianimatore ed il pediatra se si tratta di un codice rosso o giallo in caso di trauma al torace e all'addome.
Nei pazienti di età superiore ai tre anni, in presenza di sintomi internistici, il primo medico accettante sarà il pediatra.
Le eccezioni saranno: chirurgo, in caso di ferite e traumi ad addome, torace o in caso di corpi trattenuti, ortopedico in caso di traumi dei segmenti e patologia osteo/articolare non traumatica, rianimatore in caso di codice rosso o giallo su trauma di torace o addome.
Strutturale: umanizzazione area triage-sala attesa
Nell'ambito del progetto di umanizzazione del pronto soccorso si è provveduto a creare una saletta d'attesa totalmente dedicata pazienti in età pediatrica e ai loro accompagnatori, per agevolare il bambino durante il passaggio in pronto soccorso.
Inoltre, con l'aiuto di alcuni sponsor, si è provveduto a reperire alcuni arredi e giocattoli per l'intrattenimento dei piccoli pazienti in sala d'attesa.
Parallelamente, sono stati rinnovati gli arredi della sala d'attesa del pronto soccorso dedicata agli adulti con l'installazione di un televisore e di un monitor che, istantaneamente, informa gli utenti sui tempi di attesa per ogni singolo codice di attribuzione e che fornisce una spiegazione sintetica del significato dei codici colore di triage.
Inoltre, è stata elaborata una brochure informativa contenente notizie utili in merito ai servizi offerti dall'ospedale di Rivoli e dall'Asl To3 in generale.
Gestionale: i volontari
Grazie alla collaborazione con il gruppo Avulss, che da anni collabora con l'Asl To3 in diversi reparti, è stato possibile introdurre la figura del volontario anche all'interno del pronto soccorso.
Si è deciso, quindi, di attivare uno specifico progetto formativo/informativo che ha coinvolto il personale del pronto soccorso, i medici della Direzione Sanitaria, il personale del servizio infermieri-

stico e gli psicologi dell'azienda.
Dagli incontri organizzati è emersa la necessità di definire un "decalogo", cioè una serie di raccomandazioni fornite ai volontari per regolamentare la loro attività presso le strutture del pronto soccorso.
I volontari hanno il compito specifico di accogliere e di supportare i pazienti ed i loro familiari, accompagnandoli per gli esami e le visite di approfondimento diagnostico prescritte dal medico Dea.
Compito del volontario è, dunque, quello di lavorare sul dialogo e sull'ascolto e la sua attività viene svolta, in affiancamento al personale, nell'ambito dell'assistenza umana e psicologica, riducendo eventuali conflittualità.
Ricerca e analisi qualità percepita
Prima e dopo l'attuazione di questi interventi (legati al miglioramento della qualità dell'accoglienza nei confronti del paziente e dei suoi familiari) è stato misurato il grado di soddisfazione degli utenti afferenti al Dea del presidio ospedaliero di Rivoli (9,12,13, 14).
A tal fine, è stato somministrato uno specifico questionario a risposta mista, a pazienti e ad accompagnatori che hanno "usufruito" dell'accesso in pronto soccorso.
Tale questionario è stato somministrato sia prima che dopo l'intervento di umanizzazione e le risposte sono state raccolte in un *database.*
Quindi è stata fatta un'analisi descrittiva ed univariata delle singole variabili prese in considerazione utilizzando il software statistico EPI_info®.

RISULTATI

La popolazione oggetto di studio è composta di 195 utenti, di cui il 65% circa accompagnatori e il 35% pazienti.
Cinque soggetti non hanno risposto correttamente al questionario e sono stati esclusi.
La popolazione maschile rappresenta il 52% del campione, quella femminile il 47%.
L'orario d'accesso più rappresentato è quello mattutino, con oltre il 53% dei casi, mentre il 34.6% ha avuto accesso il pomeriggio e solo l'8% di notte.
L'analisi dei codici triage evidenzia come la popolazione si distribuisca con un 56% di verdi, un 23% di gialli, un 8% circa di bianchi ed un 6% di rossi.
Per livello di istruzione, il diploma risulta il maggior rappresentato (41%), seguito dalla licenza media (33%) e dalla licenza elementare e dalla laurea con un impatto simile.
Come popolazione di "controllo" sono stati selezionati gli utenti che hanno effettuato un accesso al pronto soccorso di Rivoli prima degli interventi progettuali descritti.
Per valutare se ci sia stata una risposta positiva nei confronti degli interventi attuati in Dea sono state confrontate le risposte fornite dagli utenti prima e dopo gli interventi. Sono emersi risultati statisticamente significativi per quanto riguarda le seguenti domande:

1. *"Prima impressione del Pronto Soccorso"*: la media delle risposte è sovrapponibile nei due gruppi. Emerge, quindi, che non ci sono stati cambiamenti percepiti.
2. *"Livello di comfort in sala d'attesa"*: dopo gli interventi è migliorato il livello di soddisfazione relativo a questo specifico aspetto.
3. *"Disponibilità del personale"*: il dato è sovrapponibile nei due gruppi.
4. *"Tempi di attesa"*: l'intervento ha portato a dei benefici significativi. Infatti, dalla media emerge come il livello di soddisfazione del gruppo intervistato, dopo gli interventi, sia maggiore rispetto al livello del gruppo intervistato prima.
5. *"Chiarezza delle informazioni cliniche fornite agli utenti"*, la media delle risposte fornite, dopo gli interventi, mostra un miglioramento percettivo
6. *"Riservatezza"*, emerge una riduzione statisticamente significativa ($p < 0,008$) della qualità percepita.

Per quanto riguarda l' "Opinione complessiva", entrambe le coorti analizzate hanno espresso un giudizio complessivo positivo del pronto soccorso.
Sono state, inoltre, analizzate le risposte fornite dagli utenti, intervistati dopo l'attuazione delle modifiche, alla domanda aperta: *"Cosa migliorerebbe del servizio?"*
Di seguito si riporta quanto è emerso dalle opinioni dell'utenza:

1. 31 pazienti hanno risposto che *"consiglierebbero di continuare a lavorare sui tempi d'attesa, giudicati ancora troppo lunghi";*
2. 24 pazienti hanno risposto che *"aumenterebbero il personale sanitario presente in Dea";*
3. 4 pazienti che *"migliorerebbero la cortesia del personale";*
4. 3 pazienti *"segnalano sporcizia e cattivo odore nei servizi igienici".*

CONCLUSIONI

Gli interventi di accoglienza ed umanizzazione attuati presso il pronto soccorso di Rivoli sono stati efficaci.

In particolare, livelli di soddisfazione elevati si sono registrati per quanto concerne il comfort in sala d'attesa del pronto soccorso, i tempi di attesa e la chiarezza della informazioni.
Inoltre, è emerso come l'istituzione del codice "argento" dedicato agli anziani abbia permesso di ridurre, per la categoria di pazienti definita "fragile", il *timing* tra l'accesso al triage e la prima visita.
Tale dato è altresì evidente, in modo diretto, attraverso l'analisi preliminare dei dati del pronto soccorso dai quali emerge che il paziente codificato come "argento" abbia un'attesa pari a circa un'ora, rispetto ad un codice verde analogo, la cui attesa è mediamente di quasi due ore.
Relativamente al buon livello ottenuto dalla domanda *"chiarezza delle informazioni"*, hanno sicuramente contribuito il lavoro dei volontari in pronto soccorso, la brochure informativa e il video con le informazioni di educazione sanitaria, dei servizi ospedalieri e territoriali.
Al contrario, sono emerse variabili non del tutto soddisfacenti o, comunque, il cui livello di soddisfazione è peggiorato. Tra queste, evidenziamo la segnaletica (che attualmente è in corso di implementazione) e la riservatezza durante il triage (che potrebbe essere stata influenzata dai lavori di ristrutturazione in atto che hanno comportato una diminuzione temporanea del numero dei box di triage disponibili).
Alla luce dei risultati emersi, risulta rafforzata l'ipotesi iniziale che prevede la necessità di implementare progetti di Accoglienza ed Umanizzazione all'interno dei pronto soccorso dei presidi ospedalieri.
Ciò per garantire al cittadino/utente il miglioramento del comfort, la riduzione della conflittualità, l'accompagnamento nel percorso e le informazioni circa il "buon uso" del pronto soccorso.
Questo processo deve prevedere necessariamente che il sistema di triage si ispiri ad un modello di "Triage Globale", fondato su un **approccio olistico alla persona** ed ai suoi familiari, tenuto conto dell'ormai cronico sovraffollamento delle aree dell'urgenza/emergenza, con il conseguente allungamento dei tempi di attesa.

AUTORI:
Marco Peretti, collaboratore professionale sanitario infermiere. Struttura complessa Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, presidio sanitario Gradenigo di Torino;
Marika Giacometti, dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino.
Mirella Giorello, servizio infermieristico tecnico e della riabilitazione Asl To3, Ospedali Riuniti di Rivoli-Asl To3;
Giorgio Olivero, servizio infermieristico tecnico e della riabilitazione Asl To3, Ospedali Riuniti di Rivoli- Asl To3;
Gianni Ogliero, collaboratore professionale sanitario esperto, Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Ospedali Riuniti di Rivoli-Asl To3;
Davide Minniti, direzione sanitaria, Ospedali Riuniti di Rivoli, Asl To3

BIBLIOGRAFIA

Booth A.J, Harrison C.J, Gardener G.J et al. *Waiting times and patient satisfaction in the accident and emergency department.* Archiv Emerg Med. 1992;9:162-8.
Corbett S.W, White P.D, Wittlake W.A, *Benefits of an informational videotape for Emergency Department patients.* Am J Emerg Med. 2000;18:67-71.
Krishel S, Baraff L.J, *Effect of emergency department information on patient satisfaction.* Ann Emerg Med. 1993;22:568-72.
Maitra A, Chikhani C, *Patient satisfaction in an urban accident and emergency department.* Br J Clin Pract. 1992;46:182-4.
Marino G, *L'economia (da sola) non salverà la sanità.* Panorama della sanità Novembre 2011.
Ministero della Salute, *Progetto Codice Argento-Modelli innovativi per la presa in carico del paziente anziano fragile nella transizione dall'ospedale al territorio e dal territorio all'ospedale.* Settembre 2008.
Mowen J.C, Licata J.W, McPhail J, *Waiting in the emergency room: How to improve patient satisfaction.* J Health Care Marketing. 1993;13:26-33.
Mussi C, Pinelli G, Annoni G, *L'anziano e il pronto soccorso: il triage.* G Gerontol. 2008; 56: 109-17.
Parasuraman A, Zeithaml V.A, Berry L.L, *Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research.* Journal of Marketing. 1994;58:111-24.
Pomposini R, *Pronto soccorso-codice argento, un percorso preferenziale.* Assistenza Anziani 2009 Luglio.
Rassu S, *L'umanizzazione dei Servizi Sanitari.* Caleidoscopio Italiano. 2001 febbraio; n.147
Rhee K.J, Bird J. *Perceptions and satisfaction with emergency department care.* J Emerg Med. 1996; 14:679-83
Thompson D.A, Yarnold P.R, Adams S.L et al. *How accurate are waiting time perceptions of patients in the emergency department?* Ann Emerg Med. 1996; 28:652-6.
Thompson D.A, Yarnold P.R, Williams D.R et al, *Effect of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department.* Ann Emerg Med. 1996;28:657-65.

Formazione infermieristica clinica di base: quali strumenti per migliorare il tirocinio clinico?

di Anna Laura Fioribello

ABSTRACT

Il tirocinio formativo è il "settore pratico" che fa parte della laurea di primo livello in Infermieristica, regolamentato dalla legge e contemplato dalla disciplina come condizione necessaria all'esercizio della professione.

Il tirocinio da infermiere consente l'idonea formazione prevista per questo profilo professionale che presume il contatto diretto con le strutture pubbliche ed è legato alla salute del cittadino.

L'obiettivo fondamentale di questo articolo è l'individuazione degli strumenti che possano rappresentare la base del miglioramento della formazione infermieristica clinica.

La sperimentazione è stata caratterizzata da una ricerca attuata mediante l'utilizzo di un questionario somministrato ad un campione di studenti iscritti presso la sede universitaria distaccata di Colleferro, dove si tengono i corsi per il conseguimento della laurea in Infermieristica, e ad un campione di infermieri, operativi presso l'ospedale "P. Delfino" di Colleferro, dove viene svolto la maggior parte del tirocinio degli studenti.

Nella ricerca viene spiegato l'espletamento delle fasi del progetto, caratterizzato dalla selezione del problema, ovvero l'osservazione degli strumenti innovativi per il miglioramento della formazione infermieristica clinica di base attraverso la revisione della letteratura, e dalla formulazione delle domande di ricerca che rispondano all'obiettivo finale di valutazione della qualità nelle sedi di tirocinio.

Il questionario, rielaborato da un precedente progetto sulla qualità dell'assistenza, ha consentito la raccolta dei dati riguardanti: gli obiettivi del tirocinio; la figura del tutor clinico; la funzione educativa dell'infermiere; l'integrazione studente-gruppo operativo; la percezione della qualità del tirocinio.

I dati sono stati analizzati e sfruttati come strumenti lasciati a disposizione del professionista che volesse attuare un concreto programma di miglioramento della formazione infermieristica clinica di base.

Si ricorda, infine, che lo scopo dell'articolo non è mettere in risalto i debiti della professione infermieristica, ma contribuire alla realizzazione di un percorso tecnico-pratico più agevole per gli studenti infermieri che diventeranno i protagonisti della sanità moderna.

INTRODUZIONE

Prima di entrare nel vivo della ricerca, si rende necessario esplicarne i concetti portanti che chiariscono le definizioni di: formazione clinica; tutorato nelle sedi di tirocinio ed accreditamento delle strutture sanitarie scelte come sedi garanti della qualità di apprendimento clinico.

Il **tirocinio clinico** può essere inteso come la fase iniziale di una ricerca che volge lo sguardo verso l'evoluzione della professione infermieristica ed il miglioramento della stessa, nella quale ogni singolo studente si propone come potenziale osservatore e, in alcuni casi, diretto responsabile.

Nel 1997, Luisa Saiani, professoressa presso l'Università degli Studi di Verona, ha definito il tirocinio: *"Un sistema di opportunità per lo sviluppo professionale, generato per facilitare il processo di costruzione delle diverse figure professionali a partire dal nucleo centrale delle conoscenze scientifiche e tecniche che le varie sedi formative ritengono indispensabili per lo svolgimento della professione".*

A testimonianza del suo pensiero, nel settembre 2010, la Saiani partecipa alla stesura del documento "Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle Professioni Sanitarie", presieduto dal professor Luigi Frati, attuale rettore dell'università La Sapienza, documento mediante il quale si è avviato un lavoro di rete che ha portato all'analisi di certificati preesistenti inerenti il tirocinio.

In Italia, la storia del **tutorato** è fin troppo giovane per essere oggetto di ricerca; tuttavia, le prime normative delineano la figura tutoriale e la sua funzione, evidenziandone due di particolare rilievo:

1. *Tutor didattico o d'aula*, responsabile del sostegno nella preparazione teorica degli studenti infermieri;
2. *Tutor clinico o di reparto*, responsabile della guida e del supporto degli studenti nel periodo di praticantato.

Uno studio descrittivo del 2005, condotto su un campione di studenti italiani del III anno del corso di laurea in Infermieristica di Trento, Verona, Vicenza e Legnano, realizzato attraverso la somministrazione di un questionario, al termine dell'ultima esperienza di tirocinio, si è posto come obiettivo la "percezione

degli studenti infermieri delle strategie tutoriali nell'apprendimento clinico".

Dai risultati è emerso che, del modello di *tutorship* centrato sull'apprendimento dell'esperienza e sull'accompagnamento, tipico delle varie sedi esaminate: *"gli studenti apprezzano la pluralità dell'insegnamento clinico, il provarsi, ma valorizzano e riconoscono il valore formativo delle strategie più attive, elaborative e riflessive e apprezzano meno lo scrivere sull'esperienza di tirocinio. Emergono alcune aree di miglioramento nelle strategie formative, come le modalità di proposta delle strategie scritte e la regolarità del feedback. È inoltre necessaria un'analisi sulla gradualità e focus della supervisione in relazione ad obiettivi di autonomia e responsabilità dello studente".*

L'accreditamento è un atto in cui l'amministrazione regionale riconosce l'idoneità di soggetti pubblici o privati, con sedi operative presenti sul territorio regionale e in possesso dei requisiti definiti nella direttiva approvata, per realizzare azioni di sviluppo delle risorse umane, mediante interventi di formazione professionale e/o di orientamento, finanziati con risorse pubbliche.

Anche in materia di tirocinio, la struttura ospitante gli studenti infermieri deve seguire dei principi di accreditamento che, sebbene di difficile reperibilità per quanto riguarda alcuni sedi universitarie delle regione Lazio, possono essere riscontrati all'interno del documento redatto in occasione della Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie del settembre 2010, nel quale viene, inoltre, sottolineata la necessità di protocolli d'intesa di accreditamento delle strutture previste per il conseguimento del tirocinio degli studenti.

I criteri prioritari con cui selezionare le sedi sono:

1. offerta di opportunità di apprendimento in relazione ad un principio di coerenza tra gli obiettivi dell'anno di corso e l'offerta formativa della sede (criterio principale);
2. presenza di professionisti motivati all'insegnamento e del tutor clinico;
3. presenza di modelli professionali e/o organizzativi innovativi;
4. orientamento ad adottare pratiche basate sulle evidenze scientifiche;
5. presenza di spazi per incontri con gli studenti riservati all'elaborazione, alla discussione di casi, alla consultazione di testi e/o materiale scientifico;
6. possibilità di partecipare a progetti di ricerca.

Al termine della revisione della letteratura in merito ai concetti-chiave dello studio, ho ritenuto opportuno presentare una proposta di lavoro sperimentale allo scopo di individuare alcuni strumenti che possano essere considerati utili per il miglioramento della formazione infermieristica clinica di base.

MATERIALI E METODI

L'idea di questo lavoro nasce dalla constatazione personale di un meccanismo apparentemente non saldo, nel quale ho riscontrato una forte dicotomia tra le direttive fornite dalle norme vigenti e l'applicazione delle stesse nel settore tecnico-pratico.

Per verificare se si trattasse o meno di un pensiero comune, ho richiesto la collaborazione di un gruppo di tirocinanti e di infermieri disponibili al confronto, che potessero smentire o confermare l'ipotesi di partenza.

L'**obiettivo principale** della ricerca applicata è la conoscenza del parere comune di infermieri e studenti in merito al livello di integrazione operatore-studente, durante il periodo di formazione clinica, e la stima di quanto esso migliori la qualità dell'assistenza erogata; l'efficacia di un monitoraggio continuo della qualità nelle sedi di tirocinio e quanto esso influisca sulla crescita professionale sia degli studenti che degli infermieri.

Il **campione** cui il disegno di ricerca si è rivolto è rappresentato da 41 studenti del III anno del corso di laurea in Infermieristica presso la sede di Colleferro (La Sapienza) che hanno risposto al questionario per via telematica; e 23 infermieri dell'ospedale Parodi Delfino di Colleferro, scelti casualmente come rappresentanti di ciascun reparto, somministrando il questionario previsto dal progetto in un pomeriggio lavorativo (ottobre 2012), nei reparti di: Otorinolaringoiatria (2 copie), Medicina Interna (2 copie), Chirurgia Generale (2 copie), Nefrologia e Dialisi (1 copia; al questionario hanno risposto 4 infermieri, in gruppo), Ortopedia (2 copie), Sala Operatoria (2 copie), Ostetricia e Ginecologia (2 copie), Pediatria (2 copie), Cardiologia-Utic (3 copie), Urologia (2 copie).

Il **metodo** scelto per la raccolta dati è un questionario anonimo, a risposte chiuse (sì o no), sfruttando il progetto di una tesi sperimentale sulla qualità dell'assistenza infermieristica, riformulando gli standard in modo che potessero rispondere all'obiettivo generale fissato dalla ricerca.

Nel questionario sono stabiliti tre stan-

dard per la valutazione della qualità nelle sedi di tirocinio, più uno standard per valutare l'efficacia del questionario.

ANALISI DEI DATI E DISCUSSIONE

In questa circostanza, l'analisi dei dati viene proposta come indice di descrizione di episodi realmente esistenti, inducendo, per quanto possibile, la generalizzazione di concetti a fronte delle esperienze testimoniate.

Criterio 1: *gli studenti/infermieri conoscono gli obiettivi del tirocinio*
10% studenti: no
35% infermieri: no
Cause probabili: mancanza di una comunicazione efficace tra gli infermieri, gli studenti e il tutor didattico.
Rischi: incompleto sviluppo delle competenze dei tirocinanti previste dal piano formativo; incompleta capacità per gli infermieri di abilitare correttamente gli studenti; impossibilità di stabilire un accreditamento effettivo della sede.

Criterio 2: *gli studenti/infermieri concordano sugli obiettivi di tirocinio*
46% studenti: no
43% infermieri: no
Cause probabili: obiettivi non pertinenti.
Rischi: incompleta maturazione del futuro professionista sanitario cui spetta l'onere del conseguimento di abilità non solo tecniche ma anche psico-relazionali e deontologiche.

Criterio 3: *gli studenti/infermieri conoscono la figura del tutor clinico*
61% studenti: no
61% infermieri: no
Cause probabili: confusione tra la figura del tutor didattico e quello clinico.
Rischi: mancato riconoscimento delle giuste guide dei tirocinanti nell'ambito teorico e pratico.

Criterio 4: *nei reparti è presente il tutor clinico*
93% studenti: no
87% infermieri: no
Cause probabili: mancanza di fondi.
Rischi: l'assenza di una guida-sostenitore può indurre all'abbandono degli studi, il cui piano formativo è molto impegnativo; maggiore carico lavorativo per gli infermieri di reparto che devono sostituirsi al tutor clinico, con possibile carenza dell'operato da professionista.

Criterio 5: *gli strumenti di valutazione degli studenti sono definiti degli infermieri insieme al tutor di tirocinio e/o al caposala*
85% studenti: no
70% infermieri: no
Cause probabili: mancanza di tempo a disposizione.
Rischi: impossibilità di stabilire, in modo standard e condivisibile, il conseguimento degli obiettivi di tirocinio.

Criterio 6: *La valutazione dello studente viene effettuata dal gruppo infermieristico insieme alla caposala e comunicata allo studente*
54% studenti: no
81% infermieri: no
Cause probabili: la valutazione è considerata un atto di pertinenza della caposala.
Rischi: giudizio falsato, poiché sono gli infermieri a seguire costantemente gli studenti.

Criterio 7: *la valutazione viene effettuata in presenza dello studente*
32% studenti: no
78% infermieri: no
Cause probabili: mancanza di tempo a causa del carico lavorativo oneroso.
Rischi: mancanza di un raffronto studente-infermiere sull'esito positivo o negativo del giudizio.

Criterio 8: *il personale infermieristico ha dichiarato la propria disponibilità ad accogliere studenti infermieri*
12% studenti: no
35% infermieri: no
Cause probabili: aumento del carico di lavoro degli infermieri, già gravoso.
Rischi: disagi nell'equipe multi professionale, cui prende parte anche lo studente.

Criterio 9: *gli studenti/infermieri hanno chiara la funzione educativa nei confronti degli studenti espressa nel "profilo professionale"*
61% studenti: no
22% infermieri: no
Cause probabili: preparazione teorica carente.
Rischi: riduzione della percentuale di futuri professionisti infermieri nel ruolo di "educatori".

Criterio 10: *nel reparto tutto il personale conosce le funzioni di ciascun membro (medico, infermiere, studente, Oss).*
29% studenti: no
13% infermieri: no.
Cause probabili: carenza della figura dell'Oss e trasferimento delle funzioni alberghiere tra i compiti principali attribuiti agli studenti.
Rischi: il tirocinio è visto prettamente come assistenza alberghiera; la carenza degli Oss ricade sugli infermieri che dovranno sopperire alle funzioni a quelli riservate, livellando la complessità delle prestazioni ad uno standard inferiore di erogazione e riducendo la propria crescita professionale.

Criterio 11: *all'interno dell'unità operativa è individuata almeno una guida di tirocinio*
85% studenti: no
43% infermieri: no.
Cause probabili: carico lavorativo gravoso.
Rischi: gli studenti non seguiti non acquisiscono le giuste abilità tecniche; possibile danno agli utenti da parte degli stessi studenti.

Criterio 12: *Il gruppo infermieristico guida l'attività dello studente. Se sì, attraverso:*
12.1: *Sorveglianza sull'applicazione delle tecniche*
12.2: *Osservazione del comportamento rivolto al paziente*
12.3: *Osservazione del comportamento rivolto agli operatori*
85% studenti: sì (solo sulle tecniche)
87% infermieri: sì (in egual modo sui tre punti)
Cause probabili: minore importanza dei criteri 12.2 e 12.3 rispetto al 12.1 che assume una valenza preponderante.
Rischi: sottosviluppo delle competenze comportamentali e relazionali dei tirocinanti.

Criterio 13: *sono effettuate dalla caposala riunioni mensili con il personale dell'unità operativa alle quali partecipano anche gli studenti.*

Criterio 14: *di ogni riunione è conservato, a disposizione di tutti, il verbale.*
98% studenti: no (escluso il Csm)
100% infermieri: no.
Cause probabili: disaccordo degli infermieri sull'impiego del proprio tempo li-

COPIA DEL QUESTIONARIO PER GLI INFERMIERI/QUESTIONARIO PER GLI STUDENTI

STANDARD 1: *Gli infermieri di questa unità operativa conoscono e concordano sugli obiettivi di tirocinio degli studenti infermieri.*

Criterio 1 : Gli infermieri/gli studenti conoscono gli obiettivi di tirocinio degli studenti infermieri.

SI NO

Criterio 2 : Gli infermieri/gli studenti concordano sugli obiettivi di tirocinio.

SI NO

Criterio 3 : Gli infermieri/gli studenti conoscono la figura del tutor clinico.

SI NO

Criterio 4 : Nei reparti è presente un tutor clinico.

SI NO

Criterio 5 : Gli strumenti di valutazione dello studente sono definiti dagli infermieri insieme al tutor di tirocinio e/o al caposala.

SI NO

Criterio 6 : La valutazione dello studente viene effettuata dal gruppo infermieristico insieme alla caposala e comunicata allo studente.

SI NO

Criterio 7 : La valutazione viene effettuata in presenza dello studente.

SI NO

Criterio 8 : Il personale infermieristico ha dichiarato la propria disponibilità ad accogliere studenti infermieri.

SI NO

Criterio 9 : Gli infermieri/gli studenti hanno chiara la funzione educativa nei confronti degli studenti espressa nel "profilo professionale".

SI NO

Criterio 10 : Nel reparto tutto il personale conosce le funzioni di ciascun membro (medico, infermiere, studente, oss).

SI NO

STANDARD 2 : *Lo studente viene guidato, sostenuto, istruito e valutato costantemente durante l'attività di tirocinio.*

Criterio 11 : All'interno dell'unità operativa è individuata almeno una guida di tirocinio.

SI NO

Criterio 12 : Il gruppo infermieristico guida l'attività dello studente

SI NO

Se SI, attraverso:

12.1 : Sorveglianza sull'applicazione delle tecniche.

SI NO

12.2 : Osservazione del comportamento rivolto al paziente.

SI NO

12.3 :Osservazione del comportamento rivolto agli operatori.

SI NO

STANDARD 3 : *Le risorse umane e materiali permettono l'integrazione studente – operatore.*

Criterio 13 : Sono effettuate dalla caposala riunioni mensili con il personale dell'unità operativa alle quali partecipano anche gli studenti.

SI NO

Criterio 14 : Di ogni riunione è conservato, a disposizione di tutti, il verbale.

SI NO

Criterio 15 : Gli studenti valutano con il gruppo dell'unità operativa il livello di integrazione raggiunto.

SI NO

STANDARD 4 : *Valutazione del questionario.*

Criterio 16 : Il questionario è scritto in modo chiaro e comprensibile.

SI NO

Criterio 17 : Ritieni utile averlo compilato.

SI NO

Criterio 18 : Il tirocinio è un aspetto importante della professione infermieristica.

SI NO

Criterio 19 : Il rapporto con lo studente è un peso.

SI NO

Criterio 20 : Il rapporto con lo studente accresce la professionalità dell'infermiere.

SI NO

Criterio 21 : Avere una buona integrazione operatore/studente migliora la qualità dell'assistenza.

SI NO

Criterio 22 : Una più costante valutazione della qualità, nelle sedi di tirocinio, favorisce la crescita professionale.

SI NO

Ti ringrazio per la collaborazione e per il tempo che hai dedicato al questionario.

bero per riunirsi.
Rischi: confronto difficoltoso su questioni amministrative ed organizzative del reparto; mancanza di aggiornamento condiviso tra i membri dell'equipe.
Criterio 15: *gli studenti valutano con il gruppo dell'unità operativa il livello di integrazione raggiunto*
83% studenti: no
83% infermieri: no
Cause probabili: mole di lavoro e carenza di tempo a disposizione per una riflessione congiunta.
Rischi: disagi all'interno dell'equipe, qualora non sia raggiunta una buona integrazione.
Criterio 16: *il questionario è scritto in modo chiaro e comprensibile*
100% studenti: sì
100% infermieri: sì
Criterio 17: *ritieni utile aver compilato il questionario*
10% studenti: no
22% infermieri: no
motivazione fornita: la compilazione è considerata fine a se stessa.
Criterio 18: *il tirocinio è un aspetto importante della professione infermieristica*
100% studenti: sì
100% infermieri: sì
Criterio 19: *il rapporto con lo studente è un peso*
34% studenti: sì
22% infermieri: sì
motivazione fornita: lo studente intralcia o rallenta l'operato dell'infermiere.
Criterio 20: *il rapporto con lo studente accresce la professionalità dell'infermiere*
34% studenti: no
35% infermieri: no
motivazione fornita: lo studente è inesperto e non aumenta le competenze infermieristiche.
Criterio 21: *avere una buona integrazione operatore/studente migliora la qualità dell'assistenza*
2% studenti: no
22% infermieri: no
motivazione fornita: la qualità dipende dai mezzi fisici (strumentario) a disposizione.
Criterio 22: *una più costante valutazione della qualità, nelle sedi di tirocinio, favorisce la crescita professionale*
100% studenti: sì
78% infermieri: sì

CONCLUSIONI

Cerchiamo di riepilogare, dunque, le principali conclusioni a cui si è pervenuti.
Non avendo riscontrato obiezioni in merito alla chiarezza dello stesso, il questionario utilizzato si è dimostrato efficace e l'analisi dei criteri enunciati mostra la necessità di rendere gli obiettivi del tirocinio formativo ulteriormente chiari nei confronti del personale infermieristico e di ridefinirne i contenuti, affinché studenti ed infermieri possano concordare pienamente con gli argomenti precisati.
Diffondere la conoscenza della figura del tutor clinico e provvedere alla sua presenza, indispensabile in qualità di docente dell'apprendimento clinico nelle sedi di tirocinio. Qualora, per esigenze di spesa non fosse possibile garantirlo, cercare un valido sostituto che rappresenti una guida esemplare per gli studenti infermieri.
Fare in modo che la fase di valutazione del tirocinio clinico dello studente sia dettata dal coinvolgimento diretto del personale infermieristico, del caposala e dello studente, al cui cospetto viene esplicato il giudizio di idoneità o di non idoneità, spiegandone le ragioni.
Divulgare le informazioni scientifiche relative alla funzione educativa del personale infermieristico, chiaramente espressa nel profilo professionale e fare in modo che gli infermieri attuali, e quelli del futuro, possano adempiere alle proprie funzioni, conoscendole nello specifico.
Sorvegliare assiduamente il comportamento dei tirocinanti, non soltanto nell'applicazione delle procedure tecniche, ma anche nella relazione con il paziente e con i membri dell'equipe multidisciplinare per formare al meglio il professionista del domani.
Valutare l'accreditamento delle strutture sanitarie considerate sedi del tirocinio clinico, per garantire uno standard di qualità dell'assistenza e favorire la crescita professionale di studenti ed infermieri.
Il presente lavoro lascia naturalmente aperta la strada ad ulteriori approfondimenti e sviluppi ed, in particolare, alla possibilità di procedere ad una nuova raccolta ed analisi dei dati per la realizzazione di una ricerca applicata che possa mettere in essere interventi risolutivi rivolti al miglioramento della formazione infermieristica clinica di base.

AUTORE:
Anna Laura Fioribello, laureata in Infermieristica presso la sede distaccata di Colleferro, Università La Sapienza, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Avella A, *La qualità dell'assistenza infermieristica: fare e pensare, si inizia dalla formazione?*, 1998/99, cap. V, pp.102-110.
Brugnolli A, *Percezioni degli studenti infermieri delle strategie tutoriali nell'apprendimento clinico*, 2005.
Ceriani A, *Quando la prassi sposa la teoria. Indagine sul tirocinio formativo nella Facoltà di Scienze della Formazione*, Franco Angeli, 2006.
Frati L, Saiani L et al, *Principi e Standard del Tirocinio Professionale nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie*, 2010.
Guerriero G, *Il tirocinio nella formazione degli operatori di supporto, Il valore/significato dell'esperienza di tirocinio nella formazione degli operatori di supporto*, Collegio Ipasvi di Brescia, 30 novembre 2010.
Legge n.341/90, Riforma degli Ordinamenti Didattici Universitari, artt.12 e 13; D.Lgs. 353/94, Attuazione delle Direttive Cee in materia di riconoscimento di diplomi e svolgimento di attività di medico, odontoiatra, veterinario, infermiere, ostetrica, art. 6.
Pellachin S, *Il tutor clinico nella figura dell'e-tutor come sostegno allo studente nell'elaborazione dello studio guidato*, 2008/2009.
Scandella O, *Interpretare la Tutorship, Nuovi significati e pratiche nella Scuola dell'Autonomia*, Franco Angeli, 2007.
Schweer J.E, Gebbie K.M, *L'insegnamento creativo del nursing clinico*, Uses, 1983.
White R, Ewan C, *Il tirocinio. L'insegnamento clinico del Nursing, Sorbona*, Milano, 1994.

Il tirocinio clinico degli studenti infermieri. Modelli professionali di riferimento e vissuto esperienziale

di Laura Sabatino, Alessandro Stievano

INTRODUZIONE

L'obiettivo della formazione infermieristica di base è quello di fornire un bagaglio di conoscenze teoriche, di competenze tecnico-scientifiche e di *skill* relazionali ed educative che consentano al futuro infermiere di inserirsi agevolmente nel mondo del lavoro, nei differenti contesti sanitari dove sarà necessario prendersi cura delle persone con problemi di salute.

Il tirocinio clinico è l'elemento fondamentale per trasformare il sapere in uso, cioè per trasferire nella pratica quanto appreso durante la teoria sia come capacità di pensiero riflessivo sia come abilità tecnica, emotiva e relazionale.

Il tirocinio clinico, però, è anche un'opportunità per entrare nell'ambiente lavorativo, un contesto dov'è possibile apprendere ulteriori conoscenze e competenze spendibili nella futura professione. Questo binomio, **contesto lavorativo-formazione universitaria**, è tanto più sinergico e proficuo, quanto più vi è, alla base, un'intenzione ed una progettualità orientata al miglior risultato per il bene dello studente e della società che beneficerà della professionalità acquisita.

La potenzialità pedagogica dei corsi universitari infermieristici, tuttavia, può incontrare una serie di ostacoli allo sviluppo professionale degli studenti: scortesia dei docenti e degli studenti (Clark, 2008a; Clark, 2008b); cattiva organizzazione degli ambienti di apprendimento clinici (Chuan, Barnett, 2012; Lewin, 2006; Papastavrou et al., 2010; Papp et al., 2003); inefficace organizzazione dei programmi e della pratica di tutoraggio.

Un altro elemento che disturba la formazione degli studenti può essere la persistente ed inefficace relazione docente/studente, così come il ruolo con poche competenze di guida clinica da parte dell'infermiere (Andrews, Roberts 2003; Kaihlanen et al., 2013).

La qualità dell'ambiente lavorativo può favorire l'apprendimento clinico ed è un altro fattore che influenza fortemente la percezione e la professionalità dei futuri infermieri (proprio per la sua rilevanza tale elemento è stato misurato con numerosi strumenti. Chan, 2001; Saarikoski, Leino-Kilpi, 2002; Hosoda, 2006).

Generalmente, in tali ambienti, gli studenti sono considerati come "risorse di valore" sia per le idee innovative di cui sono latori sia per rendere l'organizzazione dinamica (Gidman et al., 2011; Roberts, 2008) ed è specialmente nel tirocinio clinico (Edwards et al., 2004; Hamshire et al., 2012) che gli studenti migliorano le loro conoscenze ed abilità, grazie all'esempio degli infermieri, di altri professionisti o di altri studenti con i quali si possono confrontare.

Il contesto educativo varia con il mutare dell'ambiente lavorativo: infatti, esistono una serie di condizioni che bisogna considerare nel preparare lo studente all'esperienza di tirocinio, ad esempio, il livello professionale e culturale dello staff, la criticità dei pazienti che afferiscono al servizio etc.

Il progetto di ricerca ha posto agli studenti alcune domande tra cui: se tali studenti avessero potuto fare qualche esempio di comportamenti che, durante il loro tirocinio clinico, avevano dimostrato e rafforzato il rispetto professionale infermieristico; oppure, se erano stati testimoni di situazioni dove un altro professionista (fisioterapista, tecnico di radiologia, medico, etc) o personale di supporto aveva danneggiato o rinforzato il rispetto professionale infermieristico.

Il campione ha visto la partecipazione di 70 studenti infermieri frequentanti il III anno di alcuni corsi di laurea in Infermieristica, nell'anno accademico 2011/12, di alcune università romane.

Nello studio è stato adottato un approccio di analisi induttiva dei contenuti (Granheim, Lundman, 2004), utilizzando la tecnica di raccolta dati tramite *focus group.*

RISULTATI

I risultati mostrano due principali temi che contribuiscono a sviluppare nella percezione degli studenti infermieri il concetto di rispetto professionale durante la pratica clinica:

1. Approccio culturale e modello di ruolo dei professionisti della salute (all'interno del quale vi sono posizionati i modelli di comportamento degli infermieri e i rapporti interprofessionali);
2. organizzazione dell'ambiente di apprendimento clinico.

Gli studenti hanno evidenziato alcuni comportamenti etici di ruolo positivi e negativi.

Tra i comportamenti negativi possiamo annoverare: *"ci sono degli infermieri che, in reparto, si chiudono in una stanzetta, lasciando i tirocinanti da soli e urlano,*

magari per problemi loro personali e si sentono per tutto il reparto tanto che venivano delle persone ricoverate che dicevano: ma cos'è tutto questo vociare?" (FG10); *"l'infermiera diceva a me che dovevamo essere pratici e quindi pretendeva che, con le stesse spugnette, facessi tutto il corpo, anche la faccia. Io le ho detto che non me la sentivo di fare così, non la vedevo una pratica corretta... Lei si è imbruttita e mi ha detto che in certe situazioni bisogna essere pratici: 'Voi che vi pensate? Sapete la teoria ma dovete essere pratici, manuali...', dandomi anche del maleducato perché le rispondevo"* (FG8).

Lo studente si è sentito trattato come forza-lavoro piuttosto che come persona in formazione, che stava apprendendo una professione: *"Che bello! Sono arrivati gli studenti così me ne vado a prendere il caffè"* (FG5); *"non risponde quasi nessuno ai campanelli quando ci siamo noi: allieva dove sei? Dove sei? Ti chiamano modello cane (con il fischio) che, spesso davanti ai pazienti, non è una cosa dignitosa"* (FG7).

La dignità dello studente viene ferita quando alcune situazioni sgradevoli si verificano davanti ai pazienti: *"davanti alla paziente [l'infermiera] ha fatto una scenata pesantissima ad alta voce, dicendo che ero stupida, che non sapevo fare niente"* (FG2); *!quest'infermiera ... ci chiamò e ci disse: siete due f.. mosce, ma dove vi insegnano a essere così f... mosce, che schifo che fate"* (FG8); *"dignità professionale? È quello che non ho provato, non ho vissuto in tre anni di tirocinio, perché è stata una continua* mortificazione." (FG10).

Le relazioni con i medici, con gli altri professionisti sanitari, con le figure di supporto e gli ausiliari sono state una fonte di riflessione per tutti i componenti dei *focus group*.

Sono stati evidenziati conflitti di varia natura e atteggiamenti irrispettosi anche con caratteristiche di bi-direzionalità: *"è suonato un campanello, lei (studentessa) è andata a rispondere e nella stanza c'era uno specializzando che aveva chiamato perché al paziente con cui stava parlando era caduto un bicchiere dal comodino e l'infermiere doveva prenderlo"* (FG1); *"il primario l'ha umiliata davanti ad altri colleghi, davanti agli studenti, davanti al paziente, gridando per tutto il reparto facendola anche piangere"* (FG9); rilevato anche il comportamento infermieristico sgarbato nei confronti del medico: *"[l'infermiera] screditava la figura del medico e urlava davanti al medico di fronte al paziente...proprio perché tu hai una dignità professionale puoi dargli una risposta professionale, anche se c'è una provocazione"* (FG3).

Gli studenti hanno riferito, inoltre, la percezione dell'autorevolezza del ruolo medico rispetto a quello degli infermieri: *"gli infermieri devono parlare male di altri infermieri, hanno tutti da ridire su tutto e su tutti ... Non si è mai visto un medico parlare male di un altro medico, almeno davanti ad altre persone"* (FG10); *"i medici si guardano bene di parlare l'uno alle spalle dell'altro, sono un tutt'uno"* (FG2).

Rispetto alle figure ausiliarie e di supporto ci sono alcuni aspetti su cui hanno focalizzato l'attenzione: *"non distinguevano da come era vestito o come si rapportava se era un sanitario di un tipo o di un altro"* (FG7); *"all'ora di pranzo, una volta che è arrivato il vitto loro sono in cucina e si siedono a mangiare, spariscono, loro devono mangiare e basta"* (FG1).

Tra i comportamenti positivi, invece, possiamo annoverare: *"[un'infermiera] ad ogni suo inizio turno faceva il giro di tutti i pazienti per vedere come stavano"* (FG3); *"infermieri fantastici che proprio facevano sorridere i pazienti, avevano un modo di fare che tu volevi andare tutti i giorni a tirocinio, anche la domenica"* (FG9); *"lì, per qualsiasi cosa, c'era cura, nell'igiene della persona, in tutto"* (Focus 2); *"mi è piaciuto molto come gli infermieri, collaborando tra di loro, sono riusciti a mantenere la calma e hanno lavorato in equipe"* (FG6); *"alcuni infermieri cercano in tutti i modi di integrarti, anche coinvolgendoti: cosa ne pensi? Secondo te cosa può essere? Come lo faresti? Perché?"* (FG9).

Gli studenti hanno notato il comportamento rispettoso della dignità professionale infermieristica da parte dei medici in alcune unità operative e hanno anche esplicitato la positività del rapporto con i medici: *"se l'infermiere ha fatto così era sicuramente la cosa migliore per lei"* (FG3); *"certe volte mi sono trovato meglio con i medici che con gli infermieri perché ti insegnano di più"* (FG5).

DISCUSSIONE

La costruzione dell'identità professionale è un processo e, come tale, attraversa una serie di fasi le cui basi si radicano nella formazione universitaria che riveste un ruolo insostituibile.

L'esperienza del tirocinio si svolge in un contesto lavorativo reale, dove si mette in gioco il proprio essere studenti in formazione e la persona nella sua interezza; gli studenti vivono, sulla loro pelle, tutte le dinamiche relazionali di rispetto e non rispetto sia personali sia professionali.

Quello che emerge è la necessità di modelli professionali e formativi ineccepibili ma anche di ambienti lavorativi che promuovano comportamenti etici e favoriscano lo sviluppo di una salda identità professionale.

I due temi principali (il modello di ruolo etico dei professionisti della salute e l'organizzazione dell'ambiente di apprendimento clinico) sono strettamente interconnessi.

Se l'organizzazione del tirocinio clinico è pianificata, curata e considerata importante da tutti coloro che, a vario titolo, vi entrano in gioco, ci sarà un maggior sviluppo anche dell'identità professionale (Andrew, 2012; Brennan, Timmins, 2012), gli studenti saranno motivati a comportarsi promuovendo i valori professionali (Keeling, Templeman, 2013) e modelli comportamentali di ruolo positivi, nonché a rispettare la figura professionale che rivestiranno.

Gli studenti, osservando un comportamento infermieristico esemplare possono convertire l'osservazione in un'azione positiva, attraverso il *modeling* perché, in accordo con il terzo principio della "Teoria dell'apprendimento sociale di Bandura": *"gli individui sono più inclini ad adottare un modello di comportamento se è simile a quello che hanno osservato o ammirato"* (Bandura 1977: 30).

Le espressioni di diniego per i cattivi modelli e, viceversa, l'entusiasmo di vedere infermieri empatici, compassionevoli, con forti atteggiamenti morali e impe-

gnati per realizzare il loro lavoro hanno mostrato il ruolo fondamentale di avere modelli positivi e negativi per gli studenti. Gli studenti intervistati hanno provato forti sentimenti di frustrazione soprattutto rispetto ad alcuni modelli negativi espressi dalle caposala/coordinatrici e dal personale medico: modelli che hanno mostrato una mancanza di rispetto per i pazienti, gli studenti, per loro come professionisti e per il ruolo rivestito.
Il divario tra la pratica e la teoria, in alcuni casi, è stato abissale e ciò è stato un ulteriore elemento di disagio, piuttosto che di adattamento e di emulazione.
Gli studenti, spesso, hanno raccontato la violazione di persone vulnerabili, e, tuttavia, in alcuni casi, sono stati anche in grado di sopperire a tale mancanze per realizzare, da soli, procedure più appropriate (Bradbury Jones et al., 2010), chiedendo chiarimenti e sostegno ai loro tutor didattici.
Il valore della collaborazione interprofessionale sembra essere un fattore importante per mostrare rispetto professionale, ma è stato poco percepito dagli studenti durante il tirocinio clinico.
Pur evidenziando una serie di criticità riguardo al tirocinio, gli studenti hanno, comunque, reputato formativa ed indispensabile l'esperienza vissuta.
Coloro che hanno potuto usufruire di laboratori di discussione guidati, ne hanno trovato un giovamento per stigmatizzare ancor di più dinamiche relazionali non produttive ai fini dell'identità professionale. Padroneggiare competenze intellettive e morali per interpretare i contesti organizzativi e i comportamenti di chi li anima, infatti, può consentire agli studenti di trarre il meglio da coloro che possono insegnargli le buone pratiche e rielaborare i comportamenti inefficaci o dannosi di coloro che manifestano un comportamento poco etico, lontano dal senso dell'assistenza infermieristica e da una professione o da un'occupazione sanitaria.
Se qualcosa di buono c'è, nel vedere modelli comportamentali nocivi, è nella possibilità di insegnare ad evitarli per non ledere l'immagine professionale, tanto più a livello sostanziale.

AUTORI:
Laura Sabatino, infermiera Inail, esperta in Etica pratica e Bioetica;
Alessandro Stievano, dottore magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche.
Si ringrazia Stefania Andreuccioli, infermierera presso Inail per aver collaborato all'analisi dei dati.

BIBLIOGRAFIA

Andrew N, *Professional identity in nursing: Are we there yet?* Nurse Education Today 32, 846-849. 2012.
Andrews M, Roberts D, *Supporting student nurses learning in and through clinical practice: the role of the clinical guide.* Nurse Education Today 23, 474-481. 2003.
Bandura A, *Social learning theory.* Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
Brennan D, Timmins F, *Changing institutional identities of the student nurse.* Nurse Education Today 32, 747-751. 1977. 2012.
Chan D, *Development of an innovative tool to assess hospital learning environments.* Nurse Education Today 21, 624-631. 2001.
Clark C.M, *Student voices on faculty incivility in nursing education: a conceptual model.* Nursing Education Perspectives 29, 284-289. 2008a.
Clark C.M, *The dance of incivility in nursing education as described by nursing faculty and students.* Advances in Nursing Science 31, E37-E54. 2008b.
Chuan O.L, Barnett T, *Student, tutor and staff nurse perceptions of the clinical learning environment.* Nurse Education in Practice 12, 192-197. 2012.
Edwards H, Smith S, Courtney M, Finlayson K, Chapman H, *Impact of clinical placement location on nursing students competence and preparedness for practice.* Nurse Education Today 24, 248-255. 2004.
Gidman J, McIntosh A, Melling K, Smith D, *Student perceptions of support in practice.* Nurse Education in Practice 11, 351-355. 2011.
Graneheim U.H, Lundman B, *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness.* Nurse Education Today 24, 105–112. 2004.
Hamshire C, Willgoss T.G, Wibberley C, *"The placement was probably the tipping point' – The narratives of recently discontinued students"*. Nurse Education in Practice 12, 182-186. 2012.
Hosoda Y, *Developing and testing of a clinical learning environment diagnostic inventory for baccalaureate nursing students.* Journal of Advanced Nursing 56, 480-490. 2006.
Kaihlanen A.M, Lakanmaa R.L, Salminen L, *The transition from nursing student to registered nurse: the mentor's possibilities to act as a supporter.* Nurse Education in Practice in press, http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.01.001. 2013.
Keeling J, Templeman J, *An exploratory study: student nurses "perceptions of professionalism"*. Nurse Education in Practice 13, 18-22. 2013.
Lewin D, *Clinical learning environments for student nurses: key indices from two studies compared over a 25 year period.* Nurse Education in Practice 7, 238-246. 2006.
Papastavrou E, Lambrinou E, Tsangari, Saarikoski M, Leino-Kilpi H, *Student nurses experience of learning in the clinical environment.* Nurse Education in Practice 10, 176-182.2010.
Papp I, Markkanen M, Von Bonsdorff M, *Clinical environment as a learning environment: student nurses"perceptions concerning clinical learning experiences"*. Nurse Education Today 23, 262-268. 2003.
Roberts D, *Learning in clinical practice: the importance of peers.* Nursing Standard 23, 35-41. 2008.
Saarikoski M, Leino-Kilpi H, *Clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument.* International Journal of Nursing Studies 39, 259-267. 2002.
Varcoe C, Doane G, Pauly B, Rodney P, Storch J, Mahoney K, McPherson G, Brown H, Starzomski R, *Ethical practice in nursing: working the in-betweens.* Journal of Advanced Nursing 45, 316–325. 2004.

RAPPORTO OCSE 2013

Nel nostro Paese il numero di infermieri resta sotto la media

Nel 2011 l'Italia aveva 6,3 infermieri per 1.000 abitanti, al di sotto della media Ocse di 8,7 infermieri per 1.000 abitanti.
Al contrario, il numero dei medici era ben superiore alla media Ocse: ben 4,1 per mille abitanti contro 3,2.
"Per molti anni in Italia ci sono stati un evidente eccesso di offerta di medici e un deficit di offerta di infermieri, che hanno determinato un'inefficiente allocazione delle risorse", recita il Rapporto *Oecd Health* Data 2013, recentemente pubblicato dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico.
Per quanto riguarda il nostro Paese, il documento rileva, tra l'altro, che la spesa sanitaria totale ha rappresentato il 9,2% del Pil nel 2011, leggermente al di sotto della media Ocse (9,3%) e molto più bassa che negli Stati Uniti (che nel 2011 ha speso il 17,7% del suo Pil per la sanità).
L'Italia è anche al di sotto dei Paesi Bassi (11,9%), della Francia (11,6%) e della Germania (11,3%). Anche per quanto riguarda la spesa procapite ci collochiamo sotto la media Ocse, con 3.012 dollari (rettificato per potere d'acquisto) a testa nel 2011, contro, per esempio, i 3.339 dollari statunitensi.
L'Ocse sottolinea che nei 34 Paesi membri la spesa sanitaria è cresciuta di media del 5% l'anno dal 2000 al 2009; poi, nel 2010 e 2011, si è avuto un rallentamento notevole (circa lo 0,5%).
Le spese correnti per la salute sono aumentate dello 0,7% in entrambi gli anni e i dati preliminari per alcuni Paesi suggeriscono il proseguimento di questa tendenza nel 2012.
Un fenomeno, scrive l'Ocse, dovuto principalmente al crollo della crescita della spesa sanitaria pubblica dal 2009, vicina allo zero in entrambi gli anni. Anche la spesa privata ha rallentato in molti Paesi nel 2010 e 2011 (i redditi delle famiglie sono rimasti fermi o addirittura diminuiti), ma il calo è stato più limitato.
Solo due Paesi Ocse, Israele e Giappone, hanno visto un'accelerazione della spesa sanitaria dal 2009 rispetto al periodo precedente.
Per quanto ci riguarda, in particolare, rileva l'Ocse, la nostra spesa sanitaria è cresciuta, in termini reali, a una media del 2,2% l'anno tra il 2000 e il 2009, per rallentare all'1,8% nel 2010 e precipitare a -1,6% nel 2011.
In quasi tutti i Paesi dell'Ocse, la principale fonte di finanziamento della sanità è il settore pubblico (non è così negli Usa, in Cile e in Messico). In Italia, nel 2011 il pubblico ha finanziato la sanità per il 77,8% contro una media Ocse del 72,2%.
Tuttavia non sono trascurabili i Paesi nei quali la quota finanziata dal pubblico è superiore alla nostra: Danimarca, Giappone, Islanda, Norvegia, Regno Unito e Svezia sono tutti sopra l'80%.

focus

Il Collegio Ipasvi di Roma a Sanit 2013

Collegio Provinciale IPASVI di Roma

QUATTRO GIORNATE DI FORMAZIONE ECM GRATUITE AL PALAZZO DEI CONGRESSI DELL'EUR

Sanit compie dieci anni: è record di presenze per il Collegio di Roma

Dieci edizioni di Sanit, dieci anni di costante presenza del Collegio Ipasvi di Roma al Forum Internazionale della Salute.

Anche in questo 2013, per tutte e quattro le giornate dedicate all'evento (18-21 giugno, presso il Palazzo dei Congressi dell'Eur), il Collegio capitolino, presieduto da Gennaro Rocco in rappresentanza di più di 31mila infermieri iscritti all'Albo professionale, ha proposto giornate formative gratuite, con tanto rilascio di crediti per il programma di Educazione Continua in Medicina (4 per evento).

Martedì 18 giugno, l'attenzione è stata posta sul tema "L'etica nell'agire professionale". Obiettivo: una riflessione non solo di natura speculativa sull'importanza di una disciplina quale l'etica, rafforzando la dimensione del pensiero aristotelico, secondo il quale "tutte le discipline sono più necessarie dell'etica, ma nessuna le è superiore".

In particolare, si è trattato di deontologia nella professione infermieristica, alla luce delle recenti normative e dei Codici di condotta adottati dalla Federazione nazionale.

I lavori sono stati moderati dalla vicepresidente del Collegio, **Ausilia Pulimeno**, e da **Alessandro Stievano**, del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica.

A introdurre le relazioni, gli interventi del presidente **Gennaro Rocco** e di un ospite d'eccezione, considerato il tema della giornata: Monsignor **Andrea Manto**, direttore del Centro Pastorale Sanitaria della Diocesi di Roma.

Il professore **Antonio Spagnolo** ha quindi trattato del ruolo e del significato dei comitati etici nella professione infermieristica, seguito dalle riflessioni dei consiglieri Ipasvi, **Angela Basile** e **Nicola Barbato**, sulla deontologia professionale e la normativa di riferimento. "L'etica non può essere considerata una realtà a sé stante - ha spiegato Barbato -: essa è sempre situata dentro un orientamento che legge e immagina il mondo. Il modo in cui i problemi etici sono posti influenza la maniera in cui vengono risolti e normati. Il Codice deontologico è una scelta di principi assoluti su cui sono indicate le scelte etiche di una professione. Il Codice Ipasvi è la scelta che abbiamo deciso di adottare per concretizzare l'assistenza infermieristica nel nostro Paese".

Il professor **Alberto Quagliata** ha dunque focalizzato l'attenzione sui processi formativi e le modalità di apprendimento, in particolare attraverso la Rete.

A seguire, **Ercole Vellone** e **Serenella Savini** (Università Tor Vergata) hanno parlato delle ricadute dell'etica nella clinica infermieristica.

Nel corso della sessione pomeridiana, moderata dalla segretaria del Collegio di Roma, **Maria Grazia Proietti** e dal consigliere **Stefano Casciato**, spazio alle esperienze concrete sul territorio.

Daniela Tartaglini (Campus Bio Medico) ha declinato il tema della giornata rispetto all'attività quotidiana svolta nella direzione dei servizi infermieristici.

Maria Flora Succu (Nuova Sair) ha portato all'attenzione della platea il ruolo del privato sociale nella presa in carico di fragilità e vulnerabilità.

Di anziano fragile ha trattato in maniera specifica **Mariagrazia Montalbano** (Lusan), mentre **Iole Moriconi** (Asl Rm/A) e **Cinzia Puleio** (coordinatore infermieristico del Polo penitenziario di Rebibbia) hanno affrontato, rispettivamente, il tema dell'assistenza alla persona nell'ambito della salute mentale e nelle comunità confinate.

A chiudere la giornata, una *new entry* di Sanit: il Padre Camilliano **Germano Policante** *(servizio a pag. 42).*

Mercoledì 19 giugno si è discusso di come "Valorizzare le competenze degli infermieri".

Il generarsi con forza di nuove esigenze nell'istituire servizi, rivisitare luoghi di cura, sia ospedalieri che territoriali, rende infatti peculiare la modificazione del ruolo professionale, dato dalle competenze, abilità e capacità dell'infermiere.

La ridefinizione degli ambiti di attività con modalità multiprofessionali, e il conseguente ampliamento delle competenze/responsabilità acquisite nel per corso

La platea presente al convegno inaugurale

formativo - laurea triennale, laurea magistrale, master di I e II livello, percorsi formativi modulari strutturati dalle Regioni in base a specifiche esigenze - costituisce l'ambito di azione e lo spazio istituzionale in cui proporre le necessarie modifiche.

La valutazione delle competenze costituisce, quindi, un tema di scottante attualità non solo per la professione infermieristica, ma per l'intero sistema sanitario.

La sessione mattutina è stata moderata dal consigliere **Nicola Barbato** e dalla direttrice del corso di laurea in Infermieristica dell'Università "La Sapienza" presso l'Ao San Camillo-Forlanini, **Loredana Fabriani**.

Sulle competenze infermieristiche hanno relazionato, in apertura, due autorevoli esponenti del mondo accademico:

Il presidente Gennaro Rocco

Il tesoriere Carlo Turci con il direttore del corso di laurea in Infermieristica Giovanna Finocchi

la professoressa **Maria Grazia De Marinis** (Campus Bio Medico) e la professoressa **Rosaria Alvaro** (Università Tor Vergata).
A seguire, l'atteso intervento della neo senatrice **Annalisa Silvestro**, presidente nazionale Ipasvi, che ha presentato le osservazioni della Federazione al documento sulle nuove competenze degli infermieri.
Quindi, una tavola rotonda sulla proposta di legge regionale n. 18/2013 sulla valorizzazione delle professioni sanitarie e sociali, a firma del consigliere regionale del Pd, **Riccardo Agostini**.
Il presidente del Collegio **Gennaro Rocco** ne ha discusso con il proponente stesso e con **Gabriella Angeolini** (Ifo), **Saverio Proia** (Ministero della Salute), **Daniela Tartaglini** (Campus Bio Medico), **Maurizio Zega** (Policlinico Gemelli).
Ha coordinato i lavori il giornalista **Paolo Romano**.
Nel pomeriggio, il consigliere **Girolamo De Andreis** e il dirigente infermieristico **Alessandro Sili** hanno moderato le numerose testimonianze relative alle competenze dell'infermiere clinico.
Si è parlato dell'infermiere di comunità-famiglia (con **Paolo Obbia**, presidente Aifec); della presa in carico del paziente (con **Paola D'Alessandro** e **Fabio Conti** del Policlinico Tor Vergata, **Marco Di Muzio** de "La Sapienza" e **Michele Virgolesi**, dottorando a Tor Vergata); del rapporto tra infermieri e bambini (con **Fatima Masucci** del Bambino Gesù); dell'implementazione degli ambulatori infermieristici (con **Fabiola Nardi** del Policlinico Tor Vergata).
La giornata del 20 giugno ha offerto due momenti formativi distinti.
Il primo, incentrato sulle modalità operative per il recupero e l'analisi della letteratura scientifica necessaria ad implementare le innovazioni in tutti i settori dove gli infermieri o perano (clinica, formazione, gestione e territorio).
In particolar modo sono state affrontate le modalità di recupero e consultazione offerte dalla rete e dalle banche dati che il Collegio Ipasvi mette gratuitamente a disposizione di tutti gli iscritti attraverso la biblioteca digitale *(Cinahl, OvidSp, Nursing Reference Center, Cochrane Database of Systematic Review)*.
Spazio dunque all'illustrazione alla platea dei numerosi servizi offerti.
Moderati dal tesoriere **Carlo Turci**, hanno preso la parola i referenti delle varie attività che ruotano attorno alla biblioteca di

Il consigliere Maurizio Fiorda alla postazione Cives

viale Giulio Cesare, introdotti dal presidente **Gennaro Rocco**, che nel suo intervento si è soffermato sul valore innovativo della "Biblioteca Digitale del Collegio Ipasvi di Roma". A seguire, **Patrizia Nappini** ha relazionato sull'esperienza dell'elaborazione dell'Indice della Letteratura italiana di Scienze infermieristiche; **Giovanna Finocchi** dell'utilizzo della banca data *Ilisi*; **Fabrizio Tallarita** della consultazione di Pub Med; **Alessandra Bonfigli** delle potenzialità di *Cinhal*; **Eleonora Bruno** del funzionamento del sistema *Ovid*; **Barbara Di Donato** della consultazione di *Cochrane*; **Claudia Onofri** ha chiuso gli interventi occupandosi del *Nursing Reference Center* attivato presso la Biblioteca del Collegio.

Il secondo momento della giornata è stato concentrato sull'attività del Cives (Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza sanitaria), associazione di volontariato nazionale articolata su base provinciale, inserita nel Piano nazionale di Protezione civile e formata esclusivamente da infermieri regolarmente iscritti ai rispettivi Collegi Ipasvi.

Moderati dal consigliere **Maurizio Fiorda** e introdotti dal presidente nazionale Cives, **Michele Fortuna**, hanno partecipato all'evento numerosi esperti di protezione civile, missioni umanitarie e analisi del rischio.

I relatori sono stati: **Rosaria Capotosto**, **Guido Amato**, **Elvira Granata**, **Claudio Quarta**, **Giuseppe Occhipinti**, **Alessandro Paolucci**. Al termine dei lavori si è tenuta la cerimonia di premiazione del torneo di calcio a 5 "Ipasvi Cup", giunto alla sesta edizione *(servizio a pagina 55).* Venerdì 21 giugno, infine, spazio all'associazionismo infermieristico e alla promozione culturale.

Le associazioni e le società scientifiche infermieristiche assumono infatti un ruolo sempre più cruciale nella sanità a misura di persona e nel determinare processi assistenziali di qualità basati su solide e validate prove scientifiche.

I loro contributi nel campo assistenziale e la promozione dello spirito scientifico e della ricerca infermieristica interdisciplinare contribuiscono a promuovere la sostenibilità del sistema sanitario attraverso un lavoro di rete per dare rilevanza a tutti i nodi, centrali e periferici, del Servizio sanitario nazionale. In tale contesto, diventa fondamentale conoscere il contributo associativo infermieristico che ha portato alla realizzazione di importanti traguardi assistenziali attraverso l'apporto di stimati professionisti sempre pronti alla promozione della cultura infermieristica.

Una tavola rotonda, moderata dalla vicepresidente **Ausilia Pulimeno** e dal consigliere **Stefano Casciato**, ha coinvolto le associazioni **Aico**, **Aiom**, **Aislec**, **Aniarti**, **Anin**, **Anipio**, **Ait e Osdi**. Nel corso della giornata, la segretaria **Maria Grazia Proietti** e la consigliera **Simonetta Bartolucci** hanno dato la parola a tutti i referenti delle sigle infermieristiche e sanitarie presenti, per un'illustrazione più dettagliata delle attività svolte.

Sanit 2013 ha ricevuto il patrocinio di: Commissione Europea, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute, Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali, Regione Lazio, Roma Capitale, Camera di Commercio di Roma.

Il gruppo di lavoro del Collegio Ipasvi di Roma

Il ministro Lorenzin e il presidente Lena esaltano il ruolo dell'infermiere sul territorio

Al convegno inaugurale di Sanit, dedicato al tema dell'etica nell'agire professionale, hanno preso parte anche due ospiti di eccezione: il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, e il presidente della commissione Politiche sociali e Salute del Consiglio regionale del Lazio, **Rodolfo Lena**. Il presidente del Collegio Ipasvi di Roma, **Gennaro Rocco**, nella sua introduzione, ha puntato su proposte concrete per avviare un ripensamento del modello gestionale e assistenziale della sanità regionale, partendo dalla domanda di salute di una popolazione sempre più caratterizzata da mancanza di prevenzione, ricorso improprio a strutture ospedaliere, problematiche legate all'invecchiamento e alla presa in carico su base domiciliare della fase post-acuzie.

Il ministro Lorenzin ha sottolineato "il ruolo peculiare svolto dagli infermieri in Italia e nel mondo" e si è detta "sicura di nuovi percorsi di valorizzazione della professione, in un contesto in cui, stando alle stime in possesso del Dicastero, verranno sempre più a mancare, nel Ssn, figure altamente specializzate, in ambito medico e non medico". La chiave di volta, dunque, è ancora una volta la formazione e la ricerca, temi da sempre cari al Collegio Ipasvi, come dimostrato dai corsi Ecm organizzati gratuitamente presso la propria sede o direttamente in azienda; così come dai risultati ottenuti dal Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica.

Il presidente della commissione Politiche sociali e Salute del Consiglio regio-

Il ministro Lorenzin parla alla platea di infermieri in presenza del presidente Rocco

L'intervento di Rodolfo Lena a Sanit

nale del Lazio, Rodolfo Lena, ha invece invitato l'Ipasvi a progettare e a consegnare alla Regione dei percorsi sperimentali per istituire la figura dell'infermiere di famiglia in alcune zone "campione" del Lazio, attraverso degli interventi a costo zero, che facciano leva unicamente sulla rimodulazione delle risorse già in carico alle Asl. "L'ora del cambiamento è arrivata e le recenti decisioni assunte dal commissario Zingaretti su trasparenza e razionalizzazione dei costi lo stanno ampiamente dimostrando - ha spiegato -. Sono certo che in questo clima di ripensamento del modello sanità nel Lazio il contributo di voi infermieri sarà decisivo e prezioso per tutti noi".

Bilancio positivo per la manifestazione "Punto di incontro tra utenti e operatori"

È senz'altro positivo un primo bilancio della decima edizione di Sanit 2013, non tanto nei termini scontatamente positivi di visitatori, espositori, convegni e incontri, ma quale effettivo punto d'incontro della manifestazione tra utenti e operatori della sanità italiana.
"Da questa edizione è emersa preponderante la rete, nei suoi aspetti positivi e nelle sue criticità - afferma il presidente di Sanit, Andrea Costanzo - Internet è alla base di servizi essenziali come il Fascicolo Sanitario Elettronico, cui è stato dedicato un convegno, e del flusso di dati anche sanitari che l'amministrazione centrale e le Aziende sanitarie locali sono impegnate a fornire sempre più speditamente agli utenti. Ma il cittadino ha anche bisogno di dialogo diretto, conferme e verifiche che la rete da sola non può dare: per questo la presenza al Sanit di esperti ed esponenti di Enti di ricerca così come di volontari di Associazioni pronti a fornire informazioni e chiarimenti è vissuto sempre più positivamente dai visitatori, contribuendo al successo della manifestazione".
"Uno sguardo rassicura più dell'ansiosa lettura di centinaia di siti" - sottolinea MariaPia Sozio che al Sanit ha coordinato la sezione "Insieme per le (Malattie) Rare -. L'eccesso d'informazione è controproducente perché intimorisce, creando dubbi e ingenerando confusione".
Grande interesse hanno suscitato gli appuntamenti legati all'alimentazione, dai controlli agroalimentari alle lezioni di cucina tenute da noti chef che hanno presentato piatti semplici con prodotti genuini tutti rigorosamente a chilometro zero.

L'incontro tra il ministro Lorenzin e il presidente Zingaretti

"Centocinquanta espositori, checkup, controlli sanitari, dimostrazioni, 20 seguitissimi convegni, numerosi seminari per il pubblico generalista, per quello specializzato e specializzando e, soprattutto, il sincero apprezzamento del ministro Beatrice Lorenzin che ci ha onorato della sua presenza per un'intera mattinata e del presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti - conclude Costanzo - sono ottimi presupposti per iniziare già a pensare al secondo decennio di Sanit".
Sanit 2013 ha avuto il patrocinio di: Commissione Europea, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute, Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali, Regione Lazio, Roma Capitale, Camera di Commercio di Roma.

Allo stand Ipasvi successo per la lavagna #sonoinfermiere

Anche quest'anno, il Sanit, Forum internazionale della Salute, che si è tenuto al Palazzo dei Congressi di Roma, ha attirato migliaia di addetti ai lavori e di utenti del Ssn.
L'attenzione degli incontri oggi si è focalizzata in special modo sulla gestione delle risorse e di tutto il comparto sanitario in un periodo di particolare crisi economica come quello che stiamo vivendo.
L'Ordine dei Ministri degli Infermi, sempre in prima linea nell'assistenza agli ammalati non solo in Italia (anche per quanto riguarda le agevolazioni agli ammalati in difficoltà economiche), è stato protagonista al Forum 2013, con l'intervento di un relatore camilliano ed una partecipata iniziativa che ha coinvolto tutti gli infermieri e gli aspiranti tali accorsi al Palazzo dei Congressi.
Padre **Germano Policante**, professore al *Camillianum* (Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria), ha concluso la prima giornata dei lavori, il 18 giugno, con un suo intervento dal titolo: "Umanità ferita e umanità sanante a confronto: l'immagine del guaritore ferito" si è incentrato soprattutto sul passaggio dal paradigma del 'curare' al 'prendersi cura'".
Dopo aver riconosciuto la grande riluttanza, o forse l'incapacità, a dare risposte empatiche da parte del comparto sanitario, *"convinto che la preoccupazione per l'empatia sia un lusso riservato a chi ha 'tempo da perdere' (come volontari e cappellani)"*, padre Policante ha riaffermato il grande sforzo assistenziale compiuto dagli infermieri, ma ha evidenziato come nell'incontro col malato l'infermiere si condan-

Padre Germano Policante

Lo stand dell'Ipasvi durante la visita del presidente della Regione, Nicola Zingaretti

ni spesso *"a far tacere o a mettere tra parentesi quanto di più umano c'è in lui. E si nega così le opportunità offerte dal riconoscere l'esperienza di fragilità e vulnerabilità che lo accomunano al malato e che sole consentono di entrare nella comprensione, compassione e condivisione, nonché nella ricerca di senso e nell'apertura alla speranza: tutte cose che farebbero dell'operatore sanitario un guaritore ferito".*

Una cura che sia accompagnata da una compassione sentita e manifestata (la "risposta empatica") e impreziosita dal senso di solidarietà: ecco realizzato al meglio il servizio al malato nella sua globalità.

L'Ufficio comunicazione per le attività del IV Centenario della morte di San Camillo de Lellis, ospitato dallo stand Ipasvi, ha poi dato vita su Twitter e Facebook all'hashtag **#sonoinfermiere**. Una pagina per raccogliere tutti i pensieri e i messaggi degli infermieri che hanno partecipato al Sanit, ma non solo.

Gli operatori sanitari e gli studenti aspiranti infermieri hanno potuto esprimere così le proprie speranze per il futuro, ma anche le proprie critiche e frustrazioni, la loro idea sulla missione infermieristica e lanciare il proprio messaggio al mondo.

Gli infermieri di passaggio allo stand Ipasvi sono stati invitati a partecipare, lasciando su una lavagna a fogli mobili la loro testimonianza, che veniva poi puntualmente twittata con l'aiuto dell'Ufficio Comunicazione dei Camilliani (@San_Camillo) o autonomamente.

Un'iniziativa che ha unito religiosi, Camilliani e non, e infermieri laici nel tentativo di definire lo sfaccettato e complesso mondo dell'assistenza.

L'hashtag **#sonoinfermiere** rimane tuttora attivo per continuare a dare voce a tutti gli infermieri.

Su Youtube è possibile visualizzare un video celebrativo dell'iniziativa #sonoinfermiere a Sanit 2013. L'indirizzo web da digitare è il seguente: http://www.youtube.com/watch?v=Ckm63pOi3JE
Buona visione!

Il nuovo corso della sanità laziale e il ruolo propositivo dell'Ipasvi

La febbre alta della sanità laziale resta protagonista della cronaca anche nella bollente estate 2013.
La nuova amministrazione regionale si misura nella sua sfida più difficile in un turbinio di preoccupazioni e rassicurazioni, notizie buone e brutte.
I conti del sistema sanitario galleggiano a malapena in un mare di debiti.

Il Messaggero (15/5/13) riferisce di uno studio della società Deloitte titolando: "Allarme conti, torna a salire il disavanzo della sanità". E spiega: *"Il disavanzo sanitario del Lazio è tornato a crescere dopo un miglioramento: nel 2010 era sceso a 700 milioni, poi nel 2012 è risalito a 780. E secondo una proiezione per quest'anno si ipotizza che possa risalire a 900".*
Intanto il governatore scrive ai direttori generali di ospedali, policlinici e Asl.

Il Corriere della Sera (18/5/13) spiega: *"Zingaretti: un responsabile anticorruzione nelle Asl. Sorveglierà sovvenzioni, gare e contributi a società".*
Ma il Governo stringe ancora la cinghia.
Il Messaggero (22/5/13) suona l'allarme: "Sanità, il tavolo dei ministri: ancora troppi posti letto". Si legge: *"Il Lazio deve tagliare ancora. Il 2012 si è chiuso con un rapporto offerta sanitaria-popolazione troppo alto. Secondo il tavolo interministeriale di verifica di applicazione del piano di rientro ci sono 4 posti letto ogni mille abitanti, ancora lontano dal dato indicato dalla legge di 3,7. Per questo ha chiesto al commissario per la sanità Zingaretti di preparare il Programma operativo 2013-15".*
Tutto il mondo sanitario è in fermento, con gli infermieri in testa.

Gli allarmi sulla stampa si susseguono. Il Tempo (24/5/13) titola: "Lo scandalo degli infermieri precari". *"Il personale rischia il posto* - scrive il quotidiano romano - *e l'ospedale l'interruzione di pubblico servizio ma la Regione latita, non affronta il caso. Il problema è l'appalto del servizio di assistenza infermieristica e ausiliaria della cooperativa Osa, circa 600 persone che ormai da tredici anni operano in pianta stabile al policlinico Umberto I".*

Le vicende del policlinico interessano anche La Repubblica (25/5/13): "Umberto I, sette padiglioni a rischio chiusura". Servono 28 milioni per la messa a norma dell'impianto antincendio.

L'Osservatore Romano (2/6/13) punta i fari sulle strutture sanitarie cattoliche in gravi difficoltà finanziarie.
Con il titolo "La sanità cattolica italiana è a rischio", il quotidiano della Santa Sede rilancia l'allarme di monsignor Crociata, segretario generale della Cei: *"Le strutture della sanità cattolica sono sottoposte a uno stress gestionale e organizzativo che, in tempi di crisi come l'attuale, mette a repentaglio la sostenibilità del servizio".*
Uno sprazzo di luce giunge dalla agognata proroga dei contratti precari. Il Messaggero (8/6/13) riferisce: *"Per 2.800 precari della sanità laziale, a cui stava per scadere il contratto, è arrivata la proroga fino al 31 dicembre. Il presidente della Regione ha firmato il decreto che prolunga il rapporto di lavoro".*
Subito però una nuova mazzata. La Repubblica (11/6/13) scrive: "Sanità nel Lazio, mannaia sui reparti: via 2.231 primari". Aggiunge: *"E saranno accorpali i distretti sanitari: a Roma passeranno da 19 a 5".*

Il Sole 24 Ore (17/6/13) riaccende i riflettori sulla grande domanda di infermieri fuori dai confini nazionali proprio mentre la professione sperimenta in Italia il doloroso problema della disoccupazione. "Infermieri, chance in venti Paesi" titola il quotidiano economico. E spiega: *"La professione più ricercata all'estero nel prossimo decennio è quella dell'infermiere. Cercati in ben venti Paesi, ma soprattutto nel Regno Unito, Germania e in tutto il Nord Europa, gli infermieri italiani sono richiesti anche in Australia fino agli Emirati Arabi Uniti, soprattutto Dubai".*
Nella Capitale va in scena l'incredibile: la violenza che da qualche tempo divampa nelle strade si accanisce perfino sui soccorritori. Tre assurde aggressioni agli operatori del 118 si ripetono a distanza di pochi giorni. Il Tempo (20/6/13) titola: "Ambulanza del 118 in quattro minuti: calci e insulti agli infermieri". L'agenzia Asca (20/6/13) lancia in un dispaccio il preoccupato allarme del Collegio: "Ipasvi, infermieri indignati per aggressioni equipaggi Ares 118". E riporta le parole del presidente Rocco: *"Esprimiamo solidarietà ai colleghi colpiti da questa brutale ondata di violenza contro i soccorritori e chiediamo l'intervento della Prefettura per garantire la sicurezza del personale sanitario in servizio".*
Una schiarita si profila sulla vicenda dei 600 precari esterni, tra infermieri e ausiliari, dell'Umberto I.
La Repubblica (20/6/13) scrive: "Prorogati i contratti ai lavoratori delle coop". Sarebbero scaduti a fine luglio. Intanto i Collegi Ipasvi del Lazio presentano alla Regione dieci priorità per rilanciare i servizi sanitari.

L'agenzia **AgenParl** (20/6/13) scrive: "Sanità - Lazio: Ipasvi, presentato alla Regione il decalogo delle priorità".
Le raccomandazioni della professione infermieristica vengono così riprese da numerosi organi di informazione.

Intanto, Zingaretti va avanti con la sua riforma. **Il Tempo** (5/7/13) titola: "Mille manager per 21 Asl. Esami per restare in 50". E svela i numeri della corsa alle nuove nomine di dg: *"Quasi mille domande di aspiranti manager per 21 Asl, 945 per l'esattezza, ma le domande in regola sono solo 663. E ci sono stati 128 ripensamenti. Alcuni pare abbiano realizzato solo dopo la preiscrizione che i 5.500 euro netti al mese non erano all'altezza delle loro aspettative. Altri hanno capito che per partecipare alla selezione non bastava aver fatto il manager in precedenza, bisognava averlo fatto con successo".*

La Repubblica (10/7/13) riaccende i riflettori sul dramma delle liste d'attesa: "Sanità, liste d'attesa sempre più lunghe". Il giorno dopo lo stesso quotidiano riferisce: "Sulle liste d'attesa ora la Regione convoca i direttori di tutte le Asl".

Una settimana più tardi il **Corriere Laziale** (18/7/13) informa sugli sviluppi del vertice: "Tempi di attesa meno lunghi grazie ai Recup". Si legge: *"La novità assoluta è che i malati cronici si rivolgeranno al Recup solo per le prime visite. I successivi controlli saranno gestiti direttamente dai medici di famiglia".*
Nel frattempo, la Regione annuncia di aver trovato le risorse per non far affogare il sistema. **Leggo Roma** (12/7/13) titola: "La Regione trova 832 milioni per gli ospedali e per rilanciare la sanità". E riporta il commento di Zingaretti: *"Un successo davvero importante"*. Soluzione in vista anche per il Santa Lucia. **La Repubblica** (12/7/13) scrive: "Santa Lucia, impegno della Regione: presto pagheremo i 100 milioni". Accordo di rilancio pure per l'Idi. **Il Tempo** (16/7/13) scrive: "Accordo Siemens-Idi per i macchinari. L'ospedale riparte al cento per cento".
Il fascicolo sanitario elettronico, annunciato con grande enfasi, batte in ritirata.

Italia Oggi (19/7/13) titola: "Slitta il fascicolo sanitario elettronico". Il quotidiano economico spiega: *"Il dossier telematico contenente tutti i dati riguardanti la salute degli assistiti dovrà essere istituito dalle Regioni e dalle Province autonome entro il 30 giugno 2015. La scadenza guadagna sei mesi, quindi, rispetto a quella del 31 dicembre 2014 fissata dal di n. 69/2013".*
Come ogni anno, in coincidenza con le ferie estive del personale sanitario, riesplode anche sui media l'emergenza infermieristica a Roma.

Il Messaggero (21/7/13) titola: "Sanità in vacanza, negli ospedali reparti dimezzati". Nel servizio si legge: *"Le ferie estive costringono il personale a chiudere i padiglioni in molti nosocomi. L'estate porta un ulteriore taglio dei posti letto negli ospedali di tutta la città. Il personale scarseggia e così diversi reparti devono essere accorpati per garantire comunque l'assistenza. Ridotta anche l'attività operatoria e quella di diversi ambulatori".*
Protesta il personale dei laboratori di analisi.
Il Messaggero (24/7/13) avverte: "I laboratori analisi in rivolta: da settembre chiudiamo e licenziamo". Anche gli ambulatori accreditati si preparano alla serrata. E argomentano: *"Le tariffe che la Regione ci riconosce sono fuori mercato, così non e la facciamo, dal primo settembre sospendiamo l'assistenza. Il pronunciamento interessa 150 strutture private di Roma e del Lazio, tra queste ci sono le più grandi della Capitale".*

Panorama della Sanità (n. 7/13) dà voce alla insistente richiesta della Federazione Ipasvi pubblicando un ampio servizio da titolo: "Necessario colmare i vuoti derivati dal blocco del turn over e dai tagli del personale". Nel sommario si legge: *"Il 27 giugno le Commissioni riunite V Bilancio e XII Affari sociali della Camera dei Deputati, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica, hanno ricevuto in audizione la Federazione nazionale Collegi Ipasvi, nella persona del vicepresidente Gennaro Rocco. Riportiamo il documento ufficiale depositato in Parlamento a supporto dell'audizione".* Segue il testo integrale del documento con le tabelle.

In piena canicola estiva è un articolo apparso su **La Nazione** (29/7/13) a scatenare l'indignazione degli infermieri.
L'autore fa riferimento alla condanna in Cassazione di Berlusconi e scrive: "Berlusconi: resta, fugge, o fa l'infermiere". Il quotidiano on line **Nurse Oggi** insorge: *"La cosa che più ci fa indignare è l'utilizzo del termine infermiere, usato in questo contesto per indicare una attività "socialmente utile", al pari dei cosiddetti lavori socialmente utili a cui chi ha commesso un reato, dopo essere stato riconosciuto colpevole, potrebbe/dovrebbe essere condannato. Stupisce ancora una volta che l'utilizzo, errato nonché lesivo dell'immagine della categoria tutta, venga da un giornale".*
In un'estate surriscaldata da annunci, polemiche e proteste, resta poco spazio per le buone notizie.
Che comunque non mancano.
A cominciare dal pienone registrato dall'ultima edizione di "Race For The Cure", la corsa per la salute organizzata da Komen Italia a cui gli infermieri del Collegio Ipasvi di Roma danno ogni anno un grande contributo.

Scrive il **Corriere della Sera** (20/5/13) nel servizio intitolato "Di corsa contro il cancro": *"Record di presenze alla Race For The Cure (oltre 60 mila iscritti), la corsa per la raccolta di fondi a sostegno delle donne italiane (circa 47 mila) che*

ogni anno si ammalano di tumore al seno. In gara più di 2 mila atleti che si sono misurati sul percorso di 5 chilometri che si è sviluppato in centro".

Una speranza concreta che le indicazioni degli infermieri vengano finalmente recepite in un modello più evoluto di sanità territoriale si affaccia con i progetti attivati dalla nuova amministrazione regionale. **QS Quotidiano Sanità** (25/5/13) pubblica un servizio dal titolo "Lazio, allo studio il progetto per istituire l'infermiere di famiglia". Si legge: *"Previsto uno studio sui risparmi garantiti dall'entrata in funzione di ambulatori infermieristici sul territorio e una ricognizione sulle risorse infermieristiche con contratti atipici e precari presenti ad oggi nel Ssr. Questi alcuni progetti di cui hanno discusso il presidente della Commissione Salute Lena e il Coordinamento regionale Ipasvi".*

Ipasvi alla ribalta mediatica anche per l'attività del Centro di Eccellenza del Collegio di Roma.

Molti organi d'informazione rilanciano l'ultima frontiera della ricerca infermieristica sulle comu- nità confinate grazie ad uno studio sperimentale multicentrico che coinvolge diversi istituti penitenziari e almeno 50 pazienti diabetici detenuti. *"In questo campo il nostro impegno è massimo* - dichiara in un comunicato il direttore del Centro, Gennaro Rocco - *e non ci stancheremo di sostenere programmi di lavoro che valorizzino gli aspetti umani, relazionali e deontologici della professione infermieristica".*

Successo pieno anche per le giornate infermieristiche del Sanit, un appuntamento ormai consueto per l'intera comunità professionale.

Grande risalto sui media alle parole pronunciate dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, al Sanit 2013: "Il Governo riconosce il ruolo peculiare svolto dagli infermieri in Italia e nel mondo" e "Lavoriamo su nuovi percorsi di valorizzazione della professione, in un contesto in cui, stando alle stime in possesso del Dicastero, nel Ssn verranno sempre più a mancare figure altamente specializzate, in ambito medico e non medico".

L'ennesima tragedia fa riesplodere l'allarme sulla sicurezza degli operatori sanitari.

Il Messaggero (13/8/13) titola: "Infermiere, morte sospetta". Si legge: *"È deceduto per un'epatite fulminante. Nella denuncia la moglie ipotizza che possa essersi infettato nell'ospedale romano dove lavorava"*. Si apprende poi che si tratta di un tecnico di sala settoria del San Giovanni.

A stretto giro, la Regione chiama a raccolta tutti i direttore generali.

L'agenzia **Asca** (13/8/13) dirama la notizia: *"Dopo il caso dell'infermiere di un ospedale di Roma morto per epatite, la Regione Lazio ha convocato per domani le Direzioni sanitarie di tutte le aziende del Lazio per fare il punto sul rischio clinico e le infezioni ospedaliere e per verificare il pieno rispetto delle linee guida in materia"*. E ancora: *"La Regione, per far luce sull'episodio, ha inoltre convocato la Commissione ispettiva regionale".*

NOTIZIE IN PILLOLE

Mal di schiena, gli infermieri tra i più colpiti

Un recente studio scientifico italiano, del Dipartimento di Anatomia, Istologia, Medicina Legale e Ortopedia dell'Unità di Medicina del Lavoro dell'università "La Sapienza", si è concentrato sull'incidenza della lombalgia negli infermieri, scoprendo che questi professionisti incappano più di altri in varie tipologie di mal di schiena.

La ricerca, ora pubblicata sulla rivista Prevention & Research, ha interessato un campione di 217 infermieri, 94 maschi (50 più esposti e 44 non esposti alla movimentazione di carichi) e 123 femmine (61 più esposte e 62 non esposte).

I due gruppi erano paragonabili per età, anzianità lavorativa, indice di massa corporea e attività sportiva svolta. Si è poi proceduto a confrontare gli infermieri che hanno presentato almeno un episodio di lombalgia acuta negli ultimi 12 mesi con una popolazione di controllo rappresentata da soggetti con bassa esposizione professionale. Il confronto ha dimostrato che gli infermieri hanno una prevalenza del 9,5% di mal di schiena, contro il 2,2% del gruppo di controllo.

Sotto accusa la movimentazione dei pazienti, soprattutto in casa di cura o nei reparti di lungodegenza, in cui il malato non è in grado di collaborare: espone gli operatori a rischio di lesioni che coinvolgono in maniera specifica il rachide lombo-sacrale. "Dal momento che non risulta possibile eliminare il rischio collegato a questa attività - scrivono i ricercatori - è fondamentale agire per ridurlo, grazie ad una serie di iniziative quali l'introduzione di procedure corrette e di ausili, l'adeguamento delle strutture, la sorveglianza sanitaria e la formazione degli addetti".

Case della Salute: il primo passo nel Lazio lo fanno gli infermieri

Un buon avvio per il progetto di riorganizzazione delle rete sanitaria territoriale annunciato per questo autunno dal presidente della Regione Lazio, **Nicola Zingaretti**, con il varo delle **Case della Salute**. Il primo agosto scorso, il Comitato Tecnico che lavora alla realizzazione del progetto, alla presenza di **Flori Degrassi**, responsabile della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria, ha ascoltato le osservazioni e i suggerimenti della Professione infermieristica ricevendo in audizione (la prima) il presidente del Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio, **Gennaro Rocco**.

Raccogliendo la sollecitazione dei Collegi, gli esperti del Comitato Tecnico hanno riconosciuto alla figura infermieristica un ruolo fondamentale nella gestione e nello sviluppo delle future Case della Salute. La bozza del provvedimento ha così accolto alcune delle istanze sostenute da tempo dalla comunità professionale nel campo della sanità territoriale. Gli infermieri sono pronti ad assumersi la responsabilità della definizione di percorsi assistenziali specifici soprattutto nell'assistenza primaria, con un ruolo centrale di governo e *case management* per situazioni di criticità clinica o soggetti fragili ed a svolgere un'importante attività nei programmi di prevenzione e di educazione sanitaria destinati alla popolazione. In particolare gli infermieri possono partecipare attivamente alla gestione delle patologie cronico-degenerative con l'avvio degli **ambulatori infermieristici**, sia di tipo generalista sia specialistici (piaghe da decubito, stomie ecc.). Vasta è la gamma di prestazioni tecniche nell'assistenza domiciliare e fondamentale il contributo che l'infermiere può fornire nell'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche ad alto impatto sociale (scompenso cardiaco, Bpco, ecc.). Il piano raccoglie inoltre un'altra vecchia istanza dei Collegi Ipasvi: l'istituzione della figura dell'**Infermiere di Famiglia** o **Infermiere di Prossimità**. A nome dei Collegi Ipasvi del Lazio, il presidente Rocco si è impegnato a produrre un ulteriore documento articolato che definisca in modo puntuale i profili di competenza degli infermieri nel sistema organizzativo delle Case della Salute e i diversi livelli di responsabilità. "Sembra che si sia aperto un canale nuovo di collaborazione con la Regione - commenta Rocco -. Siamo convinti che il nostro Ordine professionale debba collaborare con le istituzioni per costruire servizi sempre più vicini ai cittadini e per farli funzionare. Confidiamo che il progetto su cui sta lavorando il Comitato Tecnico venga recepito e tradotto in realtà al più presto, superando finalmente vecchie logiche che hanno messo in crisi la nostra sanità. E anche la nostra fiducia."

A MONTECITORIO

Ipasvi in audizione sulle nuove esigenze del sistema sanitario

Il 27 giugno, le Commissioni riunite V Bilancio e XII Affari sociali della Camera dei Deputati, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica, hanno ricevuto in audizione la Federazione nazionale Collegi Ipasvi, nella persona del vicepresidente Gennaro Rocco. È possibile visualizzare e scaricare il documento integrale depositato in Parlamento a supporto de l'audizione a questo indirizzo internet: http://www.ipasvi.it/archivio_news/attualita/935/Documento%20FNC%20audizione%20Camera%20Deputati.pdf

Criticità e soluzioni per il Servizio Sanitario laziale

Riportiamo di seguito il testo integrale del "decalogo" stilato dal Coordinamento regionale Ipasvi e consegnato alla Regione Lazio.

"I Collegi Ipasvi del Lazio riuniti nel Coordinamento regionale, in rappresentanza di oltre 43.000 mila infermieri iscritti, innanzitutto ribadiscono pieno sostegno al carattere pubblico e universalistico del Servizio Sanitario Regionale e ad ogni azione che favorisca l'integrazione fra strutture pubbliche e convenzionate per garantire ai cittadini prestazioni sanitarie di qualità e in tempi certi.

Tale scenario, tuttavia, è oggi fortemente a rischio per la permanenza e l'aggravamento dei problemi che affliggono il comparto infermieristico nella nostra Regione e si ripercuotono negativamente sulla sicurezza dei cittadini e sul diritto a ricevere cure e assistenza adeguate.

Con spirito propositivo e sulla base dell'esperienza maturata quotidianamente sul campo, la comunità infermieristica regionale segnala all'Amministrazione Regionale le dieci criticità più urgenti da affrontare e le relative azioni da intraprendere.

1) Emergenza personale

In molte strutture sanitarie di Roma e del Lazio permane una complessa emergenza dovuta alla carenza degli organici infermieristici. Non si tiene conto degli standard minimi assistenziali e non vengono garantite le sostituzioni per maternità, ferie, malattie, ecc. La mancanza cronica di infermieri, acuita dal perdurante blocco del turn-over e dagli ulteriori tagli della spending review sanitaria, costringe i pochi professionisti in servizio a sobbarcarsi condizioni di lavoro inaccettabili e rischiose per loro stessi e per i pazienti. È indispensabile e urgente ripristinare un rapporto fra operatori sanitari e prestazioni richieste adeguato agli standard di sicurezza e di qualità.

2) Disoccupazione

Il fenomeno crescente della disoccupazione infermieristica è legato strettamente al blocco delle assunzioni perpetrato negli ultimi anni. Ne scaturisce una paradossale situazione che costringe le Asl e le Aziende Ospedaliere a chiudere servizi e reparti per mancanza di personale e nel contempo centinaia di giovani infermieri non trovano occupazione. Si chiede un impegno perentorio della Regione Lazio per un rapido sblocco delle assunzioni attraverso lo svolgimento dei relativi avvisi e concorsi.

3) Precarietà

Lo spettro della precarietà ha investito pesantemente la comunità infermieristica regionale e messo a durissima prova migliaia di famiglie. Cresce sempre più il ricorso alla esternalizzazione dei servizi utilizzando professionisti gestiti da società di diversa natura, da cooperative e agenzie che in molti casi comportano uno scadimento del controllo della qualità assistenziale oltre che diseconomie di sistema. Non mancano esempi di precarietà ormai ultraventennale, un vero controsenso specie se riferito ad un ambito cruciale come quello sanitario. Si chiede pertanto il superamento di tale assurda condizione e la regolamentazione dei contratti diversi da quelli classici, imponendo minimi contrattuali comuni a tutti i professionisti per scongiurare il fenomeno avvilente della sperequazione di trattamento tra colleghi, spesso con retribuzioni al di sotto della decenza.

4) Crisi aziendali

Sono molte le strutture sanitarie in grave sofferenza anche a causa dei crediti non liquidati dalla Regione. In particolare, gli infermieri chiedono che venga affrontata con la massima urgenza e determinazione la condizione drammatica degli ospedali classificati, religiosi e convenzionati di Roma, che più di altri soffrono per la carenza di liquidità che si ripercuote in modo inaccettabile sui lavoratori, in alcuni casi con stipendi arretrati ormai da mesi. Una circostanza che coinvolge anche prestigiose strutture sanitarie d'eccellenza e pregiudica la continuità assistenziale dovuta ai pazienti. Da ultimo, il consistente taglio retroattivo dei rimborsi alle strutture private convenzionate ha prodotto difficili vertenze aziendali e acuito l'incertezza sul futuro di altre migliaia di infermieri.

5) Assistenza Territoriale

Al di là di sporadiche quanto positive sperimentazioni, i programmi di incentivazione e sviluppo delle cure primarie e dell'assistenza territoriale non sono decollati. Così anche per la figura dell'Infermiere di Famiglia, preziosa ad esempio, per superare l'ingolfamento dei Pronto Soccorso e delle corsie ospedaliere, che non ha avuto ancora opportunità concrete di operare. Gli infermieri chiedono di compiere un drastico cambio di rotta fissando alcuni passaggi essenziali: riconoscimento della governance infermieristica sugli eventi avversi e il risk management nelle strutture residenziali; potenziamento dei servizi con prestazioni infermieristiche e di educazione sanitaria sul territorio e a domicilio; identificazione della rete dei servizi con piano

assistenziale individuale gestito da "case manager di rete" infermieristico; home nursing nelle Rsa a gestione infermieristica; sviluppo del ruolo infermieristico come referente dell'équipe assistenziale; riconoscimento di una competenza specialistica per l'assistenza all'anziano; promozione e sviluppo sul territorio regionale degli Ambulatori Infermieristici; trasformazione delle strutture attualmente inutilizzate o dei piccoli ospedali in fase di riconversione, in unità di assistenza a gestione Infermieristica.

6) Posizioni Organizzative

Il drastico ridimensionamento delle Posizioni Organizzative e di Coordinamento (previsto dal Decreto Commissariale 49/2010 in attuazione dei criteri di cui al Decreto 34/2010) comporta una profonda alterazione dei livelli funzionali di assistenza e del governo stesso delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere. In particolare, il ruolo dei Coordinatori di Servizi/UU.OO. merita un'attenta riflessione in virtù della funzione che queste figure svolgono in ordine alla programmazione, alla formazione, al coordinamento e al controllo delle attività infermieristiche, tecniche e ausiliarie di carattere professionale, assistenziale e domestico-alberghiero. Ai Coordinatori sono demandate, in via esclusiva e con le responsabilità professionali del caso, funzioni delicatissime e assolutamente centrali per l'assistenza alla persona malata, ma anche per il perseguimento degli obiettivi aziendali. Si rende dunque necessaria un'azione forte di valorizzazione e potenziamento di tali figure.

7) Dirigenza Infermieristica

Nell'ultimo triennio molte direzioni dei Dipartimenti/Servizi di assistenza infermieristica e delle professioni sanitarie sono stati ridimensionati per funzioni e per ruoli. Molti contratti dei Dirigenti Infermieristici non sono stati rinnovati né si è proceduto all'emanazione di bandi di concorso per l'arruolamento dei Dirigenti unici delle professioni sanitarie (Legge 43/2006 - DPCM 25/1/08). L'assenza di tali strutture all'interno delle Direzioni Strategiche comporta una grave omissione e crea preoccupanti vuoti di competenze professionali specifiche, con ripercussioni negative sui processi organizzativi e sui percorsi assistenziali. Le evidenze scientifiche nazionali ed internazionali dimostrano come il governo delle attività professionali sanitarie e tecniche garantiscono una razionalizzazione dei servizi, una migliore qualità assistenziale, una maggiore sicurezza con la conseguente riduzione dei costi. Si chiede quindi alla Regione Lazio di arrestare il progressivo smantellamento di questi dipartimenti che contrasta fortemente con la dichiarata volontà delle autorità sanitarie di razionalizzare i servizi e ridurre i costi.

8) Formazione Universitaria

I dati Ocse confermano ancora che l'Italia è fanalino di coda per il rapporto infermieri cittadini (stanno peggio di noi solo i greci). Eppure il nostro è un paese tra i più vecchi del pianeta e, come tutti sanno, la cronicità e le multi-patologie sono caratteristiche delle fasce di popolazione più anziana. In questo quadro epidemiologico risulta evidente che già adesso ma ancora di più nel prossimo futuro, la figura infermieristica rappresenta la professione maggiormente necessaria per rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione. La disoccupazione presente non deve indurre a commettere il grave errore di ridimensionare l'offerta formativa . Va invece sostenuta e migliorata la qualità della formazione mettendo a disposizione delle sedi formative risorse mirate per rendere disponibili tutti quei servizi e sussidi necessari (biblioteche, accesso alle banche dati informatiche, manichini e simulatori ecc.), per formare un professionista competente ed affidabile. Bisogna anche investire sulla formazione e sull'aggiornamento dei colleghi che seguono gli studenti in tirocinio ai quali vanno poi riconosciute le funzioni di tutorato.

9) Programma Ecm

Poche professioni sanitarie hanno dimostrato di saper cogliere la sfida dell'Ecm quanto quella infermieristica, che svolge un ruolo di primo piano in seno alla Commissione Regionale per l'Ecm. Ma l'impegno che la categoria profonde nel campo del-

l'aggiornamento ricade per intero sulle spalle e sulle tasche degli infermieri, costretti a sopportare gravi disagi logistici, economici e di orario per frequentare i corsi. Da tempo i Collegi Ipasvi del Lazio sollecitano l'attivazione di programmi di formazione aziendale a cura e a spese di queste, utilizzando personale docente interno per contenere i costi e ritagliare l'offerta formativa sulle specifiche esigenze dell'azienda sanitaria stessa. È importante inoltre sostenere quei professionisti che intendono frequentare corsi di specializzazione, master, lauree magistrali e dare impulso alla formazione complementare finanziando corsi specialistici per rispondere all'esigenza formativa post-diploma e di progressione della carriera (professionisti specialisti art. 6l. 43/06).

10) Il ruolo degli Oss

L'utilizzo non corretto delle figure professionali di supporto all'attività infermieristica, come nel caso degli Operatori Socio Sanitari, può rivelarsi assai pericoloso. Il miglioramento dell'assistenza non può infatti realizzarsi in base a criteri quantitativi piuttosto che qualitativi. Gli Oss possono coadiuvare gli infermieri, supportarli nella loro azione, ma non certo sostituirli. È dunque sciagurato pensare di poter arginare l'emergenza infermieristica ricorrendo a tali figure professionali. Alla Regione si chiede di offrire garanzie precise su questo aspetto. Occorre inoltre rivalutare la programmazione del fabbisogno di Oss coinvolgendo in primis la professione infermieristica nelle scelte da assumere e nella gestione del personale. Infine la formazione degli Operatori Socio Sanitari non può essere affidata a strutture che non dispongano di strumenti adeguati ai migliori standard formativi. La formazione degli Oss deve avvenire nelle sedi in cui sono attivati i corsi di laurea in Infermieristica e devono essere diretti da infermieri in possesso della laurea magistrale in scienze infermieristiche. Ciò al fine di evitare confusione e pericolose sovrapposizioni di competenze.

Sulla base di tali proposte, la comunità infermieristica del Lazio auspica vivamente un concreto coinvolgimento del gruppo professionale rappresentato dai Collegi Ipasvi di Roma e delle Province nella programmazione del riordino del Servizio Sanitario Regionale. A tal fine, si rinnova la piena disponibilità dei citati Collegi ad ogni utile forma di collaborazione".

Dott.Gennaro Rocco
Presidente del Coordinamento dei Collegi Provinciali Ipasvi del Lazio e Presidente del Collegio Ipasvi di Roma

Dott.Mario Curzi
Presidente del Collegio Ipasvi di Viterbo

Dott.Paolo Masi
Presidente del Collegio Ipasvi di Frosinone

Dott.Maurizio Vargiu
Presidente del Collegio Ipasvi di Latina

Dott. ssa Felicia Stagno
Presidente del Collegio Ipasvi di Rieti

AVVISO IMPORTANTE

Se paghiamo tutti, paghiamo tutti meno!

Come da impegno assunto dal Consiglio Direttivo è iniziata la campagna di recupero crediti oggetto di morosità. Questo, secondo il principio: "se paghiamo tutti, paghiamo tutti meno!".
Com'è noto, la tassa annuale di iscrizione al Collegio Ipasvi è obbligatoria: si tratta di una somma che serve a finanziare tutte le attività del Collegio, tra cui una gran quantità di iniziative che tornano utili a tutti gli infermieri in termini di servizi (in larga parte gratuiti).
In questi anni, il Collegio di Roma ha moltiplicato le sue prestazioni, ha assistito un numero sempre crescente di colleghi, ha incrementato l'attività in tutti i campi istituzionali: dall'aggiornamento alla formazione professionale, dai servizi di front-office alle consulenze specialistiche, dallo sviluppo dei servizi informatici alla ricerca.
In sostanza, ogni centesimo che gli iscritti sono chiamati a versare torna indietro sotto forma di nuovi servizi, maggiore rapidità, qualità e gratuità delle prestazioni.
In un periodo di grave crisi finanziaria come quello attuale, il Collegio ha ritenuto di dover compiere un ulteriore sforzo di razionalizzazione interna per poter contenere al massimo il costo dell'iscrizione.
Così, già per il 2012, la quota annuale a carico degli iscritti è stata significativamente ridotta, senza, per questo, intaccare la rete dei servizi che ha avuto anzi un'ulteriore implementazione.
Ma, pagare meno si può a patto che tutti lo facciano con regolarità: chi non versa la quota di sua spettanza, beneficia dei servizi offerti dal Collegio gravando sui colleghi che la pagano regolarmente.
Tutta la normativa vigente e da ultimo la legge 43/2006 stabilisce l'obbligatorietà dell'iscrizione al Collegio e vincola a questa la possibilità di esercitare la professione.
La stessa normativa impone al Collegio di attivare il recupero forzoso delle morosità.
Il processo di riscossione coatta delle quote di iscrizione non versate comporta la "messa in mora" dell'iscritto e culmina nella sua cancellazione dall'Albo Professionale.
Per tutti questi motivi, cara/o Collega, se non lo hai ancora fatto, mettiti subito in regola con il versamento delle quote di iscrizione arretrate, evitando così di essere incluso nel procedimento di riscossione coattiva che partirà a giorni e che comporterà l'aggravio della sanzione per il mancato pagamento.
Se sei moroso, contatta il Collegio al numero dedicato 06.37511597 o il personale amministrativo del Collegio all'indirizzo mail: cinzia.testa@ipasvi.roma.it per conoscere la tua posizione ed avere i dati per effettuare il pagamento.
Ogni sforzo compiuto in nome della professione è un prezioso investimento per il nostro futuro!

n.b. Immediatamente dopo aver effettuato il pagamento, è necessario inviare le copie del bollettino al numero di fax 06.45437034 o all'indirizzo: cinzia.testa@ipasvi.roma.it per permetterci di chiudere la posizione debitoria.

Collegio Ipasvi di Roma

Centro di Eccellenza
per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

CREDITI ECM?

Corsi gratuiti al Collegio Ipasvi
Corsi itineranti sul tuo luogo di lavoro

Il Collegio Ipasvi di Roma, provider nazionale del programma di Educazione Continua in Medicina, organizza presso la propria sede in viale Giulio Cesare in Roma (Metro Ottaviano) numerosi corsi gratuiti accreditati, riservati esclusivamente agli infermieri iscritti all'Albo.

Inoltre, è partito un ciclo di corsi itineranti che faranno tappa nei principali ospedali e Asl e che consentiranno di maturare crediti Ecm senza doversi preoccupare di allontanarsi dal luogo di residenza e di lavoro.

Grazie al programma straordinario Ecm varato per il 2014, in collaborazione con il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, sarà possibile anche richiedere eventi formativi presso la propria struttura di riferimento, indirizzando la richiesta direttamente al Collegio.

PER INFO E RICHIESTE scriveteci a: **collegio@ipasvi.roma.it**
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: **06/37511597**
segreteriaecm@ipasvi.roma.it

I numeri della Commissione Biblioteca e la diffusione della cultura infermieristica

Il testo che segue è parte integrante della relazione annuale agli iscritti, di cui si è dato notizia nel n. 2/13 di questa rivista.

La Commissione Biblioteca, struttura del Centro d'Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio Ipasvi di Roma, lavora ormai da sei anni alla costruzione di alcuni strumenti per la diffusione della cultura professionale, allo sviluppo delle competenze e degli strumenti necessari alla ricerca bibliografica nel settore delle Scienze Infermieristiche e collabora alle attività dei Poli per la Ricerca e per la Formazione dei Ricercatori.
Composta da infermieri, coordinatori, dirigenti e personale della biblioteca (1), coordinata da Carlo Turci, ha diverse attività che vedono la collaborazione di molti colleghi specificamente formati con vari ruoli.
La principale attività è il progetto Ilisi (2) che ha dato vita alla banca-dati della Letteratura italiana di Scienze Infermieristiche (Ilisi), consultabile da giugno 2008 all'indirizzo http://www.ipasvi.roma.it/ita/ilisi e sta curando una prima, approfondita revisione del Thesauro italiano di Scienze Infermieristiche (Thisi) che possa contenere i termini con cui indicizzare al meglio le centinaia di articoli che, ogni anno, vanno ad arricchire Ilisi (già a quota 4500 risorse).
Inoltre, annualmente, la Commissione propone al Consiglio direttivo del Collegio un programma formativo che si articola in diversi corsi che hanno le seguenti finalità: formare gratuitamente gli iscritti e quindi aiutarli a partecipare alle attività che vengono nominate "Programma nazionale Ecm"; aiutare gli infermieri che lavorano nel campo clinico nella formazione e nel management ad acquisire le competenze per ricercare, scrivere e diffondere la letteratura scientifica (3,4), in modo da rispondere in maniera efficace ai bisogni dei pazienti, alle esigenze organizzative ed operative del Servizio sanitario e al fine di curare il proprio sviluppo professionale.

"Aumentare la fruizione della Biblioteca digitale offerta agli iscritti"

Attualmente, il piano formativo comprende due corsi residenziali, cioè eseguiti nella sede del Collegio Ipasvi di viale Giulio Cesare 78, e un corso itinerante che viene effettuato, attraverso la raccolta di richieste e di disponibilità da parte delle Direzioni Infermieristiche, nelle varie aziende interessate all'esecuzione del corso, utile a tutti i professionisti che hanno difficoltà a raggiungere la sede del Collegio.
Il corso itinerante è intitolato *"L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale"*, mentre i due corsi residenziali sono: *"Strumenti e strategie per la ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche"* e *"L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle Scienze Infermieristiche"*, corsi che, con progressive modifiche migliorative, sono stati realizzati in numerose edizioni dal 2007 ad oggi.
Tutto questo avviene attraverso la formazione tradizionale frontale e attraverso esercitazioni a piccoli gruppi sulle banche dati on line, con la guida di tutor per sviluppare le abilità nella revisione della letteratura e la conoscenza della biblioteca digitale "AtoZ" offerta agli iscritti del Collegio Ipasvi di Roma.
"AtoZ" si trova nell'area autenticata del sito del Collegio (la stessa dei certificati richiesti on line) ed è un portale dedicato alla fruizione delle risorse elettroniche.
Si tratta di una straordinaria aggregazione di strumenti fondamentali per la ricerca infermieristica, corredati da *full text* opportunamente selezionati e raccolti per il ricercatore.
Il meglio della letteratura scientifica e dell'Ebn a disposizione degli iscritti che vi possono accedere comodamente da casa, dall'ospedale o da qualsiasi altra parte del mondo, gratuita per gli iscritti al collegio Ipasvi di Roma. (Tabella 1)

BANCA DATI	n.riviste
Cinahl with Full Text (Ebsco Publishing)	611
Ebsco Open Access Medical and Health Collection	2789
Free Medical Journals	1762
Geneva Foundation Free Medical Journals	557
Lippincott Williams and Wilkins	10
Ovid Nursing Collection II: Lippincott Premier Nursing Journals	21
PubMed Central (open access)	557
Totale	**6307**

Tabella 1. Riviste digitali disponibili

La Commissione Biblioteca ha potuto realizzare gli eventi formativi attraverso l'organizzazione del Centro di Eccellenza ed il supporto della Segreteria del Collegio, rispettando tutte le procedure previste dalla normativa sulla Educazione continua in Medicina e dalla Certificazione di Qualità.

"L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale"

Il corso è un evento breve che impegna una mattina, dalle 8 alle 14, e si può definire di tipo "divulgativo".

Infatti i relatori, oltre a fornire informazioni generali sull'utilità e le applicazioni della ricerca bibliografica, approfondiscono il percorso per l'accesso all'informazione scientifica attraverso la biblioteca digitale "AtoZ" del Collegio Ipasvi di Roma. (5)
La "biblioteca digitale" è costituita da un portale che consente l'accesso alle banche-dati scientifiche più importanti come Cinahl with full text, Pub Med, Ilisi, OvidSP, *Cochrane Library e Nursing Reference Center* (di quest'ultima è disponibile la sezione *Consumer Health Information* anche in lingua italiana).
Le relazioni sono completate dalle dimostrazioni dell'uso della piattaforma "AtoZ" e dall'utilizzo delle singole banche-dati, simulando una ricerca bibliografica in ognuna di esse.
Il corso vuole offrire a tutti i professionisti che lo frequentano informazioni specifiche ed operative per il recupero e l'analisi della letteratura scientifica necessaria ad implementare le innovazioni in tutti i settori dove gli infermieri operano: clinica, formazione, gestione e territorio, con un'ottica di rispetto del mandato deontologico.

Nel 2012, ne sono state realizzate cinque edizioni e si prevede di realizzarne circa dieci all'anno per i prossimi due: per il 2013, già ne sono state realizzate una al mese e continuano ad arrivare richieste da molte sedi di Roma e provincia.
Le cinque edizioni del 2012 si sono svolte nell'Ao Sant'Andrea, presso il policlinico Umberto I, nella Asl Rm H a Nettuno e a Frascati, ed hanno coinvolto circa 300 infermieri che hanno conseguito sette crediti Ecm, superando i test di valutazione finale (va evidenziato che lo stesso test proposto all'inizio dell'evento formativo otteneva percentuali d'errore tra il 50 e il 100%, mentre, al termine della giornata, gli errori si riducevano a meno del 20%).
La natura divulgativa del corso non ha permesso di approfondire le tematiche, né di far esercitare direttamente i partecipanti nel percorso di ricerca bibliografica sulle banche-dati scientifiche: per questo motivo, il Collegio ha riproposto, proseguendo l'esperienza dell'anno passato, un corso sviluppato in tre intere giornate.

"Strumenti e strategie per la ricerca bibliografica nelle Scienze Infermieristiche"
Il corso è di tipo residenziale e le quattro edizioni sono state svolte nella sede del Collegio Ipasvi.
L'obiettivo generale del corso è sviluppare le abilità nella ricerca bibliografica sistematica partendo da un percorso che inizia con la formulazione delle interrogazioni fino al recupero dei documenti individuati utilizzando le banche dati internazionali (Pub Med e Cinhal, Ovid SP) e nazionali (Ilisi).
Le edizioni si sono svolte a gennaio, giugno, ottobre e dicembre e hanno visto la partecipazione di circa 100 infermieri.
Nel complesso, alla fine, sono stati distribuiti 29 crediti ai partecipanti che hanno seguito con continuità, passione e attenzione.
All'inizio e alla fine del corso, i discenti devono rispondere ad un questionario che valuta le loro conoscenze sul tema della ricerca bibliografica. (Grafico 1)

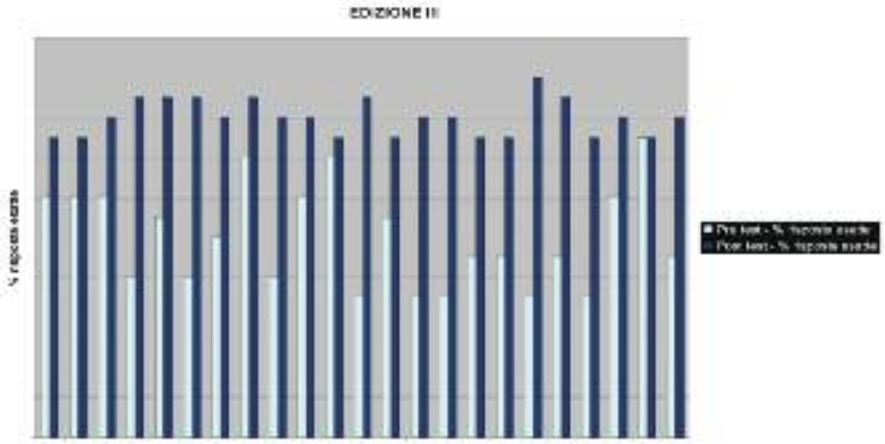


Grafico 1. Il miglioramento generale delle conoscenze tra il pre e il post-test

Va sottolineato il fatto che, sebbene il corso sia accreditato per 25 infermieri e le domande siano state, per ogni edizione, assai più numerose, si è sempre verificato che qualche posto rimanesse vuoto per defezioni dell'ultim'ora.
Per questo motivo, è importante avvisare della propria assenza, per consentire eventuali sostituzioni che permetterebbero ad un altro collega (magari "in lista d'attesa") di formarsi, evitando uno spreco di risorse, patrimonio di tutti gli iscritti.
Il corso ha impegnato complessivamente dieci docenti e quattro o cinque tutor, a seconda del numero dei partecipanti.

I discenti apprezzano tantissimo il tempo dedicato alle esercitazioni fatte in piccolo gruppo direttamente sul pc: infatti, que-

ste favoriscono il consolidamento dei concetti forniti nella mattinata dai relatori e permettono ai tutor di aggiungere dettagli metodologici e strategie per migliorare l'interrogazione dei *database*. (5)
Per l'anno 2013, sono previste tre edizioni del corso: a febbraio, ottobre e novembre.

"L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche"
Il corso rappresenta la prima fase di un percorso formativo che ha portato chi lo ha seguito e che ha dimostrato doti e capacità adeguate, a far parte del gruppo degli indicizzatori del Collegio Ipasvi di Roma incaricati di immettere nella banca-dati Ilisi la letteratura infermieristica pubblicata nelle riviste italiane del relativo settore disciplinare.
Dal 2007 ad oggi, hanno partecipato alle numerose edizioni circa 100 colleghi infermieri, tra cui sono stati poi individuati quelli che sono entrati a far parte del team di lavoro per la loro motivazione, capacità, preparazione e attitudine al particolare incarico di alta responsabilità.
Il corso è accreditato per 25 infermieri e, per la peculiarità dei suoi contenuti, ha ottenuto l'assegnazione di ben 27 crediti formativi che costituiscono, senz'altro, un'occasione di soddisfazione per gli organizzatori.

La partecipazione al "Corso di Indicizzazione" è subordinata alla frequenza, da parte dei colleghi, di quello su "Strumenti e strategie per la ricerca bibliografica nelle Scienze Infermieristiche".
Il corso si prefigge l'obiettivo di costruire quelle particolari competenze atte a svolgere il lavoro di indicizzazione finalizzato alla realizzazione di strumenti per la ricerca in campo infermieristico.
Durante le lezioni, si affronta lo studio delle discipline afferenti al settore delle Scienze dell'Informazione (tra cui biblioteconomia e documentazione); sono illustrati i concetti base della Scienza Biblioteconomica e prese in esame le funzioni della biblioteca tra cui quella molto importante dell'indicizzazione, tema centrale del corso.
Sono fornite le conoscenze di base dei meccanismi di funzionamento delle banche-dati biomediche come Cinahl, Pub Med e Ovid e, in particolare, della Ilisi a cui viene rivolta un'attenzione speciale.
Ampio spazio viene assegnato alla comprensione dei testi e alle capacità logiche che si sviluppano attraverso l'analisi concettuale del documento ed alla conseguente metodologia della lettura critica del documento.

Altro tema centrale del corso è rappresentato dalla costruzione del *Thesauro*, vale a dire di un vocabolario controllato e predefinito che costituisce la struttura portante dell'intero impianto di indicizzazione.
La costruzione di un vocabolario controllato prefigura l'uso di un "linguaggio" che deve rispecchiare le caratteristiche di rappresentazione del significato lessicale, ovvero del complesso dei codici simbolici che permettono la comunicazione e la comprensione dei concetti e dei saperi di quella particolare disciplina.
A tal fine, si affronta la metodologia del processo di indicizzazione e la costruzione del vocabolario controllato del Thesauro italiano di Scienze Infermieristiche, Thisi. (2)
Si cura, inoltre, con particolare attenzione la descrizione e l'utilizzo del software Wikindx (che sta alla base di Ilisi) e, naturalmente, tutta la procedura di immissione dei dati.
Sebbene il corso preveda una cospicua quota di ore di esercitazione, la formazione degli indicizzatori non si esaurisce nell'esclusiva frequenza del corso, ma viene ulteriormente approfondita in un *training* costituito da almeno tre incontri al termine dei quali si selezionano coloro che entreranno a far parte del gruppo di indicizzatori.

In conclusione, il Collegio Ipasvi di Roma, con il contributo di numerosi colleghi, sta investendo già da parecchi anni molte risorse per diffondere l'abitudine a consultare la letteratura scientifica, per fornire le competenze e gli strumenti necessari che permettono di dare risposte assistenziali fondate sui risultati della ricerca e frutto della condivisione e del confronto con i colleghi di tutto il mondo.
Si può verificare una costante e progressiva crescita del numero dei colleghi registrati nella biblioteca digitale del Collegio (oggi, circa 5000) e il numero degli accessi alla piattaforma "AtoZ" e delle ricerche effettuate ogni mese.
Gli infermieri e gli studenti che accedono alla Biblioteca della sede sono sempre più preparati: almeno il 20% di chi vi arriva ha già consultato in autonomia Ilisi.
Inoltre, è ormai abbastanza frequente che si arrivi con richieste circostanziate, con elenchi bibliografici pronti, grazie a ricerche bibliografiche già effettuate on line da casa propria. L'aumento della conoscenza media delle banche-dati internazionali e del loro utilizzo è indicato anche dall'incremento degli utenti che fanno ricerche in autonomia, rispetto a quelle con l'assistenza

del personale di biblioteca. (Tabella 2)

	assistite	autonome	totale consultazioni
2011	203	90	293
2012	222	156	378
differenza %	+9,35%	+73,33%	+29%

Tabella 2. Consultazioni biblioteca on-line 2011 e 2012

Dalla tabella emerge chiaramente che, rispetto al 2011, le ricerche assistite, nel 2012, hanno avuto un incremento del 9,35% e quelle autonome del 73,33%.
Relativamente ai tipi di consultazione, la ricerca assistita è quella prevalentemente svolta il martedì mattina, per appuntamento, con la piena assistenza del responsabile di biblioteca; con il termine "autonoma" si intende una ricerca dell'utente talvolta svolta effettivamente in piena autonomia o, più spesso, introdotta, indirizzata ed assistita.

Nel complesso, la banca dati Cinahl è stata consultata da 378 utenti, registrando, rispetto allo scorso anno che ne vedeva 293, un incremento del 29%.
Anche la banca dati Ilisi, frutto della collaborazione di tanti colleghi, sta aumentando la propria diffusione: molti siti scientifici e molte biblioteche biomediche la citano e offrono un link.
Nel 2012, è stata consultata da **7059** utenti unici, con 7830 pagine visualizzate ed una media di due-tre minuti di permanenza su ogni pagina.
Sebbene si possano effettuare ricerche tra oltre 4000 risorse, da 37 riviste di interesse infermieristico, l'utilizzo non è ancora capillare, considerando che l'accesso alla banca-dati non richiede nessuna credenziale.
La Commissione biblioteca, perciò, si sta impegnando ad aumentarne la fruizione, come strumento per familiarizzare con la metodologia della ricerca bibliografica e come occasione per veicolare, tra gli infermieri, le pubblicazioni italiane di interesse infermieristico. (2)

Si è consapevoli che, per raggiungere le migliaia di iscritti, c'è ancora molto da lavorare: si rende pertanto disponibile a fornire consulenza, ad organizzare eventi formativi su richiesta, a predisporre incontri con studenti o con gruppi di colleghi che vogliano approfondire le proprie conoscenze in materia di revisione della letteratura, o che vogliano collaborare ai lavori della Commissione stessa.

La Commissione Biblioteca:
Carlo Turci, tesoriere e Matilde Napolano, consigliere;
Alessandra Bonfigli, Eleonora Bruno, Edvige Fanfera,
Giovanna Finocchi, Patrizia Nappini e Fabrizio Tallarita.

BIBLIOGRAFIA

1. Tannery N.H, Maggio L.A, *The role of medical librarians in medical education review articles.* J Med Libr Assoc. 2012 Apr;100(2):142-4. doi: 10.3163/1536-5050.100.2.015. PubMed PMID: 22514513; PubMed Central PMCID: PMC3324803.
2. Rocco G, Bonfigli A, Bruno E, Fanfera E, Finocchi G, Montevecchi A et al, *Una nuova risorsa per la ricerca bibliografica: l'esperienza del progetto ilisi indice della letteratura italiana di Scienze Infermieristiche.* Professioni infermieristiche 2011;64(1):22-32.
3. Bettany-Saltikov J, *Learning how to undertake a systematic review: part II.* Nurs Stand. 2010 Aug 25-31;24(51):47-56; quiz 58, 60. Review. PubMed PMID:20860325.
4. Hammick M, Dornan T, Steinert Y, *Conducting a best evidence systematic review. Part I: From idea to data coding.* BEME Guide No. 13. Med Teach. 2010 Jan;32(1):3-15. Doi: 10.3109/01421590903414245. PubMed PMID: 20095769.
5. King R, Hooper B, Wood W, *Using bibliographic software to appraise and code data in educational systematic review research.* Med Teach. 2011;33(9):719-23. Doi: 10.3109/0142159X.2011.558138. PubMed PMID: 21854149.

Grande successo per l'Ipasvi Cup 2013

Le premiazioni, svolte come ormai di consueto al Palazzo dei Congressi nel corso di Sanit, hanno posti i sigilli sul V memorial "E.Grassi e L.Patrizi", conosciuto anche come Ipasvi Cup.
La sesta edizione del torneo di calcio a 5, riservato agli infermieri e studenti infermieri di Roma, è terminato con la vittoria del Nursind Roma, alla sua prima affermazione in quattro partecipazioni. In una finale tirata e combattuta, di fronte ad un pubblico numeroso, la rappresentativa del sindacato infermieristico ha avuto la meglio sul Real Vannini, che si è accontentata del piazzamento d'onore dopo un torneo disputato alla grande vincendo tutte le partite tranne la finale.
Al terzo posto, ex-aequo, le due squadre sconfitte in semifinale: il Cristo Re, campione uscente, ed il San Giovanni che, per la terza volta consecutiva, si è visto sbarrare il cammino ad un passo dalla finale.
Completa l'elenco delle squadre premiate, il Real Villa Mafalda che ha ottenuto il premio fair-play per aver rispettato fino in fondo lo spirito amatoriale ed amichevole della competizione.
Un plauso comunque a tutti partecipanti, mai numerosi come quest'anno, per l'impegno profuso durante lo svolgimento della manifestazione.

LA CLASSIFICA FINALE

1 POSTO:	**Nursind Roma**
2 POSTO:	**Real Vannini**
3 POSTO:	**Cristo Re/San Giovanni** (ex-aequo)
PREMIO FAIR-PLAY:	**Real Villa Mafalda**
Miglior giocatore	**Daniele Capri** (Real Vannini)
Miglior portiere:	**Emanuele Fabrizi** (San Giovanni)

La Vice Presidente premia la squadra vincitrice, Nursind Roma

Nursind Roma

ALBO D'ORO

2008 – Cristo Re
2009 – San Filippo Neri
2010 – Vannini
2011 – Castelli Romani
2012 – Cristo Re
2013 – Nursind Roma)

Appuntamento a febbraio 2014, dunque, per la settima edizione dell'Ipasvi Cup, che ci auguriamo sia ancora una volta, un momento di sport e di aggregazione tra colleghi infermieri di tutta Roma.
In attesa del Nightingoal, il campionato nazionale che gli organizzatori stanno cercando di far partire coinvolgendo i collegi Ipasvi di tutt'Italia.

Luigi Di Bartolomeo

I calciatori premiati a Sanit

Real Vannini

Cristo Re

Real Villa Mafalda

ASL RMB Pertini

AIT (Associazione Infermieristica Transculturale)

Collegio Ipasvi di Roma

PLT Glasgow

Policlinico Casilino

Real Sant'Andrea

San Giovanni

Seventh Bridge

Umberto I

Un testo da portare con sé per le situazioni d'emergenza

"Pratica clinica in farmacologia d'emergenza" è un testo dinamico e indispensabile, da tenere sempre in tasca, ricco di nozioni utili e tecniche pratiche per tutti i professionisti della salute (medici, infermieri, ostetrici, ecc.) che si trovano ad agire in situazioni d'emergenza.
L'opera ha un indirizzo estremamente concreto, basato da un lato sulla pratica clinica quotidiana, dall'altro su procedure, scale di valutazione e algoritmi di trattamento.
Le schede di presentazione, preparazione e dosaggio dei più comuni farmaci d'emergenza-urgenza rendono il testo sostanziale non solo per gli operatori di area critica, ma anche e soprattutto per coloro che, lavorando in reparti non predisposti ad affrontare quotidianamente situazioni d'urgenza, hanno inevitabilmente un *know how* differente.
È stata realizzata anche un'applicazione per Android, scaricabile e gratuita per il calcolo dei dosaggi dei farmaci d'urgenza per infusione continua con modalità di utilizzo differenziata sia per gli operatori di area critica sia per quelli che operano in altre aree (medica o chirurgica) il cui link occupa la pagina 210 del volume.

Il capitolo sulla gestione del rischio clinico, grazie a pratici consigli, rende l'opera una guida essenziale per l'esercizio della buona pratica clinica soprattutto nella fase delicatissima della somministrazione ove è d'obbligo evitare situazioni potenzialmente rischiose per il paziente e per l'operatore.
Gli argomenti trattati sono: farmaci in emergenza-urgenza; scale di valutazione; procedure e algoritmi; equilibrio acido-base e *risk management.*
Tutto, corredato da tabelle e note di somministrazione.

Marco e Flavio Di Muzio
Pratica clinica in farmacologia d'emergenza
Mb Edizioni 2013 pp 240 (25,00 €)

"Legislazione sanitaria": un volume per rivedere tutte le riforme

Il testo, suddiviso in tre parti, affronta il tema della sanità sotto i più diversi aspetti normativi, in un percorso di conoscenza che prendendo l'avvio dalla tutela del diritto alla salute analizza l'intero percorso dell'evoluzione del nostro sistema sanitario fino ai giorni nostri.

La prima parte tratta delle tre riforme succedutesi nel tempo e precisamente: quella del 1978 (Legge 23 dicembre 1978 n. 833) che, superando il sistema mutualistico istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, assicurando sul territorio un trattamento sanitario uniforme con la costituzione delle unità sanitarie locali; quella del 1992 (integrata e modificata nel 1999) e quella del 2012; che definiscono un nuovo rapporto tra lo Stato e le Regioni, valorizzando il ruolo di queste ultime, e determinando l'aziendalizzazione delle Usl e la loro articolazione in distretti, in dipartimenti di prevenzione, in presidi ospedalieri e modificando il sistema di accesso alla dirigenza sanitaria.

La seconda parte tratta la disciplina della erogazione delle prestazioni sanitarie previste dai livelli essenziali di assistenza nelle tre aree dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera, nonché l'aggiornamento dei Lea, includendo in essi le malattie rare, alcune patologie croniche e la ludopatia intesa come patologia.

L'ultima parte, infine, prende in esame l'organizzazione del Ssn con l'innovato ruolo a livello centrale degli Enti pubblici che svolgono attività nel settore sanitario e, a livello locale, con una definizione delle competenze regionali, specie dopo la riforma del titolo V - parte II - della Costituzione, che ha dato il via ad una progressiva regionalizzazione del sistema sanitario.

Gli autori, Maria Teresa Camera (al suo "secondo figlio", come ama considerarlo, dopo la pubblicazione del volume "Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie") e Giampiero Camera sono entrambi dirigenti amministrativi del ministero della Salute.

Maria Teresa e Giampiero Camera
Legislazione Sanitaria. Riforme, livelli essenziali di assistenza, professioni sanitarie, organizzazione centrale, regionale e locale
D-Dike giuridica editrice, Roma 2013 pp 306 (32,00 €)

"L'anafilassi e l'uso dell'adrenalina" per intervenire presto e bene

L'anafilassi, fenomeno frequente nella specie umana, è solitamente fonte di fastidio ed apprensione, poiché si autolimita grazie all'intervento delle ghiandole surrenali.
In alcuni casi, tuttavia, può manifestarsi con edema della glottide, asma bronchiale o shock anafilattico, degenerando anche molto velocemente in arresto respiratorio e in arresto cardiaco.
L'anafilassi colpisce frequentemente persone giovani e sane e spesso è causata da farmaci, vaccini e mezzi di contrasto iodati.
Le crisi anafilattiche possono essere trattate con successo mediante una tempestiva e corretta somministrazione di adrenalina, e stabilizzate poi con altri farmaci come i cortisonici e gli antistaminici.

L'essere preparati ad affrontare un'emergenza anafilattica è una capacità operativa indispensabile per ogni operatore sanitario.
Questo è un libro operativo per riconoscere, valutare e trattare le reazioni e le crisi anafilattiche ed è rivolto ai medici e agli infermieri operanti nei servizi di 118 e di pronto soccorso ospedaliero, e ai medici e agli infermieri che lavorano presso altre strutture, con particolare attenzione alle cliniche, ai reparti di medicina e chirurgia d'elezione, ai centri di radiologia, allo studio odontoiatrico, agli studi di medicina generale e ad altri studi professionali in cui si utilizzano farmaci e altre sostanze potenzialmente pericolose (vaccini, anestetici, mezzi iodati di contrasto).
Interamente a colori, ricco di tabelle e schemi, basato sulla somministrazione dei farmaci, in particolare dell'adrenalina, e sulla descrizione di casi clinici.
I singoli farmaci sono descritti nel dettaglio, con precisazione della modalità di preparazione e della somministrazione.
Si tratta di un ottimo strumento per acquisire e mantenere capacità operative nel gestire reazioni e crisi anafilattiche e può essere acquistato anche per mezzo di e mail, all'indirizzo: romaurgenza@gmail.com, tramite fax (inviando un messaggio scritto) allo 06. 52355508, o chiamando il 331/6132648 (dalle 17.30 alle 20).
Il libro si compone di quattro sezioni: generalità (definizione e patogenesi dell'anafilassi; classificazione delle manifestazioni anafilattiche; direttive del trattamento dell'anafilassi secondo la gravità; competenze nel trattamento dell'anafilassi, *basic* (medici di base, medici specialisti in branche non attinenti all'emergenza, infermieri 118 e infermieri addetti ad altri servizi) e *advanced* (medici e infermieri dell'emergenza, equipaggi e team Acls); monitorizzazione dello stato clinico e dei parametri durante il trattamento dell'anafilassi; valutazione del paziente in corso di anafilassi; presentazione clinica dell'anafilassi; situazioni che possono simulare l'anafilassi: attacchi di panico, crisi vagali, epiglottite, bronchiolite, corpi estranei; valutazione del rischio anafilattico e cardiovascolare e cause dell'anafilassi.
La seconda, i farmaci, con le azioni, le indicazioni, le precauzioni, la posologia e le modalità di somministrazione.
La terza, casi clinici e procedure operative: dall'edema della glottide all'asma bronchiale, passando per lo shock anafilattico e l'arresto cardiocircolatorio.
E l'ultima, quella dedicata ai casi clinici finali.

Pietro Marini
L'anafilassi e l'uso dell'adrenalina
Futura edizioni 2013 pp 328 (47,00 €)

L'obbligatorietà della polizza assicurativa professionale e i presupposti della responsabilità penale secondo la Cassazione

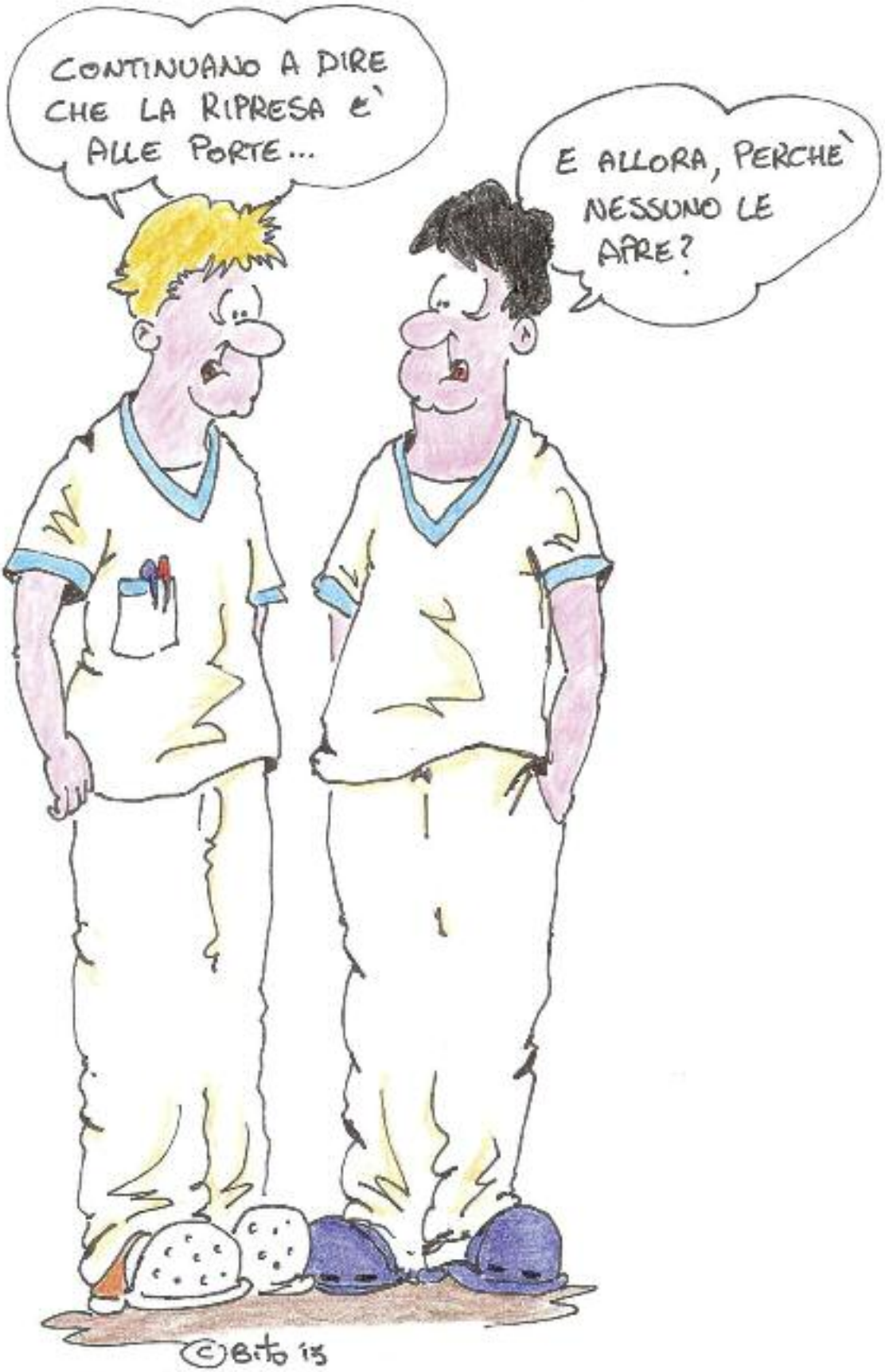
La prima novità che voglio segnalarvi, vista la sua rilevanza e l'impatto economico sull'esercizio della libera professione, è l'obbligo di assicurarsi contro la RC professionale.
Dopo la proroga introdotta dalla Riforma delle Professioni (Dpr n.137/2012), dal 15 agosto 2013, è divenuto obbligatorio stipulare una polizza assicurativa per quanti esercitano la libera professione.
Questo è quanto stabilisce l'art.5 del Dpr 137/2012: *"Il professionista è tenuto a stipulare, anche per il tramite di convenzioni collettive negoziate dai consigli nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti, idonea assicurazione per i danni derivanti al cliente dall'esercizio dell'attività professionale, comprese le attività di custodia di documenti e valori ricevuti dal cliente stesso".*
Ne consegue che tutti gli infermieri che esercitano la libera professione (in quanto, ad esempio, titolari di partita Iva) hanno l'obbligo per legge di stipulare una polizza assicurativa di responsabilità civile a copertura dei rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale.
In particolare, la polizza RC professionale coprirà le responsabilità di tipo civile, penale, amministrativo e disciplinare nelle ipotesi di inadempienza, negligenza, imprudenza o imperizia nell'esercizio dell'attività professionale.
La polizza, naturalmente, non coprirà le ipotesi di responsabilità professionale in cui l'infermiere abbia volontariamente posto in essere un atto illecito (sono escluse da copertura, quindi, le conseguenze di un atto o di una omissione dolosa).
Come precisato anche dall'art. 9 del Dl n.1/2012, il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza professionale, il relativo massimale ed ogni variazione successiva.
Al riguardo, è importante precisare che il mancato adempimento ai suddetti obblighi costituisce illecito disciplinare deontologico.
È fondamentale, infine, che ciascun professionista sottoscriva la tipologia di polizza assicurativa più adeguata alle proprie esigenze e caratteristiche professionali: così, ad esempio, è consigliabile la c.d. clausola di retroattività che permette di avere copertura assicurativa anche per fatti accaduti prima della stipulazione della polizza stessa.
Rimanendo sempre in ambito di responsabilità professionale, altra novità che mi preme segnalarvi riguarda un tema affrontato di recente dalla Suprema Corte di Cassazione (sezione IV Penale, sent. n.9170 del 26 febbraio 2013) che è stata chiamata a valutare la sussistenza della responsabilità penale di due infermieri per la morte di un paziente, deceduto a seguito del trauma riportato per caduta dal letto.
La fattispecie esaminata dai giudici di legittimità è la seguente: un paziente era stato ricoverato presso il reparto di Pneumologia di un ospedale in stato di ubriachezza e per presunta crisi asmatica. Durante il ricovero, il paziente era caduto una prima volta dal letto; a seguito di ciò, i due infermieri di turno avevano collocato, da un solo lato del letto, una sponda metallica di contenimento e, in assenza di altra sponda, avevano accostato l'altro lato del letto al muro, ponendo dei cuscini tra questo ed il corpo del paziente. Dopo qualche minuto, l'uomo, riuscendo a spostare il letto, era caduto nuovamente a terra, battendo sul pavimento.
A seguito delle lesioni riportate nell'impatto della caduta, il paziente decedeva.
Il Tribunale di primo grado aveva assolto i due infermieri dal

La sede della Corte di Cassazione a Roma

reato di omicidio colposo.
Viceversa, la Corte di Appello di Messina li aveva condannati per non aver adottato ogni opportuna cautela per evitare ulteriori cadute dopo la prima, trattandosi di un soggetto che poteva prevedersi afflitto da crisi convulsive: secondo la Corte di Appello, l'impiego di sponde di contenimento non risultava essere l'unica cautela adottabile, potendo assicurarsi una costante vigilanza e potendo sollecitare il medico all'adozione di idonei mezzi meccanici o farmacologici di contenimento.
La sentenza di secondo grado è stata completamente ribaltata in Cassazione.
I giudici della IV sezione penale hanno infatti rilevato che: *"Il giudizio della Corte di Appello è che certamente la seconda caduta ha avuto efficienza concausale: risultando del tutto evidente che a seguito del primo traumatismo il paziente mantenne per un notevole lasso di tempo una condizione di vitalità che invece venne meno soltanto a seguito del nuovo colposo infortunio, sicchè seppure per sommatorie di cause lesive, di certo l'evento morte si verificò in conseguenza di esso. Orbene, tale affermazione non trova un sicuro conforto nei dati fattuali disponibili; ed infatti il giudice di secondo grado non è stato nella possibilità di indicare sulla scorta di quali elementi e in ragione di quali leggi scientifiche egli abbia potuto esprimersi in dissenso dal primo giudice".*

Nella sostanza, quindi, i giudici di legittimità sostengono che l'assunto dei giudici della Corte di Appello, ovvero che la morte del paziente sia stata sicuramente cagionata dalla seconda caduta, sia un'affermazione del tutto apodittica "che non si confronta con il dato processuale dal quale il primo giudice aveva tratto la conclusione della impossibilità di attribuire all'una o all'altra caduta la lesione che aveva provocato la morte".
Il principio di diritto affermato dalla Corte di Cassazione è chiaro: il rapporto di causalità tra omissione ed evento deve essere verificato alla stregua di un giudizio di **alta probabilità logica**, sicchè esso è configurabile solo se si accerti che - ipotizzandosi come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa ed esclusa l'interferenza di decorsi causali alternativi - l'evento, con un elevato grado di credibilità razionale, non avrebbe avuto luogo ovvero avrebbe avuto luogo in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva.
Traendo le conclusioni, quindi, nei reati omissivi impropri (che si configurano nelle ipotesi di condotte omissive poste in essere da soggetti che avevano l'obbligo di impedire l'evento), affinchè possa esserci responsabilità penale dell'infermiere non è sufficiente che questi abbia omesso una determinata condotta dovuta, ma è necessario che – alla luce di tutte le circostanze del caso concreto (quali, ad esempio, l'età, il sesso, le condizioni generali del paziente, la sensibilità individuale ad un determinato trattamento farmacologico, etc) – l'omissione abbia, con una probabilità prossima alla certezza, cagionato l'evento lesivo.
In altri termini, quindi, secondo il prevalente orientamento giurisprudenziale della Cassazione, nei reati omissivi impropri si incorre in responsabilità penale nelle sole ipotesi in cui venga accertato che, se la condotta omissiva fosse stata realizzata, l'evento lesivo si sarebbe evitato.

Avv. Barbara Pisa


CONTINUANO A DIRE CHE LA RIPRESA È ALLE PORTE...
E ALLORA, PERCHÈ NESSUNO LE APRE?
©Bito 15

NORME EDITORIALI

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

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli direttivi.
Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) introduzione; 3) materiali e metodi; 4) risultati; 5) eventuali discussioni; 6) conclusioni; 7) bibliografia.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet http://www.icmje.org).
Il vantaggio dell'uso del Vancouver Style è nel fatto che la lettura di un testo non interrotto dalla citazione risulta più facile e scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola2) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine dell'elaborato. Il Vancouver Style prevede:
– iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome;
– iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citati;
– in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

CITAZIONI DA INTERNET

Per citare un articolo su una rivista on line, è bene riportare: cognome, nome. "Titolo Articolo." Titolo Rivista. Volume: fascicolo (anno). Indirizzo internet completo (con ultima data di accesso).
Per un documento unico disponibile in rete: Titolo Principale del Documento. Eventuale versione. Data pubblicazione/copyright o data ultima revisione. Indirizzo internet completo (data di accesso).

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:
ad es. per "ad esempio"
n. per "numero"
p./pp. per "pagina/pagine"
vol./voll. per "volume/volumi"
et al. per indicare altri autori dopo il sesto nelle bibliografie.

L'acronimo è un genere particolare di abbreviazione. La prima volta che si incontra un acronimo in un testo è sempre necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi - ad es. Associazione Raffredati d'Italia (Ari).
Evidentemente, ciò non vale per sigle oramai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti – ad es. Usa e non U.S.A.

DATE E NUMERI

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1º gennaio (non I gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.
I numeri da uno a dieci vanno scritti in lettere (tranne che nelle date!). Per tutti gli altri, l'importante è separare sempre con un punto i gruppi di tre cifre. Per le grosse cifre "tonde", usare "mila", "milioni" e "miliardi" invece di "000", "000.000", "000.000.000".

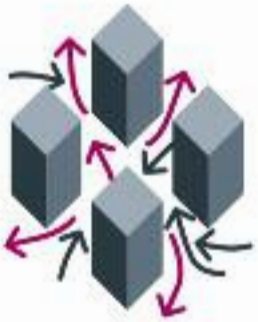
PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

Gli autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.
Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato al Collegio Ipasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

L'INNOVAZIONE PASSA PER LA RICERCA



CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA

COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA

viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma - metro Ottaviano
Tel. 06.37511597 r.a. - Fax 06.45437034
Email: collegio@ipasvi.roma.it
www.ipasvi.roma.it

Orari apertura uffici:
Lunedì e giovedì: 8.30-12.30 e 14.30-17
Martedì, mercoledì, venerdì: 8.30-12.30