

INFERMIERE

oggi

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

N°3



EDITORIALE

In farmacia o in ambulatorio liberi e autonomi

CONTRIBUTI

L'infermiere e la gestione in sicurezza dei farmaci in ospedale

FOCUS

Sanit 2009

REGIONE LAZIO

Le nuove figure previste dal Piano Sanitario

INFERMIERE *oggi*

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma

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

Direttore responsabile
Gennaro Rocco

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

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

Rivista trimestrale
Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 90 del 09/02/1990
Anno XIX - N. 3 - LUGLIO-SETTEMBRE 2009

FOTO: Mario Esposito

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

Finito di stampare: settembre 2009

Tiratura: 28.000 copie

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

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

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

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo.

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

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

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

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 In farmacia o in ambulatorio liberi e autonomi
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 L'infermiere e la gestione in sicurezza dei farmaci in ospedale
di Elena Porcù, Luigi Ferrazzano, Raffaele Rossi, Gennaro Rocco
- 10 Trattamento sostitutivo della funzione renale:
studio sulla percezione dei pazienti adulti e sul relativo
contributo infermieristico
di Arianna Camilloni, Francesco Lavarelli
- 14 Ansia e informazione: uno studio quantitativo quasi sperimentale
di Teresa Compagnone, Laura Soldà, Anna Massei
- 17 La valutazione del dolore nelle differenti etnie
di Federica Aloisi, Alberto Bernini, Fabio Burul
- 20 Indagine qualitativa sul riconoscimento sociale
della professione infermieristica
di Fabio Durazzo, Francesca Vela

FOCUS

SANIT 2009

- 26 Sanit, meglio di così non poteva andare
- 31 Etica e bioetica alla luce del nuovo Codice
- 33 La centralità della persona: una visione etico-antropologica
- 34 La festa di Sanit scatto dopo scatto
- 36 L'attore Pino Insegno legge il nuovo Codice Deontologico

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 37 Corsi per tutte le esigenze fino alla fine dell'anno
- 38 Case management Infermieristico ed Ostetrico
- 39 Il bando della nona edizione del premio "Gemma Castorina"

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 42 Piano sanitario regionale, presentata la nuova bozza

L'ANGOLO DEI MEDIA

- 51 Carenza di personale e infermieri in farmacia animano il dibattito estivo sulla professione

SEGUITI PER VOI

- 53 Decimo convegno nazionale Infermieri della Polizia di Stato

LETTI PER VOI

- 55 La riforma del mercato del lavoro
e quella del sistema previdenziale italiano
- 56 La vita e la morte: un excursus fra secoli e religioni all'Umberto I

NON SOLO INFERMIERI

- 57 Ipavi Cup 2010. Aperte le iscrizioni
- 58 L'assistenza oltre il pregiudizio. Il Convegno Nazionale AIT

L'AVVOCATO DICE

- 60 Riflessioni sulla contenzione

INFERMIERI IN RETE

- 63 Cresce la "febbre" per Facebook e blog



In farmacia o in ambulatorio liberi e autonomi

di Gennaro Rocco

Opportunità e rischi non mancano. Ma il futuro non ci ha mai spaventato. Per questo siamo cresciuti tanto e oggi siamo a pieno titolo tra le professioni intellettuali.

Eccoci pronti perciò a raccogliere la nuova sfida di un infermiere diverso, tutto proiettato sul territorio, fra i cittadini, che opera in sinergia con altre professioni sanitarie, a pari livello e in piena autonomia.

Siamo pronti. Il progetto è in linea con la nostra *mission* professionale. L'infermiere che prende in carico l'assistito anche fuori dall'ambito ospedaliero è nelle nostre corde e nelle nostre capacità. Siamo però anche attenti alle ricadute che si prospettano e ai possibili rischi.

Dopo un mirabile percorso di crescita e di conquiste, gli infermieri italiani si misurano oggi con questioni proprie delle professioni intellettuali. La libera professione, i servizi sul territorio, le figure dell'infermiere di famiglia, dell'infermiere presente in farmacia o in ambulatorio insieme ad altri colleghi o al medico di medicina generale, disegnano un professionista nuovo che si muove da protagonista in tutto il sistema sanitario. E' già così per altre professioni, per i medici lo è da sempre. L'ambito ospedaliero non esclude altri campi dell'assistenza di cui l'infermiere è e resta il titolare esclusivo.

Per questo seguiamo attentamente il dibattito innescato dall'autorevole annuncio del Viceministro della Salute Ferruccio Fazio al nostro convegno del Sanit 2009 (vedasi documento finale nell'inserito di questo numero). Le aperture del Governo sulla possibilità di esercitare la libera professione anche per gli infermieri dipendenti e i nuovi percorsi assistenziali che ruotano attorno alle prestazioni infermieristiche ci inducono a guardare con interesse l'idea di riforma complessiva del sistema. Così pure siamo interessati agli sviluppi del Ddl che prevede la presenza dell'infermiere in farmacia, un tema questo che ha scatenato un infuocato confronto tra le parti politiche e le professioni coinvolte.

Non è un gioco e dunque non si scherza. Ne siamo consapevoli e siamo disposti alla massima collaborazione. Certo è che non

accetteremo ruoli diversi da quelli che ci competono, perciò nessuno immagini di impegnarci in ruoli subalterni. In farmacia o nell'ambulatorio medico, a domicilio o in uno studio privato, l'infermiere è infermiere.

Non c'è altro modo per definire la sua professionalità, l'autonomia, l'unicità riconosciutagli dalla legge e ancor prima dalla scienza. Abbiamo fatto un lungo cammino e oggi siamo qua. Possiamo dire: infermiere punto e basta.

L'avviso ai naviganti vale per tutti: medici, farmacisti, Asl, Regioni, Governo, sindacati.

Condividiamo l'orientamento a deospedalizzare la sanità potenziando i servizi territoriali e le cure primarie. E' una nostra battaglia di anni che troppo spesso ha scatenato sospette sordità. Meglio tardi che mai. Sia chiaro però che il nuovo modello, che il Governo prospetta già in chiave applicativa nella riforma della rete delle farmacie, pone l'infermiere al centro del sistema, autodeterminato e responsabile delle prestazioni che rende al cittadino.

Nulla potrà realizzarsi senza l'apporto convinto e fattivo degli infermieri.

Con farmacisti, medici e con le altre professioni sanitarie vogliamo collaborare. Pretendiamo di farlo però su un piano paritario, ognuno per il suo ambito professionale, per le sue competenze, per la sua formazione specifica. Insomma, non andremo "a bottega" da nessuno. Semmai gestiremo l'assistenza infermieristica in farmacia e assisteremo i cittadini in uno studio infermieristico associato all'ambulatorio del medico. La questione ha animato non poco anche il dibattito tra gli infermieri. Molti colleghi hanno comunicato al Collegio le proprie aspettative, i timori, i dubbi sulla fattibilità del piano. Le valutazioni si dividono fra pro e contro, non mancano toni accesi e scenari foschi. Da tutte però emerge una forte domanda di unità della professione a difesa dell'autonomia e della peculiarità della nostra figura.

L'ampia partecipazione e la qualità degli interventi testimonia come quella che è stata una storica battaglia d'avanguardia nel

EDITORIALE

nostro ambito professionale sia divenuta oggi patrimonio culturale di tanti colleghi, consapevoli della specificità del ruolo infermieristico e della sua insostituibilità, nel segno di un sanità sempre più orientata alla salvaguardia e alla promozione di quel bene preziosissimo che è la salute. Siamo cresciuti e intendiamo camminare con le nostre gambe.

Proprio per l'assoluta specificità della nostra professione, la sola titolare dell'assistenza alla persona, è essenziale riconoscere il livello paritario tra infermiere e medico, così come tra infermiere e farmacista. Sono professionisti sanitari che oggi gli infermieri guardano negli occhi, da pari a pari, da laureato a laureato, da esperto ad esperto. Siamo per la multidisciplinarietà e per il rispetto delle competenze di ciascuno. Si può lavorare bene insieme, nell'esclusivo interesse del cittadino, a patto che ogni professionista si faccia carico e curi il suo ambito specifico, in piena autonomia e rispondendone in proprio.

Indubbiamente, con l'introduzione sistemica dell'infermiere in farmacia si potrebbero aprire nuove frontiere per l'intera professione e nuove importanti opportunità occupazionali. Per contro, accanto a queste, si prospetta la possibilità di nuovi rischi. Di ciò dobbiamo essere e siamo consapevoli. Perciò è importante che le modalità di esercizio della professione infermieristica all'interno delle farmacie o anche degli studi medici vengano fissate con precisione e applicate con rigore. Lo si dovrà fare con gli infermieri, che non rinunceranno a nulla di quanto conquistato faticosamente in questi anni.

Ci batteremo quindi per l'esercizio libero o convenzionale, perché sia riconosciuto a tutti i livelli il ruolo paritario che ci spetta. Siamo ben determinati a metterci in gioco. Chiediamo investimenti concreti in questa direzione e nuove opportunità per sviluppare la nostra formazione post base. Come sempre, gli infermieri sapranno dimostrare che cosa vuol dire... darsi da fare.



L'infermiere e la gestione in sicurezza dei farmaci in ospedale

di Elena Porcù, Luigi Ferrazzano, Raffaele Rossi, Gennaro Rocco

INTRODUZIONE

Mai come oggi, l'infermiere è il professionista della salute che, per svolgere in sicurezza la sua professione, ha bisogno di "sapere", "saper fare", "saper essere", "sapersi aggiornare" e "sapersi attivare".

Per questo motivo, l'acquisizione di conoscenze riguardo a riferimenti di legge, orientamenti giurisprudenziali, precetti deontologici, principi etici, evidenze scientifiche ed indicazioni della letteratura scientifica ha rilevanza essenziale. E' dovere di chiunque svolga professionalmente un'attività curare, in via permanente, la propria preparazione.

L'infermiere deve essere consapevole che dalla sua preparazione, dalla conoscenza delle regole dell'arte che svolge quotidianamente dipende la sicurezza dei pazienti che si affidano alle sue cure.

La somministrazione efficace e sicura dei medicinali, in ambito ospedaliero, richiede conoscenze e competenze sia di natura clinico-assistenziale che gestionale. Per garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, infatti, **l'infermiere deve possedere conoscenze aggiornate** sull'azione e sugli effetti collaterali dei farmaci, sulla loro classificazione, sulle disposizioni normative in materia, nonché sulle modalità di conservazione e gestione in reparto.

Gli errori di somministrazione dei farmaci che si registrano in ospedale (secondo quanto riportato in letteratura) dipendono, in larga misura, da una non adeguata conoscenza e gestione degli stessi,

oltre che da errori di trascrizione che si verificano nel passaggio dalla prescrizione medica alla somministrazione.

A volte, la non approfondita conoscenza dei medicinali da somministrare e, soprattutto dei loro effetti collaterali, da parte dell'infermiere, comporta che i pazienti li subiscano passivamente, pur di avere lo sperato beneficio del farmaco. Si discute spesso sulla delicata questione degli errori in terapia farmacologica: soprattutto, su come riconoscerli e prevenirli. Ma la realtà è, ancor oggi, assai nebulosa, dal momento che non ci sono dati affidabili sull'incidenza degli errori nella cura. Non esiste, in Italia, una sufficiente cultura sanitaria per controllare l'uso dei farmaci in ospedale: dalla prescrizione alla somministrazione non esiste un sistema pianificato di rilevazione, né ci sono sufficienti presidi istituzionali - sia governativi che regionali - che studino il problema legato all'errore umano nella gestione del farmaco (realtà che è, invece, considerata grave ed allarmante negli Stati Uniti, in Germania, in Francia e in Inghilterra).

In Italia il problema è, purtroppo, poco studiato, anche perché il sistema tende a coprire gli errori umani degli operatori sanitari, impedendo che si affermi un approccio che possa valutare il perché dell'errore al fine di correggerlo.

I pochi studi italiani hanno rilevato che la maggior parte degli errori riscontrati nel ciclo del farmaco sono imputabili principalmente a: prescrizione (56%), somministrazione (34%), trascrizione (6%) e distribuzione (4%).

Il valore particolarmente elevato degli errori conseguenti a prescrizione è dovuto anche alla consuetudine, tutta italiana, di scrivere a mano e, spesso, con calligrafia indecifrabile, con ripercussioni anche nella somministrazione.

Con questo lavoro, che è parte integrante di una tesi per il master in: "Infermieristica forense e responsabilità nel governo clinico", gli autori hanno voluto raccogliere indicazioni (quanto più precise possibili) per valutare le conoscenze, le attitudini ed i comportamenti nella gestione della terapia farmacologica in ospedale.

Questo, soprattutto, grazie alla compilazione di un questionario da parte di un campione di infermieri di una grande azienda ospedaliera di Roma.

METODO DI ELABORAZIONE

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario anonimo, composto da 25 domande chiuse a risposta multipla. L'indagine è stata circoscritta ai soli reparti chirurgici dell'azienda ospedaliera presa in esame. La scelta è stata determinata dal fatto che dai dati presenti in letteratura si presume una maggior frequenza di errori nei reparti chirurgici, dove la terapia farmacologica è, da sempre, considerata "ancillare" rispetto alla terapia chirurgica e, quindi, vi si dedica minore attenzione.

Il periodo di indagine si è concentrato nel mese di settembre 2008.

I questionari, nel numero di 100, sono stati distribuiti nelle Uo di ortopedia e traumatologia, chirurgia generale, chirurgia oncologica e vascolare. Per la com-



pilazione del questionario è stata scelta la forma anonima; insieme a questo è stata consegnata una lettera di presentazione, contenente le motivazioni dello studio. Per la sua distribuzione e successiva raccolta, gli autori del lavoro sono stati coadiuvati dai caposala e coordinatori delle Uo prese in considerazione che hanno accettato di collaborare. La metodologia è stata supervisionata da Angelo Montani, ricercatore dell'Istat.

RISULTATI

Il questionario, riportato alla fine di questo articolo, è stato compilato da 59 infermieri. Analizzandolo nello specifico, rispetto alla prima domanda: **“Da quali fonti acquisisce informazioni sulla corretta gestione dei farmaci in ospedale?”**, è prevalsa la risposta: “Da linee guida e protocolli” (41,2% degli interpellati).

Al secondo quesito: **“Ritiene di avere bisogno di altre informazioni sulla gestione dei farmaci?”**, ben il 96,6% del campione ha risposto: “sì” (domanda 2).

La rappresentazione grafica del terzo quesito permette ancora di stimare che una gran percentuale di infermieri (80,5%), nel corso dell'ultimo anno, non ha partecipato a corsi di formazione/aggiornamento sulla gestione in sicurezza dei farmaci, poiché non organizzati nell'ospedale di appartenenza.

Per l'81% degli intervistati, gli errori nella gestione della terapia farmacologica sono evitabili (domanda 4).

Più della metà degli intervistati, (64,4%),

alla domanda: **“Dalla sua esperienza, come viene gestito attualmente l'errore in terapia?”**, ha risposto: “Si cerca di lavorare sulle cause, ci si confronta e si mette in discussione il modo di lavorare”; mentre il 20,3% ha risposto: “Si ignora e si spera che la situazione si evolva positivamente”. Il restante 15,3% afferma che: “Si accusa/punisce chi lo ha commesso” (domanda 5).

Il 57,6% degli infermieri, che ha risposto, non conosce l'*incident reporting*; solo una esigua frazione (18,6%) dichiara di conoscerlo abbastanza (domanda 6). Per la maggioranza degli intervistati (67,8%), è utile e necessario segnalare gli errori di terapia farmacologica (domanda 7).

Quasi la totalità del gruppo (96,6%), ritiene che, analizzando le cause che hanno condotto all'errore, sia possibile trarre un insegnamento per il futuro (domanda 8).

Al quesito numero 9: **“Quando accade un evento avverso nella Uo in cui lavora”**, hanno risposto:

- si fa una riunione-*audit* clinico/organizzativo (57,6%);
- se ne parla (20,3%);
- non se ne parla (18,6%);
- nella Uo dove lavoro non sono accaduti eventi avversi (3,4%).

Le ultime due modalità, rispettivamente: “ognuno cerca di stare più attento” e “è sconsigliabile parlare degli errori perché si viene accusati” non compaiono nel grafico, poiché nessuno degli infermieri le ha segnate.

La domanda 10: **“Le è mai capitato di segnalare un evento avverso da far-**

maci?” ha diviso gli intervistati in due segmenti quasi uguali: 50,8%, “no”; 49,2%, “sì”.

Alle domande successive (11, 12 e 13) sono stati invitati a rispondere solo gli infermieri che avevano risposto: “sì” al quesito 10; ed è stata data loro la possibilità di indicare più risposte. Alla domanda 11: **“Quali fattori legati al paziente possono aver contribuito all'evento?”**, il 16,9% ha risposto: “Condizioni generali precarie/fragilità/infermità”.

Al quesito 12: **“Quali i fattori legati al personale?”**, la fatica e lo stress sono stati i motivi più indicati dalla maggior parte degli intervistati (36,2%).

Rispondendo alla domanda 13: **“Quali i fattori legati al sistema?”**, il 17,9% degli intervistati ha fatto emergere che la causa principale è attribuibile alla mancata o inadeguata comunicazione.

Il 74,6% del personale ha avuto esperienza di errori mancati (i cosiddetti *near misses*) durante il processo di gestione della terapia farmacologica nella pratica clinica (domanda 14).

Per il 76,3%, sono “utili” le linee guida ed i protocolli per la gestione in sicurezza dei farmaci in ospedale (domanda 15).

Il 43,2% degli intervistati percepisce come utile ed indispensabile un documento con le osservazioni per la gestione in sicurezza dei farmaci in ospedale (domanda 16).

Alla diciassettesima domanda, che indagava sull'esistenza di un piano aziendale per la sicurezza dei pazienti che contempli anche la gestione dei farmaci in ospedale, ha risposto negativamente il 73% degli infermieri.

Per l'81,4% degli intervistati la raccomandazione del ministero della Salute: *“Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica”* non è stata pubblicizzata all'interno della struttura di appartenenza (domanda 18).

Al quesito 19: **“Nel suo reparto è in uso una scheda integrata/unica per la terapia farmacologica?”**, il 61% ha risposto: “no”.

Non si dispone di tale strumento secondo il 30,2% degli intervistati, poiché: “non è mai stato proposto” (domanda 20).

Con la ventunesima domanda si chiedeva



un parere sulla scheda integrata per la terapia farmacologica. La maggioranza (65,3%) ha risposto che: "Ridurrebbe la possibilità di commettere errori".

Per il 48,9% degli intervistati, la trascrizione e l'interpretazione della prescrizione medica sono i momenti più critici nel processo di gestione della terapia farmacologica in ospedale (domanda 22). Il 61% degli intervistati conosce la "Regola delle 6 G" (domanda 23).

Al quesito numero 24: **"Tra i criteri generali per la terapia del dolore risulta importante somministrare i farmaci:"** il 35,6% del gruppo ha risposto, in maniera esatta: "prima che compaia il dolore". Il 39% ha risposto: "Al bisogno". Secondo il 57,6% degli intervistati, le tecnologie informatizzate (prescrizione informatizzata, armadi decentrati informatizzati, somministrazione controllata tramite codice a barre) applicate al processo di gestione del farmaco in ospedale, aiuterebbero ad evitare il verificarsi di eventi avversi (domanda 25).

DISCUSSIONE

Durante le fasi di distribuzione e compilazione dei questionari, gli infermieri interpellati hanno partecipato attivamente e discusso liberamente, senza mostrare

chiusure o paure nel riferire episodi accaduti durante la pratica clinica.

Hanno raccontato anche di errori mancati (*near misses*) durante il processo di gestione della terapia farmacologica, che, per fortuna, non hanno avuto conseguenze per il paziente. **La percezione dell'ospedale come un ambiente poco sicuro è diffusa e condivisa tra gli infermieri intervistati. L'errore sembra essere costantemente in agguato** nelle pieghe della complessità tecnica ed organizzativa ed è percepito come una "bomba" che può esplodere per la sollecitazione di numerose situazioni.

L'indagine svolta ha avuto la finalità di valutare le conoscenze, le attitudini ed i comportamenti, in tema di sicurezza, nella gestione della terapia farmacologica in ospedale. In particolare, si è voluto valutare in quale misura è colta dagli infermieri che hanno partecipato allo studio, l'utilità della segnalazione degli errori in terapia farmacologica e l'opportunità di trarne insegnamenti utili al miglioramento dell'assistenza al paziente ed alla diminuzione del rischio clinico.

Nonostante la manifesta attenzione a tali problematiche, emerge una scarsa conoscenza complessiva degli strumenti di

identificazione del rischio, come appunto l'*incident reporting*: il 57,6% degli infermieri intervistati afferma di non conoscerlo.

Tale lacuna conoscitiva è "giustificabile" in un contesto come quello italiano, in cui le organizzazioni sanitarie, solo di recente, hanno iniziato a stressare l'argomento della gestione del rischio e a promuovere iniziative di alfabetizzazione sull'argomento.

Gli infermieri intervistati hanno dichiarato di essere consapevoli che gli errori commessi in ospedale compromettono seriamente gli esiti delle cure e, per il 67,8% è utile e necessario segnalare gli errori di terapia farmacologica: quasi la totalità del gruppo è convinta che, analizzando le cause che hanno condotto all'errore, è possibile trarre un insegnamento per il futuro.

Esiste, tuttavia, ancora il timore di essere identificati nell'atto della segnalazione e prevale la paura di ripercussioni di qualsiasi tipo sull'operatore che segnala l'evento avverso, mettendo in luce lacune organizzative e/o gestionali che, nella mentalità corrente, sono sistematicamente negate.

Le informazioni sulla corretta e sicura gestione dei farmaci vengono, di preva-



lenza, acquisite da linee guida e protocolli e quasi la totalità degli intervistati (96,6%) ritiene di aver bisogno di ulteriori ragguagli. Notevole interesse ha suscitato la questione dei danni mancati (*near misses*): il 74,6% degli intervistati ha raccontato di averne avuto esperienza durante il processo di gestione dei farmaci. I dati raccolti hanno evidenziato che, per il 73% degli infermieri intervistati, non esiste un piano aziendale per la sicurezza dei pazienti che contempli anche la gestione dei farmaci. Per l'81,4% la raccomandazione del ministero della Salute: "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" non è stata pubblicizzata nella struttura di appartenenza.

Più della metà degli infermieri che hanno compilato il questionario (61%), nel reparto di appartenenza, non utilizza la scheda integrata/unica per la terapia farmacologica, poiché non è mai stata proposta, anche se si ha la percezione che tale strumento ridurrebbe la possibilità di commettere errori.

La trascrizione e l'interpretazione della prescrizione medica risultano essere, per il 48,9% degli intervistati (dato confermato dalla letteratura), i momenti più critici nel processo di gestione della terapia farmacologica in ospedale.

E' stato interessante apprendere che le tecnologie informatizzate, non solo sono conosciute, ma si ha la certezza che, se applicate al processo di gestione del farmaco in ospedale, aiuterebbero ad evitare il verificarsi di eventi avversi.

CONCLUSIONI

Il tema fondamentale scaturito dallo studio risulta essere la convinzione che, per ridurre gli errori di terapia farmacologica, i cambiamenti organizzativi e gestionali sono più importanti delle accuse e delle sanzioni rivolte ai singoli operatori che hanno sbagliato. **La strategia non deve essere quella di minimizzare o, addirittura, ignorare gli errori, sperando che la situazione evolva positivamente, ma di portarli allo scoperto volontariamente, documentarli ed introdurre, appunto, i cambiamenti opportuni per prevenirli o, quanto meno, per ridurli.**

Il comune atteggiamento, evidentemente, è tuttora ancorato all'idea di colpa, al fatto negativo da rimuovere e di cui vergognarsi e pentirsi, oltre che, indubbiamente, alla paura delle possibili ripercussioni giuridico-disciplinari sui presunti colpevoli.

L'approccio "positivo" all'errore di terapia impone un radicale cambiamento culturale che può essere realizzato solo gradualmente e deve essere preceduto da un'imprescindibile fase di sensibilizzazione di tutti gli operatori coinvolti nel processo di gestione dei farmaci.

Associato a tale **opera di acculturazione**, è altrettanto fondamentale il costante coinvolgimento degli stessi operatori in iniziative volte, non solo alla raccolta di dati, quanto, al richiamo dei singoli attori del processo a tematiche di tanto grande rilievo (quali, appunto, il rischio clinico e la sicurezza dei pazienti). I risultati dell'indagine confermano che la

realtà dell'ospedale oggetto dello studio non fa eccezione a quanto riportato in letteratura: gli errori che si registrano durante l'intero processo dei medicinali dipendono, in larga misura, da una non adeguata conoscenza e gestione degli stessi, oltre che da errori di trascrizione ed interpretazione che si verificano nel passaggio dalla prescrizione medica alla somministrazione.

Le principali lacune dell'attuale ciclo dei farmaci sono da individuare nella mancanza di coerenza e di visibilità su un processo che è complesso, composto di numerosi passaggi e che coinvolge diverse figure professionali.

La scarsa interazione tra medico e infermiere non può che contribuire ad aggravare il problema (cosa evitabile se nei reparti fosse in uso la scheda integrata/unica per la terapia farmacologica). E' evidente la necessità di ottimizzare il flusso delle informazioni: organizzare corsi di formazione/aggiornamento sulla gestione in sicurezza dei farmaci in ospedale, predisporre un piano aziendale per la sicurezza dei pazienti che contempli anche la gestione dei farmaci, sottoporre a revisione le procedure usate in ospedale nei processi di prescrizione, trascrizione, allestimento, stoccaggio, preparazione, distribuzione dei farmaci, ponendo particolare attenzione ai passaggi a rischio di errore.

Le nuove tecnologie informatizzate potrebbero favorire il controllo degli errori di terapia, affermare qualità, rassicurare il paziente, ridurre i costi umani ed economici dell'azienda ospedaliera. La ricerca ha messo in evidenza che il verificarsi di errori relativi all'utilizzo dei medicinali è da imputare prevalentemente ad una debolezza del sistema, piuttosto che alla colpa individuale.

AUTORI:

Elena Porcù, coordinatore centro di formazione "P.L.Monti" - Idi, Tor Vergata, Roma;
Luigi Ferrazzano, infermiere "San Filippo Neri"; master in Infermieristica forense - Idi, Tor Vergata, Roma;
Raffaele Rossi, infermiere "San Filippo Neri"; master in Infermieristica forense - Idi, Tor Vergata, Roma;
Gennaro Rocco, direttore centro di formazione "P.L.Monti" - Idi, Tor Vergata, Roma.

LA SCHEDA

Il questionario sulla gestione in sicurezza dei farmaci in ospedale

1. Da quali fonti acquisisce informazioni sulla corretta gestione dei farmaci in ospedale?

- a) Nessuna (21,2%)
- b) Linee guida/protocolli (41,2%)
- c) Corsi di aggiornamento (15%)
- d) Colleghi (15,3%)
- e) Riviste scientifiche (7,3%)

2. Ritieni di aver bisogno di altre informazioni sulla gestione dei farmaci?

- a) Sì (96,6%)
- b) No (3,4%)

3. Nel suo ospedale, nell'ultimo anno, sono stati organizzati corsi di formazione/aggiornamento sulla gestione in sicurezza dei farmaci?

- a) Sì (19,5%)
- b) No (80,5%)

4. Secondo Lei gli errori nella gestione della terapia farmacologica sono evitabili?

- a) Sì (81%)
- b) Sì, in piccola parte (19%)
- c) No, quasi nessuno (0%)

5. Dalla sua esperienza, come viene gestito attualmente l'errore in terapia?

- a) Si ignora e si spera che la situazione si evolva positivamente (20,3%)
- b) Si accusa/punisce chi lo ha commesso (15,3%)
- c) Si cerca di lavorare sulle cause, ci si confronta e si mette in discussione il modo di lavorare (64,4%)

6. E' in possesso di conoscenze relative all'incident reporting (o segnalazione spontanea degli eventi/errori)?

- a) No (57,6%)
- b) Poco (20,3%)
- c) Abbastanza (18,6%)
- d) Molto (3,4%)

7. Condividi l'utilità/necessità di segnalare gli errori di terapia farmacologica?

- a) No (0%)
- b) Poco (3,4%)
- c) Abbastanza (2,8%)
- d) Molto (67,8%)

8. Ritieni che analizzando le cause che hanno condotto all'errore sia possibile trarre un insegnamento per il futuro?

- a) Sì (96,6%)
- b) No (3,4%)

9. Quando accade un evento avverso nella Uo in cui lavora:

- a) Si fa una riunione-audit clinico/organizzativo (57,6%)
- b) Se ne parla (20,3%)
- c) Non se ne parla (18,6%)
- d) Nella Uo dove lavoro non sono accaduti eventi avversi (3,4%)
- e) Ognuno cerca di stare più attento (0%)
- f) È sconsigliabile parlare degli errori perché si viene accusati (0%)

10. Le è mai capitato di segnalare un evento avverso da farmaci?

- a) Sì (49,2%)
- b) No (50,8%)

11. Se sì, quali fattori legati al paziente possono aver contribuito all'evento? (E' possibile indicare più di una risposta)

- a) Condizioni generali precarie/fragilità/infermità (16,9%)
- b) Non cosciente/scarsamente orientato (13,6%)
- c) Poca/mancata autonomia (8,2%)
- d) Barriere linguistiche/culturali (5,4%)

12. Quali i fattori legati al personale? (E' possibile indicare più di una risposta)

- a) Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure (11,9%)
- b) Inadeguate conoscenze/inesperienza (8,5%)
- c) Fatica/stress (36,2%)
- d) Mancata/inesatta lettura della documentazione (17,2%)
- e) Mancata supervisione (7,3%)
- f) Scarso lavoro di gruppo (10,7%)
- g) Mancata verifica preventiva apparecchiature (1,1%)

13. Quali i fattori legati al sistema? (E' possibile indicare più di una risposta)

- a) Staff inadeguato/insufficiente (7,1%)
- b) Insufficiente addestramento/inserimento (9%)
- c) Gruppo nuovo/inesperto (5,9%)
- d) Elevato turn-over (13,4%)
- e) Scarsa continuità assistenziale (13,3%)
- f) Protocollo/procedura inesistente o ambigua (15,7%)
- g) Mancata/inadeguata comunicazione (17,9%)
- h) Mancanza/inadeguatezza del materiale di consumo (1,7%)
- i) Ambiente inadeguato (4,1%)

14. Nella sua pratica clinica, ha mai avuto esperienza di danni mancati (*near misses*) durante il processo di gestione della terapia farmacologica? Le è mai capitato di pensare: "c'è mancato poco" o "grazie a Dio, qualcosa che non volevo che succedesse non è accaduta"?

- a) Sì (74,5%)
- b) No (20,3%)
- c) Non risponde (5,1%)

15. Quanto ritiene utili le linee guida/protocolli per le procedure per la gestione in sicurezza dei farmaci in ospedale?

- a) Utili (76,3%)
- b) Molto utili (23,7%)
- c) Inutili (0%)

16. Un documento con le osservazioni per la gestione in sicurezza dei farmaci in ospedale:

- a) È utile ed indispensabile (43,2%)
- b) Può essere utile ma non è indispensabile (3,4%)
- c) Non lo leggerebbe nessuno (5,9%)
- d) Sarebbe l'ennesimo protocollo (5,1%)
- e) Può essere importante per migliorare le conoscenze (20,3%)
- f) Potrebbe essere uno stimolo a rivedere l'organizzazione del lavoro (20,3%)
- g) Non risponde (1,7%)
- h) Non è utile (0%)

17. E' presente un piano aziendale per la sicurezza dei pazienti che contempli anche la gestione dei farmaci in ospedale?

- a) Sì (19%)
- b) No (73%)
- c) Non risponde (8%)

18. La raccomandazione del ministero della Salute: "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" è stata pubblicizzata all'interno della struttura sanitaria di appartenenza?

- a) Sì (15,3%)
- b) No (81,4%)
- c) Non risponde (3,4%)

19. Nel suo reparto è in uso una scheda integrata/unica per la terapia farmacologica?

- a) Sì (37,3%)
- b) No (61%)
- c) Non risponde (1,7%)

20. Se non è presente, per quale motivo?

- a) Non se ne avverte la necessità (7,6%)
- b) Non è mai stata proposta (30,2%)
- c) Tutto funziona bene, anche senza scheda integrata (0%)
- d) La somministrazione della terapia non è un problema (0%)

- e) Non verrebbe accettata dagli infermieri (0%)
- f) Non verrebbe accettata dai medici (10,7%)
- g) È poco pratica (0,6)
- h) Non risolve il problema degli errori (8,5%)
- i) Non risponde (42,4%)

21. Il suo parere sulla scheda integrata per la terapia farmacologica è il seguente:

- a) Aumenta il conflitto fra medici e infermieri (13,6%)
- b) Riduce il conflitto fra medici e infermieri (9,6%)
- c) Riduce la possibilità di commettere errori (65,3%)
- d) Non risponde (11,9%)

22. Secondo Lei qual è il momento più critico nel processo di gestione della terapia farmacologica in ospedale?

- a) Approvvigionamento (0%)
- b) Immagazzinamento – conservazione – gestione delle scorte (3,1%)
- c) Prescrizione (10,7%)
- d) Trascrizione e interpretazione (48,9%)
- e) Preparazione (15%)
- f) Distribuzione (3,1%)
- g) Somministrazione (12,4%)
- h) Non risponde (6,8%)

23. Conosce la regola delle "6 g"?

- a) Sì (61%)
- b) No (30,5%)
- c) Non risponde (8,5%)

24. Tra i criteri generali per la terapia del dolore risulta importante somministrare i farmaci:

- a) Prima che compaia il dolore (35,6%)
- b) Prima delle ore notturne (0%)
- c) Quando compare il dolore (18,6%)
- d) "Al bisogno" (39%)
- e) Solo se il dolore è insopportabile (1,7%)
- f) Non risponde (5,1%)

25. A suo parere, le tecnologie informatizzate (per esempio: prescrizione informatizzata, armadi decentralizzati informatizzati, somministrazione controllata tramite codice a barre, ecc), applicate al processo di gestione del farmaco in ospedale, aiuterebbero ad evitare il verificarsi di eventi avversi?

- a) Sì (57,6%)
- b) No (1,7%)
- c) Non so, non sono informato (35,6%)
- d) Non risponde (5,1%)

BIBLIOGRAFIA

- Benci L, *Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria*, IV ed. Milano: McGraw-Hill, 2005.
- Benci L, *La prescrizione e la somministrazione dei farmaci. Responsabilità giuridica e deontologica*, I ed. Milano: McGraw-Hill, 2007.
- Commissione tecnica rischio clinico, *Risk management in sanità: il problema degli errori*. Roma: Ministero della Salute, 2004.
- I quaderni dell'infermiere, n. 1/2002, *Farmaci*. Federazione Nazionale Ispasvi.
- Guida all'esercizio della professione d'infermiere*. Edizioni Medico Scientifiche, 2001.
- Ministero della Salute, *Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica*. Settembre 2007.
- Ministero della Salute, *Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio*. Marzo 2008.
- Nuti S, Tartaglia R, Niccolai F, *Rischio clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*. Bologna: Il Mulino, 2007.
- Nuvola S, Cavina A, *Nuove metodologie per la gestione della distribuzione dei farmaci in ospedale*. Imola: La Mandragola, 2005.
- Regione Emilia Romagna, *Procedura regionale per la gestione clinica dei farmaci*. 2006.
- Regione Emilia Romagna, *Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci* 2006.
- Regione Toscana, *I quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente. Scheda terapeutica unica*. 2005.
- Rodriguez D, *Prescrizione al bisogno: i confini dell'autonomia*. L'Infermiere, 1999.
- Rodriguez D, Aprile A, *Medicina legale per infermieri*. Roma: Carocci, 2004.
- Soldi A., *Produzione farmaceutico-sanitaria e legislazione*. Milano: Oemf, 1978.
- Spinanti S, *Bioetica per la professione infermieristica*. Napoli: Edises, 1995.
- Vanzetta M, Volterrani M, *Farmaci e infermiere. Un prontuario per la somministrazione*. III ed. Milano: McGraw-Hill, 2007.
- Vincent C, *Clinical Risk management*. London: Bmj Publications, 1995.
- Vincieri F, Cirinei C, Cervini D, *La gestione normativa dei medicinali*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2007.
- Who/Oms, *Guida alla prescrizione corretta*. Torino: Centro Scientifico Editore, 1994.
- Zaina CA, *La nuova disciplina delle sostanze stupefacenti*. Rimini: Maggiori, 2006.

IN PILLOLE

Regione Lazio, al via iniziative per combattere l'alcolismo tra i giovani

Una convenzione stipulata dall'Assessorato all'Istruzione, Diritto allo Studio e Formazione della Regione Lazio e dal Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (Crarl) prevede una serie di interventi per prevenire e contrastare l'abuso di alcol tra i giovani, a partire dalla formazione di studenti e di operatori, fino alla sensibilizzazione dei gestori dei locali e al coinvolgimento delle famiglie. La convenzione prevede attività di formazione rivolte ai ragazzi nelle scuole e agli operatori, nonché l'istituzione di un Centro Regionale di Formazione dedicato ai problemi e patologie correlate all'abuso di alcol, inserito nelle attività del Centro di Riferimento Alcolologico del Policlinico Umberto I di Roma. Promosse campagne di informazione e di sensibilizzazione non solo in ambito scolastico, ma anche presso gli esercenti e le famiglie, nonché forme di collaborazione e di cooperazione interistituzionale con i servizi sociosanitari del territorio e accordi con le altre Università del Lazio e con le ulteriori istituzioni preposte all'inserimento nell'ordinamento didattico della Sindrome Alcolica, anche attraverso borse di studio per alta formazione specialistica.

Trattamento sostitutivo della funzione renale: studio sulla percezione dei pazienti adulti e sul relativo contributo infermieristico

di Arianna Camilloni, Francesco Lavarelli

ABSTRACT

Con questa indagine si sono voluti comprendere i motivi per cui i pazienti colpiti da insufficienza renale terminale giungano ad un certo tipo di trattamento sostitutivo della funzione renale e quanto il grado di informazione ed educazione del personale infermieristico possa influenzare la difesa dei suoi interessi.

Lo studio è stato condotto attraverso la somministrazione di un questionario ai 72 pazienti dell'Uo-Dialisi dell'ospedale "G.B. Grassi" di Ostia, Roma.

I risultati confermano che esiste un problema di "disinformazione" avvertito soprattutto dai malati in emodialisi. Le conclusioni della tesi riaffermano quanto sia importante l'attività infermieristica ed invitano al miglioramento del servizio, specie nell'ambito dell'educazione pre-dialitica.

INTRODUZIONE

La patologia renale sta assumendo, nel tempo, un sempre maggior peso sia quanto a tassi di incidenza e di prevalenza tra la popolazione, sia per gli altissimi costi dei trattamenti sostitutivi della funzione renale (a carico del Sistema sanitario nazionale).

Numerosissimi, ed in costante aumento, infatti, i pazienti che giungono a sottoporsi al trattamento dialitico (tab.1).

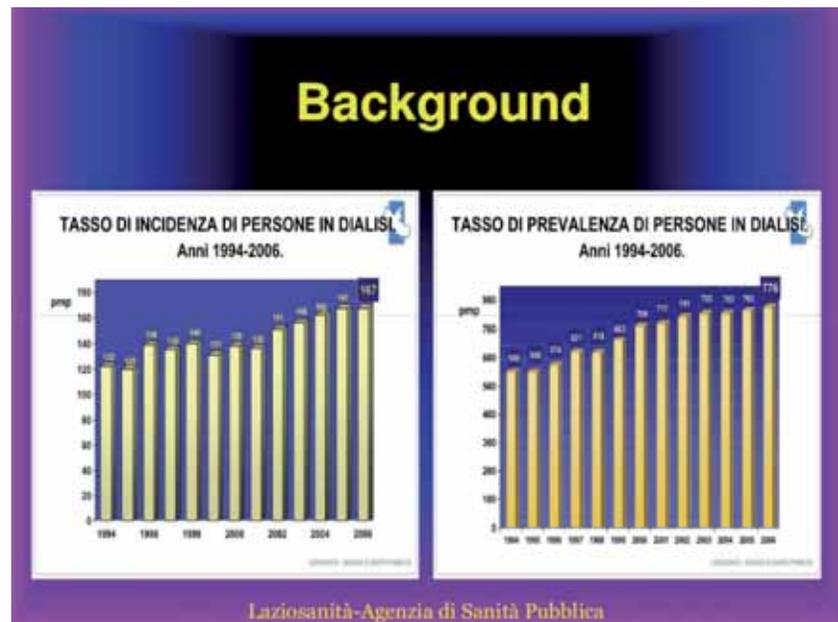


Tabella 1

L'aumento della patologia renale non costituisce un fatto limitato all'Italia, configurandosi, invece, come un fenomeno riguardante i Paesi a più alta industrializzazione, quegli stessi dove il livello di benessere è più alto. L'azione di contrasto a questo inarrestabile aumento della patologia renale potrebbe essere svolta sia nell'ambito della medicina preventiva, sia in quello specialistico delle Unità Operative di Dialisi, magari, pianificando una più efficace strategia di azione nel *referral pattern* (tipologia di consultazione

medico-specialistica), ovvero incentivando il numero degli *early referral* (consultazione precoce) rispetto a quello dei *late referral* (consultazione tardiva). I pazienti che arrivano presto all'osservazione dell'equipe nefrologica (cioè, almeno un mese prima dell'inizio della dialisi) praticano, più frequentemente, la dialisi peritoneale, poiché possono essere sottoposti ad un'adeguata educazione e presentazione delle modalità di terapia sostitutiva dell'insufficienza renale cronica. Il ricorso tempestivo al centro nefrologico e, in genere, una mi-

gliore educazione predialitica possono incentivare l'auspicabile ricorso alla dialisi peritoneale (dp), con indubbi benefici sia per il paziente (visto che la dp è fisiologica e può essere svolta autonomamente a domicilio), sia per i fondi del Ssn in relazione agli altissimi costi dell'emodialisi.

Il passaggio dal punto di vista paternalistico (secondo cui è il medico a decidere il trattamento), alla considerazione della centralità della persona (secondo cui il paziente può "scegliere" il suo trattamento) ha rivoluzionato la questione dell'assistenza ai nefropatici terminali, della difesa dei loro interessi e dei loro diritti.

Sono proprio gli infermieri, attraverso la loro azione di *advocacy* nei confronti del malato, i primi difensori di questa popolazione di persone così vulnerabili: il grado di informazione trasmessa dal personale infermieristico potrebbe fare la differenza, promuovendo una miglior tutela degli interessi dei pazienti nel momento in cui avviene la scelta del trattamento.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto presso l'Uo-Dialisi dell'ospedale "G.B. Grassi" di Ostia Lido, nel periodo che va dai primi di settembre 2007 alla metà di agosto 2008.

Il metodo di indagine utilizzato è quello osservazionale-analitico di tipo retrospettivo, con utilizzo di un campionamento non probabilistico di convenienza: 72 pazienti totali, di cui 54 in emodialisi e 18 in dialisi peritoneale. Lo strumento fondamentale è stato un questionario anonimo a risposta multipla di tipo chiuso (tab.2), autorizzato dalla direzione sanitaria, nel quale, dopo una prima sezione comprendente dati generali di tipo anagrafico, ne seguiva una seconda in cui erano ordinate 12 domande afferenti al tema trattato.

Lo scopo dell'indagine è stato quello di valutare la percezione dei pazienti adulti circa la loro possibilità di "scelta" del trattamento sostitutivo della funzione renale.

Ad ogni risposta espressa in termini qualitativi (pessimo, scadente, discreto, buono, ottimo) corrispondeva un valore

Questionario	
"Nel momento in cui Le fu diagnosticata l'insufficienza renale terminale":	
1	Il bagaglio di informazioni di cui Lei disponeva a proposito della Sua malattia era:
2	In termini di qualità, quanto era idoneo per la dialisi peritoneale?:
3	In termini di qualità, quanto era idoneo per l'emodialisi?:
4	In termini di qualità, quanto era noto al medico di base il Suo grado di Insufficienza Renale?:
5	In termini di qualità, quanto era noto al neurologo ed al centro dialisi il Suo grado di Insufficienza Renale?:
6	Il modo in cui Le furono esplicate e/o visualizzate in modo adeguato le varie modalità di trattamento (emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto) fu:
7	Il numero di volte in cui ha consultato l'équipe medica prima di decidere la Sua terapia fu:
8	Il materiale educativo utilizzato nell'educazione preventiva al Suo caso fu:
9	Quantitativamente il tempo che Le fu dedicato affinché Lei potesse scegliere consapevolmente tra emodialisi e dialisi peritoneale fu:
10	Il livello di educazione pre-dialisi che ha ricevuto prima di iniziare il trattamento fu:
11	Ci dia una misura qualitativa di quanto si sente "protagonista" nella Sua scelta del trattamento sostitutivo delle funzione renale:
12	Un'accurata educazione predialitica Le avrebbe consentito di affrontare meglio la terapia e tutti i correlati cambiamenti nello stile di vita

- 1 PESSIMO
- 2 SCADENTE
- 3 DISCRETO
- 4 BUONO
- 5 OTTIMO

Tabella 2

quantitativo (da 1 a 5), così da disporre, al termine delle interviste, di tabelle riepilogative di dati aggregati utili per la lettura e l'analisi.

La somministrazione del questionario è stata svolta dal candidato alla totalità dei pazienti in cura, peraltro disponibili ed interessati.

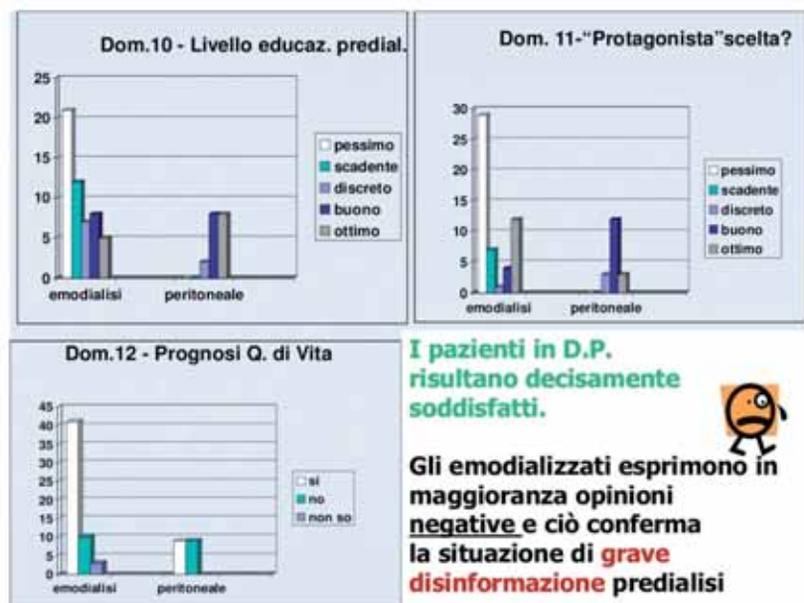
RISULTATI

Le risposte ai quesiti del questionario sono in grado di fornirci una fotografia abbastanza chiara della percezione dei

nefropatici intervistati circa la loro possibilità di "scelta" del trattamento sostitutivo della funzione renale.

Osservando, nell'insieme, le risposte di tutti i pazienti, risulta evidente la grande insoddisfazione degli emodializzati rispetto alla qualità e quantità dell'educazione pre-dialitica ricevuta. Di tale insoddisfazione si espone, a titolo esemplificativo, l'immagine grafica delle risposte ai quesiti: 10, 11 e 12 (tab.3).

Nei giudizi espressi dagli emodializzati,



I pazienti in D.P. risultano decisamente soddisfatti.

Gli emodializzati esprimono in maggioranza opinioni negative e ciò conferma la situazione di grave disinformazione predialisi



Tabella 3

il valore percentuale di negatività è decisamente alto: la media aritmetica dei valori espressi in percentuale nelle risposte ai quesiti: 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 è del 60%, contro l'8,75% dei nefropatici sottoposti a dialisi peritoneale.

Nel tentativo di cogliere nessi significativi tra variabili, abbiamo sottoposto alcuni quesiti al test del "chi-quadrato", passando dalla statistica descrittiva a quella inferenziale.

Nette significatività sono emerse mettendo in relazione le risposte ai quesiti: 5, 7 e 8 (di cui cito nell'ordine i titoli: 5: "In che misura era noto al nefrologo ed al centro dialisi il Suo grado di Ir?"; 7: "Il numero di volte in cui ha consultato l'equipe medica prima di decidere la Sua terapia fu..."; 8: "Il materiale educativo usato nell'educazione preventiva al Suo caso fu..."), con i giudizi di merito proposti: pessimo, scadente, discreto, buono, ottimo.

L'alto valore nei tre casi del "chi-quadrato" sperimentale, risultato dai calcoli, permette il rifiuto delle ipotesi di indipendenza ed è dovuto ai positivi riscontri avuti dai pazienti trattati in dialisi peritoneale, per i quali il bagaglio culturale pre-dialitico ricevuto è stato nettamente migliore rispetto a quello di cui hanno beneficiato gli emodializzati.

In estrema sintesi, si può, pertanto, affermare che, alla data dell'estate 2008, gli emodializzati dell'Uo-Dialisi dell'ospedale "G.B. Grassi" di Ostia erano altamente insoddisfatti per l'educazione pre-dialitica ricevuta; diversamente, i pazienti trattati mediante dialisi peritoneale esprimevano una piena soddisfazione. A maggior conferma di queste conclusioni, va ricordato che ben l'80% degli emodializzati hanno, infatti, risposto: "sì" al quesito in cui si chiedeva se un'accurata educazione pre-dialitica gli avrebbe consentito di affrontare meglio la terapia e tutti i correlati cambiamenti nel loro stile di vita.

Per gli operatori risulta cruciale la fase di accoglienza e presa in carico del paziente, come momento delicato, vera opportunità formativa/informativa destinata a caratterizzare la relazione a lungo termine che si andrà costruendo. Nel paziente, d'altro canto, il momento

informativo può mettere in moto meccanismi psicologici di rifiuto o di esitazione, associati a forti tensioni emotive che ostacolano o inibiscono parzialmente la comprensione e la memorizzazione.

Emerge, evidente, l'esigenza di maturare un valido stile comunicativo come esercizio paziente dell'ascolto, dell'attenzione all'altro, della cura del contesto in cui le relazioni si strutturano.

Prioritaria, nell'ambito della relazione, l'esigenza di auto-rappresentazione, cioè il modo in cui l'operatore rappresenta se stesso nello scambio comunicativo, come soggetto che rimanda un'immagine di stabilità, competenza, affidabilità e, soprattutto, di fiducia e di sicurezza.

Viene sottolineata l'espressività corporea, la padronanza dei gesti, la prosimità fisica nel contatto con soggetti che lo stato d'ansia rende particolarmente recettivi alla comunicazione analogica.

L'informazione verbale viene curata, tenendo presenti le caratteristiche del paziente, le sue conoscenze ed i suoi modelli verbali. La terminologia è semplice ed è fondamentale accertarsi che il significato di un termine sia condiviso, per evitare distorsione nella comprensione.

CONCLUSIONI

E' necessario riflettere sulle modalità attraverso cui si potrebbe esplicitare una più incisiva azione nell'ambito educativo/formativo da parte del personale sanitario, soprattutto di quello infermieristico, nei confronti di quei malati di reni che, loro malgrado, giungono allo stadio della malattia ove il trapianto, l'emodialisi o la dialisi peritoneale rappresentano l'unica risorsa per sopravvivere.

All'interno delle strutture ospedaliere il mondo della dialisi e dei pazienti dializzati rappresenta una realtà dotata di caratteristiche peculiari, poiché il prolungarsi nel tempo della terapia sollecita problemi psicologici e relazionali che alimentano quelli già propri della patologia, mettendo in evidenza le problematiche interper-

sonali, la mobilitazione di difese, collusioni e collisioni personali ed istituzionali. La dialisi espone a situazioni di vicinanza prolungata, avviando una relazione di lungo corso che può consolidare la dipendenza del paziente dalle figure di cura e facilitare negli operatori l'insorgenza di sentimenti "identificativi" con il paziente.

Proprio quest'ultimo è l'aspetto più difficile da gestire per gli operatori, perennemente alla ricerca di un equilibrio relazionale, che permetta di modulare le distanze senza eccedere nella eccessiva lontananza o vicinanza. Le informazioni dovrebbero precedere il paziente e ciò, sarebbe auspicabile, con discreto anticipo. Nella maggior parte dei casi, l'ingresso di un paziente in dialisi è un evento prevedibile sulla base dell'evolversi e dell'aggravarsi della sua patologia e in tale misura, regolamentabile. Viene proposta l'accoglienza del nefropatico in reparto nel periodo antecedente l'ingresso in terapia dialitica per una serie di colloqui e di visite guidate. L'inserimento di un nuovo paziente è un compito di *tutoring* per il quale va individuato un infermiere di riferimento, cui spetta il compito di illustrare al nuovo paziente le caratteristiche della dialisi, la macchina di dialisi, le norme che regolano l'accesso al servizio.

Nel corso delle visite guidate, il paziente entra in contatto con l'equipe di riferimento in cui figurano ruoli professionali diversi: medico, infermiere, psicologo, dietologo, assistente sociale, cui spettano compiti informativi legati alla loro specificità disciplinare.

Va prevista una programmazione periodica degli incontri, tenendo anche conto delle specifiche esigenze dell'utente. Tutti i reparti di dialisi dovrebbero predisporre opuscoli informativi redatti in più lingue, illustrati e formulati con una terminologia facilmente accessibile. Oltre a proporre la realizzazione di supporti audiovisivi, da commentare, eventualmente, insieme al paziente.

Va stimolato il coinvolgimento dei familiari del malato individuando il familiare cui fare riferimento per le eventuali problematiche legate al trattamento dialitico (*caregiver*).

Un modello di scheda narrativa, comune a tutti i reparti, è ritenuto uno strumento di facilitazione comunicativa. Nel corso degli incontri iniziali vengono raccolte in una cartella, oltre alla storia clinica del paziente, anche le informazioni di carattere biografico che si ripercuotono sul quadro clinico. Di sicuro interesse le note sull'assetto familiare, l'organizzazione del tempo libero, la vita affettiva e di relazione, i progetti per la propria realizzazione personale. Tale documentazione segue il paziente nell'arco della sua storia in dialisi, facilitando il passaggio di informazioni tra operatori. La costruzione e l'aggiornamento di strumenti informativi comuni richiama la necessità di occasioni comunicative periodiche per gli operatori della dialisi; vanno programmati incontri d'equipe per discutere i casi clinici, mettere a confronto le diverse esperienze professionali e predisponendo gli interventi. Non va trascurato lo sfondo comunicativo, poiché è probabile che un ambiente a misura di utente possa abbassare il livello di stress

di pazienti ed operatori (per questo motivo, andrebbe riservato ai colloqui un piccolo spazio destinato unicamente a questo uso ed, in ogni caso, i colloqui non andrebbero svolti negli ambienti comuni o nei corridoi).

La comunicazione tra i pazienti va facilitata, individuando interessi comuni e promuovendo alcune iniziative: ad esempio, lo scambio paritario di attività come la banca del tempo, oppure gite o brevi vacanze, che sarà compito dei pazienti più attivi seguire ed organizzare (anche in questo caso, la circolazione dell'informazione verrà garantita con semplici avvisi nella bacheca del reparto).

Sostenere il paziente nel mantenimento dell'autostima e nel riconoscimento delle autonomie non intaccate dalla malattia e delle opportunità ancora accessibili, è una competenza essenziale per il ruolo degli operatori.

È possibile stilare un protocollo di attività compatibili con la condizione di

dializzato, finalizzate a sostenere il livello di autostima ed a mantenere lo spazio decisionale dei pazienti. Il passo successivo è la promozione di gruppi di mutuo aiuto. Essi garantiscono sostegno informativo, facilitando le relazioni sociali; offrono strategie di risposta; accrescono il senso di controllo e di autoefficacia rispetto ai problemi nei partecipanti.

L'evoluzione della relazione operatore/paziente va costantemente monitorata: la somministrazione di un questionario sicuramente permette di valutare il livello di soddisfazione degli utenti del servizio e trarre utili spunti operativi per il futuro.

AUTORI

Arianna Camilloni, docente di Infermieristica in Medicina Specialistica presso il corso di laurea in Infermieristica, sede di Ostia Lido (Asl Rm/D);

Francesco Lavarelli, laureando in Scienze Infermieristiche, facoltà di Tor Vergata, Roma, presso la sede di Ostia.

BIBLIOGRAFIA

- Gozzini S, Bernardi M, et al., *Emodialisi e dialisi peritoneale*. Mc Graw-Hill.
- Corciulo R, *La selezione della modalità dialitica*. Da: *Principi di dialisi peritoneale*, cap. VI., Milano: Springle-Verlag Italia, 2001.
- Lameire N, Van Biesen W, et al., *The referral pattern of patients with Esrd is a determinant in the choice of dialysis modality*, perit Dial int (suppl. II): s161-s166, 1997.
- Pereira Bjh, *Optimisation of pre-Esrd care: the key to improved dialysis outcomes*, Kidney int. 57:351-365, 2000.
- Schmidt R. J, Donico Jr, et al, *Early referral and its impact on emergent first dialysis, health care costs, and outcome*, AmJ Kidney Dis 32: 378-283, 1998.
- Gomez C. G, et al., *Validity of a standard information protocol provided to end-stage renal disease patients and its effect on treatment selection*. Perit. Dial. Int 19: 471-477.
- Rugiu C, Lupo A, articolo dal supplemento I del *Giornale di tecniche nefrologiche e dialitiche*, Anno XIII, Wichtig Ed, 2001.
- Kandace J. Landreneau, Ward-Smith P, *La percezione dei pazienti circa la scelta del trattamento sostitutivo della funzione renale: uno studio pilota*, giornale italiano di Scienze Infermieristiche, Anno III, n° V, 2007.
- Bazzana S, Scorza M.C, *Comunicare in dialisi*. Da: *Tempo di nursing*, n° XL, settembre 2004.
- Paris V, *Vivere in dialisi, conoscere e sostenere il disagio psico-sociale*, Baxter Italia
- Fowler C, Baas L.S, *Le rappresentazioni della malattia nei pazienti affetti da Irc sottoposti ad emodialisi di mantenimento*. Da: *Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche*. Anno III, n° V, 2007.
- Spinanti S, *Curare, prendersi cura, educare*.
- Benaduce E, *Esperienze di insegnamento psico-pedagogico*. Da: *L'educazione come terapia*, a cura di Spinanti S. Editrice Esse.
- Passal J, Golay A, Jacquemet S, *Considerazioni sui metodi della medicina convenzionale*. Da: *L'educazione come terapia* di Spinanti S. Editrice Esse, Roma.
- Bonino S, *Psicologia per la salute*. Ed. Ambrosiana, Milano.
- Favaro M, Carelli S, et al., *Infermiere-paziente: un'amicizia oltre la dialisi?*, tratto dagli Atti del XXIII congresso nazionale di nefrologia e dialisi, 22-24 aprile 2004.
- Freshwater D, *Le abilità di counselling*, edizione italiana a cura di Sasso L e Bianco M.A. Milano: McGraw- Hill, 2004.
- Paris V, *Piccola guida all'emodialisi, alla dialisi peritoneale, al trapianto*. Ed. Baxter, 1995.
- Carpenito L.J, *Diagnosi infermieristiche, applicazione alla pratica clinica*. Edizione italiana a cura di Calamandrei C. e Rasero L. Milano: casa editrice Ambrosiana.
- Carpenito L.J, *Piani di assistenza infermieristica e documentazione*. Edizione italiana a cura di Calamandrei C e Rasero L, Milano: casa editrice Ambrosiana, 2000.

Ansia e informazione: uno studio quantitativo quasi sperimentale

di Teresa Compagnone, Laura Soldà, Anna Massei

Il presente lavoro ha partecipato al concorso per la ricerca infermieristica indetto dal collegio Ispasvi di Roma, classificandosi al primo posto ed è stato premiato il 18 aprile 2008 nell'ambito della III Conferenza Internazionale di Roma.

ABSTRACT

L'intervento diagnostico/operativo emodinamico, rappresenta un momento di elevata criticità per il paziente, poiché l'associazione al cuore con l'idea della vita, intensifica le tensioni emotive e psicologiche, preoccupazioni per la famiglia, per l'anestesia e per le procedure svolte nel reparto di cardiologia. Nasce l'esigenza di uno studio sulla relazione tra informazione circa i principali elementi ansiogeni e la riduzione dell'ansia pre-operatoria.

Scopo di questo studio è misurare l'ansia pre-operatoria tra un gruppo di pazienti che ha ricevuto un'informazione strutturata attraverso il protocollo informativo studiato e un gruppo di pazienti che ha ricevuto le informazioni in maniera non strutturata.

I risultati dimostrano una relazione di causa-effetto tra informazione e riduzione dell'ansia del paziente sottoposto ad intervento diagnostico/operativo emodinamico.

INTRODUZIONE

L'ansia, definita quale stato emotivo transitorio insorto in una situazione che presenta una certa minaccia all'integrità di sé, è stata oggetto di studio in

diverse ricerche: i risultati hanno indicato che la maggior parte delle persone in attesa di intervento chirurgico prova un certo grado di ansia, con manifestazioni che vanno dall'attacco di panico all'apparente tranquillità.

La revisione della letteratura mette in luce un interesse particolare verso le problematiche psico-fisiche che il paziente cardiologico deve affrontare e, in particolare, risalta il coinvolgimento emotivo quando il paziente deve essere sottoposto ad intervento cardiocirurgico.

L'intervento, infatti, rappresenta un momento di elevata criticità per il paziente, poiché l'associazione al cuore all'idea della vita, intensifica le tensioni emotive e psicologiche.

Nel focalizzare, quindi, l'attenzione sugli aspetti relativi all'importanza dell'informazione nel *nursing* pre-operatorio,

nasce l'esigenza di uno studio, in area cardiologica, sulla relazione tra informazione circa i principali elementi ansiogeni e la riduzione dell'ansia pre-operatoria.

Si era, infatti, notato che il paziente, se informato nella fase pre-operatoria in modo dettagliato, collaborava attivamente ed esprimeva soddisfazione sull'utilità delle informazioni ricevute.

Da ciò, l'esigenza di dimostrare scientificamente quanto osservato empiricamente.

Lo scopo del presente studio quindi, è quello di valutare:

- il grado di ansia legato all'intervento;
- la riduzione dell'ansia pre-operatoria attraverso uno specifico intervento informativo infermieristico.

L'ipotesi che si vuole avvalorare è che: informazioni specifiche date al

Gruppo caso	Gruppo controllo
Costituito da pazienti a cui è stato somministrato il protocollo informativo	Costituito da pazienti a cui non è stato somministrato il protocollo informativo
30 casi	30 casi
Giorno prima dell'intervento: informazione attraverso il protocollo informativo infermieristico	Giorno prima dell'intervento: informazione standard
Giorno dell'intervento: misurazione dell'ansia con la scala di "Had"	Giorno dell'intervento: misurazione dell'ansia con la scala di "Had"

Tabella 1. Schema di attuazione dello studio

paziente prima dell'intervento diagnostico/operativo emodinamico, contribuiscono a diminuire il grado di ansia.

MATERIALI E METODI

Lo studio ha seguito un disegno di ricerca quasi sperimentale con gruppo di controllo non equivalente.

Il campione di convenienza, costituito da uomini e donne in attesa di intervento diagnostico/operativo emodinamico, è composto da: 60 persone, di cui 30 gruppo caso e 30 gruppo controllo, selezionate presso l'Uo di Cardiologia ed Utic dell'ospedale "G.B. Grassi" di Ostia nel periodo dal 12 ottobre all'11 dicembre 2006.

Sono stati utilizzati due strumenti: il protocollo informativo infermieristico e il questionario già validato per la rilevazione dell'ansia nel contesto ospedaliero (scala di Had), accompagnato da un'adeguata lettera di presentazione dello studio, assicurando il rispetto della privacy e facendo firmare ai pazienti il consenso informato.

ANALISI DEI RISULTATI

Dei 60 pazienti reclutati, in attesa di intervento diagnostico/operativo emodinamico, il 75% sono maschi, il 25% femmine (grafico 1).



Grafico 1 - Sesso del campione esaminato

Si denota una netta prevalenza maschile, presumibilmente dovuta al tipo di patologia, che colpisce di più gli uomini. Come si può vedere nel grafico 2, l'età dei pazienti è compresa tra i 44 e i 91 anni, ed è stata suddivisa in cinque classi: <50; 51-60; 61-70; 71-80 e >80 anni. Il 50% del campione ha un'età tra i 71-80 anni, mentre il 20% supera gli 80 anni; il 13% 61-70 anni, il 10% è tra i 51-60 anni e solo il 7% non supera i 50 anni.

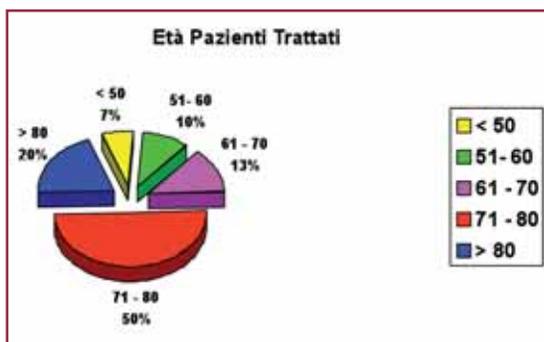


Grafico 2 - Classi di età dei pazienti sottoposti ad intervento diagnostico/operativo emodinamico



Grafico 3 - Tipo d'intervento

Il grafico 3 mette in luce gli interventi più frequenti a cui è stato sottoposto il campione. Il 60% sono sostituzioni o impianti Pmk, il 20% Dcs, il 13% Sef, il 3% impianti di defibrillatori, e, a parità di percentuale, Ablazioni e Cgf con il 2%. Di seguito, le domande del questionario di "Had" utilizzate per la valutazione dell'ansia.

Le domande del questionario utilizzate per valutare lo stato ansioso dei pazienti, sono state sintetizzate in: A, B, C, D, E, F, G, in legenda e messe, per esteso, in tabella.

Le risposte sono state organizzate secondo una scala Likert a quattro punti: 0, 1, 2, 3, in cui il punteggio è compreso

tra 0 ("assenza del disturbo") e 3 ("livello massimo del disturbo").

Si nota come nel gruppo caso, a cui è stato somministrata l'informazione specifica, il picco di soddisfazione dei pazienti oscilla tra il punto 0 e 1, segno di assenza del disturbo e di soddisfazione dei pazienti al trattamento informativo ricevuto.

Al contrario, nel gruppo controllo, cui non sono state somministrate le informazioni specifiche (solo informazioni standard), le linee del grafico hanno un picco tra il punto 2 e 3, segno di massimo disturbo.

Detto questo, si nota, in maniera eclatante, osser-

vando la netta contrapposizione delle linee, come l'informazione pre-operatoria è riuscita a diminuire l'ansia nel paziente sottoposto ad intervento diagnostico/operativo emodinamico.

DISCUSSIONE

Lo studio conferma l'ipotesi iniziale e ci indica quanto un'informazione *ad hoc* al paziente incida sulla diminuzione dell'ansia pre-operatoria.

I dati ottenuti dimostrano che un'informazione pre-operatoria più corretta, precisa e globale, fornita dal personale infermieristico, riduce in maniera significativa la percezione dell'ansia pre-operatoria.

I risultati, infatti, fanno dedurre che gli

Domande del questionario "Had"

- A Mi sento teso e contratto
- B Ho come una sensazione di paura, come se stesse per capitarmi qualcosa di terribile
- C La mia mente è attraversata da cattivi pensieri
- D Posso sedermi comodamente e sentirmi rilassato
- E Ho una sensazione di paura, come delle "farfalle" nello stomaco
- F Sento che non ho tregua e devo sempre stare in movimento
- G Mi capita di avere improvvisamente sensazioni di panico

Tabella 2. Domande del questionario "Had" per la valutazione dell'ansia

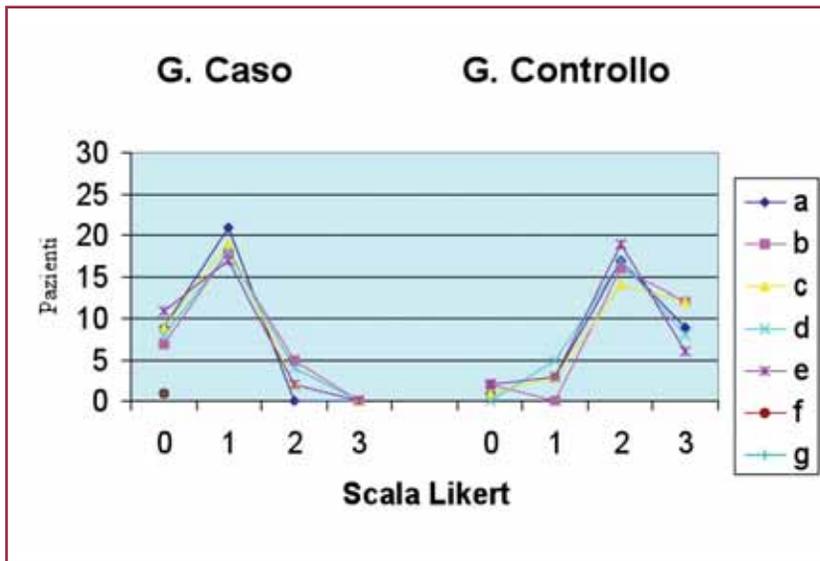


Grafico 4 - Confronto del livello di ansia tra i due gruppi

utenti abbiano tratto giovamento dall'applicazione del trattamento informativo, riuscendo a gestire al meglio l'ansia pre-operatoria.

Per valutare la significatività dello studio si è fatto ricorso alla curva z normale piuttosto che alla t di Student, pur trattandosi di due campioni di numerosità non troppo elevata ($n=30$) ma non tali da essere considerati piccoli campioni. La verifica sulla significatività delle differenze tra le medie m_1 e m_2 dei due campioni è stata basata sull'ipotesi nulla: $H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0$.

$$\text{Calcolando: } z = \frac{m_1 - m_2}{\sqrt{\frac{s_1^2 + s_2^2}{n-1}}}$$

Come si vede, tutte le differenze sono altamente significative. Livello di fiducia del 999 per mille (***).

Test di significatività			
D medie	S stimato	z	
1,433333	0,158174	9,061725	***
1,333333	0,184868	7,212346	***
1,466667	0,175294	8,366898	***
1,233333	0,166667	7,4	***
1,266667	0,177034	7,154939	***
1,4	0,133907	10,45503	***
1,366667	0,18621	7,339366	***

Tabella 3. Test di significatività

I limiti dello studio riguardano la scarsità campionaria ed il fatto che esaminano una sola realtà clinica.

CONCLUSIONI

Lo studio esposto in questo lavoro dimostra quanto la ricerca possa produrre l'evidenza del *nursing* attraverso la conoscenza.

E' stata messa in luce una relazione tra la teoria e la pratica: l'intuizione iniziale è stata sostenuta scientificamente ed i risultati hanno portato ad affermare, per mezzo di dati e non solo di parole, che esiste una relazione tra informazione e riduzione dell'ansia pre-operatoria del paziente.

In riferimento al tema della ricerca, quindi, i risultati ottenuti da questo studio, relativamente all'ipotesi formulata, sono da considerarsi migliori dei risultati attesi, anche alla luce dei test di significatività statistica, livello di fiducia del 999 per mille.

Per quanto attiene le raccomandazioni, si può affermare che **se gli infermieri riuscissero a dare più tempo al paziente, egli trarrebbe più beneficio elaborando meglio le informazioni date e affrontando l'intervento diagnostico/operativo emodinamico con un livello di ansia minore.**

Sarebbe interessante la realizzazione di un ulteriore studio che potrebbe riguardare la somministrazione di informazioni relative il post-operatorio durante la fase di pre-ospedalizzazione, valutando se tempi più lunghi di elaborazione delle informazioni, messi in relazione ai diversi gradi di ansia del paziente, possano determinare una maggiore riduzione dello stato ansioso prima dell'intervento.

AUTORI:

Teresa Compagnone, professore a contratto Università "Tor Vergata di Roma";
 Laura Soldà, infermiera dirigente Cooperativa sociale "Nuova Sair Onlus",
 Anna Massei, infermiera presso il Pronto Soccorso dell'ospedale "G.B. Grassi di Ostia".

BIBLIOGRAFIA

- Mecher M.H, Rothroch J.C, *Assistenza e trattamento del paziente chirurgico*. Milano: Utet Scienze mediche, 2006.
 Delarose T, *Assistenza Infermieristica perioperatoria*.
 Crafen R, Hirle C.J, *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*. Milano: casa editrice Ambrosiana, 1998.
 Asilioglu K, Celik S.S, *The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients*. Patient- Education-and- Counseling 2004; 53 (1): 65-70.
 Fain J.A, *La ricerca infermieristica*. Milano: Mc Graw-Hill, 2004.
 Labbrozzi D, *Misure di salute e di vita*. Milano: Il Pensiero Scientifico editore, 1995.
 LoBiondo-Wood G, Haber J, *Metodologia della ricerca infermieristica*. Milano: Mc Graw-Hill, 2002.

La valutazione del dolore nelle differenti etnie

di Federica Aloisi, Alberto Bernini, Fabio Burul

ABSTRACT

La cultura modella i valori, le credenze, le norme e le pratiche dei singoli, incluso il modo in cui le persone reagiscono al dolore.

Esso è un concetto cruciale per l'assistenza ai pazienti, in modo particolare, nelle popolazioni provenienti da altre culture.

Al fine di effettuare una corretta valutazione del dolore, dunque, è indispensabile l'impiego di strumenti (scale di valutazione) che siano in grado di rilevare, nel modo più puntuale ed attendibile, il dolore, considerandone anche le caratteristiche soggettive.

Ciò, per evitare distorsioni legate all'etnocentrismo dell'operatore.

Il XIII Municipio di Roma è caratterizzato dalla presenza di popolazioni multietniche. L'accesso di questi utenti all'unica struttura ospedaliera presente sul territorio, ossia l'ospedale "G.B. Grassi" di Ostia, ha fatto nascere l'esigenza di indagare se esistono delle effettive differenze nella percezione del dolore.

Lo studio, condotto nel reparto di Ginecologia ed Ostetricia, evidenzia che vi è, di fatto, una disparità nella percezione del dolore tra le pazienti italiane (in cui l'intensità di percezione è maggiore) e quelle straniere, ma che, in fondo, non si tratta di una disparità così ampia rispetto a quanto ipotizzato prima dell'inizio dell'indagine.

INTRODUZIONE

Il dolore rappresenta: *"un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, legata ad un'lesione tissutale potenziale o reale, o descritta in relazione a tale danno"* (Oms, 2001).

La percezione del dolore, l'adatta-

mento della persona e la risposta al trattamento sono influenzate da molte variabili (come l'età, la religione, le cultura e la propria storia personale, tra cui le pregresse esperienze dolorose) che rendono, non solo ogni singola persona unica ma, possono anche complicare la rilevazione ed il conseguente trattamento del dolore stesso.

Gli strumenti più indicati affinché ci sia una valutazione del dolore puntuale ed accurata, sono le scale di valutazione del dolore, ognuna applicabile alle singole esigenze del paziente.

La compilazione di queste scale viene effettuata direttamente dal paziente e/o dagli operatori sanitari. Il compito dell'infermiere è quello di effettuare un'assistenza mirata alle esigenze del singolo individuo e, affinché questo avvenga, è fondamentale creare un rapporto di fiducia con il paziente, evitando l'etnocentrismo, che può essere radicato nell'individuo.

Per evitare di incorrere in errori assistenziali, che rischiano di compromettere totalmente il rapporto terapeutico, **l'operatore deve conoscere la cultura di provenienza del paziente ed avere un approccio transculturale nell'assistenza infermieristica** (*nursing transculturale*), sfruttando, laddove possibile, la professionalità del mediatore culturale che permette di migliorare la collaborazione tra gli operatori e i pazienti che non comprendono a pieno la lingua del Paese ospitante e, di conseguenza, inficiare la qualità delle prestazioni erogate.

Oggi, in Italia, in flusso di immigrati è pari al numero di emigranti italiani del secondo dopoguerra, con una concentrazione maggiore al Nord (62,5%); nel Centro (25%) e al Sud (13%).

Nel nostro territorio di riferimento - il XIII Municipio di Roma, appunto - la presenza di immigrati influisce anche sulle caratteristiche dell'assistenza sanitaria. È proprio questa che ha fatto emergere la necessità di affrontare aspetti assistenziali prendendo in considerazione le esigenze dei nuovi soggetti fruitori. Questa indagine tratta la valutazione del dolore nelle diverse etnie, focalizzando se vi è o no una differenza nella percezione del dolore post-chirurgico tra le donne italiane e quelle straniere.

METODOLOGIA DELLA RICERCA

Per la valutazione del dolore nelle varie etnie, è stato somministrato un questionario anonimo alle pazienti ricoverate presso l'Uo di Ginecologia ed Ostetricia dell'ospedale "G.B. Grassi" di Ostia. Il campionamento preso in considerazione è composto da 120 donne, di nazionalità sia italiana che straniera, tutte sottoposte ad un intervento chirurgico (alle domande del questionario gli è stato chiesto di rispondere dopo circa 72 ore dall'intervento).

Il questionario è composto da una parte iniziale riguardante informazioni di carattere generale, seguita da una più specifica in cui viene richiesto: il tipo di intervento effettuato, il tipo di analgesia somministrata, un'auto-valutazione del dolore percepito tramite la scala analogica visiva (Vas) e la scala numerica verbale (Vns), nonché l'eventuale utilizzo di tecniche non farmacologiche per il controllo del dolore.

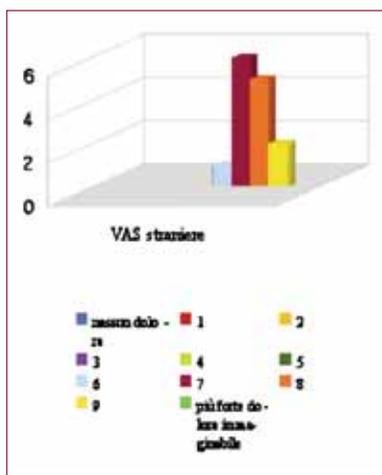
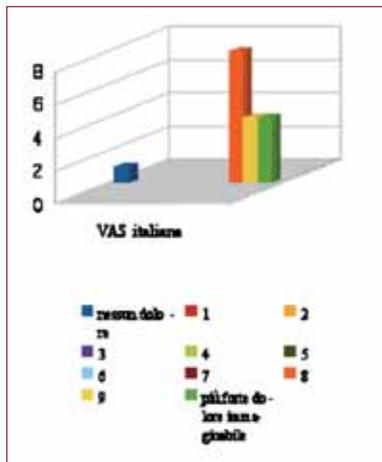
In conclusione, viene data l'opportunità all'intervistata di esprimere eventuali suggerimenti per l'assistenza nel suddetto reparto.

RISULTATI E DISCUSSIONE

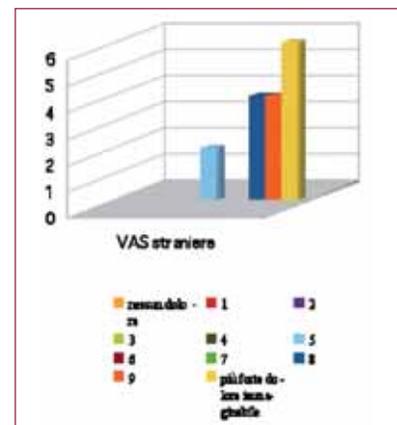
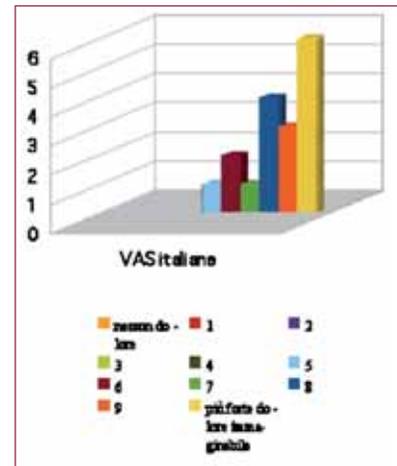
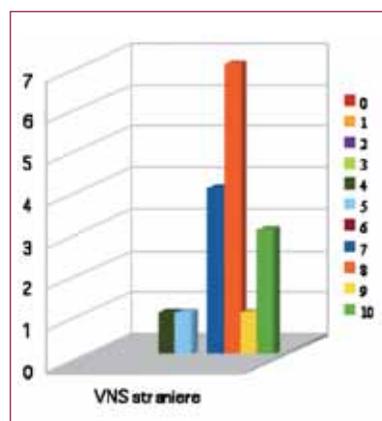
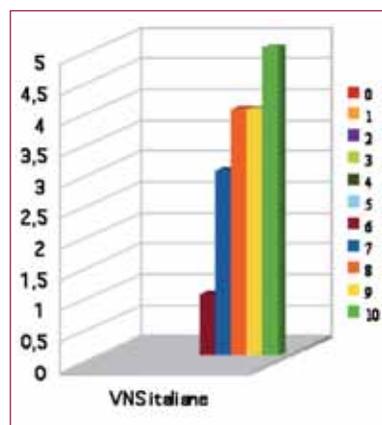
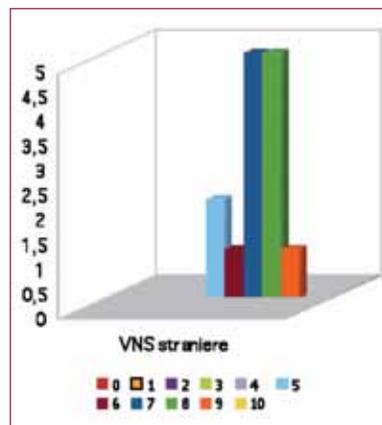
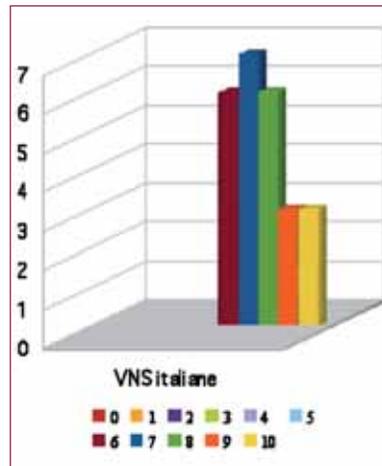
Ai fini dell'indagine, sono state prese in considerazione le pazienti sottoposte al parto spontaneo (con e senza parto analgesia) e al taglio cesareo, in quanto fornivano un campione più ampio e differenziato. Non è stato possibile confrontare i dati rilevati con dati pregressi, poiché non esiste una precedente casistica nella struttura ospedaliera considerata, né di carattere infermieristico né di carattere medico, relativa alla valutazione del dolore nelle donne di etnie differenti.

I grafici seguenti evidenziano le risposte date dalle pazienti italiane e straniere che hanno effettuato un parto spontaneo con parto analgesia.

I dati sono rilevati mediante scala analogica visiva (Vas):



- il livello 7 della scala viene indicato solo dalle pazienti straniere (7,2%), al contrario, nelle pazienti italiane viene completamente omesso;
- il livello 8 della scala viene indicato



per il 10% dalle pazienti italiane, per il 6% da quelle straniere;

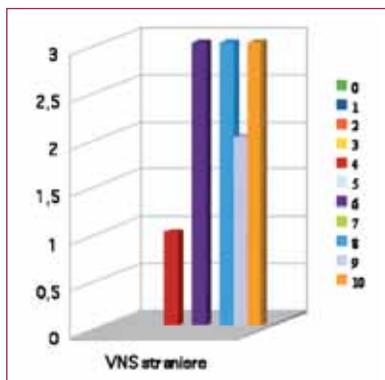
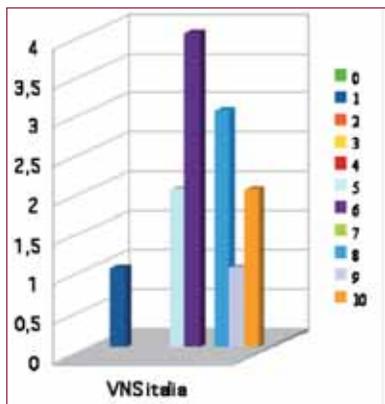
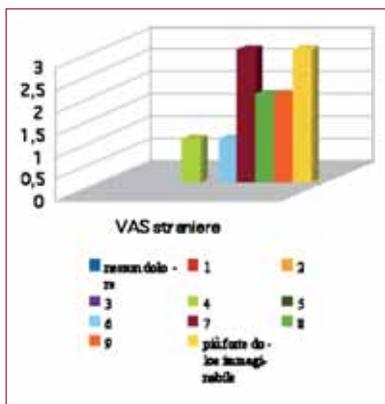
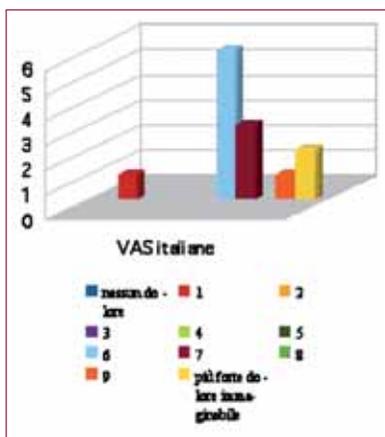
- per il livello massimo della scala Vas, corrispondente al livello 10 ovvero: "il dolore più forte immaginabile", si nota che, se le pazienti straniere non hanno ritenuto opportuno indicarlo, le pazienti italiane lo fanno nel 4,8% dei casi.

Prendendo in considerazione la scala numerica verbale (Vns):

- il livello 10, corrispondente al massimo livello di dolore, le pazienti italiane lo hanno indicato per il 4%, mentre le pazienti straniere non lo hanno indicato;
- il livello 6 è stato segnalato per il 7,2% dalle pazienti italiane, mentre per le donne di origine straniera solo per l'1,2%.

Analizzando i dati relativi al parto spontaneo e senza che si sia fatto ricorso ad alcun tipo di analgesia si può notare che, con la scala del dolore Vas:

- al livello 8, sia le pazienti italiane che quelle straniere hanno fornito le medesime risposte;



– il livello 6, invece, è quello in cui si rilevano le maggiori disparità: le donne italiane lo indicano per il

2,4%, al contrario delle donne straniere che non lo indicano affatto.

Per quanto riguarda la scala Vns:

- il livello 8 mostra una rilevante differenza tra le risposte, poiché le italiane lo hanno indicato per il 4,5%, mentre le donne di origine straniera per il 9%;
- il livello 9 è stato indicato solo dal 5% delle pazienti italiane, mentre le pazienti straniere non hanno ritenuto opportuno indicarlo;
- il livello 10 della scala è stato scelto dal 6% delle pazienti italiane e dal 3,6% delle straniere.

I dati relativi al **taglio cesareo**, effettuati mediante analgesia spinale, mostrano che il 60% delle pazienti sottoposte a questo tipo di intervento erano italiane, il restante 40% straniere.

Analizzando le scale del dolore Vas e Vns si nota:

- il livello 6 della scala Vas evidenzia maggiori differenze: 7,5% per le pazienti italiane, 1,2% per le straniere;
- il livello 7 mostra una parità di percezione del dolore fra le pazienti italiane e quelle straniere, pari al 3,6%.

Mentre, se si prende in analisi la scala del dolore Vns:

- il livello 8 e quello 10 mostrano una lieve differenza: le italiane indicano il primo per il 5%, mentre le straniere per il 3,5%; il secondo, le italiane lo indicano per il 2,5%, le donne straniere per il 3,5%;
- al livello 6, invece, mostra una parità delle preferenze: sia le pazienti italiane sia quelle straniere lo indicano per 3,5%.

CONCLUSIONI

I dati relativi al decorso post-operatorio ed alla rilevazione del dolore evidenziano che esistono delle differenze nella percezione del dolore tra le pazienti italiane e quelle straniere, anche se queste differenze non sono state poi così ampie rispetto a quanto ipotizzato prima dell'indagine condotta.

Le pazienti italiane risultano percepire il dolore più intensamente e tendono a commentare maggiormente le singole risposte.

Le pazienti straniere, al contrario, risultano essere più stoiche e si limitano a dare risposte molto sintetiche (forse anche perché hanno una minore conoscenza della lingua italiana). La somministrazione del questionario a distanza di 72 ore dall'intervento chirurgico ha reso possibile una valutazione del dolore complessiva ma probabilmente non reale, verosimilmente dovuto ad eventuali incomprensioni con il personale durante il periodo di ricovero.

In considerazione di quanto studiato, pertanto, si suggerisce lo svolgimento di una nuova valutazione del dolore nelle differenti etnie a tempo zero ed a: 2, 6, 12 e 24 ore dall'intervento, allo scopo di effettuare una valutazione più puntuale del dolore nelle varie culture.

AUTORI:

Federica Aloisi, laureanda in Infermieristica presso l'università di Tor Vergata; Alberto Bernini, dirigente medico e docente in Anestesiologia presso il corso di laurea in Infermieristica, Asl Rm-d

Fabio Burul, Cpsi Coordinatore, Uoc servizio professionale Infermieristico ed Ostetrico - corso di laurea per Infermiere; docente di Infermieristica Clinica delle Disabilità, università di Roma "Tor Vergata" - Asl Rm-d.

BIBLIOGRAFIA

Catania G, Costantini M, Lambert A, *Validazione di uno strumento che misura le conoscenze e gli atteggiamenti degli infermieri italiani sulla gestione del dolore*. Assistenza Infermieristica e ricerca 2006; 25 (3): 149-156.

Di Giacomo P, Di Giulio C, Zaccaro A, *L'infermiere e il dolore postoperatorio: quale percezione del fenomeno dolore*. Professioni Infermieristiche 2006; 59 (4): 233-241.

Karlstrom A, Engstrom-Olofsson R, *Post-operative pain after caesarean birth affects breastfeeding and infant care*. Jognn clinical research 2007; 36 (5): 430-440.

Sormani B, *La valutazione del dolore nella persona straniera: un'indagine compiuta presso l'azienda ospedaliera 'L. Sacco' di Milano*. Milano Leininger M, McFerland M R, *Infermieristica trans-culturale: concetti, teorie, ricerca e pratica*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2004.

Indagine qualitativa sul riconoscimento sociale della professione infermieristica

di Fabio Durazzo, Francesca Vela

INTRODUZIONE

Questa indagine si colloca nell'ambito delle attività di apprendimento incluse nel programma di metodologia della ricerca (corso integrato Management infermieristico) presso la sede dello Smom dell'Università di Tor Vergata di Roma (docente: professoressa Teresa Compagnone).

Scopo della presente ricerca è quello di indagare sul riconoscimento sociale dell'infermiere: riguardo al suo ruolo, alla sua formazione, alla sua attività professionale ed scoprire cosa pensano le persone rispetto al ruolo ed alla attività dell'infermiere. Evidenziare se vi è stato un cambiamento nella considerazione della professione infermieristica in seguito all'introduzione della laurea o meno. Se è cambiato qualcosa rispetto al passato o se le persone considerano l'infermiere ancora "colui che aiuta il medico".

MATERIALI E METODI

La ricerca di tipo qualitativo è stata effettuata utilizzando un'intervista semi-strutturata composta dalle seguenti cinque domande aperte:

- Secondo Lei chi è l'infermiere?
- Come considera l'infermiere?
- Lei cosa pensa della Professione infermieristica?
- E' cambiato qualcosa secondo Lei con l'introduzione della laurea?
- Consiglierebbe a suo figlio di frequentare il corso di laurea in Infermieristica?

La raccolta dati è stata realizzata attraverso un *focus group* costituito da cin-

que persone reclutate all'interno de "L'angolo Bar" in via di Tor Vergata. Il *focus group* è stato effettuato il giorno 28 giugno 2009, dalle ore 11 alle 13, alle persone che hanno aderito.

I partecipanti al *focus*, dopo essere stati informati dagli intervistatori, hanno dato il loro consenso. Quindi, è stato assegnato loro un numero da ripetere ogni volta che dovevano parlare e le risposte sono state registrate con il permesso degli stessi partecipanti. La discussione è stata moderata da Francesca Vela, che ha introdotto l'argomento e sottoposto le domande previste, mentre Fabio Durazzo ha svolto il ruolo di osservatore, rilevando gli atteggiamenti e le relazioni che si sono venute

te a creare durante l'intervista.

Il limite della ricerca consiste nella scarsa numerosità del campione: solo 5 intervistati. Un secondo limite, connesso con il primo è l'età media dei partecipanti, risultante di anni 48,5, con un *range* da 35 a 65. Nessun ragazzo ha voluto partecipare.

Sarebbe interessante ripetere questa indagine, con un campionamento più importante, per indagare più a fondo il problema.

ANALISI DEI DATI E RISULTATI

Dopo aver trascritto le interviste, i ricercatori hanno letto ripetutamente le trascrizioni per rilevare i concetti significativi. L'intervista ha fatto emergere quat-

	CATEGORIE	TEMI
1	Dare assistenza	
2	Risolvere problemi	
3	Creare rapporti	Attività professionale
4	Dare informazioni	
1	Responsabilità dell'infermiere	
2	Mancanza di autonomia	Indipendenza della professione
3	Iniziativa	
1	Professione	
2	Sviluppo della professione	Riconoscimento sociale della professione
3	Esclusività della professione	
4	Assenza di conoscenza	
1	Fiducia nell'infermiere	
2	Figura positiva	Caratteristiche dell'infermiere
3	Gentilezza	

Tab. 1 Categorie e temi emersi dalla ricerca

tro temi supportati da una serie di categorie. Queste ultime sono emerse dopo aver evidenziato frasi importanti e ripetute dai vari intervistati.

Successivamente queste frasi sono state riunite in base alla loro peculiarità (ossia ad analogia di argomento) e in base a tale analogia sono scaturite le categorie. Dalle categorie sono emersi quattro temi che riguardano: l'attività professionale, l'indipendenza della professione, il riconoscimento sociale della professione e le caratteristiche dell'infermiere. (Tab. 1).

DISCUSSIONE

In base ai dati raccolti, trascritti ed analizzati vediamo quanto emerge dallo studio, in rapporto ad ognuno dei temi.

Attività professionale

L'infermiere è la persona che prende in carico il paziente, colui che spiega alla persona cosa deve fare per migliorare il proprio stato di salute. *"Certo, gli infermieri sono venuti vicino a me e mi hanno spiegato determinate situazioni, come le pasticche."* (intervistato numero due) oppure: *"Mi ricordo che quando fui ricoverato per un intervento al ginocchio mi spiegarono come scendere e salire dal letto senza fare peso sul ginocchio, come posizionare le gambe a letto... mi hanno insegnato tante cose che non sapevo!"* (intervistato numero quattro).

Vengono introdotti, rispetto agli antichi stereotipi dell'infermiere, anche nuove visioni. L'infermiere al giorno d'oggi è colui che dà informazioni, istruisce, educa *"si è a contatto con le persone, che si deve possibilmente cercare di mettere sulla strada giusta: educare, istruire"* (intervistato numero due). *"Comunque vada, preparati o meno rispetto al medico, a me gli infermieri hanno salvato la vita... una infermiera mi ha portato la padella e si è accorta che avevo la febbre, avevo la febbre a 40 e io non me ne ero accorta, e lei col ghiaccio, con l'acqua, è stata vicino a me tutta la notte fino a mattina quando non è passata la febbre"* (intervistato numero quattro).

Indipendenza della professione

Tramite un'esperienza personale un'intervistata ha fatto notare che gli stessi

infermieri cercano di distinguersi dai medici, ovvero ognuno tiene alla propria professione. Eppure, la stessa intervistata interpreta tale distanza come presa di coscienza degli infermieri di essere inferiori. *"La seconda volta c'era una dottoressa proprio terrorizzata, stava sulla soglia della sala. La caposala ha risolto subito il problema mio delle vene e io ho detto grazie dottoressa e lei ha risposto che lei non era un medico quindi lei ci ha tenuto al suo ruolo. Quindi la caposala è inferiore ad un medico, no?!"* (intervistato numero due). Tale inferiorità sembra giustificata dal fatto che gli infermieri avrebbero minori responsabilità del medico *"se la situazione diventa pesante, se c'è qualcosa di grave, anche per non far prendere all'infermiere una responsabilità che sarebbe, insomma, eccessiva"*, colui che in realtà deve assumersi tutte le responsabilità è il medico, ma all'infermiere viene attribuita la responsabilità della somministrazione dei farmaci. La mancanza di responsabilità giustifica quindi l'assenza di autonomia da parte dell'infermiere a partire dalle situazioni della quotidianità fino all'emergenza. Questa è una delle cause che costringe gli infermieri a dover chiamare i medici in ogni circostanza.

La responsabilità maggiore degli infermieri è in rapporto al prendersi cura delle persone. Infatti sono loro i profes-

sionisti in contatto con i pazienti per un tempo maggiore rispetto ad altre figure professionali. *"Per me l'infermiere è una persona che dovrebbe, eh, perché io, l'indicativo è certezza, uso sempre il condizionale, dunque dovrebbe essere al servizio delle persone bisognose, malate: quindi non è da tutti fare questa professione. Dovrebbero farlo soltanto quelle persone che sentono dentro di loro una tendenza perché è una di quelle professioni in cui ci vuole una certa predisposizione, vocazione anche perché insomma è un lavoro difficile, ci vuole una certa umanità ed è la prima cosa"* (intervistato numero due). Ma anche: *"lo credo che l'infermiere sia colui che abbia delle responsabilità nei confronti delle persone"* (intervistato numero uno).

Riconoscimento sociale della professione

Gli intervistati hanno sottolineato come l'infermiere sia inferiore rispetto al medico nel suo ambito lavorativo poiché non ha la possibilità di prendere decisioni che riguardano una determinata situazione. Un esempio è nell'emergenza in quanto deve avvalersi dell'autorità del medico: *"al livello di emergenza, se è un caso è... l'infermiere chiama il medico"* (intervistato numero due) oppure: *"se c'è qualche problema, chiamano il medico"* (intervistato numero tre) però





gli stessi intervistati ammettono che gli infermieri hanno iniziativa e sono coloro che stanno più vicino al paziente *"sanno prendere iniziativa... anche se non esageratamente..."*.

Durante l'intervista è stata sottolineata da tutti i partecipanti l'esclusività della professione infermieristica per quanto riguarda la motivazione che porta le persone a scegliere questo lavoro. Tutti hanno associato tale professione ad una missione e ad una vocazione senza considerare altri aspetti, se non appena accennato il fatto che la qualifica professionale sia data dall'introduzione della laurea che sicuramente ha giovato agli infermieri per quanto riguarda la conoscenza e la preparazione pratica. *"La pratica va bene all' 80%, poi serve anche qualche altra cosa, per l'altro 20%"* (intervistato numero tre).

Proprio la laurea è stato un argomento dibattuto poiché non tutti erano d'accordo sul suo valore. Alcuni la chiamavano mini-laurea poiché composta solo da tre anni di studio rispetto alla laurea del medico. Il tempo di studio era per tutti una discriminante, oltre alla complessità delle materie studiate, anche se è stato ammesso che gli infermieri studiano materie come psicologia o sociologia per migliorare l'approccio col paziente. *"La considero come una mini-laurea, dura solo tre anni mentre le altre lauree*

durano cinque anni, pensa al medico, quindi qualcosa di diverso ci sarà!!!" (intervistato numero due), ma anche: *"Studiano solo tre anni e poi che cosa vuoi che si studi!"* (intervistato numero uno).

Comunque gli intervistati hanno affermato che il lavoro dell'infermiere non è una professione discriminante, proprio per questo farebbero frequentare il corso di laurea ai loro figli.

Caratteristiche dell'infermiere

"Dovrebbero farlo soltanto quelle persone che sentono dentro di loro una tendenza a fare del bene, perché è una di quelle professioni in cui ci vuole una certa predisposizione, vocazione anche perché insomma è un lavoro difficile, ci vuole una certa umanità ed è la prima cosa. E poi insomma, bisogna anche sapere quello che si deve fare, visto che ci sono delle grosse responsabilità" (intervistato numero due), ma anche: *"Io credo che l'infermiere sia colui che abbia delle responsabilità nei confronti delle persone"* (intervistato numero uno).

Alcuni degli intervistati hanno fatto notare che nel momento del ricovero hanno dato piena fiducia agli infermieri quando somministravano loro i farmaci ma nello stesso tempo controllavano se era corretto il numero delle pasticche e

a cosa servissero, sottolineando come gli infermieri fossero preparati sull'argomento.

"Sinceramente non mi sono mai posta questo problema, non ho mai messo in dubbio la terapia preparata dagli infermieri!" (intervistato numero cinque) oppure: *"Vabbè, magari può succedere che sbagliamo a dare una pasticca"* (intervistato numero tre) e *"In quel caso me ne accorgerei dal numero delle pasticche! Sbagliare è umano!"* (intervistato numero cinque).

"Comunque una persona si affida a chi le sta vicino quando si sta male, altrimenti che ci sta a fare l'infermiere!" (intervistato numero cinque).

Si è riscontrato che le persone non riescono a valutare la figura dell'infermiere nella sua complessità, ma solo in base ad una propria esperienza personale. Infatti molti sono stati i giudizi riguardanti la personalità degli infermieri, per esempio la disponibilità o la gentilezza.

Ciò si è verificato anche nel momento in cui si è chiesto dove lavora l'infermiere. In questo caso, si è rilevata la mancanza di conoscenza degli intervistati: per loro gli infermieri lavorano solo in ambito ospedaliero e nessuno ha fatto cenno ad altri tipi di realtà.

CONCLUSIONI

La ricerca ha messo in luce come la figura dell'infermiere sia ancora legata a quella del medico, del quale segue le direttive in campo professionale per poter seguire il percorso assistenziale della persona, senza alcun accenno ad un concetto di autonomia.

Le persone non conoscono il percorso formativo dell'infermiere, sanno che è diverso rispetto al passato perché vi è stata l'introduzione della laurea, ma poi non sanno come si sviluppa sia dal punto di vista della didattica (materie, tirocinio) che dal punto di

vista professionale e si considera la laurea infermieristica come una mini-laurea che ha valore inferiore rispetto a quella medica.

In ambito lavorativo si evidenzia anche la subordinazione dell'infermiere al ruolo del medico. **L'infermiere è ancora visto come mero esecutore delle decisioni mediche e come colui che effettua solo un'attività prettamente pratica; nessuno parla di autonomia professionale, decisionale o anche gestionale**

ma soprattutto nessuno sa che l'infermiere può fare ricerca ed è in continua formazione ed aggiornamento anche se si riconosce il suo valore nell'attività quotidiana poiché è colui che si relaziona maggiormente con il paziente.

E' emerso che l'infermiere è visto in relazione alle persone solo in caso di malattia, ossia non ha alcun ruolo nell'attività di prevenzione ed è visto solo come colui che lavora all'interno dell'ospedale.

Lo studio ha sottolineato che il cambiamento della professione infermieristica non è ancora percepito da parte della popolazione nella sua complessità ed interezza. Sembra che il cammino sia ancora molto lungo.

AUTORI:

Fabio Durazzo, studente terzo anno corso di laurea in Infermieristica Tor Vergata sede Smom;

Francesca Vela, studente terzo anno corso di laurea in Infermieristica Tor Vergata sede Smom.

BIBLIOGRAFIA

Cantarelli M, *Gli infermieri nella ricerca*. Milano: Mc Graw-Hill; 2006.

Fain JA, *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*. Milano: Mc Graw-Hill; 2004.

Lo Biondo - Wood - Haber, *Metodologia della ricerca infermieristica*. Milano: Mc Graw-Hill; 2002

IN PILLOLE

Nuovo virus mortale in Sudafrica, colpita anche un'infermiera

Un nuovo virus di origine sconosciuta, paragonabile al virus Ebola e causa di una febbre emorragica mortale nell'80% dei casi, è stato osservato in Sudafrica.

La prima persona infettata da questo agente patogeno era una guida turistica di Lusaka, nello Zambia. La donna, nel settembre 2008, era stata trasportata in aereo in un ospedale di Johannesburg, dove il suo stato si era aggravato, ha spiegato il dottor Nivesh Sewlall durante la conferenza annuale sugli agenti antimicrobici e la chemioterapia (Icaac), svoltasi il 12 e 13 settembre a San Francisco.

Questa prima paziente è deceduta, come tre addetti dell'ospedale dove era stata curata. Un'infermiera ugualmente infettata da questo virus battezzato Lujo - dalle prime sillabe delle parole Lusaka e Johannesburg - è sopravvissuta grazie a dei trattamenti-shock, tra cui l'antivirale ribavirina utilizzato contro l'epatite C e B. Ma le è occorso quasi un anno prima di poter recuperare completamente, ha precisato il medico dell'università di Witwatersrand, a Johannesburg, che ha curato i malati contagiati.

L'infermiera era stata contaminata nonostante le precauzioni eccezionali prese dopo i decessi dei suoi tre colleghi.

I primi sintomi causati dal virus Lujo sono stati accessi febbrili, dolori muscolari, eruzioni cutanee, seguiti da diarrea e insufficienze degli organi, in particolare del fegato.

La maniera con cui il virus si è trasmesso non è stata determinata ma gli autori dello studio pensano che la trasmissione è avvenuta per contatto con sangue o secrezioni corporali contaminate, come nel caso delle altre febbri emorragiche.

LO STABILISCE L'ORDINANZA DEL MINISTERO DEL WELFARE

Vaccino, priorità agli infermieri

Agli infermieri e a tutto il personale socio-sanitario la priorità assoluta per la vaccinazione contro la cosiddetta "Influenza A". Lo stabilisce l'ordinanza del ministero del Welfare dell'11 settembre scorso ("Misure urgenti in materia di profilassi vaccinale dell'Influenza pandemica A/H1N1"), con cui il Governo fissa tempi e priorità di somministrazione del vaccino contro il virus.

L'ordinanza prevede che a conclusione della campagna vaccinale sia coperto il 35-40% della popolazione italiana e che la distribuzione del vaccino alle Regioni avvenga tra il 15 ottobre e il 15 novembre prossimi. I primi ad essere vaccinati saranno appunto gli operatori sanitari, insieme al personale delle forze di sicurezza, della protezione civile e di altri servizi essenziali, per un totale di circa 8 milioni e mezzo di persone.

Un milione e mezzo di dosi sono destinate al personale sanitario e di assistenza dei servizi sanitari accreditati, delle strutture socio sanitarie (case di riposo, Rsa), dei Distretti sanitari, almeno il 90% dei medici di famiglia e dei pediatri, i medici competenti, gli addetti ai servizi amministrativi di supporto, il personale di Poste Italiane e Telecom. Le vaccinazioni sono affidate ai Dipartimenti di Prevenzione-Centri Vaccinali.

Il secondo turno di vaccinazione è previsto entro fine anno e riguarderà i soggetti a rischio dai 6 mesi ai 65 anni, con 7 milioni di dosi. Altre 16 milioni di dosi saranno destinate, da febbraio 2010, ai gio-

vani tra 2 e 27 anni, comprendendo quindi la popolazione sana, con modalità ancora da definirsi. Per le donne in gravidanza e per le co-vaccinazioni si attende una successiva ordinanza dettagliata dopo il parere del Consiglio Superiore di Sanità.

Contrariamente a quanto si è ritenuto finora, basterebbe una sola dose di vaccino per innescare una protezione immunitaria al virus efficace e persistente. I recenti test preliminari sul vaccino anti-H1N1 condotti in Australia e Gran Bretagna (pubblicati sul New England Journal of Medicine) evidenziano infatti che una singola vaccinazione a dosaggio standard produce una risposta immunitaria forte in oltre il 96% degli adulti presi in esame.

Nel Lazio la Regione ha attivato il Gruppo Tecnico di Coordinamento previsto dal Piano Pandemico Regionale. L'Agenzia di Sanità Pubblica (Asp) ha avuto mandato di diramare raccomandazioni immediate alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, riattivare la rete regionale di medici-sentinella (rete Influnet), gestire la dotazione di test rapidi ai Pronto Soccorso sede di Dea di primo e secondo livello (da eseguire sui casi sospetti), con test di conferma presso i laboratori dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e dell'Inmi "Spallanzani", a seconda dell'area in cui sono ubicati i Pronto Soccorso. L'Asp dovrà inoltre curare la distribuzione di antivirali agli ospedali sede di Dea di primo e secondo livello ed effettuare una ricognizione delle scorte di Dispositivi di Protezione Individuale.

Il Collegio IPASVI in Rete

italiano

benvenuti

welcome

bienvenidos

espanol

english

www.ipasvi.roma.it

Siamo anche su Televideo Rai 3 alla pagina 439

Focus

Sanit 2009



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

**RECORD DI PRESENZE PER LA MANIFESTAZIONE
ORGANIZZATA PRESSO IL PALAZZO DEI CONGRESSI**

Sanit, meglio di così non poteva andare

Meglio di così non poteva andare, meglio di così non si poteva fare.

Le quattro giornate della Fiera internazionale della salute di Roma, **SANIT 2009**, non solo hanno visto incontrastato protagonista il Collegio Ispasvi di Roma, ma hanno costituito, al tempo stesso, un luogo privilegiato di incontro e di confronto tra i 27mila infermieri romani e le istituzioni che governano la sanità a livello nazionale e locale.

L'inizio, come si suol dire, è stato "con il botto". Anche a distanza, quel 23 giugno, i professionisti della salute lo ricorderanno bene come il giorno di apertura di Sanit, ma pure come il giorno dedicato, dall'Ispasvi, al nuovo Codice Deontologico degli infermieri.

Soprattutto, come il giorno del ministro alla Salute, **Ferruccio Fazio**, e dei suoi: "quattro impegni precisi che il Governo prende di fronte a migliaia di infermieri". Tra le tante personalità che si sono avvicendate sul palco, alla presenza del presidente del Collegio di Roma, **Gennaro Rocco**, e della presidente della Federazione nazionale, **Annalisa Silvestro**, Fazio è stato quello che ha fatto più notizia e ha suscitato più clamore e reazioni a livello nazionale. Proviamo a riavvolgere il nastro della memoria e ricapitoliamo cosa ha detto.

Il ministro ha dato, anzitutto, **ampie rassicurazioni circa la trasformazione, anche da un punto di vista formale, degli attuali Collegi, in Ordine degli Infermieri**, al pari di altre professioni

(ingegneri, medici, giornalisti, architetti, avvocati): "In questo processo, che riguarda attualmente circa 17 professioni sanitarie, voi partite in una posizione di leadership, per quanto avete costruito in tutti questi anni, ma anche e soprattutto in virtù del nuovo Codice di cui vi siete dotati", ha detto, soffermandosi sui docenti universitari "prestati" agli atenei dal Sistema sanitario nazionale.

Professori a tutto tondo nella pratica quotidiana, ma contrattualmente non inquadrati come tali.

Per loro, il Governo immagina un'assunzione come professori di ruolo, alla stregua degli altri colleghi di aula. Una regolamentazione che, comunque, andrà con-

certata anche con le Regioni.

Ma la notizia che ha avuto maggiore eco a livello nazionale è stata quella relativa alla possibilità di **prevedere la presenza di infermieri professionisti all'interno delle farmacie**, soprattutto nei piccoli centri abitati, dove esse diventano un vero e proprio presidio del sistema sanitario.

Questa pratica, attualmente, non è possibile a causa di un divieto normativo datato 1934 (che, di fatto, impedisce la contemporanea di due professionisti operanti nello stesso luogo), che andrebbe soppresso. In questo modo, accanto al farmacista, ci sarebbe la figura dell'infermiere, deputata a prelievi, misurazione





La folla di partecipanti alla giornata inaugurale

della pressione, dispensare consigli, tanto per fare qualche esempio.

Chiaramente, anche in questo caso, bisognerà che l'Ipasvi vigili attentamente sulle modalità di applicazione - regione per regione, farmacia per farmacia - in modo che questa novità, in alcun caso, si trasformi in un boomerang per qualche collega.

Parimenti innegabili i nuovi scenari che si aprono per il futuro della professione infermieristica a cui è stata promessa (sempre dal ministro) la regolamentazione della libera professione *intramoenia*, in analogia con quella medica.

Infine, Fazio è intervenuto pure sul dibattito in corso circa la ventilata soppressione del settore disciplinare Med45 (questa la sigla che indica le: "Scienze infermieristiche generali cliniche e pediatriche") nel contesto del decreto legge 180 sulla riforma dell'università.

Il ministro ha assunto ufficialmente l'impegno di salvaguardare tale settore, alla luce: "del ruolo sempre più centrale e costruttivo che gli infermieri rivestono

nel panorama del Ssn e del sistema universitario italiano".

La posizione del Collegio rispetto a queste dichiarazioni è stata, quindi, prontamente riassunta in una mozione, proclamata e votata all'unanimità il giorno successivo, il 24 giugno, e di cui trovate il testo completo all'interno di questo Focus.

Mozione che da subito ha incassato il pieno sostegno da parte delle istituzioni

nazionali e regionali, a partire dal senatore **Cesare Corsi**, che, intervenendo ai lavori di Sanit, si è impegnato a portarla in Parlamento; fino al presidente della commissione Sanità del Consiglio regionale del Lazio, **Luigi Canali**, che l'ha fatta propria, facendola approvare come ordine del giorno alla Pisana, anche alla luce del concreto e intenso contributo (vedi Focus del numero scorso) reso dal Collegio nell'elaborazione del nuovo



Il servizio gratuito di misurazione della pressione presso lo stand del Collegio



Piano sanitario regionale.

Sanit, comunque, non è stato solo politica sanitaria *tout court*.

Non sono mancati, infatti, momenti di confronto, dibattito, racconto delle esperienze professionali. Ne è esempio la giornata di giovedì 25 giugno, con un interno pomeriggio dedicato alla prevenzione nei servizi in rete.

Quanto al nuovo Codice Deontologico, anche in tal caso, si sono alternati momenti più seri a quelli più rilassati. Accanto alla disanima degli aspetti etici e antropologici (*vedi il contributo in pagina della consigliera Ipasvi-Roma, **Angela Basile***) o alla *lectio magistralis* del professor **Antonio Gioacchino Spagnolo**, spazio anche per una gradita

sorpresa: l'attore e doppiatore **Pino Insegno**, infatti, invitato dal Collegio per una lettura solenne di tutti gli articoli del Codice. Insegno però è andato oltre, cedendosi alla platea per foto e autografi, nonché per raccontare la sua personale esperienza di vita nel rapporto con gli infermieri romani, di cui spesso ha avuto bisogno.



L'onorevole Paola Binetti e la vicepresidente del Collegio Maria Ausilia Pulimeno



Il presidente del Collegio Gennaro Rocco

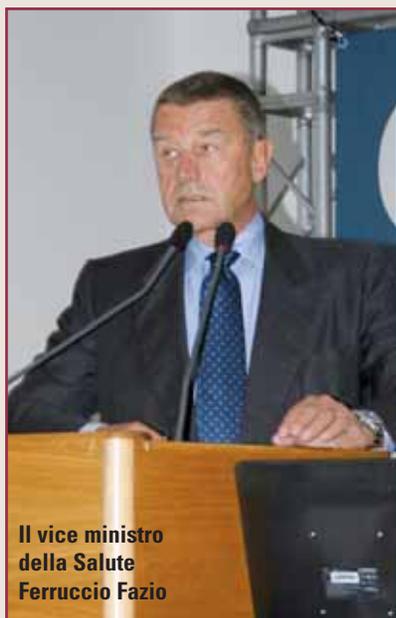
Questa mozione esprime, attraverso la voce del Presidente del Collegio Ispasvi di Roma, **Gennaro Rocco**, la volontà degli oltre **27mila infermieri romani**

Gli infermieri del Collegio Ispasvi di Roma il 23 giugno 2009, in occasione del Sanit

ribadiscono di essere professionisti della salute e dell'assistenza, in quanto detentori di competenze proprie, di un sapere disciplinare specifico e di un Codice deontologico a cui riferirsi nell'esercizio della loro attività professionale in tutti gli ambiti e in tutte le situazioni;

rivendicano la piena autonomia, specificità e responsabilità delle loro attività, nonché dei processi formativi finalizzati a trasmettere le Scienze infermieristiche alle nuove generazioni di professionisti, oggi coerentemente collocati nell'Università;

riaffermano la necessità della piena titolarità della docenza infermieristica e della valorizzazione dei docenti e tutor infermieristici per formare infermieri con elevate competenze nella pratica clinico-assistenziale, nella ricerca e nell'organizzazione;



Il vice ministro della Salute Ferruccio Fazio

sottolineano la necessità di incidere sulla programmazione universitaria in ragione della strutturale carenza di personale infermieristico, che da anni si registra nel nostro Paese, e di incrementare di conseguenza le risorse e il numero dei docenti infermieri necessari a gestire corsi di laurea con standard di qualità formativa adeguati;

si impegnano a migliorare costantemente la relazione con l'assistito al fine di garantire, anche in situazioni di difficoltà, risposte peculiari, appropriate e pertinenti alle esigenze di cura e ai bisogni di assistenza della cittadinanza;

sollecitano a tal fine una valorizzazione delle carriere legate alla clinica e il riconoscimento a tutto tondo del ruolo della professione infermieristica a sostegno delle politiche governative e regionali che oggi puntano alla razionalizzazione delle risorse sulla base delle nuove definizioni di "governo clinico e assistenziale" e di "continuità assistenziale".

Gli infermieri di Roma prendono quindi atto con soddisfazione:

delle significative affermazioni e degli impegni che il Viceministro alla Salute **Ferruccio Fazio**, intervenuto all'assise romana, ha espresso in relazione:

- al mantenimento del Settore scientifico disciplinare **Med45**, alla luce "del ruolo sempre più centrale e costruttivo che gli infermieri rivestono nel panorama del Ssn e del sistema universitario";
- all'istituzione di un'area funzionale di **docenza e ricerca** comprensiva di tutte le funzioni attinenti alle attività dei corsi universitari delle professioni infermieristiche relative sia al tirocinio, sia alla docenza degli insegnanti teorici;
- al futuro inquadramento e alla stabilizzazione nel ruolo di professori dei **docenti infermieri** attualmente "prestati" agli Atenei dal Ssn, secondo una precisa regolamentazione da concordare tra Regioni e Università;
- al rapido inserimento dei docenti sta-

bilizzati nella vita delle Facoltà di Medicina "con dignità pari a quella dei professori associati e ordinari";

- alla valorizzazione in ogni struttura del sistema sanitario italiano "della **capacità di governo** che gli infermieri hanno sviluppato in questi anni";
- alla valorizzazione della figura dell'infermiere sul **territorio** e, in particolare, al suo inserimento nella rete delle **farmacie** per un completamento ed arricchimento dell'offerta sanitaria infermieristica in favore della cittadinanza;
- alla regolamentazione della **libera professione** infermieristica intramuraria, in analogia e con "la stessa libertà di azione riservata ai medici";
- al rapido riconoscimento, anche formale, dell'**Ordine degli Infermieri**, per la posizione di *leadership* che questa professione ha assunto rispetto alle altre "anche in virtù del Codice recentemente rinnovato".

Sottolineano, in particolare, la rilevanza della posizione assunta dal Viceministro **Fazio** in relazione alle ventilate notizie circa il coinvolgimento dell'Area infermieristica nell'ambito delle operazioni di riduzione dell'attuale numero di corsi di laurea, così come contemplato dal Decreto legge 180 di riforma dell'Università.



Il presidente del Collegio Gennaro Rocco

focus

Gli infermieri e i loro organismi di rappresentanza ribadiscono con forza che sopprimere o accorpate ad altri settori disciplinari il Med45 (questa la sigla che indica il settore delle "Scienze Infermieristiche Generali Cliniche e Pediatriche") non solo rappresen-

rebbe un vero e proprio scippo ai danni della professione infermieristica, compromettendo la prospettiva di costruire nel tempo una propria autorevole nuova classe di Docenti infermieri, come avviene nella maggior parte degli altri Paesi europei, ma costituirebbe soprattutto un grave danno

per l'intero Sistema sanitario italiano privandolo, di fatto, della possibilità di contare su professionisti di qualità.

Il Presidente del Collegio Ipasvi di Roma
Gennaro Rocco
Roma, 23 giugno 2009



Adriana Pannitteri, giornalista del Tg1, con Pino Inseguo e Gennaro Rocco



**IL CONVEGNO INAUGURALE HA VISTO LA PARTECIPAZIONE
DI PERSONALITÀ DEL MONDO POLITICO E SCIENTIFICO**

Etica e bioetica alla luce del nuovo Codice

Gli incredibili progressi delle scienze biomediche hanno sollevato tanti e tali interrogativi sul piano etico-assistenziale da determinare una vera e propria rivoluzione che ha stravolto il modo di pensare, i ritmi naturali e le abitudini sociali più radicate.

Politici, mass-media, scienziati e studiosi: tutti sono finiti a trattare di etica, sentendosi direttamente coinvolti nei problemi specifici.

Il pluralismo etico, all'interno delle scienze sanitarie, deve, perciò, essere unificato da un momento antropologico e, dunque, la fase operativa delle scelte dell'uomo sull'uomo, dovrà rispecchiare questa unificazione, senza la quale l'uomo non può riconoscere se stesso, né trovare motivi universali per la salvaguardia della propria vita e della propria identità.

Non ci può essere, dunque, etica, senza che siano state ritrovate le categorie dell'*unità* e dell'*universalità* e ciò che è umano. Senza *unità* ed *universalità* non c'è cultura, ergo non ci può essere possibilità di dialogo.

Gli infermieri italiani, oggi, sono maturi e capaci di dimostrare l'impegno per un "saper essere" ad alta valenza etica; per un "saper assistere" ad alta valenza professionale e per concretizzarli, al meglio, ovunque.

Le norme del nuovo Codice Deontologico degli infermieri fanno emergere il profilo completo dell'infermiere così come si è venuto delineando, sia sul piano giuridico, sia dello status e delle competenze, attraverso una straordinaria stagione di innovazione ed evoluzione professionale.

Tali norme di comportamento professio-

nale devono essere considerate come alto strumento per perseguire la qualità dell'assistenza infermieristica e per manifestare le modalità attraverso cui gli infermieri vogliono impegnarsi, nell'agire professionalmente, per le persone assistite e l'intera comunità.

La necessità di rivedere, a intervalli regolari, i Codici Deontologici professionali per meglio interpretare le evoluzioni sociali, ergo le mutate esigenze, è ben testimoniata proprio dal Codice Deontologico degli Infermieri.

Si guardi a quello del 1999: esso ha caratterizzato la stagione delle responsabilità. **Il nuovo Codice, invece, ripone l'attenzione sulla centralità della persona, il primo principio che, da sempre, ha caratterizzato la professione infermieristica, diversificandola dalle altre.**

La prima giornata dei lavori di Sanit 2009, divisa in tre sessioni, è stata dedicata proprio a due argomenti: "centralità della persona" e deontologia professionale; allo scopo di:

- orientare il professionista infermiere verso una consapevole interpretazione dei principi del nuovo Codice Deontologico;
- animare un confronto dialogico sia interdisciplinare che multidisciplinare;
- valorizzare la competenza infermieristica interiorizzando i principi di *unità* ed *universalità* delle cure;
- promuovere una cultura di valore etico-antropologico nel contesto socio-politico-sanitario.

In tale contesto, si è mosso, oltre l'intervento della consigliera Ipasvi-Roma, **Angela Basile**, anche la *lectio magi-*

stralis di **Antonio Gioacchino Spagnolo**, professore straordinario di Bioetica all'università di Macerata.

Grazie a lui, una serie di riflessioni sul Codice Deontologico che, riportando al centro la "persona" (in effetti, "l'oggetto" materiale delle scienze mediche) pone come problema il binomio: dignità/libertà, nell'accezione in cui per libertà s'intende l'autonomia di ogni individuo.

Col nuovo Codice l'operatore sanitario diviene un **professionista della salute** che: "risponde con solennità" (dal verbo latino: "spondeo") alla chiamata della solidarietà, senza mai dimenticare la responsabilità personale nell'operato quotidiano che, oltre alla propria etica, non può non tener conto della realtà in cui opera e delle nuove tecnologie a disposizione.

"La coscienza morale dell'infermiere –



**Il professore
Antonio Gioacchino Spagnolo**



L'onorevole Giovanni Berlinguer

ha detto Spagnolo – è una fonte imprescindibile per l'operatività nel concreto. Essa è la *driving force*, la forza trainante, che lo induce a continuare. Esistono, tuttavia, delle restrizioni, *distress* morali, costituite da quelle situazioni in cui egli non riesce ad attuare quanto dettato dalla sua coscienza". Per evitare i, cosiddetti, "conflitti di coscienza" è necessario essere preparati in maniera idonea: lì, in quei parti-

colari reparti dove la coscienza etica dell'infermiere viene messa a dura prova, il "conflitto di coscienza" è dietro l'angolo, ma l'infermiere, oggi, sa appellarsi alla "clausola di coscienza" nella quale confluiscono, oltre ai suoi valori etici, i principi stessi della professione. E se la salute è un bene comune, come ha ricordato durante la tavola rotonda del pomeriggio l'onorevole **Giovanni Berlinguer**, è giusto che dal nuovo Codice Deontologico degli Infermieri prendano i passa quelli di altri ordini professionali, al fine di costruirne uno, assai più grande, interno alle tante categorie di lavoratori del nostro Paese.

Tiziana Mercurio



La centralità della persona: una visione etico-antropologica

*"Che capolavoro è l'uomo!
Nobile d'intelletto, dotato di un'illimitata
varietà di talenti;
esatto nelle sue forme e in tutti i suoi atti;
compiuta, ammirevole creazione,
pari a un Dio nella mente e nell'azione
a un angelo.
Lui la misura di ogni animata cosa!"*
W. Shakespeare, Amleto, atto II, scena II

Nella riflessione filosofica, l'uomo è stato definito: "domanda", "problema", "mistero".

Ma il "mistero" rappresenta la caratterizzazione più singolare per l'uomo. Infatti, egli oltrepassa tutto l'ordine spazio-temporale e anche se stesso.

Egli non vuole fare di più, avere di più, vivere di più: vuole, soprattutto, essere di più.

Egli, un essere finito, nel trascendere se stesso è: "*capax infiniti*".

Perché leggere in questa prospettiva la "persona umana"?

Perché nella nostra disciplina, e attraverso la declinazione del nuovo Codice Deontologico dell'infermiere, essa è centro e storia di questo cammino deontologico: ne rappresenta l'oggetto materiale. Non a caso, viene ripetuta per ben sette volte e declinata per un fine etico. Oggi, il dibattito etico si fonda su questa lettura antropologica della nozione di "persona" ed è, dunque, necessario, approfondirne il senso - il significato - nella nostra professione.

Senza tale conoscenza, si cade, inevitabilmente, in una visione empiristica, incapace di elevarsi sulla prassi, perché non interessata a cogliere i valori (talora, nemmeno i significati) con cui giudicare e guidare le nostre azioni professionali.

Ma, la "persona umana" ha un senso; ha un significato. E significato vuol dire: importanza, valore.

In questa accezione la **"persona umana" ha valore in sé e vale per sé.**

Il termine stesso, "persona", poco adoperato fino ai primi secoli della nostra era, divenne una "conquista" del pensiero cristiano, con il dogma di un Dio unico, sussistente in Tre "persone" e con il dogma di una "Persona" divina sussistente in due nature.

I teologi, per chiarire le questioni trinitarie, assunsero il vocabolo greco: *προσωπον/prosopon*), equivalente latino di: "persona", derivante dal verbo "personare" che significa: "far risuonare".

Il "prosopon" era anche la maschera che adoperavano gli attori nelle rappresentazioni teatrali.

Delle persone possono essere offerte diverse definizioni: quella antropologica, psicologica, etico-assiologica, relazionale, ma è quella ontologica che raggiunge il fondamento ultimo della "persona"; le altre denominazioni nella misura che si fondano in essa ed esplicano qualche suo aspetto. La "persona umana" si distingue dagli alti esseri viventi per la sua apertura all'Assoluto.

La definizione classica del termine "persona" è quella di Boezio: "*naturae rationalis individua substantia*". Il valore eminente della persona, cioè, la sua dignità (che vieta di convertirla in un "puro mezzo" per l'altro) si fonda su questa apertura.

La persona è fine a se stessa, è autonoma: questa è la sua, autentica dignità; spetta alla persona in se stessa compiere la propria, personale, realizzazione.

Queste brevi considerazioni, spero, rendono l'idea di come questo "mistero" sia nella mani di coloro che assumono,

come un suggello, il prendersi cura degli altri.

Una cultura che sia preda delle emozioni e delle opinioni contingenti, dalle parole abusate e distorte fino a significarne il contrario, è una cultura destinata a perire.

Nel campo della vita e della salute,



La consigliera Angela Basile

porre quale centralità la "persona umana" è segno di una logica che si apre alla vita ed alla stessa, integrale dignità dell'uomo.

Ecco perché **il nuovo Codice Deontologico infermieristico** assume una nobile valenza che **impegna e responsabilizza i professionisti della salute come "persone tra le persone"**.

Angela Basile

La festa di Sanit dopo s

Le presenze sia sul palco che in platea di Sanit uno degli eventi più riusciti a livello di dibattito e di formazione, con un immenso lavoro per tutto lo staff e una soddisfazione per l'intera professione. In calendario, l'accurata partecipazione è così passati da solenni letture morali sulla bioetica agli autografi e le foto. Lo spettacolo come Pino Insegno e Tiziana Foschi resterà nei cuori di chi vi ha preso parte. Quando una nuova edizione di Sanit di Roma ancora una volta protetta dalla professionalità e culturale del



La madrina d'eccezione

La premiazione del "Memorial Enrico Grassi" ha registrato la presenza di Tiziana Foschi, che si è piacevolmente intrattenuta con la platea, sfoderando la sua famosa verve. Come non ricordare i suoi sketch con la Premiata Ditta? Oggi Tiziana è una splendida mamma e un'affermata attrice teatrale.



Premiati gli sportivi del

Durante il Sanit, c'è stato anche il tema del torneo di calcio a 5 "Memorial En



Uno stand aperto a tutti

Il gazebo del Collegio di Roma, non solo ha costituito un punto di riferimento per gli infermieri e gli studenti presenti a Sanit, ma ha anche offerto gratuitamente informazioni e prestazioni (come la misurazione della pressione sanguigna) a tutti i visitatori.



I numeri del Forum

Sono state complessivamente 3.647 le presenze di partecipazione è stato registrato nel Codice deontologico. Tra loro, circa 1.000 sono state registrate anche nelle giornate successive, con un totale di 903 presenze. Il Collegio di Roma ha regalato uno comodo e prati

Sanit scatto scatto

...tea hanno fatto di quest'edizione di
...li tutto il 2009. Quattro giornate di
...asi mille presenze giornaliere. Un
...dell'Ipasvi di Roma, una grande
...ne. A impreziosire gli appuntamenti
...zione di figure istituzionali e non. Si
...gistrati sul Codice deontologico e
...ografie di rito con personaggi dello
...iana Foschi. Una grande festa, che
...parte almeno fino al giugno 2010,
...tornerà a vedere il Collegio Ipasvi
...gonista assoluto per la crescita
...i professionisti della salute.



Memorial Grassi

...mpo per procedere alla premiazione
...rico Grassi".



Due passi tra amici...

Non è la prima volta che
l'attore e doppiatore Pino
Insegno si rende
protagonista di apparizioni
a sorpresa ad eventi
organizzati dal Collegio,
segno della stima che
personalmente nutre per i
professionisti romani e
dell'amicizia che lo lega al
presidente Gennaro Rocco.

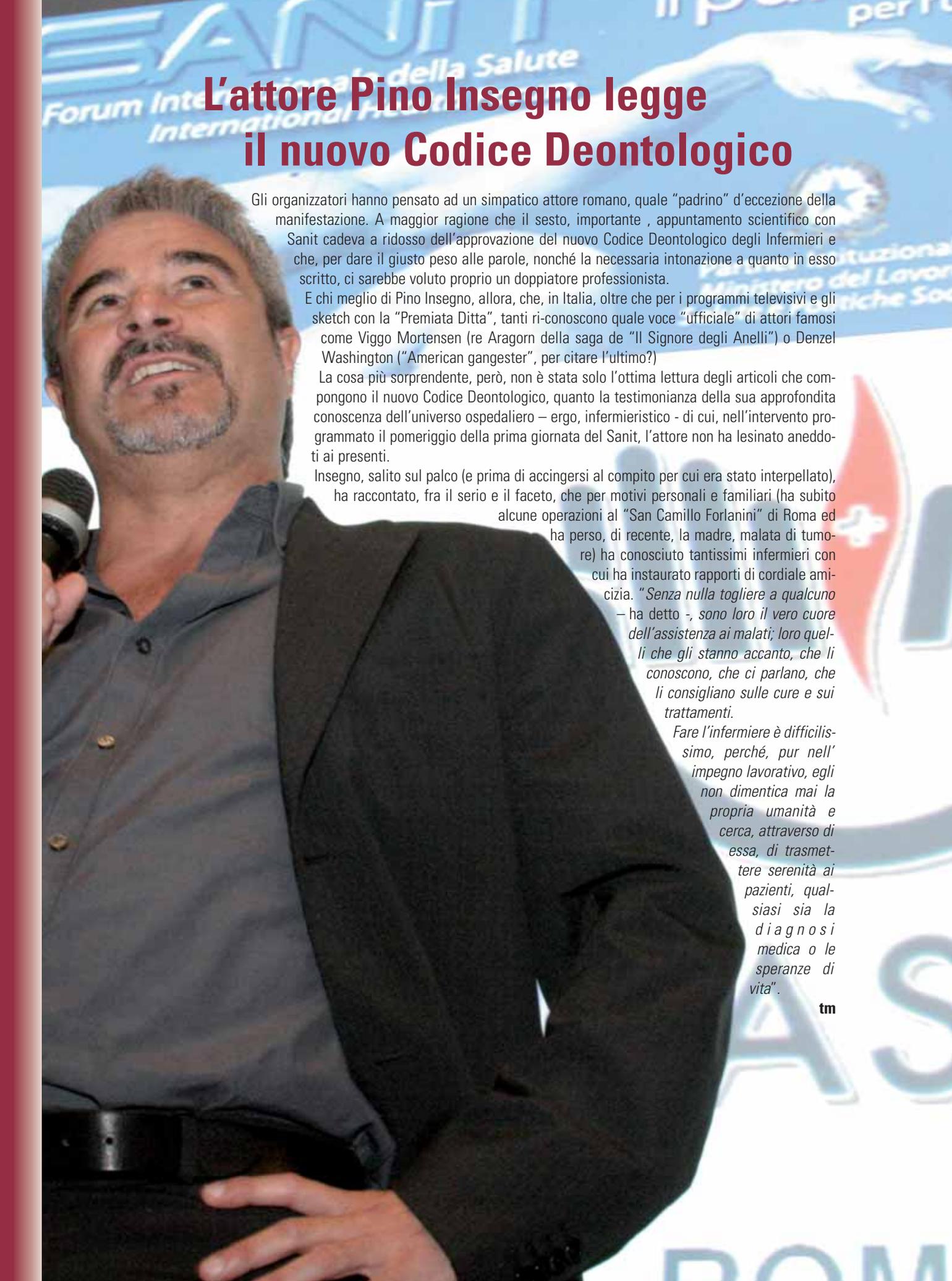


...e presenze di infermieri, assistenti sanitari e studenti a Sanit 2009. Il picco
...ella giornata inaugurale, il 23 giugno, con 976 iscritti ai seminari sul
...ento studenti dei corsi di laurea in Infermieristica. Presenze massicce
...l'aula magna destinata all'Ipasvi sempre piena di partecipanti. Il 24 giu-
...25 giugno 900, il 26 giugno 868. A tutti gli intervenuti, il Collegio Ipasvi di
...co zainetto, di un colore diverso per ogni giornata.

Il ministro e il senatore

Nella giornata inaugurale, si sono segnalate, tra le
altre, le presenze del vice ministro della Salute,
Ferruccio Fazio e del senatore Cesare Curci.





L'attore Pino Insegno legge il nuovo Codice Deontologico

Gli organizzatori hanno pensato ad un simpatico attore romano, quale "padrino" d'eccezione della manifestazione. A maggior ragione che il sesto, importante, appuntamento scientifico con Sanit cadeva a ridosso dell'approvazione del nuovo Codice Deontologico degli Infermieri e che, per dare il giusto peso alle parole, nonché la necessaria intonazione a quanto in esso scritto, ci sarebbe voluto proprio un doppiatore professionista.

E chi meglio di Pino Insegno, allora, che, in Italia, oltre che per i programmi televisivi e gli sketch con la "Premiata Ditta", tanti ri-conoscono quale voce "ufficiale" di attori famosi come Viggo Mortensen (re Aragorn della saga de "Il Signore degli Anelli") o Denzel Washington ("American gangster", per citare l'ultimo?)

La cosa più sorprendente, però, non è stata solo l'ottima lettura degli articoli che compongono il nuovo Codice Deontologico, quanto la testimonianza della sua approfondita conoscenza dell'universo ospedaliero – ergo, infermieristico - di cui, nell'intervento programmato il pomeriggio della prima giornata del Sanit, l'attore non ha lesinato aneddoti ai presenti.

Insegno, salito sul palco (e prima di accingersi al compito per cui era stato interpellato), ha raccontato, fra il serio e il faceto, che per motivi personali e familiari (ha subito alcune operazioni al "San Camillo Forlanini" di Roma ed ha perso, di recente, la madre, malata di tumore) ha conosciuto tantissimi infermieri con cui ha instaurato rapporti di cordiale amicizia. *"Senza nulla togliere a qualcuno – ha detto -, sono loro il vero cuore dell'assistenza ai malati; loro quelli che gli stanno accanto, che li conoscono, che ci parlano, che li consigliano sulle cure e sui trattamenti.*

Fare l'infermiere è difficilissimo, perché, pur nell'impegno lavorativo, egli non dimentica mai la propria umanità e cerca, attraverso di essa, di trasmettere serenità ai pazienti, qualsiasi sia la diagnosi medica o le speranze di vita".

tm

Corsi per tutte le esigenze fino alla fine dell'anno

Il programma formativo a cura del Collegio Ipasvi di Roma entra nel vivo anche durante l'autunno-inverno, dopo i successi del primo semestre del 2009.

Da ottobre, infatti, sono tornate le "giornate itineranti" del corso **"La gestione del team: strumenti e metodologie"** (7 crediti Ecm).

Tanti gli appuntamenti fino alla fine dell'anno. L'ultima edizione si terrà il 12 dicembre presso la sede del Collegio Ipasvi di Roma. Altre sedi coinvolte saranno il Cto, il "Sandro Pertini" e l'Ifo. Per le date complete del calendario, contattare la segreteria del Collegio.

Il corso di formazione **"L'indicizzazione della letteratura**

scientifica nelle scienze infermieristiche" si è invece svolto nei giorni 1, 2 e 3 ottobre 2009 presso i locali del Collegio, in viale Giulio Cesare a Roma.

Per quanto riguarda il corso **"Introduzione alle banche dati infermieristiche"** (8 crediti Ecm), l'appuntamento è per i giorni 20 e 21 novembre 2009, sempre presso la sede del Collegio. Infine, dopo il successo dell'appuntamento di settembre, sarà riproposta la giornata di studio su **"Integrazione negli scenari emergenziali: il ruolo dell'associazionismo sanitario"**.

Un appuntamento in collaborazione con l'Ait (Associazione Infermieristica Transculturale) ed Emergency.



PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI

Tutti i dettagli su ciascun percorso formativo e sulle modalità di iscrizione sono reperibili presso la sede del Collegio Ipasvi di Roma (viale Giulio Cesare, 78) il lunedì e il giovedì pomeriggio contattando la consigliera Matilde Napolano - Tel. 06.37511597 - Cell. 339.1607334

Case management Infermieristico ed Ostetrico

L'Asl Rm/B, l'Aicm (Associazione Infermieri Case Manager), il **Policlinico Sant'Orsola** di Bologna e il **Collegio Ipasvi** di Roma propongono, per il **5 e il 6 novembre 2009**, un corso di formazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali, dal titolo: "Il case management Infermieristico ed Ostetrico: la presa in carico e la continuità dell'assistenza ai cittadini".

La due giorni di formazione si terrà presso l'aula convegni del Consiglio Nazionale delle Ricerche, in via dei Murrucini a Roma. L'evento gode del patrocinio della Federazione Nazionale Collegi Ipasvi e della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche.

Nell'ambito degli scenari futuri della società e della sanità, gli infermieri rappresentano una risorsa strategica per la salute delle persone, svolgendo ruoli chiave sempre più importanti nel garantire l'erogazione di servizi sanitari di elevata qualità. L'evento si propone no: descrivere il modello assistenziale del *case manager* sviluppato in Italia e all'estero e illustrare le competenze necessarie all'infermiere/ostetrica *case manager* che opera nel contesto territoriale ed ospedaliero.

Questi i contenuti della prima giornata (ore 10-18):

- presupposti clinico assistenziali per l'Infermiere case manager (Icm);
- presupposti operativi ed organizzativi dell'Icm;
- il percorso di formazione del Icm;
- esperienze organizzative e progetti di Icm in Italia e all'estero.

Durante la seconda giornata (ore 9-14), si affronteranno le seguenti tematiche:

- le linee guida per l'accesso alle prestazioni infermieristiche ambulatoriali e la personalizzazione dell'assistenza;
- prospettive future;
- gli strumenti operativi di supporto all'attività infermieristica ed Ostetrica del case manager.

Tra i relatori invitati a conferire: Ferruccio Fazio, Piero Marrazzo, Sveva Belviso, Teresa Petrangolini, Claudio Clini, Flori Degrassi, Gennaro Rocco, Lia Pulimeno, Miriam Guana, Maria Grazia Pellegrini, Pierluigi Bartoletti, Patrizia Taddia, Antonella Leto, Paolo Chiari,

Catia Biavati, Luisa Marano, Elisabetta Arcangeli, rappresentanti di Cgil, Cisl e Uil.

I destinatari del corso di formazione sono infermieri e ostetriche, per un massimo di 300 partecipanti.

La quota di partecipazione è di 45 euro (+ 20% Iva), per un totale di 54 euro e comprende: partecipazione ai lavori, kit congressuale, un coffee break.

Segreteria organizzativa: Uodc Psaiò – Area Formazione e Sviluppo Professionale: Sig.ra Adele Bentrovato (Tel/Fax : 06.41433903, email: luisa.marano@aslromab.it).

1° AVVISO

Corse di formazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali

"Il case management Infermieristico ed Ostetrico: la presa in carico e la continuità dell'assistenza ai cittadini"

Roma 5 e 6 Novembre 2009
CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE – VIA DEI MARRUCINI SNC - AULA CONVEGNI
 E' stata inoltrata richiesta di accreditamento alla Commissione Nazionale ECM
 Con il Patrocinio della Federazione Nazionale Collegi IPASVI e della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche

OBIETTIVI

Nell'ambito degli scenari futuri della società e della sanità, gli infermieri rappresentano una risorsa strategica per la salute delle persone, svolgendo ruoli chiave sempre più importanti nel garantire l'erogazione di servizi sanitari di elevata qualità. L'evento si propone di:

- descrivere il modello assistenziale del case manager sviluppato in Italia e all'estero
- descrivere le competenze necessarie all'infermiere/ostetrica Case manager che opera nel contesto territoriale ed ospedaliero

Destinatari: Infermieri, Ostetriche, tot. n. 300

CONTENUTI I° giornata (ore 10.00 - 18.00)

- Presupposti clinico assistenziali per l'Infermiere Case Manager (ICM)
- Presupposti operativi ed organizzativi dell'ICM
- Il percorso di formazione del ICM
- Esperienze organizzative e progetti di ICM in Italia e all'estero

CONTENUTI II° giornata (ore 09.00 - 14.00)

- Le linee guida per l'accesso alle prestazioni infermieristiche ambulatoriali e la personalizzazione dell'assistenza
- Prospettive future
- Gli strumenti operativi di supporto all'attività infermieristica ed Ostetrica del Case manager

TRA I RELATORI:

Dr. F. Fazio, Sottosegretario Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali
 Dr. P. Marrazzo, Governatore Regione Lazio
 Dr. S. Belviso, Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Roma
 Dr.ssa T. Petrangolini, Segretario Generale Cittadinanza Attiva
 Dr. C. Clini, Direttore Generale ASP Lazio
 Dr.ssa F. Degrassi, Direttore Generale ASL RM B
 Dr. S. Rocco, Presidente Collegio IPASVI di Roma e Vice Presidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI
 Dr.ssa L. Pulimeno, Vice Presidente Collegio IPASVI di Roma
 Dr.ssa M. Guana, Presidente Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche
 Dr.ssa M.E. Pellegrini, Presidente Collegio delle Ostetriche di Roma
 Dr. P. Bartoletti, presidente FIMMG Regione Lazio
 Dr.ssa P. Taddia, Direttore Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Policlinico S.Orsola Bologna (SITR)
 Dr. P. Chiari, responsabile del centro studi EBN
 ICM Shifa Leo - Terapie
 Dr.ssa Biavati C., Resp. Progetti ICM Dipartimenti S.Orsola di Bologna, Direzione (SITR) Policlinico S.Orsola Bologna
 Dr.ssa L. Marano, Resp. Area Formazione e Sviluppo Professionale UODC PSAIò, Resp. Progetti ICM ASL ROMA 8
 ICM E. Arcangeli, Presidente ACM
 Associazioni GI SS: CGIL, CISL, UIL

SEGRETARIA SCIENTIFICA
 Dr.ssa Degrassi, Dr. D'Urso, Dr. Rocco, Dr.ssa Petrangolini, Dr.ssa Pulimeno, Dr. Chiari, Dr.ssa Leto, Dr.ssa C. Biavati Dr.ssa L. Marano, ICM Arcangeli, Dr.ssa Paresiti, Dr.ssa Giorgi

INFORMAZIONI GENERALI

Quota di partecipazione: € 45,00 (+20% I.V.A.) per un totale di € 54,00 e comprende: partecipazione ai lavori, kit congressuale, un coffee break.
 Segreteria organizzativa: UODC PSAIò - Area Formazione e Sviluppo Professionale: Sig.ra Adele Bentrovato Tel. e Fax: 06-41433903, email: luisa.marano@aslromab.it

Il bando della nona edizione del premio "Gemma Castorina"

Il Collegio Ipasvi di Roma rende noto a tutti i propri iscritti che il Collegio Ipasvi di Grosseto indice un concorso nazionale di ricerca infermieristica per ricordare l'infermiera Gemma Castorina, scomparsa in un incidente mentre prestava la sua opera a bordo di un elicottero del 118.

La ricerca infermieristica rappresenta l'elemento imprescindibile per migliorare la disciplina infermieristica ed è fondamentale per applicare interventi assistenziali di documentata efficacia.

Per questa nona edizione del concorso, sono stati istituiti quattro premi. Ciascuno di essi è legato ad uno specifico argomento di ricerca.

Primo premio (2.000 euro). I candidati devono produrre un elaborato inerente: "Studi relativi alle problematiche etiche e all'applicazione del Codice Deontologico dell'Infermiere nell'assistenza ospedaliera e territoriale".

Secondo premio (1.500 euro). I candidati devono produrre un elaborato inerente: "Innovazioni sulla gestione di sintomi nei pazienti affetti da patologie croniche".

Terzo premio (1.000 euro). I candidati devono produrre un elaborato inerente: "Architettura formativa ed organizzativa: tra sviluppo e ricerca di coerenza".

Quarto premio (1.500 euro). Riservato agli infermieri dipendenti della Usl 9 di Grosseto per progetti di miglioramento dell'azienda sanitaria sul tema: "Infermieri esperti, come misurare le competenze".

Il lavoro di ricerca Infermieristica presentato deve essere originale, inedito e deve rispondere ai requisiti del metodo scientifico secondo lo schema presente sul sito ufficiale del Collegio di Grosseto, all'indirizzo web www.ipasvigrosseto.it

Requisiti generali e specifici

Possono partecipare al concorso:

- gli iscritti negli Albi dei Collegi Provinciali Ipasvi, che operano nel territorio nazionale;
- gli studenti iscritti al terzo anno del corso di laurea in Infermieristica;
- i dipendenti dell'azienda Usl 9 di Grosseto per il premio Speciale Azienda Usl 9.

L'elaborato può essere redatto da un singolo partecipante o da un gruppo di infermieri e/o studenti Infermieri. Tali requisiti

devono essere posseduti alla data di scadenza del bando di concorso.

Gli studenti devono allegare al lavoro un certificato di iscrizione al terzo anno di corso.

Fattori escludenti



Considerato che l'intento del concorso nazionale è di valorizzare la ricerca e i risultati reali di beneficio per le persone con bisogni di salute, i vincitori si devono impegnare, dichiarandolo alla presentazione dell'elaborato, ad attuare i progetti di ricerca presentati, a presentare i risultati conseguiti applicando progetti di educazione e di prevenzione, procedure, percorsi di cura, dopo un anno dal premio: per questo verrà dedicato uno spazio esclusivo nella giornata di premiazione.

Termini per la presentazione della domanda e invio elaborato

La domanda di partecipazione al concorso, redatta in carta semplice, dovrà essere indirizzata al Presidente del Collegio Ipasvi di Grosseto, via Repubblica Domenicana 80 - 58100 - Grosseto e dovrà essere presentata o pervenire **entro le ore 12 del 6 febbraio 2010.**

L'elaborato e la relativa domanda di ammissione ad uno dei quattro premi istituiti si considerano prodotti in tempo utile

anche se spediti a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante.

Alla domanda, sottoscritta dal/dai concorrente/i, comprensiva dell'impegno a presentare il report di attività ad un anno dal premio, dovranno essere allegate 4 copie del lavoro di ricerca infermieristica con il quale si intende concorrere e il lavoro contenuto nel supporto magnetico CD.

Il lavoro inviato non dovrà contenere elementi riconoscitivi all'interno della stesura; i dati anagrafici dovranno essere riportati nella scheda raccolta dati allegata che dovrà contenere il cognome, nome, il luogo e la data di nascita, la residenza, l'Albo nel quale è iscritto o la sede universitaria frequentata, dall'autore o dagli autori, nonché il domicilio e il recapito telefonico presso il quale, ad ogni effetto deve essere data ogni necessaria comunicazione relativa al concorso.

Il Collegio Ipasvi di Grosseto non assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione del lavoro di ricerca infermieristica conseguente ad inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicata nel lavoro presentato, né per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa del Collegio stesso.

Il termine stabilito per la presentazione dei lavori di ricerca infermieristica è perentorio pertanto non saranno presi in considerazione i lavori che, per qualsiasi ragione, vengano presentati o spediti al di fuori del termine stabilito.

Norme editoriali

Raccomandiamo l'aderenza della struttura dell'elaborato allo schema seguente. Gli autori devono scrivere i propri elaborati in massimo 60 cartelle, corredate di Abstract, utilizzando:

font Times New Roman;

grandezza carattere 12;

carta A4 con margini di 2 centimetri per ogni lato con pagine numerate;

bibliografia completa in ordine alfabetico.

Commissione esaminatrice

Le Commissioni esaminatrici, composte dai membri della "Commissione Premio Gemma Castorina" una per ciascun premio, presiedute dal presidente del Collegio e nominate con atto deliberativo, saranno composte dai rappresentanti del

Consiglio direttivo del Collegio Ipasvi di Grosseto, dai Commissari esperti in Ricerca nominati dal Consiglio direttivo e dai delegati della Provincia, dell'Università degli Studi di Siena e dell'Azienda Usl 9 come da regolamento.

Valutazione e premiazione

La valutazione dei lavori sarà effettuata considerando:

l'aderenza allo schema di ricerca proposto;

la validità della metodologia scientifica;

il rispetto degli aspetti etico deontologici;

l'operatività dello strumento proposto;

il congruo utilizzo delle risorse impiegate.

La graduatoria dei lavori idonei, per ciascun premio, sarà formulata dalla commissione esaminatrice e approvata con apposito provvedimento, col quale, sulla base dei criteri indicati negli allegati a parte del presente bando, sarà individuato il lavoro migliore per ciascuno dei 4 premi con l'attribuzione della somma riportata a fianco di ciascun premio. Il primo lavoro classificato per ciascun premio verrà pubblicato sulla rivista Infermieristica Nursing Oggi.

La premiazione verrà effettuata durante la celebrazione della *Giornata internazionale dell'Infermiere* che si svolgerà a Grosseto in data 15 maggio 2010, o comunque in una data scelta per i festeggiamenti della Giornata Internazionale dell'Infermiere.

Il bando integrale e i criteri per la valutazione degli elaborati sono riportati in dettaglio sul sito www.ipasvi-grosseto.it

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla Segreteria del Collegio Ipasvi di Grosseto, il martedì e il giovedì dalle ore 9 alle ore 11.

Tel 0564.22975 - Fax 0564.22976

Email: segreteria@ipasvigrosseto.it

Testi consigliati:

Fiamminghi M, Passera O, Simini A, *"Manuale per la ricerca infermieristica"* - Milano 1995

Lo Biondo - Wood - Haber, *"Metodologia della ricerca infermieristica"* - Roma 2004

- Fain JA, *"La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla"* - Milano 2004

Scheda dati anagrafici del partecipante

COGNOME NOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

DOMICILIO CAP _____

TEL. _____ CELL. _____

EMAIL _____

ISCRITTO AL COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI: _____

RUOLO PROFESSIONALE: _____

SEDE LAVORATIVA (indirizzo completo) _____

SE STUDENTE INDICARE LA SEDE UNIVERSITARIA (indirizzo completo) _____

Data _____ Firma _____

Scheda di ricerca

Formulazione del quesito di Ricerca/problema

Scegliere l'ambito di interesse infermieristico che risulta problematico rispetto al tema indicato dal bando e svilupparlo.

Analisi bibliografica

Dimostrare di aver ricercato ed effettuato una lettura critica dei lavori esistenti sul tema in ambito nazionale ed internazionale.

Obiettivi ed ipotesi della ricerca

Formulare in modo sintetico l'ipotesi che si intende dimostrare con la ricerca (lo scopo da raggiungere).

Disegno della ricerca

Campioni sui cui è o si potrebbe utilizzare il percorso proposto Strumento/Modello organizzativo/Percorso clinico assistenziale creato.

Se la ricerca è sperimentale: variabili dipendenti, variabili indipendenti, criteri escludenti.

Piano organizzativo della ricerca

Contesto su cui si sviluppa ricerca: ospedale, territorio, domicilio.

Modalità di raccolta e trattamento dei dati raccolti

Se la ricerca è sperimentale dichiarare come si sono raccolti i dati, le funzioni statistiche utilizzate (percentuali, medie ecc.).

Modalità di discussione dei dati

Se la ricerca è sperimentale dichiarare gli indicatori di confronto tra i due campioni osservati.

Modalità di trasferimento e diffusione della ricerca

Dichiarare come si potrebbero diffondere nella comunità infermieristica gli eventuali modelli proposti.

DEFINITI I RUOLI E LE COMPETENZE DEL DIRIGENTE INFERMIERISTICO DI DISTRETTO, DELL'INFERMIERE COORDINATORE E DELL'INFERMIERE DI COMUNITÀ

Piano sanitario regionale, presentata la nuova bozza Previste nuove figure professionali per gli infermieri

Martedì 14 settembre, alla Pisana, i vertici dell'Azienda di Sanità Pubblica (Asp) hanno illustrato alla commissione Sanità, presieduta da Luigi Canali, la nuova bozza del Piano sanitario regionale, emendato alla luce delle numerose osservazioni raccolte nel corso del ciclo di audizioni con sindacati, associazioni, università e categorie professionali. Audizioni alle quali ha preso parte anche l'Ipasvi, producendo un'ampia documentazione (vedi focus numeri 1-2/09). Il Piano per diventare effettivo, dovrà essere controfirmato dal Governo nazionale che ne verificherà la congruità rispetto al Piano di rientro dal deficit.

Il Piano individua tre ambiti di grande rilevanza:

- **l'esigenza di evoluzione dei servizi sanitari**, a causa dell'inefficacia dell'attuale assetto organizzativo della sanità, sia per quanto riguarda l'organizzazione della domanda e il controllo dell'offerta, sia per indirizzare i servizi verso l'integrazione e la multidisciplinarietà;
- **l'impegno per l'eliminazione radicale di situazioni di assistenza che esprimono livelli di qualità inadeguati**;
- **il disavanzo economico** cui far fronte tramite modifiche virtuose della spesa sanitaria e più moderni ed efficienti modelli organizzativi.

Gli interventi più importanti di trasformazione dell'assistenza tesi all'evoluzione del sistema e, contemporaneamente, al recupero di efficienza sono riassunti di seguito.

- **L'impulso e la trasformazione delle cure primarie e intermedie** con l'affidamento al Distretto di un ruolo di governo effettivo. Particolare rilievo riveste l'avvio dei **Presidi territoriali di prossimità (Ptp)**, strutture con funzioni assistenziali, intermedie tra il ricovero ospedaliero e le risposte assistenziali domiciliari.
- **Il potenziamento delle attività di specialistica ambulatoriale** e l'integrazione di essa nella rete dei servizi territoriali.
- **L'organizzazione diffusa di Day service** per la gestione ambulatoriale di condizioni di natura complessa, diagnostica o terapeutica, con presa in carico del paziente. Lo sviluppo del Day service può contribuire a ridurre i ricoveri inappropriati e migliorare la tempestività degli interventi.
- **La forte promozione dell'uso appropriato del Day hospital e della Day surgery**, anche attraverso una politica tariffaria adeguata.

- **L'introduzione del Week hospital**, ospedale aperto cinque giorni alla settimana, in grado di aumentare l'efficienza del servizio sanitario per numerose discipline.
- **L'attivazione di reparti di Osservazione breve intensiva (Obi)** nella gestione delle emergenze-urgenze, che hanno lo scopo di garantire una maggiore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri da pronto soccorso, tramite l'osservazione e l'accurata valutazione di pazienti instabili che spesso non hanno bisogno di ricovero.
- **Una politica per i sistemi di remunerazione** idonea a perseguire gli obiettivi del Piano, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, a disincentivare comportamenti opportunistici e a vigilare sul rispetto degli accordi contrattuali e delle modalità prescrittive.
- **Il forte impegno per l'accreditamento** come strumento per il raggiungimento di una qualità garantita delle prestazioni sanitarie per tutta la popolazione.
- **La promozione dell'integrazione fra i livelli assistenziali** e fra servizi del medesimo livello, per organizzare reti che garantiscano la continuità delle cure. L'integrazione va intesa in chiave multiprofessionale e interdisciplinare, per utilizzare a pieno le risorse disponibili e renderle equamente accessibili al cittadino.
- **L'organizzazione di reti specialistiche** è finalizzata al miglioramento del sistema di erogazione delle prestazioni, fornendo collegamenti tecnici e funzionali fra strutture di diverso grado di specializzazione e fra diversi livelli di assistenza.
- **L'assistenza domiciliare, l'evoluzione delle cure primarie e il cambiamento del ruolo della Medicina generale** costituiscono interventi di grande rilievo in questo Piano, attuati attraverso l'incentivazione di forme associative, la promozione dei Presidi territoriali di prossimità e il potenziamento dell'assistenza domiciliare.
- **L'attuazione di interventi in grado di promuovere l'empowerment dei cittadini**. Il Piano individua interventi per promuovere la capacità di valutazione dei cittadini, migliorandone le conoscenze al fine di fornire ad essi mezzi per acquisire consapevolezza rispetto alla propria salute, per diventare protagonisti attivi della propria vita e del proprio benessere psicofisico e per assumere condotte consapevoli in caso di malattia.

- **L'impulso alla crescita e al recupero di validità delle iniziative di prevenzione.** Il Piano definisce la prevenzione funzione diffusa nel Sistema sanitario regionale (Ssr) e promuove il coinvolgimento di tutti i servizi. Il Piano indica i nuovi scenari per la prevenzione determinati dal mutare dei fattori economici, demografici e di profilo patologico e la necessità di utilizzare modelli validati e la combinazione di più metodi e approcci, anche definendo obiettivi e metodi comuni con istituzioni extrasanitarie.
- **L'orientamento della formazione** a supporto degli obiettivi di trasformazione dei servizi sanitari, e il riequilibrio del rapporto tra ospedale e territorio. Il grande impulso alla formazione derivante dall'avvento dell'Ecm non ha dato i risultati attesi. Il Piano indica le priorità di intervento e le metodologie didattiche più opportune a sostegno dei processi di cambiamento, privilegiando esperienze di apprendimento sul campo e vincolando la formazione a esigenze precise in alcuni ambiti.
- **Gli indirizzi per il governo clinico, le modalità d'uso delle linee guida, la valutazione di esito come strumento per le decisioni.** Il Piano individua come strategia primaria per il miglioramento delle prestazioni l'uso di queste metodologie che rappresentano fondamentali risorse per il governo e il controllo delle attività sanitarie.
- **Le strategie relative ai sistemi informativi.** Il Piano traccia le linee per riprendere in mano il filo dei processi, definendo le strategie informative e pianificando gli obiettivi, le informazioni ad essi pertinenti e l'uso finale. Il Piano indica con chiarezza che la direzione dello sviluppo dei sistemi è irrinunciabilmente istituzionale.
- **L'induzione di una crescita delle attività di ricerca nel Ssr.** Il Piano tende al potenziamento e alla miglior organizzazione delle attività di ricerca, attraverso la promozione di modalità meno sporadiche e improvvisate delle attuali nei servizi già attivi, attraverso l'estensione graduale delle attività di ricerca anche in servizi attualmente non attivi in ambito di ricerca e attraverso la creazione di reti di ricerca che vedano al loro centro le strutture con un'esperienza già consolidata.



Il presidente della Commissione Sanità, Canali (a destra) e il direttore scientifico dell'Asp, Borgia (a sinistra)

- **Gli interventi per far fronte al disavanzo economico.** Il Piano esprime il tentativo di coniugare le esigenze di economia con quelle di riorganizzazione delle funzioni e dei servizi sanitari, per rendere, proprio attraverso una migliore allocazione delle risorse, più funzionale e di migliore qualità l'assistenza ai cittadini.

Il nuovo assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale

PTP – UN MODELLO DA SPERIMENTARE

I Presidi territoriali di prossimità, strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale (con particolare valorizzazione della figura dell'infermiere-case manager) destinate a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera. Il Ptp garantisce, quale elemento innovativo, attraverso le Unità operative di degenza infermieristica (Uodi), l'assistenza in regime residenziale di natura medico-infermieristica di quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica sia sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio.

La tipologia di assistenza erogata dalle Uodi possiede, pertanto, caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (Adi) o residenziali (Rsa),

alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale.

Il Ptp è parte integrante della rete dei servizi territoriali ed è posto sotto la responsabilità del Direttore di Distretto. Le funzioni di direzione sanitaria sono svolte da un medico dirigente del Distretto, che opera in stretta collaborazione con un dirigente infermieristico. L'Unità di degenza a gestione infermieristica al pari degli altri servizi risponde al dirigente di Distretto assumendo una specifica particolarità sulla gestione del paziente. Infatti la responsabilità clinica del paziente è affidata al medico, preferibilmente al medico di medicina generale, mentre la responsabilità del piano assistenziale è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente, fornendo prestazioni di differente peso assistenziale in tutte le fasce orarie. In questo specifico contesto assistenziale l'infermiere è chiamato a svolgere una funzione di case management, strategica per l'impianto del Ptp e, quindi, particolarmente importante per la pianificazione e la gestione degli ambiti territoriali che fanno riferimento al Ptp stesso.

Di seguito sono descritti in dettaglio ruolo, responsabilità e inquadramento organizzativo delle principali figure professionali coinvolte nella gestione dei Ptp, con particolare riferimento all'Unità operativa a gestione infermieristica.

Il Dirigente medico di Distretto:

- a. è responsabile della struttura per gli aspetti igienico-sanitari e, in collaborazione con l'infermiere coordinatore, per quelli organizzativi e gestionali;
- b. cura l'applicazione del regolamento interno sull'ordinamento e sul funzionamento dell'attività di ricovero;
- c. vigila sulla regolare compilazione e tenuta dell'archivio clinico e del registro delle presenze dei pazienti e delle liste di attesa;
- d. organizza con l'infermiere dirigente di Distretto la rete delle figure professionali necessaria alla realizzazione del Pai;
- e. esercita la funzione di responsabilità del personale assegnato (dipendente, a convenzione e aderente ad associazioni di volontariato);
- f. insieme al dirigente infermieristico e al coordinatore infermieristico della degenza firma la scheda di dimissione;
- g. rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'Amministrazione, copia delle cartelle cliniche;
- h. vigila, secondo la normativa vigente, sulla corretta detenzione e somministrazione delle sostanze stupefacenti o psicotropiche;
- i. vigila sulla gestione del servizio farmaceutico e sulle scorte dei medicinali e degli altri presidi terapeutici;



- l. cura l'osservanza delle disposizioni concernenti la polizia mortuaria;
- k. è responsabile del debito informativo.

Il Dirigente infermieristico di Distretto:

- a. è responsabile della definizione dei carichi di lavoro individuando il fabbisogno di personale e le competenze specifiche;
- b. individua metodi e criteri per il reclutamento e la selezione del personale;
- c. definisce in collaborazione con il coordinatore del Ptp il piano di lavoro;
- d. assicura il supporto e fornisce consulenza per la costruzione e implementazione di linee guida e protocolli, secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili;
- e. attiva sistemi per identificare, prevenire e ridurre gli "eventi avversi" relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali;

- f. in sinergia con il medico dirigente di Distretto definisce:
 - il profilo della dotazione tecnologica e strumentale del presidio;
 - gli obiettivi, i criteri e gli indicatori per la valutazione degli esiti dell'attività di degenza territoriale;
 - la continuità dei percorsi assistenziali nell'ambito distrettuale;
 - la flessibilità nell'uso delle risorse tecnologiche;
 - l'elaborazione di strumenti di misurazione dei costi delle attività svolte nel Ptp;
- g. insieme al direttore sanitario e al coordinatore infermieristico firma la scheda di dimissione;
- h. è responsabile dell'aggiornamento e della formazione permanente del personale del comparto.

L'infermiere coordinatore:

- a. è responsabile sotto il profilo organizzativo e gestionale di tutto il personale infermieristico e tecnico assegnato funzionalmente alla struttura;
- b. organizza e coordina le consulenze specialistiche e gli interventi di diagnostica strumentale;
- c. attiva, al bisogno, il servizio di emergenza-urgenza territoriale (tramite la centrale operativa del 118) delegando, in sua assenza, il personale infermieristico;
- d. attiva per le situazioni di urgenza il Medico di medicina generale o il servizio di continuità assistenziale, secondo quanto previsto dall'Acn per la Medicina generale e, in sua assenza, delega altro dipendente infermieristico;
- e. è responsabile del Piano assistenziale individuale, che redige in collaborazione con il Medico di medicina generale coinvolgendo il personale infermieristico, tecnico e altre figure professionali o del volontariato per gli eventuali e specifici impegni di competenza;
- f. provvede alla verifica e valutazione periodica dell'attuazione e dell'efficacia del Piano assistenziale individuale, in collaborazione con il Medico di medicina generale proponendo eventuali modifiche e correttivi;
- g. concorda con l'infermiere "gestore del caso" la dimissibilità del paziente;
- h. insieme al direttore sanitario e al dirigente infermieristico firma la scheda di dimissione;
- i. è responsabile dell'approvvigionamento di tutto il materiale necessario per il corretto funzionamento del Ptp;
- j. è responsabile della corretta conservazione e gestione dei farmaci;
- k. è responsabile della tenuta del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotropiche in conformità a quanto disposto dalla normativa;

- l. è responsabile della tenuta dell'archivio delle cartelle cliniche e infermieristiche, nonché della lista di attesa;
- m. controlla le operazioni di sanificazione degli ambienti;
- n. partecipa alle riunioni periodiche stabilite dal dirigente medico di Distretto e indice, quando ne rilevi la necessità, riunioni con il personale infermieristico e tecnico;
- o. promuove e partecipa all'organizzazione dei programmi di aggiornamento del personale infermieristico e tecnico.

Il Medico (Mmg o altro medico come da protocollo Asl):

- a. è responsabile degli aspetti clinici del paziente degente nella Uodi;
- b. assicura gli accessi programmati in conformità a quanto previsto dal Pai; gli accessi dovranno essere effettuati in stabilite fasce orarie che garantiscano la presenza medica sia al mattino che al pomeriggio, dal lunedì al sabato mattina compreso;
- c. richiede le consulenze specialistiche e le attività di diagnostica strumentale ritenute opportune;
- d. predispone per la parte clinica il Piano assistenziale individuale e provvede alla verifica e valutazione periodiche della sua attuazione ed efficacia in collaborazione con l'infermiere coordinatore;
- e. autorizza il personale infermieristico, preferibilmente via fax o telefonicamente con la registrazione della chiamata, a somministrare ai propri pazienti, in situazioni di urgenza, e sulla base di specifici protocolli validati dalla direzione sanitaria aziendale, la seguente tipologia di farmaci: antiallergici, antibiotici, antidolorifici, antipiretici, antispastici, cortisonici, diuretici;
- f. concorda con l'infermiere coordinatore le modalità di monitoraggio del decorso clinico del paziente;
- g. valuta, con l'infermiere coordinatore, le condizioni di eleggibilità dei pazienti al momento dell'ammissione e i requisiti per la dimissione, ciascuno per i propri ambiti di competenza.

La continuità dell'assistenza viene garantita attraverso il coinvolgimento dei medici della continuità assistenziale (guardia medica), con la presa in carico dalle 20 alle 8 di tutti i giorni, dalle ore 10 del sabato alle ore 8 del lunedì e dei giorni prefestivi e festivi.

Dotazione organica dell'Unità di degenza a gestione infermieristica

Per un modulo di 15 letti, dovranno essere garantite le seguenti figure professionali:

- 1 infermiere coordinatore;
- 5 unità Infermieri (organico base);
- 7 Oss (organico base);

- 1 tecnico della riabilitazione (in condivisione con altri servizi);
- 1 assistente sociale (in condivisione con altri servizi);
- medici specialisti a consulenza.

Durata del ricovero

La persona accolta nella struttura deve essere dimessa entro il quindicesimo giorno, salvo casi motivati in cui la degenza può protrarsi fino a venti giorni. Non è comunque consentita la permanenza nella struttura oltre il ventesimo giorno.

Prestazioni

Oltre alle visite del Medico di medicina generale (o altro medico Asl) e alle prestazioni di natura infermieristica, le prestazioni garantite nella degenza del Ptp sono assimilabili a quelle usufruibili a livello di specialistica ambulatoriale attraverso gli ambulatori specialistici del Distretto.

Per i farmaci necessari alle terapie individuali il Medico di medicina generale utilizza la prescrizione in analogia alle modalità previste per l'assistenza a domicilio.

Sono messi a disposizione dal Distretto i farmaci a erogazione diretta, le trasfusioni e gli emoderivati, i farmaci per terapie di particolare impegno (fuori pronto soccorso), i farmaci e gli ausili Nad. Sono messi inoltre a disposizione e a carico della struttura i farmaci salvavita (definiti in un apposito elenco).

Nell'ambito della commissione del Pronto Soccorso terapeutico ospedaliero, sarà istituito un apposito nucleo per la definizione del pronto soccorso terapeutico regionale relativo ai Ptp.

I farmaci in fascia C inseriti nel pronto soccorso terapeutico saranno erogati gratuitamente. Per i farmaci ad esclusiva distribuzione ospedaliera, in particolare i principi attivi rientranti nella categoria H1, si prevede l'erogazione tramite apposita prescrizione dello specialista ospedaliero, mentre per il gruppo H2 verranno applicate delle procedure di continuità tra ospedale e territorio.

Criteri di eleggibilità, di priorità, modalità di ammissione e dimissione

L'ammissione alla struttura dovrà essere riservata a persone anagraficamente residenti in Comuni o Municipi della Asl di riferimento.

I soggetti per i quali sarà formulata la proposta di ricovero saranno valutati, tramite appositi strumenti, sia sotto il profilo dell'eleggibilità, che riguardo al potenziale carico assistenziale, quest'ultimo distinto in tre classi: basso, medio ed elevato.

La suddivisione del carico assistenziale in classi di peso differenziate consentirà, oltre ad una più fine valutazione delle attività della degenza, anche alla formulazione di tariffe differenziate.

Da un punto di vista generale la popolazione target della degenza in Ptp è rappresentata da soggetti affetti da patologie croni-

co-degenerative in fase post-acuta e in progressiva stabilizzazione o in fase di parziale riattivazione, caratterizzati da relativa stabilità clinica e da necessità assistenziali medio-elevate, comportanti monitoraggio permanente in regime residenziale (ad esempio modificazione della terapia, fasi di scompenso non grave, fase post-dimissione in assenza di possibilità temporanea di adeguato supporto domiciliare).

L'ammissione alla degenza in Ptp è riservata alle seguenti tipologie di pazienti:

- pazienti senza limiti di età con inquadramento diagnostico definito, terapia impostata e in condizioni di relativa stabilità clinica in dimissione dai reparti ospedalieri, per i quali è necessario prevedere un ulteriore, anche se temporaneo, periodo di residenzialità poiché necessitanti di un'assistenza sanitaria di intensità medio-alta;
- pazienti senza limiti di età con inquadramento diagnostico definito, temporaneamente non assistibili a domicilio, a causa della mancanza di un adeguato supporto di tipo sociale, in relazione alla complessità clinico-assistenziale richiesta, e/o necessitanti di un approfondimento diagnostico residuale;
- pazienti senza limiti di età in carico ai servizi territoriali in assistenza domiciliare che necessitano temporaneamente di un'assistenza di intensità medio-alta non gestibile a domicilio per un aggravamento delle condizioni sanitarie;
- pazienti senza limiti di età in carico ai servizi territoriali in assistenza domiciliare nei quali l'aumento di intensità assistenziale non possa essere temporaneamente garantito a domicilio per ragioni di tipo familiare e sociale;
- nel caso di pazienti in età pediatrica sarà previsto un ambiente di degenza riservato ad essi e ad eventuali familiari.

Sono di seguito elencate alcune condizioni esemplificative, ma non esaustive, di un appropriato ricorso al ricovero in Ptp:

- pazienti affetti da patologie croniche (cardiovascolari, respiratorie, altro) in fase di riattivazione comportante una temporanea non autosufficienza;
- pazienti con patologie che necessitano di controlli ravvicinati in relazione al quadro clinico e abbiano grave difficoltà di accesso alla diagnostica ambulatoriale (ad es. insufficienza cardiaca di grado avanzato, insufficienza respiratoria con limitazione funzionale, arteriopatie obliteranti degli arti inferiori, artropatie degli arti inferiori con limitazione funzionale, malattie neurologiche che non necessitano di ausili per il mantenimento delle funzioni vitali);
- pazienti con gravi limitazioni della mobilità che necessitano di controlli e di interventi assistenziali complessi;
- pazienti non autosufficienti per malattie acute temporanea-

mente invalidanti (ad es. forme respiratorie).

Sono esclusi dal ricovero in Ptp pazienti affetti da patologie acute che necessitino di cure intensive o che richiedano un elevato impegno specialistico e/o tecnologico.

Non sono presi in considerazione problemi di natura psichiatrica o oncologica in fase terminale, in quanto di pertinenza di strutture specifiche già attive nel territorio (Hospice, strutture psichiatriche).

RSA – UN MODELLO DA RIQUALIFICARE

Attualmente nel Lazio le Rsa sono diventate strutture nelle quali gli ospiti, con un'età media superiore agli 80 anni, finiscono per risiedere fino al decesso, oltrepassando i limiti temporali medi di assistenza previsti dalla normativa. L'attuale suddivisione delle Rsa in rigidi livelli assistenziali e la conseguente modulazione della tariffazione in funzione di essi poco si coniuga con il *case-mix* assistenziale presente nelle strutture e l'effettivo assorbimento di risorse da esso generato.

Altra funzione attualmente disattesa da parte delle Rsa è proprio quella semiresidenziale; infatti già secondo la normativa regionale vigente dovrebbe essere pari al 10% dell'offerta dei posti residenziali mentre attualmente è meno dello 0,2% e limitata ad una sola Rsa. I collegamenti funzionali con i servizi territoriali sono quasi ovunque insufficienti. Complessivamente nel Lazio non si raggiunge lo standard di 25 posti letto per 1.000 residenti ultrasettantacinquenni, inoltre la distribuzione territoriale delle Rsa è fortemente disomogenea e il numero di ospiti costretti a risiedere in strutture lontane dal proprio domicilio è alto (il 48% degli ospiti residenti nella città di Roma e il 44% di quelli della provincia di Latina risiedono in strutture al di fuori del proprio territorio di residenza). La quasi totalità delle strutture inoltre è a gestione privata.

Il fabbisogno di Rsa è stato stimato applicando sulla popolazione del 2007 gli standard regionali attualmente in vigore (posti letto pari al 2,5% della popolazione residente >75 anni) ridistribuendo il totale dei posti secondo le diverse funzioni assistenziali previste dal Decreto Commissariale 17/08.

Assunto come da normativa vigente, che almeno il 10% dei posti struttura debba essere destinato alla semiresidenzialità (la metà dei quali destinata persone affette da demenza) il resto dei posti letto è stato distribuito sulla base del *case-mix* storico degli assistiti rilevato dall'Asp durante il monitoraggio "Sear



2007" secondo il quale lo 0,7 % dei posti letto dovrebbe ricondursi alla funzione di R1, il 22,4% alla funzione di R2, il 21,4% alla funzione di R2D e il 45,5 alla funzione di R3.

HOSPICE – UN MODELLO DA IMPLEMENTARE

Si intende, per Hospice, una struttura residenziale di ricovero e cura per persone che necessitano, nella fase terminale della loro vita, di cure palliative (soprattutto ammalati di tumore), che sia confortevole e rispettosa delle esigenze degli ammalati e dei loro familiari. La struttura si avvale di personale qualificato in grado di assicurare un'assistenza personalizzata rivolta alla cura del dolore e degli altri sintomi: l'équipe assistenziale è formata da medici e infermieri, psicologi, assistenti sociali, nonché dalle organizzazioni di volontariato e da altre figure professionali. La famiglia è coinvolta e partecipa alle cure con le modalità che ritiene possibili e sostenibili. L'Hospice costituisce un'alternativa alle cure domiciliari allorché questa soluzione non sia praticabile.

Nella nostra regione operano 14 strutture che erogano tale funzione assistenziale collocate in 7 Asl, mentre le altre 5 si trovano in una condizione di carenza assoluta di questa tipologia assistenziale (Rm/B, Rm/C, Rm/F, Rm/G e Frosinone).

In primo luogo è necessario promuovere un approccio olistico alla definizione del modello assistenziale, che deve essere fondato sulla valutazione transdisciplinare, la pianificazione personalizzata dell'assistenza, la promozione e lo sviluppo di una cultura positiva delle fasi terminali della vita, garantendo la dignità della persona anche in questo specifico e doloroso frangente.

È necessario inoltre favorire una ricomposizione organizzativa

delle funzioni ospedaliere, territoriali e residenziali a garanzia della specificità e continuità assistenziale del paziente terminale. Ciascuna Asl dovrà verificare l'effettivo fabbisogno di posti residenza in Hospice e valutarne la più opportuna distribuzione territoriale, attraverso l'analisi dei dati epidemiologici disponibili.

Il potenziamento dell'offerta residenziale in Hospice dovrà comunque avvenire in linea con quanto previsto dal Piano di rientro, privilegiando la riconversione di strutture pubbliche e private accreditate, laddove compatibile con la destinazione d'uso finale e, nella fase transitoria, favorendo la differenziazione dell'offerta nelle Rsa. In tal senso, tenendo conto dell'attuale assoluta carenza di tale modalità assistenziale nei loro territori, nelle Asl Rm/B, Rm/F, Rm/G e Frosinone dovrà essere attivato inizialmente almeno un Hospice per ciascuna Azienda, prevedendone eventualmente la collocazione all'interno degli istituendi Ptp.

INFERMIERE DI COMUNITÀ

L'infermieristica di comunità può costituire la base per un nuovo modello di assistenza territoriale, fondato sull'approccio relazionale in grado di superare la semplice produzione di prestazioni tecniche, e orientato verso una risposta assistenziale globale, efficace e mirata ai bisogni sociosanitari delle persone. Elemento fondamentale, che garantisce l'efficacia degli interventi, è che l'infermiere non agisce in modo isolato ma in stretta collaborazione con il Mmg e il Pls, secondo strategie integrate con i servizi del Distretto sanitario, prefigurando il raggiungimento del mandato che deriva alla professione infermieristica dalla sopra citata legge 251/00: la personalizzazione dell'assistenza.

L'attivazione a livello distrettuale di un servizio di assistenza infermieristica a livello di comunità, intesa come un insieme di soggetti che condividono aspetti significativi della propria vita e che perciò sono in un rapporto di interdipendenza, sviluppano un senso di appartenenza e possono intrattenere tra loro relazioni fiduciarie, prevede la presenza di più figure infermieristiche (a seconda della dimensione e delle caratteristiche del Distretto), costantemente presenti nella comunità e da questa riconosciute, collaboranti con i professionisti e con le risorse presenti nel territorio. La funzione principale dell'infermiere di comunità consiste nella presa in carico globale della situazione di bisogno, attraverso un processo che vede una modulazione variabile dei seguenti elementi:

- identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica della persona e della comunità;
- promozione della salute, educazione sanitaria, prevenzione;
- orientamento, informazione ed empowerment (cittadino competente);

- presa in carico anticipata, valutazione multidimensionale;
- case management, messa in rete dei servizi;
- facilitazione dell'integrazione fra professionisti (in primo luogo medico di medicina generale);
- pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico;
- promozione e attivazione di reti informali;
- valorizzazione della funzione delle famiglie;
- garante della continuità assistenziale.

Le funzioni sopra descritte configurano un'assistenza infermieristica avanzata, il cui obiettivo principale è la modificazione di condizioni e di abilità finalizzata al raggiungimento dell'autonomia dell'assistito, mediante l'attivazione di comportamenti favorevoli la salute e lo sviluppo della capacità di autogestione delle patologie, in collaborazione con gli altri professionisti del territorio e soprattutto con il medico di medicina generale.

L'ambito di azione ideale dell'infermiere di comunità è identificabile nell'area elementare di Distretto, ipotizzabile quale porzione di territorio subdistrettuale compresa tra i 5.000 e i 15.000 abitanti, svolgente la funzione di punto di accesso, di presa in carico, di semplificazione amministrativa e di integrazione tra i servizi sanitari e tra questi e l'ambito sociale.

L'infermiere di comunità assumerà un ruolo cardine nella promozione di stili di vita salutari, con particolare riferimento alla prevenzione primaria e secondaria, e in quest'ultima orientato al recupero delle migliori capacità funzionali (fase estensiva), con una presa in carico dei pazienti, per facilitare i passaggi di *setting*, già nella fase di degenza ospedaliera.

Particolare attenzione andrà quindi rivolta allo sviluppo delle sue capacità di comunicazione: l'infermiere di comunità dovrà saper *comuni-care*, ossia curare la propria comunicazione con l'assistito, interiorizzando le competenze richieste che si traducono non solo nel dare l'informazione corretta, ma anche nell'entrare in relazione empatica con il proprio interlocutore in una logica di feedback emessi e ricevuti. Nella comunicazione efficace le informazioni che si trasmettono devono:

- essere supportate dall'evidenza scientifica, anche per esercitare un'azione di contrasto verso le informazioni scorrette e i luoghi comuni diffusi da fonti non autorevoli;
- essere adattate alle caratteristiche del gruppo di popolazione cui ci si rivolge;
- rivestire una valenza educativa e formativa in grado di attivare nell'individuo il cambiamento positivo, attraverso il *self-empowerment*.

Al fine di garantire un'adeguata qualità professionale è necessario prevedere specifici percorsi formativi rivolti alle figure destinate a svolgere la funzione di infermiere di comunità e a

tutti gli altri attori dei servizi territoriali (Legge 43/2006).

Sarà opportuno inoltre aprire un tavolo regionale di concertazione con l'Università al fine di rivedere i piani di studi universitari di laurea in infermiere ancora troppo orientati all'assistenza ospedaliera, e giungere ad una definizione del curriculum formativo che tenga conto delle nuove competenze e responsabilità richieste.

Infine va considerato come a fronte di un quadro, demografico ed epidemiologico, la cui evoluzione porta a bisogni sempre più complessi, sia necessario favorire un'impostazione culturale e organizzativa che ridisegni il ruolo dei professionisti sanitari come "incrementatori" dell'autonomia dei soggetti, come promotori di una capacità di far fronte ai propri problemi di salute. L'infermieristica sta sviluppando approcci teorico-pratici sempre più orientati ai concetti di *self help* e *self care*. Anche questi approcci, fondati su un principio di attività di supporto individuale, richiedono significative trasformazioni nell'organizzazione dei servizi territoriali, nei servizi domiciliari in particolare e di comunità in generale. Questo permetterà anche un costante monitorag-

gio dei soggetti fragili e di altri gruppi di popolazione a rischio quali ad esempio quelli segnalati dai Mmg.

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

Anche la diffusione degli Ambulatori infermieristici può divenire pertanto un nodo strategico del sistema delle cure primarie. Essi, operando in stretta connessione funzionale con i Mmg e la rete dei servizi, consentono il monitoraggio dei fattori di rischio nella popolazione e la gestione dei soggetti con patologie cronico-degenerative, oltre a fornire risposte assistenziali adeguate nei confronti di eventi acuti. Inoltre, questo *setting* assistenziale costituisce uno dei luoghi privilegiati per lo sviluppo di un approccio di iniziativa (proattivo), tendente a superare l'attuale modello basato sull'attesa.

Prevedono la "presa in carico" della persona attraverso la valutazione del bisogno di assistenza, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi (cartella infermieristica). Assolvono alla funzione dell'infermieristica in ambito comunitario, in un'ottica di multidisciplinarietà; essi si integrano nei processi distrettuali e, qua-



lora i bisogni dell'assistito richiedano una forte integrazione sociosanitaria, prevedono l'utilizzo di metodologie per la Valutazione multidimensionale, contribuendo alla stesura del Piano assistenziale individuale.

Per Ambulatorio infermieristico si deve intendere la struttura o luogo fisico, collocato nel territorio e/o in ambito ospedaliero, preposto all'erogazione di cure infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico, che ne è responsabile per quei pazienti che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

Il modello dell'Ambulatorio infermieristico risponde all'esigenza di:

- migliorare l'accessibilità e la fruibilità da parte dei cittadini dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria (livello di *primary care*), anche in stretta collaborazione funzionale con il Punto unico di accesso sociosanitario (Pua);
- costituire una cerniera tra i servizi ospedalieri, territoriali (di assistenza domiciliare, salute mentale, geriatria, materno-infantile, disabilità degli adulti e dei bambini, specialistica ambulatoriale e Medici di medicina generale) al fine di assicurare la continuità assistenziale;
- garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati;
- promuovere nelle persone i processi di autocura (*self care*), anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale (empowerment del cittadino);
- promuovere l'attività di prevenzione e educazione alla salute.

Riconoscono la piena assunzione di responsabilità e l'autonomia dell'infermiere nell'organizzazione e nella gestione dell'assistenza secondo quanto previsto dalla normativa che regola l'esercizio professionale (Dms. 739/94, Patto Infermiere-Cittadino 1996, L. 42/99, Codice Deontologico 1999, Legge n. 251/00, Legge n. 1/2002, Ordinamenti Didattici delle Classi di Laurea/02).

Nell'ambito delle proprie funzioni, gli Ambulatori infermieristici promuovono nelle persone i processi di autocura, anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale, contribuendo così ai processi di *empowerment* del cittadino, che costituiscono uno degli elementi chiave del presente Piano sanitario.

Le prestazioni a carico del Ssr, erogabili negli Ambulatori infermieristici, sono esclusivamente quelle garantite dal Servizio sanitario nazionale nell'Allegato 1 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" contenute nel Decreto ministeriale 22/7/96 e successivamente recepite dalla Regione Lazio con propri atti deliberativi.

Ulteriori prestazioni di seguito elencate potranno essere incluse tra quelle erogabili presso un ambulatorio infermieristico soltanto se confermate nel nuovo Decreto sui Lea. Nell'ambito dei processi assistenziali sono inseribili ulteriori prestazioni riconducibili a quelle previste nel profilo professionale (Dms 739/94). In questo caso le Aziende dovranno provvedere con propri atti all'inserimento di dette prestazioni nei nomenclatori-tariffari aziendali.

L'attività degli Ambulatori infermieristici è sistematicamente rilevata e trasmessa al Sistema informativo aziendale. Le prestazioni infermieristiche il cui codice è presente nel nomenclatore tariffario della Regione Lazio sono trasmesse all'Agenzia di Sanità Pubblica per la registrazione nel flusso Sias. Le prestazioni infermieristiche non comprese nel nomenclatore tariffario dovranno essere trasmesse all'Assessorato alla Salute e all'Asp per la valutazione periodica delle attività implementate. Il numero e la distribuzione degli ambulatori infermieristici dovrà essere stabilito in funzione del bisogno assistenziale rilevato nelle singole Asl. In generale in ogni poliambulatorio aziendale potrebbe esserne incluso uno. L'organizzazione in rete e la condivisione dei percorsi clinico-organizzativi sono essenziali per garantire la continuità assistenziale.

Le prestazioni fornite devono assicurare un'assistenza appropriata ad alcune tipologie di cittadini, come individuato nell'ambito delle priorità assistenziali definite dal Piano sanitario regionale e dal Piano strategico aziendale. È opportuno che la Asl definisca un coordinatore infermieristico aziendale degli Ambulatori infermieristici del proprio territorio per la revisione dei processi erogati, ed eventuali innovazioni organizzative. L'accesso agli Ambulatori infermieristici viene regolato dal Cup o Re-Cup previa presentazione della prescrizione medica (Mmg o specialista), ma è prevista anche la modalità di accesso diretto, mediante la quale gli utenti potranno rivolgersi direttamente all'ambulatorio infermieristico, e usufruire delle relative prestazioni pagando il ticket o la prestazione per intero. Quanto ai requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici, la dotazione minima per l'attività ambulatoriale deve rispondere ai contenuti della normativa vigente.

Carenza di personale e infermieri in farmacia animano il dibattito estivo sulla professione

Puntuale come il solleone di agosto, il tormentone estivo dell'emergenza infermieristica non ha mancato anche quest'anno di produrre titoli cubitali e preoccupate analisi da parte dei media nazionali.

Fedeli alla "tradizione", gli organi di informazione riscoprono la gravissima carenza di infermieri solo ciclicamente, quando la situazione, complici le ferie e il sovraffollamento degli ospedali, si fa drammatica.

Ma la novità di questa estate appena archiviata è che l'attenzione dei media si è accesa anche in positivo sulla professione. Non solo emergenza, insomma. Ci sono nuovi scenari che solleticano l'interesse della stampa scritta e videoparlata.

I media scoprono le potenzialità inesprese degli infermieri italiani e il loro impatto determinante sulla salute oltre che sulla sanità. Da qui un'estate segnata da articoli, servizi e interviste a profusione sull'infermiere in farmacia, a domicilio, in ambulatorio medico-infermieristico.

I fari mediatici si accendono su un "nuovo" infermiere che interagisce direttamente col territorio, per una volta proiettato e rappresentato al grande pubblico fuori dalle mura ospedaliere.

Se ne occupano a più riprese i maggiori quotidiani italiani, i tg nazionali, la stampa e le emittenti locali.

Il Collegio Ispasvi di Roma è tra i protagonisti della trasmissione

scientifico di **RaiNews24** "Ippocrate" in onda il 27 giugno. Il presidente Gennaro Rocco è ospite in studio per un'intervista a tutto campo sugli infermieri. La questione viene subito a galla: "Nel periodo delle

ferie - chiede l'intervistatore - mancano spesso medici e infermieri. Si sta studiando un sistema per superare il sistema ospedalocentrico. L'idea è l'infermiere in farmacia...". "Non sempre l'ospedale risponde alle esigenze di salute - replica -. La risposta si può avere vicino casa, dove le persone arrivano semplicemente. Pensiamo di attivare servizi di assistenza infermieristica territoriale nelle farmacie, dove i cittadini possono rivolgersi per le prestazioni di base: pressione sanguigna, test vari, prelievi ematici, ritiro delle risposte delle analisi, eccetera".

Il presidente ribadisce l'alto livello raggiunto della formazione infermieristica e sul piano di ristrutturazione della formazione universitaria avverte: "La formazione degli infermieri è autonoma. Ma ora qualcuno tenta di togliere l'unico insegnamento specifico per gli infermieri per accorparlo a quello di altre specialità mediche. A noi infermieri non sta bene. E neanche a i cittadini.

La nostra professione è diversa, del tutto peculiare". Sul mancato decollo dell'assistenza domiciliare, Rocco dice: "Solo poche Regioni e poche Asl hanno avuto il coraggio di fare scelte forti e coraggiose. Bisogna assistere le persone a casa loro quando possibile e per questo serve l'infermiere. Se non c'è l'infermiere il sistema è destinato a fallire. Proprio questo è il problema: la carenza di infermieri. Bisogna investire in questa direzione".

Messaggio chiaro che rimbalza sulla stampa anche in altre occasioni. I reportage dagli ospedali sull'orlo del collasso rilanciano una volta di più l'emergenza infermieri.

Avenire del 23 agosto fa il punto della situazione con uno speciale: "Infermieri, ricerca infinita. Ne mancano oltre 60 mila". Si legge nel servizio: "La crisi pesa sulle imprese e le assunzioni di personale straniero crollano in picchiata. Solo gli infermieri - di qualsiasi nazionalità essi siano - possono dormire sonni tranquilli: le loro abilità, assicura la recente ricerca di Unioncamere, continueranno a essere ricercatissime, perché di professionisti in corsia non ce n'è mai abbastanza. Nel nostro Paese ne mancano almeno 60 mila". Ne scaturisce una lettura finalmente schietta dell'emergenza, quella che gli infermieri vanno denunciando ormai da molti anni: "L'emergenza infermieri, di cui sempre più spesso si sente parlare, non lo è più da tempo. Perché non si tratta - vocabolario alla mano - di una circostanza imprevista, accidentale, un momento critico che richiede un intervento immediato quanto di una situazione incancrenita nel tempo". Poi **Avenire** raccoglie e rilancia un'altra annosa istanza degli infermieri italiani e scrive: "Intanto la certezza di ottenere un lavoro fa lievitare il numero degli iscritti al corso di laurea. Ma ancora scarseggiano le risorse per le scuole".

Lo stesso quotidiano pubblica il 28 luglio la classifica delle cosiddette professioni high-skill, le più ricercate sul mercato del lavoro. Tra le prime dieci svetta l'infermiere con 4.480 nuovi posti previsti per la fine del 2009 e con un quoziente di difficoltà di reperimento pari al 59,9%.



Il Tg1-Rai del 29 luglio si occupa delle professioni più richieste e titola il suo servizio "A.A.A. infermieri cercansi". "I mestieri più richiesti? Infermieri ed artigiani" fa eco **il Corriere della Sera** del 30 luglio. Lo stesso giorno il quotidiano economico **Finanza e**

Mercati aggiunge: "Cercansi lavoratori disperatamente: scomparsi infermieri e informatici".

Sullo stesso tema il **Quotidiano Nazionale** del 30 luglio titola: "Il mercato a caccia di infermieri e cuochi - Occupati in calo ma

per alcune professioni la domanda supera l'offerta". E ancora **La Repubblica** del 30 luglio che titola: "Introvabili infermieri e informatici". Nella tabella che correda il servizio il quotidiano pone la professione infermieristica tra quelle di "Alta Specializzazione", insieme a consulenti fiscali, progettisti elettronici, addetti al marketing, programmatori informatici, fisioterapisti, sviluppatori di software. Il che, non molto tempo fa, non sarebbe stato poi così scontato. Citando una ricerca diversa, condotta da Isfol in collaborazione con Csa di

Italia Oggi pubblica il 3 agosto un ampio servizio su "Le professioni più richieste e più ricercate". E spiega nel sommario: "Tra le più richieste brilla in testa il venditore, tra le più ricercate l'infermiere".

Infermieri in luce anche nell'infernale tragedia ferroviaria di Viareggio. Fra tutti gli organi di informazione che hanno sottolineato il coraggio, la professionalità e il lavoro infaticabile degli infermieri impegnati nei soccorsi, merita una citazione speciale l'articolo pubblicato il 22 luglio da **Il Tirreno**, il quotidiano di Livorno e della Versilia, con il significativo titolo "Ecco i veri protagonisti". Prende quota intanto la polemica sull'infermiere in farmacia dopo l'annuncio del viceministro alla Salute Ferruccio Fazio che la novità verrà introdotta con la riforma delle farmacie all'esame del Senato. **Il Gazzettino** del 21 luglio dà voce al presidente della Fimmg del Veneto Lorenzo Adami che difende a spada tratta l'orticello dei medici di famiglia e dichiara "No agli infermieri nelle farmacie, sono troppo pochi". E ancora: "Le recenti dichiarazioni di Fazio aprono più problemi di quanti ne risolvano". Il quotidiano aggiunge: "Una decisa levata di scudi contro gli infermieri nelle farmacie per analisi del sangue, controllo della pressione, distribuzione di referti, campagne di prevenzione". L'obiettivo dei medici di base è chiaro. Lo ribadisce lo stesso Adami: "Il potenziamento della sanità territoriale passa necessariamente attraverso la medicina generale". Ma a distanza di una settimana **Il Sole24Ore** (28 luglio) risponde indirettamente alle istanze protezionistiche dei medici e titola: "Liberalizzazioni: le farmacie aprono ai test clinici e all'assistenza infermieristica". Nel precisare i contenuti del disegno di riforma, l'articolo sottolinea come nella nuova farmacia ogni professionista abbia un ruolo distinto, autonomo e di livello paritario. Il primo agosto **Il Sole24Ore** torna sulla questione e riferisce del primo via libera del Consiglio dei ministri allo schema di decreto legislativo della riforma delle farmacie, titolando "La farmacia diventa il primo soccorso". L'argomento è caldo e il 5 agosto **Il Sole24Ore-Sanità** titola: "E' l'ora della farmacia dei servizi - Approda a Palazzo Chigi il testo del decreto

legislativo che trasforma il bancone in front-office del Ssn".



"Stop a iniezione selvaggia", titola il settimanale **Panorama** nell'ultimo numero di luglio. Nel sommario spiega:

"Anche l'iniezione a domicilio va regolamentata. E' quanto pensano quattro deputati del Pdl firmatari di un progetto di legge per disciplinare il lavoro degli infermieri fuori dalle strutture sanitarie. L'idea piace anche al Governo".

Spazio agli infermieri anche su **Italia Oggi** del 12 agosto con un'intera pagina dedicata alla revisione dei corsi universitari, alla legge di trasformazione dei Collegi in Ordini professionali e con un'articolata intervista alla presidente della Federazione nazionale Ipvsi Annalisa Silvestro che ribadisce il concetto secondo cui "Non vogliamo essere mini-medici".

Non mancano altre incursioni positive dei media nel mondo infermieristico, solitamente oggetto di accuse troppo facili e infondate. Il **Sole24Ore** del 22 luglio sottolinea positivamente l'esperienza di infermieristica sul territorio avviata in rete dalle Regioni Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta. "Arriva l'infermiere a domicilio" titola il quotidiano economico che aggiunge: "Prende forma nel Nord-Ovest il mestiere dell'infermiere a domicilio. Un caso pilota a Torino coinvolge già 10 mila pazienti. Si diffonde sul territorio la sperimentazione da parte di coop e istituzioni". Bello lo



anche spaccato di una professione vista con gli occhi dei giovani pubblicato da **Il Resto del Carlino** il 23 luglio con il titolo "Io, aspirante infermiere, imparo tra Lione e Imola - L'esperienza di Serena con il progetto Erasmus".

Un'ultima nota per il servizio dedicato l'11 agosto da **Italia Oggi** all'impegno degli infermieri e degli altri professionisti sanitari e non a favore della popolazione terremotata dal titolo "Ordini in campo per l'Abruzzo".

E mentre **Il Resto del Carlino** del 18 agosto riferisce della nascita sulla costa romagnola di "Servizi infermieristici gratuiti sotto l'ombrello", va in archivio un'estate in cui, tutto sommato, i mass media hanno acceso qualche riflettore in più sulla professione, con un'attenzione dai toni più interessati e meno scandalistici del solito. Un buon passo avanti. Confidando che non si riveli "falso" come certi scoop.

Decimo convegno nazionale Infermieri della Polizia di Stato

Si è svolto lo scorso 22 maggio, presso l'istituto per sovrintendenti della Polizia di Stato di Spoleto il decimo Convegno nazionale degli Infermieri della Polizia di Stato dal titolo: "L'infermiere: formazione, ruolo e prospettive".

Un evento dall'alto contenuto tecnico-scientifico che ha visto, tra i relatori, nomi autorevoli del mondo infermieristico; un evento che ha fornito stimoli professionali all'operato degli infermieri del servizio sanitario della Polizia, oltre che strumenti e motivazione a tutto vantaggio dell'utenza.

Argomenti come qualità, efficacia ed efficienza; gestione del rischio clinico e medicina del lavoro (secondo il nuovo decreto legislativo 81/2008); il contributo dell'infermiere al disagio psichico dell'operatore di Polizia; nuovi scenari operativi (come l'infermieristica forense); nuove collabo-

razioni con ordini professionali e mondo accademico; rinforzo dell'affiatamento dell'intero team multidisciplinare operante nella Polizia di Stato (infermieri, medici, psicologi, fisioterapisti e tutti gli operatori non infermieri) sono stati al centro dell'intero evento formativo.

Un'occasione di crescita, confronto e di apertura, nell'ottica di un sempre maggior impegno professionale al servizio del cittadino/utente trattato presso le strutture sanitarie della Polizia, ma anche, e soprattutto, spunti di riflessione per un'amministrazione che vede l'ingresso degli infermieri solo a partire dal vicino 1992.

Preziosi sono stati i contributi e le esperienze offerte dai numerosi ospiti intervenuti: per primo, **Gennaro Rocco**, presidente del Collegio Ispasvi di Roma, che nella sua relazione ha illustrato il lungo e faticoso cammino percorso dagli infermieri italiani ed i progressi professionali e formativi che, negli anni, hanno interessato l'intero gruppo.

Nel suo discorso, è stato messo ben in evidenza il processo di professionalizzazione che ha portato l'intera categoria all'acquisizione di caratteri distintivi, di uno *status* professionale specifico, nonché la sua "brusca" accelerazione, intervenuta con l'entrata dell'infermieristica come disciplina scientifica all'interno delle università. L'intento della relazione di Rocco è stato quello di fornire una conoscenza approfondita di tale processo evolutivo e delle competenze che deve, necessariamente, acquisire il professionista infermiere nel terzo millennio, a prescindere dal contesto lavorativo in cui opera.

"La rilevazione della soddisfazione dei pazienti e dei cittadini-utenti - ha, invece, sottolineato

Mario Esposito - *è stata perseguita con grande intensità da ogni singola Azienda. A tal fine, sono state realizzate molte ricerche legate al tema della qualità percepita dal cittadino, ma i concetti che stanno alla base delle esperienze concrete non possono che essere rintracciate in nozioni come la 'multi-professionalità', ovvero il coinvolgimento di differenti parti nel lavoro allo scopo di realizzare rapporti di connessione e condivisione di obiettivi. È necessario riconoscere le competenze fra tutti i diversi professionisti della salute".*

Maurizio Zega e **Francesco Tontini**, dell'Agenzia di Sanità Pubblica della

Regione Lazio, hanno evidenziato come, ai

continui cambiamenti di carattere socio-economico e politico, ma soprattutto epidemiologico e demografico, corrisponda un mutamento dei bisogni di salute a cui anche la professione infermieristica è obbligata a rispondere, ricercando modelli e competenze tali da garantire una sempre maggior appropriatezza e tempestività. In tal caso, la possibilità di fornire soluzioni è subordinata al binomio: "formazione/organizzazione", ossia,



modelli organizzativi flessibili che si adattano al continuo mutamento della domanda. Da qui, l'esigenza di cercare nuove figure infermieristiche che garantiscano maggiore competenza, non solo in ambito assistenziale, ma, soprattutto, per quegli aspetti giuridici e giurisprudenziali riguardanti l'esercizio dell'assistenza.

Zega e Tontini hanno delineato quello che, in futuro, sarà: "l'infermiere forense", una figura specializzata nell'ambito di una nuova branca della nostra disciplina che si propone di studiare gli aspetti concettuali, metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'assistenza infermieristica, allo scopo di promuovere, con la sua concreta applicazione, una maggiore cultura della sicurezza nei confronti del cittadino utente, dell'utente erogatore del servizio socio-assistenziale e delle istituzioni e che vede il suo naturale materializzarsi anche nell'infermiere di Polizia.

Julita Sansoni nel suo intervento individua proprio nell'infermiere di Polizia quelle competenze e quelle conoscenze specifiche definite di tipo "avanzato", solite del: *"professionista riconosciuto, che ha acquisito la conoscenza esperta di base, abilità complesse di presa delle decisioni e competenze cliniche utili per una pratica avanzata, caratteristica della quale è desumibile dai diversi contesti locali"*.

Preziosi, anche i contributi offerti dalle esperienze maturate nel campo della qualità portate dalle relazioni di **Roberto Ricci**, del dipartimento di Biotecnologia Cellulare ed Ematologia dell'università La Sapienza di Roma; di **Adriana Pignatelli** e di **Gabriella Angeloni** dell'istituto Regina Elena.

Infine, sono stati esposti dati che hanno tracciato un vero "ritratto" della componente infermieristica del servizio sanitario della Polizia di Stato da cui sono emerse informazioni che



hanno sottolineato l'enorme professionalità e potenzialità, nonché gli ambiti di specifica competenza all'interno di questo "particolare" contesto lavorativo.

Nel ripercorrere le tappe storiche che hanno interessato l'infermiere in Polizia si è arrivati ai giorni nostri, evidenziando l'intero percorso professionale maturato all'interno, quanto è stato fatto e quanto è ancora necessario fare. Ma, soprattutto, è stata sottolineata quanto sia sentita la necessità, anche in tale contesto lavorativo, di imporre un cambiamento radicale, un rinnovamento, una ricerca dell'appropriatezza; un adeguarsi sempre maggiore alle richieste dell'intera società a cui una moderna e sensibile concezione di infermiere non può restare indifferente.

Maurizio Bellini

Vice-revisore tecnico infermiere Polizia di Stato

La riforma del mercato del lavoro e quella del sistema previdenziale italiano

La riforma del mercato del lavoro e quella del sistema previdenziale italiano sono, ormai, da qualche anno, ai primi posti dei programmi politici degli esecutivi del nostro Paese. Eppure, la letteratura specializzata e l'informazione mediale non offrono un'adeguata presentazione, attenta ed esplicativa, di uno degli attori del mercato occupazionale e previdenziali più strategici a tal fine.

Sebbene siano fra i meno visibili, se non per gli esperti di settore e per i loro iscritti, gli Enti di previdenza privatizzati con D.Lgs 509 del 1994 ed istituiti con natura privata dal D.Lgs 103 del 1996 vantano, oramai, quasi tre lustri di storia e si presentano come una delle espressioni del mondo occupazionale e della previdenza fra i più innovativi per l'Italia e ciò per una pluralità di motivi.

Innanzitutto, questi Enti di categoria sono stati appositamente istituiti per garantire assistenza e tutela previdenziale ai, sempre più numerosi, lavoratori configurabili nelle cosiddette nuove professioni o "professioni intellettuali". Si tratta di lavoratori con competenze sempre più specializzate e/o impiegati in settori come quelli quaternari e quinary (servizi per le società di servizi, servizi per la persona) di cui si va arricchendo la nostra economia per soddisfare la domanda produttiva e sociale sempre più diversificata.

A dimostrazione della necessaria riforma previdenziale rappresentata da questi primi 20 Enti previdenziali privati, si sottolinea l'orientamento giuridico attuale ad un'estensione della creazione di nuovi Enti. Questo fenomeno, peraltro, si situa all'interno dell'annunciata riforma previdenziale, accanto al congiunto problema posto dall'emergenza demografica: il crescente numero della popolazione nelle terza e quarta età rispetto a quello della popolazione attiva e occupata impone urgenti sperimentazioni previdenziali per far fronte a prossimi disequilibri nella bilancia dei pagamenti delle pensioni. Fra questi, l'affiancamento del regime complementare e di quello integrativo, all'ormai insufficiente, sistema previdenziale obbligatorio ha trovato una sua prima, sperimentale applicazione negli Enti di previdenza privati e privatizzati, la cui esperienza sta contribuendo alla sua migliore realizzazione.

Non è un caso che gli Enti previdenziali privati abbiano, per primi, sperimentato l'adozione del metodo del calcolo "contributivo", proponendosi, di fatto, quali utili promotori del rinnovamento del sistema previdenziale.

Il libro offre una presentazione del cammino di evoluzione storica dell'istituzionalizzazione delle professioni autonome e, più recentemente, delle "professioni intel-

lettuali", fino alla definizione giuridica degli Enti previdenziali privatizzati e privati per poi approfondire la conoscenza della loro natura, struttura e funzionamento.

L'appendice giuridica illustrativa di queste nozioni e una specifica parte finale dedicata all'integrazione in un'ottica europea dell'attività di questi Enti previdenziali offre al lettore la possibilità di conoscere i programmi e le attività, con un'adeguata attenzione al principio fondamentale che li ispira, ossia la formulazione di un'azione previdenziale sostenibile anche per le generazioni future, grazie al costante equilibrio mantenuto fra offerta e domanda di assistenza e previdenza.

Rodolfo Cotichini

Marco Bernardini

Le casse di previdenza private in Italia. Storia, organizzazione, prospettive

Lithos editore, pp.152



La vita e la morte: un excursus fra secoli e religioni all'Umberto I

L'improvvisa ed inattesa scomparsa di Salvatore Carru ha lasciato in sua figlia un vuoto veramente incolmabile tanto che, per riuscirne a capire le origini, confini e profondità, Angela ha iniziato a leggere opere riguardanti il trascendente, l'anima, la morte e lo studio del dolore nell'animo umano, portandola a raccogliere un'importante mole di materiale.

Il caso di un asiatico, deceduto in corsia, ha fatto emergere, invece, nel dottor Chiaretti, la necessità di colmare la propria lacuna culturale di fronte a problematiche come il trattamento del defunto nel rispetto delle usanze, consuetudini e tradizioni culturali nelle diverse religioni dei pazienti.

In occasione di corsi Ecm, svolti nel 2005, per il personale sanitario strutturato all'Umberto I di Roma

per l'organizzazione di un Servizio Dipartimentale di Day Surgery i discendenti hanno sollevato problematiche squisitamente correlate al multiculturalismo con "clienti-utenti" di differenti estrazioni culturali e religiose. L'ospedale Umberto I, infatti, ha un'utenza multiculturale e variegata perché collocato nel centro della città di Roma, nei pressi della stazione Termini e del quartiere Esquilino (abitato da numerosi asiatici) e ben collegato al quadrante est, popolato da tantissimi stranieri.

Queste pagine presentano una sintetica rassegna storico-filosofica delle religioni, focalizzando l'attenzione sugli aspetti che riguardano l'interpretazione delle principali tematiche sanitarie nelle varie religioni: malattia, dolore, trapianto, trasfusione, aborto, morte, coma, autopsia, sepoltura.

Nell'ottica della formazione continua di quanti hanno deciso di dedicare la propria esistenza alla cura dei loro simili, intendiamo approfondire le problematiche ed il sito massimochiaretti.wordpress.com rappresenta un *work in progress*, ove studiosi, curiosi e persone comunque interessate

all'argomento potranno incontrarsi e partecipare ad una prossima edizione arricchita e, forse, esaustiva del volume.

Giovanna Angela Carru e Massimo Chiaretti

Vivere la morte, un momento di mediazione interculturale

Edizioni Nuova cultura, pp.338

40 euro



Ipasvi Cup 2010 Aperte le iscrizioni

La terza edizione del torneo di calcio a cinque organizzato dagli infermieri ed intitolato alla memoria degli amici e colleghi Enrico Grassi e Luigi Patrizi è alle porte: l'inizio è previsto per fine ottobre/inizio novembre 2009, e l'organizzazione sta già distribuendo la modulistica alle squadre interessate a prendervi parte.

Nelle precedenti edizioni hanno partecipato squadre provenienti da strutture di Roma e provincia: dal Sant'Andrea al Grassi di Ostia, dal Sant'Eugenio alle strutture sanitarie dei Castelli Romani.

La prima edizione è stata vinta dall'ospedale Cristo Re, a cui poi ha succeduto il San Filippo Neri. In questa pagina vengono riportate alcune fotografie della cerimonia di premiazione, avvenuta durante Sanit 2009.

A prescindere dai risultati ottenuti o meno dalle diverse squadre, però, il rinnovo di questo appuntamento sportivo è finalizzato ad una sempre maggiore coesione di noi infermieri non solo nell'esperienza lavorativa, ma anche nell'intraprendere e nel portare avanti attività ricreative e di svago.

La partecipazione al torneo è aperta a tutti gli infermieri e studenti infermieri, come nelle precedenti edizioni.

Tuttavia, novità di quest'anno, ogni squadra può iscrivere fino a due giocatori non infermieri, ma che comunque ricoprano un ruolo lavorativo nell'ambito della Sanità. Questo, in modo da aiutare tutte le squadre a raggiungere sempre un numero sufficiente di giocatori per affrontare una partita.

Un'altra novità, legata però al numero di squadre partecipanti, sarà la possibilità di organizzare il torneo in due gironi giocati su due campi (Roma Nord e Roma Sud), permettendo ad ogni rappresentativa di scegliere il campo sul quale disputare i propri incontri.

Chiunque voglia partecipare al torneo, anche senza avere una squadra da iscrivere, può contattare l'organizzazione ai seguenti recapiti:

Luigi Di Bartolomeo (Tel. 339,7326143 Email: ggdibba@libero.it)



L'assistenza oltre il pregiudizio Il Convegno Nazionale AIT

Il 14 novembre 2009, l'Ait (Associazione Infermieristica Transculturale) celebrerà il suo secondo convegno nazionale. L'appuntamento è all'Hotel Summit di Roma (via della Stazione Aurelia, 99), a partire dalle ore 8.30.

Il tema scelto per la giornata è **"Oltre il pregiudizio: esperienze di assistenza"**. La partecipazione ai lavori è gratuita per gli iscritti al Collegio Ispasvi di Roma e per gli iscritti all'Ait.

L'evento è realizzato con il patrocinio dell'Associazione Italiana Sociologia dell'Istituto Nazionale per la Salute, i Migranti e la Povertà (Inmp). Il valore aggiunto della prospettiva della promozione della salute è importantissimo per tutti gli operatori sanitari onde mettere in risalto, nella sanità odierna, la centralità del paziente. Nel nostro Paese, infatti, si osservano rilevanti disuguaglianze relativamente alle condizioni di salute: le persone, i gruppi sociali meno avvantaggiati presentano un maggior rischio di morire, di ammalarsi, di subire una disabilità, di praticare stili di vita rischiosi.

Le cause sono complesse e risiedono nelle condizioni di vita e di lavoro della popolazione, nella dotazione di risorse materiali, nelle relazioni sociali, negli stili di vita, nell'accesso ai sistemi di cura, in un approccio referenziale degli operatori sanitari. Le giuste politiche per la salute, invece, devono contrastare le disuguaglianze irrobustendo le capacità delle persone e delle comunità di adottare comportamenti sani, migliorando l'accesso ai servizi e incoraggiando il cambiamento culturale ed economico.

Ciò che stava e sta avvenendo nei paesi occidentali, Italia compresa, è che nonostante esista un livello di reddito medio elevato negli strati dominanti della popolazione ed un miglioramento medio degli standard di vita, le disuguaglianze sociali ed economiche aumentano in una dicotomia proporzionale che si dilata con l'aumento del cosiddetto benessere e ciò con evidente impatto sulla salute dei meno abbienti.

Nella società odierna, i protagonisti di questo fenomeno sociale protagonisti non sono esclusivamente, gli immigrati, ma anche i poveri tradizionali, gli emarginati, i disagiati mentali, i vulnerabili, le persone fragili ed anziane, gli esclusi dalla società.

Sempre di più, chi non riesce a tenere il passo, sono famiglie integrate anche in un tessuto produttivo, generalmente medio-



basso, che un evento, spesso una malattia, fanno scivolare prima in condizioni di maggior bisogno, poi di privazione se non di esclusione.

Con questo evento formativo si vuole mettere in luce tale situazione che è anche legata, anche se speriamo raramente, a situazioni pregiudiziali di assistenza sanitaria nei confronti delle persone vulnerabili.

L'Ait si propone pertanto di fornire le conoscenze per **erogare un'assistenza infermieristica senza stereotipi e pregiudizi culturali, economici, sociali ed etici**. Allo

stesso tempo, sarà premura dei relatori fornire un quadro della situazione di salute disuguaglianza esistente nel nostro Paese e della situazione immigratoria italiana, con particolare riguardo alla situazione della professione infermieristica.



Si parlerà anche di assistenza sanitaria presso i campi nomadi, una realtà con la quale metropoli come Roma si interfacciano quotidianamente.

Il programma dettagliato della giornata è articolato in due sessioni mattutine e una sessione pomeridiana. Proprio nelle battute conclusive, verrà presentato in esclusiva il *Rapporto 2009* della Caritas Migrantes. Di seguito, tutti gli interventi previsti.

I SESSIONE: La professione infermieristica nella modernità post-radicale

MODERATORI: Ausilia Pulimeno – Alessandro Stievano

08.30 – 09.00 Accoglienza partecipanti
Compilazione scheda registrazione

09.00 – 10.00 **Lettura Magistrale**
La dimensione interculturale nel piano assistenziale
G. Rocco

10.00 – 10.30 **Lettura Magistrale**
Nursing care e nuove prospettive di cura
C. Cipolla/I. Iseppato

10.30 – 11.00 **Lettura Magistrale**
Salute e disuguaglianza sociale
A. Morrone

11.00 – 11.30 Discussione con i partecipanti
11.30 – 12.00 Coffee break

II SESSIONE: Esperienze di assistenza

MODERATORI: Paolo Tarantino – Nicola Barbato

12.00 – 12.20 Assistenza infermieristica in un campo nomadi
M. Capoccia

12.20 – 12.40 La promozione della salute per le persone a rischio di esclusione sociale: l'esperienza del San Gallicano
P. Comuzzi

12.40 – 13.00 Il gruppo tutela migranti della ASL RM/A
P. Tarantino

13.00 – 13.30 Discussione con i partecipanti
13.30 – 14.30 Lunch

III SESSIONE: Oltre il pregiudizio: salute e assistenza

MODERATRICE: Maria Grazia Proietti

14.30 – 15.00 **Lettura Magistrale**
Il rapporto 2009 della Caritas Migrantes
F. Pittau

15.00 - 17.00 **Tavola rotonda**
Fruizione della salute e assistenza senza pregiudizio
Partecipano: G. Rocco – F. Aodi – P. Binetti
G. Di Virgilio - F. Pittau

17.00-17.30 Compilazione della scheda di valutazione Ecm
Compilazione questionario di gradimento



Comitato scientifico: Gennaro Rocco, Costantino Cipolla, Rodolfo Cotichini, Ilaria Iseppato, Aldo Morrone, Ausilia Pulimeno, Alessandro Stievano, Paolo Tarantino.

Segreteria organizzativa: Rodolfo Cotichini, Simona Andronic, Maurizio Fiorda, Matilde Napolano, Francesca Premoselli, Marco Tosini, Jose Vattakottayil Philip.

Prenotazioni on line: www.ipasvi.roma.it

Info prenotazione e pagamenti: 339.160.73.34

info@infermieristicatransculturale.com

collegio@ipasvi.roma.it

Riflessioni sulla contenzione

Il tema è particolarmente complesso perché la pratica della contenzione fisica (che può essere meccanica o farmacologica) si estende non solo ai pazienti ricoverati in reparti psichiatrici, ma anche ad altri pazienti: gli anziani, gli anziani confusi, soggetti affetti da patologie da astinenza da alcool o sostanze stupefacenti, pazienti nel decorso post-operatorio con dolore acuto o con patologie dismetaboliche, etc. ("La contenzione fisica in ospedale". Osp. Niguarda, D. Gulizia ed altri).

Tutti percepiscono la contenzione come una questione scivolosa. Da un lato essa è ritenuta necessaria per il trattamento di determinati pazienti ("La contenzione fisica in Ospedale" cit.) ma dall'altro lato non raramente l'utilizzo di mezzi di contenzione ha dato luogo a responsabilità penali a carico del personale di cura e di assistenza che le disponeva e attuava (Rodriguez, *Medicina Legale per Infermieri*, Carocci, 2004, 219).

Tra l'altro, si tratta di reati molto seri quali il sequestro di persona (art. 605 c.p.); la violenza privata (art. 610 c.p.); l'abuso dei mezzi di correzione o di disciplina (art. 571 c.p.); maltrattamenti (art. 572 c.p.); percosse (art. 581 c.p.); o ancora lesioni personali (art. 582 c.p.).

Si oscilla quindi, tra il trattamento terapeutico e abuso del trattamento.

Per chiarirci, i pazienti trattati con mezzi di contenzione soffrono di alterazioni patologiche psichiche o fisiche che comportano difficoltà di coordinazione motoria, stati confusionali o di agitazione o di eccitazione o di disorientamento, o impulsi al suicidio o comportamenti auto o etero lesioni/aggressioni ad es. per un certo trattamento farmacologico connesso alla terapia farmacologica prescritti per la patologia principale (Rodriguez, cit. 217).

Queste affezioni mettono evidentemente a rischio lo stesso paziente o il personale sanitario o i familiari ("la contenzione Fisica in ospedale", cit.).

Per prevenire il dramma, quindi, per arginare o eliminare il rischio, le misure che si adottano generalmente sono le sponde del letto, le polsiere, le cavigliere, le cinghia o il trattamento sedativo (Rodriguez, cit., 217).

Il legislatore ha una sua visione piuttosto empirica della salute.

La nostra costituzione afferma che "nessuno può essere obbligato a un trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun modo violare i limiti imposti del rispetto della persona umana". Da ciò consegue che nessuno può essere costretto contro

la sua volontà a subire trattamenti coercitivi a scopo curativo, fatta salva l'accezione costituita dall'imminenza del pericolo reale di un danno grave alla persona e ferma restando la proporzionalità fra il bene sacrificato con il trattamento coattivo e il pericolo che si intende scongiurare (G. Pavich, "Profili Generali di liceità ed illiceità nella Contenzione dei Pazienti Psichiatrici", Riv. Pen, 04/2008, la tribuna.it).

D'altronde, secondo il D. lgs. CPS. 4 marzo 1947, n. 1068, che recepisce l'atto di costituzione dell'O.M.S., Organizzazione Mondiale della Sanità, "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solo nell'assenza della malattia". (Rodriguez, cit., 221). Questa concezione della malattia spiega il perché la contenzione è stata vista sempre con sfavore dal legislatore.

Già secondo l'art. 60 del Regio Decreto 16 agosto 1909, n. 615 (regolamento attuativo della c.d. legge manicomiale) era previsto che "nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti a casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizioni degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto" con la quale deve essere indicata "la natura e la durata del mezzo di coercizione", possibilità peraltro esclusa nelle case di cura private (G. Pavich, cit.). Peraltro, questa norma non sembra abrogata da fonti legislative successive visto che la legge n. 180 del 1978 abroga soltanto gli art. 1,2,3, 3 bis della legge manicomiale n. 36/1904, né stata dichiarata costituzionalmente illegittima.

Lo sfavore è stato ulteriormente ribadito nel Dpr. 7 aprile 1994 recante l'approvazione del progetto-obiettivo "tutela della salute mentale" che prescrive l'eliminazione di qualsiasi metodo di coercizione fisica.

Esaminiamo brevemente questa norma.



Il Dpr del 1994 è una norma programmatica e, quindi, non ha una portata immediatamente vincolante.

Quanto all'art. 60, anche se formalmente non abrogata, non sembra compatibile con il quadro costituzionale attuale che fonda il trattamento sanitario su base volontaristica mentre l'art. 60 rimette semplicemente alla scelta del medico il porre in essere l'atto coercitivo (G. Pavich, cit.).

Per sintetizzare, la contenzione fisica in tutte le sue espressioni è considerata come un atto volto a privare il malato della sua libertà personale.

Come si deve porre quindi il professionista di fronte alla situazione in cui il paziente versa in una condizione tale che può essere trattato con sistemi di contenzione? Quando può utilizzarli e quando no? E come deve utilizzarli?

L'indagine deve essere condotta sulle c.d. scriminanti penali, ossia le cause di esonero da responsabilità (penale).

Innanzitutto consideriamo l'ipotesi del "consenso dell'avente diritto" (art. 50 c.p.); questo consenso si ottiene con il noto consenso informato.

Secondo la Cassazione (16 ottobre 2007, n. 21748) "il consenso costituisce, di norma, legittimazione e fondamento del trattamento sanitario: senza il consenso informato l'intervento del medico è, salvi i casi di T,S,O, e salvi i casi in cui ricorra uno stato di necessità, sicuramente illecito, anche quando è nell'interesse del paziente".

Sempre secondo questa sentenza "il consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità del trattamento medico... ma altresì di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla" e questo è possibile per "la nuova dimensione che ha assunto la salute (non più intesa come semplice assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico e psichico, e quindi coinvolgente, in relazione alla percezione che ognuno ha di sé, anche gli aspetti interiori della vita come avvertiti e vissuti dal soggetto nella sua esperienza).

Si capisce che qui abbiamo già inquadrato la contenzione come sistema terapeutico, per cui per essere attuata è necessario che il paziente presti il proprio consenso,

Dobbiamo considerare, però, che il consenso per essere valido ed immune da vizi deve essere prestato da persona capace di intendere e di volere, che possa disporre del diritto e che sia debitamente informata (si vedano anche gli artt. 22,23, 24 e 25 del Codice deontologico).

Si intende chiaramente come il sistema del consenso informa-



to strida con la contenzione come sistema terapeutico che di regola viene attuato su pazienti la cui capacità intellettiva è alterata in via temporanea o permanente.

Infatti, la Corte di Cassazione, in data 19 novembre 1990 (n. 15194), ha affermato che "Ai fini della configurazione del reato di sequestro di persona deve prescindersi dall'esistenza nell'offeso di una capacità volitiva e in movimento e istintiva della percezione della privazione della libertà, per cui il delitto è ipotizzabile anche nei confronti di infermi di mente o paralitici".

Per quanto riguarda i pazienti tossicodipendenti è interessante riportare un passaggio della Corte d'Appello di Bologna (28 novembre 1987) che considera validamente prestato il consenso informato ad eccezione del caso "la privazione della libertà personale copra un arco temporale incongruamente dilatato rispetto alle esigenze di recupero del singolo soggetto oppure assuma carattere lesivo della dignità sociale di quest'ultimo". Si potrebbe ammettere, e in effetti si ammette, che il consenso possa essere anche prestato da chi ha la rappresentanza legale del paziente privo della capacità (nel punto è eloquente la convenzione di questo).

Tuttavia sul tema della contenzione è intervenuta di recente la Corte di cassazione (Cass. 5 dicembre 2007, n. 6581) secondo cui in ordine ai rapporti che devono sussistere tra gli operatori di una struttura parasanitaria e i degenti malati di mente, deve eludersi che possa configurarsi in capo ai primi una sorta di "ius corrigendi" (analogo a quello esercitabile dai genitori nei confronti dei figli minori), che possa astrattamente giustificare interventi di rigore o in senso lato rieducativi. Infatti, trattamenti coercitivi o suppostamente rieducativi non sono praticabili nei confronti di persone malate di mente (che, per definizione, non sono in grado di percepire in termini razionali l'effetto deterren-

te di una punizione ovvero di viverne il valore educativo o rieducativi). Tali persone, invero, non hanno bisogno di strumenti rieducativi, quanto piuttosto di cure e di tecniche riabilitative (motorie, manuali ecc.); **mentre nei confronti delle medesime persone l'uso della violenza fisica è circoscritto per legge** al ricovero coatto in regime di trattamento sanitario obbligatorio e **ai mezzi di contenzione diretti a evitare il pericolo attuale del compimento di atti eterolesivi o autolesivi e sempre per il tempo strettamente necessario allo scopo**. Nella fattispecie si discuteva della responsabilità degli operatori di una "casa protetta" per persone affette da problemi psichici, sulla base del richiamato principio di diritto, accertatosi in sede di merito che i pazienti erano stati sottop-

sti a un regime di sopraffazione fisica, sostanziatosi in particolare nella somministrazione eccessiva di sedativi per mantenerli tranquilli ed evitare di doversene prendere cura durante il servizio notturno o in altre circostanze, la Corte ha rigettato il ricorso avverso la sentenza di condanna che aveva ravvisata la configurabilità del reato di maltrattamenti, condividendo l'assunto del giudice di merito secondo cui l'unica "vis" modica che gli operatori avrebbero potuto lecitamente esercitare sui malati sarebbe stata quella necessaria e sufficiente a impedire loro di mettere in pericolo l'altrui e la propria incolumità: ossia fermarli quando aggredivano altri o quando rischiavano di farsi del male.

Avv. Alessandro Cuggiani

IN PILLOLE

Chat & drink, le ragazze ingrassano

Le adolescenti rischiano di ritrovarsi con qualche indesideratissimo chilo in più a causa delle notti in bianco trascorse magari a chattare con gli amici o per eccesso di drink che sempre più spesso vengono consumati senza limite. A lanciare l'allarme è un gruppo di studiosi americani condotto da Catherine Berkey e dai colleghi della Harvard Medical School, del Brigham & Women's Hospital e della Washington University, su oltre cinquemila teenager tra 14 e 21 anni e pubblicato sul "Journal of Pediatrics". Sono soprattutto le "over 18", rispetto alle altre, che consumano più di due superalcolici a settimana, o dormono meno di sei ore a notte, e come se non bastasse sono appassionate del web. Questo stile di vita però, oltre ai rischi clinici ben noti in campo cardiocerebrovascolare ed epatico, regala alle giovani almeno due chili in più. Per i ricercatori dunque è bene mettere in guardia le giovanissime da questo rischio anche perché queste abitudini non corrette possono far aumentare di peso senza che le dirette interessate ne capiscano il motivo.

Cresce la "febbre" per Facebook e blog

Siti web, riviste, banche dati, letteratura. Ecco gli argomenti trattati negli ultimi numero. È arrivata l'ora di affrontare il boom dei cosiddetti "social network". Vediamo cosa ci riserva il mondo di internet che comunica...

Il nostro punto di partenza stavolta è il sito <http://www.facebook.com>

Un fenomeno esplosivo negli ultimi anni, che ha visto internet sotto una nuova luce: comunicazione, condivisione, facilità d'uso. Ognuno può crearsi facilmente la propria pagina personale, condividere foto, note, pensieri, video personali e dal web. Migliaia di applicazioni per inviare qualsiasi tipologia di messaggio agli altri utenti iscritti.

E gli infermieri? Oltre 500 ricorrenze (risultati) per la parola "infermieri" con ricerca libera, che esprimono i gruppi che parlano di infermieristica a cui è possibile iscriversi. Dai gruppi generici a quelli più specialistici, c'è tanta voglia di condivisione nella nostra professione. Ecco alcuni esempi:

- **INFERMIERI:** uno dei gruppi più numerosi, con 1.659 iscritti ad agosto 2009. Raccoglie infermieri e studenti. Molti gli argomenti di discussione, ed anche proposte di lavoro. Ci sono anche molteplici video divertenti;
- **ALLIEVI INFERMIERI:** ben 1.148 membri per un gruppo dedicato esclusivamente agli studenti di infermieristica. Consigli per i vari anni di studio, tesi, e tornei sportivi benefici;
- **ASSOCIAZIONE INFERMIERI LEGALI E FORENSI:** gruppo appena nato (171 iscritti) che raggruppa infermieri e aspiranti tali. Esprime le posizioni di una neonata associazione (<http://www.aifl.eu>) con consigli e soluzioni a casi verificati o verificabili;
- **INFERMIERI IN ITALIA:** più di 5.000 iscritti a questo gruppo dove si parla di tutto. Discussioni ispirate anche alle comunicazioni ufficiali Ipasvi;
- **INFERMIERI DI FACEBOOK, UNIAMOCI:** raggruppa 5.572 utenti, e assomiglia molto al precedente descritto. Le ultime discussioni estive vertevano sul discusso MED/45 e sulla possibilità di prevedere la presenza di infermieri in farmacia;
- **INFERMIERI A SPASSO:** la descrizione recita testualmente "E' un gruppo di infermieri neolaureati in cerca di un impiego serio e ben retribuito". Per fortuna è un gruppo poco numeroso;
- **GLI INFERMIERI. LI PAGANO TROPPO POCO:** ha più di 9.000 iscritti, come il similare

"Aumentiamo gli stipendi agli infermieri!". Credo che qualsiasi commento possa essere superfluo.

Il mondo dei Blogger

Si allarga inoltre sempre più la massa di infermieri che tenta di comunicare e condividere esperienze, pensieri e progetti attraverso il web. Solo per fare alcuni esempi, il blog dell'INFERMIERE FORENSE (<http://iosephlex.blogspot.com>) a cura di Giuseppe Martorana, offre spazi di riflessione specialistici sul Risk Management. Sempre sul tema precedente, RIVOLUZIONE INFERMIERE (<http://rivoluzioneinfermiere.splinder.com>) offre invece una consulenza legislativa e contrattuale gratuita; attivo anche un forum, poco frequentato.

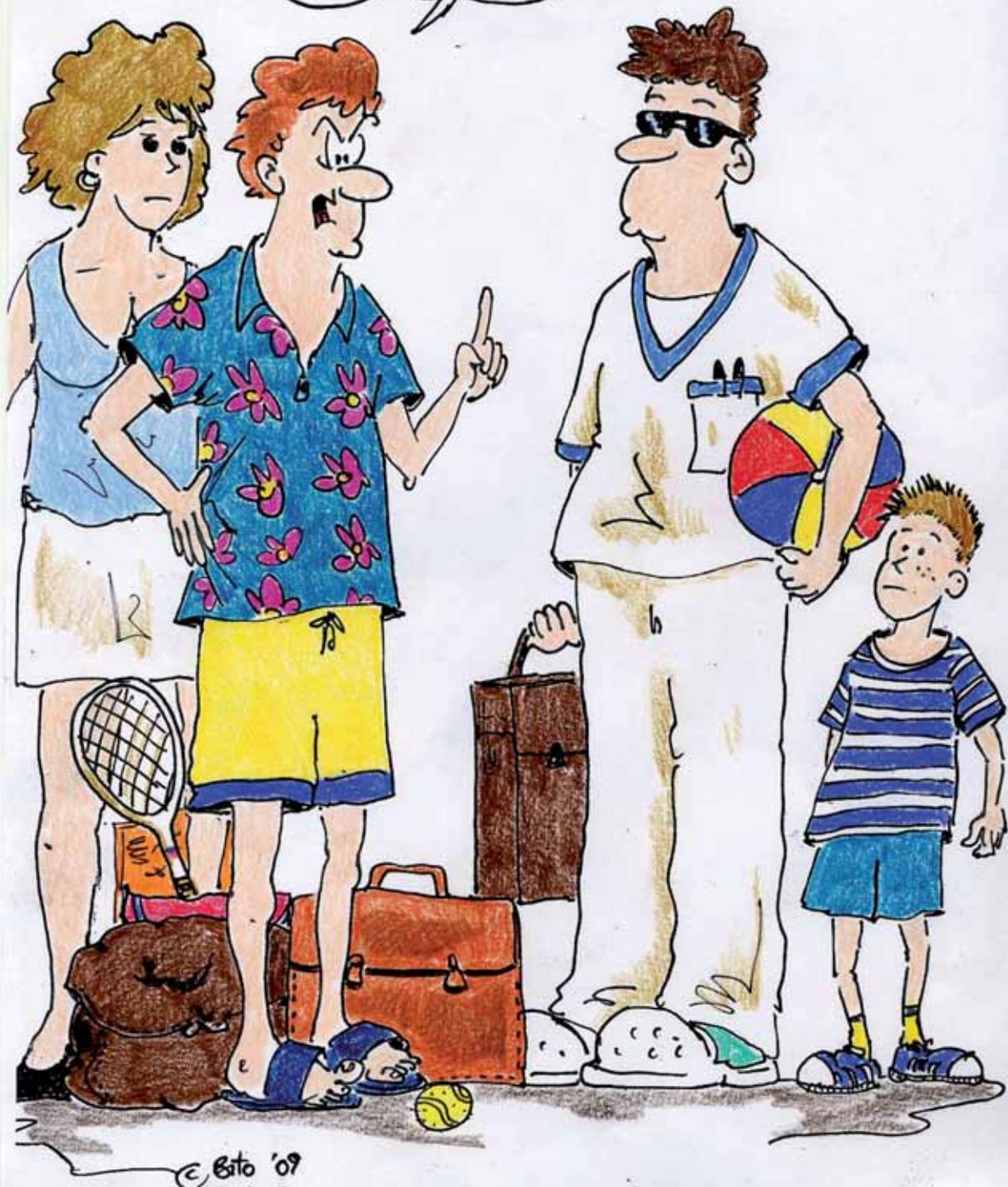
PUNTO DI INCONTRO INFERMIERISTICO (<http://iosephlex.blogspot.com>), a cura di Pier Giorgio Pierini, offre recensioni su articoli di "evidence" apparsi su riviste scientifiche internazionali. Il collega napoletano Giovanni Sicignano cura INFERMIERE AGGIORNATO PER UN DOMANI MIGLIORE (<http://cpsinfermiere.blogspot.com>) e discute di tematiche infermieristiche generali con un piacevole sottofondo musicale.

Chiudiamo con DIARIO DI UN GIOVANE INFERMIERE ALL'ESTERO (<http://toninonvonmuenchen.blogspot.com>) che racconta di un famigerato Marco, infermiere a Monaco.

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



SARÀ ANCHE INFERMIERE DI FAMIGLIA..
..MA IO NON INTENDO PER QUESTO PORTARLA
IN VACANZA CON NOI!



NORME EDITORIALI

Quali regole seguire per pubblicare un articolo su “Infermiere Oggi”

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITA' E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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

SANIT

Forum Internazionale della salute
International Health Forum



...nto d'incontro
...er l'universo della sa