

SOMMARIO

Editoriale

EDITORIALE

Un rinnovato Consiglio Direttivo per un rinnovato impegno Pag. 2
nei confronti della Comunità Professionale - *Dott.ssa Maria Grazia Bedetti*

Professione

PROFESSIONE

Cambia la comunicazione... Ma non il nostro impegno! Pag. 4
Dott. Pietro Giordanella - Responsabile Comunicazione Collegio Ipasvi Bologna

Il Nuovo Consiglio Direttivo Composizione Consiglio Direttivo Pag. 6
e Collegio Revisori dei Conti / Triennio 2015 - 2017

Assemblea ordinaria degli iscritti all'Albo Professionale del Collegio IPASVI Pag. 10
della Provincia di Bologna - anno 2015
e Seminario di formazione permanente ECM:
"La comunicazione digitale e le implicazioni giuridiche, professionali e deontologiche"

Posta Elettronica Certificata: obbligatoria, gratuita, vantaggiosa. Pag. 15
Dott. Franco Elia

Circolare Enpapi - Gestione separata - Aggiornamento aliquota anno 2015 Pag. 17

Normativa

NORMATIVA

Il dilemma del "Comma 566" e la questione delle competenze specialistiche Pag. 18
Dott. Sebastiani Stefano

L'utilizzo dei Social Networks e le implicazioni giuridiche e professionali - *Avv Giuseppe Croari* Pag. 22

Formazione

FORMAZIONE

Comunicazione inerente le offerte formative promosse dal Collegio IPASVI Pag. 26
Educazione e Formazione Continua

Contributi scientifici

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

La ricerca qualitativa nel nursing. L'avvio di un percorso di ricerca - *Gruppo di lavoro* Pag. 29

La Commissione Libera Professione del Collegio IPASVI di Bologna incontra gli Iscritti Pag. 37

La risposta agli stimoli emozionali, la prima impressione e la presa in carico: Pag. 38
sfide quotidiane al personale infermieristico e alle organizzazioni sanitarie
Dott.ssa Michela Mazzetti, Giulia Patrignani, Serena Di Campli

Indagine sul ruolo degli infermieri specialisti in Area Critica: l'esperienza del Master Pag. 49
in Infermieristica in Area Critica dell'Università degli Studi di Bologna
Dott. Guglielmo Imbriaco, Dott. Stefano Sebastiani

I.E.S.A. in psichiatria: una risposta possibile alla crisi Pag. 53

Ecografia infermieristica in ambito emodialitico - *Inf. Ferdinando Affinito, Dott.ssa Roberta Toschi* Pag. 57

Ancora igiene delle mani? Vi raccontiamo perché - *Rita Masina, Emanuela Callea, Daniela Mosci* Pag. 60

Noi Infermieri

NOI INFERMIERI

Bologna - Watford (Londra). Esperienze a confronto - *Elsa Locatelli* Pag. 64

ANNO XXVI - N. 2 - DICEMBRE 2014

COLLEGIO IPASVI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B - 40138 Bologna
Tel. 051.393840 - Fax 051.344267
E-mail: info@ipasvibo.it - bologna@ipasvi.legalmail.it
www.ipasvibo.it

ORARI UFFICI: Lunedì / Mercoledì: ore **9-12**
Martedì / Giovedì / Venerdì: ore **14-17**

PROFESSIONE INFERMIERE

PERIODICO DEL COLLEGIO I.P.A.S.V.I. DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

PUBBLICAZIONE TRIMESTRALE

Direttore responsabile: MARIA GRAZIA BEDETTI

Redazione: CONSIGLIO DIRETTIVO

Editore: COLLEGIO IPASVI - BOLOGNA

Impaginazione e stampa: GRAFICHE BIME s.r.l. - Molinella (BO)

Referee: Catia Biavati - Centro Studi EBN - Governo clinico, qualità, formazione
Direzione Sanitaria - Area Sicurezza delle cure Azienda Ospedaliero
Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi



Dott.ssa Maria Grazia Bedetti
Presidente Collegio
Ipasvi di Bologna

Un rinnovato Consiglio Direttivo per un rinnovato impegno nei confronti della Comunità Professionale

L'edizione di questa rivista apre il triennio del Consiglio Direttivo insediato dopo le recenti elezioni per il rinnovo degli Organi direttivi del Collegio IPASVI di Bologna. Tre giorni (29-30 Novembre e 1 Dicembre 2014) nei quali si sono susseguiti dei Seminari molto partecipati dalla comunità professionale e durante i quali gli stessi professionisti hanno indicato, attraverso il voto, i membri che avrebbero composto il nuovo Consiglio Direttivo. Un appuntamento elettorale che ha visto la partecipazione di tantissimi Infermieri ai quali rivol-

giamo il nostro più sentito ringraziamento, nella consapevolezza che la fiducia accordata si debba inevitabilmente trasformare in risposte alle tante esigenze che da più parti ci giungono.

Un rinnovato Consiglio Direttivo che fin dalle sue prime battute ha messo tra le priorità strategiche degli obiettivi che possono essere così riassunti:

- il sostegno al ruolo, alle competenze specialistiche ed all'immagine dell'Infermiere;
- la facilitazione del rapporto tra i Professionisti ed il Collegio;



Elezioni per il rinnovo degli Organi del Collegio. Una elettrice all'interno del seggio



La Senatrice Annalisa Silvestro durante lo svolgimento di uno dei Seminari previsti nelle tre giornate dedicate alle elezioni per il rinnovo degli Organi del Collegio

- l'utilizzo di strategie comunicative più incisive. Elemento, quest'ultimo, che ha caratterizzato l'Assemblea annuale degli Iscritti dello scorso anno e che caratterizzerà la prossima Assemblea del 10 aprile 2015. Un'occasione alla quale vi invito fin d'ora poiché oltre a rappresentare un fondamentale momento di incontro e di confronto della nostra comunità professionale, sarà un momento per approfondire gli aspetti etici e deontologici legati all'utilizzo dei Social Network e di internet in generale.

Per il perseguimento di tali obiettivi, il Consiglio Direttivo ha deciso di strutturare le attività attraverso la creazione di specifici gruppi di lavoro formati dagli stessi Consiglieri e dai Professionisti Infermieri iscritti al Collegio di Bologna. Quest'ultima vuole essere una leva a sostegno della partecipazione degli infermieri. L'invito, pertanto, è esteso a quanti abbiano

interesse a partecipare alla "vita" del Collegio, portando le proprie energie, manifestando le proprie proposte.

Un rinnovato impegno in un momento storico che vede, ancora una volta, l'Infermiere al centro della discussione delle politiche professionali sanitarie. Come la questione tanto discussa della ridefinizione delle competenze specialistiche e le conseguenti ripercussioni da parte di alcuni autorevoli appartenenti alla professione medica che vede in questo cambiamento una perdita di leadership, di funzioni, di ruolo. A queste paure rispondiamo con lo stesso spirito che ci ha contraddistinto in questi ultimi vent'anni di cambiamento e di crescita della Professione infermieristica: lo spirito di chi appartiene consapevolmente ad una équipe multiprofessionale ed ha l'unico obiettivo di rispondere ai bisogni del cittadino, della famiglia, della comunità.



Dott. Pietro Giurdanella
Responsabile Comunicazione
Collegio Ipasvi Bologna

Cambia la comunicazione... Ma non il nostro impegno!

Presentata da questo numero con una nuova veste grafica, la Rivista "Professione Infermiere" inaugura una nuova fase della comunicazione istituzionale del Collegio IPASVI di Bologna.

Un rinnovato stile comunicativo attraverso il quale il Collegio di Bologna si prefigge l'impegno di sfruttare maggiormente i canali di comunicazione ad oggi disponibili per una più incisiva relazione comunicativa con gli iscritti, con le Associazioni Professionali e dei Pazienti, con gli organi istituzionali.

Alla rinnovata grafica della rivista, abbiamo deciso pertanto di affiancare un nuovo portale web (in corso di implementazione) e di una pagina dedicata all'interno del Social Network Facebook.

Rivista

Proposta con un nuovo e più moderno aspetto, arricchito da elementi grafici e fotografici per migliorare la fruibilità e la lettura, la rivista è composta da diverse sezioni tematiche il cui scopo è quello di indirizzare i vari articoli.

Questo presupposto sarà funzionale per la gestione degli stessi articoli all'interno del sito web.

Le sezioni sono così suddivise:

- ✓ **editoriale** della Presidente;
- ✓ **normativa** (dedicata agli approfondimenti di carattere giuridico e di legislazione sanitaria);
- ✓ **professione** (approfondimenti di temi professionali, organizzativi e deontologici);
- ✓ **formazione** (sezione dedicata alle proposte formative direttamente formulate e gestite dal Collegio o dalla Federazione Nazionale);
- ✓ **segreteria** (comunicazione e approfondimenti su procedure amministrative riguardanti il rapporto tra gli iscritti ed il Collegio);
- ✓ **noi Infermieri:** nuova sezione dedicata alla presentazione di realtà operative della provincia di Bologna, con particolare riferimento alle persone, al loro vissuto, alle loro emozioni inerenti la professione.

Per ciò che concerne l'aspetto legato alle norme redazionali, ovvero i requisiti di base che un articolo deve possedere per essere pubblicato all'interno della rivista, non forniamo rigidi vademecum prescrittivi. Il nostro giudizio sulla pubblicazione degli articoli proposti riguarda principalmente:

- l'interesse per la comunità professionale;
- il valore aggiunto che apporta nel dibattito su temi professionali, organizzativi e deontologici;
- l'apporto che viene dato per la crescita e lo sviluppo dell'immagine professionale.

Ogni articolo proposto da un professionista (o gruppi di professionisti) e inviato via mail all'indirizzo di posta elettronica info@ipasvibo.it viene valutato dal Responsabile della Comunicazione, e quindi dal Consiglio Direttivo. Seguirà un confronto con l'Autore per l'eventuale aggiunta di approfondimenti o chiarimenti richiesti. L'autore firma una apposita liberatoria per la pubblicazione. Non sono previsti compensi per gli articoli pubblicati.



Sito

In corso di progettazione e di arricchimento, il sito web www.ipasvibo.it presentato nella sua nuova veste grafica durante il mese di agosto del 2014 e tuttora in corso di ulteriore definizione e sviluppo ha l'obiettivo di:

- ✓ **digitalizzare** alcune procedure del Collegio, fermo restando i vincoli previsti dalla legge;
- ✓ **informatizzare** il rapporto di segreteria attraverso una gestione on line di alcune procedure;
- ✓ **creare un accesso on line** alle procedure di iscrizione agli eventi formativi proposti dal Collegio;
- ✓ **avere una informazione più puntuale** attraverso la creazione di una rivista on line ed un canale di news dedicato;
- ✓ sezione con **web documentari** di approfondimento del mondo dell'assistenza infermieristica.

Al momento il sito web ha una valenza esclusivamente comunicativa. Il progetto in corso prevede nei prossimi mesi la possibilità di offrire i servizi descritti in maniera semplice, comoda, aperta.

Per l'accesso alle procedure on line previste, l'iscritto utilizzerà la mail Pec gratuita che il Collegio sta offrendo. Un'importante risorsa che richiede però un requisito essenziale: la richiesta da parte degli infermieri iscritti della mail pec. Stando ai riferimenti normativi attualmente in vigore, non è possibile assegnare una casella di posta elettronica certificata senza la richiesta e l'autorizzazione degli Iscritti. Pertanto, fin d'ora, invitiamo gli Infermieri a farne richiesta: solo in questo modo si può procedere con il passaggio on line di alcune procedure del Collegio.

Rivista, sito, pagina facebook: cambia il nostro modo di comunicare. Non cambierà però il nostro impegno, la nostra dedizione, la nostra attenzione nei confronti di tutti quei temi che da sempre riteniamo fondamentali per il sostegno e lo sviluppo della professione infermieristica.

Pagina Facebook

Questa soluzione comunicativa, in corso di attivazione da parte del nuovo Consiglio Direttivo, mira a rafforzare il canale comunicativo con i professionisti, i cittadini, le Associazioni che condividono il social network Facebook.

E' evidente che la velocità con cui avviene lo scambio comunicativo tra le persone ci impone la condivisione anche dei momenti e dei luoghi "virtuali" ove questo scambio avviene.



SOMMARIO	
EDITORIALE	Pag. 2
Un rinnovato Consiglio Direttivo per un rinnovato impegno nei confronti della Comunità Professionale - Dott.ssa Maria Grazia Redetti	
PROFESSIONE	Pag. 4
Cambia la comunicazione... Ma non il nostro impegno! - Dott. Pietro Giurdanella - Responsabile Comunicazione Collegio Ipasvi Bologna	
Il Nuovo Consiglio Direttivo Composizione Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei Conti / Triennio 2015 - 2017	
Pag. 6	
Assemblea ordinaria degli iscritti all'Albo Professionale del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna - anno 2015	
e Seminario di formazione permanente ECM "La comunicazione digitale e le implicazioni giuridiche, professionali e deontologiche"	
Pag. 15	
Posta Elettronica Certificata: obbligatoria, gratuita, vantaggiosa. Dott. Franco Elmi	
Pag. 17	
Circolare Enpapi - Gestione separata - Aggiornamento aliquota anno 2015	
NORMATIVA	Pag. 18
Il dilemma del "Comma 566" e la questione delle competenze specialistiche - Dott. Sebastiano Stefano	
Pag. 22	
L'utilizzo dei Social Networks e le implicazioni giuridiche e professionali - Avv. Giuseppe Croari	
FORMAZIONE	Pag. 26
Comunicazione inerente le offerte formative promosse dal Collegio IPASVI. Educazione e Formazione Continua	
CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO	Pag. 29
La ricerca qualitativa nel nursing. L'avvio di un percorso di ricerca - Gruppo di lavoro	
Pag. 37	
La Commissione Libera Professione del Collegio IPASVI di Bologna incontra gli iscritti	
Pag. 38	
La risposta agli stimoli emozionali, la prima impressione e la presa in carico: sfide quotidiane al personale infermieristico e alle organizzazioni sanitarie	
Pag. 49	
Dott.ssa Michela Mazzetti, Giulia Patrignoni, Serena Di Campiti	
Indagine sul ruolo degli infermieri specialisti in Area Critica Infermieristica in Area Critica dell'Università degli Studi di Bologna	
Pag. 53	
Dott. Guglielmo Imbricco, Dott. Stefano Sebastiano	
Pag. 57	
I.E.S.A. in psichiatria: una risposta possibile alla crisi - Prof. Ferdinando Affinito, Dott.ssa Roberta Toschi	
Pag. 60	
Ecografia infermieristica in ambiente emodialitico - Prof. Ferdinando Affinito, Dott.ssa Roberta Toschi	
Pag. 67	
Ancora igiene delle mani? Vi raccontiamo perché - Rita Masino, Emanuela Calles, Daniela Mosci	
NOI INFERMIERI	Pag. 64
Bologna - Watford (Londra). Esperienze a confronto - Elisa Locatelli	
ANNO XXVI - N. 2 - DICEMBRE 2014	
COLLEGIO IPASVI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA	
Via Giovanna Zaccarelli, 15/B - 40138 Bologna	
Tel. 051.393840 - Fax 051.344267	
E-mail: info@ipasvibo.it - bologna@ipasvibo.it	
www.ipasvibo.it	
ORARI UFFICI: Lunedì / Mercoledì: ore 9-12	
Martedì / Giovedì / Venerdì: ore 14-17	
PROFESSIONE INFERMIERE	
PERIODICO DEL COLLEGIO IPASVI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA	
PUBBLICAZIONE TRIMESTRALE	
Direttore responsabile: MARIA GRAZIA REDETTI	
Redazione: COLLEGIO DIRETTIVO	
Editore: COLLEGIO IPASVI - BOLOGNA	
Impaginazione e stampa: GRAFICHE BIME s.r.l. - Molinella (BO)	
Relatore: Carlo Baroni - Centro Studi EPI - Governo clinico, qualità, formazione	
Direzione Sanitaria - Area Sicurezza: Prof. Carlo Baroni, Prof. Antonio	
Direzione Sanitaria - Area Sicurezza: Prof. Carlo Baroni, Prof. Antonio	
Università di Bologna - Policlinico S. Orsola - Maggiore	

Il Nuovo Consiglio Direttivo

Composizione Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei Conti

Triennio 2015 - 2017

A seguito delle assemblee elettorali del 29-30 Novembre e 1 Dicembre 2014 ed alla successiva attribuzione delle cariche, avvenuta nella seduta del 9 Dicembre 2014, il Consiglio Direttivo ed il Collegio dei Revisori dei Conti per il triennio 2015-2017 risultano così composti:

CONSIGLIO DIRETTIVO			
	MEMBRO	CARICA	Attività lavorativa
	BEDETTI MARIA GRAZIA	Presidente	Coordinatore Infermieristico - Assistente Sanitaria
	GIURDANELLA PIETRO	Vicepresidente	Coordinatore Infermieristico, Az. Ospedaliera Policlinico S. Orsola Malpighi - U.O. Dialisi
	FORLANI NICOLETTA	Tesoriere	Infermiere, Az. Ospedaliera Policlinico S. Orsola Malpighi Clinica Chirurgica Unità Operativa Trapianti
	ROVINETTI ELENA	Segretario	Infermiere, Azienda USL Bologna - Ospedale di Bazzano U.O. Pronto Soccorso
	ACCETTI WILLIAM MANUEL	Consigliere	Infermiere Libero Professionista
	D'ANGELO CARMINE	Consigliere	Infermiere Unità Operativa Sert Bologna Est, Azienda USL
	DI CECCO ALESSIA	Consigliere	Infermiere, Istituto Ortopedico Rizzoli Reparto Clinica Ortopedica e Traumaotologica 3.a ad indirizzo Oncologico
	FINELLI ANDREA	Consigliere	Infermiere, Azienda USL Bologna - Osp. Maggiore U.O. Rianimazione

	LOLI BARBARA	Consigliere	Coordinatore Assistenziale - Blocco Operatorio Azienda USL Imola Dipartimento Chirurgico
	MONTE-FRANCESCO GIANLUCA	Consigliere	Infermiere, Azienda USL Bologna - Ospedale Maggiore U.A. di Cardiologia e Terapia Intensiva Cardiologica
	MOSCI DANIELA	Consigliere	Coordinatore Infermieristico Az. Ospedaliera Policlinico S. Orsola Malpighi Programma Epidemiologia e Controllo del Rischio Infettivo correlato alle organizzazioni sanitarie
	PEGHETTI ANGELA	Consigliere	Infermiere, Az. Ospedaliera Policlinico S. Orsola Malpighi Centro Evidence Based Health Care Centro Studi Evidence Based Nursing
	SEBASTIANI STEFANO	Consigliere	Coordinatore Infermieristico, Az. Ospedaliera Policlinico S. Orsola Malpighi - Governo Clinico, Qualità, Formazione
	SIMMINI ADDOLORATA	Consigliere	Istituto Ortopedico Rizzoli Referente della formazione delle professioni sanitarie
	TOSCHI ROBERTA	Consigliere	Azienda USL di Bologna Responsabile Processi Assistenziali Dialitici





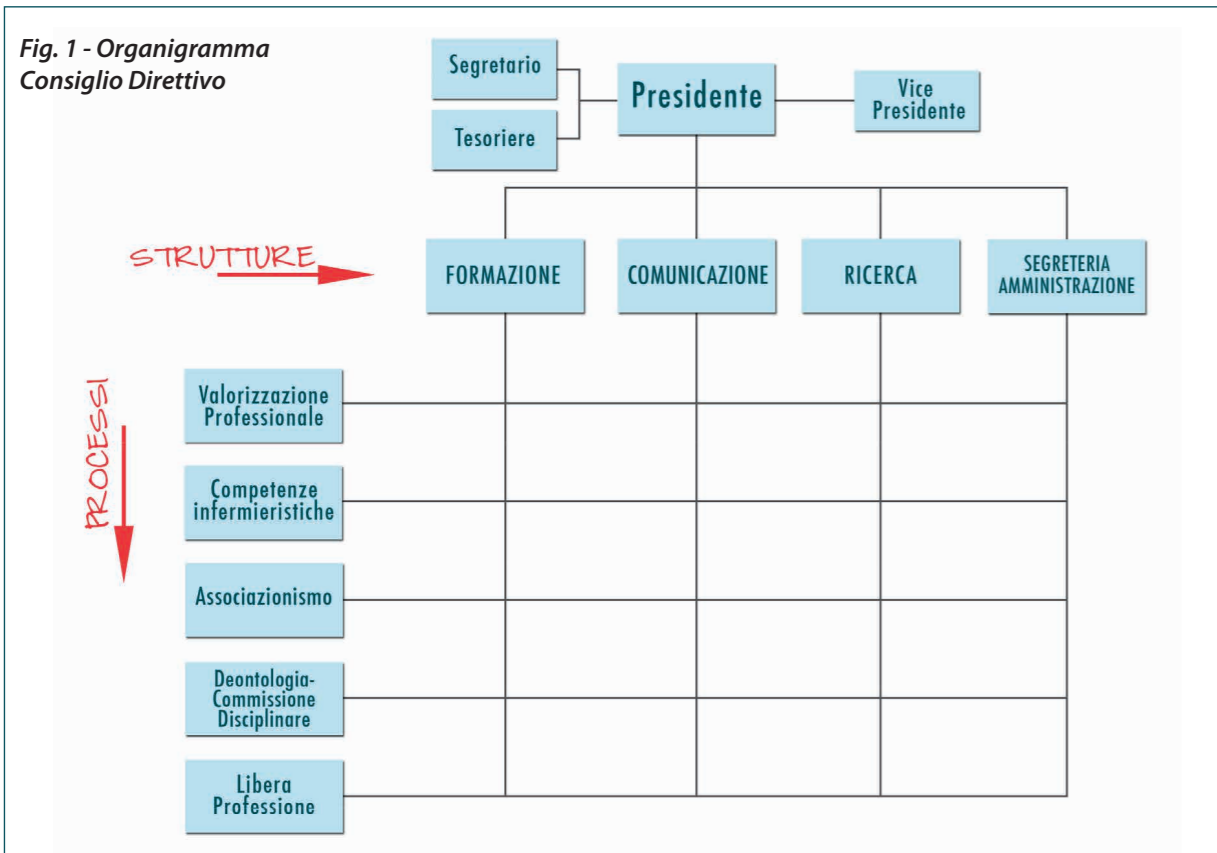
COLLEGIO REVISORI DEI CONTI			
	MEMBRO	CARICA	Attività lavorativa
	LELLI ADA	Presidente	Coordinatore Infermieristico
	GIARRUSSO SIMONETTA	Revisore Effettivo	Infermiere libero professionista
	LA RICCIA CELESTE	Revisore Effettivo	Infermiera, piastra blocchi operatori Azienda Usl città di Bologna
	BENDANTI DANIELA	Revisore Supplente	Direzione Infermieristica Area rischio clinico. AUSL Imola

Fig. 1 - Organigramma Consiglio Direttivo



Il gruppo professionale eletto ha condiviso, fin dalla prima seduta del Consiglio Direttivo, un programma di obiettivi e di intenti da perseguire. Un programma articolato su più punti, tenuto conto anche delle finalità istituzionali del Collegio Ipasvi.

Di seguito si espongono le attività programmatiche condivise:

1. Sostegno alle politiche di sviluppo professionale

La comunità professionale è il luogo di incontro, fisico e virtuale, all'interno del quale i singoli costruiscono identità collettive e progetti di sviluppo legati all'esercizio professionale.

Il nostro impegno sarà pertanto focalizzato da un lato a promuovere il confronto e la partecipazione degli iscritti, e dall'altro a presidiare le scelte politiche e organizzative sanitarie, affinché esse avvengano nel rispetto della legislazione che regola l'esercizio della professione, della deontologia professionale e riconoscendo le competenze acquisite attraverso l'esperienza, la formazione continua ed i percorsi di studio universitari.

2. Digitalizzazione del Collegio

All'offerta gratuita della Posta Elettronica Certificati si affiancherà la possibilità di:

- semplificare le procedure d'accesso ai servizi offerti;
- richiedere certificazioni ed altri adempimenti di segreteria on line;

- iscriversi e pagare on line la partecipazione ai corsi organizzati dal Collegio.

Il nuovo sito istituzionale (www.ipasvibo.it) assolverà inoltre la duplice importante funzione di comunicazione interna (notizie dai diversi contesti di cura) ed esterna (verso altri professionisti, istituzioni, cittadini), nonché di gestione della "Rivista on-line" del Collegio.

3. Attività istituzionale

In relazione all'attività istituzionale ci si impegna a garantire:

- Consulenza professionale e legale a tutela della comunità infermieristica e dei singoli iscritti;
- Correttezza e trasparenza dell'attività amministrativa, contabile e contrattuale;
- Organizzazione e promozione di iniziative formative e di aggiornamento;
- Rappresentanza nelle sedi istituzionali per la tutela dei professionisti e del cittadino;
- Sinergia collaborazione con le Sedi Formative universitarie per la qualità della formazione di base;
- Contrasto all'abusivismo ed alla de-professionalizzazione degli Infermieri;
- Controllo del rispetto dell'etica e della deontologia professionale.

4. Sostegno del ruolo sociale e dell'immagine dell'Infermiere

Attraverso iniziative di comunicazione rivolte agli interlocutori istituzionali e ai cittadini ci impegniamo per rafforzare i valori del Patto Infermiere-Cittadino.

5. Sostegno alle competenze avanzate infermieristiche

Impegno a facilitare l'incontro tra i professionisti, anche attraverso la creazione di gruppi di lavoro per la definizione ed il sostegno delle competenze avanzate, replicando le esperienze positive già in corso per l'assistenza al Paziente in ambito nefrologico e la descrizione del ruolo e delle competenze del Coordinatore Infermieristico, consapevoli che lo sviluppo clinico ed assistenziale degli Infermieri è la leva strategica che muoverà la sanità del futuro per un servizio di qualità al cittadino.

6. Sostegno alla ricerca infermieristica e all'innovazione clinica e organizzativa

Nell'ambito delle attività collegate alla Ricerca Infermieristica ci proponiamo di realizzare dei progetti per il sostegno ed il finanziamento della ricerca infermieristica, da realizzarsi attraverso dei bandi. Questa potrà riguardare tematiche cliniche, formative o organizzative.

Una specifica commissione valuterà i progetti ed assegnerà il finanziamento. Durante il corso dello studio i gruppi di ricercatori saranno chiamati a rendicontare le modalità di impiego delle somme ricevute e ad esporre alla commissione lo stato di avanzamento dei progetti.

7. Rafforzamento dei rapporti con le Associazioni Professionali e dei Pazienti

Riteniamo strategica e prioritaria la sinergia con le Associazioni dei Pazienti e dei Professionisti, poiché vincolate dal medesimo fine di miglioramento delle cure erogate. Il Collegio potrà rappresentare un volano imprescindibile affinché singoli sforzi possano convergere in un unico obiettivo comune, anche impiegando risorse economiche, professionali ed organizzative per il sostegno delle azioni da intraprendere.

8. Sostegno alla libera professione infermieristica

Sostegno e valorizzazione e far conoscere l'esercizio libero professionale infermieristico, inteso nel duplice significato di sbocco occupazionale e di opportunità e sfida per il miglioramento dell'offerta sanitaria rivolta al Cittadino.

Per il perseguimento degli obiettivi condivisi sopra descritti, il Consiglio Direttivo ha deciso di darsi una struttura organizzativa "a matrice", coniugando le "strutture" (formazione, comunicazione, ricerca, segreteria e amministrazione) con i "processi" (che scaturiscono dagli impegni istituzionali e programmatici).

In particolare, per ciò che riguarda i "processi", questi sono formati da gruppi di lavoro o "Commissioni"

composte dai Consiglieri e da Infermieri Iscritti al Collegio di Bologna che decideranno di partecipare. Infatti, il Consiglio Direttivo, già dalle prime sedute, ha deciso di sostenere l'adesione degli Iscritti alla "vita" del Collegio, mediante la partecipazione alle Commissioni previste. Ogni Iscritto che desidera presentare la propria candidatura a partecipare deve darne comunicazione attraverso una mail, specificando l'area o il gruppo di interesse.

9. Valorizzazione professionale

Sostegno e valorizzazione dell'immagine e del ruolo sociale dell'infermiere, contrasto all'abusivismo, contrasto al demansionamento, aspetti legislativi inerenti la valorizzazione professionale.

10. Competenze infermieristiche

Valorizzazione e sostegno delle competenze infermieristiche avanzate attraverso la creazione di gruppi di lavoro. Tra i gruppi già costituiti ed in funzione vi sono: il gruppo sul percorso delle malattie croniche renali ed il gruppo sul ruolo e sulle funzioni del coordinatore infermieristico.

11. Libera professione

Sostegno e valorizzazione della libera professione.

12. Associazionismo

Dialogo e interazione con le associazioni dei pazienti e di gruppi professionali.

13. Deontologia e Commissione Disciplinare:

Sviluppo e sostegno della cultura etico/deontologica. Valutazione e sanzione di comportamenti lesivi della deontologia professionale.

Con questo assetto organizzativo, le **Strutture** (Formazione, Comunicazione, Ricerca e Segreteria/Amministrazione) sarebbero funzionali per il raggiungimento degli obiettivi prefissati dai gruppi di lavoro costituiti nei **Processi** (fig. 1).

A titolo esemplificativo si riporta l'esperienza di ricerca che ha avuto come oggetto l'apprendimento dei valori deontologici da parte degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica: in questo caso l'obiettivo di valorizzare i contenuti deontologici della professione si esplica attraverso uno studio qualitativo che verrà condiviso con la comunità professionale attraverso uno o più eventi formativi (Formazione) e divulgato attraverso il sito e la rivista del Collegio (Comunicazione).

Le strutture sono affidate a singoli responsabili. Per l'espletamento delle funzioni della struttura si avvale della collaborazione dei componenti dei gruppi suddivisi nei processi.

I processi sono affidati ad un gruppo di Consiglieri, coordinati da un Responsabile nominato dal gruppo. Ogni Responsabile relaziona per iscritto ad ogni seduta del Consiglio Direttivo sull'andamento delle attività che gli sono state affidate.

Assemblea ordinaria degli iscritti all'Albo Professionale del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna - anno 2015

e Seminario di formazione permanente ECM: “La comunicazione digitale e le implicazioni giuridiche, professionali e deontologiche”

10 Aprile 2015

ore 14,00-19,00

Aemilia Hotel Bologna, Bologna

**Convocazione prot. 0000416/2015/II.01
del 09/02/2015**

In esecuzione del decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950 n. 221, art. 23 (Regolamento per l'esecuzione del DL 13 settembre 1946, n. 233), è indetta l'**assemblea annuale** degli iscritti all'Albo del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna.

Art. 24

Per la validità dell'Assemblea occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti all'Albo. Si computano come intervenuti gli iscritti i quali abbiano delegato uno degli iscritti presenti.

La delega deve essere posta in calce all'avviso di convocazione rimesso dal delegato. Quando non sia raggiunto il numero legale per la validità dell'assemblea, viene tenuta, almeno un giorno dopo la prima, una seduta di seconda convocazione, che è valida qualunque sia il numero degli intervenuti, purché non sia inferiore al numero dei componenti il Consiglio Direttivo.

Ogni partecipante non può ricevere più di due deleghe.

1ª convocazione

L'Assemblea ordinaria annuale degli iscritti è convocata alle ore 23,00 del giorno 3 aprile 2015 nella sede del Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B - Bologna.

2ª convocazione

Qualora in prima convocazione non si raggiungesse il numero legale

**L'Assemblea ordinaria annuale
degli iscritti è convocata alle ore
14,00 del giorno 10 aprile 2015
presso l'Aemilia Hotel Bologna Via
Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna.**

Delega

Gli iscritti all'Albo, impossibilitati ad intervenire all'Assemblea, possono rilasciare, esclusivamente per la seconda convocazione, delega scritta ad un collega iscritto all'Albo di Bologna.

Si ricorda che ogni partecipante all'Assemblea **non può avere più di due deleghe** (art. 24 del Regolamento del DL 13.09.1946 n. 233).

(vedi riquadro sotto)



COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA

Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici

Assemblea ordinaria annuale 2ª convocazione

e
Seminario di formazione permanente ECM

“La comunicazione *digitale* e le implicazioni giuridiche, professionali e deontologiche”

10 Aprile 2015

ore 14.00 – 19.00

(dalle ore 13,30 registrazione dei partecipanti)

Aemilia Hotel Bologna - Via G. Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna

Premessa

Le opportunità comunicative offerte dai computer, da internet e dai dispositivi mobile sono molteplici. I Social Networks (Facebook, Twitter, ecc.) in particolare, rappresentano il canale privilegiato per molteplici interazioni personali e professionali. Questo nuovo “bisogno di comunicare” però non sta tenendo conto a sufficienza delle numerose implicazioni di carattere giuridico, professionale e deontologico.

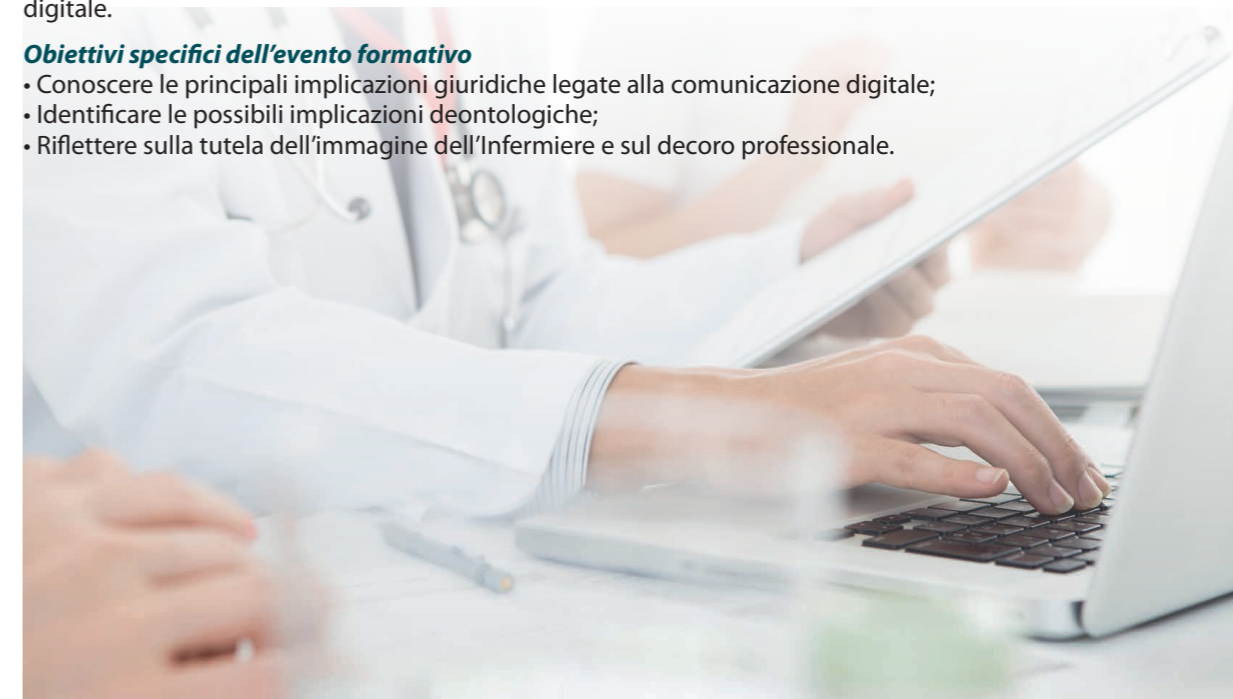
I tanti articoli postati su internet, con i quali si documentano momenti di vita professionale e lavorativa, con l'aggiunta di foto, sono solo alcuni esempi della forza comunicativa espressa. Alcune di queste foto riguardano infermieri con dei pazienti.

Obiettivo generale dell'evento formativo

Qual è il limite tra vita professionale e vita privata? E' sempre possibile pubblicare eventi, foto, situazioni che fanno riferimento alla vita professionale di un infermiere? Con questo seminario si vuole approfondire questa tematica, fornendo delle risposte alle tante domande che possono emergere dalla cosiddetta comunicazione digitale.

Obiettivi specifici dell'evento formativo

- Conoscere le principali implicazioni giuridiche legate alla comunicazione digitale;
- Identificare le possibili implicazioni deontologiche;
- Riflettere sulla tutela dell'immagine dell'Infermiere e sul decoro professionale.



Data

Il sottoscritto

Delega a partecipare all'Assemblea annuale degli iscritti al Collegio IPASVI di Bologna indetta per il

giorno 10 aprile 2015 il sig./la sig.ra:

Firma del delegante

(leggibile)

PROGRAMMA

10 APRILE 2015	CONTENUTI
Ore 13.30 - 14.00	Registrazione dei Partecipanti
Ore 14.00 - 14.30	Apertura dei lavori Relatore: <i>Dott. Pietro Giurdanella</i>
Ore 14.30 - 15.00	Il bisogno di "comunicazione digitale". Opportunità e rischi per la professione Infermieristica Relatore: <i>Dott. Claudio Torbinio</i>
Ore 15.00 - 15.30	Le implicazioni giuridiche. Segreto professionale, Tutela della Privacy, Obbligo di segretezza. Relatore: <i>Avv. Giuseppe Croari</i>
Ore 15.30 - 16.15	Gli aspetti deontologici e professionali. La tutela del decoro e dell'immagine dell'Infermiere nella comunicazione digitale Relatore: <i>Dott.ssa Angela Basile</i>
Ore 16.15 - 17.00	Il punto di vista dell'Azienda Sanitaria. Comunicazione tra professionisti e tutela della Privacy. Relatore: <i>Dott.ssa Federica Banorri</i>
Ore 17.00 - 18.00	Presentazione Vademecum di comportamento. Linee guida per un corretto utilizzo delle tecnologie informatiche in ambito professionale. Relatore: <i>Dott.ssa Maria Grazia Bedetti</i>
Ore 18.00 - 18.30	Assemblea ordinaria annuale <ul style="list-style-type: none"> Relazione consuntiva della Presidente anno 2014. Relatore: <i>Dott.ssa Maria Grazia Bedetti – Presidente Collegio IPASVI Bologna</i> Presentazione del rendiconto consuntivo anno 2014. Relatore: <i>Sig.ra Nicoletta Forlani – Tesoriera Collegio IPASVI Bologna</i> Relazione su rendiconto consuntivo anno 2014. Relatore: <i>Sig.ra Ada Lelli – Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti</i> Discussione e approvazione bilancio consuntivo
Ore 18.30 - 18.45	<ul style="list-style-type: none"> Relazione programmatica della Presidente anno 2015. Relatore: <i>Dott.ssa Maria Grazia Bedetti – Presidente Collegio IPASVI Bologna</i> Presentazione del bilancio di previsione anno 2015. Relatore: <i>Sig.ra Nicoletta Forlani – Tesoriera Collegio IPASVI Bologna</i> Relazione sul bilancio di previsione 2015. Relatore: <i>Sig.ra Ada Lelli – Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti</i> Discussione e approvazione bilancio di previsione
Ore 18.45 - 19.00	Compilazione questionari ECM, chiusura lavori e consegna dichiarazione di partecipazione.

LA PARTECIPAZIONE E' GRATUITA

Destinatari: Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici.

Docenti: *Dott.ssa Federica Banorri*, Responsabile Privacy Az. Ospedaliera S. Orsola Malpighi Bologna;
Dott.ssa Angela Basile, Infermiere Dirigente, Docente di Etica e Bioetica, Logica e Filosofia della Scienza (Roma);
Dott.ssa Maria Grazia Bedetti, Presidente del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna;
Avv. Giuseppe Croari, Esperto in Diritto dell'informatica (Bologna);
Dott. Pietro Giurdanella, Vice Presidente del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna, Infermiere Azienda Ospedaliera Universitaria S. Orsola Malpighi di Bologna;
Dott. Claudio Torbinio, Infermiere, esperto informatico, fondatore del blog infermieristico "The Daily Nurse" (Ancona).

Posti disponibili: n. 200

Sede del corso:

AEMILIA HOTEL BOLOGNA – Via G. Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna.

In auto: dalla tangenziale imboccare l'uscita n. 11 San Vitale, svoltare a destra in Via Massarenti seguendo le indicazioni per il centro e proseguire fino all'Ospedale Sant'Orsola Malpighi. Svoltare nuovamente a destra in Via Zaccherini Alvisi.

Parcheggio Convenzionato con il Collegio IPASVI: GARAGE "ZACCHERINI ALVISI" Via Zaccherini Alvisi, 12 Bologna (tariffe agevolate per gli iscritti al Collegio IPASVI di Bologna). Per informazioni sulle modalità di usufrutto della convenzione, ritirare il tagliando presso la Segreteria dell'evento.

In autobus: dalla stazione ferroviaria linee n. 32, 36 e37 e, dal centro, linee n. 14, 20, 89 e 94

Partecipazione:

Si rammenta che i criteri per definire la **presenza** utile a consentire il **conseguimento dei crediti ECM** a coloro che prendono parte agli eventi formativi prevedono:

- Il **100%** delle ore di partecipazione previste da programma, in quanto evento con **durata inferiore o uguale alle 6 ore**.

Si ricorda comunque che:

- 1) Il tempo viene calcolato escludendo quello previsto per le prove di valutazione finali;
- 2) Per conseguire i crediti è necessario anche superare la prova di valutazione finale.

Si invitano pertanto i partecipanti ad attenersi alle indicazioni sopra riportate; in caso contrario, il conseguimento dei crediti ECM non può essere garantito.

Durata dei lavori:

ore 5,5 INTERO EVENTO – ORE 4 EVENTO FORMATIVO (per cui è richiesto l'accreditamento)

In fase di accreditamento ECM

Preiscrizioni e iscrizioni:

Dal 09 Marzo 2015 per gli iscritti al Collegio IPASVI di BOLOGNA

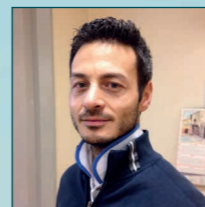
In caso di disponibilità di posti, e fino ad esaurimento dei suddetti, dal 01 al 10 aprile è possibile prenotare anche per gli iscritti agli altri Collegi IPASVI d'Italia

MODALITA' D'ISCRIZIONE

Si ricorda che è indispensabile effettuare **la preiscrizione** all'evento, recandosi presso la segreteria del Collegio IPASVI o telefonando al n. 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 09.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

L'iscrizione sarà ritenuta definitiva solo dopo l'invio della **scheda di iscrizione**, debitamente compilata e firmata, che deve pervenire al Collegio **entro e non oltre 10 giorni dalla data in cui è stata effettuata la preiscrizione**.

Per facilitare la partecipazione, è eventualmente possibile anche effettuare l'iscrizione dalle ore 13.30 alle ore 14.00 nel giorno stesso e presso la sede ove sarà tenuta l'Assemblea: per mantenere il rispetto dei tempi programmati e agevolare il lavoro della Segreteria, si chiede, cortesemente, che questa scelta venga adottata **solo da coloro che non hanno assolutamente la possibilità di iscriversi nei modi e nei tempi sopra indicati**.



dott. Elia Franco
Infermiere
Azienda Ospedaliero - Universitaria
S. Orsola Malpighi



Posta Elettronica Certificata (PEC): obbligatoria, gratuita, vantaggiosa.

La PEC è obbligatoria per legge,
resa gratuita dal Collegio IPASVI di
Bologna, vantaggiosa per gli
Infermieri iscritti

Tutti ne hanno sentito parlare. Ci riferiamo alla **PEC**, abbreviazione di "Posta Elettronica Certificata". La PEC funziona come la posta elettronica "tradizionale", ma a differenza di quest'ultima garantisce lo stesso valore legale di una raccomandata con ricevuta di ritorno: chi scrive da un indirizzo PEC a un altro indirizzo PEC, infatti, ha la certezza dell'invio, dell'integrità e della consegna (o mancata consegna) del messaggio e di tutti i documenti ad esso associati.

La PEC è obbligatoria per gli Infermieri, gli Assistenti Sanitari e gli Infermieri Pediatrici, come stabilito dalla legge n. 2 del 28 gennaio 2009, in particolare al comma 7 dell'art. 16. Fortunatamente non bisogna necessariamente masticare il linguaggio giuridico per comprenderne i punti essenziali: i professionisti iscritti in albi, sia dipendenti che liberi professionisti, indipendentemente dal fatto che esercitino la professione o meno, hanno l'**obbligo** di attivare un indirizzo di Posta Elettronica Certificata personale entro un anno dall'entrata in vigore del decreto e di comunicarla al proprio Collegio.

Per chiarire subito alcuni dei primi dubbi che sorgono, precisiamo che la "Posta Elettronica Certificata" non può essere cumulativa per più profes-

sionisti e non coincide automaticamente con la "mail aziendale".

Per questo motivo e per facilitare i rapporti interni (fra Collegio e iscritti) e quelli esterni (fra iscritti e Amministrazioni Pubbliche, professionisti e cittadini con cui si trovano ad interagire per motivi professionali), il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Bologna ha proposto e approvato l'acquisto di un indirizzo PEC per garantire l'attivazione gratuita di una casella personale di Posta Elettronica Certificata agli iscritti che ne facciano richiesta.

Garantisce lo stesso valore legale di una raccomandata con ricevuta di ritorno

Coloro che intendono aderire all'iniziativa devono scaricare il modulo nella pagina dedicata del sito internet www.ipasvibo.it, compilarlo e inviarlo insieme a copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità (carta di identità, patente o passaporto), via mail all'indirizzo info@ipasvibo.it o via fax al n. 051.34.42.67 oppure presentarlo in Segreteria negli appositi orari (lunedì e mercoledì dalle 9.00 alle 12.00, martedì, giovedì e venerdì dalle 14.00 alle 17.00).

Un'importante precisazione va fatta a proposito della posta certificata istituita col dominio @postacertificata.gov.it, che a tutt'oggi genera confusione ed equivoci. Fornita dal Governo in forma gratuita per permettere ai cittadini di

Coloro che intendono aderire all'iniziativa devono scaricare il modulo nella pagina dedicata del sito internet www.ipasvibo.it, compilarlo e inviarlo insieme a copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità (carta di identità, patente o passaporto), via mail all'indirizzo info@ipasvibo.it o via fax al n. 051.34.42.67 oppure presentarlo in Segreteria negli appositi orari (lunedì e mercoledì dalle 9.00 alle 12.00, martedì, giovedì e venerdì dalle 14.00 alle 17.00).



comunicare con le Pubbliche Amministrazioni, si chiama PostaCertificat@, ma **non** è una PEC (Posta Elettronica Certificata) e pertanto **non risulta valida per adempiere all'obbligo di dotarsi di una casella PEC.**

Questo servizio mail è più opportuno chiamarlo **CEC-PAC**, ovvero Comunicazione Elettronica Certificata tra Pubblica Amministrazione e Cittadino.

Il suo limite principale, infatti, è quello di permettere la comunicazione esclusivamente tra Pubblica Amministrazione e cittadino.

Al contrario la PEC (Posta Elettronica Certificata) è un sistema che permette di comunicare con qualsiasi soggetto (aziende, professionisti, cittadini, Pubblica Amministrazione) e potenzialmente con qualsiasi tipo di indirizzo di posta elettronica certificata.

Per questo suo grande limite, dalla fine dello scorso anno è in atto una dismissione graduale e progressiva delle caselle di Posta Certificata CEC-PAC (gov.it), per far convergere gli indirizzi verso indirizzi PEC che possano "dialogare" con tutti e non solo con l'Amministrazione. Non solo non vengono più rilasciate nuove caselle CEC-PAC, ma nel giro di poco tempo esse si ridurranno a mera ricezione e consultazione dei messaggi, fino al loro completo esaurimento.

Le PEC residue potranno, così, comunicare senza limiti con tutte le altre PEC e, proprio a partire dagli indirizzi PEC costituiti presso il registro delle imprese e degli Ordini o Collegi Professionali, il Ministero dello Sviluppo Economico raccoglierà e renderà accessibili via web ai cittadini i dati e gli indirizzi PEC di Pubbliche Amministrazioni, professionisti, imprese, gestori o esercenti di pubblici servizi, suddividendoli in due sezioni: "Sezione Imprese" e "Sezione Professionisti".

Perché utilizzare la PEC...

La PEC non va intesa come un obbligo al quale ottemperare, ma come uno strumento che offre notevoli vantaggi.

Oltre alla già menzionata **validità legale** che assumono i messaggi recapitati con Posta Elettronica Certificata, bisogna considerare il **risparmio di tempo** che essa consente. L'invio di fax e raccomandate cartacee, infatti, richiede la preparazione di incartamenti vari e a volte anche di sorbirsi interminabili code agli uffici postali. Con la PEC, invece, è possibile inviare velocemente quanti messaggi si desidera e anche la stessa comunicazione contemporaneamente a più destinatari.

Non solo celerità nell'invio. La PEC garantisce anche **velocità di consegna**, la quale diventa possibile anche in caso di assenza del destinatario.

Un'altra caratteristica, non meno importante, è rappresentata dalla sua **semplicità d'uso**: per adoperarla non bisogna installare alcun software sul pc e quanto inviato è facilmente recuperabile, dunque consultabile in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo sia presente una connessione a Internet.

Una casella PEC, inoltre, è dotata di moderni sistemi antivirus, assicurando la massima **sicurezza** e l'**assenza di virus e spam**.

Nonostante gli indiscutibili vantaggi che offre e che semplifica di gran lunga la gestione di molte pratiche burocratiche al collegio non è permesso procedere d'ufficio all'attivazione di una casella PEC per ciascun professionista iscritto.

Se, infine, si considera anche il **risparmio di denaro**, non resta più alcun dubbio sull'opportunità del suo utilizzo: la PEC non prevede costi di gestione e si può aprire con un minimo costo annuo che, come già detto, diventa inesistente se si aderisce al servizio offerto dal collegio IPASVI di Bologna.

CIRCOLARE ENPAPI N.17/2014

Gestione separata Aggiornamento aliquota anno 2015

L'art. 2, comma 57, della legge 92/2012 ha previsto l'innalzamento dell'aliquota contributiva applicata per l'anno 2015 ai collaboratori non iscritti ad altra forma di previdenza obbligatoria e non pensionati, ora pari al 30% oltre alla maggiorazione pari allo 0,72% finalizzata al pagamento delle prestazioni assistenziali; l'art.1, comma 491, della Legge 27 dicembre 2013, n.147 (cd. Legge di Stabilità) ha previsto inoltre l'innalzamento dell'aliquota contributiva applicata per l'anno 2015 ai collaboratori iscritti ad altra forma di previdenza obbligatoria o pensionati, al 23,50%.

Sulla base di quanto disposto dall'art. 3, comma 2, il Consiglio di Amministrazione, nella riunione del 18 dicembre, ha recepito i suddetti adeguamenti.

Si riepilogano, pertanto, le aliquote contributive in vigore nell'anno 2015:

1. Titolari di rapporto di collaborazione non contestualmente assicurati presso altra forma di previdenza obbligatoria o titolari di trattamento pensionistico

Anno	Aliquota IVS
2015	30%

In aggiunta ai contributi di cui sopra è dovuto un ulteriore contributo pari allo 0,72 % destinato al finanziamento dell'indennità di maternità, del congedo parentale, dell'assegno per il nucleo familiare, dell'indennità di malattia e di degenza ospedaliera.

2. Titolari di rapporto di collaborazione contestualmente assicurati presso altra forma di previdenza obbligatoria o titolari di trattamento pensionistico

Anno	Aliquota IVS
2015	23,50%

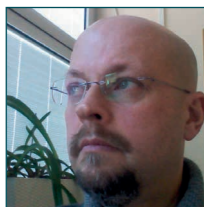
Si ricorda che la contribuzione dovuta segue il principio di cassa, pertanto i compensi di competenza dell'anno 2014 corrisposti successivamente al 12/01/2015 prevedono l'applicazione delle nuove aliquote (cd. Principio di cassa allargato).

Ai fini dell'utilizzo del software Sarc (applicativo per presentare le denunce contributive mensili) per i periodi contributivi relativi all'anno 2015, è necessario procedere all'aggiornamento del software: la versione 01.00.12 sarà a breve disponibile nella sezione "software Darc - scarica Darc" dal sito internet www.enpapi.it - Gestione Separata.

Il Presidente
Dr. Mario Schiavon

Il Direttore Generale
Dr. Fabio Fioretto





Dott. Sebastiani Sefano
Consigliere
Collegio Ipasvi Bologna
@SebStefano

Il dilemma del “Comma 566” e la questione delle competenze specialistiche

Come tutti gli anni nel mese di dicembre vengono emesse novità legislative che “teoricamente” sono collegate ad aspetti economici fiscali.

Il comma 566 della Legge 23 dicembre 2014, n. 190 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015). (14G00203) (GU Serie Generale n.300 del 29-12-2014 - Supplemento Ordinario n. 99) (ex legge finanziaria) vede scritto:

“Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall’attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.”

Come molti di voi avranno letto, su questo, si è già scritto tanto con tesi divergenti.

C’è chi ritiene sia un cambiamento epocale per la professione, c’è chi ritiene sia un nulla epocale, e chi si vede minacciato nella sua professionalità ... Vediamo assieme di rileggere quanto affermato e cerchiamo di capire questa novità.

Per prima cosa l’aspetto interessante è contenuto nelle parole: “...Dall’attuazione del presente com-

ma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.”

Infatti, l’interesse principale del legislatore è che da un percorso già avviato non derivi nessun aggravio di spesa (la legge è una legge “finanziaria”). Quindi a sostegno di chi asserisce che questa norma non modifichi nulla (come Cavicchi¹) vi è la

C’è chi ritiene sia un cambiamento epocale per la professione, c’è chi ritiene sia un nulla epocale, e chi si vede minacciato nella sua professionalità ...

costatazione che esiste un percorso in essere, come sostenuto da Fassari² “In sostanza, come abbiamo già avuto modo di scrivere, il Governo e il Parlamento hanno deciso di dare forza di legge all’obiettivo di ridefinire le competenze professionali dei sanitari già oggetto dei tavoli tecnici

Governo Regioni, dai quali è alla fine emersa una ipotesi di accordo sulle competenze infermieristiche tutt’ora in attesa di essere trasmessa alla Stato Regioni”. Quindi non vi è nulla di nuovo si ribadisce un percorso già in essere che si avviava teoricamente a conclusione (...).

Proia³ ci aiuta a capire come in realtà la tesi del cambio epocale sia sostenibile “per capirne la portata innovativa è opportuno analizzare attentamente l’esegesi della norma. L’art. 5 punto 15 del Patto per la Salute 2014/2016 ha posto con forza la necessità che: “Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei



E’ uno snodo importante per l’assistenza sanitaria e per la professione infermieristica un passaggio altrettanto importante rispetto a quello del 1999 con la legge 42

professionistico involti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativa sostegno di tale obiettivo” OMISSIS Con il comma 566 il Parlamento ha dato il via libera a una potenziale ed innovativa messa in discussione della attuale organizzazione del lavoro in sanità. Rivalutando e ridefinendo le capacità professionali delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione” rilanciando un tavolo che però aveva visto molti detrattori.

Su un articolo apparso su l’Infermiere infatti si afferma “ed è perciò che ora possono decollare le competenze specialistiche - è stata fatta cadere anche l’ultima barriera artificialmente innalzata dai detrattori di questa innovazione. Ora potrà avere il via libera quell’accordo Stato-Regioni già pronto e concordato, perfino già messo all’ordine del giorno di una conferenza pre-estiva. Il documento che ci aspettiamo venga presentato in Conferenza Stato Regione per “sancire accordo” e iniziare finalmente a darvi attuazione. In quell’articolato ci sono tutti gli elementi per poter agire nei diversi ambiti: accademico, professionale, della formazione permanente e dell’organizzazione.”⁴

Quindi possiamo concordare con Annalisa Silvestro quando afferma⁵ che “è uno snodo importante per l’assistenza sanitaria e per la professione infermieristica un passaggio altrettanto importante rispetto a quello del 1999 con la legge 42 (“Disposizioni in materia di professioni sanitarie”): il processo diagnostico-te-

rapeutico è di competenza del medico, mentre quello assistenziale è di competenza dell’infermiere. Si tratta anche di un’importante occasione per una riorganizzazione del lavoro nelle strutture pubbliche dove il dispiegamento delle potenzialità delle diverse professioni, a cominciare proprio da quella infermieristica, può consentire di recuperare efficienza e appropriatezza nella risposta sociosanitaria. Un dettaglio tutt’altro che trascurabile anche in funzione di un obiettivo molto concreto”.

Abbiamo però risentito parole che speravamo di non udire da parte di alcuni colleghi medici, L’Anao⁶ afferma che “Lo scopo è quello di trasferire gli atti medici di base ad altre professioni sanitarie trascurando che anche un atto semplice si può complicare e diventare complesso OMISSIS Qui non stiamo parlando di riconoscimento delle competenze specialistiche degli infermieri, legittimo, ma dell’erosione più o meno consistente di competenze mediche nel campo della diagnosi e della cura.” Prosegue con “... a nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute, né di diramare direttive che, nel rispetto della prima, pongano in secondo piano le esigenze dell’ammalato. Mentre il medico, che risponde anche ad un preciso codice deontologico, che ha in maniera più diretta e personale il dovere di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza e che si pone, rispetto a questo, in una chiara posizione di garanzia, non è tenuto al rispetto di quelle direttive,

laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente e non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico” Ora dall’articolo si potrebbe desumere, erroneamente, che l’infermiere NON risponda “anche ad un preciso codice deontologico” (...) e che NON abbia “in maniera più diretta e personale il dovere di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza e che si pone, rispetto a questo, in una chiara posizione di garanzia” inoltre “Si prepara, in maniera irresponsabile, un ulteriore strappo nella tela già lacerata del carattere unitario del diritto alla salute dei cittadini, attraverso una balcanizzazione delle competenze professionali e della definizione degli atti medici, e dei relativi livelli di responsabilità, distinti in semplici e complessi a seconda della latitudine e dei rapporti di forza. Il rischio che gli apprendisti stregoni, ed i loro laudatori, sottovalutano è quello di smarrire il carattere unitario della persona malata non separabile in cellule da affidare ai medici e bisogni da delegare agli infermieri. La sanità italiana del terzo millennio avrà a simbolo, per dirla con Cavicchi, il malato segato in due, mezzo del medico, mezzo dell’infermiere, monadi autonome ed anarchiche”.

La Cisl Medici⁷ afferma: “Per la Cisl Medici quanto

esposto in quelle note è una pietra miliare. Nell’affrontare questa “patata bollente” del comma 566 vogliamo non dare la possibilità a confusioni sia materiali che ideologiche: il medico svolga il suo ruolo, l’infermiere e le professioni sanitarie facciano quello per cui sono stati formati e chiamati. Sembra assurdo che si debba scrivere in termini così netti ma oggi, che il tema pare sia diventato di capitale importanza per questa categoria di lavoratori, appare necessario creare quelle differenze fra queste figure, medico, infermiere e professioni sanitarie, impedendo che si crei una contrapposizione che nel futuro potrebbe generare distorsioni comportamentali ed incomprensione nei ruoli da svolgere. Nessuno vuole impedire il diritto allo studio e alla formazione di coloro che da infermieri o professioni sanitarie andranno a collaborare con il medico, ma sia solo una collaborazione e non una interferenza. La classe politica trovi il coraggio di analizzare attentamente il problema e porre dei naturali paletti alle richieste di tali categorie. Oggi, minare all’interno la centralità del medico equivale a realizzare lo sfascio definitivo del suo ruolo e di questa professionalità, ed è bene sapere che la Cisl Medici si opporrà con ogni democratica forma e in ogni opportuna sede istituzionale.”

Anche l’associazione dei Fisiatri è preoccupata⁸ degli

aspetti assistenziali affermando “Il mal sottile del comma 566 significherà in buona sostanza riproporre un solco rivendicativo tra medici e professioni sanitarie, una nuova tensione e separazione nei contesti di lavoro, un decadimento relazionale e fiduciario che ridurrà qualità, efficienza, efficacia nella presa in carico delle persone disabili e per quanto sopra accennato determinare professionisti sanitari di serie A, B, C. Difatti negli ultimi anni abbiamo assistito alla materializzazione delle conseguenze di un divario esistente tra le aspirazioni di una classe dirigenziale infermieristica (ben rappresentata dalla Senatrice On. Silvestro), le capacità-competenze-aspirazioni espresse dai professionisti sanitari (infermieri, tecnici di radiologia, fisioterapisti...) che quotidianamente svolgono la loro encomiabile attività assistenziale nei reparti ospedalieri, negli ambulatori, sul territorio e la normativa che ne regola ruolo e profilo professionale”.

Era da tempo che non avevamo il piacere di leggere questi toni!

Eppure non vi sono elementi che richiedano un tale scontro infatti, come ci ricorda Fassari², “Il comma 566, se è vero che rilancia l’accordo Stato Regioni, inserisce una premessa fondamentale prevedendo che tale accordo si debba fare “previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati”. Avere messo nero su bianco su una legge dello Stato che l’accordo “deve” avere la “concertazione” delle parti in causa (e quindi sia dei medici che degli infermieri e delle altre professioni che saranno via via coinvolte) cambia tutto. (OMISSIS) A questo punto i giochi si devono riaprire, piaccia o non piaccia. La bozza di accordo dell’aprile 2014 può e deve essere ridiscussa e sarà compito del Governo e delle Regioni, proprio in base al comma 566, ricercare il massimo consenso tenendo conto di osservazioni e modifiche delle parti in causa, per arrivare a “concertare” un testo sul quale sancire l’accordo finale.”

Quindi il comma ci “obbliga” a riprendere e “concludere una discussione che senza questo passaggio rischiava di essersi arrenata per sempre!

Per concludere concordiamo con la Senatrice⁴ quando afferma che “Certo, molti si porranno il problema dell’innovazione inserita nel quadro dell’assenza di contratti e di blocco delle retribuzioni. Il nostro auspicio è che non si aspetti molto a mettere mano alla parete economica dei contratti ma in questo momento ci preoccupiamo, come è nostro compito, di porre quelle basi professionali sulle quali auspichiamo che le rappresentanze sindacali riescano a fare ancora meglio il loro lavoro, ossia valorizzare economicamente tutto questo. E proprio per questo aspetto è necessario sostenere le rappresentanze sindacali che davvero hanno a cuore la professione. La realizzazione di una diversa organizzazione del lavoro impostata sul riconoscimento del merito e delle diverse responsabilità, oltre che capace di riconoscere la diversità dell’apporto delle professioni

sanitarie e delle loro specificità al processo di cura e di assistenza, non è facile.”

È quindi con piacere che abbiamo letto che i sindacati⁹ chiedono con forza che si riapra presto una stagione contrattuale in cui inserire l’aspetto della valorizzazione professionale (anche se la norma indica che da questo “non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica” almeno nel 2015!).

Quindi non è il nulla epocale, non è una minaccia ad altre professioni non è una rivoluzione ma bensì il ribadire e il portare a valore di legge che il tavolo sulle competenze avanzate dei professionisti sanitari (e per quanto mi riguarda degli infermieri!) deve arrivare a conclusione e che la sanità non può più permettersi di sottoutilizzare il cervello dei suoi professionisti!

NOTE

1. Infermieri specialisti nella legge di stabilità? Ma dove? Io non li ho trovati Ivan Cavicchi 31 dicembre 2014 http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=25140
2. Il comma 566 e la “concertazione”. Una novità sfuggita ai più e che riapre “de facto” il confronto Cesare Fassari 30 gennaio 2015 http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=25706
3. La legge di stabilità e le professioni sanitarie. Ecco perché, e come, cambierà tutto. Saverio Proia 02 gennaio 2015 http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=25152
4. Il 2015 è l’anno dell’infermiere specialista di Annalisa Silvestro Rivista L’Infermiere N°6 - 2014 <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linferniera/rivista-linferniera-page-24-articolo-280.htm>
5. Stabilità. Nel 2015 arrivano gli infermieri “specialisti” 30 dicembre 2014 http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=25126
6. Stabilità. Anaa: “Con colpo di mano si erodono competenze mediche nella diagnosi e cura” 07 gennaio 2015 Carlo Palermo Vicesegretario nazionale vicario Anaa Assomed Antonio Ciofani Consigliere Nazionale Anaa Assomed 07 gennaio 2015 http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=25198
7. La battaglia sul comma 566. Papotto (Cisl Medici): “Un’aberrazione: il medico faccia il medico e l’infermiere altrettanto” http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=25369
8. Comma 566. Tutti dubbi dei medici fisiatri 20 gennaio 2015 Silvano La Bruna Vice-Segretario Nazionale Sindacato Italiano Medici di Medicina Fisica e Riabilitativa Delegato ai rapporti con le discipline/professioni http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=25455
9. Legge di Stabilità, la Cgil: «Stop ai balletti di responsabilità sulle competenze. Stagione contrattuale da riaprire» 12 gennaio 2015 <http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2015-01-12/legge-stabilita-cgil-stop-121200.php?uuid=Ab-GprKvK>





Avv. Giuseppe Croari
Esperto di Diritto dell'Informatica

L'utilizzo dei Social Networks e le implicazioni giuridiche e professionali

Le tecnologie di ultima generazione e i social networks fanno ormai parte della vita quotidiana, ma in certi casi possono essere un mix molto pericoloso. Oggi si ha la possibilità di filmare e fotografare qualunque attività avendo di fatto dispositivi elettronici, quali *smartphone*, *tablet*, *pc portatili*, ecc.. sempre a portata di mano sia in contesti personali che professionali¹. Si tratta di preziosi strumenti di lavoro che, tuttavia, hanno creato una serie di criticità mettendo a confronto fra loro diritti e interessi giuridici contrapposti.

Si è discusso spesso del rapporto tra libertà personale e obblighi di riservatezza, ma questo proble-

ma riguarda non solo questioni giuridiche, ma anche questioni di natura morale o semplicemente pratica.

Cosa si è liberi di scrivere o di mostrare della propria vita professionale sui *social networks*? Quando finisce la propria vita professionale ed inizia quella personale? Talvolta le informazioni apprese in costanza di lavoro, finiscono in rete in un momento successivo per l'intervento di soggetti terzi. Il meccanismo "*social*" è tecnicamente e giuridicamente molto complesso. Talvolta si è coinvolti a propria insaputa con "*tag*" da parte di colleghi o di pazienti, che rendono automaticamente nota una determinata informazione anche a tutti i contatti del proprio gruppo. Infatti, la natura dei *social networks* è quella di essere finalizzata alla massima comunicazione e diffusione di informazioni di ogni genere e costituisce di per sé, una potenziale fonte di plurime violazioni di legge.

In taluni casi gli utenti pensano di condividere informazioni solo con amici, magari colleghi, diffondendole, invece, ad un numero imprecisato di utenti della rete, con il rischio di violare la *privacy* delle persone coinvolte.

E' facile comprendere come sia nata o semplicemente sia stata rielaborata una serie di normative molto eterogenee, che hanno influenzato direttamente anche le impostazioni dei *softwares* e le relative licenze nel

corso del progresso tecnologico di questi ultimi anni². Basti pensare solo la complessità delle impostazioni sulla *privacy* che raggiungono le opzioni di alcuni *softwares* "*social*".

Essendo il rapporto tra *privacy* e nuove tecnologie un fenomeno molto complesso e articolato, vale la pena soffermarsi solo su alcuni aspetti parziali e pratici, dal momento che ciascuno è responsabile sia civilmente che penalmente per le informazioni che pubblica in rete. Gli obblighi professionali, dunque, non si esauriscono dopo aver timbrato il cartellino e prescindono dalle norme deontologiche e dai regolamenti adottati dalle strutture sanitarie.

In via generale, il Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 all'art. 76 (Codice in materia di protezione dei dati personali), prevede la possibilità per gli Esercenti delle professioni sanitarie e per gli organismi sanitari pubblici, di trattare i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute solo per perseguire la finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato. Tale nobile circostanza è comunque sottoposta a due limiti indiscutibili meglio specificati nel testo normativo³: (i) ricevere il consenso dell'interessato; (ii) essere autorizzati dal Garante della Privacy. E' bene precisare che anche quando vi è il rispetto di tali limiti, è comunque necessario adottare tutte le cautele per il rispetto dei diritti degli interessati, fra cui quelle di cui all'art. 83 del D.Lgs che prevede gli accorgimenti tecnico-pratici del caso (distanze di cortesia, ecc...), suggerimenti che però non risultano tutti letteralmente attuabili sul web. Questo significa più semplicemente che, in generale, per gli esercenti delle professioni sanitarie, non è possibile il trattamento per finalità differenti a quelle di *tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato*, come ad esempio per finalità personali o pubblicitarie. Tale imposizione di carattere generale, ormai nota a tutti gli esperti del settore, si scontra con le cattive consuetudini della gestione della propria vita

Cosa si è liberi di scrivere o di mostrare della propria vita professionale sui "social networks"?

professionale, attraverso l'uso delle nuove tecnologie, anche se effettuata per finalità nobili come il confronto professionale. Altre volte, invece, vi possono essere momenti della vita lavorativa dell'infermiere distanti dal rapporto con il paziente, che finiscono in rete, ma che di per sé potrebbero essere idonei a rivelare informazioni a terzi.

Il Garante della Privacy ha sentito l'esigenza di predisporre numerosi contributi sull'argomento, di varia natura e portata, fra cui le "*Linee guida in materia di trattamento di dati personali per finalità di pubblicazione e diffusione nei siti web esclusivamente dedicati alla salute*" contenute nella Delibera Garante della Privacy 25/01/2012, n. 31⁴. Il provvedimento, rispetto ad altri, è molto interessante poiché si rivolge a tutti i gestori di *forum*, *blogs* e di "*gruppi social*" che si occupano di tematiche sulla salute. Tale delibera si pone lo scopo di fornire raccomandazioni utili a prevenire i rischi di quanto appena analizzato, partendo da una premessa fondamentale: "*Il ricorso alle potenzialità del web con riferimento alle tematiche relative alla salute rappresenta una realtà in costante evoluzione*". Viene quindi indicata una serie di adempimenti dei gestori dei siti che devono essere rispettate, quali le "*avvertenza di rischio*" per gli utenti, sino ad individuare quelle che devono essere le "*Misure di sicurezza*" al fine di ridurre al minimo i rischi connessi al trattamento dei dati. Ma il fenomeno dei *social networks* ha conseguenze non solo sulle questioni di *privacy* comunemente intese. Per comprendere la portata del fenomeno, che sarebbe da approfondire anche sul piano etico e deontologico, basti comprendere che le eventuali violazioni che possono essere perpetrate attraverso le nuove tecnologie non si limitano solo al trattamento dei dati personali. I limiti nell'operare sul *web*, una volta che si è fuori dall'orario di lavoro, possono riguardare anche elementi solo indirettamente riconducibili alle mansioni svolte in ambito lavorativo. Ad esempio, vi è un "obbligo di fedeltà"⁵ che si sostanzia nel dovere di un leale comportamento del lavoratore verso il datore di lavoro e va collegato con le regole di correttezza e buona fede di cui agli articoli 1175 e 1375 codice civile: l'infermiere, pertanto, deve astenersi non solo dai comportamenti espressamente vietati (o da quelli relativi ai divieti imposti dal D.Lgs. 196/2003 in tema di *privacy*), ma anche da tutti quelli che, per la loro natura e conseguenze, appaiono in contrasto con i doveri connessi alla propria professione o che creano potenziali situazioni di conflitto con le finalità e gli interessi della struttura sanitaria di appartenenza. Fra questi vi è chiaramente l'obbligo di "*di segretezza*" che vieta al lavoratore (infermiere) di divulgare o di utilizzare informazioni attinenti all'azienda (anche attraverso le reti informatiche/telematiche). Allo stesso modo, vieta indirettamente al lavoratore comunicazioni ingiuriose o irrispettose verso la propria Struttura che, anche laddove non fossero in violazione di alcun dato perso-

L'obbligo di "segretezza" vieta al lavoratore (infermiere) di divulgare o di utilizzare informazioni attinenti all'azienda (anche attraverso le reti informatiche/telematiche)





nale o segreto industriale, potrebbero essere diffuse attraverso lo strumento informatico/telematico. In conclusione, non esiste una disciplina uniforme in tema di diritto dell'informatica che, essendo argomento trasversale, può coinvolgere tutti i campi delle scienze etiche e giuridiche verso il futuro dell'e-health. E' certo che il Legislatore, per utilizzare le stesse parole contenute nella Delibera Garante Privacy 25/01/2012 n. 31⁶, è cosciente della grande utilità e rilevanza che hanno i fenomeni della "condivisione di conoscenze scientifiche" e "di contatti umani, per la creazione di reti di solidarietà e di sostegno tra gli utenti".

www.dirittodellinformatica.it

NOTE

1. Solo in ambito di utenze telefoniche è bene ricordare che l'Italia, che ha una popolazione di 61,5 milioni di abitanti, ha 97 milioni di abbonamenti mobili attivi. In media ogni Italiano ha quindi più di una sim. I dati del 2014 di riferimento contano per l'Italia 35,5 milioni utenti Internet fra cui 26 milioni di utenti Facebook (dati riferibili a We Are Social ha pubblicato il report *Social, Digital & Mobile in Europa 2014*).
2. Per maggiori informazioni e per una disamina dettagliata della disciplina si rinvia alla rivista telematica *Dirittodellinformatica.it* all'indirizzo www.dirittodellinformatica.it
3. Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 all'art. 83, comma 2: "Le misure di cui al comma 1 comprendono, in particolare: a) soluzioni volte a rispettare, in relazione a prestazioni sanitarie o ad adempimenti amministrativi preceduti da un periodo di attesa

- all'interno di strutture, un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati prescindendo dalla loro individuazione nominativa;
- b) l'istituzione di appropriate distanze di cortesia, tenendo conto dell'eventuale uso di apparati vocali o di barriere;
 - c) soluzioni tali da prevenire, durante colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute;
 - d) cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie, ivi compresa l'eventuale documentazione di anamnesi, avvenga in situazioni di promiscuità derivanti dalle modalità o dai locali prescelti;
 - e) il rispetto della dignità dell'interessato in occasione della prestazione medica e in ogni operazione di trattamento dei dati;
 - f) la previsione di opportuni accorgimenti volti ad assicurare che, ove necessario, possa essere data correttamente notizia o conferma anche telefonica, ai soli terzi legittimati, di una prestazione di pronto soccorso;
 - g) la formale previsione, in conformità agli ordinamenti interni delle strutture ospedaliere e territoriali, di adeguate modalità per informare i terzi legittimati in occasione di visite sulla dislocazione degli interessati nell'ambito dei reparti, informandone previamente gli interessati e rispettando eventuali loro contrarie manifestazioni legittime di volontà;
 - h) la messa in atto di procedure, anche di formazione del personale, dirette a prevenire nei confronti di estranei un'esplicita correlazione tra l'interessato e reparti o strutture, indicativa dell'esistenza di un particolare stato di salute;
 - i) la sottoposizione degli incaricati che non sono tenuti per legge al segreto professionale a regole di condotta analoghe al segreto professionale".

4. Pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 20/02/2012, n. 42.

5. Per i lavoratori subordinati l'obbligo di fedeltà è previsto dall'articolo 2105 del Codice Civile che dispone: "Il prestatore di lavoro non deve trattare affari, per conto proprio o di terzi, in concorrenza con l'imprenditore, né divulgare notizie attinenti all'organizzazione e ai metodi di produzione dell'impresa, o farne uso in modo da poter recare ad essa pregiudizio."

6. Pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 20/02/2012, n. 42.

Informazioni dalla Segreteria

QUOTA 2015

Equitalia provvederà a inviare a fine marzo il bollettino per il pagamento della quota 2015, con scadenza 30 aprile p.v.

Si invitano gli iscritti che non lo ricevessero entro fine aprile, a chiamare la Segreteria, in orario d'ufficio, per poter avere indicazioni su come effettuare il pagamento entro fine maggio 2015.

CANCELLAZIONI

Gli iscritti, in regola con le quote di pagamento, compreso l'anno in corso, che cessano la propria attività professionale e desiderano cancellarsi dall'Albo entro l'anno 2015, devono presentare domanda di cancellazione utilizzando l'apposito modulo, allegando il tesserino di iscrizione all'Albo (o denuncia di smarrimento) e una marca da bollo da € 16,00, entro il 31 ottobre 2015.

Per maggiori informazioni consultare il sito www.ipasvibo.it, sezione SERVIZI, o rivolgersi alla Segreteria del Collegio in orario d'ufficio.

PERMESSI SOGGIORNO

Si ricorda agli iscritti con **cittadinanza di un Paese non appartenente all'Unione Europea** che, ad ogni rinnovo del permesso di soggiorno, devono passare tempestivamente al Collegio con l'originale affinché ne sia tenuta copia autenticata nel proprio fascicolo personale.

ORARI E RECAPITI DELLA SEGRETERIA

La Segreteria è aperta:

Lunedì - Mercoledì ore 9 - 12

Martedì - Giovedì - Venerdì ore 14 - 17

Per pratiche lunghe è necessario presentarsi mezz'ora prima della chiusura.

Tel. 051.39.38.40 - Fax 051.34.42.67

E-mail: info@ipasvibo.it - www.ipasvibo.it

CAMBIO RESIDENZA

Per comunicare il proprio cambio di residenza è necessario inviare alla Segreteria un'autocertificazione con allegata copia di un documento di identità.

Per maggiori informazioni e scaricare il modulo visitare la pagina:

http://www.ipasvibo.it/?page_id=1581

Comunicazione inerente le offerte formative promosse dal Collegio IPASVI

Educazione e Formazione Continua

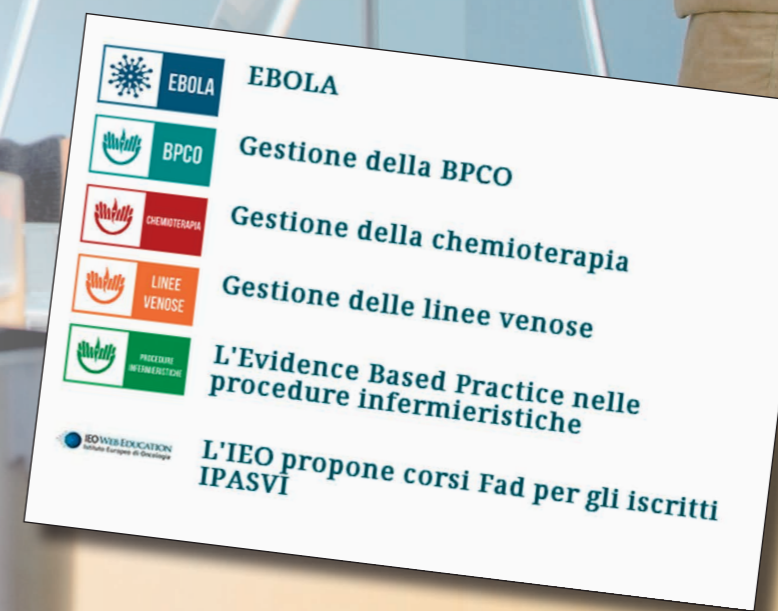
A seguito del rinnovo del Consiglio Direttivo per il triennio 2015-2017, in relazione all'istituzione delle Commissioni di analisi e studio, si comunica che l'offerta formativa proposta dai relativi gruppi di lavoro e correntemente progettata e pianificata sarà comunicata attraverso il sito web istituzionale www.ipasvibo.it e l'invio di newsletter agli indirizzi di posta elettronica certificata degli iscritti.

Si coglie l'occasione per comunicare ai colleghi che la nuova Commissione istituitasi da Gennaio 2015 ha già avviato un lavoro di analisi rispetto ai bisogni formativi dei propri Iscritti e pertanto si rende disponibile ad accogliere idee, proposte e necessari confronti anche attraverso incontri con i professionisti.



Segnaliamo i corsi FAD attualmente disponibili nella sezione ECM del portale della Federazione <http://www.ipasvi.it/ecm.htm>

- 1) **Corso FAD Cespi per Ipasvi**
"Ma cadere è sempre colpa grave?"
- 2) **Il Programma Nazionale Esiti:**
come interpretare e usare i dati
- 3) **EBOLA**
- 4) **Gestione della BPCO**
- 5) **Gestione della chemioterapia**
- 6) **Gestione delle linee venose**
- 7) **L'Evidence Based Practice nelle procedure infermieristiche**
- 8) **L'Istituto Europeo di Oncologia propone corsi Fad per gli iscritti IPASVI**
 - **Primary Nursing. L'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse**
 - **La gestione di studi clinici. Basi scientifiche ed etiche per una corretta sperimentazione clinica**
 - **Il Clinical Risk Management. La cultura della sicurezza per prevenire gli eventi avversi**



STUDENTI INFERMIERI E DEONTOLOGIA

Una ricerca qualitativa

“In che modo gli studenti del terzo anno di corso di laurea in infermieristica descrivono le modalità con cui hanno appreso i principi etici e deontologici della professione?”



Gruppo di lavoro:

Mosci Daniela, Vannini Valeria, Bandini Stefania, Cormons Viviana, Fabbri Patrizia, Biavati Catia, Bergami Barbara, Conti Eleonora, Fabbri Agnese, Gaccione Loredana, Loli Barbara, Bendanti Daniela, La Riccia Celeste, Di Cecco Alessia, Gattafoni Luana, Simmini Ada, Pesci Rosaeugenia, Cenerelli Danilo, Forni Cristiana, Bedetti Maria Grazia

La ricerca qualitativa nel nursing. L'avvio di un percorso di ricerca.

L'erogazione di interventi infermieristici di comprovata efficacia, ossia di una assistenza basata sulle evidenze è un presupposto ormai assodato, anche alla luce di quanto disposto dall'articolo 11 del codice deontologico del 2009.

I modelli che descrivono le modalità con cui, a fronte di specifici quesiti, debba essere consultata la letteratura biomedica, generalmente descrivono tra le fonti consultabili studi di carattere quantitativo. Questi sono studi che misurano e quantificano i fenomeni, come i benefici derivanti da un intervento di prevenzione o di trattamento, piuttosto che la pericolosità di fattori di rischio o la capacità di fattore prognostico di cambiare la storia di una patologia.

Pur essendo una fonte fondamentale di conoscenze per la professione infermieristica, la ricerca quantitativa manca completamente di cogliere le esperienze ed i significati che le persone che sperimentano la malattia o le condizioni di interesse infermieristico, vivono e sperimentano. Mancano cioè della possibilità di cogliere altri punti di vista e informazioni, che pure sono estremamente importanti, per realizzare una assistenza infermieristica finalizzata ad ottimizzare gli esiti degli assistiti e a valutare la complessità del caring infermieristico.

E' questo l'enorme e fondamentale contributo che la ricerca qualitativa riesce ad assicurare all'assistenza infermieristica, fornendo una prospettiva ricca all'interno dei comportamenti umani (Guba & Lincoln 1988) e focalizzandosi sulle testimonianze dei soggetti, che possono cogliere aspetti importanti della esperienza umana, piuttosto che sulle misurazioni dei parametri biologici (Lipscomb 2012).

Solo uno studio qualitativo potrà dirci cosa significa per una persona affetta da una patologia cronica fronteggiare la propria condizione e quale sia il ruolo che in questa esperienza riveste l'infermiere di riferimento (Fox & Chesla, 2008). Allo stesso modo nessuno studio epidemiologico potrà fornirci il punto di vista di un paziente che viene isolato e assistito utilizzando le precauzioni per contatto, dopo l'insorgenza di una

infezione correlata all'assistenza, sostenuta da un microrganismo multifarmaco resistente e come sia cambiata la vita dopo quel riscontro (Skyman et al, 2010). Nessuno studio di coorte ci potrà informare, oltre a dimostrare quale sia l'incidenza delle cadute accidentali dei pazienti anziani, e quali sono le caratteristiche di

coloro che cadono con maggiore frequenza, di quali siano i sentimenti generati da una caduta in un anziano e nella sua famiglia (Faes et al, 2010), e di cosa significhi vivere nella consapevolezza del rischio di cadere (Berlin Haltrup et al, 2009). Conoscere questa prospettiva da parte di chi l'ha vissuta ci può fare comprendere ad esempio perché i pazienti, ri-

coverati in ospedale, che ricevono indicazioni specifiche rispetto alla necessità di chiamare per andare in bagno, invece si avventurano da soli, correndo pericoli e talvolta cadendo.

La ricerca qualitativa può fornire importanti informazioni non solo agli infermieri impegnati nella attività clinica, ma anche a coloro che svolgono ruoli di coordinamento e direzione, come lo studio di Stayt (2008) che ha indagato quali siano le difficoltà vissute dagli infermieri di terapia intensiva nel supportare i caregiver dei pazienti morenti, piuttosto lo studio che ha indagato come realizzare strategie per integrare maggiormente all'interno delle equipe assistenziali infermieri che svolgono solo turni notturni (Powel 2013).

Allo stesso modo la ricerca qualitativa fornisce importanti spunti anche a coloro che svolgono attività formative, come nel caso dello studio di Foley et al (2012), in cui i ricercatori hanno affrontato il tema del tutoraggio a studenti infermieri che appartengono ad una generazione diversa rispetto ai loro tutor.

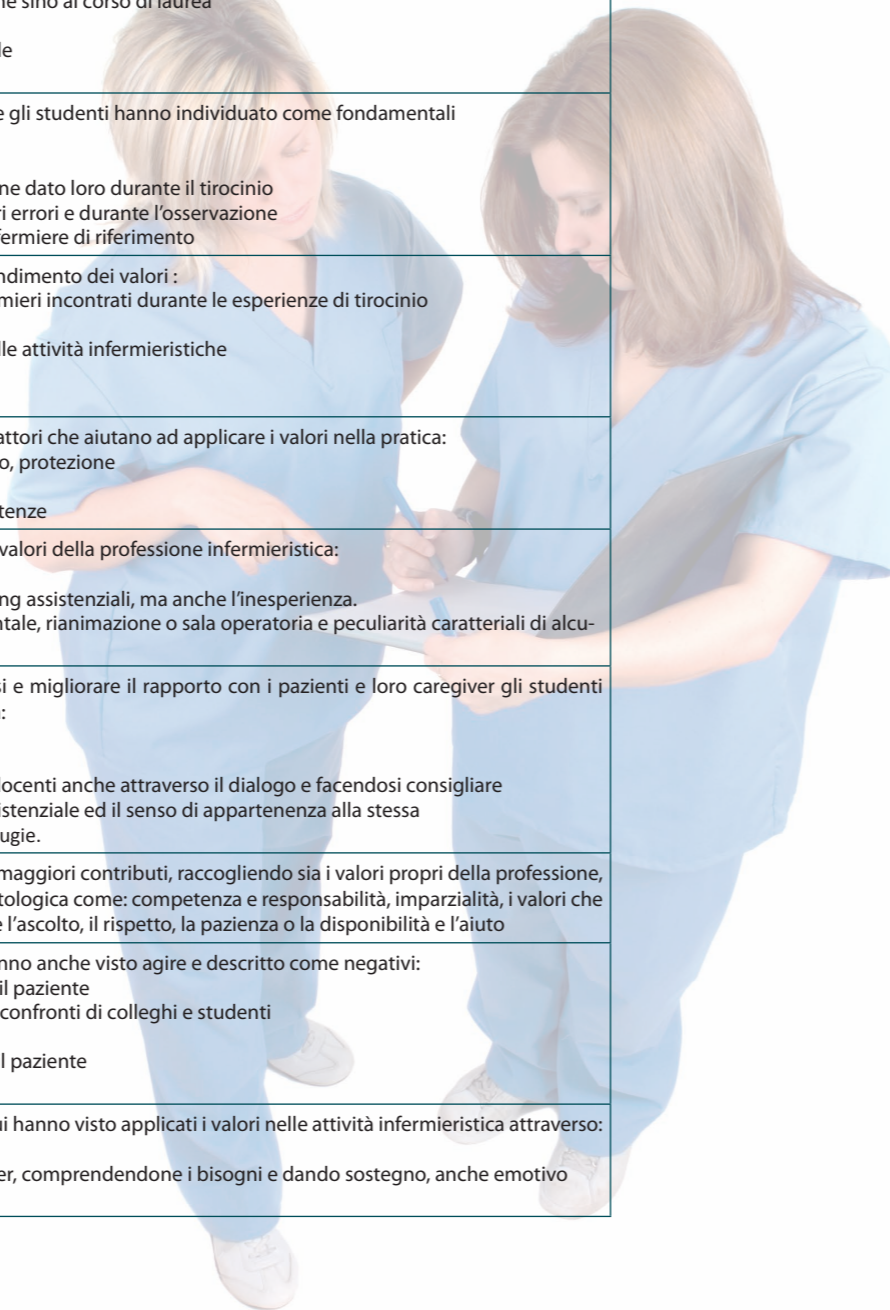
Proprio alla luce delle potenzialità offerte dalla ricerca infermieristica, rispetto alla crescita dei saperi disciplinari, che è stato deciso nel corso del mandato 2012-2014 del Consiglio direttivo del Collegio IPASVI di Bologna, di realizzare uno studio qualitativo.

Il tema scelto è stato l'ambito formativo ed il quesito specifico dello studio era comprendere come gli studenti infermieri apprendono ed interiorizzano i valori

La ricerca qualitativa può fornire importanti informazioni anche a coloro che svolgono ruoli di coordinamento e direzione

Tabella 1- Risultati parziali dello studio

CATEGORIE	ETICHETTE
Motivazione	Tra le motivazioni date dagli studenti nella scelta del corso di studi sono stati citati: <ul style="list-style-type: none"> • l'aspetto pratico della professione • l'aspetto umano e i rapporti con gli altri • l'esperienza diretta • il poter essere d'aiuto • l'autorealizzazione e le opportunità lavorative • le materie di studio
Aspettative	Dalle interviste fatte sono emersi due tipi di aspettative che gli studenti hanno <ul style="list-style-type: none"> • rispetto alla professione: <ul style="list-style-type: none"> - di essere d'aiuto - di crescita professionale ma anche personale - di rispettare e concretizzare il codice deontologico - di poter scegliere l'ambito lavorativo • rispetto al corso di laurea: <ul style="list-style-type: none"> - minori contenuti teorici, rispetto a quelli presenti - impegno per lo studio e per il tirocinio, superiori alle aspettative - attività pratiche
Contesti di apprendimento	Gli studenti hanno riferito di aver appreso i valori della professione: <ul style="list-style-type: none"> • in modo innato • a scuola dalle prime esperienze scolastiche sino al corso di laurea • in famiglia • dagli amici o dal proprio vissuto personale • dai contesti di tirocinio
Elementi favorevoli all'apprendimento dei valori	Tutor Infermieri e Docenti sono le figure che gli studenti hanno individuato come fondamentali nell'apprendimento dei valori attraverso: <ul style="list-style-type: none"> • i laboratori relazionali • la disponibilità e il buon esempio che viene dato loro durante il tirocinio • l'apprendimento che scaturisce dai propri errori e durante l'osservazione • turni coincidenti con quelli del tutor o infermiere di riferimento
Elementi ostacolanti all'apprendimento dei valori	Sono stati descritti come ostacolo all'apprendimento dei valori: <ul style="list-style-type: none"> • il cattivo esempio dato da Tutor e/o Infermieri incontrati durante le esperienze di tirocinio • la carenza della funzione tutoriale • l'efficietismo così come il tecnicismo nelle attività infermieristiche • il sentirsi valutati e l'eccesso di disciplina • un ambiente che non si conosce
Fattori favorevoli alla messa in pratica dei valori	Sono stati individuati dagli studenti come fattori che aiutano ad applicare i valori nella pratica: <ul style="list-style-type: none"> • la funzione tutoriale come sostegno, aiuto, protezione • un clima che trasmetta fiducia • l'autonomia e l'acquisizione delle competenze
Fattori ostacolanti alla messa in pratica dei valori	Sono stati indicati come ostacoli per agire i valori della professione infermieristica: <ul style="list-style-type: none"> • la carenza della funzione tutoriale • la mancanza informazioni relative ai setting assistenziali, ma anche l'inesperienza. • ambiti clinici particolari come igiene mentale, rianimazione o sala operatoria e peculiarità caratteriali di alcuni pazienti.
Strategie per mettere in pratica i valori	Per riuscire a porre in essere i valori appresi e migliorare il rapporto con i pazienti e loro caregiver gli studenti hanno raccontato di aver avuto vantaggi da: <ul style="list-style-type: none"> • il dialogo con i famigliari • i setting assistenziali facilitanti • l'essere stimolati dai professionisti e dai docenti anche attraverso il dialogo e facendosi consigliare • il confronto con i membri dell'equipe assistenziale ed il senso di appartenenza alla stessa • l'essere autentici, ma anche dire piccole bugie.
Valori	La categoria valori è quella che ha ricevuto maggiori contributi, raccogliendo sia i valori propri della professione, che quelli che ne esprimono l'identità deontologica come: competenza e responsabilità, imparzialità, i valori che si manifestano nella relazione di aiuto come l'ascolto, il rispetto, la pazienza o la disponibilità e l'aiuto
Disvalori	In contrapposizione ai valori gli studenti hanno anche visto agire e descritto come negativi: <ul style="list-style-type: none"> • la mancanza di caring e/o di rispetto per il paziente • aggressività verso pazienti ma anche nei confronti di colleghi e studenti • superficialità, pregiudizi, indifferenza • pratiche scorrette che mettono a rischio il paziente • ostilità laterali e espressioni di malessere
Valori in pratica	Gli studenti hanno descritto i momenti in cui hanno visto applicati i valori nelle attività infermieristica attraverso: <ul style="list-style-type: none"> • l'empatia, l'umanità e l'advocacy, • la relazione con il paziente e i suoi caregiver, comprendendone i bisogni e dando sostegno, anche emotivo • la competenza tecnico professionale



della professione infermieristica durante il percorso di studio.

Durante il precedente triennio, il gruppo di ricerca ha steso il protocollo (che si riporta in allegato) e dato avvio alle interviste, dalla cui sbobinatura ed analisi sono scaturiti i primi risultati che sono stati presentati durante il seminario del 29 novembre 2014 (tabella 1).

Dall'analisi dei dati, è emerso chiaramente che lo studio non possa ritenersi completato, in quanto non è ancora stata raggiunta la saturazione dei dati, condizione che si realizza quando ogni nuova intervista riprende temi già trattati e che indica che il campionamento può dirsi concluso.

Dopo le elezioni del nuovo Consiglio Direttivo, il gruppo è stato riconvocato e sono ripresi i lavori, con l'obiettivo di terminare il lavoro entro il primo semestre dell'anno.

BIBLIOGRAFIA

Berlin Hallrup L, Albertsson D, Bengtsson Tops A, Dahlberg K, Grahn B. (2009) Elderly women's experiences of living with fall risk in a fragile body: a reflective lifeworld approach. *Health Soc Care Community*. Jul;17(4):379-87.

Faes MC, Reelick MF, Joosten-Weyn Banningh LW, Gier Md, Esselink RA, Olde Rikkert MG (2010). Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers: foundations for an intervention to prevent falls. *Aging Ment Health*. Sep;14(7):834-42.

Fox S, Chesla C (2008) Living with chronic illness: A phenomenological study of the health effects of the patient-provider relationship. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20 (2008) 109-117

Guba E.G. & Lincoln Y.S. (1998) Competing paradigms in qualitative research. In: *The Landscape of Qualitative Research: Theories and Issues* (eds Q. Research, N.K. Denzin & Y.S. Lincoln), pp. 195-220. Sage, London.

Lipscomb M. (2012) Questioning the use value of qualitative research findings. *Nursing Philosophy*, 13, pp. 112-125.

Skyman E, Sjöström HT, Hellström L. (2010) Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scand J Caring Sci*. Mar;24(1):101-7.

Stayt LC. (2009) Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *J Clin Nurs*. May;18(9):1267-75.

Powell I. (2013) Can you see me? Experiences of nurses working night shift in Australian regional hospitals: a qualitative case study. *Journal of Advanced Nursing* 69(10), 2172-2184.

Foley VC, Myrick F, Yonge O. A phenomenological perspective on preceptorship in the intergenerational context. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2012 Jun 3;9.

Protocollo di ricerca

Gli studenti infermieri e i principi etici e deontologici professionali: uno studio qualitativo.

QUESITO DI RICERCA

"In che modo gli studenti del terzo anno di corso di laurea in infermieristica descrivono le modalità con cui hanno appreso i principi etici e deontologici della professione?"

BACKGROUND & RAZIONALE DELLO STUDIO (REVISIONE DELLA LETTERATURA)

Le norme che disciplinano il campo di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie stabiliscono che esso è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di formazione nonché degli specifici Codici Deontologici, avvalorando così un'interpretazione della pratica assistenziale non soltanto come prassi fondata su un insieme di conoscenze tecnico-scientifiche, ma anche come insieme di regole comportamentali di ispirazione etica e sociale.

Il Codice Deontologico è il documento, emanato dall'organo di rappresentanza professionale, in cui sono riportate le regole di condotta e di indirizzo etico a cui il singolo professionista è chiamato a conformare i propri comportamenti perché condivise dalla comunità professionale a cui appartiene e dalla comunità sociale in cui si trova ad operare.

Compito precipuo dell'infermiere è "prendersi cura" della persona in difficoltà con professionalità ed empatia. Per poter operare in modo professionalmente efficace, è indispensabile agire queste attitudini che possono essere "innate", ma anche sviluppate durante il corso di studi. Chi si accinge alla professione non deve solo conoscere i principi deontologici ma anche, saperli applicare. L'acquisizione e l'approfondimento dei modelli etico/professionali è un elemento imprescindibile nella formazione dell'infermiere.

Il Decreto 2 aprile 2001 *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie*, prevede che il raggiungimento delle competenze professionali, si attui attraverso una formazione teorica e pratica che includa anche l'acquisizione di competenze comportamentali e che venga conseguita nel contesto lavorativo specifico.

In tal senso è in particolare durante il tirocinio che, attraverso i modelli professionali che nelle diverse funzioni lo studente incontra, si sostanzia la trasmissione delle norme etiche e deontologiche che la comunità professionale ha fatto proprie mettendole in pratica. È importante considerare che nella formazione infermieristica di base, tutti i modelli professionali che nelle diverse funzioni lo studente incontra, possono influenzare in maniera importante l'acquisizione di



una coscienza etico/deontologica e sostenere e stimolare gli studenti nel percorso formativo accompagnandoli nella riflessione e nell'analisi delle questioni deontologiche incontrate e vissute, per incoraggiarli a proporre soluzioni ed esprimere dubbi e guidarli nella comprensione del processo decisionale etico.

Diverse sono le teorie che hanno affrontato la tematica dello sviluppo del senso morale. La concezione moderna dell'apprendimento si basa sulle premesse del costruttivismo, un paradigma fondato da Piaget che si occupa della natura della conoscenza nonché dell'apprendimento (Auvinen, 2004). Tale costrutto è stato applicato nella teorizzazione dello sviluppo del giudizio morale da Kohlberg (1981). Questa teoria prevede che le persone possano sviluppare il proprio giudizio morale attraversando 6 fasi, divise in 3 livelli: pre-convenzionale (fase 1 e 2), convenzionale (fase 3 e 4) e post-convenzionale (fase 5 e 6). Kohlberg (1981, 1984) ipotizza che quando gli individui compiono questo processo si muovono sequenzialmente tra le fasi. Non tutti gli individui arrivano alle fasi post-convenzionali in cui essi cercano di sviluppare principi che sono universali e che rimangono costanti tra le culture. Kohlberg (1981) sostiene che uno dei motivi per cui un individuo tiene un comportamento non etico è l'incapacità di sviluppare moralità, non mettendo in discussione il proprio ragionamento etico. Se la modalità di ragionamento degli studenti di infermieristica non viene messa in dubbio da persone

che hanno raggiunto un livello più elevato di ragionamento morale (es. docenti, tutor), essi non si mettono in discussione e non passano alla fase successiva di ragionamento. Lo sviluppo del giudizio morale può essere quindi incoraggiato attraverso la formazione (Schlaefli et al, 1985; Duckett e Ryden, 1944).

Una posizione diversa è stata assunta da Gilligan (1982), che afferma nella sua teoria che il comportamento non etico in ambito clinico è direttamente collegato al conflitto interno degli studenti tra l'assistenza e l'integrità personale, la compassione e l'autonomia personale: secondo questa autrice, si può ipotizzare che la frustrazione di assistere gli altri mentre vengono ignorati i propri bisogni individuali, possa determinare un comportamento non etico da parte degli studenti. La stessa tesi è sostenuta da Boughn e Lentini (1997), che hanno affermato che "prendersi cura degli altri in un clima di scarso o nessun interesse per la propria condizione si traduce alla fine in esaurimento e frustrazione". Gilligan (1982) ha osservato anche che l'etica nell'assistenza si sviluppa solo quando gli individui cominciano a comprendere che le relazioni umane e le interazioni sociali sono fondamentali e determinanti in ogni situazione e che gli individui con cui interagiscono sono tra loro interdipendenti. Quanto detto implica che gli studenti di infermieristica si comportano in maniera non eticamente corretta perché non comprendono che la loro esperienza si colloca all'interno di relazioni e in un contesto sociale. Rest (1986, 1994) ha integrato la teoria di Kohlberg

(1981) con quella di Gilligan (1982) affermando che l'abilità cognitiva degli individui e l'affettività influenzano la loro moralità. Lo studente deve avere un certo livello di conoscenza nell'affrontare un dilemma, per interpretarlo, per definire ciò che è moralmente giusto e per assegnare le priorità ai propri valori morali e poi agire. Il motivo per cui un individuo assume un comportamento non etico, secondo Rest, è la mancanza di capacità di conoscere la situazione.

Lo stesso autore ha sviluppato un test che misura la capacità di comprensione e le attitudini che si riferiscono alle diverse fasi dello sviluppo morale di Kohlberg. Questo strumento, il *Defining Issues Test* (DIT), è il più frequentemente usato negli studi sulla formazione morale (Rest e Narvaz, 1994).

Altri ricercatori, applicando la teoria di Kohlberg (Mustapha e Seybert, 1989; Duckett e Ryden, 1994; Krawczyk, 1997; Duckett et al, 1997; Siverg, 1998) hanno studiato (valutato, cercato di comprendere) come la formazione infermieristica contribuisca allo sviluppo del giudizio morale degli studenti. Mustapha e Seybert (1989) hanno analizzato il livello di ragionamento morale in tre gruppi di studenti, due dei quali impegnati in materie umanistiche ed uno in infermieristica. Il primo gruppo seguiva un piano di studi che enfatizzava la capacità decisionale, mentre il secondo gruppo e gli studenti di infermieristica seguivano un programma di studi tradizionale. Il livello più elevato di giudizio morale è stato osservato nel primo gruppo, a dimostrazione che una formazione che promuove le capacità decisionali contribuisce ad un maggiore livello di sviluppo morale. Duckett e Ryden (1994) hanno confrontato il livello di giudizio morale degli studenti che avevano seguito programmi di etica diversi. Ogni gruppo raggiungeva punteggi più alti alla fine del percorso formativo, per cui i ricercatori hanno concluso che lo sviluppo del giudizio morale non può essere attribuito a un particolare programma di studi, ma alla formazione in sé. Questa suggestione è stata confermata da un successivo lavoro di Duckett e colleghi (1997) che hanno condotto uno studio longitudinale sullo sviluppo del giudizio morale durante la formazione infermieristica, arrivando ad affermare che il livello di giudizio morale è significativamente superiore alla fine della formazione piuttosto che all'inizio.

Krawczyk (1997), invece, ha valutato l'influenza dei programmi di etica sul giudizio morale degli studenti di infermieristica. I risultati hanno dimostrato che è più utile insegnare l'etica come una disciplina a sé stante piuttosto che all'interno di altre discipline o secondo la volontà degli studenti. Auvinen (2004) ha esaminato, attraverso il DIT, gli effetti dell'insegnamento dell'etica sullo sviluppo del giudizio morale tra gli studenti di Infermieristica del primo anno e dell'ultimo anno in Finlandia. I suoi risultati hanno dimostrato che gli studenti che avevano affrontato problemi

etici durante il tirocinio avevano un giudizio morale più elevato rispetto agli altri e gli studenti dell'ultimo anno avevano un giudizio morale superiore rispetto agli studenti del primo anno. Le differenze rilevate erano statisticamente significative. Una critica mossa rispetto ai risultati conseguiti da questi studi riguarda il fatto che la valutazione del giudizio morale fornisce informazioni sulla costruzione del pensiero all'interno di un processo decisionale etico, ma non permette di acquisire nessuna conoscenza circa il modo in cui lo studente agisce.

La formazione e la prassi promuovono l'etica, che è parte essenziale del piano di studi infermieristico universitario in molti paesi (Leino-Kilpi, 2001). Hamric (2001) ha dichiarato la necessità di "superare la retorica sull'importanza della formazione etica verso provvedimenti concreti per includere questa dimensione cruciale nelle prassi cliniche dei nostri studenti". Doane (2002) sostiene che "l'etica è vissuta e praticata in ogni momento dell'attività infermieristica ed è quindi uno degli aspetti più importanti della formazione infermieristica". La formazione etica deve quindi essere incorporata nelle attività quotidiane degli infermieri, con particolare attenzione al loro sviluppo dal punto di vista morale all'interno delle influenze contestuali e relazionali che li formano (Doane, 2004). I risultati della maggior parte degli studi suggeriscono che gli studenti, così come gli infermieri, trovano difficoltà nell'esprimere la dimensione etica nelle loro pratiche assistenziali (Dierckx de Casterlè, 1997). Ketejian (2001) in una meta analisi ha rilevato che esiste una relazione positiva, moderata e significativa tra la formazione e la prassi etica. Più elevato è il livello di istruzione, maggiore è la prassi etica. Non è del tutto chiaro, tuttavia, come i programmi didattici promuovano o influiscano sui processi coinvolti nella prassi etica. L'obiettivo della formazione etica è quello di formare un infermiere moralmente responsabile e qualificato per individuare e reagire ai problemi etici durante l'assistenza (Hamric, 2001). Hunink (2009) in uno studio quali-quantitativo ha valutato la capacità degli studenti infermieri di individuare gli aspetti morali durante l'assistenza infermieristica quotidiana. Gli studenti hanno scritto documenti che riflettevano le discussioni affrontate durante gli incontri con i tutor. I risultati indicano che raramente gli studenti (<13%) identificano gli aspetti etici problematici delle situazioni sperimentate durante il loro tirocinio. Si deve concludere quindi che gli studenti dovrebbero acquisire maggior competenza nell'esplicitare e riflettere sui problemi etici. Si rendono necessarie ulteriori ricerche sulla condotta morale degli studenti, al fine di stabilire se essi possiedono le competenze morali previste (Hunink, 2009), poiché lo sviluppo della sensibilità morale degli studenti è fondamentale. Gastmans, 2002, propone tre linee guida al riguardo. Il comportamento etico degli studenti è stato spesso affrontato

con disegni quantitativi: Numminen (2009), infatti, in uno studio trasversale ha cercato di rispondere a quesiti come ad esempio “quali sono gli aspetti del codice etico che gli studenti percepiscono siano stati insegnati e in che misura?” o “quale percezione hanno gli studenti della propria conoscenza del codice etico e della capacità di applicarlo nella pratica?”

Oltre agli studi di natura quantitativa, occorrono ricerche qualitative per aggiungere significato e profondità ai risultati ottenuti. In letteratura, pochi studi qualitativi hanno valutato l'esperienza degli studenti in ambito assistenziale (Gunby, 1996; Jones, 1997; Landeen, 1995; Araujo Sandala, 1999; Yong, 1996) e analizzato le percezioni che essi hanno dell'etica o dei problemi dello sviluppo morale (Yong, 1996; Kelly, 1998). Lemonidou e colleghi (2004) hanno esaminato lo sviluppo dei principi etici negli studenti greci durante la pratica clinica all'inizio dei loro studi. In particolare, hanno esplorato le esperienze di etica vissute dagli studenti, le loro percezioni e la comprensione dei conflitti etici, attraverso l'analisi fenomenologica di quanto avevano riferito nei diari tenuti durante la sperimentazione. Lo sviluppo della coscienza morale degli studenti è stato concettualizzato attraverso una serie di temi, che comprendono l'identificarsi con il paziente e con gli infermieri, l'assumere una posizione morale, il diventare consapevoli dei propri valori e il mettere in evidenza una moralità professionale. I mezzi per migliorare l'empatia e insegnare agli studenti sono ancora poco chiari. Certamente, il compromesso morale, il distacco, la stanchezza e le emozioni negative sono stati identificati in studenti esposti a un'etica subottimale (Satterwhite, 2000; Bellini, 2002). Gli approcci per aumentare l'empatia negli studenti di medicina comprendono seguire i pazienti (Henry-Tilman, 2002) e permettere allo studente di fare un'esperienza come paziente ospedalizzato (Downie, 2002). Sebbene meno complesse, anche la narrazione e la riflessione potrebbero essere un modo per sviluppare empatia e moralità negli infermieri, come ipotizzato da Fairbairn (2002). L'impegno etico nell'assistenza al paziente impone una profonda integrità morale. Gli studenti devono sviluppare la consapevolezza morale allo scopo di prepararsi al loro futuro impegno assistenziale (Lemonidou et al, 2004).

In virtù di quanto detto precedentemente, al fine di comprendere come gli studenti di Infermieristica apprendono e mettono in pratica i principi etici della Professione si vuole condurre uno studio qualitativo, con descrizione interpretativa.

SCOPO

Lo scopo di questo studio di descrizione interpretativa è quello di descrivere e comprendere le modalità attraverso le quali gli studenti del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica della sede formativa di Bologna 2 dell'Università degli Studi di Bologna, han-

no appreso ed agiscono i principi etici e deontologici della professione durante i tre anni di corso universitario.

I risultati di questa ricerca potrebbero consentire di comprendere eventuali criticità nella trasmissione di tali valori.

METODO

DISEGNO DI RICERCA

Descrizione interpretativa: questa metodologia costituisce, nell'ambito della ricerca qualitativa, il tipo di studio più appropriato per fornire una descrizione “di base” di un fenomeno. Si prefigge di fornire un sommario completo di fatti o eventi, usando il linguaggio delle persone che vivono quei fatti o eventi. È il metodo migliore quando si vuole conoscere il “chi, cosa e dove di un evento”. Spesso i risultati di una descrizione interpretativa gettano le basi per ricerche successive, sia di tipo qualitativo che quantitativo.

SETTING (la descrizione dettagliata del setting è un elemento fondamentale: sulla base di questi dati, coloro che leggeranno i risultati dello studio potranno valutare se questi possono o meno essere applicabili nel loro contesto)

Il setting di questo studio è rappresentato da una delle sedi universitarie del Corso di Laurea in Infermieristica afferenti alla provincia di Bologna: Bologna2.

Il percorso universitario articolato in tre anni prevede, oltre alle lezioni teoriche, lo svolgimento di attività di tirocinio pratico per un totale di 1800 ore suddivise in 420 ore nel primo anno, 510 ore nel secondo anno e 870 ore nel terzo anno di corso.

Nel complesso il numero di studenti iscritti presso questa sede è di circa 370 individui (dati relativi all'anno accademico 2012/2013), con un tasso di abbandono medio pari all'8%.

Da un punto di vista del curriculum formativo, i contenuti etici vengono presentati durante i corsi di *Filogenesi della disciplina infermieristica, Bioetica ed Etica e deontologia professionale* per un totale di 69 ore distribuite nei tre anni.

CAMPIONAMENTO

La tipologia di campionamento che sarà adottata in questa ricerca prende il nome di snow ball sampling, campionamento a palla di neve. La logica di questo campionamento risiede nel voler reclutare i partecipanti che meglio possono descrivere il fenomeno oggetto di studio della ricerca. Questo è un approccio di campionamento utile ad individuare soggetti ricchi di informazioni o casi critici. Il processo comincia chiedendo ad una persona che sta vivendo l'esperienza in esame: “chi può dirci molto, rispetto a...”, “con chi dovrei parlare?”. Chiedendo di identificare diverse persone da intervistare, la palla di neve diventa sempre più grande, accumulando casi ricchi di informazioni. Du-

rante il processo di campionamento è possibile che più persone indichino gli stessi nomi: queste persone, riconosciute come valide da un numero di differenti informatori, assumono una speciale importanza (Patton 1990).

NUMEROSITA' CAMPIONARIA

Data la natura omogenea del campione per intensità e la focalizzazione dello studio sulla descrizione, si stima di raggiungere la saturazione dei dati con un campione di circa 20-25 studenti. Questo fornirà l'opportunità di ascoltare le descrizioni di molteplici modalità di apprendimento ed interiorizzazione.

CRITERI D'INCLUSIONE

- studenti capaci di capire e parlare italiano;
- studenti del terzo anno di corso (AA 2012-2013), in corso.

RECLUTAMENTO

Al fine di identificare i partecipanti che soddisfino i criteri di inclusione, si provvederà a un campionamento a palla di neve. Una volta identificati gli studenti, questi verranno contattati telefonicamente, o via mail, dalle intervistatrici per chiedere loro la disponibilità a partecipare allo studio e, nel caso di risposta affermativa, per definire la data dell'incontro per lo svolgimento dell'intervista. Il primo soggetto a cui verrà chiesta la disponibilità sarà uno studente del terzo anno riconosciuto rappresentativo.

RACCOLTA DATI

In questo studio i dati verranno raccolti attraverso delle interviste individuali semi-strutturate. Queste sono generalmente organizzate intorno ad una serie pre-determinata di domande a risposta aperta, con altre che emergono dal dialogo tra intervistatore e intervistato. Uno degli aspetti più importanti per il buon svolgimento di un'intervista in profondità è lo sviluppo di una relazione di fiducia e rispetto tra l'intervistato e il ricercatore.

Per questo studio, ogni studente sarà invitato a partecipare ad una sola intervista faccia a faccia. Ogni intervista durerà circa 60 minuti e sarà condotta presso il Collegio IPASVI di Bologna. Sarà inoltre richiesto il permesso di registrare l'intervista. Per facilitare lo svolgimento dell'intervista è stata elaborata una specifica Guida (Allegato 2).

ANALISI DEI DATI

Raccolta e analisi dei dati avverrà contemporaneamente. Ogni intervista registrata sarà trascritta parola per parola con precisione. Data la natura esplorativa di questo studio, i dati saranno analizzati mediante l'analisi qualitativa dei contenuti. Inizialmente sarà svolto un processo di codificazione di primo livello, o di linea per linea, in cui alle frasi chiave saranno asse-

gnati uno o più codici appropriati. Seguirà un secondo livello di codifica per identificare sub-categorie e per stabilire le relazioni tra le categorie. Infine, i temi chiave saranno sviluppati attraverso un processo di interpretazione delle risposte dei partecipanti.

MEMBERS CHECKING

Il member checking è un accorgimento metodologico che permette al ricercatore di verificare la correttezza delle interpretazioni effettuate dal ricercatore durante l'analisi dei dati, rispetto ad ogni intervista condotta. Il member checking può avvenire mediante un ulteriore incontro o contatto con l'intervistato. Nel nostro studio, la sintesi della codifica di secondo livello verrà inviata per mezzo email ad ogni intervistato, per verificare la correttezza dell'analisi effettuata. Qualora fossero emerse nuove domande, importanti al fine dello studio, durante le interviste successive, il member checking sarà l'occasione per offrire la possibilità di rispondere a questi ulteriori quesiti.

ASPETTI ETICI

CONSENSO DEI PARTECIPANTI E PRIVACY

Tutti i partecipanti allo studio riceveranno un documento contenente le informazioni descrittive dello studio e un modulo di consenso (Allegato 5) da firmare e restituire; la riservatezza di ogni partecipante sarà mantenuta.

La partecipazione allo studio è volontaria e i partecipanti possono scegliere di ritirarsi dallo studio o interrompere l'intervista in qualsiasi momento. Non ci sono danni o vantaggi noti per i soggetti che partecipano a questo studio qualitativo descrittivo.



BIBLIOGRAFIA

Art. 1, Comma 1, Legge 10 agosto 2000 n. 251 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione

Art. 1, 1, D.M. 14 settembre 1994 n. 739 "L'infermiere è l'operatore sanitario .. responsabile dell'assistenza generale infermieristica"

Art. 3, Legge 29 ottobre 1954, Dpr 5 aprile 1950 n.221

Art. 38 Dpr 5 aprile 1950 n.221

Kennedy TJT, Lingard LA. Making sense of grounded theory in medical education. *Medical Education* 2006; 40: 101-108

Patton M. *Qualitative evaluation and research methods*. Sage. Beverly Hills; 1990: pag.169-186

Auvinen J, Suominen T, Leino-Kilpi H, Helkama K. The development of moral judgment during nursing education in Finland. *Nurse Educ Today*. 2004 Oct; 24(7):538-46.

Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA*. 2002 Jun 19;287(23):3143-6.

Boughn S, Lentini A. What women nursing students want & what nursing education owes them. *Nurs Health Care Perspect*. 1997 Nov-Dec;18(6):286-7.

Dierckx de Casterlé B, Grypdonck M, Vuylsteke-Wauters M, Janssen PJ. Nursing students' responses to ethical dilemmas in nursing practice. *Nurs Ethics*. 1997 Jan;4(1):12-28.

Doane GH. In the spirit of creativity: the learning and teaching of ethics in nursing. *J Adv Nurs*. 2002 Sep;39(6):521-8.

Doane GH, Pauly B, Brown H, McPherson G. Exploring the heart of ethical nursing practice: implications for ethics education. *Nurs Ethics*. 2004;11(3):240-53.

Downie R. Towards more empathic medical students: a medical student hospitalization experience. *Med Educ*. 2002 Jun;36(6):504-5.

Duckett L, Rowan M, Ryden M, Krichbaum K, Miller M, Wainwright H, Savik K. Progress in the moral reasoning of baccalaureate nursing students between program entry and exit. *Nurs Res*. 1997 Jul-Aug;46(4):222-9.

Duckett L, Ryden M. (1994). *Education for Ethical Nursing Practice*. In Rest J R, Narvaez D., *Moral Development in the Professions*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Fairbairn JG. Ethics, empathy and storytelling in professional development Learning in Health and Social Care 2002;1(1): 22-32.

Gastmans C. A fundamental ethical approach to nursing: some proposals for ethics education. *Nurs Ethics*. 2002 Sep;9(5):494-507.

Gilligan C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. London, UK. Harvard University Press.

Gunby SS. The lived experience of nursing students in caring for suffering individuals. *Holist Nurs Pract*. 1996 Apr;10(3):63-73.

Hamric AB. Ethics development for clinical faculty. *Nurs Outlook*. 2001 May-Jun;49(3):115-7.

Henry-Tillman R, Deloney LA, Savidge M, Graham CJ, Klimberg VS. The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy. *Am J Surg*. 2002 Jun;183(6):659-62.

Hunink G, Van Leeuwen R, Jansen M, Jochemsen H. Moral issues in mentoring sessions. *Nurs Ethics*. 2009 Jul;16(4):487-98.

Jones MC, Johnston DW. Distress, stress and coping in first-year student nurses. *J Adv Nurs*. 1997 Sep;26(3):475-82.

Kelly B. Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *J Adv Nurs*. 1998 Nov;28(5):1134-45.

Ketefian S. The relationship of education and moral reasoning to ethical practice: a meta-analysis of quantitative studies. *Sch Inq Nurs Pract*. 2001 Spring;15(1):3-18.

Kohlberg L. (1981). *Essays on moral development: Vol 1. The philosophy of moral development: Moral stages and the idea of justice*. San Francisco: Harper & Row.

Kohlberg L. (1984). *Essays on moral development: Vol 2. The philosophy of moral development*. San Francisco: Harper & Row.

Krawczyk RM. Teaching ethics: effect on moral development. *Nurs Ethics*. 1997 Jan;4(1):57-65.

Landeen J, Byrne C, Brown B. Exploring the lived experiences of psychiatric nursing students through self-reflective journals. *J Adv Nurs*. 1995 May;21(5):878-85.

Leino-Kilpi H. The need to research the teaching of ethics and the outcomes of such teaching. *Nurs Ethics*. 2001 Jul;8(4):297-8.

Lemonidou C, Papathanassoglou E, Giannakopoulou M, Patiraki E, Papadatou D. Moral professional personhood: ethical reflections during initial clinical encounters in nursing education. *Nurs Ethics*. 2004 Mar;11(2):122-37.

Mustapha SL, Seybert JA. Moral reasoning in college students: implications for nursing education. *J Nurs Educ*. 1989 Mar;28(3):107-11.

Numminen OH, Leino-Kilpi H, Van der Arend A, Katajisto J. Nursing students and teaching of codes of ethics: an empirical research study. *nt Nurs Rev*. 2009 Dec;56(4):483-90.

Rest JR. (1986). *Moral development: advances in research and theory*. New York: Praeger.

Rest JR. (1994). *Background: theory and research*. In Rest JR & Narvaez D, *Moral Development in the professions*. (pp.1-26). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Rest JR, Narvaez D. (1994). *Moral Development in the professions*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Sadala MLA. Taking care as a relationship: a phenomenological view. *J Adv Nurs*. 1999 Oct;30(4):808-17.

Satterwhite RC, Satterwhite WM 3rd, Enarson C. An ethical paradox: the effect of unethical conduct on medical students' values. *J Med Ethics*. 2000 Dec;26(6):462-5.

Schlaefli A, Rest J, Thoma S. Does moral education improve moral judgment? A meta-analysis of intervention studies using the Defining Issues Test. *Review of Educational Research*. 1985;55 (3)319-352.

Sivberg B. Self-perception and value system as possible predictors of stress. *Nurs Ethics*. 1998 Mar;5(2):103-21.

Yong V. 'Doing clinical': the lived experience of nursing students. *Contemp Nurse*. 1996 Jun;5(2):73-9.



La Commissione Libera Professione del Collegio IPASVI di Bologna incontra gli Iscritti

Dopo le elezioni, il Consiglio Direttivo ha dato l'avvio ai lavori delle Commissioni, così come descritto nell'articolo di approfondimento a pagina 6 di questa Rivista.

In questa ottica, la commissione Libera Professione, ha cercato, fin da subito, di approfondire le nuove e crescenti criticità riscontrate dagli Infermieri Libero Professionisti.

Al fine di sviluppare al meglio le opportunità di confronto e dialogo con i liberi professionisti, con l'obiettivo di analizzare ed individuare le azioni per aumentare le prospettive di sviluppo formativo e professionale, la Commissione ha deciso di istituire, in via sperimentale, uno Sportello d'Ascolto per incontrare gli Iscritti, per conoscere ed accogliere le problematiche riscontrate e cercare insieme i percorsi migliori per affrontarle.

Lo Sportello sarà aperto nei seguenti giorni:
Mercoledì 25 Marzo dalle 15 alle 17
Mercoledì 22 Aprile dalle 15 alle 17
presso la sede del Collegio IPASVI
in via Zaccherini Alvisi 15/b - BOLOGNA

E' possibile comunque, in ogni momento, richiedere un appuntamento alla Segreteria del Collegio:
tel. 051.393840,
e-mail: info@ipasvibo.it
PEC: bologna@ipasvi.legalmail.it
(Orario ufficio: lunedì-mercoledì ore 9-12, martedì-giovedì-venerdì ore 14-17)

I Componenti della Commissione Libera Professione:
Dott. William Accetti
Dott.ssa Simonetta Giarrusso
Dott.ssa Ada Lelli



dott.ssa Michela Mazzetti
Dipartimento di Medicina
Specialistica,
Diagnostica e Sperimentale,
Scuola di Medicina e
Chirurgia dell'Università
di Bologna



Giulia Patrignani
CdL in
Infermieristica,
Scuola di Medicina
e Chirurgia
dell'Università di
Bologna



Serena Di Campi
CdL in
Infermieristica,
Scuola di Medicina
e Chirurgia
dell'Università di
Bologna

La risposta agli **stimoli emozionali**, la prima impressione e la presa in carico: sfide quotidiane al personale infermieristico e alle organizzazioni sanitarie

PRESENTAZIONE GENERALE DELLA RICERCA

A cosa servono le emozioni? In base a cosa formiamo le nostre impressioni sulle persone che incontriamo quotidianamente? Il nostro comportamento può venire influenzato dagli stimoli emozionali?

La ricerca psicologica cerca da sempre di dare risposta a questi quesiti, fornendoci una base teorica per la comprensione dei nostri comportamenti e dello stretto legame tra elaborazione emozionale, benessere psicologico, gestione delle relazioni. In particolare, possiamo affermare che ciascun individuo elabora costantemente gli stimoli quotidiani in termini di piacevolezza/spiacevolezza e di attivazione percepita (Lang et al, 1997; 2008; Lang & Bradley, 2013), così da mettere in atto appropriate condotte di avvicinamento allo stimolo [se piacevole e dunque funzionale alla sopravvivenza, in quanto connesso a bisogni di base (cibo, riproduzione...) o connessi ad attività ludiche e sociali (divertimento, accudimento, affiliazione...)] o di allontanamento da esso [se spiacevole e dunque potenzialmente pericoloso per la sopravvivenza (incidenti, catastrofi naturali, aggressioni, ferite, corpi mutilati...)].

Sappiamo inoltre che le emozioni sono un potente mediatore del comportamento sociale: in funzione delle caratteristiche percepite (in pochi secondi) in termini di affidabilità e piacevolezza di un volto, tendiamo ad attribuire caratteristiche positive all'interlocutore e a mettere in atto condotte di avvicinamento e approccio, che tendiamo a evitare quando invece giudichiamo un volto maggiormente inaffidabile e/o spiacevole (Todorov et al., 2008; Mattarozzi et al., 2014).

Gli infermieri (come altri operatori sanitari, ma forse con maggior continuità, per lo specifico ruolo ricoperto) sono quotidianamente a contatto con stimoli emozionali ad alto grado di spiacevolezza e attivazione (persone malate, ferite, che hanno subito incidenti); tali stimoli non solo non possono essere evitati mediante quella che sarebbe, da un punto di vista evolutivo, l'appropriata risposta di allontanamento e di auto-protezione, ma, al contrario, devono essere gestiti dal personale infermieristico con la massima efficienza. Inoltre, nella pratica sanitaria ci si deve relazionare con pazienti di ogni tipo, aspetto, condizione; il

Le emozioni sono un potente mediatore del comportamento sociale

pregiudizio che si forma sulla base di queste caratteristiche percettive (pregiudizio che riguarda anche gli infermieri, in quanto persone, nonostante siano pochissimi i professionisti che si rendono conto di queste attribuzioni inconsapevoli e della loro influenza sul comportamento) deve essere costantemente superato, per consentire la corretta presa in carico di tutta l'utenza.

In considerazione di tali premesse, con la collaborazione e l'approvazione del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Bologna e data comunicazione al Comitato Etico d'Ateneo, è stata pianificata una ricerca sperimentale con i seguenti obiettivi: 1. Indagare la risposta emozionale che futuri infermieri e operatori professionisti forniscono a stimoli emozionali visivi di natura spiacevole, tipici della loro professione di aiuto. In particolare, lo scopo del progetto era quello di valutare se subentrano nel tempo, grazie alla

pratica, l'abitudine allo stimolo negativo, necessaria ad erogare una buona pratica clinica e assistenziale e ad evitare un eccessivo coinvolgimento emotivo, o se invece gli stimoli piacevoli mantengano immutata la loro carica stressante; 2. Analizzare come la personalità e la formazione professionale possano modulare la prima impressione che si forma sulla base delle caratteristiche percettive di un volto visto per poco secondi, andando a modificare, nella popolazione degli infermieri e dei futuri professionisti, la propensione alla presa in carico assistenziale.

Agli esseri umani bastano pochi secondi per la formazione della "prima impressione", con significative ricadute sul comportamento relazionale. Possiamo imparare a gestirne gli effetti in ambito infermieristico?



A ciascun partecipante è stato chiesto di 1. osservare e descrivere le reazioni emozionali suscitate da stimoli visivi piacevoli, spiacevoli e neutri (tratti dall'International Affective Picture System, IAPS, Lang et al., 2008), un catalogo di immagini per la ricerca sulle emozioni dell'Università della Florida), presentati ciascuno per 6 secondi; 2. osservare e descrivere le reazioni emozionali e i comportamenti di approccio/evitamento suscitati da immagini di volti ad alta, media e bassa affidabilità percepita (tratti dal catalogo del Karolinska Institute di Stoccolma, Lundqvist et al., 1998), presentati ciascuno per 6 secondi; 3. compilare una batteria

di questionari per l'indagine dei tratti di personalità, delle modalità di reazione allo stress e del livello di benessere psicofisico.

RISULTATI PRINCIPALI E CONCLUSIONI: IMPLICAZIONI PER LA FORMAZIONE

Il progetto è tuttora in corso, ma una prima raccolta dati ha portato alla stesura di due tesi di laurea in Infermieristica, i cui risultati principali verranno delineati nelle pagine che seguono.



La gestione di stimoli altamente piacevoli è la costante della pratica infermieristica. Quali sono i costi in termini di benessere psicofisico?

Monitorare e promuovere le competenze emozionali dell'équipe sono le sfide delle nuove organizzazioni per consentire un incremento del benessere psicologico degli operatori e della presa in carico dei pazienti



Sinteticamente, i dati raccolti ci permettono di sostenere che l'impatto emozionale negativo di stimoli spiacevoli non perde, nella popolazione infermieristica, la propria intrinseca carica stressante, né in termini di predisposizione individuale, né in termini di effetti della pratica: gli studenti di infermieristica forniscono risposte emozionali del tutto sovrapponibili a quelle della popolazione generale e non emerge in loro una "protezione individuale" in grado di limitare l'impatto degli stimoli negativi, sulla base delle motivazioni e dei tratti di personalità; i professionisti iscritti alla laurea magistrale, d'altro canto, mostrano non solo che la pratica non porta automaticamente a una riduzione dell'impatto negativo degli stimoli spiacevoli, ma anche che la forzata gestione di tali stimoli produce un aumento del malessere individuale e l'emergere di meccanismi difensivi di chiusura emozionale.

Relativamente all'effetto della prima impressione, i risultati hanno confermato come i partecipanti, in linea con quanto accade nella popolazione generale, siano soggetti a pregiudizi derivanti dalla "prima impressione", formata sulla base delle caratteristiche di un volto visto per pochi secondi. Tali pregiudizi si sono mostrati correlati alla propensione alla presa in cari-

co, mostrando come non solo gli studenti del primo anno, ma anche quelli iscritti alla magistrale si dichiarino maggiormente in difficoltà nel gestire il contatto fisico e l'assistenza infermieristica nei confronti di soggetti percepiti come inaffidabili/spiacevoli.

Nel complesso, i risultati emersi chiamano ad agire i diversi professionisti coinvolti nella gestione sanitaria (infermieri, medici, psicologi, docenti, coordinatori, dirigenti...), in un approccio il più possibile multidisciplinare ed integrato, nel rispetto delle specifiche competenze e delle differenti finalità convergenti. I possibili livelli di intervento riguardano la formazione dei futuri operatori, la formazione permanente dei professionisti, la gestione dell'equipe sanitaria e il miglioramento della presa in carico, con interventi mirati ad approfondire, nei diversi operatori, la capacità di riconoscere, esprimere e regolare le proprie emozioni e la consapevolezza della stretta relazione tra elaborazione delle emozioni, benessere individuale e efficacia della presa in carico.

A tal fine, uno strumento indispensabile sembra essere la pianificazione e la messa in atto di progetti di ricerca interdisciplinari, con la diretta partecipazione di infermieri impegnati sul campo e in grado di gestire in prima persona la raccolta e l'analisi dei dati.

Giulia Patrignani

1. Reattività emozionale a stimoli spiacevoli negli infermieri e negli studenti di infermieristica: gli effetti degli stimoli negativi sul benessere individuale.

RIASSUNTO

Introduzione: Lo scopo di questo lavoro era quello di indagare la modalità con cui gli infermieri gestiscono l'esposizione cronica a stimoli emozionali di natura spiacevole, tipici della loro professione di aiuto. In particolare, subentra nel tempo, grazie alla pratica, l'abituazione allo stimolo negativo, necessaria ad erogare una buona pratica clinica e assistenziale e ad evitare un eccessivo coinvolgimento emotivo o gli stimoli spiacevoli mantengono immutata nel tempo la loro carica altamente stressante?

Materiali e Metodi: Presso l'Università Alma Mater Studiorum di Bologna sono stati coinvolti 161 studenti del primo anno del corso di Laurea in Infermieristica e 19 studenti del corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche, con esperienza professionale. Svolto in forma anonima, lo studio (che si è svolto da marzo a settembre 2014) prevedeva la valutazione dell'impatto emozionale (in termini di piacevolezza e attivazione percepita) di stimoli visivi a contenuto piacevole (Cibo e Sport ad alta attivazione), neutro (Paesaggi urbani e Scene di persone nella vita quotidiana) e spiacevole (Incidenti e Mutilazioni) e la successiva compilazione di questionari standardizzati per l'indagine di specifici tratti di personalità.

Risultati e Conclusioni: Dalle analisi statistiche effettuate risulta che in entrambi i gruppi le categorie di immagini di Cibo e Sport ottengono la massima valutazione positiva per piacevolezza, mentre Incidenti e Mutilazioni ricevono le valutazioni di massima spiacevolezza, come accade nella popolazione generale. Per quanto riguarda invece l'attivazione, le categorie di Sport e Mutilazioni ricevono il massimo grado di attivazione. Possiamo quindi affermare che l'impatto emozionale negativo di stimoli spiacevoli non perde, nella popolazione infermieristica, la propria intrinseca carica stressante. Tale indicazione è rafforzata dal fatto che nel gruppo di Laurea Magistrale emerge una correlazione positiva tra giudizi forniti alle immagini negative e disagio psicologico: i soggetti che giudicano meno spiacevoli le immagini di Incidenti e Mutilazioni (indicando l'instaurarsi di una parziale forma di abituazione, in funzione della pratica), tendono al contempo a mostrare punteggi maggiori nelle scale che indicano stress soggettivo.

Parole chiave: emozioni, piacevolezza, attivazione, coinvolgimento emotivo.

INTRODUZIONE

Il lavoro qui presentato fa parte di un progetto di ricerca più ampio, mirato ad analizzare come fattori individuali (quali personalità, ansia, affettività, aggressività, empatia..) e fattori culturali (legati alla specifica formazione universitaria e lavorativa) siano in grado di modulare la valutazione soggettiva a stimoli visivi con contenuto piacevole, spiacevole e neutro raffiguranti scenari connessi alla pratica assistenziale (come immagini di ferite aperte, mutilazioni, incidenti). La letteratura psicologica (Cacioppo & Berntson, 1994; Frijda, 1986) si interroga da sempre sulle definizioni e sulla funzione delle emozioni; con particolare riferimento al Modello Dimensionale di Lang e collaboratori (Lang et al., 1997; Lang & Bradley, 2013), possiamo definire le risposte che ciascun individuo fornisce a stimoli emozionali sulla base di due dimensioni: 1. valenza (o piacevolezza) dello stimolo in sé; 2. arousal (o attivazione fisiologica), ovvero grado di intensità con cui lo stimolo suscita nel soggetto eccitazione (positiva o negativa che sia). Sulla base di tali percezioni, ognuno di noi predispone l'esecuzione di piani d'azione di approccio (comportamento appetitivo), se lo stimolo è riconosciuto come piacevole e favorevole alla sopravvivenza, o di evitamento (comportamento aversivo), se lo stimolo è riconosciuto come spiacevole o come una minaccia.

Nella pratica infermieristica, gli operatori sono di fatto chiamati ad operare condotte di approccio (e di presa in carico) verso stimoli che, nella normale vita quotidiana, susciterebbero invece condotte di allontanamento, con un conseguente carico stressogeno che perdura nel tempo. Quali sono le conseguenze di questa continua esposizione a stimoli spiacevoli? È possibile mettere in atto dei meccanismi per ridurre l'impatto della stimolazione negativa?

Per dare risposta a questo interrogativo, la ricerca ha indagato come due gruppi di soggetti, gli studenti di Laurea Triennale Infermieristica, senza alcuna esperienza sul campo, e gli studenti di Laurea Magistrale, già infermieri, hanno risposto a stimoli a diverso contenuto emotivo, tratti dal catalogo di immagini standardizzate IAPS (International Affective Pictures System; Lang, Bradley & Cuthbert, 2008), al fine di dimostrare se "l'anzianità di servizio" e, quindi, l'esposizione cronica a sollecitazioni di natura stressante possono portare alla modulazione dell'esperienza emozionale. Nel corso dell'elaborato, andremo perciò ad analizzare se le risposte soggettive a questi stimoli specifici differenziano il secondo gruppo (infermieri "con esperienza") dal primo (studenti "in corso di formazione"), testimoniando, in caso di risposta diminuita, un'abituazione o, in caso di risposta aumentata, una sensibilizzazione agli eventi di natura negativa.

Sulla base di quanto specificato nel paragrafo precedente, lo scopo di questo studio era dunque valutare se negli studenti di Laurea Triennale Infermieristica (in

corso di formazione), ma soprattutto in quelli di Laurea Magistrale (già infermieri laureati), una peculiare categoria di stimoli negativi, in questo caso le immagini di *mutilazioni*, possa essere percepita e valutata in modo meno spiacevole, rispetto alla popolazione comune, sulla base delle motivazioni e delle caratteristiche individuali (propensione alla presa in carico, tendenza all'empatia...) e del percorso formativo (anzianità di servizio).

MATERIALI E METODI

Partecipanti

Il primo gruppo è rappresentato da 161 studenti di Laurea Triennale Infermieristica (1° anno), di cui 127 femmine e 34 maschi di età compresa tra i 19 e i 52 anni (età media = 20.83 ± 4.53);

Il secondo gruppo comprende 19 studenti di Laurea Magistrale, di cui 18 femmine e 1 maschio di età compresa tra i 22 e i 50 anni (età media = 30.79 ± 6.42).

Materiali

La presentazione degli stimoli è avvenuta in un'aula universitaria in cui gli studenti si sono posizionati davanti ad uno schermo su cui sono state proiettate le immagini. Agli studenti è stato distribuito del materiale cartaceo contenente il consenso informato, la scheda anagrafica e le apposite scale valutative.

Per la presentazione sono stati utilizzati 48 stimoli IAPS (Lang, Bradley & Cuthbert, 2008), di cui 16 erano a valenza piacevole [8 immagini di cibo (CIBO) e 8 immagini a contenuto sportivo (SPORT)], 16 a valenza neutra [8 paesaggi urbani (URB) e 8 scene con persone (PERS)] e 16 a valenza spiacevole [8 immagini di catastrofi/incidenti (INC) e 8 immagini di mutilazioni/autopsie (MUT)].

Ogni stimolo veniva presentato per 6 secondi e subito dopo la presentazione ogni partecipante doveva annotare sul foglio di risposta il grado di piacevolezza (da 1 a 9) e di attivazione (da 1 a 9) suscitate dalla visione.

Infine sono stati distribuiti specifici questionari standardizzati per la rilevazione di tratti individuali, quali personalità (Big Five Questionnaire, BFQ, Caprara *et al.* 1993), ansia di stato e di tratto (State-Trait Anxiety Inventory, STAI-S e STAI-T, Spielberger *et al.*, 1983), affettività positiva e negativa (Positive Affect and Negative Affect Scales, PANAS, Terracciano *et al.* 2003), aggressività (Aggression Questionnaire, A-Q, Buss & Perry 1992), fobia sociale (Social Phobia Scale, SPS, Mattick & Clarke 1998), empatia (Interpersonal Reactivity Index, IRI, Davis 1980).

ANALISI DEI DATI E RISULTATI

Partendo dal presupposto che per tutte le correlazioni $p < .05$, per prima cosa, è stata effettuata un'analisi multivariata della varianza (MANOVA) sulle variabili dipendenti PIACEVOLEZZA (valenza degli stimoli) e ATTIVAZIONE (arousal causato dagli stimoli), pren-

dendo in considerazione il *fattore between* gruppo, ovvero studenti di Laurea Triennale Infermieristica vs studenti di Laurea Magistrale, e il *fattore within* categorie, ovvero le sei categorie di stimoli IAPS presentati (cibo, sport, scene urbane, persone, incidenti e mutilazioni). Il livello minimo di significatività per ciascun effetto principale o interazione era sempre $p < .05$.

Dalla MANOVA emerge un FATTORE GRUPPO non significativo ($F_{(2, 172)} = 1.578$; $p = .209$), un FATTORE CATEGORIA significativo ($F_{(10, 1730)} = 205.005$; $p < .001$), un effetto INTERAZIONE GRUPPO x CATEGORIA tendente alla significatività ($F_{(10, 1730)} = 1.762$; $p = .063$).

L'ANOVA condotta sulla variabile PIACEVOLEZZA mette in evidenza un FATTORE GRUPPO non significativo ($F_{(1, 173)} = .429$; $p = .513$), un FATTORE CATEGORIA significativo ($F_{(5, 865)} = 216.000$; $p < .001$), un effetto INTERAZIONE GRUPPO x CATEGORIA significativa ($F_{(5, 865)} = 2.559$; $p = .026$).

L'ANOVA condotta sulla variabile ATTIVAZIONE mette in evidenza un FATTORE GRUPPO tendente alla significatività ($F_{(1, 173)} = 3.173$; $p = .077$), un FATTORE CATEGORIA significativo ($F_{(5, 865)} = 174.278$; $p < .001$), una INTERAZIONE GRUPPO x CATEGORIA non significativa ($F_{(5, 865)} = 1.124$; $p = .346$).

Per ciò che riguarda l'effetto PRINCIPALE CATEGORIA, sia per la PIACEVOLEZZA sia per l'ATTIVAZIONE i risultati sono sostanzialmente in linea con i dati normativi della letteratura:

- per la PIACEVOLEZZA (Grafico 1), le categorie CIBO e SPORT ottengono la massima valutazione, significativamente più alta rispetto alle categorie neutre SCENE URBANE e SCENE CON PERSONE, che a loro volta ottengono valutazioni maggiori rispetto alle categorie INCIDENTI (dalle quali non differiscono significativamente) e MUTILAZIONI (che invece mostrano valutazioni significativamente minori rispetto a tutte le altre categorie);
- per l'ATTIVAZIONE (Grafico 2), le due categorie a massimo arousal (SPORT e MUTILAZIONI) ottengono punteggi tra loro comparabili e significativamente maggiori rispetto a tutte le altre categorie; a livello intermedio si pongono le categorie con arousal medio-alto (CIBO e INCIDENTI), mentre le categorie neutre SCENE URBANE e SCENE CON PERSONE ottengono i punteggi minori.

I due gruppi, come si vede nel GRAFICO 1, rispondono alle mutilazioni in modo comparabile. È stato, pertanto, rilevato dall'analisi che *non c'è alcun tipo di modulazione* gruppo per categoria. L'effetto interazione, ovvero l'effetto che nasce quando due o più fattori (in questo caso due: gruppo-Magistrale e categoria-mutilazioni) interagiscono, non risulta statisticamente significativo, come anche l'effetto between gruppo: non si riscontrano dunque differenze apprezzabili tra le risposte dei due gruppi. Risulta significativo il solo effetto principale categoriale per tutte e due le variabili dipendenti, mostrando che il nostro cam-

Grafico 1. Grado di valenza (piacevolezza-spiacevolezza) attribuita alle diverse categorie di stimoli per i due gruppi di studenti.

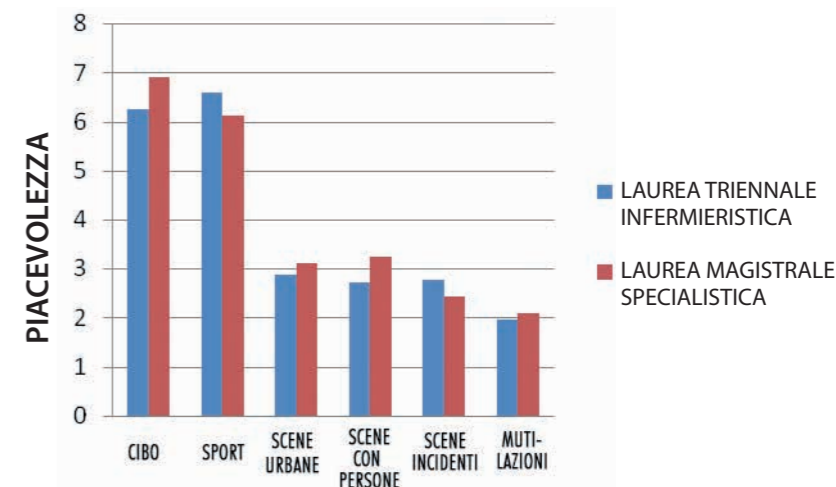
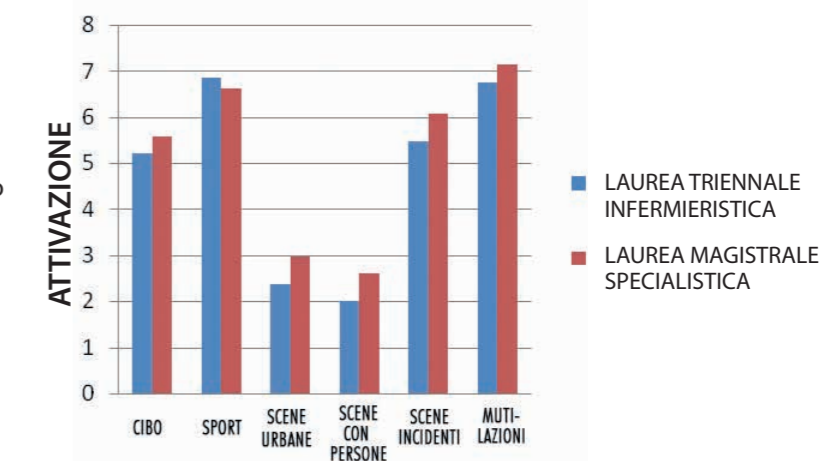


Grafico 2. Grado di attivazione/arousal (molto attivato-poco attivato) attribuito alle diverse categorie di stimoli per i due gruppi di studenti.



pione si comporta come la popolazione generale. Successivamente, in ciascun gruppo i punteggi relativi a ciascuna sottoscala dei questionari sono stati correlati mediante l'indice di Correlazione di Pearson (r) alle valutazioni effettuate per ciascuna categoria emozionale, per appurare l'esistenza di una relazione tra caratteristiche individuali e reattività emozionale. Nel gruppo Primo Anno, le correlazioni hanno mostrato che tanto più un soggetto ha punteggi alti nelle scale di Aggressività, tanto più valuterà le categorie incidenti e mutilazioni meno spiacevoli, mentre chi mostra alti livelli di Empatia e di Stress Personale tenderà a dare giudizi maggiormente negativi di fronte a questi stessi stimoli, mostrando quindi una relazione significativa tra tratti individuali e capacità di elaborare gli stimoli emozionali.

Per ciò che riguarda il gruppo della Laurea Magistrale, emergono dati ancora più interessanti: più un soggetto valuta come meno spiacevoli immagini raffiguranti incidenti e soprattutto mutilazioni (forse per l'effetto del contatto quotidiano ineliminabile con tale stimoli?), e più i suoi punteggi di empatia tendono ad aumentare, ma parallelamente aumentano anche i livelli di stress soggettivo e di ansia sociale.

CONCLUSIONI

Prima di discutere i risultati ottenuti e le loro implicazioni teoriche e applicative, sono necessarie alcune premesse. In primo luogo, è importante sottolineare che i risultati delle analisi condotte non si discostano dai dati della letteratura di riferimento (si veda, in particolare, il lavoro di Lang *et al.*, 1997, 2008; Lang & Bradley, 2013). Tuttavia, la ricerca, allo stato attuale, presenta un punto di debolezza, rappresentato dalla scarsa numerosità del campione di studenti di Laurea Magistrale. Pertanto, sarà necessario continuare la raccolta dati per confermare la rappresentatività dei risultati ottenuti da questa prima ricerca pilota.

Fatte queste doverose premesse, possiamo affermare che i nostri dati non indicano una abitudine emozionale agli stimoli negativi connessi alla pratica infermieristica. Tali stimoli, anche in questa categoria di lavoratori, gli infermieri, vengono valutati come pericolosi e pertanto non conformi con la sopravvivenza umana, stimolando, in sé, comportamenti di *evitamento*. Tuttavia, per quel che riguarda l'effetto della personalità sulla valutazione degli stimoli emozionali, la nostra ricerca ha fatto emergere un risultato con interessanti applicazioni assistenziali: si è visto infatti che i soggetti

che tendono a valutare come meno negative le immagini di incidenti e mutilazioni, tendono al contempo ad attribuirsi maggiori livelli di *empatia* (capacità di sentire ciò che sentono gli altri), ma anche di *personal distress* (sofferenza personale nel vedere e nell'assistere al disagio altrui) e *fobia sociale* (ansia di fronte a situazioni ad alto coinvolgimento relazionale).

Questo risultato apparentemente paradossale può essere interpretato ipotizzando che sia d'obbligo, per il personale infermieristico, imparare a contrastare le tendenze all'evitamento suggerite, in maniera innata, dagli stimoli di natura spiacevole. Tali stimoli infatti non possono essere evitati (come per chiunque altro individuo), ma, al contrario, per il professionista infermiere devono essere oggetto d'approccio e presa in carico. Pertanto possiamo ipotizzare che contemporaneamente al tentativo di sviluppare un'abitudine, almeno parziale, alla negatività dello stimolo (valutando le immagini negative come meno spiacevoli), si instauri una crescita del malessere e dell'inquietudine personale. A seguito dei risultati ricavati dalla nostra ricerca si potrebbe ipotizzare che il "soccorritore" deve a sua volta "essere soccorso", consentendogli di apprendere i meccanismi di regolazione emozionale che consentano di raggiungere e mantenere la più alta salute psicofisica (Matarazzo & Zammuner, 2009). Il lavoro infermieristico, infatti, è fatto di sfide alle quali non ci si può sottrarre, ma a cui bisogna invece trovare soluzione. Secondo i risultati ricavati dal nostro studio è evidente quanto le situazioni stressanti della pratica assistenziale influiscano sul benessere psicologico del lavoratore, compromettendo spesso l'erogazione di una corretta assistenza ai cittadini/utenti. Alla luce della definizione dell'OMS, si guarda alla "salute" non più come semplice assenza di malattia, ma come processo di miglioramento del benessere fisico e psicologico. Con il termine di "salute organizzativa" (Avallone & Paplomatas, 2005) ci si riferisce alla capacità di un'organizzazione, come può essere quella ospedaliera, non solo di essere efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico, alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora. La salute dei pazienti/utenti dei servizi ospedalieri è infatti strettamente legata alla salute dei loro operatori e allo stesso modo la qualità delle prestazioni erogate è legata alla qualità della vita lavorativa degli erogatori. Quando si verificano condizioni di scarso benessere organizzativo si determinano, sul piano concreto, fenomeni quali diminuzione della produttività, assenteismo, bassi livelli di motivazione, stress e burn out, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza di impegno, aumento dei reclami da parte del cliente/utente. Questi e altri indicatori di malessere rappresentano il riflesso dello stato di disagio psicologico di chi vi lavora. L'organizzazione

deve infatti essere orientata verso i bisogni e le richieste della cittadinanza, ma capace al tempo stesso di coinvolgere i propri lavoratori nelle sfide che si appresta ad affrontare, investendo sulle risorse umane, fornendo loro le competenze necessarie per svolgere adeguatamente i propri compiti, valorizzandone le attitudini. È infatti necessario che le persone operanti nei servizi sanitari abbiano competenze variegate, ma occorre anche che siano motivate e dimostrino consapevolezza della centralità del proprio lavoro.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Detto ciò risulta evidente quanto le seguenti azioni risultino determinanti nel mantenere una corretta SALUTE del sistema ospedaliero:

- Intervenire in maniera diretta sulla *formazione di base* degli studenti al fine di educare fin da subito alle strategie più opportune per arginare gli ostacoli, sviluppare le capacità comunicative, relazionali ed assertive.
- Valutare il rischio *stress lavoro-correlato* del personale. Ciò potrebbe essere reso possibile, ad esempio, dall'analisi, come detto sopra, della numerosità e della frequenza degli eventi sintomo di malessere personale (assenteismo, infortuni, reclami), ma anche da un'analisi più approfondita rispetto al personale stato di salute psico-sociale del singolo lavoratore tramite, ad esempio, una somministrazione periodica di questionari per la rilevazione di tratti individuali, come quelli da noi utilizzati in questo studio.
- Favorire il lavoro in *equipe multidisciplinari* e indagare come le diverse figure lavorano in gruppo e interagiscono tra loro condividendo obiettivi e stimolando il supporto pratico. Solo così si possono evidenziare tempestivamente delle problematiche nella catena di aiuti reciproci e si possono suddividere le responsabilità tra diversi attori di prestazioni. Nel caso in cui questo processo risulti disfunzionale, potrebbe essere stimolante sviluppare nuove modalità di interazione, lavoro e scambio.
- Valorizzare le risorse umane stimolando la *formazione continua*. Quest'ultima risulta fondamentale per permettere al singolo di rafforzare l'identità personale e di acquisire un atteggiamento sempre più preparato ai cambiamenti e alla sfide proposte, incrementando l'autostima e il senso di autoefficacia, nonché la presa di consapevolezza delle proprie potenzialità.
- Promuovere momenti di *confronto tra pari*, eventualmente con la supervisione di un counselor, al fine di trovare un luogo di ascolto e di supporto rispetto alle possibili forme di disagio personale, come dubbi sulle proprie capacità di fronteggiare una situazione stressante, difficoltà di entrare in relazione con colleghi o pazienti, manifestazioni di ansia eccessiva e vissuti emotivi di malessere.



Serena Di Campi

2. Volti affidabili e inaffidabili: gli effetti della prima impressione sulla presa in carico infermieristica

RIASSUNTO

Introduzione: Il lavoro qui presentato descrive un'indagine sperimentale che analizza come fattori individuali e culturali legati alla "prima impressione" possano andare a modificare, nella popolazione degli infermieri, la propensione alla presa in carico assistenziale. **Materiali e Metodi:** Presso l'Università Alma Mater Studiorum di Bologna sono stati coinvolti 161 studenti del primo anno del corso di Laurea in Infermieristica e 18 studenti del corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche. Svolto in forma anonima, lo studio (che si è svolto da marzo a settembre 2014) prevedeva la valutazione della propensione alla presa in carico di volti percepiti come affidabili, neutri e inaffidabili e la compilazione di questionari standardizzati per l'indagine di specifici tratti di personalità.

Risultati e Conclusioni: I risultati hanno confermato come i partecipanti, in linea con quanto accade nella popolazione generale, siano soggetti a pregiudizi derivanti dalla "prima impressione", formata sulla base delle caratteristiche di un volto visto per pochi secondi. Tali pregiudizi possono influenzare in varia misura il comportamento di presa in carico assistenziale e la relazione d'aiuto.

INTRODUZIONE

Lo studio qui descritto ha lo scopo di indagare se ed in che misura la propensione alla presa in carico assistenziale da parte dell'infermiere sia influenzata dalle caratteristiche di affidabilità percepite dal volto dei pazienti. La formulazione di bias o pregiudizi derivanti dalla "prima impressione", infatti, risulta un meccanismo diffuso nella popolazione generale. Todorov e collaboratori (Todorov et al., 2008; Matarozzi et al., 2014) hanno infatti dimostrato come i nostri comportamenti di approccio ed evitamento sociale siano influenzati da alcune variabili fisiognomiche, come avviene in particolare per il grado di affidabilità percepita di un volto; possiamo ipotizzare che tale meccanismo automatico e generale si possa rintracciare anche nel professionista infermiere, con la differenza che in questo particolare caso una mancanza di consapevolezza e capacità di modulare tali giudizi rischia di alterare o compromettere l'assistenza erogata e la relazione d'aiuto, a scapito del benessere del paziente, del benessere psicofisico del professionista e, più in generale, del livello di qualità delle cure erogate. Sulla base di queste premesse, lo studio qui presentato ha indagato l'effetto della prima impressione sulla risposta emozionale e sulla propensione alla presa in carico di un gruppo di studenti infermieri e di infermieri professionisti, valutando inoltre l'eventuale effetto di modulazione delle caratteristiche individuali (come personalità, livello di ansia, empatia).

MATERIALI E METODI

Partecipanti

Il campione analizzato ha compreso un totale di 188 studenti dell'Università di Bologna (AA 2013/2014), dei quali un gruppo di 169 persone frequentanti il primo anno del Corso di Laurea in Infermieristica e uno di 19 iscritti al Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (rispettivamente definiti per convenzione gruppo I Anno e Magistrale). Tali gruppi di partecipanti sono stati scelti con l'intento di indagare se i soggetti del gruppo Magistrale siano maggiormente in grado di modellare i pregiudizi, rispetto invece ai soggetti del gruppo I anno, in funzione dell'esperienza professionale.

Materiali

La presentazione degli stimoli è avvenuta in un'aula universitaria in cui gli studenti si sono posizionati davanti ad uno schermo su cui sono state proiettate le immagini dei volti. Agli studenti è stato distribuito del materiale cartaceo contenente il consenso informato, la scheda anagrafica e le apposite scale valutative. Sono stati quindi presentati 18 immagini di volti selezionate dal database dei ricercatori del Karolinska Institute di Stoccolma (Lundqvist *et al.* 1998), ognuna delle quali con un grado di affidabilità (alta, media o bassa) stabilito dagli studiosi stessi mediante test preliminari. Per ognuno di questi livelli sono stati proposti 3 volti femminili e 3 maschili. Ogni volto veniva mostrato singolarmente per soli 6 secondi, e dopo ciascuna immagine ogni soggetto individualmente valutava in scala numerica 1-9 (minimo-massimo grado) quanto facilmente avrebbe intrapreso con quella persona una conversazione (CONV) e quanto avrebbe assunto nei suoi confronti un atteggiamento di contatto fisico legato a manovre infermieristiche (INF) e non infermieristiche (NINF), come ad esempio stringere la mano, mettere una mano sulla spalla...). Lo scopo di questa sessione, supponendo che il soggetto dell'immagine fosse un plausibile paziente, era quello di rilevare eventuali pregiudizi legati al genere e all'affidabilità percepita di quel volto.

Per la seconda sessione sperimentale sono stati utilizzati questionari standardizzati, compilati singolarmente dai partecipanti, per rintracciare tratti individuali specifici dei soggetti sperimentali con lo scopo di capire se e come questi influiscano (positivamente o negativamente) sulla loro predisposizione ad assumere comportamenti assistenziali. Tali questionari indagavano personalità (BFQ, Caprara *et al.* 1993), ansia sociale (STAI-S e STAI-T, Spielberger *et al.*, 1983), affettività positiva e negativa (PANAS, Terracciano *et al.* 2003), aggressività (A-Q, Buss & Perry 1992), fobia sociale (SPS, Mattick & Clarke 1998), empatia (IRI, Davis 1980).

ANALISI DEI DATI E RISULTATI

Tra tutti i partecipanti allo studio si è selezionato il campione definitivo relativo ai gruppi I Anno e Magi-

strale, rispettivamente di 161 e 18 studenti, che hanno fornito con completezza i dati relativi ad entrambe le sessioni.

Partendo dal presupposto che per tutte le correlazioni $p < .05$, per prima cosa, è stata condotta una MANOVA (Multivariate ANalysis Of VAriance) sulle tre variabili dipendenti Conversazione (CONV), Comportamento Infermieristico (INF) e Comportamento Non Infermieristico (NINF) mettendo a fattore il fattore between GRUPPO (I anno vs. Magistrale) e i fattori within livello di AFFIDABILITÀ del volto (alta vs. intermedia vs. bassa) e GENERE del volto (maschile vs. femminile). Il livello minimo di significatività per ciascun effetto principale o interazione era sempre $p < .05$.

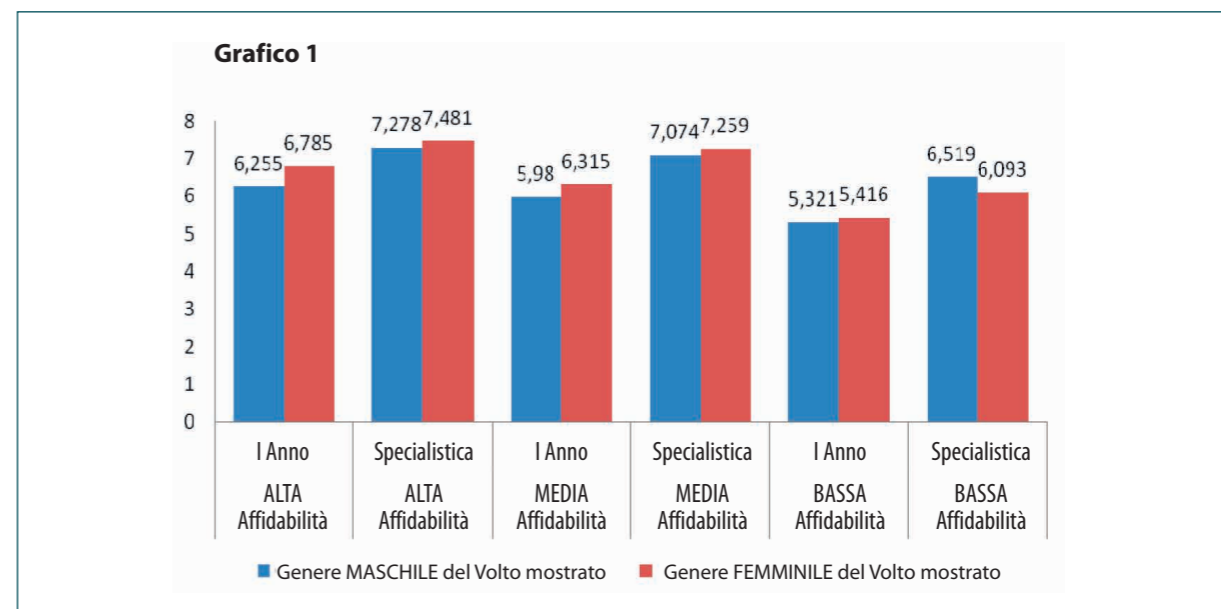
Dalla MANOVA emergono un fattore Gruppo ($F_{(3,175)} = 2,990$; $p = 0,032$) e un fattore Affidabilità ($F_{(6,172)} = 27,974$; $p < 0,001$) significativi, mentre non raggiunge alcuna significatività il fattore Genere del Volto ($F_{(3,175)} = 2,430$; $p = 0,067$); per ciò che riguarda le interazioni, risulta significativa esclusivamente quella tra Affidabilità x Genere del Volto ($F_{(6,172)} = 7,554$; $p < 0,001$), mentre tutte le altre non raggiungono alcun livello di significatività: Gruppo x Affidabilità: $F_{(6,172)} = 0,307$; $p = 0,933$; Gruppo x Genere del Volto ($F_{(3,175)} = 1,540$; $p = 0,206$); Gruppo x Affidabilità x Genere del Volto ($F_{(6,172)} = 0,434$; $p = 0,856$).

Riportando i dati riguardanti la variabile dipendente INF (propensione alla presa in carico infermieristica) dall'ANOVA (ANalysis Of VAriance) sono emersi effetti significativi per i fattori Gruppo ($F_{(1,177)} = 8,520$; $p = 0,004$) e Affidabilità ($F_{(2,354)} = 63,484$; $p < 0,001$), mentre non è significativo il fattore Genere del Volto ($F_{(1,177)} = 3,373$; $p = 0,068$); per le interazioni, risultano significative quelle Gruppo x Genere del Volto ($F_{(1,177)} = 3,937$; $p = 0,049$) e Affidabilità x Genere del Volto ($F_{(2,354)} = 7,351$; $p = 0,001$), mentre tutte le altre interazioni non raggiungono un livello di significatività (Gruppo x Affidabilità: $F_{(2,354)} = 0,302$; $p = 0,739$; Gruppo x Affidabilità x Genere del Volto: $F_{(2,354)} = 0,803$; $p = 0,449$).

Per la specifica variabile INF emergono punteggi medi generalmente maggiori per la Magistrale rispetto al I anno ($6,951 \pm 0,305$ vs. $6,012 \pm 0,102$). Per l'Affidabilità, anche in questo caso si ottengono dati in linea con la letteratura e le attese, per cui la propensione alla presa in carico infermieristica diminuisce parallelamente e significativamente alla diminuzione dell'Affidabilità ($6,950 \pm 0,158$ vs. $6,657 \pm 0,164$ vs. $5,837 \pm 0,190$).

La significatività dell'interazione Affidabilità x Genere del Volto, inoltre, mostra come i visi femminili suscitino maggiore propensione alla presa in carico infermieristica rispetto a quelli maschili per livelli di Affidabilità alta ($7,133 \pm 0,164$ vs. $6,766 \pm 0,170$) e media ($6,787 \pm 0,170$ vs. $6,527 \pm 0,181$), mentre per livelli di Affidabilità bassa tale tendenza si inverte ($5,754 \pm 0,195$ vs. $5,920 \pm 0,204$).

I soggetti del I anno tendono a fare maggiori distinzioni di Genere del Volto ($6,172 \pm 0,101$ per i volti



femminili vs. $5,852 \pm 0,110$ per i volti maschili). Al contrario, i soggetti della Magistrale sembrerebbero mostrare un maggiore equilibrio rispetto al Genere del Volto ($6,944 \pm 0,301$ per le femmine e $6,957 \pm 0,329$ per i maschi).

RISULTATI

Questi dati sembrano pertanto individuare una generale tendenza all'aumento della propensione alla presa in carico infermieristica da parte dei soggetti del gruppo Magistrale (**Grafico 1**) rispetto al gruppo I Anno; nonostante ciò se si considera il fattore Affidabilità, sono proprio i soggetti del gruppo Magistrale a fare maggiori distinzioni, discriminando in particolare i volti femminili inaffidabili. Si evidenzia, dunque, come sia la formazione sia l'esperienza lavorativa, nel campione analizzato, non sembrano contribuire all'eliminazione dei pregiudizi dati dalla "prima impressione", mostrando comportamenti analoghi a quelli riscontrati nella popolazione generale.

Esclusa quindi l'influenza dei fattori formazione ed

esperienza sono stati analizzati i dati raccolti con i questionari relativi alle caratteristiche individuali dei partecipanti, per indagare l'eventuale relazione tra tratti dei soggetti e propensione alla presa in carico. Dati statisticamente significativi (**Tabella 1**) hanno dimostrato che, tra tutte le caratteristiche indagate, tratti di personalità quali la Coscienziosità, l'Affettività Positiva, l'Amicalità, ma soprattutto l'Apertura Mentale promuovono negli operatori la messa in atto di comportamenti assistenziali, che di contro risultano scoraggiati da tratti di personalità negativi come Ostilità, Fobia Sociale, Distress Personale, ma soprattutto dall'Ansia e dall'Affettività Negativa, che sembrano costituire il maggior ostacolo alla presa in carico e andrebbero pertanto adeguatamente riconosciuti e modulati dai professionisti.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti dallo studio si possono sintetizzare affermando che gli infermieri del campione da noi analizzato, nonostante l'esperienza e la formazione univer-

Tabella 1: correlazioni tratti individuali sottoscale-propensione alla presa in carico assistenziale

		(INF) Volti Maschili affidabili	(INF) Volti Femminili affidabili	(INF) Volti Maschili aff. media	(INF) Volti Femminili aff. media	(INF) Volti Maschili inaffidabili	(INF) Volti Femminili inaffidabili
BFQ: COSCIENZIOSITÀ	p-value	,260	,101	,206	,027	,921	,130
BFQ: AMICALITÀ	p-value	,044	,032	,029	,105	,055	,268
BFQ: APERTURA MENTALE	p-value	,003	,002	,015	,006	,040	,035
STAI-Tratto	p-value	,005	,062	,009	,005	,001	,007
AFFETTIVITÀ POSITIVA	p-value	,041	,020	,080	,087	,069	,007
AFFETTIVITÀ NEGATIVA	p-value	,032	,164	,105	,004	,009	,106
OSTILITÀ	p-value	,021	,277	,156	,075	,044	,198
FOBIA SOCIALE	p-value	,061	,438	,607	,104	,016	,081
IRI: DISTRESS PERSONALE	p-value	,041	,520	,228	,087	,066	,322

sitaria di base e quella continua, fornendo dati del tutto in linea con la letteratura sulla la popolazione generale, si sono dimostrati soggetti a pregiudizi legati all'affidabilità percepita e al genere dei volti mostrati loro; nella professione infermieristica, però, a differenza di altre, tali bias a loro volta possono influenzare in varia misura la presa in carico del singolo paziente con ripercussioni sulla sua salute e più in generale sugli standard qualitativi dell'assistenza infermieristica. Dati ancora una volta del tutto in linea con la letteratura sulla popolazione generale, infine, mostrano come alcune delle caratteristiche di personalità indagate abbiano influenza positiva sul superamento dei pregiudizi mentre altre li rafforzano, motivo per cui una mancata regolazione emozionale (cfr Matarazzo & Zammuner, 2009) può determinare nel professionista tensioni interne le quali, se protratte per lunghi periodi, potrebbero minare la salute psicofisica dell'operatore, con ulteriori ripercussioni sul suo operato.

I risultati della ricerca, pur con dei limiti strutturali legati alla scarsa numerosità campionaria, ci indicano che l'attenzione dei singoli e ancor più delle organizzazioni deve essere posta sulle implicazioni professionali delle caratteristiche individuali e relazionali di ciascun operatore, al fine di consentire una corretta gestione del comportamento di approccio e relazione con il paziente, tenendo presente quanto la salute e il benessere del professionista e dell'assistito siano in rapporto di profonda interdipendenza tra loro.

Sulla base delle precedenti affermazioni è possibile concludere che la formulazione di pregiudizi risulta essere frutto di un meccanismo non infrequente, né anomalo tra i professionisti infermieri; tale consapevolezza rende tuttavia auspicabile e necessaria l'attuazione di specifici interventi, al fine di supportare la pratica clinica e assistenziale e contribuire all'orientamento dei piani formativo/didattici.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Alcuni dei possibili piani di intervento possono essere riassunti come segue:

- il potenziamento di training di gestione delle emozioni proprie e altrui, nella formazione di base, nel tirocinio e nella formazione permanente, per tutti gli studenti e professionisti in qualunque ambito o area essi svolgano la loro professione;
- a livello professionale, la possibilità di prevedere attività di counseling o di confronto tra pari (peer education), per incrementare negli infermieri la consapevolezza e l'elaborazione del loro vissuto emozionale, promuovere riflessioni critiche sull'assistenza, una modulazione delle caratteristiche personali del singolo;
- promozione di progetti di ricerca e approfondimento delle tematiche del presente studio, prevedendo una formazione teorica e metodologica dei futuri infermieri, consentendo loro di avere un ruolo attivo nella definizione dei protocolli sperimentali.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

Avallone F. & Paplomatas, A. (2005). *Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*. Raffaello Cortina Editore.

Buss, A. H. & Perry, M. P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63:452-459.

Cacioppo, J.T. & Berntson, G.G. (1994). Relationships between attitudes and evaluative space: A critical review with emphasis on the separability of positive and negative substrates. *Psychological Bulletin*, 115:401-423.

Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Perugini, M. (1993). The "big five questionnaire": A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15:281-288

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10:85.

Frijda, N.H. (1986). *The Emotion*. London, Cambridge University Press.

Lang, P. J. & Bradley, M. M. (2013). Appetitive and Defensive Motivation: Goal-Directed or Goal-Determined? *Emotion Review*, 5:230-234.

Lang, P. J., Bradley, M. M. & Cuthbert, B.N. (1997). Motivated attention: Affect, activation and action. In P. J. Lang, R. F. Simons & M. T. Balaban (Eds.) *Attention and Orienting: Sensory and Motivational Processes*. (pp. 97-136). Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Lang, P.J., Bradley, M.M. & Cuthbert, B.N. (2008). International affective picture system (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual. *Technical Report A-8*. University of Florida, Gainesville, FL.

Lundqvist, D., Flykt, A. & Ohman, A. (1998). Karolinska directed emotional faces (Database of standardized facial images). *Psychology Section, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Hospital*, 5-171-176 Stockholm, Sweden.

Matarazzo, O. & Zammuner, V.L. (2009). *La regolazione delle emozioni*. Il Mulino.

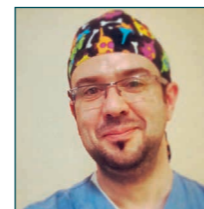
Mattarozzi, K., Todorov, A. & Codispoti, M. Memory for faces: the effect of facial appearance and the context in which the face is encountered. *Psychological Research*, 2014 Mar 12. [Epub ahead of print]

Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36:455-470.

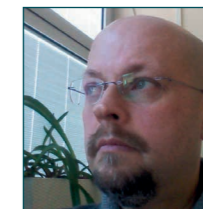
Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.

Terracciano, A., McCrae, R. R., and Costa Jr, P. T. (2003). Factorial and construct validity of the Italian Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 19: 131-141.

Todorov, A., Said, C. P., Engell, A. D. & Oosterhof, N. N. (2008). Understanding evaluation of faces on social dimensions. *Trends Cognitive Science*, 12: 455-460.



Dott. Guglielmo Imbriaco
Infermiere Terapia Intensiva,
Ospedale Maggiore,
AUSL di Bologna



Dott. Stefano Sebastiani
Consigliere Collegio IPASVI
Bologna
@SebStefano

Indagine sul ruolo degli infermieri specialisti in **Area Critica**: l'esperienza del Master in Infermieristica in Area Critica dell'Università degli Studi di Bologna

La complessità dell'assistenza sanitaria, nelle varie fasi del percorso clinico-assistenziale dei pazienti, richiede l'intervento di numerosi professionisti con conoscenze e competenze diversificate in base alle necessità di trattamento, al contesto operativo e alle dotazioni strumentali impiegate.

L'infermiere con competenze avanzate (Advanced Practice Nurse - APN), definito dall'International Council of Nursing come "un infermiere

abilitato che ha acquisito la base di conoscenze dell'esperto, la capacità di prendere decisioni complesse e le competenze cliniche per una pratica allargata, le caratteristiche della quale sono determinate dal contesto e/o dal paese in cui è titolato a esercitare", trova un suo corrispettivo nel nostro paese nell'infermiere specialista clinico in possesso del Master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dalle università, figura individuata attraverso la legge 43 del febbraio 2006.

In particolare, il riferimento normativo alla formazione specialistica post base in area critica è contenuto nel Decreto del Presidente della Repubblica 739 del 14 settembre 1994, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere": l'articolo 1, comma 5, definisce gli obiettivi della formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica e cioè "fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni".

Un contesto particolare come l'area critica, definita da Aniarti (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica) come un "insieme di situazioni caratterizzate dalla

criticità dell'ammalato e dalla complessità dell'intervento medico infermieristico (Silvestro, 1992) " e un "insieme di strutture, servizi o ambiti operativi in cui il personale opera con l'uso di adeguate attrezzature e risorse per soddisfare tutti i bisogni presentati dalle persone in condizioni di rischio per la vita (Silvestri, 1990)", richiede agli infermieri un approfondito livello di conoscenze e specifiche competenze avanzate.

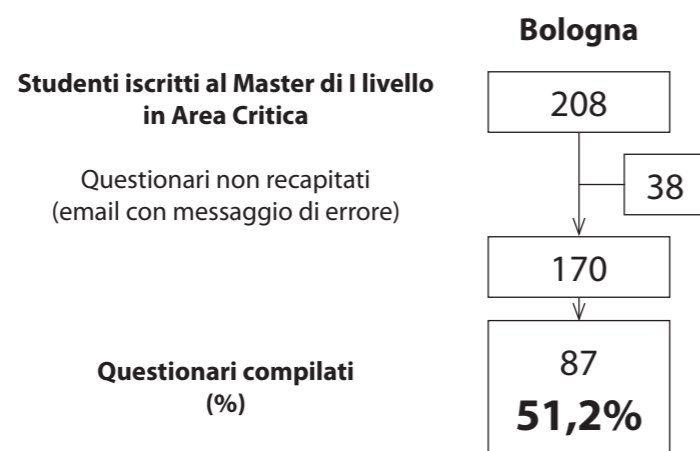
l'area critica... richiede agli infermieri un approfondito livello di conoscenze e specifiche competenze

Il Master in Assistenza Infermieristica in Area Critica dell'Università degli Studi di Bologna, coordinato dal dott. Stefano Sebastiani e diretto dal prof. Gianfranco Di Nino, è attivo dagli anni accademici 2003/2005 e ha formato a tutt'oggi 258 infermieri specialisti in area critica in 5 edizioni.

OBIETTIVI, MATERIALI E METODI

L'indagine ha coinvolto 208 infermieri che hanno partecipato al Master in AC nelle 4 edizioni dagli anni accademici 2003/2005 al 2009/2011 (in quanto durante l'indagine l'ultima edizione 2011-13 era ancora in corso) con l'obiettivo di valutare la ricaduta formativa di questo percorso formativo post base e di analizzare il ruolo dell'infermiere specialista nel contesto clinico. I dati sono stati raccolti in forma anonima attraverso un questionario sviluppato con il software online Google Docs® e inviato due volte nel periodo compreso tra maggio e luglio 2013 alla mailing list degli studenti che hanno frequentato le 4 edizioni del Master. Il questionario, composto da 32 domande, era suddiviso in sei sezioni: dati generali e anagrafici, titoli di studio, sviluppo professionale (formazione), attività scientifica, sviluppo di carriera, ruolo dell'infermiere specialista clinico.

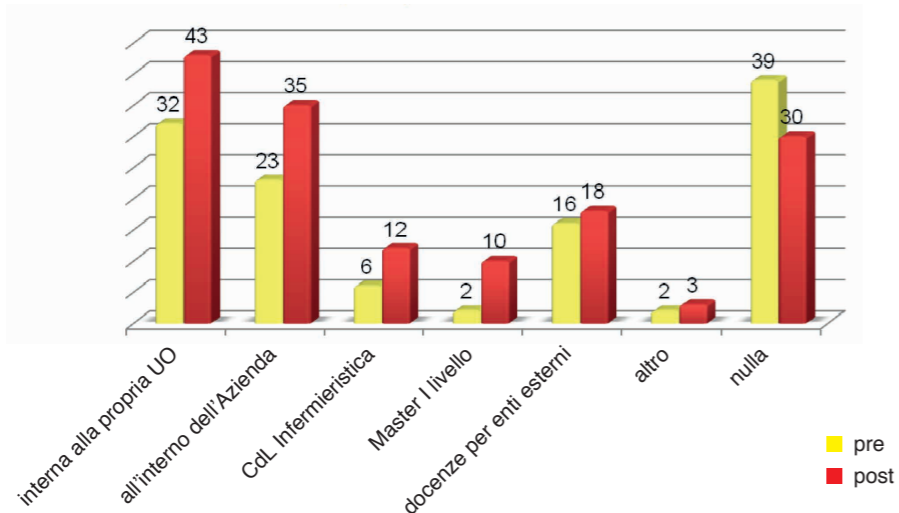
RISULTATI:



Il numero di infermieri che ha partecipato alle 4 edizioni del Master è stato di 208; dal numero iniziale sono stati esclusi 38 studenti poiché in seguito alla ricezione di email di risposta con messaggio di errore, probabilmente a causa di cambi dell'indirizzo email principale o per trasferimenti lavorativi e conseguente cambio dell'indirizzo di posta elettronica aziendale, siamo certi che i questionari non sono stati recapitati. La percentuale di risposta è stata del 51,2%, pari a 87 infermieri su 170.

Il 59,8% dei partecipanti al Master in Area Critica (n=42) è stato di sesso femminile; l'età media complessiva è stata di 38,3 anni (dev.st. ±7) con un'anzianità lavorativa media di 14,3 anni (dev.st. ±7,3). Il 97,7% degli intervistati (n=85) ha un rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso strutture sanitarie pubbliche. I dati relativi alla attività formativa degli infermieri sono illustrati nel grafico seguente e mostrano un incremento in tutti gli ambiti considerati.

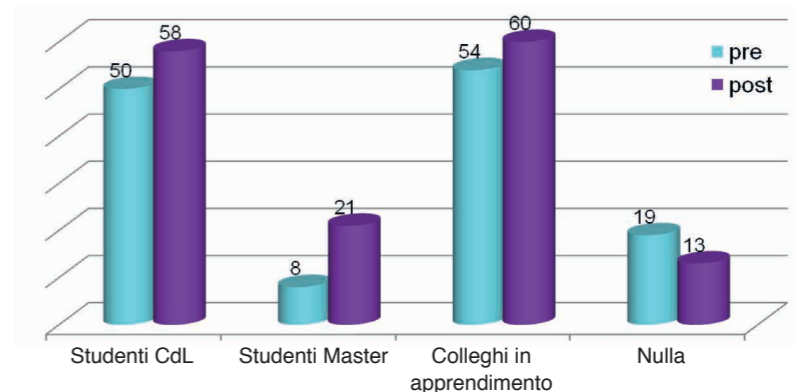
Attività di formazione pre e post Master



In seguito alla partecipazione al Master, il 26,4% è stato coinvolto nella progettazione e nello sviluppo di percorsi formativi in Area Critica, il 6,9% in altri settori e il 5,7% in entrambi. Il 38% degli intervistati ha inoltre ricevuto incarichi

come referente o coordinatore di progetti formativi. Il grafico mostra l'incremento dell'attività di tutoraggio e supervisione nei confronti di studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, a studenti di master di I livello, a colleghi in affiancamento.

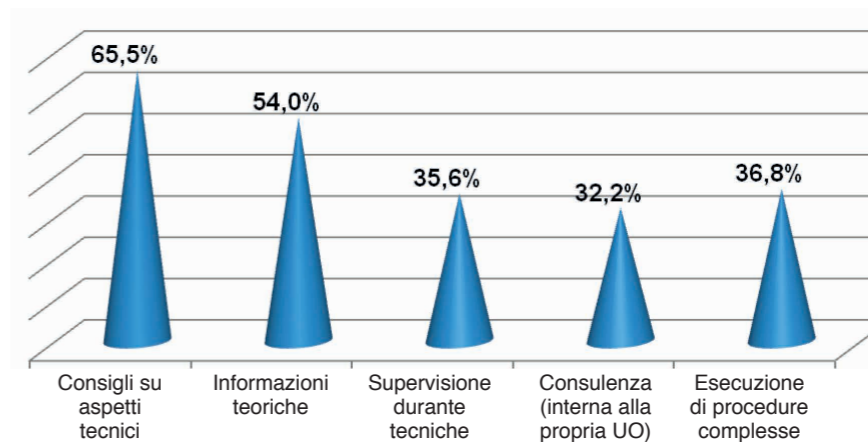
Attività di tutoraggio pre e post Master



La partecipazione al Master in Area Critica ha favorito l'attività scientifica degli infermieri che hanno riportato un incremento dell'8% della partecipazione a convegni o eventi simili come relatori (dal 32% pre-Master al 40% post-Master) e del 9% per quanto riguarda le pubblicazioni su riviste scientifiche (da 9% pre-Master a 18% post-Master). Tra i fattori che hanno favorito lo sviluppo di questo tipo di attività vengono riportati principalmente le nuove competenze e conoscenze acquisite (45%, n=32), l'acquisizione di una metodolo-

gia della ricerca (39%, n=28) e lo sviluppo di una rete di contatti tra infermieri specialisti (11%, n=8). Analizzando il ruolo dell'infermiere specialista in Area Critica all'interno dell'equipe, gli intervistati da un punto di vista soggettivo riportano di vedere riconosciuto il proprio ruolo SEMPRE nel 5% dei casi, spesso nel 17% e occasionalmente nel 34%. Le situazioni quotidiane in cui viene richiesto aiuto o consiglio agli specialisti clinici sono riportate nel grafico seguente.

Attività dell'infermiere specialista clinico



Gli infermieri intervistati riportano inoltre di svolgere attività di consulenza infermieristica al di fuori della propria unità operativa nel 25% dei casi (n=22) in maniera informale e nel 6% dei casi (n=5) in forma strutturata. Il 70% degli intervistati (n=61) lavorava già in Area Critica prima della partecipazione al Master e 7 infermieri (8%) sono stati ricollocati in servizi attinenti dopo il conseguimento del titolo.

Una percentuale consistente dei partecipanti (57,4%) ha ricevuto incentivi economici da parte della propria Azienda (5,7%, n=5), della Regione (10,3%, n=9) o di entrambe (41,4%, n=36) come contributo per l'iscrizione ai Master in Area Critica; solamente 1 infermiere su 87 ha ottenuto una progressione di carriera e 3 su 87 hanno ricevuto riconoscimenti economici (mensili o una tantum) connessi alla specializzazione.

RISULTATI

L'analisi dei dati raccolti mostra che una buona percentuale degli iscritti si occupava già di formazione ma in seguito alla partecipazione ai master in Area Critica ha avuto un incremento dell'attività di docenza, di tutoraggio/coaching, in particolare nei confronti degli studenti dei Master, e nella partecipazione a convegni e nella pubblicazione di articoli su riviste scientifiche. Tra i fattori ritenuti più rilevanti a giudizio degli infermieri specialisti intervistati troviamo

lo sviluppo di conoscenze e competenze avanzate e l'acquisizione di una metodologia della ricerca, poiché un efficace utilizzo dei database scientifici è strettamente connesso ad attività come la formazione e l'aggiornamento. Inoltre la partecipazione al master in Area Critica ha favorito il confronto e lo sviluppo di una rete di infermieri specialisti che facilita il passaggio di informazioni e la partecipazione a progetti di ricerca multicentrici.

L'analisi dei dati raccolti mostra che il 70% degli infermieri che hanno partecipato al master lavorava già nell'ambito dell'Area Critica: questo dato esprime un'esigenza di tipo formativo, per accrescere le proprie conoscenze e competenze e quindi migliorare il livello dell'assistenza offerta sul posto di lavoro; inoltre, nell'8% dei casi, la certificazione di competenze specialistiche di tipo clinico ha probabilmente contribuito come titolo preferenziale per il trasferimento in reparti specifici.

Nonostante il riconoscimento normativo previsto dalla legge 43/2006 e l'interesse dimostrato da Aziende Sanitarie e Regione attraverso gli investimenti economici per agevolare la partecipazione a questi percorsi formativi post base, la valorizzazione delle competen-



ze avanzate degli infermieri specialisti non ha trovato formale riscontro nei contesti lavorativi se non in un numero esiguo di casi.

In assenza di riconoscimenti formali del ruolo, l'infermiere specialista clinico trova una propria collocazione all'interno del contesto organizzativo sulla base di aspetti relazionali, capacità di leadership e alla possibilità di dimostrare le competenze avanzate all'interno del gruppo di lavoro.

L'infermiere specialista, grazie allo sviluppo di capacità didattiche e di ricerca scientifica, vede il proprio ruolo maggiormente riconosciuto da colleghi più giovani, in apprendimento o da studenti, in particolare per richieste di consigli su aspetti teorici e tecnici e per l'esecuzione di manovre particolarmente complesse.

Un'altra importante attività dell'infermiere specialista è quella di consulenza che, riconosciuta nel Codice Deontologico (art 3.2 e 3.3), viene svolta frequentemente ma a livello informale e senza documentazione, e solo nel 6% dei casi in forma strutturata attraverso percorsi o procedure definite.

CONCLUSIONI

Il maggior limite di questa ricerca è legato all'invio del questionario via email e a una percentuale di risposte di poco superiore al 50%.

Nonostante ciò, riteniamo di avere raccolto una importante testimonianza sulla ricaduta professionale di un Master Universitario in Area Critica e su come la figura dell'infermiere specialista clinico, pur in assenza di un riconoscimento economico e contrattuale, si configuri come un punto di riferimento per la formazione, lo sviluppo di progetti di ricerca e innovazione e concorra direttamente al miglioramento della qualità dell'assistenza, attraverso interventi sanitari efficaci e complessi.

Daniele Benfenati, Elisabetta Bernardinello, Carolina Conti, Sandra Conti, Claudio Guelfi, Rita Lambertini, Mara Monti, Milena Venturi, Carlo Zandi, Velia Zulli

I.E.S.A.* in psichiatria: una risposta possibile alla crisi

**Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti con disturbo psichico*

La situazione economica e sociale, in cui versa il Paese, è nota a tutti ed è superfluo ribadire quanto sia importante proprio in questo momento utilizzare al meglio tutte le risorse, umane ed economiche.

Per contrastare la tentazione dei tagli lineari ai Servizi sociali e sanitari, oggi è più che mai necessario trovare soluzioni che vadano nella direzione di inventare "nuove risposte" a "vecchi bisogni". Occorre uscire dalle cornici predeterminate e consuete delle risposte istituzionali per cercare risposte innovative, che non penalizzino però la qualità dei servizi.

Per I.E.S.A. si intende l'inserimento temporaneo di una persona, che soffre o ha sofferto di disturbi psichici, presso una famiglia di volontari appositamente selezionata ed abilitata

IL CONCETTO DI INNOVAZIONE

Il "nuovo" in sanità è solitamente associato agli aspetti tecnologici, come farmaci intelligenti o strumentazioni diagnostiche e tecnico-chirurgiche.

In psichiatria il concetto di innovazione si deve declinare a partire dalla relazione terapeutica, lo strumento fondamentale del lavoro psichiatrico.

Ciò soprattutto attraverso lo sviluppo dei concetti di *recovery* ed *empowerment*.

Questi due concetti, seppur provenienti dal mondo anglosassone, bene si calano nella realtà della psichiatria territoriale italiana, nata dalla Legge 180/78.

"Recovery" letteralmente significa "recupero, miglioramento", ma concettualmente rappresenta un continuum temporale che va dall'esordio della malattia all'esito e che, attraverso una riabilitazione psichiatrica personalizzata, consente di recuperare le disabilità prodotte dalla malattia.

La persona può così vivere una quotidianità non segnata pesantemente dai sintomi psichiatrici, con minore isolamento, con speranza e la migliore qualità di vita possibile, all'interno della propria comunità.

"Empowerment" letteralmente significa "potenziamento", ma in senso estensivo va inteso come prota-

gonismo, consapevolezza, assunzione di responsabilità e miglioramento del ruolo sociale della persona, da sviluppare in modo individuale e collettivo.

Il Progetto I.E.S.A., nato alcuni anni fa nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) dell'Ausl di Bologna, è coerente con i concetti sopracitati e presenta caratteristiche innovative nell'approccio, nei contenuti e nelle modalità metodologico-organizzative.

CHE COS'È LO I.E.S.A.

Per I.E.S.A. si intende l'inserimento temporaneo di una persona, che soffre o ha sofferto di disturbi psichici, pres-

so una famiglia di volontari appositamente selezionata ed abilitata.

L'ospitalità è regolamentata da un contratto tra l'Ausl, l'ospite e la famiglia ospitante. In cambio dell'ospitalità offerta, la famiglia riceve un "rimborso spese" mensile dall'ospite e viene regolarmente e professionalmente assistita e supportata dagli operatori di un'equipe preposta.

Lo I.E.S.A. può essere PART-TIME, quando l'accoglienza è attuata per "mezze giornate", giornate intere o week-end, oppure FULL-TIME, quando l'accoglienza è sulle 24 ore.

UN "ANTICO" STRUMENTO INNOVATIVO NEL PERCORSO DI CURA

Le radici storiche degli Inserimenti Eterofamiliari Supportati di Adulti con disturbi psichici, risalgono al VII secolo d.c.. La leggenda narra della guarigione di alcuni "folli" presenti al martirio di Santa Dymphna nella cittadina fiamminga di Geel. Da allora Geel divenne meta di pellegrinaggio di persone sofferenti di disturbi mentali che venivano accolti ed ospitati nelle case degli abitanti della città. Da quel momento in poi i cittadini di Geel hanno accolto i malati mentali nelle proprie case.

In Italia tra la fine del 1800 e l'inizio del 1900, il patro-





nato eterofamiliare, una soluzione residenziale antesignana dello IESA, è stato utilizzato come alternativa all'istituto manicomiale (Tamburini 1903). Dal 1990, lo IESA, insieme ad altri interventi di supporto all'abitare, diviene una valida risposta terapeutico-assistenziale, anche per completare il superamento degli ex-ospedali psichiatrici.

Oggi lo IESA è diffuso a livello internazionale (Canada, Francia, Giappone) e in diversi Dipartimenti di Salute Mentale in Italia, le esperienze più significative e con più storia, sono quelle di Lucca, Torino e Treviso.

Gli **obiettivi** più rilevanti dell'Inserimento Eterofamiliare sono:

- **Promuovere l'empowerment della persona con disagio psichico**, dove l'ambiente familiare favorisce l'identificazione con figure "sane" e abili e rappresenta uno stimolo alla crescita personale ed un supporto utile a migliorare il ruolo sociale.
- **Consentire un miglioramento della qualità di vita dell'utente** attraverso la costruzione di rapporti interpersonali ed affettivi, la diminuzione del disagio correlato alla solitudine, una crescita dell'autonomia e una maggiore integrazione sociale.
- **Contribuire alla lotta contro lo stigma e il pregiudizio**, che emarginano le persone colpite da sofferenza psichica (in accordo con le ultime direttive della *World Health Organization*, 2001).

- **Sostenere il ruolo della comunità** come risorsa e luogo di "cura" per le persone sofferenti di disagio psichico.
- **Dare una risposta alternativa alla "residenzialità psichiatrica"** che, anche se oggi rappresenta un qualificato intervento terapeutico-riabilitativo, resta comunque una risposta di tipo istituzionale, con le relative regole, rotazione degli operatori, condivisione forzata degli spazi, etc.

Elemento da non sottovalutare, soprattutto in questa fase di difficoltà sociale ed economica, è rappresentato dall'**economicità** dell'accoglienza h 24 in famiglia, rispetto ai costi dell'inserimento nelle diverse strutture residenziali, lo I.E.S.A. permette un risparmio che va dal 50% al 70%.

Il rimborso spese alla famiglia ospitante è a carico dell'ospite e viene integrato dall'Ausl solo quando il paziente non ha un reddito sufficiente.

La contribuzione economica da parte dell'ospite è una parte significativa, insieme alla firma del contrat-

to e alla condivisione degli obiettivi da raggiungere, espressione del **protagonismo** e della **responsabilizzazione** indispensabili nella scelta di una convivenza IESA e del percorso di cura complessivo.

IL PERCORSO DI AVVIO DEL PROGETTO IESA NEL DSM-DP DELL'AUSL DI BOLOGNA

A seguito dell'approvazione del Progetto IESA da parte della Direzione del DSM-DP, è iniziato un lungo lavoro preparatorio:

- l'individuazione degli operatori motivati a formarsi per diventare operatori IESA, provenienti da tutto il territorio dipartimentale e con differenti professionalità (Assistenti Sociali, Educatori Professionali, Infermieri, Psichiatri, Psicologi);
- l'organizzazione della formazione con Esperti IESA per fornire le basi metodologiche e le linee operative per creare e avviare tale attività nella nostra realtà;
- la definizione del Modello Operativo con una unica equipe I.E.S.A.;
- la multiprofessionalità, garantita dalla presenza di operatori con diverse professionalità, dove ciascun operatore dedica al Progetto IESA solo alcune ore settimanali (continua a lavorare, per il restante orario, presso la sua unità assistenziale di provenienza);
- una sede centralizzata ed una formazione specifica e continua.
- la dotazione dei necessari ed idonei strumenti amministrativi e operativi (linee guida/contratti/istruttoria), formalizzati tramite determina dipartimentale.

Attualmente il gruppo di lavoro IESA si compone di 10 persone: una psichiatra, una coordinatrice, una volontaria AUSER, una psicologa clinica (borsa di studio), quattro infermieri e due educatori professionali.

Le caratteristiche di questo modello IESA (ore dedicate e non operatori assegnati al progetto) sono, da un lato, punto di forza del sistema, ma contemporaneamente possono diventare elementi di fragilità e vulnerabilità, se non vengono tutelate e sostenute da una chiara ed esplicita volontà della Direzione Dipartimentale.

FUNZIONI DELL'ÉQUIPE I.E.S.A.

L'attività svolta dagli operatori I.E.S.A. è caratterizzata da momenti individuali e di gruppo e prevede diverse tipologie di funzioni:

- la diffusione della cultura I.E.S.A. all'interno del D.S.M.
 - D.P. per promuovere l'invio dei candidati ospiti;
- la diffusione della cultura I.E.S.A. all'esterno del D.S.M.- D.P. per ricercare famiglie disponibili a candidarsi come ospitanti, attraverso incontri pubblici, articoli, iniziative cittadine, etc.;
- il percorso di selezione e abilitazione delle famiglie (tradizionali, single, coppie, coabitanti) che si candidano come ospitanti, attraverso colloqui informativi e semistrutturati, con visite domiciliari anche per verificare l'adeguatezza e la sicurezza dell'abitazione;

- il percorso di abilitazione dei candidati ospiti inviati dai Centri di Salute Mentale attraverso incontri con i referenti inviati dei CSM e colloqui di conoscenza del paziente;

- l'abbinamento del candidato ospite e della famiglia che si candida ad ospitare. La proposta di abbinamento, sempre valutata e discussa nell'equipe I.E.S.A. e condivisa con il CSM inviante, non ricerca l'ipotetica "perfezione" di una famiglia, ma quella "giusta diversità" nella quale le caratteristiche di quella persona sembrano collocarsi al meglio;
- la firma del contratto tra Ausl, famiglia ospitante ed ospite;
- il supporto alla convivenza attraverso colloqui, visite domiciliari, supporto telefonico permanente, verifiche periodiche in collaborazione con il CSM inviante;
- la tenuta di una documentazione sanitaria che formalizzi e valorizzi tutta l'attività, con particolare attenzione agli esiti, anche con l'utilizzo sistematico di scale di valutazione validate.
- l'organizzazione di incontri tra ospiti, ospitanti ed operatori con finalità socializzanti e di scambio e, periodicamente, di momenti formativo-esperienziali per le famiglie ospitanti.

Questo Progetto ha numerose caratteristiche innovative e differenziate, se osservate dal punto di vista dei diversi protagonisti.

Va sottolineato che tutti partecipano alla Co-costruzione del Progetto (paziente, equipe del CSM, equipe IESA, famiglia ospitante).

Inoltre questo Progetto **impone di lavorare in rete**, con un'operatività aperta al confronto ed alla condivisione tra tutti gli attori coinvolti, ricercando e valorizzando tutte le opportunità e le risorse possibili.

Per ospiti e famiglie ospitanti:

- il paziente diviene protagonista in modo concreto e senza retorica della propria esperienza di vita, che include la malattia ma senza coincidere con la malattia stessa, fuori da ambiti istituzionalizzanti;
- nel percorso IESA sono indispensabili motivazione e disponibilità al cambiamento che, pur accompagnati da paure, resistenze, fatiche, difficoltà, consentono al paziente di procedere verso una maggiore consapevolezza di sé e di intraprendere un percorso riabilitativo ed evolutivo;
- la famiglia svolge un ruolo di cittadinanza attiva nella propria comunità, promuove ed agisce valori di solidarietà, integrazione, abbattimento dello stigma, etc.;
- il rimborso spese costituisce, per la famiglia ospitante, un supporto al bilancio familiare.

Per operatori IESA e AUSL:

- l'acquisizione di competenze tecnico-relazionali, di lettura e gestione delle dinamiche familiari, indispensabili per il supporto alle convivenze, diviene elemento fondante di autonomia professionale;

SINTESI DATI ATTIVITA' I.E.S.A. ottobre 2008 / 31 dicembre 2014	
FAMIGLIE CONTATTATE	1782
FAMIGLIE ABILITATE ALL'OSPITALITA' (di cui 31 uscite dal Progetto dopo l'abilitazione)	97
CANDIDATI OSPITI INVIATI DAI CSM (di cui 63 da casa e 32 da strutture)	95
OSPITI ABILITATI (di cui 31 usciti dal PROGETTO dopo l'abilitazione)	56
CONVIVENZE ATTIVATE	29*
CONVIVENZE IN CORSO	13 (6 PT e 7 FT)
CONVIVENZE CONCLUSE	16

- operare in modo integrato, partecipare in modo attivo all'equipe multidisciplinare, mettersi in gioco con i propri aspetti personali, consente di produrre un sapere diffuso che arricchisce e valorizza la professionalità di ciascuno;
- essere a contatto non esclusivamente con la patologia, ma con situazioni di "normalità" come le famiglie ed i contesti sociali, aiuta gli operatori a contrastare la "cronicità iatrogena" della psichiatria che può presentarsi anche tra gli addetti ai lavori;
- va sottolineata l'economicità dell'inserimento h 24 in famiglia rispetto all'inserimento in strutture residenziali e la formalizzazione del percorso strutturato di inserimento eterofamiliare approvato tramite determina dipartimentale (linee guida/contratti/istruttoria).

ATTENZIONE AGLI ESITI

A supporto dell'attenzione agli esiti per ciascun inserimento attivato, gli operatori IESA hanno scelto l'utilizzo della S.A.F.E. (Social-Adaptive Functioning Evaluation), una Scala di Valutazione validata, che ha monitorato nel tempo le abilità sociali e relazionali dei soggetti con disturbi mentali, con una convivenza attiva.

Pur con un campione ancora esiguo essa ha permesso di misurare i cambiamenti avvenuti e di verificarne la coerenza con le valutazioni empiriche relative alla positività dell'esperienza. Nello specifico la rilevazione con la S.A.F.E. ha confermato un miglioramento delle competenze sociali ed una riduzione significativa delle compromissioni.

Un altro indicatore importante per valutare l'esito del singolo intervento è quello del numero di ricoveri. L'analisi del numero di ricoveri complessivi, che si sono verificati durante le convivenze ed a ritroso per un periodo di tempo specularmente corrispondente, è confortante, essendo diminuito del 43,4% (pre-convivenza 13/post convivenza 8).

Dall'inizio del progetto siamo riusciti, con la collaborazione di una psicologa clinica del Dipartimento di Psicologia di UNIBO, ad intraprendere un lavoro di

raccolta dati, tuttora in corso, attraverso scale di valutazione etero e auto valutative per meglio focalizzare gli esiti del percorso I.E.S.A..

La valutazione di esiti con strumenti psicometrici è significativa perché funziona come "termometro" a supporto e a conferma di colloqui e visite domiciliari che, pur riuscendo a cogliere nelle sfumature la complessità della vita, non possono "misurarla".

CONCLUSIONI

Più un'organizzazione sanitaria è in grado di differenziare le risposte ai bisogni della popolazione afferente, tanto più è in grado di personalizzarle e di fornire servizi di qualità, efficaci ed efficienti.

A distanza di cinque anni dall'attivazione del Progetto IESA possiamo affermare che questa esperienza, come si evidenzia dai dati sopra riportati, appare complessivamente positiva osservandola da tutte le prospettive; oggi si configura come una delle opportunità che il DSM-DP dell'AUSL di Bologna offre alle persone colpite da disagio psichico.

Questo Progetto non coincide con un'Unità Operativa o Assistenziale, ma è un'organizzazione flessibile che consente circolarità e lavoro di rete costanti, ma che deve essere sostenuta da grande motivazione, disponibilità e professionalità degli operatori, in quanto ogni singolo percorso di inserimento viene "cucito" in modo diverso a seconda "dell'abito" di cui ha bisogno il singolo paziente.

Operatori IESA:

Daniele Benfenati
Infermiere

Elisabetta Bernardinello
Infermiera

Carolina Conti
Psicologa clinica (borsista)

Sandra Conti
Psichiatra e Referente del PROGETTO IESA

Claudio Guelfi
Educatore professionale

Rita Lambertini
Educatore professionale

Mara Monti
Volontaria AUSER (infermiera in pensione)

Milena Venturi
Infermiera

Carlo Zandi
Infermiere

Velia Zulli
Infermiera e Referente del PROGETTO IESA



Infermiere Ferdinando Affinito
Centri Dialisi Ospedale Maggiore,
Azienda Usl Bologna



Dott.ssa Roberta Toschi
Consigliere
Collegio Ipasvi Bologna

Ecografia infermieristica in ambito emodialitico

Spalanca gli occhi con meraviglia il bimbo che, dopo aver battuto il giocattolo sul tavolo, ha scoperto di poter produrre un suono. Una scoperta tanto infantile che tuttavia favorisce il suo progresso evolutivo. La stessa meraviglia caratterizza lo sguardo di uno scienziato che compie una scoperta rivoluzionaria; il bimbo e lo scienziato si accomunano per la stessa quantità di gioia per il loro progresso.

Il progresso, l'evoluzione, il continuo miglioramento hanno contribuito alle prime cellule di formare noi attuali organismi complessi. Ma possiamo dirci completamente evoluti? L'evoluzione ha un limite?

Tutte le attività per quanto nobili o umili, sono in continuo miglioramento e perfezionamento.

Tutte le professionalità si avvalgono di nuove tecnologie per migliorare se stesse, e per alcune di esse, specie quelle sanitarie, vi è in questo un obbligo morale. Gli infermieri hanno un vincolo legale, sancito con la legge 42 del 1999 "abolizione del mansionario", e morale dettato dal codice deontologico a perseguire il miglioramento. Promuovere e svolgere attività di

formazione, promuovere la ricerca e acquisire pratiche nuove sulle quali acquisire esperienza, è questo a chiedere loro il codice. Migliorare la propria professionalità e poterla mettere a disposizione dell'assistenza sanitaria, è il loro credo! L'infermiere non attende il progresso tecnologico, ma ne diventa il protagonista. Non permette, come spesso accade, che il progresso tecnologico scaturisca da un triste evento, ma è egli stesso il fautore!

Nel 1912 affonda il transatlantico Titanic, motivando Reginald Fessenden a costruire il primo Sonar che permetteva di identificare un iceberg a oltre due miglia di distanza. L'ultrasonografia, che è alla base del Sonar, è stata poi tristemente migliorata per motivi militari. Dopo anni di secretazione governativa, gli ultrasuoni sono approdati felicemente in sanità.

Ma gli ultrasuoni sono quotidianamente utilizzati anche in metallurgia e oceanografia, da tecnici specializzati, e l'infermiere dovrebbe dunque chiedersi perché non possa farne uso anche lui, nella sua attività quotidiana.

Molte azioni che vengono svolte dagli infermieri con il solo uso dei propri sensi, come vista, tatto e udito e che si affinano con l'esperienza, possono essere migliorate e amplificate con l'utilizzo degli ultrasuoni.

Nel mondo molti infermieri non hanno voluto attendere, ma hanno anticipato l'evoluzione della didattica sanitaria, inserendo l'ultrasonografia nella loro pratica.

Tra le varie esperienze, presso il Centro Dialisi dell'Ospedale Maggiore di Bologna, un gruppo di infermieri

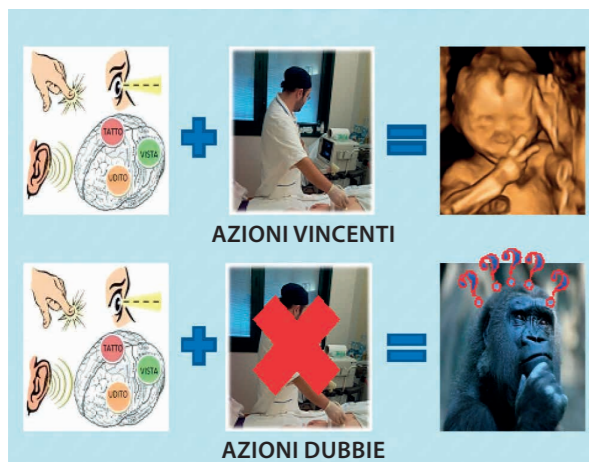
ha sviluppato le competenze sull'utilizzo dell'ecografia per migliorare la propria professionalità e soprattutto la qualità assistenziale a disposizione dei pazienti, nella delicata fase di puntura della Fistola Artero Venosa (FAV). La Fistola Artero Venosa viene creata tramite il

collegamento tra un'arteria ed una vena, "arterializzando" dunque un vaso venoso se ne permette una più facile individuazione e venipuntura. L'aumento della portata sanguigna produce una dilatazione del lume del vaso venoso arterializzato, e a volte, capita di imbattersi in sistemi vascolari tortuosi e nascosti. In questi solo l'esperienza e le capacità sensoriali dell'operatore esperto permettono un corretto posizionamento di aghi per emodialisi, aghi che, per le loro dimensioni, farebbero paura anche al più valoroso eroe mitologico. Non è certo piacevole per il paziente essere sottoposto a più tentativi di reperimento dell'accesso vascolare, ma non lo è nemmeno per l'infermiere, frustrato per i ripetuti fallimenti. A volte la sua esperienza, unitamente ai sensi (vista e tatto) utilizzati fino a quel momento nell'attività quotidiana,

Tutte le attività, per quanto nobili o umili, sono in continuo miglioramento e perfezionamento

possono essere insufficienti! Gli occorrerebbe un ulteriore senso, che gli consenta di vedere quello che non è visibile perchè nascosto dalla cute. Un sesto senso non inteso come intuito, ma come quella capacità che nel 1793 fu ipotizzata dall'emiliano abate Spallanzani. Questi notò come dei pipistrelli, da lui accecati, mantenessero gli stessi movimenti e traiettorie dei volatili che conservavano l'uso della vista, e solo nel 1930 lo statunitense Donald Griffin portò a termine gli studi sulla ecolocalizzazione o biosonar, caratteristica dei pipistrelli e dei cetacei capaci di emettere ultrasuoni. Gli infermieri della Dialisi dell'Ospedale Maggiore non hanno avuto la pazienza di attendere che tale caratteristica fosse acquisita con l'evoluzione della specie umana e, senza lasciarsi sopraffare nè dalla paura e nè dalla diffidenza, hanno intrapreso un corso di ecografia infermieristica, mirata al reperimento di accesso vascolare. Tale metodica è relativamente semplice per chi non deve effettuare attività diagnostiche, che restano di competenza medica.

VINCERE LA DIFFIDENZA

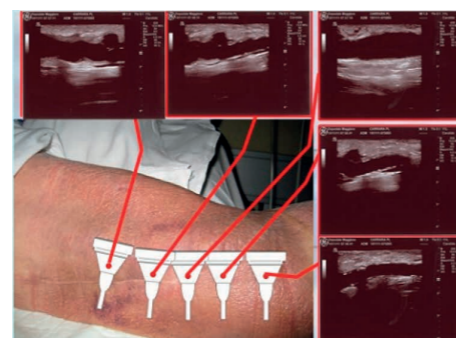


Nella pratica hanno seguito prima dei corsi di ecografia infermieristica, esercitandosi inizialmente su modellini autocostruiti di materiale inerte, e successivamente su loro pazienti, attentamente selezionati. Hanno valutato i vantaggi che sarebbero derivati da una tecnica che non produce danni alle strutture esaminate, e prodotto immagini variamente orientate delle zone di interesse. Le immagini ecografiche di un accesso vascolare, prodotte da ecografisti esperti, possono risultare del tutto inutilizzabili se non eseguite contemporaneamente alla manovra di venipuntura. Di contro un infermiere, adeguatamente formato, potrà opportunamente coniugare le due tecniche, incannulando in tempo reale il vaso, prendendo visione sullo schermo della progressione dell'ago fino al vaso sanguigno interessato. Potrà eseguire numerose scansioni sul ramo venoso, fino a poter riprodurre una ricostruzione precisa sulle sue caratteristiche: profondità, diametro, presenza di trombi e stenosi.

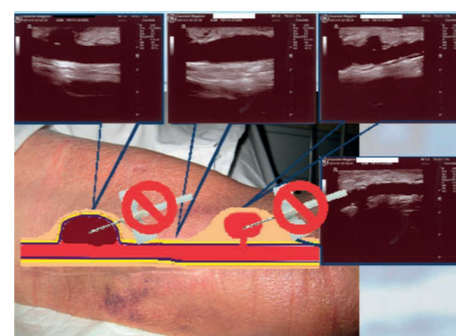
Racconto fotografico dell'esperienza su di un paziente del Centro Dialisi Maggiore che, pur in presenza di dilatazioni aneurismatiche, presentava difficoltà di venipuntura.

Gli infermieri del Centro Dialisi Maggiore, ancora freschi di addestramento ecografico ed entusiasti come bambini, hanno prodotto le prime immagini ecografiche dell'accesso vascolare di un paziente che presentava ripetute difficoltà alla venipuntura.

ESPERIENZA SUL CAMPO

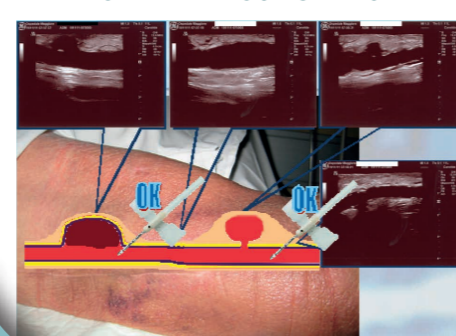


ESPERIENZA SUL CAMPO



Subito hanno notato la presenza di un trombo e, consultando un angioecografista esperto, hanno scoperto la presenza di uno pseudoaneurisma. Dopo aver prodotto uno schema dettagliato del vaso, hanno capito che dalla tecnica di approccio di ogni singolo operatore potevano derivare successi o fallimenti.

ESPERIENZA SUL CAMPO



Un'ulteriore esperienza, che vale raccontare, è quella di una paziente portatrice di CVC giugulare, che nell'attesa di un intervento di superficializzazione della FAV per ripetuti fallimenti nel posizionamento degli aghi, decide autonomamente di rimuoversi il CVC, in un momento di particolare afflizione. Alla sua richiesta di utilizzare comunque la FAV, gli infermieri hanno tentato l'incannulazione del vaso sotto ecoguida, creando con successo dei siti per il Bottonhole, ed evitando l'intervento di superficializzazione.

L'uso dell'ecografia in ambito dialitico può non intendersi relativo alla sola venipuntura della FAV. I vantaggi possono essere molteplici: collaborare con il medico nel posizionamento di una catetere venoso, posizionare dei cateteri periferici (PICC) ad alto flusso, valutare globi vescicali nonché edemi polmonari.

In un discorso più complessivo, l'attività infermieristica trarrebbe numerosi vantaggi: si pensi a tutte quelle manovre che vengono eseguite alla cieca, basandosi sulle proprie esperienze e capacità sensoriali, quali vista udito e tatto, e che l'ecografo è l'unico apparecchio in grado di amplificarle.

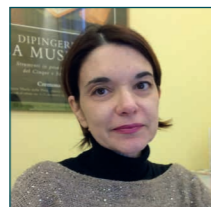
Ricordando Florence Nightingale (1872) "per noi che prestiamo assistenza infermieristica, la nostra assistenza infermieristica è qualcosa che, se non contribuiamo a far progredire ogni anno, ogni mese, ogni giorno, contribuiremo a far regredire".

Le immagini ecografiche di un accesso vascolare, prodotte da ecografisti esperti, possono risultare del tutto inutilizzabili se non eseguite contemporaneamente alla manovra di venipuntura

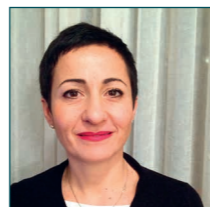




Rita Masina*



Emanuela Callea*



Daniela Mosci*

* Programma Epidemiologia e controllo del Rischio Infettivo correlato alle Organizzazioni Sanitarie Dr Tumietto. Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi

Ancora igiene delle mani? Vi raccontiamo perché!

Ancora sull'igiene delle mani? Questa non è una prova da stress alla vostra pazienza, né alla vostra tolleranza alla noia.

Moltissimi professionisti sanitari ritengono questo argomento banale, obsoleto, trito e ritrito, in quanto si sentono completamente padroni della materia, tanto da considerarne scontato il contenuto.

Eppure, questa sensazione di dominio assoluto delle nozioni, è raramente supportato da conoscenze solide e ben strutturate. E queste conoscenze appannate rispetto all'igiene delle mani, si rendono oltremodo evidenti quando, talvolta, nel corso delle osservazioni presso le unità operative, si manifestano in comportamenti inappropriati se non addirittura scorretti. In generale le idee confuse non portano mai a buoni risultati ed in questo caso il risultato è la trasmissione orizzontale di microrganismi potenzialmente letali.

Si stima che su 100 infezioni associate all'assistenza sanitaria, in media il 20% siano prevenibili, con significative differenze a seconda del tipo di infezione e del contesto (la proporzione di infezioni prevenibili varia da 10 a 70% nei diversi studi).

Il principale mezzo di trasmissione delle ICA sono le mani non igienizzate. Questo perché con le mani possiamo trasportare quantitativi inimmaginabili di microrganismi, che pur esistendo, sono assolutamente invisibili ai nostri occhi.

Non solo le mani sono altamente popolate da microrganismi. Tutto il nostro organismo lo è.

Per microbiota umano si intende, infatti, l'enorme popolazione di batteri, funghi e virus che vive nel nostro corpo, soprattutto nell'apparato digerente ma anche sull'epidermide, nel cavo orale, nell'apparato urogenitale, nell'apparato respiratorio.

Questi microrganismi sono 20 volte più numerosi delle cellule del nostro corpo: parliamo di circa 200 miliardi di unità di più di 1000 specie diverse in un essere umano adulto. La variabilità di questa popolazione è semplicemente incredibile: si stima che solo il 17%

dei ceppi batterici presenti sulla mano sinistra di un uomo sia presente sulla sua mano destra. Vista in quest'ottica, una persona non è soltanto un individuo della specie umana, ma un superorganismo costituito da numerosi ecosistemi, ognuno essenziale alla sopravvivenza del tutto.

Quando un paziente viene ricoverato ed ospitato nel suo letto, i microrganismi che dimorano in lui vengono diffusi a tutte le superfici circostanti. Dopo qualche giorno, e soprattutto se non vengono effettuate le

necessarie operazioni di sanificazione ambientale, il comodino, il campanello, il letto, la testata del letto, la sedia, diventano parte di un unico ambiente microbico caratteristico di quella persona.

L'accesso presso il paziente di un qualsiasi operatore sanitario, non solo arricchisce questo ambiente con i microrganismi

veicolati dalle sue mani, se non precedentemente igienizzate, ma ne determina lo spandimento presso altri pazienti, altre superfici all'interno ed all'esterno della stanza.

Pensateci la prossima volta che risponderete al telefono dell'Unità Operativa o che chiamerete l'ascensore. I livelli di contaminazione microbica delle mani sono molto variabili, a seconda delle pratiche di igiene delle mani e delle attività intraprese.

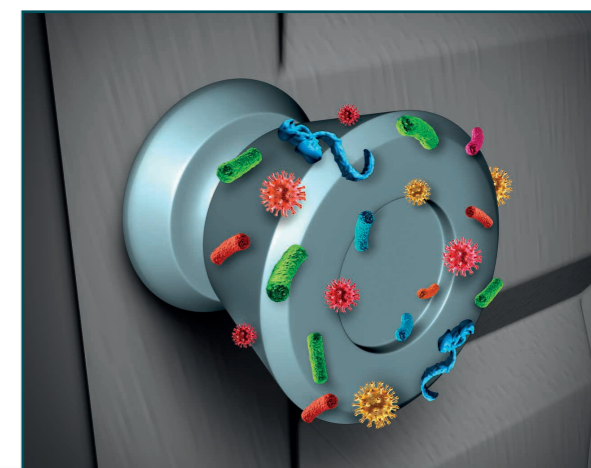
Si stima che sulle nostre mani ci possano essere tra i due e i dieci milioni di microrganismi dalla punta delle dita fino al gomito ed è stato dimostrato che le mani umide diffondono mille volte in più i microrganismi delle mani asciutte.

I microrganismi possono sopravvivere sulle mani fino a tre ore e una volta depositati nell'ambiente, in relazione alla specie microbica, anche molto a lungo.

Milioni di microrganismi sono nascosti sotto l'orologio e i bracciali e ci potrebbero essere più microrganismi sotto un anello di quante sono le persone in Europa.

Il numero dei microrganismi presenti sulle mani può raddoppiare in venti minuti. Dopo un giorno senza la-

Non solo le mani sono altamente popolate da microrganismi. Tutto il nostro organismo lo è.



L'importanza dell'igiene delle mani venne messa in luce da Ignác Semmelweis, medico ungherese, nel 1846. In quell'anno su circa 4.000 puerpere ricoverate, ne morirono 459 (pari all'11%) per febbre puerperale. La causa di tale epidemia era riconducibile alle mani dei ginecologi che effettuavano le autopsie su donne morte per la stessa causa e successivamente, senza lavarsi le mani, andavano a visitare le pazienti. Nel 1847, dopo l'adozione del lavaggio delle mani con cloruro di calce, su 3.490 pazienti ne morirono 176 (pari al 5%) e l'anno successivo la percentuale si attestò intorno all'1%. Se tutto ciò è chiaro da così tanto tempo perché ancora parliamo di igiene delle mani?



vars le mani 1 singolo microrganismo si moltiplica 2 bilioni di volte.

Senza cadere in questi eccessi, è dimostrato che il numero di microrganismi sulla punta delle dita raddoppia dopo l'uso della toilette, così come che circa il 20% delle donne ed il 40% degli uomini, non lava le mani dopo aver utilizzato i servizi igienici pubblici. Da cosa dipende la propensione all'igiene delle mani? Da diversi fattori.

In generale in base alle teorie comportamentali, i modelli di pulizia delle mani vengono probabilmente appresi durante i primi dieci anni di vita. Questo imprinting influisce successivamente sull'atteggiamento relativo all'igiene delle mani per tutta la vita, in particolare per quanto attiene alla cosiddetta "igiene innata delle mani", che riguarda la necessità istintiva di rimuovere la sporcizia dalla cute.

L'attitudine al lavaggio delle mani in occasioni più specifiche prende invece il nome di "pratica elettiva di lavaggio delle mani" e può corrispondere alle indicazioni relative all'igiene delle mani durante l'assistenza sanitaria (vedi Tabella 1). Detto questo, non vi è venuta voglia di lavarvi le mani?

BIBLIOGRAFIA

Whitby M, McLaws ML, Ross MW. Why healthcare workers don't wash their hands: a behavioral explanation. Infect Control Hosp Epidemiol. 2006 May;27(5):484-92.

WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. World Health Organization 200

<http://www.handhygieneurope.com>



RACCOMANDAZIONI OMS SULL'IGIENE DELLE MANI

A. Lavare le mani con acqua e sapone quando visibilmente sporche o contaminate con materiale proteico, o visibilmente imbrattate con sangue o altri liquidi biologici, o ancora in caso di esposizione probabile o accertata a microrganismi sporigeni (IB), o dopo l'uso dei servizi igienici (II)

B. Utilizzare preferibilmente la frizione con prodotto a base alcolica per l'antisepsi delle mani in tutte le situazioni cliniche descritte nei punti da C(a) a C(f) elencati di seguito, se le mani non sono visibilmente sporche (IA). In alternativa, lavare le mani con acqua e sapone (IB)

C. Eseguire l'igiene delle mani:

- Prima e dopo il contatto diretto con il paziente (IB)
- Dopo la rimozione dei guanti (IB)
- Prima di manipolare un dispositivo invasivo per l'assistenza al paziente (independentemente dall'uso dei guanti) (IB)
- Dopo il contatto con i fluidi e le secrezioni corporee, membrane mucose, cute. In caso di passaggio da un sito corporeo contaminato ad uno pulito nel corso dell'assistenza allo stesso paziente (IB)
- Dopo contatto con oggetti inanimati (inclusi i Dispositivi Medici) nelle immediate vicinanze del paziente (IB)

Lavare le mani con sapone semplice o sapone antisettico e acqua o frizionare le mani con una preparazione a base alcolica prima di manipolare farmaci o preparare il cibo (IB)

Evitare l'uso contemporaneo di frizioni a base alcolica e sapone antisettico su cute non integra, o medicazioni delle ferite (IA)



12 Maggio 2015 Giornata Internazionale dell'Infermiere: "L'isola degli Infermieri" in Piazza Maggiore a Bologna

Il Collegio Ipasvi di Bologna, in occasione della giornata dedicata all'Infermiere, riproporrà l'evento - che ha riscosso molto interesse l'anno scorso - "L'Isola degli Infermieri" in cui i genitori con i propri bambini potranno conoscere da vicino alcune attività e i relativi dispositivi: medicazioni (con simulazione di medicazione di ferite colorate), monitor e apparecchiature utilizzate in Rianimazione oppure in Dialisi, simulazione di manovre rianimatore (massaggio cardiaco e respirazione artificiale). Presente un'ambulanza e Soccorritori che simuleranno le manovre di primo soccorso. Un momento per condividere e approfondire l'importanza del lavaggio delle mani e per conoscere gli elementi di prevenzione per salvaguardare i reni ed il cuore.

INVITO AGLI INFERMIERI

Vieni anche tu e porta le tue idee e le tue competenze, individuali o della tua équipe professionale!

Invia una mail con le tue proposte a info@ipasvibo.it

Ti aspettiamo!!!

Maggiori informazioni sul sito www.ipasvibo.it





Elsa Locatelli
Staff nurse, band 5,
Watford General Hospital

Qui Watford (Londra). Esperienze a confronto

Dopo tre anni di studio intenso, esami, tirocini formativi molto impegnativi, ero arrivata ad un traguardo importante: l'attesissima laurea che mi avrebbe finalmente aperto le porte del lavoro come infermiera. Ricordo ancora la stesura del primo curriculum vitae, la corsa all'iscrizione all'Albo professionale del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna, l'attesa di risposte positive alle mie domande di lavoro, inizialmente in strutture private e o convenzionate, l'attesa davanti alla casella di posta elettronica. Era Gennaio 2014 ormai e non avevo ricevuto nessuna conferma, nessun feedback positivo che mi introducesse nel mondo del lavoro infermieristico. La situazione era paralizzata. Probabilmente avrei potuto attendere un po' di più, pazientare, ma io necessitavo di lavorare, volevo entrare nel mio ruolo di infermiera al più presto, per costruire mattone dopo mattone la mia esperienza lavorativa e la mia carriera.

Un giorno, navigando su facebook, triste e arrabbiata per la continua assenza di posta in arrivo, nella mia casella postale, e di chiamate che mi confermassero un impiego, mi imbattei in un post in cui si cercavano infermieri per strutture pubbliche ospedaliere nel Regno Unito. Lessi l'articolo dove si parlava di questa città a nord di Londra, Watford, in cui vi era questo ospedale, il *Watford General Hospital*, che cercava "overseas nurses" (infermieri oltre-mare) per mezzo di una agenzia di reclutamento. L'ospedale offriva un contratto a tempo indeterminato, \$ 1000 per il primo mese ed unico limite: rimanere almeno fino ad un anno dal proprio arrivo. Nel caso ci si fosse licenziati prima di un anno bisognava restituire le 1000 sterline che ci erano state fornite all'inizio del contratto. Avevo bisogno di un lavoro e valeva la pena pro-

vare a mandare il mio curriculum vitae tradotto in inglese. Pensavo che non mi avrebbero mai chiamata, nella mia mente era un altro feedback negativo alla mia domanda di impiego. Mandai tutti i miei dati, indirizzo e-mail e contatto telefonico a questa agenzia di reclutamento, Medacs, che faceva da tramite tra gli overseas nurses e il Watford General Hospital. Mandare il mio curriculum vitae nel Regno Unito era quasi un gioco, un passatempo in quanto mai durante gli anni di Università

Sapevo che nel caso di risposta affermativa sarei dovuta partire, cambiare vita, cambiare paese, lingua e modalità lavorativa

avevo pensato di trasferirmi all'estero per lavoro. Questo gioco diventò presto realtà e il giorno dopo mi chiamarono telefonicamente. Mi fecero una sorta *interview* telefonica preliminare in inglese per testare il mio livello linguistico. Mi fecero domande di base, come per esempio il mio percorso di studi, i miei

tirocini, le mie preferenze rispetto alle unità operative ospedaliere dove avevo svolto il tirocinio durante il percorso degli studi, la mia volontà a vivere e lavorare in Inghilterra. Non richiedevano un livello di conoscenza della lingua in inglese eccellente, in quanto sapevano che una volta sbarcati a Watford avremmo incominciato ad apprendere la velocemente e al meglio. Finita la chiamata mi dissero che mi avrebbero inviato per e-mail tutta la documentazione e le date del colloquio vero e proprio. Quest'ultimo si sarebbe tenuto a Milano, all'Hilton Hotel due settimane dopo. Non potevo crederci, nel giro di poco tempo avrei fatto il mio primo colloquio di lavoro e per giunta in inglese. Non mi rendevo conto di tutti gli eventi che stavano per accadere. Ovviamente sapevo che nel caso di risposta affermativa sarei dovuta partire, cambiare vita, cambiare paese, lingua e modalità lavorativa. Ma la cosa non mi preoccupava. Non ero spaventata, avevo solo tanta voglia di lavorare



Ad ogni infermiere vengono affidati 6 pazienti. L'assistenza è globale: assistenza di base, medicazioni, terapia, rapporto con i familiari

e tanta voglia di fare un'esperienza che mi avrebbe formata per il resto della mia vita. Il giorno dell'intervista arrivò prestissimo, prima della "prova orale" vi era un test diviso in due sezioni: la prima era la parte matematica, in cui venivano richieste le proporzioni per il dosaggio dei farmaci; la seconda parte si basava sull'analisi di un caso clinico, il quale sarebbe stato discusso nella seconda parte del colloquio. Terminata la prima sezione mi mandarono a svolgere la seconda ed ultima parte del colloquio. Vi erano una caposala di un reparto del Watford General Hospital, il *Cath lab* (laboratorio di emodinamica) ed una *Junior Sister* (figura infermieristica simile alla nostra case-manager). Mi fecero domande riguardo alla responsabilità infermieristica, al rapporto tra infermiere ed *health care assistance* (il nostro OSS), sull'assistenza personalizzata ed infine la discussione del caso clinico. Ero emozionatissima, ma riuscii ad apparire rilassata e professionale durante l'intervista. Al termine del colloquio mi strinsero entrambe la mano e mi dissero: "Well, See you in UK" ("Bene, ci vediamo in UK"). Ringraziai, uscii dalla stanza. Riattraversai tutti i momenti del colloquio nella mia mente e solo dopo realizzai che avevo scavalcato il primo piccolo "ostacolo"; avevo superato il colloquio e nel giro di poco avrei intrapreso una nuova vita. Il giorno dopo mi chiesero via e-mail tutta la documentazione necessaria per lavorare in Inghilterra. Essa comprendeva le varie copie certificate, autentiche e tradotte in inglese: del mio passaporto di identità, certificato di residenza, certificato di nascita,

casellario giudiziario, certificato di iscrizione all'Albo del Collegio IPASVI, diploma di laurea e tre referenze da parte di figure infermieristiche che mi avevano seguito nel corso degli studi per il conseguimento della laurea. Qui iniziò la parte complessa in quanto vi erano numerosi documenti da fare autenticare dal Comune e alcuni dal tribunale. I giorni precedenti alla mia imminente partenza li passai tra uffici e questure per il completamento della parte burocratica. Sapevo che ne sarebbe valsa la pena. Inoltre era necessario e indispensabile, per potere lavorare come infermiera in Inghilterra, l'iscrizione all'*NMC (Nursing and Midwifery Council)*, il Collegio degli infermieri ed ostetriche in UK. L'*NMC* è un organo molto forte e predominante nel contesto infermieristico inglese, e prima di potere esercitare la professione devi attendere di essere iscritta. Oltre a mandare tutti i documenti al Watford General Hospital tramite la Medacs, dovevo mandarli all'*NMC* che li avrebbe minuziosamente controllati e verificati in tempi non brevi. Conclusi il tutto e una volta approvata la burocrazia da parte dell'ospedale partii. L'*NMC* me li avrebbe approvati due mesi dopo dalla mia partenza.

Una volta arrivata in Inghilterra, assieme alle mie nuove colleghe italiane, l'ospedale ci forniva un appartamento per un mese, pagato con il denaro fornitoci all'inizio, in questo modo avevamo il tempo per cercare una sistemazione definitiva ed ambientarci. Per inserirci nel nuovo contesto si incominciò con due settimane di *induction* (orientamento). Erano lezioni



con personale infermieristico dell'ospedale nelle quali si apprendevano le procedure infermieristiche secondo le procedure inglesi, le *policy* (linee guida) dell'ospedale, la burocrazia e il funzionamento della struttura ospedaliera secondo gli standard inglesi. Furono due settimane molto intense ed altamente formative, in quanto il tutto era molto distante dal modello italiano. Perciò, per potersi introdurre al meglio era fondamentale l'adattamento delle nostre competenze di base con le nuove. Finite le settimane di *induction* ci vennero assegnate le sedi dove avremmo esercitato la nostra professione, io andai in endocrinologia e incominciai con un mese di affiancamento in cui si era *supernumerary*. Questo mese era atto ad inserirci nella nuova routine e attendere l'ufficiale iscrizione all'NMC, caratterizzata dall'assegnazione di un *pin number*, che ci avrebbe permesso di svolgere legalmente la professione. Si lavorava da infermieri ma si era affiancati, perciò per ogni cosa era necessaria la doppia firma e il *double check* (doppio controllo).

Da subito incominciai a notare le numerose differenze con l'Italia. In primis i turni sono di 12 ore (ovviamente diventano sempre 13-14 ore in quanto la giornata di reparto non sai mai come può evolversi) e questo si verifica, in media, tre volte a settimana, ma spesso anche quattro. Non vi è una turnazione come in Italia in quanto è possibile lavorare più notti di fila o giorni mischiati alle notti, perciò puoi avere tre notti di fila e un *Long Day* (Giornata lavorativa dalle 7 a.m. alle 8 p.m.) ad esempio. Sono turni che all'inizio spaventano, ma posso assicurare che si impara ad apprezzarli in quanto permettono una buona continuità assistenziale e permettono di conoscere il paziente al meglio, perciò di garantire una migliore assistenza personalizzata. I reparti, nel mio caso parlerò del mio (*Heronsgate Ward*), sono divisi in *bays* e *siderooms* (settori e stanze di isolamento). Ad ogni infermiere viene affidata un bay che è formato da sei pazienti, oppure un bay ed una sideroom, quindi 7 pazienti.

Sicuramente si assiste un numero inferiore di pazienti rispetto all'Italia, ma l'assistenza è più globale, in quanto tutti i sei-sette pazienti sono completamente sotto la tua gestione. L'infermiere, affiancato, quando non si è *short of staff* (sotto personale), dall'*health care assistance* (OSS) si occupa interamente e globalmente della gestione infermieristica del paziente: assistenza di base, medicazioni al mattino, medicazioni di ferite, lesioni cutanee da decubito, bendaggi, medicazioni intravenose, visita medica, dimissione del paziente, ammissioni, planning dell'assistenza infermieristica, rapporto con i familiari e con i medici. Il lavoro diventa molto pesante perché ti fai carico di tutti gli aspetti del paziente. Questo ti rende davvero parte integrante nel processo di guarigione del paziente in quanto tu ne diventi porta voce. Non dico che in Italia non vi sia l'assistenza globale al paziente, ma vi è più divisione dei compiti e settorializzazione. Altro aspetto che si differenzia dall'Italia è la documentazione infermieristica. In Inghilterra esistono numerosissimi *paper works*: essi sono dei care plans per ogni aspetto infermieristico che caratterizza il paziente. Tra questi vi è quello per il riposizionamento del paziente per la prevenzione delle lesioni cutanee da decubito, il care plan inerente l'accesso venoso, il catetere vescicale, il sondino naso-gastrico la *peg*, *continance care plan and stool chart* (minzione e defecazione), *food chart* (alimentazione) ecc. L'infermiere perciò, oltre ad assistere il paziente, deve compilare ad ogni turno tale documentazione per ognuno dei suoi assistiti. Inizialmente lo trovavo limitante, in quanto era difficile trovare tempo per compilare tale documentazione, ma poi ho imparato ad utilizzare al meglio il mio tempo, inserire tali papers work nella routine della giornata lavorativa. Ora senza di essi sarei persa, perché ti danno una guida e ti aiutano a focalizzarti sugli aspetti prioritari dell'assistenza al paziente. Essi svolgono una funzione guida, che ti permette di non tralasciare nulla del paziente. Altro aspetto chiave che differenzia l'Inghilterra dall'Italia è la possibilità di sviluppo di carriera. Io attualmente sono una Band 5, ossia *staff nurse* (infermiera). Il mio reparto mi sta già proponendo la possibilità nel giro di un anno di garantirmi corsi e tutorati per diventare mentore, ossia una sorta di tutor clinico al quale vengono affiancati gli studenti di infermieristica. Dovrei seguire delle lezioni universitarie non a pagamento ed essere affiancata da una mentore del mio reparto. Questo è il primo grande passo per poi evolversi in Band 6. Quest'ultima chiamata anche *Junior sister* è una figura molto simile alla nostra case-manager. Nel sistema infermieristico inglese essa è una importante figura che garantisce l'organizzazione e la continuità assistenziale ed un corretto e bilanciato team work del reparto. Ovviamente per divenire Band 6 è necessario essere mentori e avere solide esperienze nel campo assistenziale, inoltre è indispensabile un'ottima padronanza della lingua inglese in quanto si



Elsa Locatelli insieme ad un gruppo di infermieri italiani a Watford

ha a che fare con molta burocrazia e numerosissime policy, ma con tanto impegno e lavoro è possibile diventarlo. Dopo la Band 6 nel sistema britannico vi è la Band 7, definita anche *Senior Sister*; quest'ultima è la nostra caposala, che svolge le stesse funzioni organizzative e burocratiche come in Italia. Infine, ultimo step della gerarchia ospedaliera vi è la Band 8, chiamata *Matron*. Essa è una importante figura organizzativa che copre più reparti e svolge principalmente una funzione di coordinamento. La caratteristica inglese è la flessibilità. In Italia, pur non lavorando ho sempre notato una forte staticità del lavoro. Quando si ottiene un ruolo, che sia infermiera, case manager o caposala si tende a fossilizzarsi in quello, non tanto per volontà della persona, ma per le possibilità offerte dalle varie strutture ospedaliere. In Inghilterra vi è la possibilità e lo stimolo a cambiare, a sperimentare e ad evolversi. Aspetto invece simile, se non identico all'Italia è il rapporto professionale-lavorativo tra l'infermiere e l'*health care assistance*. Questo ultimo è il nostro ope-

ratore-socio-sanitario che nel sistema inglese appartiene alla categoria Band 4. Esso è addetto alle cure di base del paziente e collabora con l'infermiere nella gestione dell'assistenza personalizzata e globale alla persona. Il rapporto è pari a quello italiano, ossia l'infermiere è responsabile dell'operato del *HCA* (*health care assistance*). Come nel contesto italiano l'infermiere delega all'Oss ed è totalmente responsabile dell'operato di questo ultimo.

Spesso mi chiedono quando tornerò in Italia. La risposta non è facile, in quanto sono molto ambiziosa in questo momento della mia vita; questo mi porta a volere dare una svolta alla mia carriera e non tornare in Italia senza avere fatto passi avanti qui nel Regno Unito. Non voglio incitare gli infermieri italiani, disoccupati o non ad "arruolarsi" qui in UK, in quanto siamo noi che dobbiamo fare rinascere l'Italia e se espatriamo tutti di certo non diamo speranza al nostro Paese. Voglio solo portare una testimonianza di quello che sto facendo, una esperienza che mi ha aperto le porte



del lavoro e mi sta altamente formando. Tutto questo mi porta ad avere una mente più aperta, in quanto ho la possibilità di sperimentare realtà diverse. Tutto ciò è un bagaglio culturale che potrebbe, in futuro, tornarmi molto utile nel contesto italiano.

Per terminare voglio ringraziare il Dott. Pietro Giurandella, caposala dell'Unità Operativa nefro-dialisi dell'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi e vice presidente del Collegio Ipasvi di Bologna, che mi ha sostenuto fin da prima di partire per questa avventura. Lo ringrazio per tutti i consigli, referenze e supporto.

TABELLE DI APPROFONDIMENTO:

1) NMC: Nel Regno Unito l'albo professionale degli infermieri si chiama NMC (*Nursing and Midwifery Council*). A questo albo possono iscriversi infermieri, infermieri pediatrici e ostetriche. Per poter procedere alla registrazione, quali infermieri italiani, è fondamentale aver completato il percorso di studi ed essere in possesso del titolo di laurea, o del diploma antecedente l'attuale modalità formativa, e dell'iscrizione al Collegio IPASVI. La prima cosa da fare per poter avviare la registrazione è la pre-registrazione sul sito dell'NMC. Nell'arco di un paio di settimane l'NMC invierà direttamente a casa del richiedente un *application form* che dovrà essere compilata nelle sue varie parti. Una parte sarà direttamente completata dal richiedente che dovrà controllare i dati anagrafici e inserire informazioni inerenti l'università o la scuola dove è stato completato il percorso di studi, una parte sarà compilata direttamente dal Collegio IPASVI al quale è iscritto il richiedente e un'ultima parte invece dovrà essere compilata dal medico di base. Dopo aver completato la procedura di compilazione dell'*application form* si passerà alla seconda fase, che consiste nella richiesta e nella traduzione asseverata dei seguenti documenti:

- Copia autenticata del documento di identità
- Certificato di laurea
- Certificato penale
- Iscrizione IPASVI.

L'NMC è un organo centrale in UK nel contesto infermieristico in quanto svolge una funzione di controllo sull'operato dei propri iscritti. Esso sancisce le linee guida e le policy che devono essere seguite, in modo che le procedure siano standardizzate per minimizzare l'errore.

2) IL WATFORD GENERAL HOSPITAL (WHG): Il Watford General Hospital fornisce servizi prevalentemente di emergenza-urgenza nell'area dell'Hertfordshire. Inoltre esso è specializzato nell'area della Maternità e della assistenza neonatale. Ha 600 posti letto e 9 sale operatorie. I reparti:

- **Accident and Emergency** (Pronto Soccorso)
- **Acute Admissions Unit** (Tale reparto è il primo step tra il pronto soccorso e il reparto. Qui in paziente viene stabilizzato)
- **Acute Children's Services** (Pediatria)
- **Cardiology** (Cardiologia)
- **Care of the Elderly** (Assistenza all'anziano)
- **Chronic Pain** (Dolore cronico)
- **Clinical Haematology** (Ematologia)
- **Clinical Radiology** (Radiologia)
- **Community Contraceptive Services** (Servizi contraccettivi rivolti alla comunità)
- **Dermatology** (Dermatologia)
- **Diabetes and Endocrinology** (Diabetologia ed endocrinologia)
- **Endoscopy** (Endoscopia)
- **General Surgery** (Chirurgia generale)
- **Maternity Service** (Maternità)
- **Neonatal Unit** (Neonatologia)
- **Nutrition and Dietetics** (Nutrizione)
- **Occupational Therapy** (Figure simili al fisioterapista che aiutano la persona a reinserirsi nella routine quotidiana dopo la dimissione)
- **Ophthalmology** (Oculistica)
- **Orthopaedics** (Ortopedia)
- **Physiotherapy** (Fisioterapia)
- **Public Health** (Assistenza pubblica)
- **Rheumatology** (Reumatologia)
- **Sexual Health Services** (Servizi rivolti all'educazione sessuale)
- **Thoracic Medicine** (Medicina Toracica)
- **Urology** (Urologia)

3) LO SVILUPPO DI CARRIERA INFERMIERISTICA

Band 5

Primo livello ossia *staff nurse* (infermiera).

Band 6

Chiamata anche *Junior sister* è una figura molto simile alla nostra case-manager. Nel sistema infermieristico inglese essa è una importante figura che garantisce l'organizzazione e la continuità assistenziale ed un corretto e bilanciato team work del reparto. Si seguono delle lezioni universitarie non a pagamento e si è affiancati da un mentore dello stesso reparto.

Band 7

Definita anche *Senior Sister*; quest'ultima è la nostra caposala, che svolge le stesse funzioni organizzative e burocratiche come in Italia.

Band 8

Ultimo step della gerarchia ospedaliera, chiamata anche *Matron*. Essa è una importante figura organizzativa che copre più reparti e svolge principalmente una funzione di coordinamento.