

aniarti

SCENARIO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA

X CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

**INFERMIERE:
UNA PROFESSIONE DA CONQUISTARE
10 ANNI DI PRESENZA ANIARTI**

A cura di

D'AMURI RANIERO
SPADA PIERANGELO

RIMINI, 14-16 NOVEMBRE 1991

1947

1948

1949

1950

1951

RELAZIONE INTRODUTTIVA DEL PRESIDENTE ANIARTI

ELIO DRIGO

Dieci anni di una vita sono per la nostra cultura un periodo di tempo a cui attribuire una simbolicità ed un'importanza particolari.

Sono un momento privilegiato per porsi delle domande sul passato ed anche sul futuro. Sono un'occasione di rinnovamento, di acquisizione di nuova vitalità, che si radica nella certezza della vita vissuta e nella concretezza dei fatti e dei progetti costruiti e portati a termine.

Che cosa sono stati i dieci anni dell'Aniarti?

- Una presenza reale di un gruppo, di un gruppo allargato, non semplicemente di colleghi che lavorano in luoghi analoghi, ma oserei dire di persone con una forte carica di idealità, di speranza, di vitalità.
- Una volontà di attenzione alla persona come scelta-madre sulla quale si informano tutte le scelte successive.
- Dieci anni di lavoro per cambiare una realtà operativa inadeguata e non tollerabile; lavoro organizzativo, culturale, di relazioni sul territorio nazionale.
- Una assidua ricerca di alternative in linea con gli obiettivi di fondo della sanità e alternative proponibili e realizzabili.
- Dieci anni di elaborazione di nuove modalità di assistenza che fossero al servizio della persona invertendo tendenze opposte divenute ormai scontate nella sanità attuale.
- Dieci anni di formulazione di proposte precise per dare risposte ai bisogni di salute dei cittadini e ai bisogni di formazione e di professionalità degli infermieri che dedicano il loro lavoro ai malati in condizioni di rischio per la vita.
- Dieci anni di impegno disinteressato per tradurre principi etici e deontologici in concreti comportamenti professionali finalizzati alla elevazione del livello di qualità dell'assistenza infermieristica.

Ma facciamo di questo decennale un ulteriore motivo per continuare a lavorare per costruire il futuro e chiediamoci: perché l'Aniarti?

La risposta è di quelle complesse ed affonda le proprie ragioni in una molteplicità di motivi che possono riferirsi sia a situazioni sia a fatti ben definiti.

Ma un tentativo di analisi e di interpretazione è doveroso.

Viviamo tempi in cui la realtà in ogni suo aspetto ci appare sempre di più unitaria, indivisibile, costantemente parte di un tutto dai contorni non perfettamente definiti. I soggetti esistenti siano essi persone o istituzioni, si scoprono sempre di più «esseri di relazione». Il loro esistere, la loro consi-

stenza, si basa sulla relazione. La «solidità» delle cose e delle persone si fonda sul rapporto, sulla «tenuta» del legame, in una parola sulla solidarietà.

Non può estraniarsi da questa realtà e da questa tendenza la sanità, il servizio sociale per la salute. E non sfugge il concetto stesso di «salute» che, da «assenza di malattia» diventa «situazione di equilibrato benessere» in relazione con il mondo circostante.

Unità ed interdipendenza sono, ancora, il tema che lega l'idea del «villaggio globale», con cui viene concepito il mondo, in seguito alla estensione planetaria della fittissima rete di comunicazioni.

A fronte di questa palese tensione alla interrelazione globale si verificano invece precisi fatti socio-economici che manifestano una volontà di favorire soltanto singole individualità, di creare zone di privilegio e garanzia per conservare posizioni acquisite di vantaggio, a volte fuori di ogni regola e misura.

Proprio quella parte del mondo che ha prodotto gli strumenti di comunicazione che hanno portato all'idea del «villaggio globale», ha anche costruito un «villaggio» paragonabile ad un recinto in cui convivono uomini possessori di ricchezze, di potere, di futuro e della unica cultura ammessa e uomini che vivono senza vita, senza dignità, senza futuro.

Questa evidente discrepanza ormai è pienamente conosciuta.

Nel Sud del mondo si muore di fame e ricompaiono malattie che si pensavano definitivamente scomparse come il vaiolo e la peste. La situazione economico-finanziaria di questi paesi è disastrosa al punto che non rientra nei comuni criteri dell'economia.

Nel Nord si muore di opulenza. In campo economico viene considerata una vera catastrofe solo il mancato ulteriore incremento della produzione e del reddito.

Il fenomeno immigrazione «manifesto planetario» del bisogno di solidarietà per la sopravvivenza, provoca una levata di scudi a difesa dell'ordine costituito. Questo fenomeno, unito alla minaccia per la libera disponibilità della ricchezza petrolio, conduce l'Occidente, vedasi l'esperienza della guerra del Golfo, perfino a ripensare alla funzione dei propri eserciti, trasformandoli da eserciti per la difesa «della nazione» in eserciti a difesa, ovunque nel mondo, degli «interessi» della parte dominante del «villaggio globale», negando, come per l'Italia, lo spirito della sua massima legge, la costituzione.

In questo modo il dialogo, la relazione, la solidarietà vengono confinati nella politica dei documenti e dei proclami e vengono negati nella politica reale.

L'idea profonda di «villaggio globale» con i suoi valori di integrazione e di solidarietà sembra ancora una lontana utopia mentre si ha l'impressione di aggirarsi per una «selva oscura».

Si pensa e si enfatizza un mondo unito mentre si agisce per un mondo separato purché funzionale e redditizio, per il privilegio di pochi, i più forti, non importa a che prezzo per gli altri, molti, i più deboli.

I criteri che informano le scelte, purtroppo, non sono l'applicazione dei principi fondanti la convivenza umana.

Anche il mondo della sanità è pienamente investito da questo tipo di orientamenti e da queste modalità operative e gestionali.

Il sistema sanitario, nato come servizio, non può però seguire logiche e criteri che sono funzionali alla generazione di profitto.

La congruenza tra obiettivi sociali in fatto di salute e le scelte operative, diventa dunque un buon parametro di valutazione dei valori reali che una civiltà sceglie nei fatti.

Quando l'assistenza sanitaria, in un'economia generale e di programmazione, viene pensata e vissuta, purtroppo, come una dispersione improduttiva di risorse anziché come uno strumento per garantire un migliore livello di vita per i cittadini, allora significa che si sono perduti i valori che modellano una vita di relazione. L'organizzazione sanitaria diventa allora un'istituzione nella quale i risultati in termini economici prendono il sopravvento sui risultati sanitari. L'istituzione si trasforma in luogo di facili vantaggi economici e di potere soprattutto per coloro i quali hanno la possibilità di manipolare l'uso che viene fatto della struttura stessa.

La promozione, la conservazione e il recupero della salute sono obiettivi divenuti accidentali e scade la qualità del servizio dovuto al corpo sociale. I cittadini non trovano congruenza tra una realtà di relazione vissuta quotidianamente nel proprio ambiente ed un servizio sanitario che cessa di essere servizio e preme per trasformarsi in «impresa per prestazioni sanitarie» in cui il rapporto di fiducia perde di significato. Gli operatori sanitari vengono resi funzionali a quest' «impresa» e non si riconoscono più operatori di un «servizio» per l'assistenza sanitaria. Questi eventi spingono le persone più motivate ad adoperarsi per un servizio, a cercare alternative diverse che giungono anche all'abbandono del proprio impegno assistenziale.

In questo scenario vanno collocati gli infermieri.

Perché in questi giorni degli infermieri parleremo, con un'ottica di apertura, ampia.

Quella dell'infermiere è una professione fatta per la stragrande maggioranza da donne. E la lettura che vogliamo dare della realtà dell'assistenza, anche in funzione dell'esperienza dell'Aniarti sulla quale stiamo riflettendo, è una lettura soprattutto della «femminilità» di questa professione.

L'assistenza infermieristica è fortemente connotata dalla sua funzione di supporto ed aiuto alla persona, anche nei suoi risvolti o nei momenti più intimi o più dolorosi e drammatici. Tipica funzione che la nostra cultura, fortemente connotata da tendenze maschiliste, demanda alla donna.

La impossibilità di classificare, spiegare razionalmente, di contenere l'intimo, il dolore e l'esistenza del dramma, è caratteristica della cultura maschilista che razionalizza, spiega e risolve ogni cosa. L'irrazionale, quello che si discosta dal comprensibile o spiegabile, viene abbandonato alla donna perché ritenuta non capace di razionalità.

Ma la vita dell'uomo, ma anche la vita dell'universo è costituita anche di elementi illeggibili con la razionalità, di relazioni emotivamente profonde,

di dolore e di morte, di gioia, di accoglienza. Un elemento culturale tipicamente femminile con potenzialità di assoluto rinnovamento per l'attuale impostazione del mondo è la sensibilità, l'attenzione e la cura per gli aspetti non dominabili e spiegabili della vita.

Poche sono le donne che hanno fatto la «storia», quella scritta, fatta di imperi che sorgono e muoiono e di guerre tra gli uomini che non hanno avuto altro da confrontare se non la violenza.

La storia vissuta e non scritta, la storia quotidiana che ha fatto continuare ad esistere gli uomini, che ha conservato ed arricchito l'importanza dei piccoli, dei deboli, delle persone ritenute senza valore per i criteri correnti, è una storia profondamente di donne, è una storia che ha sviluppato, potenziato e valorizzato la civiltà.

Ebbene, questa storia di donne è anche oggi in posizione di subalternità a livello ufficiale. Quello che è certo è che questa storia di subalternità non trova più giustificazione nella attuale riconosciuta interdipendenza universale.

Sempre di più si rivela importante porre attenzione agli aspetti che possiamo definire «femminili» della realtà, se si vuole che la qualità della vita si elevi, perchè la femminilità è elemento imprescindibile della vita.

La professione infermieristica è una professione di donne, una professione orientata al «femminile» della realtà, per quello che è l'attuale esperienza umana; ed infatti, nello sviluppo della sua filosofia di fondo, «il nursing», non a caso l'elemento che costituisce il fulcro dell'attenzione è la persona nella sua totalità ed indivisibilità; non sono le malattie e gli organi l'impegno dell'infermiere.

La Medicina ha invece subito le conseguenze del fascino delle scienze esatte, della tecnologia, della disponibilità di risorse, della «forza», aspetti che potremmo considerare «maschili». Il risultato è la frequente perdita di visione dell'unità dell'uomo per inseguire la propria competenza per una piccola porzione dell'uomo.

Questa diversa ottica è certamente una delle cause dei difficili rapporti tra professione medica e professione infermieristica. Probabilmente la medicina deve ancora decidere di assumere ed imparare ad accettare come parte della vita delle persone l'irrazionale, il non-spiegabile, il dolore, la gioia, il dramma, che oggi non costituiscono un diffuso bagaglio culturale nei medici.

Le strade di infermieri e medici forse dovranno ancora rimanere divise in attesa che la medicina decida di essere, nei fatti, parte della espressione della vita sociale e non più un corpo separato, esclusivo, incontrollabile e soprattutto chiuso alle sostanziali novità concettuali che si stanno sviluppando nel modo di pensare della gente.

È significativo notare comunque come le donne della professione infermieristica siano in grado di richiamare costantemente per la società, l'attenzione sugli aspetti non rinunciabili.

È significativo notare anche come l'Aniarti, associazione di infermieri, ha voluto fare attenzione a degli aspetti tipicamente femminili della realtà umana.

Questo è segno della ricchezza, della poliedricità e della valorialità che gli infermieri Aniarti hanno espresso.

L'aver parlato, in periodo di massiccia invasione tecnologica nelle strutture intensive, di area critica ed area delle criticità della situazione del malato a rischio, significa aver ridato valore, nella concezione del lavoro e nell'organizzazione sanitaria, a quegli aspetti tralasciati, ma costitutivi della persona che sono la non separabilità del corpo dalla mente, dai sentimenti, la non separabilità del malato dai suoi parenti e dagli operatori stessi in nome della supposta priorità del bisogno del tipo fisico in fase critica.

Questa concezione si oppone e intende superare le conseguenze negative prodotte dalla polverizzazione delle superspecialità mediche frutto di una concezione della scienza in termini efficientistici, che manifesta i suoi pesanti limiti a vari livelli.

Parlare del femminile nell'attuale contesto socio-culturale significa necessariamente rilevare fenomeni e realtà negative e penalizzanti per le donne.

Per quanto concerne le problematiche legate all'organizzazione in funzione della tutela della salute, la medicina, che si rifà alle scienze sperimentali soltanto, viene ritenuta una funzione molto elevata, di competenza assolutamente esclusiva, incontestabile da chiunque, stimata.

La funzione dell'assistenza è femminile; si ritiene quindi che necessiti solo di una cultura molto modesta; non è stimata socialmente; comunque è sempre alle dipendenze del medico, fattosi ritenere e ritenuto, l'unico arbitro della vita della persona malata.

La cultura medica si fonda sulle scienze esatte e pian piano ne viene travolta e rischia di perdere di vista l'esistenza della persona al dilà dei fenomeni patologici e degli organi malati.

La cultura dell'assistenza è radicata nella realtà dei bisogni delle persone, si adegua alle necessità e spesso risolve con duttilità problemi sempre più complessi determinando una rapida evoluzione.

La convinzione di superiorità della cultura medica conduce ad una rigidità al cambiamento ed al confronto nella rivendicazione nella pretesa della centralità totale del medico nel processo terapeutico-assistenziale.

La convinzione dell'importanza di un'assistenza adeguata delle persone conferisce forza alla assistenza infermieristica ed induce all'attesa del cambiamento della medicina, senza cedere sulla filosofia di fondo.

Di fatto nella situazione contingente la professione infermieristica si trova in una posizione di dipendenza dalla dominanza medica e din una situazione di non-stima sociale a causa della mancata attribuzione di valore e di complessità alla funzione di assistenza alle persone.

Ma noi sappiamo che questa dominanza medica è già morta in termini culturali e si sta trascinando ancora solo in termini di esercizio di prepotenza.

Sappiamo che sono maturate enormemente in questi ultimi anni le capacità di individuazione dei propri ambiti di specificità professionale e di autonomia degli infermieri.

Sappiamo anche che si sono dilatate le competenze supportate da conoscenze ed abilità precise degli infermieri; l'assistenza in area critica offre a questo proposito molte occasioni di constatare questa realtà, che non si configura in uno sconfinamento pretestuoso in competenze esclusive del professionista medico, quanto invece in una più realistica ed attuale concezione ed applicazione dell'idea di assistenza globale alla persona in situazione critica. Alcuni esempi: gli infermieri sono ormai i maggiori esperti nell'uso appropriato e completo delle tecnologie; hanno dimostrato di essere in grado di eseguire con estrema precisione, appropriatezza e sensibilità alcune manovre frequentissime già riservate al medico come l'aspirazione endotracheale, ma anche l'intubazione, il cateterismo venoso ed anche arterioso, la rianimazione cardiopolmonare, ecc...I nostri colleghi americani sono dell'idea che entro breve gli infermieri saranno in grado di gestire direttamente alcuni trattamenti farmacologici senza ricorrere al medico. La valutazione, la conoscenza ed i rimedi più adeguati del dolore, nella realtà sono patrimonio molto più sviluppato negli infermieri che nei medici.

... E l'infermiere che deve gestire con tatto ed equilibrio il primo impatto con la nuova vita di un malato trapiantato? ... o il dramma dei parenti di un donatore d'organo? E che dire dell'infermiere presente nel soccorso in ambulanza che abbatte del 75% le morti dei malati con il massimo livello di gravità rispetto ad un soccorso senza l'infermiere? Come valutare poi la capacità o la competenza degli infermieri che riescono, mediante il supporto della loro sola assistenza accurata ed attenta a tutti i bisogni della persona, a svezzare dal respiratore malati divenuti ormai dipendenti dalla macchina e nei confronti dei quali hanno fallito tutti i tentativi di svezzamento con il solo uso della tecnologia più sofisticata?

Non sono fatti questi che costringono ad un ripensamento di alcune idee, ad esempio il concetto di terapia?

Terapia è tuttora un termine quasi sacrale ed intoccabile riferito esclusivamente a presidi farmacologici o tecnologici e chirurgici. Forse per «terapia» è ora di intendere anche una «relazione» umana, ad esempio, in una situazione particolare. E colui che conosce e sa quando usare e quando è in grado di applicare questa «terapia», di fatto è un «terapeuta».

Il ruolo dell'infermiere dunque si dilata, si espande inevitabilmente anche nell'ambito di quello che attualmente viene ritenuto il campo di intervento del medico; la famosa area grigia dell'intersezione delle due sfere di competenza del medico e dell'infermiere, anche questo significa. È solo una constatazione ed una dimostrazione pratica ed onesta, se la si vuole riconoscere, della naturale e logica tendenza ad una maggiore unità e convergenza di obiettivi e di azioni finalizzate alla salute della persona malata, che deve attuarsi tra i professionisti che di persone si occupano.

Ma torniamo un attimo ai fatti citati poco fa sulle nuove capacità degli infermieri: possiamo definire degli «esecutori» di disposizioni altrui questi infermieri? Non sono necessarie precise conoscenze, competenze, abilità e re-

sponsabilità per attuare quegli interventi? Non dobbiamo allora iniziare a discutere senza indugio solo di professionalità dell'infermiere e rifiutare di accettare la attuale ingiustificata ed antistorica dipendenza dalla professione medica? Non dobbiamo pretendere, per esigenza di giustizia nei confronti del diritto dei malati, che l'assistenza infermieristica di cui essi hanno bisogno, sia regolata da criteri assistenziali che gli infermieri sono in grado di definire e non più da criteri solo, nel migliore dei casi, diagnostici e terapeutici dei medici, quando non da criteri di mero opportunismo di una corporazione medica che intende continuare ad esercitare un ruolo di potere di basso profilo?

Il futuro di un servizio di assistenza infermieristica di qualità, ormai richiesto da tutti tra l'altro, può risiedere solo in una configurazione di professionalità vera dell'infermiere che si esprime in piena autonomia a tutti i livelli anche organizzativi di struttura. Pare, per inciso, che finalmente una normativa seria sarà emanata per sanare un ritardo storico incredibile per la formazione e l'organizzazione infermieristica. Staremo a vedere ...

La pari dignità tra le professioni unitamente al rispetto per le competenze specifiche non è più confutabile.

La teoria della centralità del ruolo medico nella sanità ha presa non per il fatto di avere fondamenti oggettivi ma solo perchè concepita da un gruppo sociale come quello dei medici, che detiene grandi possibilità di condizionamento delle forze politiche ed economiche, in seguito alla propria indispensabilità ed al monopolio sulla salute e la malattia abilmente costruiti nel tempo.

Ad un'analisi demitizzata dei fatti l'attuale funzione diagnostica e terapeutica del medico è riconducibile in buona parte ad interventi di indagine strumentale automatizzata ed alla applicazione di protocolli terapeutici abbondantemente già predefiniti. Rimane una piccola parte di interventi diretti ed il riscontro delle sintomatologia oggettiva e soggettiva.

Molte altre scienze concorrono attualmente ai successi attribuiti solo alla medicina: la biologia, la genetica, la tecnologia, la farmacologia, l'informatica, la telematica, la bioingegneria ... Senza entrare nel campo dell'investimento delle risorse economiche al servizio della medicina piuttosto che di altre attività sanitarie o che del servizio sanitario sono corollarie. Esaminiamo ad esempio quanto si spende negli ospedali in attrezzature diagnostico-terapeutico a volte, o spesso sottoutilizzate o non utilizzate proprio per errori di acquisto o di programmazione delle attività. E quanto si spende per le «attrezzature assistenziali» che consentirebbero di ridurre il lavoro infermieristico ma soprattutto di rendere ai malati una vita, già tragica, almeno più confortevole.

Dunque possiamo affermare che le «glorie» della medicina vanno almeno condivise se non proprio ridimensionate. La centralità del ruolo medico è una concezione pericolosa perchè non corrisponde all'esperienza storica delle altre realtà sociali ed organizzative.

L'unica centralità che può avere speranza di successo nell'ambito del lavoro sanitario è quella del malato.

È sugli obiettivi di salute globale ed «umana» infatti che ciascuno e cia-

scun gruppo professionale deve impegnarsi ad apportare il massimo di efficienza ed efficacia.

La storia dell'Aniarti ha tentato di percorrere questa strada ricercando non posizioni di privilegio o di distinzione né all'interno della professione infermieristica, né nella struttura sanitaria.

Facile sarebbe stato ed allettante anche sfruttare la nostra forza di condizionamento costituita dal fatto di aver acquisito professionalità difficilmente sostituibili.

Ma la modalità corretta di risolvere i problemi è quella di affrontarli e modificarli dall'interno operando delle trasformazioni nei fatti di ogni giorno.

Si è iniziato così a studiare la nostra realtà ed a ricercare alternative a quegli aspetti che non erano più condivisibili. Con l'elaborazione e l'impegno si è quindi costruita una filosofia ed un'etica che sostengono le scelte in campo formativo per un infermiere specializzato per l'assistenza al malato in fase critica e le scelte in campo organizzativo per costruire una unità e continuità nel lavoro di recupero della migliore salute possibile per il malato critico.

I dieci anni dell'Aniarti hanno consentito di imparare a leggere la realtà quotidiana della vita nelle strutture di assistenza intensiva e dell'emergenza.

L'insegnamento tratto e la strada percorsa fino a a questo momento costituiscono motivo di certezza che gli infermieri costituiscono una forza di cui la società dispone e che è ancora mantenuta chiusa e contenuta. È necessario che questa forza esca dal chiuso delle strutture, dei piccoli gruppi, della professione stessa, per misurarsi con il mondo del nostro paese, con le forze sociali, con la politica, con le componenti economiche.

I contenuti etici, filosofici, scientifici acquisiti con l'esperienza vissuta con i malati in condizioni di criticità di vita e con i loro parenti, sono elementi elaborati esclusivamente dagli infermieri dell'area critica e sono elementi risultati importantissimi per attribuire alla vita dell'uomo e del mondo il loro valore in una dimensione completa. Sono elementi che hanno la forza e l'autorità di orientare il cammino della società e delle persone future. Sono elementi cioè che contribuiscono a trasformare in senso positivo l'uomo ed il mondo.

Dunque il nostro duro lavorare, correre, programmare, eseguire, fare attenzione, cercare i problemi ed adottare le migliori soluzioni, concorre a cambiare una realtà che non ci piace perché già intravediamo potrebbe essere migliore.

È per tutto questo, per questa ansia e tensione che l'Aniarti è nata.

Oggi comunque le cose sono già molto diverse da dieci anni fa, siamo sicuri anche perché l'Aniarti è esistita. L'Aniarti della solidarietà, della valorialità, della centralità della persona, della professionalità degli infermieri.

L'Aniarti, tutti noi.

GLI ANNI DELL'ANIARTI: PER UNA MEMORIA

CLAUDIA SILVESTRI ⁽¹⁾, ELIO DRIGO ⁽²⁾

⁽¹⁾ IPAFD - Vicepresidente ANIARTI

⁽²⁾ IPSAFD - Presidente ANIARTI

Ripercorreremo in rapida sintesi gli anni vissuti dall'ANIARTI, i momenti più importanti ed i fatti verificatisi nella realtà infermieristica italiana per iniziativa dell'associazione.

Seguiremo la cronologia dei congressi nazionali annuali, che hanno rappresentato l'occasione in cui la sintesi della strada percorsa veniva definita ed in cui è stato possibile pensare ed intravedere gli sviluppi necessari per gli anni successivi.

16 novembre 1981: Brescia.

Dal diffuso bisogno di alternative alla situazione senza prospettive di evoluzione per gli infermieri nasce l'A.N.I.A.R.T.I. (Associazione Nazionale Infermieri di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva). Si sono appena chiusi i complessi anni '70 dopo il boom economico degli anni '60 e l'acceso dibattito sulle problematiche sociali, dopo la nascita ed il declino del doloroso fenomeno del terrorismo, con l'inizio del riflusso ed il concentrarsi dell'attenzione sulla persona vista non più solo come componente essenziale di un gruppo, ma come individualità e soggettività.

Le teorie del *nursing* compaiono in Italia ma trovano una professione ancora impreparata, non ricca di consistenti elementi culturali ed organizzativi propri e diffusi. Ma la percezione della inaccettabile incongruenza tra il compito specifico dell'assistenza e le effettive possibilità di assolvere tale compito facendo affidamento solo sul percorso formativo ricevuto e sugli strumenti realmente disponibili per la professione infermieristica, spinge 150 infermieri delle strutture intensive di quasi tutte le Regioni italiane a dare corso ad un tentativo infermieristico di introdursi nella realtà sanitaria e modificarla verso una maggiore aderenza alle esigenze delle persone. Infermieri e malati con i loro parenti: la prima idea è stata un'idea di alleanza.

Il terreno iniziale di discussione è rappresentato dai corsi di specializzazione che, dopo aver fatto una timida comparsa nell'ambito della formazione infermieristica, erano stati disincentivati ed erano poi scomparsi in seguito al mancato riconoscimento della figura dell'infermiere da parte del DPR 761/79. Si voleva la riapertura dei corsi. Il professor Francesco Valenti (Brescia) fu un appassionato sostenitore di quest'idea. Le organizzazioni dei medici anestesisti supportavano la richiesta oltre che per un normale, per l'epoca, atteggiamento paternalistico nei confronti degli infermieri, anche per un effettivo interesse a lavorare con infermieri più affidabili per le mansioni tecniche.

Questo supporto dei medici era stato accettato dall'associazione nella fase iniziale costitutiva, anche con la presenza nel consiglio direttivo, come da statuto, della figura del direttore scientifico rappresentato da un medico anestesista rianimatore. Il fatto verrà presto superato come vedremo.

La Medicina negli anni immediatamente precedenti aveva aperto fronti di enormi prospettive di sviluppo nel campo dell'urgenza-emergenza, nell'aggressione a patologie complesse e nel supporto d'organo prolungato ed intensivo.

All'interno della professione e per i Collegi IPASVI in genere, nella fase iniziale l'A.N.I.A.R.T.I. venne interpretata come una ricerca di interessi particolari di un gruppo privilegiato e quindi come un motivo di disgregazione della categoria.

Dopo il primo anno utilizzato per l'organizzazione di base, al 1° Congresso Nazionale a Roma nel 1982, viene eletta presidente dell'associazione da circa 200 soci, Simonetta Degano di Udine. Dopo il primo congresso si inizia la definizione di obiettivi più precisi da perseguire ed un primo coordinamento dell'attività dei soci.

Era stata fondata nel frattempo la rivista ufficiale dell'associazione dal titolo «Nursing Intensivistico», ovviamente tra enormi difficoltà per reperire i lavori da pubblicare ed i fondi per la stampa.

Nell'82 l'Associazione organizza la partecipazione di 40 colleghi italiani al 1° convegno mondiale di infermieri delle strutture intensive a Londra. È un primo contatto diretto con le esperienze estere.

1983: ancora Roma; 2° Congresso Nazionale.

Le difficoltà economiche per la gestione sono ancora gravi. Il congresso si configura con più precisione come «infermieristico» e si differenzia dalle tematiche medico-tecniche soltanto. Partecipano 280 infermieri.

La caratteristica di limite dell'associazione riservata agli infermieri di «Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva» inizia a rivelarsi costringitiva e poco oggettiva in rapporto alle problematiche vissute nella quotidianità, le quali tendono invece a superare questi angusti confini di reparto e servizi.

In seguito alle eccessive difficoltà e limitazioni derivanti dal rapporto con l'Editrice proprietaria della rivista «Nursing Intensivistico», si decide di interrompere la collaborazione e viene fondata la rivista di proprietà dell'associazione e dunque gestita completamente dall'A.N.I.A.R.T.I. Nasce così «Scenario: il nursing nella sopravvivenza», che nella fase iniziale viene curato da un gruppo di soci di Arezzo, in particolare da Jacopo Comanducci e Rodolfo Rossi.

Si creano alcuni gruppi di lavoro associativo nelle varie realtà locali e permane il problema della inconsistente presenza dell'associazione al Sud-Italia.

1984 Padova. 3° Congresso Nazionale.

Un nucleo di soci si impegna in loco per l'organizzazione del convegno.

Questo contribuisce ad allargare il gruppo di quanti in seguito lavoreranno attivamente in associazione. Il successo dell'incontro determinato dalla partecipazione di oltre 450 infermieri, dalla qualità degli interventi infermieristici e dalla partecipazione delle ditte espositrici, ha contribuito grandemente a fornire una certa sicurezza e garanzia all'insieme del lavoro dell'associazione. Si stampano per la prima volta gli atti del congresso.

Mentre continua la velata disapprovazione per l'associazione da parte dei Collegi IPASVI, l'A.N.I.A.R.T.I. inizia a confrontare direttamente la propria linea di pensiero con le organizzazioni dei cittadini che richiedono una maggiore qualità globale del servizio sanitario. Inizia a Padova il rapporto duraturo e significativo con il «Tribunale dei Diritti del Malato».

Al rinnovo delle cariche associative viene confermata presidente Simonetta Degano.

Nel 1985 Siena è la sede del 4° Congresso Nazionale.

I 750 partecipanti mettono in crisi l'organizzazione pensata per un massimo di 550 persone. Le difficoltà per gestire l'inaspettata situazione coagulano un gruppo di colleghi soprattutto di Milano che si impegna nell'immediato a porre rimedio alla contingenza e che costituirà per i futuri congressi il punto di riferimento organizzativo. Il titolo del congresso «Scenario: il nursing nella sopravvivenza» ha rappresentato un punto fermo nell'esperienza dell'associazione ed un programma per il futuro. Le relazioni, tutte infermieristiche e la presentazione di esperienze italiane ed estere, spaziano sui molteplici aspetti e sui vari settori dell'assistenza intensiva e dell'emergenza. Il salto di qualità è rappresentato dal fatto che nell'ambito del congresso viene definita con maggiore precisione l'identità dell'associazione, intesa come momento di incontro ed elaborazione culturale degli infermieri e la diversificazione dal sindacato. Gli stimoli ad imboccare questa strada erano stati fino a quel momento molto forti. La definizione di alcuni obiettivi a medio e lungo termine rappresenta un punto di riferimento per il futuro.

La rivista «Scenario» pur nelle difficoltà continua la presenza di contatto, stimolo ed informazione.

L'associazione si impegna nella traduzione e pubblicazione di un testo scritto dagli infermieri americani, «Standards per la cura dei malati in condizioni critiche», che rappresenta un contributo importante per quegli anni sul tema degli standard che inizia ad entrare in Italia.

Si affronta con maggior precisione le problematiche relative alla ricerca e si investono dei fondi in ricerche infermieristiche. Si ha occasione così di sperimentare le difficoltà, i problemi e l'importanza della ricerca per la professione.

La concezione dell'assistenza secondo la filosofia del *nursing* continua a porre degli interrogativi sulla impostazione vigente del lavoro infermieristico e della configurazione dell'associazione ancora concepita come esclusiva per

gli infermieri di anestesia, rianimazione e terapia intensiva. Si manifesta meglio l'esigenza precisa di dare all'associazione una visione ed un campo piú ampio e piú congruente all'entità dei problemi assistenziali incontrati.

1986: Il V° congresso Nazionale si tiene a Milano.

I 1.000 partecipanti trovano un'organizzazione che ha previsto tutto; sembra quasi l'applicazione del tema del congresso: «Il management infermieristico nell'area intensiva». L'argomento è di particolare interesse perché offre una visione ampliata del ruolo infermieristico che rompe gli angusti confini dell'esecutività per interessarsi di organizzazione e gestione della sanità e dell'assistenza.

Il rinnovo delle cariche associative conferma ancora Simonetta Degano a presidente dell'associazione, mentre viene nominato Marco Braida direttore della rivista: «Scenario» cambia la veste grafica, la concezione della sua produzione e ne viene incentivata la diffusione.

L'ambito strutturale di riferimento dell'associazione diventa se possibile, ancora piú «stretto» e non rappresentativo della grande quantità dei soci; troppi riferimenti al di fuori delle strutture intensive classiche presentano problemi di criticità delle situazioni dei malati e dunque richiedono un intervento competente; troppi infermieri di questi ambiti si inseriscono nel lavoro dell'ANIARTI per effettive necessità di fare un percorso professionale e culturale comune.

Si decide di costituire un gruppo di studio nazionale sul problema per affrontarlo con metodo. Con il supporto del CeRGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria) dell'Università «L. Bocconi» di Milano, un gruppo di circa 30 infermieri ANIARTI operanti nei vari ambiti intensivi delle diverse zone d'Italia si impegna nella definizione

- della nuova identità dell'associazione;
- la nuova identità dell'infermiere che lavora con il malato in condizioni critiche;
- l'esigenza di specializzazione;
- i contenuti della specializzazione.

L'elaborazione che si matura porta al definitivo superamento della visione di separatezza dei problemi «critici» del malato, della formazione specialistica tradizionale degli infermieri e della organizzazione sanitaria che si occupa dei malati in condizioni critiche.

Si concettualizza l'area critica nel suo aspetto di «area situazionale» del malato e di modalità organizzativa funzionale ad un bisogno urgente di assistenza.

Logica conseguenza è la necessità di modificare lo statuto dell'associazione divenuto ormai insufficiente a rappresentare la nuova realtà associativa. Si inizia a lavorare anche a questa trasformazione.

Nel frattempo all'interno di molti Collegi IPASVI e della Federazione Na-

zionale dei Collegi si era fatta largo la convinzione che l'ANIARTI rappresentasse una realtà viva e non già un motivo di divisione nella professione infermieristica. Il riconoscimento è ufficiale nel momento in cui l'associazione viene invitata a partecipare ai lavori di studio di una buona parte dei Collegi per un progetto di riforma della professione infermieristica.

La presenza dell'ANIARTI è dunque nel panorama italiano una forza ormai ben caratterizzata e che fornisce precise garanzie di impegno, coerenza di lavoro e proposte operative.

Nel 1986 si tiene all'Aja (Olanda) il secondo congresso mondiale per infermieri delle strutture intensive e d'emergenza. L'ANIARTI viene invitata come rappresentante ufficiale degli infermieri italiani a presentare nel congresso la propria esperienza associativa e le problematiche specifiche vissute nella realtà italiana.

In questo periodo le realtà locali dell'associazione iniziano anche ad organizzare i propri congressi regionali in Sardegna, Friuli Venezia-Giulia, Lazio, Veneto, ecc. e l'esperienza si intensificherà poi negli anni successivi anche diversificando le formule organizzative e le modalità di trasmissione dei contenuti proposti.

Dopo il Congresso Nazionale di Milano, Simonetta Degano, per sopraggiunti problemi personali rassegna le dimissioni dalla carica di presidente. Il Consiglio Direttivo nomina *ad interim* un comitato di presidenza composto da Claudia Silvestri, Rosanna Filafferro ed Elio Drigo.

1987 Vieste.

Il congresso è un tentativo dell'associazione di essere presente al Sud-Italia per coinvolgere una realtà della professione quasi assente nell'associazione fino a questo momento. L'obiettivo non viene raggiunto. La partecipazione al congresso modesta se confrontata con le esperienze degli anni precedenti: 500 infermieri provenienti al 90% dalle regioni del Centro-Nord Italia.

L'importanza del congresso di Vieste risiede invece nel fatto che viene presentata per la prima volta ufficialmente la concettualizzazione dell'area critica e nell'ampia discussione che si sviluppa sulla professione infermieristica sui suoi aspetti di rilevanza sociale. La presenza e l'intervento sui temi della formazione infermieristica della Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, sigla il definitivo riconoscimento dell'importanza del lavoro svolto dall'ANIARTI all'interno della professione a livello nazionale.

Dopo il congresso di Vieste viene costituito un gruppo di infermieri esperti con lo scopo di sviluppare il programma del corso di specializzazione per l'assistenza in area critica che l'ANIARTI intende proporre quale modello unico di specializzazione a livello nazionale per sanare una situazione che vede l'esistenza di pochi corsi ma della più varia natura e finalità.

1988 Assisi.

L'infermiere protagonista nell'area critica è il titolo del VII° Congresso Na-

zionale. Si approfondiscono i temi legati agli elementi costitutivi della professionalità, dell'area critica e della specializzazione.

Assisi è una tappa importante perché è il momento in cui l'ANIARTI si trasforma radicalmente. La discussione ampia e dibattuta del nuovo statuto porta ad un nuovo assetto rappresentativo dei soci e ad una nuova modalità operativa degli organi esecutivi. La sigla A.N.I.A.R.T.I. (Associazione Nazionale Infermieri di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) si trasforma in nome e diviene «ANIARTI» che sta a significare: «Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica». La nuova idea di area critica acquisita e costruita con l'esperienza di anni di lavoro viene tradotta anche nella nuova denominazione dell'associazione.

Il rinnovo delle cariche associative vede un ampliamento del numero dei rappresentanti regionali e la costituzione del primo comitato direttivo. Nella nuova concezione dell'associazione non si ritiene più opportuno che il delegato scientifico sia un medico ma bensì un infermiere. Elio Drigo, fino a quel momento segretario dell'associazione, viene eletto presidente.

L'esigenza di un corso di specializzazione strutturato per l'assistenza in area critica diventa sempre più impellente. Lo studio del programma da parte del gruppo allo scopo costituito, procede ed entro pochi mesi avrebbe portato a termine il progetto definitivo.

SCENARIO continua la sua esperienza con difficoltà ma anche con sempre migliori risultati in termini di qualità.

Nel frattempo la presenza di rappresentanti ANIARTI viene richiesta in molti congressi, incontri, gruppi di studio, ecc. in relazione alla specifica competenza sui temi infermieristici dell'area critica. Gli impegni e le attività si intensificano soprattutto per quanti ricoprono cariche elettive.

Nel 1988 a Montreal (Canada), si tiene il III° Congresso mondiale per infermieri delle strutture intensive e dell'emergenza. L'ANIARTI viene invitata a partecipare con la presentazione di tre interventi che illustrano esperienze e specificità del lavoro infermieristico in Italia. I colleghi esteri hanno manifestato apprezzamento per le idee sviluppate dall'associazione nel campo dell'assistenza in area critica.

1989 Bologna.

All'ottavo congresso nazionale si incontrano 1200 infermieri. Il convegno rappresenta un amplissimo *escursus* sull'assistenza infermieristica in tutti i settori dell'area critica che consente di dimensionare la portata delle problematiche affrontate. Circa 200 infermieri hanno lavorato direttamente o indirettamente alla realizzazione dei lavori presentati, manifestando ulteriori notevoli livelli di qualità nei contenuti e nella forma.

Continua l'esperienza di collegamento con le esigenze della popolazione malata attraverso i contatti con il Movimento Federativo Democratico - Tribunale dei Diritti del Malato (TDM), con la eccezionale presenza di Giancarlo

Quaranta, ispiratore del Movimento, che traccia le analogie e la comunanza di storia ed impegno tra TDM ed ANIARTI.

A Bologna viene anche presentato ufficialmente il programma ANIARTI per il corso di specializzazione in area critica dopo due anni di incontri e riflessioni del gruppo di lavoro e del comitato direttivo.

Intanto i concetti di area critica e di infermiere specializzato in area critica si diffondono e vengono adottati in altre realtà ed occasioni di incontro tra professionisti anche al di fuori dell'ANIARTI.

In questi anni l'ANIARTI organizza anche dei corsi per gruppi ristretti di infermieri per l'apprendimento della metodologia della ricerca, attuati con il supporto dei docenti del CEREF (Centro di Ricerca e Formazione) di Padova.

Ci sono anche contatti con altre associazioni infermieristiche, ANIN, CNAIOSS, EDTNA-ERCA, ecc. che dimostrano l'intenzione di perseguire i comuni obiettivi di crescita della categoria infermieristica e di miglioramento della qualità del lavoro.

Maturano i tempi anche per concretizzare proposte di legge per la riforma della formazione e della regolamentazione della professione infermieristica. L'ANIARTI è presente con contatti, con proposte precise e puntuali e con la propria azione.

Anche i contatti con i sindacati diventano più mirati e di maggiore consistenza. L'espressione area critica viene introdotta anche nel linguaggio e nei contenuti dei sindacati.

Si arriva così al *IX congresso di Riva del Garda*.

1.100 i partecipanti. Il titolo è già un programma: «Area Critica: dall'ipotesi alla realtà». Le prime tre giornate offrono uno spaccato approfondito della filosofia ANIARTI e del radicamento nella realtà delle idee prodotte. Viene definito per la prima volta la struttura del modello organizzativo dell'area critica e viene ampiamente presentata la problematica della formazione specialistica in area critica in vista della futura legge di riforma della formazione infermieristica. La partecipazione di rappresentanti politici, amministratori di USL e dirigenti infermieri, attribuisce notevole intensità al dibattito. Nell'ambito del congresso viene diffuso il documento con la proposta ufficiale dell'ANIARTI per la futura formazione degli infermieri, quale contributo al dibattito ormai su scala nazionale. La posizione avanzata diverge anche vistosamente da quella della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, ma alla fine si dimostrerà una proposta vincente.

Nell'ambito del congresso vengono presentati molti lavori di indagine frutto dell'applicazione dei partecipanti ai gruppi per l'apprendimento della metodologia della ricerca tenuti negli anni precedenti.

Ancora una volta a Riva del Garda c'è stato il rinnovo delle cariche associative che ha contribuito ad allargare il gruppo operativo e dei rappresentanti regionali. Cambia anche il direttore responsabile di SCENARIO. Giuliana

Pitacco raccoglie dopo Marco Braida la difficile eredità della rivista dell'associazione. SCENARIO continua a crescere, le difficoltà persistono ma si spostano a livelli più elevati e riguardano la precisione e la programmazione. Ormai la rivista è affermata ed apprezzata e costituisce un punto di riferimento per la professione.

Intanto nella Regione Friuli Venezia-Giulia, per interessamento dell'Aniarti, la Regione stessa, fatto proprio il programma di corso di specializzazione studiato dall'associazione per l'area critica, istituisce il primo corso presso le scuole per infermieri professionali delle province. Il corso viene tenuto ad Udine e Pordenone. Un «sogno» anche se per il momento di piccole dimensioni, si è avverato. L'esperienza rappresenta un punto di avvio determinante ed un fatto concreto a cui afferisce già un certo interesse di altre Regioni. La speranza ovviamente è che l'esperienza si allarghi con le stesse caratteristiche perché finalmente il lavoro prodotto fino a questo momento trovi precisi riscontri di trasformazione della realtà dell'assistenza infermieristica.

Anche per la prospettiva di imminente riforma della professione e formazione infermieristica è importante che esistano delle concrete proposte ed esperienze di riferimento che siano state pensate e costruite dagli infermieri. Ed è importante che queste esperienze siano conosciute e diffuse. Altrimenti il rischio è che altri ci costruiscano la formazione per noi.

E siamo arrivati al *X Congresso nazionale* che, sicuramente, costituirà una nuova carica di entusiasmo per altri importanti traguardi, per la professione nell'area critica, per la professione in generale e per l'intera sanità.

La conclusione logica di questa «memoria» è quindi un forte augurio ed invito di BUON LAVORO, assieme, nell'ANIARTI.

PRONUNCIAMENTO

AI SOCI ANIARTI E AI COLLEGHI TUTTI

Nel 10° anniversario della nostra fondazione sentiamo il bisogno di continuare con l'entusiasmo di sempre ad impegnarci a favore dell'uomo, della professione e della solidarietà sociale.

L'ANIARTI, nata come risposta al nostro disagio quotidiano, vuole continuare ad essere una forte espressione della voglia di incidere nell'operativo, di cambiare questa realtà e di sognare una sanità a misura d'uomo.

I piccoli e grandi problemi che affrontiamo ogni giorno e la continua frustrazione si affrontano e si risolvono anche con l'utopia e il sogno.

L'infermiere è il professionista che svolge attività di servizio all'uomo inteso come sistema complesso in costante interrelazione con l'ambiente. Il suo obiettivo è quindi intervenire a tutela e promozione della salute, valore assoluto per ognuno e che ognuno rende relativo a se stesso in base all'autopercezione ed al proprio contesto di vita. Assistere diventa allora costruire una relazione d'aiuto competente e rispettosa delle diverse soggettività e dei principi fondanti la convivenza civile.

Per tutto questo gli infermieri ANIARTI e tutti gli infermieri si impegnano a:

1. mantenere e valorizzare la propria professionalità;
2. essere promotori e partecipi al cambiamento assistenziale ed organizzativo;
3. valorizzare la propria specificità disciplinare a tutela e promozione della salute dell'uomo;
4. rendersi protagonisti professionalmente, socialmente e politicamente.

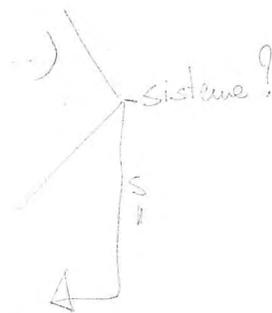
LA NOSTRA FIRMA A CONVALIDA DI QUESTO IMPEGNO!!!!

Drigo Elio
Silvestri Claudia
Bancolini Claudia
Castellani Massimiliano
Cecinati Gianfranco

D'Amuri Raniero
Pitacco Giuliana
Silvestro Annalisa
Stanganello Francesco
Viccari Silvia

Organizzazione sistematica

- uomini (pz - operatori - tecnici - volontari - ...)
 - ↳ regole
 - ↳ gerarchie
- tecnologie



- Alta dinamicità -
- Forte relazione fra gli elementi -
- Orientamento ad un unico scopo -

Peculiarità Ac

- territorio - leggi nazionali - regionali - regolamenti - ordinanze
- utenti - Singoli
- operatori - n° limitato
- domanda - in stato d'emergenza/urgenza
- tecnologie - alta tecnologia
- Servizi d'integrazione - forte interdipendenza con altri servizi diagnostici e terapeutici
- professionalità - alta specializzazione

IL SISTEMA ORGANIZZATIVO AREA CRITICA

ADRIANA DALPONTE

I.I.D. Ufficio Formazione Permanente - Trento

Ringrazio la segreteria scientifica per l'invito, vengo sempre molto volentieri ai convegni Aniarti.

Il mio contributo sarà prevalentemente metodologico dato che, pur essendo una nostalgica di quest'area per averci lavorato per più di 10 anni, da tempo mi occupo di formazione permanente e quindi mi sentirei inadeguata ad entrare nel merito assistenziale specialistico, mentre spero di dare un contributo sulla complessità di lettura di un'area così complessa qual'è l'area critica (A.C.).

Il tema è «Il sistema organizzativo area critica» ed il percorso che vorrei fare è il seguente:

- perchè sistema;
- cosa intendo per A.C. nel contesto della relazione;
- quali i comportamenti o meglio i processi sociali che il sistema A.C.

induce sugli operatori; intendo differenziare i due aspetti perchè «comportamento» fa pensare a qualcosa di soggettivo, mentre «processo sociale» fa pensare a qualcosa di indotto dall'organizzazione.

Perché sistema

Non riprendo la definizione di sistema; voglio solo puntualizzare se gli elementi del sistema organizzativo di A.C. coincidono con gli elementi fondamentali di un sistema.

Un'organizzazione è sistemica quando è composta da molti elementi. Sicuramente nelle nostre unità entrano utenti (uso questo termine perchè è il più diffuso anche se agganciandomi alla riflessione del vostro Presidente Drigo mi chiedo perchè non si usa più il termine paziente; forse non è più di moda perchè ci ricorda e sottolinea sofferenza, disagio, perdita dell'equilibrio del soggetto ed allora è anche una definizione scomoda), entrano persone, operatori di qualunque qualifica: dipendenti, non dipendenti, famigliari, volontariato.

Sempre nel nostro sistema entrano tecnologie più o meno complesse, regole, gerarchie.

E questi sono solo alcuni elementi, i più significativi ma comunque molteplici.

Per essere sistema però questi elementi devono avere:

a) un'alta dinamicità; quindi quanto cambiano. Indubbiamente l'uomo porta con se una dinamicità esclusiva, ogni soggetto porta i suoi bisogni, le sue variabili. Ma poi ... tecnologia, scienza, come e sempre più in cambiamento;

b) forte relazione tra gli elementi; quindi quanto questi elementi interagiscono tra di loro. La forte interdipendenza che c'è nel risultato nell'erogare assistenza al paziente in A.C., interdipendenza intesa come lavoro d'equipe interna all'unità operativa; ma ancora di più la grande interdipendenza con tutti i servizi di contorno e di supporto.

c) orientamento ad un unico scopo, indubbiamente tutto questo sistema ha come grande protagonista la salute dell'utente che, sottolineo, mai e più di questo reparto sicuramente paziente.

Sistema organizzativo A.C.

Io sono un po' provocatoria perchè sono a disagio in questi ultimi giorni da tutto quello che è il dibattito intorno al problema dell'emergenza; sicuramente un problema grave. Ci sono i morti, ma credo che in questo momento si stia anche «pilotando» in maniera significativa. L'emergenza territoriale sta prendendo un significato sempre comunque negativo quando se ne parla e quando se ne occupano i mass media.

Vediamo comunque quale può essere la differenza nella complessità: lavorare in emergenza sul territorio piuttosto che in reparto.

Ho colto alcuni aspetti legati sempre ai fattori in entrata: è una riflessione, una riflessione scaturita da un'analisi di realtà, però ritengo importante un contributo al successivo dibattito della platea.

Area Critica: territorio ed ospedale, ovvero territorio e tutti i reparti che si occupano del paziente critico.

Territorio: verrebbe quasi da dire, prevalentemente sistema più semplice;

Ospedale: sistema più complesso in quanto struttura organizzativa di un sottosistema in un macrosistema enorme.

Vediamo quali sono le peculiarità dei due ambiti.

Punti di ingresso al sistema organizzativo A.C. relativamente al territorio:

a) leggi e regole - specifiche per l'assistenza e l'emergenza territoriale: poche e prevalentemente regionali. Le regioni stanno purtroppo lavorando ancora sul volontariato, su associazioni di volontariato per rispondere a questo bisogno;

b) utente - prevalentemente ci si approccia ad un utente singolo; meno frequentemente a più pazienti contemporaneamente. Sicuramente ci sono le altre aree ma comunque quando si va sui grandi numeri si parla prevalentemente di calamità;

c) operatori - il numero degli operatori che danno la prestazione di solito è basso: da 1 a 4/5 . La prestazione è a tempo ben definito perchè poi il paziente viene affidato ad altri operatori;

d) domanda - il bisogno dell'utente è prevalentemente di emergenza; secondariamente d'urgenza;

e) tecnologia - la tecnologia è bassa; in ambito territoriale le tecnologie d'uso sono poche. Sono molto più ampie e complesse nei reparti di degenza.

f) Servizi (integrazione) - al di là del complesso problema del volontariato, la forte interdipendenza si ha con i servizi di Rianimazione e di Pronto Soccorso come riferimento per i collegamenti ed i rapporti.

g) professionalità - le abilità richieste all'operatore sono in particolare quelle rianimatorie e quelle di posizionamento. Su questo non si deve fare una grinza; devono essere efficienti e concrete.

Leggiamo ora i fattori interni al sistema organizzativo relativamente all'ambito territoriale ed in che cosa questo si caratterizza.

a) Struttura organizzativa - la divisione del lavoro è prevalentemente una divisione di compiti dove prevalgono le abilità rispetto alle qualifiche. Cioè, di fronte ad una emergenza, l'importante è fare e chi è più addestrato e capace dà la prestazione. Si abbassano molto le gerarchie, il tocca a me non tocca a te, ma si fa. Il tasso emotivo è elevatissimo e c'è una grande coalizione di intenti per lavorare in *équipe*.

b) Meccanismi operativi, per regolamentare questo approccio. Ci sono pochi strumenti di pianificazione nel lungo periodo. Per dare una risposta a «quel» tipo di bisogno, trionfano protocolli e procedure: come si fa un soccorso ad un politraumatizzato, ad un ustionato... Quindi, strumenti abbastanza definiti e che evidenziano priorità e tipologia di risultato finale.

c) Processi sociali - i processi sociali e quindi i comportamenti che conducono ad una accettazione delle regole del gioco (meccanismi operativi n.d.r.) e dell'impianto organizzativo (struttura organizzativa n.d.r.) che si evidenziano più comunemente sono quelli di accettazione. Quando io mi sento adeguato a quest'area di abilità e mi riconosco in questo servizio, cioè «accetto», i comportamenti prevalenti che compaiono all'interno di quel servizio sono di accettazione.

Punti di ingresso al sistema organizzativo A.C. relativamente all'ospedale ovvero ai reparti di tipo intensivo:

a) leggi e regole - leggi e regolamenti che sono una selva; leggi e regolamenti per l'istituzione, per gli operatori, per il reparto, per l'utente ... (pensiamo ad esempio al problema dei trapianti ...);

b) utente - qui si parla di utenti, mai di utente. Nonostante si ipotizzi questa cosa, ormai ci occupiamo sempre di più pazienti. È una situazione idilliaca il pensare di occuparsi di un solo paziente;

c) operatori - il numero degli operatori che «entrano» in questa unità è ormai elevatissimo in termini di qualifica, di gerarchia: c'è sempre un capo e dei subalterni con più figure professionali;

d) domanda - il bisogno dell'utente viene a cambiare; prevale il bisogno di urgenza intesa come domanda continua di professionalità; l'emergenza è in seconda battuta;

e) tecnologia - la tecnologia è alta e anche molto numerosa;

f) servizi (integrazione) - i servizi in quest'ambito diventano indefinibili da elencare. Vado per categorie: i servizi sanitari, i servizi diagnostici, i pronto soccorso, i servizi economici, sociali, spirituali ... ecc. ... Anche il sistema informativo in questa situazione esplose perché c'è quello burocratico, della modulistica e della legittimazione dell'istituzione.

Fattori interni al sistema organizzativo relativamente all'ambito intensivo ospedaliero:

a) Struttura organizzativa - nella divisione del lavoro prevalgono tante voci, prevalgono le qualifiche professionali. In quest'ambito si cominciano a tirar fuori i mansionari; prevalgono le priorità assistenziali perché ci sono tanti pazienti, perché c'è poco personale e si devono ridefinire gli standards. Bisogna ridefinire le priorità organizzative ... quanto ci uccide l'istituzione rispetto al bisogno dell'utente ... Significa soddisfare molte volte l'istituzione piuttosto che i bisogni dell'utente.

Un'altra mia riflessione oggi è vedere che cosa produce il medico nei nostri servizi. Al di là della visita medica, come servizio di produzione, tutto il resto, mi pare, diventa una prescrizione di lavoro per gli altri. Il più grande lavoro che il medico fa è prescrivere attività agli altri servizi di supporto e diagnostico-curativi e prescrivere lavoro agli infermieri.

Quindi, abilità e capacità del singolo sono confrontate con promesse, spesso, delle gerarchie.

b) Meccanismi operativi - con una complessità di fattori in entrata di quel tipo, cominciano ad esserci strumenti più ampi, più diffusi di programmazione: piani di lavoro, piani di attività, sistema informativo per l'utente, per l'operatore, protocolli e procedure, strumenti di integrazione organizzativa quali: riunioni, circolari, rapporti con gli altri servizi.

c) Processi sociali - in quest'ambito emergono in maniera pesante tutti e tre gli aspetti dei processi sociali: accettazione, compensazione, rifiuto. Esploriamo questi aspetti e vediamo cosa significano.

Accettazione: per accettazione si intende riconoscere adeguato, in partico

lare, l'impianto organizzativo per quanto riguarda, almeno in parte, la tipologia della divisione del lavoro e le regole organizzative; il tutto considerando i fattori in entrata ed i prodotti o servizi in uscita.

Che cosa significa tutto questo per Territorio ed Ospedale? Dove il territorio è veramente l'ambito in cui prevalgono le abilità e si abbassano le gerarchie; in cui spesso gli interventi sono ben circoscritti? Dove esiste chiarezza di mandato e soprattutto chiarezza di obiettivo? In ambito ospedaliero, l'obiettivo è il malato? Le priorità sono assistenziali? O sono ancora molto forti le influenze organizzative, istituzionali, le leggi, le regole?

Compensazione: un sistema non può pensare di mettere tutte le regole del gioco senza prevedere la flessibilità di fronte a tutte le eccezioni. Sappiamo che la realtà è l'universo delle eccezioni, tanto più la realtà di servizio.

La realtà di produttività è invece, molto più presidiabile. Questo significa compensare rispetto alle logiche ed ai programmi definiti dall'istituzione o dalla gerarchia, per quanto riguarda la divisione del lavoro, o la regola organizzativa in base all'incertezza della domanda-bisogno dell'utente. Quindi incertezza sia nell'aumento dei carichi di lavoro che della complessità clinico assistenziale; incertezza nella soddisfazione dei bisogni dell'utente e dell'operatore. Più il sistema è complesso più richiede compensazione.

Il territorio rappresenta una complessità più bassa. L'ospedale ovvero le unità intensive a forte interdipendenza con tutto il macrosistema, che gestiscono la prestazione assistenziale sul lungo e non sul breve periodo e cioè dall'entrata del paziente alla sua dimissione, hanno sicuramente un aumento notevole della compensazione da parte dell'operatore.

Rifiuto: i teorici organizzativi dicono che una certa dose di rifiuto rispetto all'organizzazione del lavoro ed alle regole organizzative è l'elemento più motivante e più motivato del sistema. Rifiutare, contestare, vuol dire rimettere in discussione, vuol dire accelerare i momenti di creatività innovativa, vuol dire ritardare l'organizzazione.

In quest'ottica, il rifiuto è considerato un elemento di altissima motivazione al cambiamento.

Ma allora, questo rifiuto, quanto è stato frenato e rifiutato, rispetto a quello che ha proposto e chiesto, l'infermiere nei nostri servizi rispetto ad altri professionisti.

Se il rifiuto è alto però... allora si va via. Quando il rifiuto è tale da non essere in grado di sopportare il sistema, allora c'è la fuga. E qui, mi pare, che il rifiuto si avrà sicuramente in maniera più forte, in una situazione complessa e quindi all'interno delle unità operative ospedaliere.

Allora, se questi sono i processi sociali ed i comportamenti che scaturiscono da una buona ed adeguata organizzazione del lavoro e da regole pertinenti all'organizzazione stessa, oppure dal caos organizzativo, analizziamo cosa significa comportamento organizzativo.

Il modello del comportamento organizzativo è un modello causa-effetto,

dove al posto di «causa» ci sta sempre la causa alla motivazione. La motivazione è come la comunicazione: non si può non comunicare; la stessa cosa vale per la motivazione.

La motivazione c'è sempre, nel fare o nel non fare; ma comunque una motivazione da parte di ogni operatore all'interno di ogni istituzione, c'è sempre. L'effetto è la comunicazione, comunicazione intesa come «modelli comportamentali».

Allora, sicuramente, quando io non presido e non gestisco i modelli comportamentali; quando non oriento i comportamenti e la comunicazione, è sicuro, e la ricerca ce lo ha dimostrato, che emergono sempre i comportamenti peggiori.

Ci sono le fughe del soggetto, le fughe dalla professione, le fughe del protagonismo.

A questo punto, e sto chiudendo, voglio proporvi un grafico, che ho fatto molto artigianalmente, che evidenzia come gli studi sui bisogni secondo Maslow dimostrino una differenza tra quelli che sono i bisogni dell'utente in una situazione di emergenza - urgenza e nei reparti di degenza.

Nella situazione di emergenza — urgenza, per nostra fortuna, l'utente esprime prevalentemente il bisogno fisiologico: aria se non respira, e di sicurezza — sopravvivenza. Nel frattempo tutti gli altri bisogni stanno ad aspettare perchè i due precedenti sono importantissimi e ad altissima intensità percettiva.

Quando, invece, si considera un tempo più lungo, ad esempio più giornate di degenza oppure si entra nell'area cronico degenerativa, vediamo che i bisogni sopraccitati sono in qualche modo affrontati dall'utente che ha trovato la maniera di soddisfarli, mentre di contro si evidenziano moltissimo quelli di socialità intesa come : affetto, consenso, gruppo, partecipazione. Anche le ricerche fatte sui bisogni degli infermieri evidenziano che questa figura ha il picco più alto sul bisogno di socialità.

Viceversa, il medico evidenzia un picco altissimo sulla stima che nella scala di Maslow appartiene ad una categoria più alta dei bisogni.

I bisogni di socialità così marcati di solito coincidono con grossi carichi di lavoro.

Chi lavora come un mulo e non può sollevare la testa ha come bisogno primario quello di comunicare, di avere un gruppo attorno a se, di avere affetto, di socializzare; il bisogno di stima è lontano.

Questo è un problema di altissima criticità perchè quando abbiamo bisogni identici tra operatori ed utenti, (ricordiamo che quando il paziente è degente per più giorni aumenta il suo bisogno di socialità), si scatena la massima conflittualità. Entrambi, utente ed operatore, hanno gli stessi bisogni, è difficile quindi spostarsi verso un grado di soddisfazione.

Questo mi pare il punto di criticità.

Come fare e cosa fare per cambiare, per affrontare un problema così complesso. Quale la proposta e come ovviare i comportamenti di rifiuto perchè quando siamo di fronte alla colonna di sovrapposizione dei bisogni dell'utente

e del paziente scatta il rifiuto a fare; ... ho bisogno anch'io come lui!

Allora la motivazione al lavoro, ormai è consolidato, trova sempre più la risposta in una organizzazione per obiettivi: devo sapere cosa faccio e perchè.

È bellissimo quello scritto che dice: «Ho fatto una domanda a 2 operai che lavoravano per una chiesa e ho chiesto ad uno: che cosa stai facendo? Sto rompendo dei sassi. All'altro: che cosa stai facendo? E mi ha risposto: sto costruendo una cattedrale».

Ovviamente i livelli di motivazione a rompere i sassi e a costruire una cattedrale possono cambiare.

Quindi nell'ambito della direzione per obiettivi:

a) progettazione dei flussi informativi, non posso sapere se ho raggiunto i risultati se non ho chiari gli strumenti che mi aiutano a presidiare tutto il tempo di produzione;

b) progettazione dei sistemi premianti, basta con l'omogeneità.

L'Aniarti è stata la prima a dire che esistono le differenze professionali, di competenza e che quindi necessitano le specializzazioni.

c) progettazione della trasparenza organizzativa del macrosistema; questa trasparenza organizzativa però, nonostante i grandi cambiamenti organizzativi, oggi è ancora molto viziata e lottizzata dalle regole economiche di potere, piuttosto che di servizio.

La speranza è di andare sempre più verso l'etica organizzativa e professionale ... per il paziente!



LA DOMANDA DI SALUTE DEI CITTADINI: ANALISI POLITICA

FERRUCCIO GIOVANNELLI

Dott. - Consulente organizzativo - Modena

1. Premessa

Con la legge 833/78 l'Italia si è dotata di un servizio sanitario moderno, superando il sistema delle mutue che aveva generato una grave sperequazione del livello di assistenza garantito ai vari cittadini a seconda del tipo di assicurazione o mutua.

La definizione di un modello gestionale dei servizi sanitari che superasse la situazione di separatezza tra Ospedali ed altri servizi sanitari era e resta una scelta fondamentale per una corretta gestione delle risorse sanitarie.

La riforma sanitaria ha permesso di evidenziare in modo definitivo l'ammontare della spesa sanitaria nel nostro Paese che era e resta al di sotto di quella di molti altri Paesi:

	1975	1985	1987
Italia	5.8	6.7	6.9
Paesi OCSE	6.5	7.4	7.5

I dati dimostrano che il problema dell'Italia è quello di contenere i livelli di incremento della spesa, ma soprattutto di riqualificare il Servizio Sanitario Nazionale in termini di efficienza ed efficacia.

I risultati della riforma sanitaria, purtroppo hanno deluso pesantemente le attese dei cittadini e degli operatori.

Gli obiettivi della Riforma sono stati traditi da uno sconsolante e continuo susseguirsi di provvedimenti contraddittori che hanno vanificato il disegno riformatore, si tratta di circa 1.500 provvedimenti che hanno di fatto creato un secondo sistema sanitario, prima di applicare il primo.

Siamo ormai alla Riforma della Riforma senza che il principale strumento di programmazione, il Piano Sanitario Nazionale, sia stato approvato.

Il PSN doveva definire le linee di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali, gli indici e gli standards dei vari servizi di prevenzione e di cura.

2. La domanda di salute

In larga misura l'attuale crisi della sanità affonda le sue radici nel lato della domanda: nella impressionante crescita del consumo sanitario da parte dei cittadini.

Il termine domanda va naturalmente inteso in senso lato, comprendendo non solo il consumo «spontaneo» che ha origine dall'iniziativa dei cittadini ma anche quella «indotta» dal personale sanitario ed in particolare dai medici.

Il consumo sanitario è aumentato negli ultimi anni in modo massiccio in tutti i paesi industrializzati.

L'esplosione del fenomeno della domanda sanitaria in molti paesi suggerisce l'esistenza di cause di fondo e di ordine generale, che vanno ricercate nelle trasformazioni socio-demografiche che hanno visto aumentare in termini assoluti e percentuali la popolazione anziana.

La speranza di vita è cresciuta grazie soprattutto ai progressi della scienza e della tecnologia bio-mediche, che hanno sconfitto molte malattie e guadagnato la sopravvivenza per altre malattie una volta letali.

Con l'aumento delle persone anziane aumenta l'assistenza sanitaria per le morbidità senili di tipo cronico ed invalidante, aumentando così il tasso di morbidità medio in seno alla popolazione.

La gente vive più a lungo ma ha anche più bisogno di cure.

Sono poi comparsi nuovi e pericolosi rischi sanitari collegati a comportamenti critici della società del benessere:

- 1) alcoolismo,
- 2) droghe,
- 3) fumo,
- 4) incidenti,
- 5) AIDS,
- 6) stress, ecc.

Il consumo sanitario ha dimostrato di essere collegato al reddito: la maggiore disponibilità economica ha incentivato un maggior consumo di «beni sanitari» offerti dal mercato.

Il benessere economico ha però significato anche una grande modernizzazione culturale e quindi maggiore attenzione alla salute psico-fisica.

Negli ultimi 30 anni abbiamo assistito ad una rapida medicalizzazione della salute che ha prodotto:

- 1) crescita delle aspettative sanitarie,
- 2) estensione della medicina professionale nella salute individuale,
- 3) una ridefinizione di molti problemi personali (il parto, la morte, l'ansia, la paura) in chiave medica.

La dinamica culturale si è innescata in un sistema di estensione di copertura assicurativa ed ha finito per essere un formidabile moltiplicatore di spesa.

I comportamenti dei vari attori in campo sono stati poi indotti dai sistemi premianti in atto nel sistema sanitario e più precisamente:

I consumatori

Hanno avuto, almeno nei primi anni del servizio Sanitario Nazionale, l'illusione di poter consumare prestazioni sanitarie gratis od a costi bassi rispetto ai benefici.

I fornitori di assistenza - I medici

Pur essendo di fatto responsabili dell'aumento e della gestione della domanda, sono stati sollevati da vincoli, se non deontologici, e anzi spesso sono stati indotti a consolidare la propria rendita professionale.

I finanziatori - Stato, Regioni

Si sono riservati pochi poteri reali di controllo e di regolazione dei fenomeni emergenti.

Insomma il SSN è nato con un grave vizio di origine: un impegno aperto con gli utenti da parte dello Stato, con incentivi predisposti unicamente ad ampliare questo impegno.

In tutti i paesi moderni la crisi strutturale della sanità ha aperto la ricerca per rivedere i sistemi sanitari e potenziare le politiche di contenimento della domanda sanitaria.

Rispetto ai nuovi bisogni assistenziali, derivanti da dinamiche demografiche non si potrà fare altro che adeguare le strutture esistenti ai bisogni da esse indotte, riorientandole all'assistenza alla popolazione anziana ed alle infermità cronico-invalidanti.

Rispetto alle dinamiche culturali occorrono sforzi educativi e formativi che se correttamente impostati produrranno i loro effetti negli anni a venire.

L'unico sistema di intervento rapido ed incisivo resta quello degli incentivi, del cosiddetto sistema premiante a cui ogni attore adegua i propri comportamenti.

La politica sanitaria di oggi e dei prossimi anni deve essere una politica di *incentivazione/disincentivazione* della domanda.

La riforma sanitaria italiana infatti da questo punto di vista è nata vecchia perché figlia di una logica espansiva sia dal punto di vista dell'offerta che della domanda di cure; mentre non si è per niente preoccupata di orientare i consumi ed il controllo dei costi.

Non occorrono perciò misure eccezionali o rischiose controriforme di ingegneria istituzionale ma disegni precisi di regolamentazioni che permetta al SSN che è un sistema più flessibile e programmabile del precedente di essere razionalizzato e migliorato.

3. Come si forma la domanda di salute

Il miglioramento delle condizioni economiche e culturali ha già prodotto nel Paese l'esistenza di due ottiche diverse: l'una focalizzata sulla patologia e l'altra centrata sul mantenimento della salute come obiettivo primario delle strutture sanitarie.

Esistono ancora in Italia percezioni della malattia come aggressione di spiriti maligni e quindi una visione magica delle cause di malattia e delle terapie conseguenti.

Su questa concezione magico-miracolistica si è innestato il mito tecnologico della modernizzazione, c'è molto di magico nella professione di medico come l'utente la vive.

Da qui nasce l'eccessiva medicalizzazione della salute in Italia che si basa su tre elementi:

- 1) centralità della patologia, con una sola prevenzione che è quella della diagnosi precoce;
- 2) centralità del medico e subordinazione dell'utente;
- 3) centralità dell'aspetto organico e farmacologico.

Dalla consapevolezza della necessità di mantenere la propria salute emerge invece un nuovo modello del bisogno di salute che si fonda essenzialmente su tre assunti di base:

- 1) centralità della salute e della prevenzione intesa come mantenimento della salute;
- 2) centralità dei cittadini utente, non più subordinato alle istituzioni sanitarie;
- 3) centralità del principio di equilibrio uomo ambiente e superamento dell'approccio farmacologico tradizionale.

Quando il bisogno di salute emerge, nasce il problema della scelta del tipo di struttura che può rispondere allo stesso bisogno, sulla scelta influiscono sia la conoscenza delle opportunità che il giudizio su di esse.

La scarsa conoscenza delle opportunità pubbliche ed i gravi disagi dovuti al cattivo funzionamento delle strutture pubbliche indirizzano i cittadini verso il settore privato o verso la medicina alternativa o autoterapia.

Nel caso ci si serva dell'operatore sanitario la cultura sanitaria di questi riveste un ruolo rilevante.

I medici sono una corporazione contraria ad ogni forma di reale emancipazione del paziente da un ruolo di subordinazione, ed il suo approccio alla medicina è fondato sulla centralità della patologia.

Il bisogno sanitario è svincolato dalla cura, infatti non sempre chi ha bisogno di cura lo fa attraverso i canali normali; ed al contrario non sempre chi fa una visita medica, specialistica o ad una analisi di laboratorio ha un bisogno sanitario reale.

Un rapporto di coincidenza tra bisogno ed emergenza significa presupporre che i cittadini siano sempre capaci di distinguere una malattia reale e che trovino medici capaci di bloccare richieste di analisi e visite superflue.

La prevenzione per l'italiano medio è in larga misura autoprevenzione (mangiare sano e curare l'igiene, limitare l'uso delle medicine, evitare di fumare e fare del moto), che si coniuga con scarsa fiducia alle visite periodiche dal medico ed all'uso delle medicine.

Certo non siamo all'ideale di Wildavsky, secondo cui un servizio sanitario efficace e poco costoso è quello capace di convincere i propri assistiti «*a mangiare una buona colazione al mattino, dormire otto ore al giorno, non bere, non fumare, mantenersi puliti e non preoccuparsi*» ma forse troppa fiducia sulla vita sana esiste.

Gli italiani sono insoddisfatti della propria salute e sono scontenti anche del SSN che comunque utilizzano massicciamente.

Chi sta operando per riformare la riforma deve salvaguardare due principi:

- 1) tutelare più efficacemente la salute dei cittadini,
- 2) eliminare la quota di domanda indotta sia dal troppo facile accesso al servizio sanitario che da una cattiva cultura sanitaria.

In Italia risulta che esiste una forte dipendenza (alto ricorso al medico, bassa contrattazione della terapia) ed una elevata bassa osservanza delle indicazioni mediche.

Quindi esiste una forte pressione sul servizio sanitario per visite, medicinali che poi non sono utilizzate correttamente.

Certo si può scoraggiare il ricorso al medico col ticket per ogni visita o bloccando il numero delle visite gratuite, ma esistono altri problemi:

- 1) dotare i cittadini di migliore cultura sanitaria diffusa,
- 2) autorizzare il personale infermieristico alla cura di malattie leggere.

La riforma è perciò semplice, bisogna approntare strumenti culturali per insegnare ai cittadini i costi monetari ed in termini di mantenimento della salute connessi ai loro atteggiamenti ed ai loro comportamenti sanitari per cercare di influenzare i loro comportamenti e renderli più corretti per loro e per il SSN.

4. Dalla domanda alla risposta sanitaria (I meccanismi che incidono sulla domanda sanitaria)

Il volume ed il tipo di domanda sanitaria dipendono in parte determinanti dai fornitori stessi di assistenza, i medici in particolare.

In particolare bisogna analizzare:

1. *Fattori che incidono sulla domanda dei cittadini*

La quota di popolazione coperta dal SSN è un fattore fondamentale per determinare il livello della domanda di assistenza.

Tale estensione nel tempo si è tramutata in un forte aumento della domanda sanitaria in generale ed in particolare verso i servizi pubblici.

In tutti i paesi Europei la copertura assicurativa è quasi totale, anche il diritto a fruire dei servizi sanitari non è sottoposto a particolari restrizioni, ad eccezione dei prodotti farmaceutici e le cure odontoiatriche.

I farmaci sono garantiti dovunque sulla base di prontuari che fissano i farmaci che si possono ottenere con il SSN o quelli esclusi dall'assicurazione.

Il costo dei servizi sanitari per il paziente è un'altro fattore che esercita una notevole influenza sull'utilizzazione di un certo servizio.

La medicina di base, il ricovero ospedaliero, i farmaci sono in alcuni paesi soggetti a contribuzione abbastanza ridotta in molti paesi.

Anche il sistema di pagamento influisce sull'utilizzo del servizio, nel caso di assistenza indiretta (anticipo da parte dell'utente) si verifica un minore accesso ai servizi.

Altro fattore sono le liste di attesa alla fruizione di un determinato servizio non urgente.

2. *Fattori che influenzano il comportamento degli operatori sanitari*

Altro fattore fondamentale per la risposta alla domanda di salute è il comportamento dei professionisti della salute.

Le modalità di pagamento sono il principale fattore di influenza sul comportamento dei medici e sono tre:

- 1) compenso per singola prestazione,
- 2) compenso per singolo assistito (quota capitaria),
- 3) stipendio fisso.

Il sistema a prestazione singola fa lievitare il numero di servizi e prestazioni.

La quota capitaria favorisce il trasferimento, a ritmi più veloci, da parte dei medici generici ai livelli assistenziali più alti come gli ospedali o gli specialisti.

Sembra perciò che il sistema che minimizza la proliferazione dei servizi sia quello dello stipendio fisso.

Altro obiettivo da perseguire è quello dell'integrazione fra i vari livelli di assistenza per evitare inutili duplicazioni di esami specialistici e diagnostici.

Anche l'offerta di informazioni sul costo dei servizi offerto ai medici e sui comportamenti dei loro colleghi in simili situazioni influenza positivamente il comportamento dei medici stessi.

Anche le pressioni delle ditte farmaceutiche e dei fornitori di presidi sanitari influenzano il comportamento dei medici, ed è utile prevedere forti restri-

zioni per evitare casi evidenti di comparaggio tra singoli medici e case farmaceutiche.

Anche gli incentivi ai medici ospedalieri servono spesso a moltiplicare la domanda sanitaria senza valutarne i benefici reali.

3. Procedure per ottenere assistenza sanitaria

Le modalità e le procedure che regolano l'erogazione dell'assistenza incidono anch'esse sulla facilità di fruizione dei servizi da parte dei cittadini.

In Europa non esistono periodi d'attesa per la fruizione di prestazioni sanitarie, il medico di base è a libera scelta quasi ovunque.

Gran parte dell'assistenza viene prestata a discrezione del medico curante che risulta pertanto essere il nodo cruciale della spesa sanitaria.

5. Misure di contenimento (Contenimento del consumo sanitario)

Esistono due modi di contenimento del consumo sanitario:

1. controllo della domanda

Il controllo della domanda si articola in due momenti:

a) restrizione delle prestazioni erogate dal sistema sanitario pubblico.

Questo sistema è ancora poco utilizzato ad eccezione dell'esclusione di alcuni farmaci dal prontuario.

b) l'aumento del costo delle prestazioni per i cittadini.

Il maggiore sforzo è teso ad aumentare la compartecipazione degli assistiti ai costi dei servizi con particolare riferimento alle visite, ai farmaci, alle prestazioni specialistiche e diagnostiche.

2. Limitazione dell'offerta

Il controllo dell'offerta di servizi è fondamentale perché qualsiasi struttura deve dimostrare la sua utilità e pertanto la crescita di letti ospedalieri, medici, ecc. porta con sé l'aumento del consumo sanitario.

Anche il controllo terapeutico-prescrittivo del medico di base aiuta a ridurre la domanda sanitaria indotta.

Nella politica di contenimento della domanda bisogna fare attenzione ai problemi sociali che si stanno verificando oggi in Italia, per non far pagare ad anziani, malati cronici e giovani errori gestionali o comportamenti poco corretti dei medici.

Non è possibile contenere la domanda restringendo l'accesso a chi ha più bisogno di assistenza.

6. L'Ospedale

In passato la moltiplicazione degli ospedali, con il conseguente decentramento sul territorio ha avuto un importante valore storico di attenzione ai bisogni di salute dei cittadini e il tentativo di soddisfarli là dove essi si creano.

Questa situazione appare oggi superata e costituisce un ostacolo strutturale per una efficace risposta alle reali esigenze della popolazione.

Ciò che è stata una ricchezza del passato può trasformarsi in povertà del futuro, il mantenimento di strutture e di attività con costi economici e sociali elevatissimi rispetto ai risultati effettivi che esse sono in grado di garantire, sottrae risorse ad altri interventi assistenziali.

La presenza di più presidi crea molti inconvenienti:

a) progressiva ed inevitabile diminuzione degli standards qualitativi che queste strutture sono in grado di offrire per la cura delle fasi acute;

b) progressiva diminuzione del grado di utilizzo della «capacità potenziale di assistenza» che costituisce uno spreco di risorse che ogni società deve cercare di evitare;

c) grave ostacolo al pieno sviluppo di funzioni di assistenza come l'assistenza domiciliare, l'assistenza di base nei distretti, la tutela socio-sanitaria dei gruppi emarginati e funzioni sanitarie innovative (prevenzione, riabilitazione, assistenza ai malati terminali) che ormai sono entrate e consolidate nella cultura e nella coscienza della popolazione e degli operatori e che non si concretizzano perché gli sforzi sono spesso rivolti altrove (specie negli ospedali).

L'attuale situazione ha riflessi negativi anche sui sistemi gestionali in quanto:

a) moltiplica la necessità di comunicazioni e trasporti interni, di utenti, di materiali sanitari, documenti, elementi che fanno percorrere migliaia di Km l'anno;

b) porta alla duplicazione di servizi ausiliari sanitari (laboratorio, Rx, ecografia) e non sanitari come le cucine, i guardaroba, il personale amministrativo con funzioni varie;

c) crea maggiore difficoltà nell'introduzione di sistemi di responsabilizzazione fondati sul principio di definire e verificare «chi fa che cosa» in quanto nelle strutture complesse è facile il rinvio delle responsabilità.

Invece è possibile far leva:

a) sulla diffusione ed assimilazione della cultura del decentramento dei servizi;

b) sull'esistenza di molti servizi per handicappati, strutture protette, SIMAP, servizi e prestazioni ambulatoriali che sono una base su cui investire uno sviluppo di interventi assistenziali per non degenti che deve essere contestuale alla ristrutturazione degli ospedali che invece debbono caratterizzarsi per la cura agli acuti;

c) su personale in parte abituato a muoversi sul territorio e ciò può favorire soluzioni organizzative di tipo «funzionale» nel quale le prestazioni vengono garantite da équipes che si muovono in modo programmato sul territorio.

Non è pensabile di risolvere i problemi con una operazione di maquillage se non si inciderà in modo strutturale sugli ospedali.

Esistono le premesse e buone potenzialità per superare i problemi attuali dell'assetto degli ospedali per garantire una maggiore soddisfazione di tutte le parti (popolazione, utenti, operatori).

Per ottenere ciò è necessario:

- a) proposte creative ed innovative;
- b) volontà di gestire e guidare il cambiamento e non di subirlo;
- c) realizzazione e mantenimento della fiducia tra i diversi attori del processo di cambiamento che può essere garantito solo con un elevato grado di trasparenza e chiarezza di comportamenti;
- d) allargamento della base del consenso attraverso il miglioramento della capacità di realizzazione passo per passo dei programmi.

Per definire una strategia di intervento si deve far riferimento ai diversi elementi:

Popolazione: con particolare riferimento alle classi di età ed alle maggiori informazioni epidemiologiche:

- a) tenere conto che i bisogni degli anziani sono maggiori e diversi in quanto richiedono prestazioni frequenti e periodiche;
- b) se a questi bisogni si risponde solo col ricovero ospedaliero si creerà una situazione di aumento dei ricoveri.

Si può perciò verificare un aumento della pressione della domanda con forte impatto sociale (bisogni degli anziani) con un aumento dei vincoli (personale e risorse) che limiteranno invece la capacità di risposta.

L'unico modo per uscire da questa trappola è quello di cambiare il modello organizzativo.

Mobilità sanitaria: elemento importante che si riferisce spesso a fattori generici e non solo dovuta alle specialità mancanti, le distanze non sempre costituiscono fattore rilevante di ostacolo alla accessibilità dei servizi e pertanto questa motivazione non può essere invocata contro una ristrutturazione degli ospedali.

Territorio: la caratteristica di distanze brevi per la gran parte del territorio è una caratteristica ideale per pensare ad un sistema di servizi in rete di funzioni, servizi, presidi non duplicati ma tra loro differenziati complementari ed integrati.

Bisogna ragionare in termini di sistema complessivo dei servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri; per operare questo cambiamento e superare le remore che finora hanno ostacolato la razionalizzazione bisogna passare dalle proposte centrate sulle strutture a quelle sulle funzioni.

Ragionare in termini di funzioni significa portare la nostra attenzione sui bisogni da soddisfare e sulle cose da fare sia in termini qualitativi che quantitativi.

Spesso intorno ai vecchi ospedali si aggregano e ruotano interessi economici, sociali, politici di vario genere che seppure legittimi e giustificati tendono ormai a prevalere sugli interessi dell'assistenza degenerando spesso nella difesa ad oltranza di se stessi e penalizzando la sicurezza dei pazienti e la qualità dei servizi.

Il cambiamento deve poggiare su un disegno di un sistema di servizi che:

- a) parta da una riflessione sulle funzioni,
- b) tuteli gli interessi di tutti i cittadini,
- c) riutilizzi le vecchie strutture per nuovi servizi eliminando solamente quelle che sono irrecuperabili ad usi sanitari moderni se non a costi molto elevati.

Per costruire una rete di servizi integrati bisogna superare le distinzioni tra ospedale ed assistenza non ospedaliera e riflettere come l'offerta debba essere caratterizzata dalla migliore qualità di risposta ai vari bisogni così definiti:

- a) trattamento di patologie acute che richiedono il ricorso ad una struttura dotata di una organizzazione e di una tecnologia complessa che impongono il ricovero dell'utente,
- b) trattamenti di patologie croniche e cronicizzanti che richiedono la presenza di operatori specializzati ed attrezzature di supporto per un controllo delle condizioni dell'utente per poche ore durante il trattamento (day-hospital),
- c) erogazione di prestazioni specialistiche (accertamenti, visite, trattamenti) che richiedono alcune attrezzature e strumenti tecnici, senza grandi problemi di controllo della condizione dell'utente e di garanzia del suo stato di salute; l'attività ambulatoriale in senso stretto può essere svolta in ospedale, in apposite strutture ambulatoriali od anche portata da équipes di operatori nei vari distretti,
- d) erogazione di prestazioni di base in cui gli elementi per garantire l'efficacia dell'assistenza sono la continuità del rapporto tra operatore ed utente e la conoscenza più precisa da parte dell'operatore della storia e dell'ambiente in cui l'utente vive (medico di famiglia, assistenza domiciliare, assistenza nei vari distretti),
- e) organizzazione di una attività che non è tesa a rispondere a domande individuali, ma ha lo scopo di mantenere sotto controllo e migliorare i fattori

che influenzano la salute di gruppi importanti di popolazione (medicina di comunità).

Queste brevi note evidenziano la necessità che l'organizzazione delle USSL debba essere caratterizzata da una molteplicità di servizi e di strutture qualificate:

- a) da un vario livello di complessità (costi) della dotazione tecnologica,
- b) da un differente grado di specializzazione degli operatori,
- c) da un diverso equilibrio tra l'alternativa di portare le prestazioni verso l'utente (servizi domiciliari) e quella di portare l'utente nella struttura di offerta (ospedale per acuti o lungodegenza).

La scelta concreta dei servizi e strutture da attivare e sulle modalità della loro organizzazione deve essere fatta tenendo conto:

- a) dimensioni e caratteristiche della popolazione residente,
- b) caratteristiche del territorio e delle vie di comunicazione,
- c) elementi di costo che devono bilanciare aspetti di economia di scala ottenibili attraverso la concentrazione di attività, ed aspetti di qualità ed accessibilità dei servizi, ottenibile col decentramento.

Il concetto di rete di servizi integrati si fonda su elementi logici con immediata rilevanza operativa, si devono attivare:

- a) ambiti organizzativi in cui si sviluppa una elevata capacità di svolgere qualcuna delle funzioni richiamate in precedenza,
- b) strutture edilizie destinate a certe funzioni, nel cui ambito si svolgono alcune attività,
- c) équipes di operatori altamente professionalizzati nell'affrontare i problemi di salute appoggiandosi sulle strutture,
- d) precise modalità operative di coordinamento delle diverse équipes e strutture per intervenire su alcune condizioni di salute in modo coordinato salvaguardando la continuità e l'uniformità del trattamento (protocolli di assistenza e procedure organizzative concordate).

Queste proposte non sono l'applicazione della specializzazione, ma invece il tentativo di applicare il principio secondo cui in una società complessa nella quale il progresso scientifico mette a disposizione conoscenze sempre più avanzate richiede un modello organizzativo fondato sui seguenti concetti:

- a) concentrare gli sforzi per favorire il sorgere all'interno dell'USL di operatori in grado di applicare competenze professionali avanzate,
- b) modalità di funzionamento idonee a diffondere il più possibile i benefici derivanti da tali competenze.

La specializzazione consente ai singoli ed alle strutture specializzate di selezionare la domanda assistenziale con criteri di convenienza e di attrarre tali domande.

Il modello di rete di servizi funziona in modo da concentrare gli sforzi dell'organizzazione per sviluppare capacità assistenziali in relazione alle esigenze prioritarie in modo da diffondere tali capacità.

Si costruisce una rete di servizi non se tutti fanno un po' di tutto o cose simili ad altri ma se si hanno:

- a) strutture e servizi qualificati e specializzati,
- b) servizi collegati da una attività di interscambio di conoscenze e reciproco supporto,
- c) servizi incentivati non a trattenere la qualificazione professionale per sé, ma a guidare processi di propagazione delle conoscenze.

In passato l'ospedale era un ambito protetto nel quale venivano garantite protezioni igienico-sanitarie e limitati trattamenti di cura.

Oggi l'ospedale è diventato una struttura complessa nella quale si concentrano conoscenze specialistiche capaci di risolvere stati patologici gravi.

Questa è la caratteristica predominante che permette di garantire conoscenze specialistiche, assistenza continuativa ed attrezzature non disponibili all'esterno.

Il futuro è già iniziato e sarà caratterizzato:

- a) dalla possibilità di intervenire con rapidità e con risultati efficaci in tempi rapidi su stati morbososi acuti,
- b) dal peso crescente di strumentazione tecnologica per garantire la sicurezza degli utenti,
- c) dalla possibilità di effettuare interventi diagnostici e terapeutici in condizioni che non richiedono più la degenza né la continuità di funzionamento della struttura.

Nasce il concetto di «*ospedale per acuti*», ospedale del futuro coi seguenti requisiti:

Affidabilità: di fronte alla possibilità di trattare patologie sempre più complesse, le strutture a ciò preposte devono essere in grado di farlo e non diventare luoghi in cui si generano rischi per gli utenti, l'affidabilità è garantita da:

- a) elevata qualificazione del personale presente e da continuo adeguamento di tale qualificazione allo sviluppo delle nuove conoscenze,
- b) possibilità per gli operatori di qualificarsi attraverso il trattamento di molti casi ed attraverso una adeguata varietà della casistica trattata,
- c) dotazione strumentale, specifica delle singole aree di diagnosi e cura e generale dell'ospedale, sofisticata e continuamente rinnovabile con lo sviluppo tecnologico,
- d) capacità di intervenire con tempestività ed efficacia su situazioni di «*emergenza*».

Tale concetto di affidabilità non è statico ma deve essere mantenuto in

un ambiente caratterizzato da un rapido cambiamento della scienza, della tecnologia, dell'organizzazione.

È facilmente immaginabile che un tale livello di qualità potrà essere garantito solo ad un numero selezionato di strutture, in caso diverso si alimentano false sicurezze nei degenti ed invece far aumentare i rischi.

Unitarietà culturale: l'affidabilità dell'ospedale per acuti dipende dal fatto che sia garantito il collegamento tra le diverse specialità con un continuo interscambio.

Questo è garantito sia dalla presenza di diverse specialità sia dall'introduzione di collegamenti definiti di consulenza tra le stesse; sia nell'applicazione di protocolli comuni di diagnosi e terapia definiti ed aggiornati;

Interdisciplinarietà e sviluppo professionale: una reale interdisciplinarietà è condizione per stimolare un continuo aggiornamento e riqualificazione del personale medico, infermieristico e tecnico senza del quale si verifica un progressivo decadimento dei livelli assistenziali.

Produttività: poiché l'ospedale per acuti costa molto per il livello di attrezzature esso deve essere:

a) utilizzato intensivamente, alto grado di utilizzo delle sue capacità di offerta (occupazione posti letto, alto grado di utilizzo delle attrezzature ed apparecchiature diagnostiche, elevato numero di casi trattati dalle équipes),

b) utilizzato tendenzialmente solo per casi di complessità coerente col tipo di struttura e non per i casi che possono essere trattati in altre strutture meno complesse e meno costose,

c) utilizzato con una logica di rapido turnover ossia minimo trattenimento dei pazienti per il tempo strettamente necessario a superare la fase acuta (riduzione della durata della degenza media).

Mentre a tutt'oggi il parametro di dimensione dell'ospedale è il posto letto, bisogna gradualmente passare ad una maggiore attenzione agli indicatori di attività, potenziale e reale.

Anche fisicamente l'ospedale dovrà cambiare con minori spazi per la degenza e con ampi spazi per le attività diagnostiche, terapeutiche, riabilitative svolte in day-hospital.

Debbono aumentare gli spazi dedicati ad una migliore qualità di permanenza degli utenti: spazi per incontro coi parenti, per il tempo libero.

Non si può pensare di mantenere in piedi tutte le unità operative con la riduzione di posti letto di ognuna, l'uso intensivo delle strutture richiedono:

a) unità od aree di assistenza dotate di posti letto sufficienti,

b) sviluppo di attività collegate, come quelle ambulatoriali, di supporto a presidi e servizi non ospedalieri, assistenza tecnico specialistica alle attività territoriali.

L'alta incidenza degli anziani sui ricoveri ospedalieri e le previsioni di aumento della popolazione anziana suggeriscono di rafforzare con decisione la strada del rafforzamento delle strutture protette, si tratta di strutture in grado di tutelare i bisogni di prestazioni e di servizi sanitari di gruppi sociali importanti.

Nelle strutture protette sono garantiti certi servizi sanitari di tipo ripetitivo e continuativo di tipo infermieristico e medico garantendo l'assistenza prima dell'invio in ospedale in caso di affezioni acute e capacità di erogazione di prestazioni riabilitative di mantenimento degli anziani.

Bisogna realizzare strutture in cui sia affrontata in modo più scientifico il problema di garantire agli anziani qualità di vita migliori.

7. Conclusioni (Le ripercussioni sui servizi di area critica)

È evidente che nei servizi cosiddetti di area critica, dove si assistono malati critici ed a rischio di vita, sono richiesti modelli organizzativi sempre in grado di garantire un intervento sanitario all'altezza della situazione.

Per garantire questa sicurezza ai cittadini è necessario che le équipes interessate siano qualificate in tutte le figure professionali interessate ed organizzate in modo da garantire tempestività, elasticità e professionalità.

Pensiamo alle polemiche di questi giorni sui mancati ricoveri in ospedale che hanno provocato anche dei morti, oltre alla carenza di posti letto di rianimazione si può parlare di scarsa organizzazione del servizio di soccorso che non è in collegamento con tutte le strutture e crea perdita di tempo.

La formazione del dipartimento emergenza è il modello organizzativo possibile che mette in coordinamento le varie unità critiche (il PS, la Rianimazione, la Cardiologia, ecc.) che permette loro di fornire risposte credibili al territorio, alle altre divisioni ospedaliere.

È evidente che gli organici non possono che fare riferimento al reale carico di lavoro che deriva anche dalle caratteristiche del territorio e dal tipo di sviluppo.

Anche il livello organizzativo deve fare riferimento alla valorizzazione massima della professionalità e della motivazione individuali che incidono direttamente sulla qualità dei servizi.

Per tutto il personale infermieristico non è pensabile di continuare ad organizzazioni del lavoro che prevedano turni di lavoro che superino le 6 ore di assistenza diretta al malato, tanto meno è pensabile a turni sovradimensionati per il personale impegnato in servizi di emergenza.

E qui viene a galla la grave carenza di personale infermieristico dovuta a sistemi premianti non all'altezza della difficoltà della professione e ai problemi legati al tempo di lavoro ed alla remunerazione.

Un nuovo modello di sanità oltre che passare per un medico che sia per il SSN un vero professionista che ha benefici ed oneri del professionista (sti-

pendio, ma anche contratti a termine, ecc.), non può che passare per un nuovo infermiere qualificato, remunerato ed in grado di svolgere con serenità il lavoro più difficile e complesso l'assistenza ad una persona che già sta male perché ricoverata in Ospedale.

Un modello organizzativo che privilegia il risultato rispetto ai singoli atti assistenziali, permette di valorizzare i migliori che è anche l'unico modo di non premiare i peggiori come purtroppo succede spesso quando si perde di vista la finalità della struttura organizzativa.

LA DOMANDA DI SALUTE: ANALISI ECONOMICA

FRANCO ROSSI

Dott. - Direttore di Ricerca - Istituto di Economia Sanitaria - Milano

Ringrazio gli organizzatori per questo invito che ho accolto molto volentieri per due motivi: il primo è di natura quasi affettiva dato che ho insegnato per sei anni alla Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche di Milano conservandone un ottimo ricordo; il secondo è legato al fatto che sono convinto che la rivoluzione che è in atto nella sanità italiana (anche se potrebbe non sembrare), preconizza un ruolo fondamentale per la componente infermieristica.

La storia, la vostra storia, la storia della vostra Associazione negli ultimi 10 anni, sta a testimoniare che le cose cambiano e cambiano per il meglio.

È mia convinzione personale che nel futuro i cambiamenti avverranno con ancora maggiore velocità.

Bene, il compito che mi è stato affidato era quello di analizzare economicamente la domanda di salute, di servizi sanitari, per verificare se da questa analisi si potessero fare delle inferenze in termini di ricaduta sul lavoro infermieristico. Devo dire che ad un primo momento questo compito mi creava un certo imbarazzo; è difficile cogliere con evidenza questo nesso.

Poi, pensando che il mio intervento probabilmente avrebbe dovuto concentrarsi non già sulla domanda in generale, ma particolarmente sulla domanda di servizi e quindi di bisogni che fanno riferimento all'Area Critica, ho deciso di tentare di cogliere qualche piccolo flash su questo argomento.

Qualche flash dunque, sulle caratteristiche che possono essere colte da un punto di vista economico sulla domanda di assistenza e di servizi rivolte all'Area Critica, per vedere cosa se ne possa dedurre di fruibile per gli infermieri.

Il compito mi è facilitato anche dalle relazioni di chi mi ha preceduto; sono stati fatti degli accenni su questi aspetti.

Tuttavia è bene fare una piccola premessa, illustrare i punti di partenza da cui l'economista muove per considerare le caratteristiche della domanda.

Il punto di partenza principale, è quello di chiedersi se la domanda emerge come conseguenza del tentativo di soddisfare dei bisogni.

I relatori precedenti hanno fatto ricorso a questa categoria concettuale: la categoria dei bisogni. Anche gli economisti propongono una loro classificazione dei bisogni.

In particolare distinguono i bisogni in due categorie di partenza: *a)* bisogni pubblici o collettivi; *b)* bisogni privati o individuali.

Queste due categorie di bisogni sono rilevanti economicamente perchè la loro soddisfazione da luogo a procedure e a comportamenti e risposte del mercato, diverse.

Bisogni pubblici

I bisogni pubblici sono pertinenti alla collettività, quindi non sono esclusivi rispetto all'individuo; sono indivisibili, quindi trattandosi di bisogni collettivi e pubblici contemporaneamente, vanno a soddisfare il bisogno dell'intera collettività entro cui quell'individuo è inserito.

Da qui il carattere della non esclusività, ma da qui anche il fatto che la preferenza nei confronti di questi bisogni deve essere espressa non già da un solo individuo ma dall'intera collettività.

Dato questo meccanismo, anche il procedimento per la loro soddisfazione deve prevedere che non sia un solo individuo il disposto a pagare; una singola persona disposta a pagare un prezzo per soddisfare quel bisogno, ma che debba essere un'intera collettività. Ciò perchè, in questo caso, siamo di fronte a bisogni che possiamo immaginare facciano riferimento che so ... al bisogno di giustizia, al bisogno di ... aria pulita, al bisogno di minore inquinamento da rumore, al bisogno di prevenzione primaria ... e così via.

Tutti questi bisogni sono di natura collettiva e per la loro soddisfazione è la collettività in quanto tale, che deve farsi soggetto promotore dei procedimenti che sono capaci o che saranno capaci di soddisfarli. Non ci sarà alcun individuo disposto a sborsare di tasca propria una o due lire per ottenere questa soddisfazione; ci sono altri che possono farlo per lui.

Bisogni privati

I bisogni privati sono pertinenti all'individuo, sono esclusivi, richiedono una espressione di preferenza individuale e per questi, l'individuo è disposto a pagare in proprio; è disposto a pagare un prezzo. È disposto a pagare un vestito per vestirsi, a comprare un pranzo al ristorante per nutrirsi ... e via dicendo.

Ecco, queste due categorie stanno ad individuare modi diversi di procedere alla soddisfazione di questi bisogni; modi diversi soprattutto dal punto di vista economico.

In realtà, noi possiamo fare un'ulteriore distinzione all'interno dei bisogni privati; possiamo distinguere due componenti:

- 1 componente: bisogni di merito,
- 2 componente: bisogni non di merito.

Che cosa si intende con questo termine: di merito, non di merito.

La componente dei bisogni privati e quindi individuali di merito, fa riferimento ai bisogni che possono essere soddisfatti da parte dell'individuo pagando un certo prezzo e quindi ricorrendo al mercato. Bisogni però a cui la collettività annette una tale importanza, da indurla a farsi produttrice dei beni e servizi che vanno a soddisfare quei bisogni; da indurla a farsi finanziatrice

della produzione di questi beni e servizi, da indurla in sostanza, ad erogare gratuitamente i beni e servizi che vanno a soddisfarli. Ecco quindi perchè «di merito»; perchè sono meritori dell'interesse della collettività.

Diventa ovvio ora chiederci il perchè di questo comportamento della collettività; ci sono delle ragioni rilevanti da un punto di vista economico.

I bisogni di merito possiedono la capacità di indurre notevoli esternalità; ossia, nello scambio tra il produttore (chi vende i servizi) e il consumatore (chi acquista i servizi e li consuma), c'è una terza parte che trae vantaggio da questo scambio. In questo caso, la terza parte è la collettività nel suo insieme. Cioè questi effetti esterni che vanno a vantaggio della intera collettività (nel caso dei bisogni di merito) sono molto elevati. Pensiamo, con riferimento alla sanità, che tutti i bisogni di merito sono quelli che hanno avuto socializzazione, ovvero quelli che la società ha deciso di erogare gratuitamente : i servizi sanitari di prevenzione secondaria, diagnosi, cura e riabilitazione; i servizi che hanno a che fare con la singola persona. La collettività si assume l'onere economico di finanziare ed erogare gratuitamente questi servizi, perchè il benessere di una persona va a vantaggio dell'intera collettività in cui quest'ultima è inserita.

Ecco, questa è la nozione di esternalità.

Gli altri bisogni non hanno queste caratteristiche e quindi il loro costo rimane a carico dell'individuo.

Riprenderemo questo punto dopo, però già anticipo che, secondo me, la categoria dei bisogni che fa riferimento alla domanda di beni e servizi dell'Area Critica rientra nella categoria dei bisogni di merito da erogare gratuitamente.

La seconda serie di considerazioni riguarderà la modalità di espressione della domanda di salute.

Abbiamo una prima situazione in cui il bisogno, dal suo stato di oggettività e quindi di esistenza in natura, viene percepito dall'individuo.

È l'individuo che traduce questa oggettività in percezione soggettiva.

Questa operazione di traduzione dipende da una serie di fattori, che non sto qui ad elencare, ma che sostanzialmente sono sintetizzabili in termini di sensibilità più o meno elevata nei confronti del proprio stato di benessere psicofisico.

Tanto più è elevata questa sensibilità, tanto più l'individuo di cui stiamo parlando è disposto a cogliere, a tradurre in bisogno soggettivo, una qualche forma di sintomatologia che potrebbe evidenziarsi. Dallo stato di bisogno l'individuo può decidere di operare la traduzione in domanda di servizi; questo è un ruolo, una parte, che spetta all'individuo... oltre che al S.S.N.

L'individuo decide in funzione di tanti elementi.

Uno degli elementi che esercita maggiore influenza su questa decisione (ricordo che stiamo parlando in generale), è connesso con l'accesso più o meno gratuito ai servizi. Se l'accesso è gratuito, sicuramente avremo una maggiore frequenza nel ricorso a quel servizio.

L'altro degli elementi è sostanzialmente individuabile nella densità di servizi e, conseguentemente, nella facilità di accesso. Il primo anello d'accesso, il punto di contatto fra l'utente ed il S.S.N., è il medico di base che, in questo caso, personifica i «servizi» (ovviamente ciò non avviene in tutti i casi).

Dunque, fattori individuali che fanno capo all'accesso gratuito o meno; fattori istituzionali che fanno capo o possono essere identificati con un'ampia offerta, con un'ampia dotazione di servizi.

Non sempre abbiamo una perfetta corrispondenza tra bisogno e domanda; non sempre abbiamo una perfetta corrispondenza tra bisogno oggettivo o bisogno autentico di salute e bisogno soggettivo o bisogno percepito dall'individuo.

Vi sono molti individui che credono di essere ammalati e molti che non sanno di essere ammalati. La domanda di beni e servizi può essere colta solo quando investe direttamente la Sanità e quindi, possiamo avere un bisogno autentico non soddisfatto, contro una domanda che va a soddisfare bisogni non autentici.

Molteplici sono i fattori che giocano ed influenzano i comportamenti sia degli utenti che degli operatori.

Il comportamento del medico di base, primo interprete del bisogno, è soggetto a molte forme di condizionamento, già ricordate dai precedenti relatori: le modalità di compenso, le pressioni dei diversi produttori di beni e servizi e via dicendo.

Possiamo dire che è la preparazione del medico di base che detterà le sue scelte principali; in particolare, determinerà l'alto ricorso ai farmaci, la decisione di rinviare il paziente a domicilio senza alcuna terapia, oppure la decisione di farlo procedere verso prestazioni e servizi di 2° livello.

Ecco, questo è il modello generale.

Che tipo di diversificazione presenta la domanda di beni e servizi che possiamo definire di Area Critica.

A mio modo di vedere le diversità sono poche ma molto rilevanti.

Una diversità riguarda la capacità individuale di percepirsi in stato di bisogno; per i bisogni di tipo critico non ci sono dubbi. Nel caso di questi bisogni, l'individuo avverte, percepisce subito in maniera indiscutibile, di essere in stato di bisogno; non ha dubbi. Di fronte a questa percezione immediata, molto spesso, se non nella maggior parte dei casi, salta il medico di base e si rivolge direttamente a servizi di 2° livello; supera fondamentalmente quel filtro. Nella minor parte dei casi, c'è un possibile coinvolgimento del medico di base che però non è soggetto alle grosse influenze che abbiamo visto prima; anche il medico di base di fronte a questo tipo di domanda, attiva dei comportamenti che possono essere ritenuti, in generale, abbastanza uniformi.

Per quanto riguarda questi servizi, dunque, si può ritenere che la domanda e i consumi che conosciamo riflettono più fedelmente di quanto non avvenga con la domanda in generale, quello che è un autentico bisogno di salute.

Un ultimo punto che vorrei toccare prima di arrivare alle conclusioni, è il legame tra domanda di beni e servizi sanitari e gratuità o meno del servizio.

L'economista ragiona in questi termini; si chiede sempre qual'è il comportamento del consumatore.

Come si comporta il consumatore che esprime la domanda in una situazione in cui c'è, ad esempio, un prezzo, un mercato, ed in cui il prezzo viene fatto variare?

Questo quesito, sollevato per questo specifico tipo di problematiche porta sostanzialmente alla risposta che non c'è alcun tipo di diversificazione nel comportamento.

Dunque, all'interno della domanda di servizi sanitari possiamo diversificare 2 estremi, 2 comportamenti : il 1° ha a che fare con i beni e servizi che possono essere definiti «salvavita»;

il 2° ha a che fare con beni e servizi che possono essere procrastinati in quanto, pur essendo quasi sempre utili, non sono necessari nè tanto meno urgenti.

Cioè sono servizi di cui possiamo fare a meno senza rimetterci le penne, senza subire alcun danno rilevante.

Se questa tipologia ha senso, dobbiamo ammettere (e alcune indagini statistiche lo provano) che il comportamento individuale può diversificarsi in funzione della variazione di prezzo.

Dato che siamo nell'ambito del S.S.N. pensiamo al ticket, che volendo simulare l'azione del prezzo, ha l'obiettivo di contenere la domanda, ridurre i consumi, circoscrivere la spesa.

Che senso ha o potrebbe avere il ticket = prezzo, relativamente alle varie tipologie di beni e servizi?

Una variazione di prezzo, che sia decisa unicamente nei confronti di beni e servizi sanitari necessari ed urgenti, provoca una piccolissima riduzione o variazione della quantità che ne viene domandata; e questo è ovvio.

Se una persona è in condizioni di rischio di vita, sarà disposta a pagare qualsiasi cifra pur di accedere a «quei» beni e servizi.

Una identica variazione di prezzo, che sia decisa nei confronti di beni e servizi utili ma non necessari e tantomeno urgenti, provoca o può provocare una decisamente più sensibile variazione della quantità che ne viene domandata; ed anche questo è ovvio.

Tanto più aumenta il costo che io devo sopportare per andarmi a comprare l'aspirina, tanto più sono indotto a consumarne di meno o comunque a fare attenzione a come la consumo.

I beni e servizi alla base della nostra trattazione, a quale categoria appartengono?

La risposta mi pare evidente.

Bene, vediamo di trarne alcune indicazioni.

La domanda di servizi dell'Area Critica soddisfa un bisogno di merito che la nostra società considera di notevole esternalità.

Non ritiene cioè, che il fruitore di quei servizi, considerate le notevoli estraneità che sono collegate a quella funzione di consumo e di produzione, debba ricorrere al mercato; cosa che avviene invece in altri paesi quali ad esempio gli USA.

La domanda soddisfatta esprime, di norma, un bisogno autentico.

Il prezzo, il ticket, non può costituire un accettabile strumento di razionamento, proprio perchè ci si trova di fronte a problemi che mettono in discussione la vita dell'individuo.

Vi è l'eccezione del Pronto soccorso (P.S.) che è un servizio particolare dell'Area Critica.

Non sempre l'uso di questo presidio sanitario è rispondente al modello di riferimento comunemente utilizzato: il P.S. dovrebbe servire a risolvere bisogni urgenti e improcrastinabili.

Stando ai dati di un'indagine che noi, come Istituto di Economia Sanitaria, abbiamo svolto 2 anni fa in 5 P.S. degli ospedali della cintura milanese, questo non sempre avviene.

Il 30% di coloro che si sono rivolti ai P.S., infatti, hanno evidenziato bisogni non urgenti e non congrui che potevano essere soddisfatti bene e con minor costo altrove.

Infine, qualche considerazione su quanto detto.

Il consumo di beni e servizi riguardanti l'Area Critica, può essere ritenuto come espressione abbastanza fedele, a parte il P.S., di un bisogno autentico di salute.

Questo porta a concludere che l'offerta di questi servizi può essere tranquillamente adeguata alla domanda, senza particolari preoccupazioni in termini di sprechi o iperconsumi.

Un numero maggiore di «Rianimazioni» non dovrebbe portare ad un ricorso indebito a quei servizi.

Se i servizi di Area Critica potranno essere potenziati, dovranno anche essere distribuiti omogeneamente sul territorio, nel rispetto dei vincoli di bilancio e con la considerazione che le risorse sono limitate e quindi scarse.

L'espandibilità dei servizi di Area Critica deve comunque mutarsi con l'esigenza di rendere sempre più efficiente sia l'impiego delle risorse che devono esservi impegnate, che l'uso globale dei servizi stessi.

Potrebbero esserci più servizi, ma maggiormente efficienti perchè dobbiamo tentare di confrontarci con i possibili «trade off»; le risorse che dovremo impiegare per potenziare i servizi di Area Critica vengono sottratte ad impieghi alternativi e dunque l'investimento deve essere pagante economicamente e socialmente.

Valutare l'efficienza significa verificare qual'è la composizione dei costi di quei servizi.

I vincoli temporali mi impediscono un'analisi dettagliata, però penso di poter affermare che se rivalutiamo il ruolo della componente che oggi costa mediamente di meno, probabilmente aumentiamo il grado di efficienza di quei servizi.

La componente che costa mediamente meno, guarda caso, va identificata proprio con la componente di lavoro infermieristico.

Chiudo dicendo che, se dobbiamo rivedere la componente infermieristica attribuendole maggiori responsabilità e maggior grado di autonomia per aumentare il grado di efficienza, beh allora dobbiamo anche riconoscere agli infermieri maggiore grado di autonomia ed un ruolo molto più «pesante» nell'ambito del sistema.

Questo ruolo più «pesante» può significare tante cose, può significare un sistema di incentivi interno, che peraltro è già in atto, può significare anche un nuovo tipo di rapporto di lavoro ... che io mi auguro venga quanto prima.

Come fare ... beh, questo è un altro discorso!!!

L'INSERIMENTO DEL PERSONALE COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE ED EFFICACIA ORGANIZZATIVA

STEFANO BARBIERI (relatore)

IID - Scuola Infermieri Professionali USSL n. 65 Alba - (CN)

Introduzione

Un efficace inserimento ritengo debba tener conto sia delle aspettative dei dirigenti, dei coordinatori e del resto del gruppo professionale di lavoro nei confronti del nuovo arrivato, sia delle aspettative di quest'ultimo rispetto all'équipe di lavoro ed all'utente.

L'inserimento non può quindi essere considerato una tappa a sé stante ma intimamente connesso con altri momenti della gestione delle risorse umane che lo precedono o lo seguono intercondizionandosi strettamente.

L'efficacia e la puntualità di funzioni quali l'elaborazione dello standard di selezione, la ricerca delle fonti per il reclutamento, le fasi della selezione e la scelta finale da un lato, e dall'altro l'addestramento e la formazione, lo sviluppo dell'individuo, il suo rendimento, il suo atteggiamento, il grado di identificazione con l'azienda, il tipo e l'intensità della sua adesione al sindacato, la sua realizzazione nel lavoro ed il suo arricchimento professionale, sono esempi di momenti, aspetti o risultati della gestione della risorsa «uomo» che condizionano l'inserimento o ne sono condizionati.

Partendo da queste considerazioni, l'*obiettivo* specifico di questa relazione sarà focalizzato all'elaborazione di un quadro teorico di riferimento per quanto concerne la «gestione del personale», evidenziando la fase dell'*inserimento* quale momento cruciale nella vita lavorativa di ogni professionista.

È noto che l'ingresso in un nuovo ambiente è sempre critico, per qualsiasi operatore, ma essendo l'infermiere professionale l'operatore al quale noi dedichiamo il nostro specifico interesse, dobbiamo tener presente alcune considerazioni:

— in primo luogo l'infermiere professionale è chiamato subito dopo l'assunzione a farsi carico e non solo, ma anche a saper cogliere i bisogni dell'utente e dei suoi familiari e di conseguenza prendere decisioni e risolvere problemi;

— in secondo luogo egli deve operare seguendo una metodologia scientifica per mirare all'obiettivo «salute», sapendo instaurare una relazione di aiuto interpersonale con l'utente, la famiglia, il gruppo, ecc. ..., che caratterizza la professionalità di ogni operatore infermieristico;

— in terzo luogo egli non opera da solo nel contesto lavorativo, ma si viene a trovare inserito in gruppi di lavoro ed équipe formate da più figure professionali che richiedono grandi competenze e capacità di lavorare con gli altri al fine di garantire prestazioni infermieristiche di alto livello.

La gestione del personale

Ogni impresa nella gestione del personale opera delle scelte che finiscono per caratterizzare in modo più o meno originale il suo rapporto con i dipendenti.

Queste scelte costituiscono le politiche del personale, cioè quell'insieme di criteri, norme, orientamenti, a volte espressi a volte impliciti, voluti dal vertice aziendale, progettati e sviluppati dalla funzione del Personale e realizzati operativamente dai dirigenti intermedi nel rapporto quotidiano con i collaboratori.

Il vertice, insieme ai quadri aziendali, ha il compito di ottimizzare, nell'ambito dei vincoli e delle opportunità legislative e contrattuali, l'utilizzo delle risorse umane, bilanciando costantemente da una parte gli obiettivi generali e prioritari dell'impresa e, dall'altra, i bisogni e le aspettative dell'individuo.

Per gestione del personale si intende «il processo articolato e complesso di acquisizione e di amministrazione delle persone all'interno di un sistema organizzativo» (1).

La gestione del personale, dunque, è una sintesi di responsabilità, attività ed applicazione di strumenti, attraverso i quali la risorsa «uomo» è:

- *acquisita all'organizzazione* (reclutamento, selezione, accoglimento ed inserimento);
- *ricompensata per l'attività svolta* (valutazione delle prestazioni, retribuzione diretta ed indiretta);
- *formata professionalmente ed indirizzata alla carriera più opportuna* (meritata (addestramento, formazione, valutazione e sviluppo del potenziale);
- *amministrata* (gestione amministrativa ed adempimenti istituzionali connessi).

Oggi con l'espressione «gestione del personale» si intendono tutti gli interventi di natura relazionale, amministrativa, giuridica, programmatica ed organizzativa, integrati in un unico disegno che il fattore umano esige, con complessità variabili in relazione a livelli di professionalità e responsabilità esistenti.

D'altra parte non ci si può limitare a paragonare il fattore umano a qualsiasi altro parametro aziendale, perché nei suoi confronti è sempre presente un problema che non ci si deve spaventare di definire etico (2).

Ogni dipendente d'azienda, per quanto passivo e ripetitivo sia il compito che gli è stato affidato, racchiude in sé un mondo complesso di sentimenti, sensazioni e ragionamenti che comunque devono essere presi in considerazione se non si vogliono rischiare conseguenze quali la disaffezione più completa o la contrapposizione conflittuale.

(1) E. AUTERI-O. BUSANA, *La gestione del personale*, ETAS-LIBRI, Milano 1989.

(2) G.C. COCCO, *Tecniche di gestione del personale*, Buffetti Editore, Roma 1987.

Le funzioni insite nella gestione del personale sono tra loro distinte ma nello stesso tempo si condizionano ed intersecano in modo molto stretto.

La funzione di acquisizione, da parte dell'organizzazione, della risorsa «uomo» raccoglie in sé molteplici aspetti tra i quali distinguiamo: il reclutamento, la selezione, l'accoglimento e l'*inserimento*.

Essendo la funzione sopra accennata di particolare interesse per l'obiettivo di questa trattazione, si procede alla definizione in modo distinto dei suoi vari aspetti.

Il *reclutamento* si può definire, in sostanza, come la ricerca, sulla base di determinate esigenze «dell'azienda», di un certo numero di persone in possesso di requisiti tali da soddisfare le esigenze stesse.

La selezione del personale è il processo volto a stabilire, mediante l'impiego di tecniche appropriate, quali tra più persone sono idonee per le loro qualità attuali e potenziali e per le loro caratteristiche a svolgere il lavoro a cui sono avviate con soddisfazione sia propria che dell'organizzazione.

Per *accoglimento* si intende il complesso di iniziative ed azioni programmate per fornire al nuovo assunto le informazioni utili onde conoscere meglio l'ambiente, l'unità e le mansioni cui è destinato, le persone con cui dovrà collaborare, i regolamenti e le procedure, i suoi diritti e doveri.

L'*inserimento* è il complesso di iniziative e di azioni di informazione e di assistenza formativa programmate per seguire il nuovo assunto nel periodo di attività aziendale (3).

Definiti in maniera sintetica alcuni compiti della funzione globale di gestione del personale, passeremo ora a valutare di chi è o dovrebbe essere la responsabilità principale di gestione del personale.

A questo quesito sono state date nel tempo risposte molto diverse. Dal punto di vista storico si possono intravedere due situazioni specifiche che si sono succedute nel passare del tempo. La prima, e quindi la più antica, è quella che ha visto come responsabile primario del proprio personale il «capo» o il gruppo di «capi» a cui era affidata una certa unità aziendale o un gruppo organizzativo di persone.

Questi capi hanno avuto come riferimento costante per le loro azioni di gestione un regolamento, o un insieme di norme, emanate dai vertici. Sulla base di tali regole o norme, veniva improntata, da parte di tutti i responsabili, l'attività di governo nei confronti dei propri subalterni. Data la generalità della regola, tuttavia, ai vari sovrintendenti era di fatto attribuita una notevole discrezionalità nell'interpretazione e quindi nella gestione del proprio personale.

Con la nascita dell'industria moderna, collegata ad una profonda e più complessa trasformazione della società, dei valori e della cultura, le necessità degli individui inseriti nel sistema aziendale si sono fatte assai più rilevanti

(3) A. ZERILLI (a cura di), *Reclutamento, Selezione e Accoglimento del Personale*, Franco Angeli Editore, Milano 1975.

e numerose. Sono emerse, soprattutto nelle aziende più avanzate e di maggiori dimensioni, esigenze motivazionali e di produttività prima meno avvertite ed ora comunque non più gestibili con interventi prevalentemente gerarchici.

Si è ritenuto allora necessario abolire il carattere discrezionale «quasi assoluto» del potere dei capi nella gestione della risorsa «uomo», per improntarlo invece alle mutate condizioni. In particolare si è voluto ridurre il grado di forte soggettività nella gestione, a vantaggio di una maggiore omogeneità: ciò al fine di rispondere a nuovi e più sentiti bisogni di miglioramento del clima interno e governabilità del sistema organizzativo.

Nel contempo si è andata sviluppando all'interno delle aziende una nuova funzione, il «Personale», con risorse e responsabilità proprie, distinte da quelle della linea di quadri aziendali.

Si giunge così ai tempi odierni in cui la divisione delle responsabilità nella gestione del personale tra funzione specialistica e linea (in particolare nelle medie e grandi aziende) si può sintetizzare nel modo seguente:

— è di responsabilità della funzione Personale, in accordo con la direzione generale, l'architettura dei sistemi di gestione entro i quali si realizzano le diverse azioni di governo dei dipendenti da parte dei quadri;

— l'azione dei quadri rimane determinante per tutto quello che attiene alla gestione del singolo individuo, ovvero l'applicazione personalizzata su ciascun operatore delle norme, procedure e tecniche stabilite in generale per tutti.

I quadri hanno inoltre un ruolo essenziale, in quanto fonti primarie di informazioni sul clima e sulle singole e generali esigenze, nel suggerire e stimolare la funzione del Personale e realizzare interventi sia di natura globale che specifica.

Articolando poi l'attività di gestione dei dipendenti nelle varie voci che la compongono, e quindi scendendo dal generale allo specifico, si possono solo individuare delle linee di tendenza generali che lasciano tuttavia spazio ad interpretazioni diversamente articolate nelle singole realtà aziendali.

L'INSERIMENTO DEGLI INFERMIERI: DUE ESPERIENZE A CONFRONTO

ROBERTA DORO *, ELISABETTA ALLEGRINI *

* IPAFD - Centro fibrosi cistica - VERONA

Questa esperienza è stata fatta presso il Centro Fibrosi Cistica di Verona. Il reparto si occupa della diagnosi e cura della Fibrosi Cistica, patologia ereditaria cronica.

I pazienti sono seguiti dal momento della diagnosi fino alla morte.

L'età dei ricoverati va dai 20 giorni di vita fino all'età adulta. A causa delle diversità dei bisogni assistenziali dei pazienti nelle diverse fasce d'età, il reparto è stato suddiviso in settori:

- 1) lattanti e prima infanzia;
- 2) seconda e terza infanzia;
- 3) adolescenza ed età adulta.

Il lavoro è organizzato in piccole équipe, formate da 2 IP, 1 FKT, 1-2 medici.

La fibrosi cistica è una malattia poco conosciuta anche nell'ambiente sanitario, il reparto non è sede di tirocinio per gli allievi IP e quindi il personale neoassunto non ha un bagaglio di conoscenze sufficienti a garantire una assistenza che risponda adeguatamente ai bisogni dei pazienti.

Inoltre il turnover del personale infermieristico nel nostro reparto è elevato (età lavorativa media 4 anni) data la tipologia dei pazienti ed il carico di lavoro elevato (non solo fisico ma anche con coinvolgimento emotivo).

Per questi motivi è necessario un periodo di formazione all'interno del reparto prima che una IP raggiunga sufficiente autonomia operativa.

Dal 1984 l'inserimento costituisce un momento strutturato all'interno del nostro Centro.

Fino al 1990 era organizzato e gestito dai medici di reparto, con il coinvolgimento delle IP con più esperienza.

Era strutturato in lezioni teoriche tenute dai medici e tirocinio pratico condotto dalle infermiere.

Questo tipo di inserimento privilegiava solo due aspetti della professionalità infermieristica:

- il sapere (conoscenze specifiche);
- il saper fare (abilità tecniche).

Il saper essere (atteggiamenti) non emergeva perché il personale medico non poteva trasmettere un modello assistenziale non proprio (cioè quello infermieristico). Gli infermieri insegnavano gli aspetti tecnici, scientifici e trasmettevano ciascuno il proprio concetto di assistenza infermieristica (quindi più modelli assistenziali non basati su modelli teorici).

Nel corso degli anni si è modificata la formazione di base degli infermieri, cioè ha portato ad una maggiore consapevolezza del proprio ruolo e alla voglia di partecipare attivamente allo sviluppo della professione.

Nel 1990 alcune infermiere del Centro hanno espresso il desiderio di sperimentare un nuovo metodo di inserimento delle IP e di esserne responsabili in prima persona. Circa un mese prima della data prevista di arrivo di nuovo personale è iniziata la programmazione del corso di inserimento, così da poter pianificare la turnazione delle infermiere responsabili.

Obiettivo generale del corso era:

aiutare i nuovi IP ad acquisire criteri, metodi e tecniche infermieristiche specifiche, che sviluppando autonomia operativa favoriscono un corretto e rapido inserimento nel servizio.

Il corso di inserimento è stato articolato in 4 settimane. Dopo tale periodo è stato verificato il raggiungimento di un sufficiente livello di autonomia e si è quindi passati all'inserimento attivo ed autonomo delle infermiere nell'assistenza diretta. Lo svolgimento del programma è stato affidato a 3 I.P. istruttrici coordinate da 2 I.P. responsabili.

Le nuove I.P. sono state affiancate alle infermiere istruttrici nell'assistenza il mattino dal lunedì al venerdì in un settore del reparto (a rotazione). Per ogni settimana sono stati fissati gli obiettivi, gli interventi da attuare, le risorse disponibili, la verifica.

PROGRAMMA DI INSERIMENTO DELLE NUOVE INFERMIERE

PRIMA SETTIMANA

OBIETTIVO: *definire la logistica del reparto e le sue modalità di funzionamento.*

Piano:

- com'è strutturato
- servizi annessi
- rapporti strutturali con altri reparti
- archivi, depositi, magazzini
- approvvigionamento delle risorse più comuni

OBIETTIVO: *Descrivere l'équipe di lavoro riconoscendo ruolo, funzioni e responsabilità di ognuno*

Piano:

- modalità di lavoro in équipe
- il ruolo dell'I.P. di settore: funzioni e responsabilità assistenziali, organizzative, gestionali e di controllo del sistema informativo e delle risorse materiali

Risorse: CS, IP, altri operatori

Verifica: descrizione delle situazioni più comuni

SECONDA SETTIMANA

OBIETTIVO: *descrivere le patologie più frequenti ed individuarne gli esami clinici e terapie farmacologiche correlate.*

Formalizzare la presenza della nuova IP all'équipe di settore.

Piano: lezioni tenute da IP con l'intervento di altri operatori su richiesta delle coordinatrici

Risorse: CS, IP, altri operatori, quaderni di reparto, bibliografia

Verifica: colloquio (per verificare il livello di apprendimento) e successiva programmazione della terza settimana.

TERZA SETTIMANA

OBIETTIVO: *descrivere le patologie più frequenti ed individuarne gli esami clinici, terapie farmacologiche correlate ed i presidi e le attrezzature in dotazione al reparto.*

Apprendere le modalità più semplici di FKT respiratoria

Affidare alla nuova IP la gestione autonoma di 1-2 pazienti.

Piano: partecipazione attiva alla vita di reparto secondo modalità stabilite con IP istruttrici - appoggio alla FKT.

Risorse: CS, IP, FKT, altri operatori, quaderni di reparto, bibliografia.

Verifica: Colloquio con sintesi delle competenze acquisite nelle 3 settimane e simulazioni.

QUARTA SETTIMANA

OBIETTIVO: *assistere autonomamente i pazienti affidati.*

Piano: gestione completa dell'attività del settore con la supervisione dell'IP istruttrice

Risorse: CS, IP, altri operatori, quaderni di reparto, bibliografia

Verifica e valutazione: colloquio generale e simulazioni.

L'insegnamento delle diverse patologie fatte dalle IP istruttrici, è stato centrato sui problemi che i pazienti presentano, ad esempio la seconda settimana sono state approfondite le patologie (es. Fibrosi Cistica, Celiachia, Diarree Croniche) che comportano problemi a livello digestivo.

Sono stati spiegati ed eseguiti in particolare gli esami diagnostici necessari per l'inquadramento dei problemi intestinali e studiate le terapie farmacologiche e le diete prescritte in questi casi.

La terza settimana sono state invece discusse le patologie che comportano problemi respiratori (es. Fibrosi Cistica, Asma, Broncopatie croniche), gli esami correlati e le terapie farmacologiche e fisioterapiche prescritte.

Durante lo svolgimento del programma sono stati organizzati degli incontri tenuti da personale di reparto (medico e non) per approfondire alcuni aspetti che si sono rivelati problematici.

In totale sono stati tenuti 12 incontri, aperti a tutto il gruppo infermieristico, che hanno così rappresentato anche un momento di aggiornamento interno.

Tematiche degli incontri

- finalità istituzionali del Centro e metodologia generale del lavoro (tenuto dal primario il prof. Mastella)
- norme organizzative del reparto (IP Doro)
- elementi di puericoltura (VI Castellani)
- il lattante malato (dott. D'Orazio)
- la Fibrosi Cistica aspetti generali (dott. Barlocco)
- il bambino in nutrizione parenterale, problemi e strategie (psicologa dott. Perobelli)
- il nebulizzatore ultrasonico: montaggio, smontaggio, disinfezione (ausiliario Gazzieri - IP Doro)
- la tenda ossigeno montaggio, manutenzione, uso e disinfezione (aus. Tosi - IP Doro)
- pompe infusive, scelta - modalità d'uso (IP Longo)
- fisioterapia respiratoria: aspetti generali (FKT Cappelletti e Cornacchia)
- il paziente adolescente: problematiche, comunicazioni, atteggiamenti (psicologa dott. Perobelli)
- ossigenoterapia: motivazioni e aspetti tecnici (dott. Braggion aus. Tosi)
- elementi di genetica della Fibrosi Cistica (dott. Cabrini - dott. Borgo)
- piani di nursing per le emergenze (emottisi, ematemesi, convulsioni febbrili, shock anafilattico, pneumotorace) (IP Allegrini).

Il momento della verifica, al termine di ciascuna settimana, è stato utilizzato per valutare il livello di conoscenze ed autonomia raggiunto, per rispondere a quesiti, per modificare il programma del corso a seconda del livello raggiunto.

Molta importanza è stata data alla relazione IP-paziente e famiglia, che di solito costituisce un momento critico nell'assistenza quotidiana.

Ci sono stati momenti di verifica di gruppo e momenti di verifica individuale con colloquio fra neo IP e IP coordinatrici.

Sono stati inoltre fatti degli incontri fra IP responsabili (coordinatrici ed istruttrici) per tarare il programma a seconda delle esigenze delle nuove colleghe.

Il fatto che le verifiche siano state eseguite da infermiere ha permesso alle nuove di esprimere senza remore i problemi, ed ha portato ad una rapida integrazione nel gruppo infermieristico.

Dopo 3 mesi dall'inserimento è stato chiesto alle nuove infermiere di dare una valutazione dell'esperienza vissuta e, visto che le 4 infermiere inserite avevano avuto precedenti esperienze di lavoro in altri reparti, è stato possibile fare un confronto con l'inserimento vissuto in altre realtà (neurologia, malattie infettive, geriatria, lungodegenza).

In quasi tutti i reparti l'inserimento non è guidato, preparato e soprattutto graduale, ma è affidata alla responsabilità del singolo operatore l'apprendimento di conoscenze, abilità e atteggiamenti peculiari del reparto.

Spesso le nuove infermiere trovano un ambiente ostile; a volte c'è un atteggiamento di «nonnismo» nei loro confronti («noi non siamo state aiutate quindi arrangiate!»). Inoltre spesso non esiste materiale scritto (es. quaderni di reparto con descrizione di materiali, protocolli assistenziali) cui le nuove arrivate possano attingere per conoscere e capire la realtà in cui sono inserite.

La trasmissione delle conoscenze è prevalentemente orale, non organica né organizzata, così da richiedere maggiori energie e tempo alle nuove leve per potersi integrare.

Si pensa a torto che la Scuola dia un bagaglio culturale sufficiente, e anche se così fosse, questo è comunque insufficiente per poter applicare modelli assistenziali studiati solamente in modo teorico.

Laddove l'inserimento è considerato un momento importante per l'assistenza nel reparto, esso è ancora affidato a personale medico, che trasmette alle infermiere il proprio modello assistenziale e proietta su di esse la propria visione di infermiera (ruolo di supplenza e di supporto esecutivo alle attività mediche).

Tutto questo limita la capacità del gruppo infermieristico di appropriarsi della specificità del ruolo.

A conforto di quanto espresso presento uno schema elaborato dalle infermiere ultime arrivate nel reparto in cui opero e che vuole evidenziare le diverse modalità di inserimento e le contrastanti possibilità di applicazione dei modelli cognitivi appresi durante il corso di formazione infermieristica.

<i>Indicazioni ricevute dalla Scuola</i>	<i>Esperienze negli altri Reparti</i>	<i>Esperienza del Centro Fibrosi Cistica</i>
Inserimento preparato e guidato	Inserimento non preparato non guidato. Si va allo sbaraglio	Inserimento preparato guidato e graduale
Preparazione di tipo clinico, infermieristico generale	Non aggiornamento Formazione sulle specificità operative infermieristiche Ruolo di prevalente supplenza Supporto attività medici	Aggiornamento Formazione sulle specificità operative infermieristiche Ruolo di collaborazione con l'équipe assistenziale
Processo di nursing Piano di assistenza	Lavoro per compiti-routine Difficoltà a rilevare e soddisfare i bisogni delle persone ammalate	Orientamento verso il processo di nursing Tensione alla rilevazione e soddisfazione dei bisogni Attenzione alla relazione e comunicazione
Correttezza nel rapporto di lavoro inter-intra professionale	Rapporti intra-P.li Solidarietà e appoggio nel cercare insieme un metodo per migliorare il lavoro di tutti Rapporti inter-P.li Fiducia finché c'è estraneità ai conflitti preesistenti	Rapporti intra-P.li Desiderio di trasmettere un metodo di lavoro costruito dal gruppo e ritardato nel tempo Rapporti inter-P.li Fiducia e richiesta informazioni dopo l'inserimento
Sistema informativo e metodo di lavoro formale	Trasmissione orale saltuaria e incompleta	Tensioni alla costruzione di strumenti di comunicazione formale e completa
Valutazione risultati	Metodo di lavoro disomogeneo	Metodo di lavoro prevalentemente omogeneo Elaborazione protocolli assistenziali Tensione alla costruzione di un sistema di autovalutazione

IERI ABBIAMO DETTO ...

CONSIDERAZIONI SULLA GIORNATA PRECEDENTE

CASCIOLINI ERNESTO

I.P. Rianimazione Ospedale S. Giovanni - Roma

CERASATO SABRINA

I.P. Rianimazione Policlinico Gemelli - Roma

D'AGOSTINO DONATELLA

I.P. Rianimazione Policlinico Gemelli - Roma

MARCHETTI ROSSELLA

I.P.A.F.D. Rianimazione Policlinico Gemelli - Roma

SIMEONI BIANCAMARIA

V.I.S. Rianimazione Ospedale Bambino Gesù - Roma

Ricordiamo in poche parole il contenuto delle relazioni presentate ieri dai nostri colleghi.

L'apertura del congresso è stata tenuta dal nostro presidente Elio Drigo. Egli, nella sua relazione, ha evidenziato l'incongruenza del sistema sanità per il quale il recupero della salute è un fatto marginale, privilegiando, invece, gli aspetti economici e i poteri sociali e culturali. Inoltre ha fatto risaltare uno degli aspetti meno evidenziati della nostra professione: la sua «femminilità», intesa come sensibilità, emotività delle storie vissute quotidianamente, come attenzione particolare rivolta alla persona. Però questo lato positivo viene inficiato da un aspetto negativo quale la percezione errata, da parte dell'utente, dell'assistenza infermieristica: essa viene considerata di livello inferiore e dipendente dalla competenza medica. Tale dipendenza fortunatamente è in via di esaurimento per il maggior spazio di autonomia conquistata nella realtà lavorativa. Ne consegue un'espansione dei ruoli infermieristici in quanto dobbiamo considerare terapeutiche tutte le relazioni umane che hanno un effetto benefico sulla persona. Drigo ha infatti affermato: «l'infermiere è (quindi) un terapeuta». Da tutto ciò risulta che lo scopo di tutte le attività sanitarie è la centralità del malato e non più quella delle figure professionali che lo assistono. Tutte le professioni sanitarie hanno pari dignità! A conclusione, la nostra forza è e deve essere quella di voler cambiare la realtà e il cammino dell'ANIARTI seguendo questo sentiero.

In seguito la vice presidente Claudia Silvestri ha fatto un *excursus* storico sulla presenza dell'associazione nella realtà infermieristica degli ultimi dieci anni, partendo dal concetto di infermiere di rianimazione e terapia intensiva, per arrivare all'identificazione di Area Critica e delineando con maggior chiarezza la figura dell'infermiere che vi opera.

Altro grosso traguardo dei dieci anni di attività dell'associazione è stato la formulazione e la recente attuazione d'un programma unitario per la specializzazione dell'infermiere in Area Critica.

Addentrando poi nell'analisi dell'attuale, la collega Dalponte ha evidenziato le differenze di un sistema organizzativo di Area Critica, gestito all'interno e all'esterno dell'ambiente ospedaliero, facendo risaltare: la complessità del sistema; le leggi e le regole che lo compongono; gli utenti ai quali è diretto; il numero degli operatori coinvolti e la loro professionalità; le tecnologie impiegate; le motivazioni e il rifiuto del sistema stesso, vedendo il rifiuto come motivazione al cambiamento del sistema o come fuga da esso.

Le relazioni successive, tenute dai dott. Giovannelli e Rossi, hanno analizzato i due aspetti della domanda di salute dei cittadini: quello economico e quello politico. Il dott. Giovannelli ha esposto un'analisi della domanda e dell'offerta del suo paese, mettendo in discussione la struttura ospedaliera come

risposta adeguata alle esigenze sanitarie della popolazione. Ha dimostrato in effetti che il decentramento ospedaliero ha ormai solo un valore storico ed, anzi, rappresenta un effettivo ostacolo strutturale della riforma. Propone, in alternativa a ciò, un sistema di servizi integrati che tenga in considerazione la situazione socioeconomica e i bisogni emergenti della popolazione. Il dott. Rossi, invece, ha fatto un'analisi economica della domanda di salute dei cittadini, distinguendo i bisogni in collettivi e individuali, dove, comunque, in quelli individuali, egli ha detto, vi è l'esternalità delle persone non direttamente coinvolte, le quali interagiscono per soddisfare gratuitamente i bisogni del singolo. Ai fini economici ha sottolineato che è possibile ottenere un risparmio consistente dei costi collettivi, fornendo una educazione sanitaria adeguata, che eviti il presentarsi di un numero elevato di prestazioni non urgenti in ambito di pronto soccorso, eseguibili altrove in modo migliore e con minor costo.

Nella relazione conclusiva della prima mattina della Sig.ra Lupano è stato posto l'accento, dopo un breve richiamo storico sulle tappe fondamentali della professione infermieristica, sulla necessità che gli infermieri si rendano conto che, tanto più si adeguano all'attuale situazione di sfascio organizzativo e di latenza nella presa in carico delle responsabilità, tanto più si abbasserà il livello delle prestazioni sanitarie e il riconoscimento sociale del ruolo della professione infermieristica.

La sessione pomeridiana ha proposto le tematiche inerenti l'organizzazione, esaminando in specifico un importante strumento d'integrazione organizzativa: l'inserimento. Il primo relatore, il collega Barbieri, ha esposto il modello di riferimento in ambito aziendale per l'inserimento dei neo assunti, evidenziando i punti di convergenza e di diversificazione con un sistema di tipo pubblico. Le colleghe Doro e Allegrini hanno presentato un'esperienza d'inserimento di infermieri neo assunti in un reparto ospedaliero, evidenziando la diversità tra un inserimento di tipo guidato e uno, diciamo, di tipo «selvaggio», purtroppo più comune.

Sia in mattinata che in pomeriggio è stato interessante il dibattito, che ha visto la partecipazione di molti colleghi.

LO STRESS: ASPETTI GENERALI E RIFLESSI RELAZIONALI

MASSIMO SANTINELLO

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione - Università di Padova

Lo stress: aspetti generali e riflessi relazionali

1. *Introduzione*

Tra i materiali che ho consultato per preparare questo intervento ho trovato una definizione di stress che rimanda ad una immagine suggestiva: stress, il killer silenzioso.

Infatti gli effetti dello stress possono essere tragici per l'individuo e per l'organizzazione lavorativa e spesso essi giungono senza particolari segni premonitori. Una categoria particolare di questi effetti è stata denominata «burn-out».

Lo stress oltre che essere una parola di moda è diventato uno dei temi che la psicologia moderna sta affrontando con sforzi crescenti.

Le sue implicazioni sulla salute delle persone e sull'efficienza dei servizi comportano delle ricadute sociali, economiche ed in ultima analisi politiche che hanno contribuito a dilatare l'attenzione verso questo concetto e contemporaneamente hanno esteso il significato e l'uso del termine in ambiti molto vari.

Oltre 300.000 pubblicazioni scientifiche sullo stress negli ultimi 20 anni (CAPRARA e BORGOGNI, 1988), per non parlare di quelle divulgative che ormai con cadenza quasi quotidiana ci assillano in periodici e quotidiani, testimoniano l'importanza assunta dal tema.

Inoltre questa cifra è un indicatore delle incertezze e delle ambiguità che circondano questo argomento, dei molti e differenti significati attribuiti al termine e delle possibili differenti prospettive con cui può essere analizzato.

2. *Prospettive teoriche*

Il concetto di stress è fonte di ricerche in almeno quattro discipline: la biologia, la medicina, la psicologia e la sociologia.

I numerosi interrogativi irrisolti circa i rapporti mente-corpo ed ereditarietà-ambiente permettono numerose prospettive di lettura del fenomeno.

Dal punto di vista psicologico lo stress non è riconducibile a uno stimolo, una serie di sintomi, una particolare situazione ambientale o uno stato individuale ma è un processo dinamico implicato nel rapporto individuo-ambiente.

Lo stato di stress riflette le difficoltà della persona a rapportarsi con uno o più settori della propria vita. Il rapporto con l'ambiente di lavoro, familiare,

sociale e naturale viene percepito come affaticante e richiedente una serie di sforzi, risorse e abilità superiori a quelle che la persona ritiene di disporre.

La discrepanza tra richieste dell'ambiente e risorse dell'individuo è l'origine di un processo che può costituire un rischio per il benessere dell'individuo.

L'innesco del processo di stress può essere dovuto a molte fonti e tutte fanno parte della routine della vita quotidiana.

Il killer silenzioso, che abbiamo chiamato stress, colpisce soprattutto successivamente ad esposizione a situazioni stressanti non intense ma frequenti e prolungate nel tempo.

Ma non dobbiamo pensare ad un rapporto diretto di cause-effetti ossia stress-patologie psicosomatiche.

Benché i suoi effetti sulla salute siano ampiamente dimostrati (PANCHERI, 1984) la variabilità con cui essi si manifestano in corrispondenza a diversi fattori causali è spiegabile se si tiene contemporaneamente presente il ruolo svolto dall'individuo come unità bio-psicologica e i significati che la persona attribuisce alla situazione.

Lo stress va inteso dunque un concetto relazionale ossia un fenomeno comprensibile se si analizza la complessa relazione individuo-ambiente ed, all'interno di essa, il ruolo svolto dalle strutture cognitive della mente.

Come sostiene LAZARUS (1981) le persone non sono semplicemente vittime dello stress, ma a determinare lo stato finale della persona contribuisce:

a) il modo con cui essa valuta l'evento o la situazione stressante (valutazione primaria);

b) se l'individuo ritiene di disporre delle abilità o delle risorse per fronteggiare la situazione o eventuali alternative ad essa (valutazione secondaria).

Sarebbero questi processi cognitivi di valutazione a determinare la qualità della relazione individuo-ambiente sociale.

Dopo questa fase l'individuo cerca di far fronte alla situazione.

Il fronteggiamento è costituito dalla serie di tentativi e sforzi attuati a livello comportamentale e cognitivo volti a tollerare, ridurre o superare quelle richieste interne o esterne alla persona che hanno innescato il rapporto stressante.

Spesso tali tentativi di risolvere la situazione problematica finiscono per peggiorarla. Per cui non è raro notare come individui o gruppi stressati inavvertitamente creano o inducono negli altri reazioni che possono mantenere o incrementare le risposte di malessere (MEICHENBAUM, 1990).

Quindi di importanza cruciale sono le capacità dell'individuo di ripristinare l'equilibrio turbato dalla situazione di stress. Occorre che le persone dispongano di strategie, conoscano meccanismi, acquisiscano abilità volte ad attenuare o contrastare le alterazioni connesse alla situazione di stress.

Alterazioni che se prevenute possono essere recuperate completamente ma che possono anche cronicizzarsi in patologie più o meno gravi.

3. *Stress e lavoro*

Da questa breve premessa risulta chiaro che il lavoro non è l'unica fonte di stress. Tutti i ruoli che ricopriamo nella nostra quotidianità si prestano ad essere possibili fattori problematici.

Ma il lavoro, per il tempo che occupa nella vita di una persona e per il valore che assume, è sicuramente una delle cause principali.

La lista degli aspetti dell'organizzazione lavorativa maggiormente connessi con lo stress è lunga e successivamente avrete modo di focalizzare quelli relativi al burn-out.

La dinamica è comunque la stessa e risiede nella discrepanza tra capacità e richieste, tra desideri e soddisfazione, tra aspettative e risultati, tra obiettivi individuali e quelli dell'organizzazione dove si lavora.

È necessario dunque capire cosa succede quando i bisogni della persona e quelli dell'organizzazione non coincidono, quando vengono poste richieste e obiettivi che il personale non è in grado di raggiungere, quando le capacità dell'individuo sono sottoutilizzate o il carico di lavoro impone ritmi e tempi che negano i valori professionali.

Certamente alcune realtà lavorative sono più stressanti di altri.

Lavorare in reparti di medicina generale in un piccolo ospedale può essere paragonato col lavoro in una rianimazione di un famoso policlinico universitario?

Ma come spiegare che il fatto che persone che lavorano nello stesso reparto vivono la stessa situazione in modo differente?

Occorre recuperare e dare importanza al ruolo dell'individuo, all'importanza che egli attribuisce alle sue mete e a quelle assegnate all'organizzazione ed alla probabilità del loro raggiungimento.

Da più parti si sostiene la necessità di verificare la qualità dell'assistenza, di standard, ecc. e facilmente in linea teorica si può convenire con queste necessità.

Ma mettiamoci nei panni di chi deve raggiungere questi standard ed ha dubbi circa la propria adeguatezza professionale, circa le risorse strumentali e tecnologiche disponibili. Condivide le mete, ma è messo in condizione di raggiungerle?

Ecco che spesso a livello personale si tenta di fare tutto, di fare il meglio possibile, ci si arrabbia per come le cose potrebbero essere fatte, ecc. Ma il disagio subentra inevitabile e sarà tanto maggiore quanto più tali obiettivi sono poco definiti o ambigui.

Ed infine, tali mete, obiettivi, ecc. sono vissuti come qualcosa da raggiungere, una sfida da accettare o costituiscono una minaccia alla propria stabilità, qualcosa di imposto al proprio tran-tran, qualcosa da evitare?

Diventa a questo punto inevitabile tirare in ballo i differenti livelli gerarchici presenti in ogni organizzazione lavorativa. È pensabile una intelligente politica motivazionale che sappia organizzare le strutture per obiettivi, con chiari piani di lavoro e che ponga sfide e non minacce?

Per fornire le risposte efficaci è necessaria una visione dell'organizzazione come sistema aperto, proiettata sul futuro, talvolta a valorizzare le risorse umane.

4. *Vulnerabilità individuale*

La ricerca sullo stress ha evidenziato come alcune caratteristiche di personalità possano rendere alcuni individui più suscettibili di altri ad una gamma di stimoli e situazioni potenzialmente stressanti.

A volte la risposta allo stress avviene su «canali biologici» e con effetti che si traducono in patologie psicosomatiche.

Altre volte i danni sono a carico del sistema psichico e si traducono in nevrosi, forme depressive, ecc. L'individuo ristrutturata il proprio modo di vedere il mondo e gli altri.

A modulare le risposte sono alcune caratteristiche di personalità quali: il «nevroticismo» ossia il grado con cui una persona tende ad essere ansiosa; il *locus of control*, ovvero se una persona ritiene che la propria vita sia risultato delle proprie abilità e fatiche o piuttosto della fortuna, del destino, ecc.; l'aggressività, la competitività sono altri tratti di personalità che agiscono in modo più o meno rilevante a predisporre, amplificare e prolungare l'esperienza stressante.

L'impatto dello stress sulle relazioni interpersonali è generalmente negativo. La persona tende a ridurre le occasioni di contatto sociale, iniziando una sorta di cammino verso l'isolamento. Diventa meno disponibile, più irritable, per cui le relazioni con i familiari e con i colleghi di lavoro si deteriorano progressivamente spesso senza rendersene conto se non quando la situazione è diventata molto critica.

Nel lavoro si diventa intrattabili e il gruppo di colleghi un po' alla volta precede all'isolamento. In famiglia il clima affettivo si raffredda progressivamente, ed il nucleo familiare diventa a rischio di disintegrazione.

I rapporti interpersonali diventano freddi e distaccati. Nel lavoro questo significa trattare i pazienti meccanicamente, senza coinvolgimento e passione. Siamo al burn-out.

5. *Che fare*

Se lo stress è un processo multifattoriale diventa illusorio eliminarlo totalmente. SELYE fa notare che «una vita sarebbe noiosa senza la sfida di situazioni stressanti».

Ma questo non significa che non possa essere controllato, gestito e ridotto a livelli tollerabili, minimizzandone gli effetti. È chiaro che l'intervento può riguardare l'individuo come l'organizzazione lavorativa. In entrambi i casi ciò implica un cambiamento nello stile di vita, nel comportamento individuale, nelle modalità di lavorare.

Per l'organizzazione che voglia realmente prevenire le sindromi da stress

è necessario non soffermarsi sul problema attuale, ma prevedere un piano di lavoro a medio-lungo termine che parta da una valutazione dei bisogni e dei problemi individuali e organizzativi e accompagni nel tempo i lavoratori e l'organizzazione al raggiungimento degli scopi.

Occorrerà procedere ad un'analisi organizzativa del clima e delle fonti di stress. In base a questi dati sarà possibile individuare i cambiamenti che possono essere più utili in quella particolare situazione, monitorando il livello di burn-out con indicatori standardizzati.

La diagnosi permetterà di rispondere ad alcune questioni cruciali:

qual è il livello di stress tra gli operatori? Ci sono cause legate all'organizzazione che contribuiscono a elevare i livelli di stress?

Quale di queste cause può essere modificato efficacemente?

È necessario capire infatti se la causa è legata al contesto lavorativo oppure se incidono pesantemente problemi individuali o extralavorativi.

Ma spesso la scarsa conoscenza dei meccanismi dello stress e le limitate risorse finanziarie orientano verso la scelta di programmi-interventi brevi e già predisposti. Naturalmente da tale tipo di investimento ne derivano scarsi risultati.

Sulla base di una corretta diagnosi organizzativa sono possibili 4 categorie generali di programmi di intervento per prevenire e gestire le cause di stress. La scelta di tali programmi è stata suggerita dai seguenti criteri:

a) molte ricerche hanno dimostrato il legame tra interventi su questi ambiti e riduzione delle conseguenze negative dello stress;

b) i concetti a cui si riferiscono dovrebbero essere familiari ai responsabili della gestione del personale;

c) la loro realizzazione contribuisce ad aumentare l'efficienza organizzativa;

d) non sono basati su mode passeggere cui la letteratura sulla gestione e formazione del personale non è esente.

I quattro programmi di intervento sono così riassumibili:

1) Lavorare per obiettivi e piani

Questa modalità di organizzare il lavoro chiarisce le aspettative, permette feedback sulla performance e incrementa l'autostima e la soddisfazione professionale. Migliora la qualità della performance ed aumenta la sensazione di controllo sull'ambiente di lavoro, riducendo incertezze e ambiguità. Occorre saper definire obiettivi a lungo e a medio termine che siano verificabili e misurabili.

2) Partecipare alle decisioni

Molte ricerche hanno dimostrato come la partecipazione ai momenti decisionali abbia effetti sulla salute psico-fisica dei lavoratori.

Tale filosofia di management riduce i conflitti e le ambiguità di ruolo. Inol-

tre determina un maggior coinvolgimento personale e permette un flusso di comunicazioni più aperto.

Le decisioni riguardano importanza e ambiti diversi e l'efficacia di questa strategia sarà tanto maggiore quanto più sono importanti e significativi i problemi su cui si è chiamati a decidere. Lo stile di leadership deve dunque essere elastico e variare in funzione del tipo di decisione, del tempo a disposizione, dell'esperienza degli operatori.

3) *La struttura dei compiti e delle mansioni*

Non serve la direzione per obiettivi se il lavoro non comporta responsabilità, significato e permetta di cogliere la qualità delle proprie prestazioni.

In altre parole occorre prevedere margini di autonomia professionale (poter fare quello che si ritiene sia la cosa migliore), standard di qualità e meccanismi informativi che indichino con chiarezza la qualità della prestazione (feedback), varietà delle mansioni (poter usare le proprie abilità in compiti diversi) e dare significato a quello che si sta facendo (svolgere compiti che portino a qualcosa di ritenuto importante).

Molte ricerche hanno dimostrato come questi fattori possano motivare il personale se accompagnati da occasioni periodiche di apprendimento/aggiornamento e sviluppo professionale.

4) *Sistema di monitoraggio periodico*

Introdurre un sistema di valutazione periodica standardizzato volto a cogliere non solo i livelli di stress e la percezione delle cause, ma anche il clima psicologico presente, gli atteggiamenti e le opinioni riguardo molti aspetti e condizioni di lavoro. Tale sistema permette di ricavare dati e suggerimenti circa dove intervenire per prevenire risultati e conseguenze negative.

Il personale deve avere garantito l'anonimato in fase di raccolta dei dati e i risultati vengono discussi con tutti a piccoli gruppi o in appositi incontri.

Tale sistema coinvolge tutti i livelli gerarchici dell'organizzazione lavorativa.

Questo programma comporta un positivo impatto nella percezione del lavoro da parte dei dipendenti se notano che la direzione tiene conto dei risultati che emergono. Il successo di questa iniziativa richiede alcuni requisiti:

- a) il supporto della dirigenza;
- b) la continuità del tempo;
- c) l'anonimato dei questionari con cui sono raccolti i dati;
- d) l'analisi dei risultati da parte dei dirigenti e il loro utilizzo;
- e) l'uso di strumenti standardizzati e di ricercatori competenti;
- f) la comunicazione dei risultati a tutti.

Quando l'uso diviene sistematico, l'esperienza di molte aziende ha dimostrato che si può agire con facilità su molte variabili che incidono nello stress.

Inoltre in unità particolarmente stressanti sono studiabili forme di rotazione del personale e la creazione di gruppi di supporto sia tecnico che emoti-

tivo al personale attraverso la programmazione di incontri periodici.

In tali incontri sarà possibile per il personale scaricare le tensioni connesse all'ambiente di lavoro. Inoltre, a seconda dei casi, lo scambio di parere e informazioni permetterà di offrire appoggio o soluzioni a diversi problemi evidenziati. In fine l'ascolto del personale permetterà di aumentare l'autoconsapevolezza negli stessi dei meccanismi emotivo e cognitivi implicati nelle relazioni con gli utenti o tra il personale. I problemi evidenziati sono come dei sintomi, dei segnali per cambiare qualcosa.

È possibile incrementare le risorse individuali partecipando a corsi di formazione sulla gestione dello stress, spesso organizzati e proposte da diverse società di consulenza.

Sono in genere incontri variamente strutturati orientati a specifiche categorie professionali, che possono durare da una mezza giornata a due/tre giornate di lavoro.

Generalmente vengono analizzate tematiche organizzative e dinamiche individuali. Queste ultime vengono analizzate per aumentare il controllo sulla propria emotività oppure per modificare alcune strategie cognitive usate abitualmente.

Le ricerche riguardanti l'efficacia di queste forme di training personali sono incoraggianti per quanto riguarda i risultati a breve termine (entro 6 mesi), mentre sono ancora troppo scarse le indicazioni sugli effetti prodotti più a lunga scadenza (BUNCE, 1989; REINOLDS e TAYLOR, 1990).

Questi dati sono confermati anche dalle mie esperienze. In questi training l'obiettivo non è quello di incoraggiare i partecipanti a eliminare lo stress ma nel renderli consapevoli della natura e dell'impatto che esso ha. Inoltre si forniscono una gamma di possibili strategie, incrementando alcune abilità personali per riuscire ad usare lo stress costruttivamente.

Credo vadano sottolineati alcuni pericoli:

— l'illusione di trovare in queste proposte ricette pronte e facili da usare in tutte le situazioni;

— la presenza sul mercato formativo di prodotti non sempre all'altezza di quanto promettono.

La gestione dello stress implica dei cambiamenti individuali e organizzativi e tutti conosciamo come ogni cambiamento porti con sé resistenze, insicurezze, remore, conflitti a vari livelli.

Ed inoltre non va dimenticato il ruolo di fattori esterni al lavoro come la famiglia e i propri stili di vita più e meno a rischio (pensiamo per esempio alle abitudini alimentari, all'esercizio fisico, ecc.).

Occuparsi della gestione dello stress implica dunque una riflessione su se stessi e sulla propria organizzazione. Solo successivamente è possibile innescare il cambiamento. Dalla consapevolezza della necessità di cambiare occorre poi individuare le risorse e le motivazioni che fungono da carburante per il processo complessivo. A volte ciò può implicare programmi e iniziative

costose economicamente e psicologicamente oltre che lunghe nel tempo.

Ma quanto costa un elevato tasso di turnover, la bassa qualità delle prestazioni, l'assenteismo, la conflittualità che inevitabilmente si creano in situazioni di stress? Abbiamo visto come alcuni interventi siano possibili sia a livello individuale che organizzativo. La valorizzazione delle risorse umane e la crescita professionale personale passano anche attraverso queste opportunità.

Bibliografia

- BUNCE D., *Reducing occupational stress*. Report n. SIO2TN University of Scheffield, 1989.
- CAPRARA G.V., BORGOGNI L., *Stress e organizzazione del lavoro*. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 187/188, 5-23, 1988.
- LAZARUS R., *The stress and coping paradigm*. In Eisdorfer (ed.) *Models of clinical psychology*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1981.
- MEICHENBAUM D., *Al termine dello stress*, Erikson, Trento 1990.
- REYNOLDS S., TAYLOR P., *Process-outcome relations in stress managment training Memo* 1124, University of Scheffield, 1990.
- PANCHERI P., *Trattato di medicina psicosomatica*, USES, Firenze 1984.
- SANTINELLO M., *La sindrome del burn-out*, Erip, Pordenone 1990.

QUESTIONARIO 6/A

La seguente lista elenca alcune possibili fonti di stress. Esse riguardano sia la sfera lavorativa che quella personale. Per ognuna di esse indica con che frequenza ti sei trovato a preoccuparti:

0 = MAI

1 = RARAMENTE

2 = QUALCHE VOLTA

3 = FREQUENTEMENTE

Nel lavoro mi capita di preoccuparmi per ...

	0	1	2	3
1 Eccessive responsabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 L'ostilità delle persone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 La mancanza di certezza sui risultati del proprio lavoro sugli utenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 L'eccessivo lavoro burocratico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 La mancanza di collaborazione di altri dipartimenti/reparti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 La mancanza di un'adeguata supervisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 La mancanza di formazione professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Le decisioni arbitrarie prese dall'amministrazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 L'incertezza sulle proprie capacità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 L'incompetenza dei colleghi di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Le richieste e le aspettative rigide o senza significato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 I regolamenti interni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Richieste ed aspettative multiple in conflitto tra loro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 La bassa retribuzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Il basso «status sociale» di cui gode il lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Atteggiamenti non professionali dei colleghi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Doveri inappropriati al ruolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Sentirsi non apprezzato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 La mancanza di opportunità di carriera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 La preoccupazione di fare gravi errori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 La scarsa opportunità di condividere idee ed esperienze con colleghi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Sentirsi tagliato fuori dai colleghi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Il frequente cambiamento dei regolamenti e delle abitudini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Dover fare più lavoro in meno tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA SINDROME DEL BURN-OUT COME RISPOSTA ALLO STRESS LAVORATIVO

LUCIANA CORRADO

Dott. - O.C. Udine - Segretaria scuola di Terapisti della riabilitazione

Introduzione

Fornire una definizione concettuale del burn-out non è facile, poiché i confini tra stress e burn-out non sono netti, visto che il burn-out è essenzialmente una particolare forma di risposta allo stress lavorativo. Cercherò quindi di delineare un quadro di questa «sindrome», esaminandone l'evoluzione, la sintomatologia, i fattori predisponenti e scatenanti, nonché i rimedi atti a prevenire e ridurre l'incidenza e la gravità.

Per «sindrome del burn-out» si intende un fenomeno che colpisce i lavoratori i quali, da un iniziale entusiasmo per il proprio lavoro — con forte carica di ideali e impegno — tendono a staccarsi progressivamente da esso, verso il quale finiscono per manifestare sempre maggiore disinteresse, apatia e senso di frustrazione. È la fase finale di un processo reattivo-difensivo verso condizioni di lavoro vissute come insoddisfacenti.

Le ricerche hanno dimostrato che questa «condizione patologica» è diffusa soprattutto tra gli operatori dei servizi alle persone (human services o helping professions), cioè tra le professioni nelle quali il rapporto con l'utenza ha un'importanza centrale.

Evoluzione

Il burn-out è un fenomeno pluridimensionale, del quale sono state evidenziate le seguenti manifestazioni principali:

- esaurimento fisico e/o psichico;
- diminuzione della motivazione e del rendimento;
- eccessiva spersonalizzazione.

I sintomi del burn-out investono quindi l'aspetto fisico, psicologico e comportamentale della persona.

Sintomi fisici. Sono costituiti da: senso di esaurimento e fatica, maggior vulnerabilità alle malattie, frequenti mal di testa, insonnia, disturbi più o meno gravi a vari organi, bassa pressione, ecc.

Sintomi psicologici. Caratteristici risultano essere: negativismo, depres-

sione, alterazioni del tono dell'umore, ansia, irritabilità, isolamento, scarsa autostima, senso di frustrazione.

Sintomi comportamentali. L'aspetto più significativo è costituito dal «distacco»: l'operatore perde ogni interesse per le persone con le quali lavora e tende a trattarle in maniera distaccata e talvolta addirittura disumana. L'irritazione è facile, l'empatia assente e lo stereotipo d'uso comune. Frequenti gli atteggiamenti cinici nei confronti dei pazienti, che vengono etichettati con termini talvolta degradanti.

L'operatore diventa sempre più chiuso e rigido negli atteggiamenti; si fa fatica a discutere con lui, perché sa sempre più degli altri. Si dimostra ostile ai processi di cambiamento, pur se costruttivi, perché cambiare significa adattarsi ulteriormente ed è troppo stanco per affrontare qualsiasi nuovo adattamento.

Fa fatica a reggere il lavoro, confonde e si dimentica impegni e appuntamenti. Si assenta facilmente dal lavoro e sogna — talvolta programma seriamente — di abbandonare quel tipo di lavoro.

Nonostante le ricerche abbiano individuato le «spie» del fenomeno burn-out, non è facile stabilire se un lavoratore è «bruciato», poiché *il burn-out è un processo, non una circostanza*. E il processo non è identico per ogni individuo.

Secondo CHERNISS, il processo del burn-out si articola in tre fasi:

1) la fase iniziale è caratterizzata da una situazione lavorativa vissuta come molto stressante;

2) la risposta immediata a questa situazione provoca tensione, ansia e fatica, che portano all'esaurimento dell'operatore (2^a fase);

3) l'operatore, per difendersi da questo stato di squilibrio, si «distacca» progressivamente dal lavoro, sia nei confronti degli utenti — verso i quali assume atteggiamenti di rifiuto —, sia nei confronti dei colleghi — con i quali si rapporta in maniera rigida ed apatica — (3^a fase).

Fattori scatenanti

Quali sono i fattori che favoriscono l'insorgere del burn-out? Per semplicità di esposizione, individuamo tre gruppi di fattori: individuali, organizzativi e socio-culturali.

Fattori individuali

L'importanza dell'aspetto individuale risiede nel fatto che la percezione e la reazione allo stress lavorativo sono soggettivi e variano pertanto in maniera significativa da individuo a individuo.

È ormai dimostrato che determinati tratti della personalità influenzano

le risposte individuali allo stress. Le persone sensibili, empatiche, idealiste, introversi, sono più facilmente soggette a stress e quindi a burn-out.

Lo stesso vale per i cosiddetti «attivisti sociali», cioè gli individui che, attraverso il lavoro, cercano di incidere sul piano sociale e istituzionale, oppure coloro che aspirano ad avanzamenti di carriera e al successo nel lavoro.

Altre caratteristiche individuali correlate al burn-out sono l'*età* e il *sex*.

Pare che gli operatori più giovani siano più facilmente soggetti al burn-out di quelli più anziani, anche se, più che l'*età* di per sé, sembra più significativa l'*anzianità* di servizio. Il fatto che siano più a rischio coloro che sono entrati da poco nel mondo del lavoro, si può spiegare con le motivazioni idealistiche e le aspettative poco realistiche che spesso stanno alla base della scelta delle professioni «di aiuto».

Per quanto riguarda il *sex*, la differenza tra i due sessi non sta tanto nel grado di incidenza, quanto nel diverso modo di affrontare gli effetti del burn-out. È stato evidenziato che le donne vivono più intensamente le situazioni di stress lavorativo per via di un maggior coinvolgimento emotivo nei rapporti con gli utenti e per via di una maggiore conflittualità che una situazione di affaticamento-esaurimento provoca a causa del ruolo familiare che la donna si trova contestualmente a dover sostenere.

Fattori organizzativi

Le ricerche sull'argomento hanno dimostrato che la struttura e l'organizzazione del lavoro risultano essere cause importanti di burn-out, dal momento che la situazione lavorativa può essere fonte frequente di insoddisfazione, stress e burn-out.

In questo contesto prenderemo in esame alcune dimensioni che ci sembrano particolarmente significative, soprattutto in relazione alle professioni sanitarie, e precisamente: il ruolo, l'autonomia professionale e il coinvolgimento partecipativo, cioè il grado di partecipazione ai processi decisionali.

Il ruolo

Bisogna innanzitutto premettere e sottolineare che il modo in cui i compiti e doveri sono distribuiti tra ruoli specifici in un dato contesto può determinare più o meno tensione.

Si scatena una situazione conflittuale allorché il modello organizzativo non permette all'operatore di realizzarsi in maniera ottimale sul piano professionale. Ciò è dovuto molto spesso ad un *sovraccarico*, che può essere:

a) quantitativo, quando le richieste sono superiori alle risorse disponibili. È probabile che questa fonte di tensione diventi sempre più forte a causa

dei tagli finanziari al settore sanitario e alla conseguente compressione degli organici del personale.

b) qualitativo, quando le richieste sono sproporzionate rispetto alla competenza professionale dell'operatore.

Risultato di una situazione di sovraccarico è che l'operatore lavora a bassi livelli qualitativi e non riesce ad esprimere la propria professionalità.

Il conflitto scaturisce inoltre ogniqualvolta vengono fatte richieste tra loro incompatibili, per cui l'operatore si trova nel disagio di dover disattendere una per poter soddisfare l'altra.

Un particolare tipo di conflittualità si verifica nel caso in cui viene percepita una *incompatibilità* tra il comportamento lavorativo richiesto e le proprie motivazioni e valori. La tensione derivante dalla necessità di conciliare l'ideale professionale con l'interesse dell'organizzazione si accentua allorché i bisogni del paziente entrano in conflitto con quelli dell'organizzazione e gli operatori vengono a trovarsi «tra due fuochi» (CHERNISS).

Collegata al ruolo e fonte di stress e burn-out è la *manca di identità*; ci riferiamo a quella condizione in cui l'operatore, non disponendo di informazioni adeguate per assolvere i compiti previsti dal proprio ruolo, non è in grado di comprendere in che modo e in che misura contribuisca al raggiungimento degli obiettivi del servizio e non riesce a identificarsi con essi.

Non minore importanza assume la *scarsa significatività del compito*, cioè la sensazione che il proprio operare non abbia efficacia sull'utente, il non essere coscienti del «senso» del proprio intervento (DEL RIO). A questo proposito, una grossa importanza assume il *feedback* sul lavoro svolto (PINES), cioè la possibilità di verificare la validità del proprio intervento, del proprio operare.

La mancanza di feedback induce spesso nell'operatore la sensazione di non svolgere un compito utile, non essendoci un riscontro su quanto fatto. L'assenza di feedback fa sì che chi lavora si senta usato e, per reazione, incominci a vivere sentimenti negativi, di fastidio e talvolta di rifiuto nei confronti del paziente, alimentati ulteriormente dalle frequenti critiche e lamentele da parte dell'utenza stessa; critiche e lamentele che rischiano di costituire l'unico feedback — negativo — sull'intervento svolto.

L'autonomia professionale

Una struttura fortemente gerarchica, dove le decisioni riguardanti il lavoro vengono prese in modo verticistico e con un grado di formalizzazione elevato, limita l'autonomia degli operatori e il controllo che essi possono esercitare sul proprio operato. E questo è uno degli aspetti più stressanti delle professioni sanitarie e favorevoli all'insorgere del burn-out.

Al contrario, laddove il grado di autonomia e di decisione del personale è alto, la maggiore autonomia e partecipazione degli operatori alla gestione del lavoro comporta minore tensione, maggior soddisfazione per il lavoro stesso e un elevato senso di autorealizzazione.

Il problema dell'autonomia professionale e decisionale è collegato ad un'altra dimensione organizzativa: quella del ruolo della dirigenza. Coloro che ricoprono cariche di dirigenti e supervisor dovrebbero essere efficienti e solleciti ai bisogni del personale, capaci cioè di instaurare un giusto equilibrio di sostegno/autonomia.

Non a caso il tipo di rapporto superiori/personale è fortemente correlato alla presenza di burn-out.

Coinvolgimento partecipativo

Ad un'attenta osservazione, pare che nei servizi funzioni una regola, non sancita, in base alla quale i doveri degli operatori riguardino solo le prestazioni, mentre la programmazione, le decisioni siano di esclusivo patrimonio delle istanze superiori. La non partecipazione degli operatori ai processi decisionali, il non coinvolgimento nella definizione dei piani di programmazione, la mancata conoscenza degli obiettivi di un servizio generano, alla fine, incertezza, sfiducia e distacco verso il lavoro.

Fattori socioculturali

I rapidi mutamenti avvenuti nella nostra società ed il loro rapporto con il mondo del lavoro richiederebbero una lunga dissertazione.

Ci limiteremo pertanto ad accennare sinteticamente ad alcune trasformazioni che hanno influito, a nostro avviso, sull'insorgenza di fenomeni di stress lavorativo e di burn-out.

È fuor di dubbio che i lavoratori, nel corso degli ultimi decenni, si sono progressivamente disinseriti dalle loro comunità — che hanno perso quindi la funzione di punto di riferimento dei valori —, e hanno cercato sempre di più la loro realizzazione e gratificazione sul lavoro. Lavoro che viene visto come qualcosa che va ben oltre un semplice mezzo di sostentamento.

Se da un lato i lavoratori si sono creati aspettative sempre più elevate dal lavoro, dall'altro essi hanno a disposizione scarse risorse per far fronte alle frustrazioni che da esso derivano.

A ciò va aggiunta una progressiva perdita di fiducia nelle istituzioni — soprattutto pubbliche — e una perdita di fiducia degli operatori in loro stessi, poiché sono diventati più critici nei confronti delle tecniche operative impiegate nello svolgimento dei propri compiti e ciò rende il lavoro quotidiano più incerto ed ambiguo e rappresenta una grossa fonte di insoddisfazione.

Infine, le politiche economiche di questi tempi hanno imposto miglioramenti retributivi contenuti e sviluppi di carriera sempre più ardui.

Anche questo aspetto «comprime» i lavoratori, influenzando negativamente sul livello di soddisfazione complessiva e di attaccamento al lavoro.

Non va tralasciato, infine, il fatto che spesso gli operatori «bruciati» hanno scarsa possibilità di trovare alternative occupazionali economicamente soddisfacenti in altri settori e di conseguenza si sentono «bloccati» e sempre più risentiti di dover restare nel loro attuale posto di lavoro.

Come risultato, il senso di frustrazione cresce e la possibilità di andare in burn-out aumenta.

Prevenzione e strategie di intervento

Dall'esame dei fattori favorevoli l'insorgere del burn-out, si può evincere che è possibile adottare dei rimedi per prevenire e ridurre la sua incidenza e gravità.

Gli studi e le ricerche eseguite in materia hanno dimostrato che gli interventi possono essere fatti a tre livelli: individuale, della componente lavorativa e del più vasto contesto socioculturale.

In questa sede proponiamo i rimedi più significativi che possono essere adottati a livello organizzativo per prevenire e/o rimediare il burn-out, poiché riteniamo che il punto di intervento più efficace sia quello della situazione lavorativa, dal momento che è più facile ristrutturare un ruolo che ristrutturare il carattere sia della persona che della società.

— Il primo passo che responsabili e amministratori dei servizi alle persone dovrebbero fare è quello di riconoscere l'esistenza, per lo meno potenziale, del burn-out, e fornire gli strumenti per una aperta e ampia discussione del problema.

Poiché, come abbiamo visto, il burn-out è il segnale che qualcosa non va nel modo di lavorare, è importante organizzare iniziative che favoriscano l'ascolto di questo «sintomo», veri e propri workshops sul burn-out, che coinvolgano servizi e operatori. I quali vengono così responsabilizzati sul problema e il solo apprendere che altri operatori vivono le stesse difficoltà, può favorire un'attenuazione del livello di tensione e frustrazione.

Tali iniziative hanno, inoltre, una funzione di «social support», in quanto gli operatori sentono di essere presi in considerazione, di essere apprezzati e di partecipare ad una vasta rete di comunicazione; data la loro importanza, dovrebbero essere intese come esperienze di formazione professionale interna al lavoro.

— Un altro strumento organizzativo, rivelatosi molto importante, è quello che chiameremo «gruppo di sostegno», cioè delle opportunità di incontro tra gli operatori. È stato infatti dimostrato che l'incidenza del burn-out è minore quando esistono programmi formali o informali che permettono ai membri di un servizio di discutere insieme dei problemi, di scambiarsi esperienze

e suggerimenti operativi. Tali «sistemi di sostegno» offrono all'operatore l'opportunità di analizzare sia i problemi lavorativi concreti, sia i sentimenti personali.

— Un terzo intervento che l'organizzazione può adottare per prevenire fenomeni di burn-out è quello di prevedere delle «pause», cioè dei periodi nei quali l'operatore, in alternativa all'assistenza ai pazienti, si dedica a qualcosa di diverso, come, ad es., attività didattica, ricerca, aggiornamento, ecc. Gli Enti gestori potrebbero considerare insostenibile tale tipo di intervento per via della carenza di personale e dei costi, mentre risulterà economico in quanto riduce l'assenteismo e il turnover.

Infatti le ricerche hanno ampiamente dimostrato che l'incidenza del burn-out è tanto maggiore quanto più prolungato è il contatto continuo e diretto con il malato e che le interazioni operatore-utente deteriorano all'aumentare delle interazioni stesse.

— Un ulteriore accorgimento è quello di ridurre il carico di lavoro. Poiché tale soluzione presenta spesso delle difficoltà, a causa della carenza di risorse e delle norme restrittive nella definizione degli organici, valide alternative risultano la rotazione periodica del personale ed il variare delle patologie trattate.

In un'analisi sull'incidenza del burn-out fra i fisioterapisti, il WOLFE sostiene che i vantaggi maturati con l'esperienza del terapeuta che si è specializzato in una particolare patologia, vengono completamente persi se subentra il burn-out.

— Ultimo, ma non per importanza, intervento di tipo organizzativo che evidenziamo riguarda la formazione degli operatori.

In primo luogo, le scuole che preparano gli operatori sanitari dovrebbero mettere a fuoco la tensione implicita nella professione, le cause, come affrontarla, i possibili rimedi. In secondo luogo, i gestori del personale dovrebbero favorire la formazione permanente e l'aggiornamento del personale, l'apprendimento di nuove abilità e il loro utilizzo nell'esperienza lavorativa. La formazione è una componente molto importante perché stimola, previene la noia del lavoro routinario e quindi il burn-out.

Concludiamo e ribadiamo che le organizzazioni del lavoro dovrebbero rendere più chiare ed accessibili le reti di comunicazione e informazione, coinvolgendo gli operatori nella definizione degli obiettivi, dei piani, delle linee di intervento, in modo da renderli coscienti delle finalità del loro lavoro e responsabilizzarli. Una maggior partecipazione degli operatori alle dinamiche organizzative ovvierebbe a quel processo di estraniamento al lavoro, che incide negativamente sull'efficienza dei servizi.

Bibliografia

- AA.VV., *L'operatore cortocircuitato. Strumenti per la rilevazione del burn-out fra gli operatori sociali italiani*, Milano, Clup, 1987.
- CARY CHERNISS, *La sindrome del burn-out. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio sanitari*, Torino, Centro Scientifico Torinese, 1983.
- HERBERT J. FREUDENBERGER, *Staff Burn-out*, *Journa of Social Issues*, 1974/1.
- GIANNI DEL RIO, *Stress e lavoro nei servizi. Sintomi, cause e rimedi del burn-out*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1990.
- B. PERLMAN, E.A. HARTMAN, *burn-out: Summary and Future Research*, *Human Relations*, 1982/4.
- MASSIMO SANTINELLO, *La sindrome del burn-out*, Pordenone, Erip, 1990.
- GEORGE A. WOLFE, *Burn-out of therapists: inevitable or preventable?*, *Physical Therapy*, 1981/7.

VALORI SOCIALI, ETICA E STRESS

MAURA LUSIGNANI

I.I.D. - Presidente del Collegio IP.AS.VI. - Milano

L'obiettivo che mi pongo con questo intervento è quello di mettere in evidenza il tipo di relazione che esiste fra:

- le caratteristiche che definiscono l'infermiere un professionista e le valenze etico-deontologiche in esse contenute;
- i vincoli che l'organizzazione pone all'infermiere alla sua entrata nel mondo del lavoro;
- l'influenza che entrambi questi elementi possono avere sullo stress.

Una professione quale quella infermieristica si qualifica per il possesso di una serie di caratteristiche irrinunciabili che le fanno acquisire un peso determinante nella società delle diverse professioni. La prima grande responsabilità di un infermiere è racchiusa nella conoscenza dei parametri che lo identificano come componente di un gruppo professionale dotato di specifiche conoscenze professate in un settore della cultura e/o della scienza e utilizzate per la soluzione di problemi degli individui.

Attraverso il corpo di conoscenze e teorie che acquisisce, il professionista apprende lo scopo dell'assistenza infermieristica che è quello di rispondere con un'azione compensatoria o sostitutiva dai bisogni specifici di aiuto che vengono posti da individui in relazione al loro stato di salute.

Tali conoscenze sistematiche vengono poi utilizzate per lo sviluppo di modelli di comportamento specifici per una specifica professione.

L'acquisizione di competenza professionale determina l'autorità professionale riconosciuta dalla società e dall'individuo; pertanto l'infermiere sarà in grado di rispondere ad un tipo particolare di bisogno e l'individuo riconoscendo questa specificità vi si rivolgerà. Quando verrà però adottato un comportamento professionale inadeguato l'individuo potrà richiedere subito un risarcimento rivolgendosi alle associazioni dei professionisti.

Oltre alla competenza, la professione infermieristica deve fornire una rappresentazione pratica di ciò che significa il suo ideale di servizio. Per fare ciò occorre rifarsi al concetto di etica, intesa come disciplina che ha per oggetto di studio l'uomo, nell'angolazione riferita alla percezione e realizzazione pratica dei valori etici nel comportamento.

L'etica, branca della filosofia, è costituita da un insieme di valori etici e di direttive, effettivi in una società o elaborati da intellettuali, che prevalgono in un determinato periodo storico e che si diversificano secondo la cultura dominante.

Uno dei valori che guida il comportamento professionale dell'infermiere, è il bene del suo cliente/utente; in relazione al concetto di bene, la professione

ha dovuto trovare un modo particolare per rendere applicativo e quindi pragmatico tale valore.

Infatti è stato necessario prevedere che la discrezionalità e l'autorità professionale di ogni infermiere non prevaricassero il valore del bene dell'utente. La professione ha allora stabilito che se il ruolo dell'infermiere è orientato a rispondere ai bisogni, è necessario trovare regole che possano offrire una garanzia ai destinatari del servizio. Le regole sono di solito per le professioni scritte nei codici deontologici le cui finalità sono quelle di individuare principi morali generali e norme morali generali che ogni professionista è tenuto a rispettare. Il codice non si sostituisce alla libera responsabilità dei singoli cioè alla loro autonomia e discrezionalità, ma anzi la valorizza. Inoltre esso non può prevedere i casi particolari o i dilemmi etici che si presentano all'infermiere. Lascia spazio alla scelta e alla responsabilità professionale. Ogni agire orientato in senso etico, ha sostenuto Max Weber, può oscillare tra due massime opposte, l'una orientata secondo l'etica della convinzione, l'altra secondo l'etica della responsabilità.

Per la prima, l'azione è diretta da principi universali ritenuti giusti in sé, a prescindere dalle loro conseguenze, per la seconda bisogna rispondere delle conseguenze prevedibili delle proprie azioni. Le responsabilità dell'infermiere nascono dal sapere professionale e dal suo utilizzo, dal progresso scientifico e tecnologico che aumenta il potere dell'uomo sull'uomo. Ognuno di noi basa il suo approccio all'uomo ed un particolare fondamento che può essere da una parte l'esistenza di Dio o dall'altra l'essenza dell'uomo. L'infermiere come professionista si assume anche impegni che riguardano il benessere degli utenti, oltre a quelli previsti per esso come individuo.

Con questi impegni professionali trasmessi nella formazione, il professionista entra nell'organizzazione sanitaria e si trova nell'immediato di fronte ad un evidente contrasto. I servizi ospedalieri ed extraospedalieri offrono attualmente, salvo rare eccezioni, un'organizzazione del lavoro infermieristico basata sulla distribuzione di compiti per ogni operatore (modello organizzativo di tipo tecnico); ciò non permette all'infermiere di instaurare una relazione personalizzata con l'individuo per il soddisfacimento dei bisogni in quanto l'approccio che è indotto dall'organizzazione, ha le caratteristiche del lavoro in serie. Questo significa che di fronte ad una diversa modalità di manifestazione dei bisogni per ogni individuo, l'infermiere vincolato dalla divisione del lavoro per compiti, risponde ad essi in modo eguale.

Gli infermieri e l'organizzazione sanitaria hanno lo stesso fine, che è quello di produrre prestazioni assistenziali come risultato del soddisfacimento dei bisogni degli utenti, ma hanno due ottiche diverse.

L'infermiere vuole rendere ottimale la prestazione al singolo individuo e per questo richiede di essere autonomo e di poter fare controllare il proprio lavoro da professionisti infermieri.

L'organizzazione mira al coordinamento di tutte le attività produttive attraverso un controllo gerarchico unico per tutti, professionisti e non. Sorgono

inevitabilmente tensioni di fronte a questi tipi differenti di autorità richieste. Per superare questi problemi si rende necessario un comportamento organizzativo nuovo nell'ambito assistenziale infermieristico.

Questo deve nascere anche da una approfondita riflessione sui risultati che il contrasto infermiere organizzazione ha fino ad oggi raggiunto.

Sono stati condizionati i rapporti con i colleghi, con la gerarchia, con i parenti e purtroppo a volte persino con l'utente in stato di bisogno che rappresenta il motivo d'essere della nostra professione. In questa situazione dobbiamo allora chiederci da dove deve originare il nuovo comportamento professionale. Personalmente ritengo che debba partire da una riflessione etica sul nostro fare. Possedere una competenza etica per l'infermiere vuol dire garantire la qualità delle prestazioni infermieristiche erogate e del principio che è il bene dell'individuo a cui è diretto il servizio che deve sostenere le nostre azioni. Penso che occorra partire da questa considerazione per affrontare i problemi etici che ci pone oggi l'assistenza infermieristica.

Quando l'infermiere compie un'azione professionale sa che essa è sostenuta da una valenza etica, la ricerca del benessere psicofisico dell'individuo e della sua autonomia completa.

Agire eticamente deve significare per l'infermiere acquisire i presupposti sui quali si basa la formulazione di una decisione professionale corretta (conoscenza dell'etica, del codice deontologico, delle leggi, ecc.), sviluppare un'attitudine logica nel formulare un giudizio etico e mettere poi in atto la condotta etica.

Sono convinta che questa modalità possa orientarci nei momenti in cui, valori della professione infermieristica e livello di stress sono in antitesi.

La complessità dei problemi etici inoltre non può più essere affrontata solo dalle professioni sanitarie bensì dall'insieme delle professioni appartenenti a diverse discipline (infermiere, medico, psicologo, teologo, filosofo ...).

Nelle strutture sanitarie stanno sorgendo a questo scopo i comitati etici che offrono un contributo multidisciplinare di analisi dei problemi etici sollevati da professionisti e non. Anche l'infermiere aderendo a questi comitati potrà arricchire i moventi etici del suo comportamento professionale.

RICERCA SUL BURN-OUT TRA GLI INFERMIERI DI AREA CRITICA DELLA PROVINCIA DI UDINE

LUCIANA CORRADO ⁽¹⁾, GIOVANNI DELLI ZOTTI ⁽²⁾, ANNALISA SILVESTRO ⁽³⁾

⁽¹⁾ Dott. - Sociologo - Udine

⁽²⁾ Dott. - Sociologo - Udine

⁽³⁾ I.I.D. - Responsabile Formazione Aggiornamento - U.S.L. 7 - Udine

Presentazione

La decisione di avventurarci in questa ricerca è scaturita da un lato dal bisogno di avere dei dati conoscitivi sugli infermieri di area critica della nostra provincia, dall'altro dalla curiosità di verificare l'ipotesi che andavamo formulando circa le condizioni in cui versano questi operatori.

La nostra ipotesi era che in un contesto di «involuzione organizzativa» — nel quale, cioè, l'organizzazione non è in tensione evolutiva, di sviluppo, ma in una fase di deterioramento, con caduta del proprio ruolo di riferimento — i fattori di carenza e/o disfunzione organizzativa incidessero sull'insorgere di sintomi di burn-out.

Ad intraprendere questo lavoro ci hanno sollecitato anche i contraddittori risultati riportati dalla letteratura sul burn-out in area critica.

Infatti, da una parte emerge che gli infermieri delle terapie intensive accusano disturbi psicosomatici e soffrono di livelli di stress maggiori rispetto ai colleghi di altri reparti; dall'altra pare che gli stessi ostentino un maggior livello di soddisfazione lavorativa per via di un immediato feedback rispetto al proprio intervento e di una consapevolezza circa l'elevato livello di professionalità dell'intervento stesso.

Metodologia

Come strumento di ricerca è stato adottato un questionario, in quanto strumento che offre i vantaggi di: raccogliere dati omogenei confrontabili e quantificabili, facilitare l'analisi e la sintesi dei risultati.

Il questionario — fortemente strutturato, con domande chiuse — comprende una batteria di domande, per la maggior parte articolate in più *items*.

Quasi tutte le risposte sono articolate secondo una gradualità quantitativa o temporale, secondo scale di Likert.

Il questionario è stato impostato in funzione di raccogliere informazioni su quattro aree tematiche.

1) la prima parte, composta di sei domande, cerca di sondare gli aspetti della componente organizzativa;

2) la seconda parte, di sei domande, cerca di analizzare il livello di soddisfazione lavorativa e l'accertamento verso il lavoro;

3) la terza parte è costituita dal Maslach burn-out Inventory, utilizzato solo per la dimensione frequenza;

4) l'ultima parte raccoglie dati socio-anagrafici.

L'indagine è stata rivolta alle figure infermieristiche operanti nelle Unità Sanitarie Locali della provincia di Udine.

I questionari distribuiti sono stati 397 e, al termine dell'indagine, sono stati consegnati compilati 215 questionari, pari al 54.2%.

I dati sono stati elaborati utilizzando l'SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

1. Profilo della popolazione osservata

Sesso

Le donne costituiscono il 79%, gli uomini il 21% (Fig. 1.1).

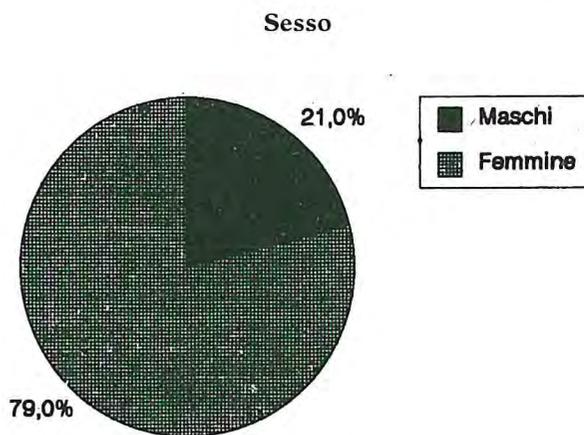


Figura 1.1.

Distribuzione per classi di età

Per quanto riguarda l'età, possiamo raggrupparla in quattro classi (Fig. 1.2):

- il 48% ha un'età compresa fra i 26 e i 35 anni;
- il 29% ha un'età inferiore ai 26 anni;
- il 21% ha un'età compresa fra i 36 e i 45 anni;
- il 2% ha un'età superiore ai 45 anni.

L'età media è di 30 anni (d.s. 6.85), con una gamma 19-55.

Distribuzione per classi di età

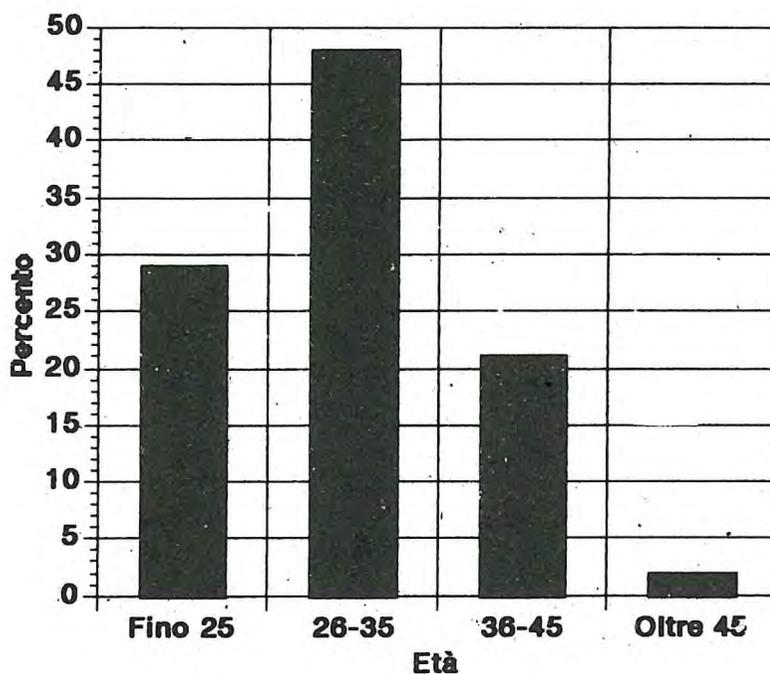


Figura 1.2.

Stato civile

- 52% coniugato/a,
- 46% celibe/nubile,
- 2% divorziato/a

Anzianità infermieristica

Come si vede dalla Figura 1.3:

- il 36% ha un'anzianità compresa tra 11 e 20 anni;
- il 35% ha un'anzianità inferiore ai 6 anni;
- il 25% ha un'anzianità compresa tra 6 e 10 anni;
- il 4% ha un'anzianità compresa tra i 21 e i 29 anni.

L'anzianità infermieristica media è di 9.17 anni (d.s. 6.29), con una gamma 1-29.

Distribuzione per anzianità infermieristica

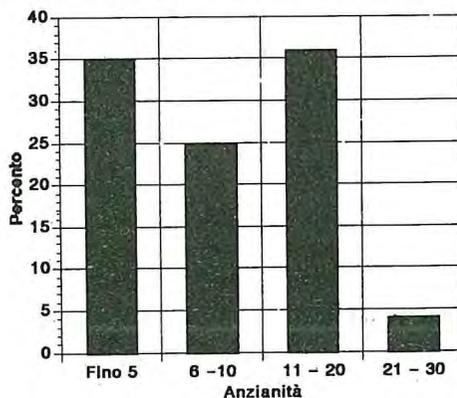


Figura 1.3

Titolo professionale

L'82% è costituito da infermieri professionali (Fig. 1.4),
 il 10% da infermieri generici
 il 7% da vigilatrici d'infanzia,
 l'1% da puericultrici.

Titolo professionale

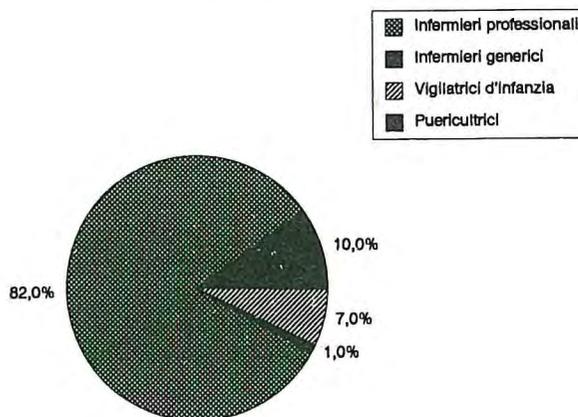


Figura 1.4

Tipo di specializzazione

Il 19,9% del totale possiede una specializzazione (Fig. 1.5) e precisamente:

terapia intensiva	2.3%
nefrologia e dialisi	6.5%
cardiologia	2.8%
capo sala	6%
A.S.V.	2.3%

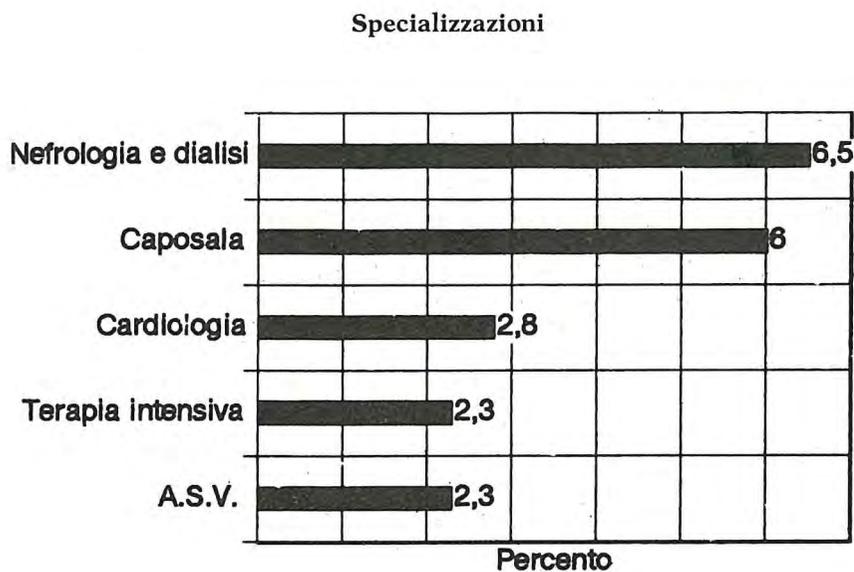


Figura 1.5

Distribuzione per servizio

I valori percentuali sono evidenziati dalla fig. 1.6:

— emergenza territoriale	22%
— dialisi	21%
— pronto soccorso	15%
— anestesia	14%
— t.i. cardiocirurgica	9%
— t.i. neonatologica	8%
— terapia intensiva	8%
— medicina d'urgenza	3%

Distribuzione per servizio

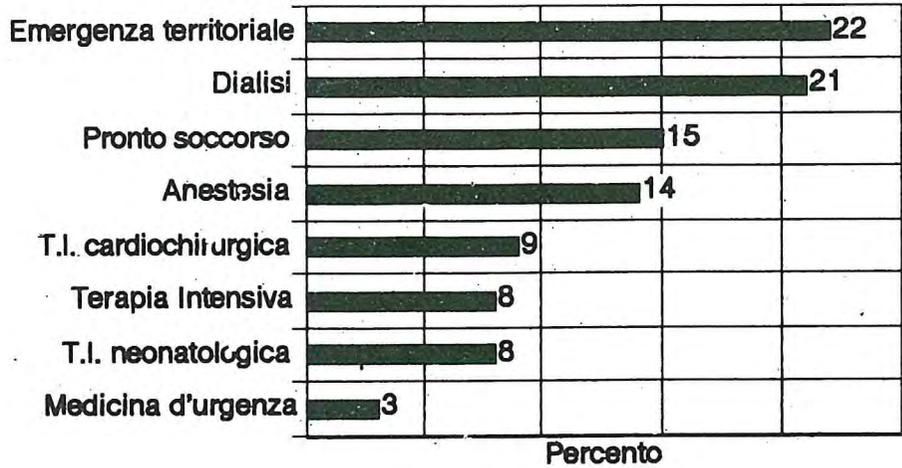


Figura 1.6

Turnover

Rispetto ai tassi di mobilità, osserviamo la Fig. 1.7:

- il 35% non ha mai cambiato reparto o ospedale,
- il 35% ha cambiato una volta,
- il 25% ha cambiato due/tre volte,
- il 5% ha cambiato più di tre volte

Turnover

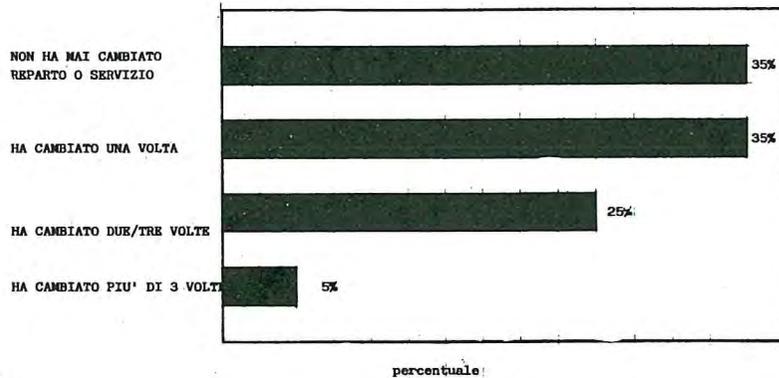


Figura 1.7

Corsi di aggiornamento negli ultimi tre anni

I dati relativi sono evidenziati nella Fig. 1.8; la media degli aggiornamenti frequentati è di 2.8.

- il 39% ha partecipato dai 3 ai 5 corsi,
- il 38% ha partecipato da 1 a 2 corsi,
- il 13% non ha partecipato a nessun corso
- il 10% ha partecipato a più di 5 corsi.

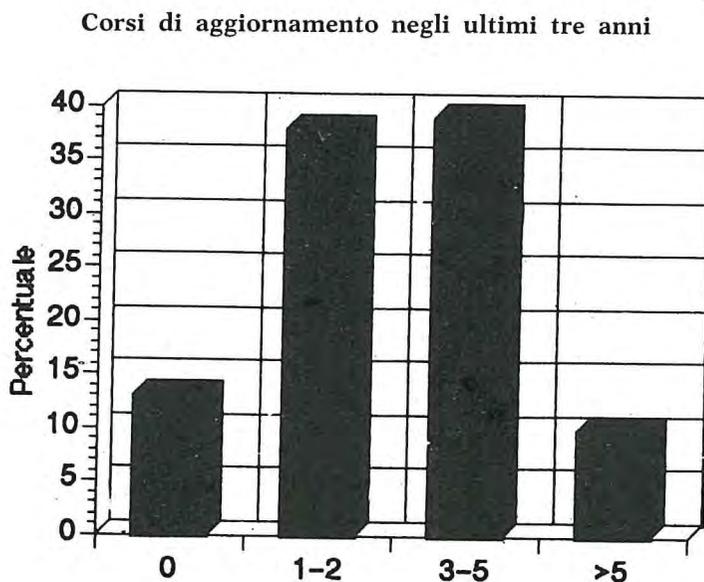


Figura 1.8

Distribuzione per titolo di studio

Come si può notare dalla Fig. 1.9:

- il 47% possiede il biennio di scuola media superiore,
- il 22% » diploma professionale triennale,
- il 22% » diploma di media superiore,
- l'8% » media inferiore,
- l'1% » scuola elementare.

Distribuzione per titolo di studio

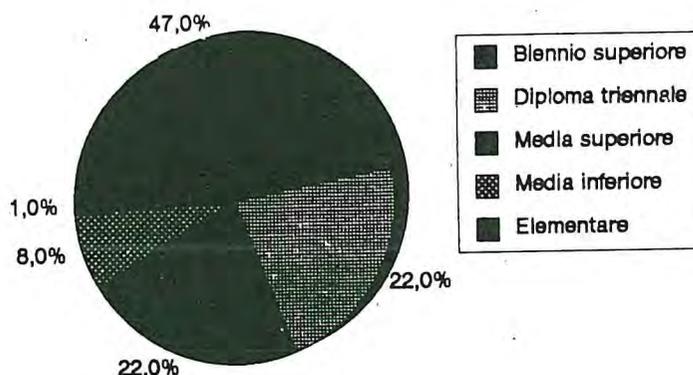


Figura 1.9

Distribuzione geografica

In questa sede va evidenziato che il 51% è rappresentato da infermieri di un'unica U.S.L., quella Udinese, nella quale è collocata la struttura ospedaliera più grossa, mentre il 49% è costituito dalle rimanenti strutture della provincia.

Infine, l'89% è di ruolo, l'11% non è di ruolo.

2. Aspetti della componente organizzativa

Analizzeremo le risposte di questa prima parte del questionario.

La prima domanda chiedeva con quale frequenza gli infermieri si dedicano, nell'ambito dell'orario di lavoro, ad attività che esulano dall'assistenza vera e propria.

In particolare, sono stati sondati 11 aspetti ad ognuno dei quali l'intervistato poteva dare una risposta sulla scala:

- 3 = sempre;
- 2 = spesso;
- 1 = talvolta;
- 0 = mai.

Iniziamo con il presentare la lista degli *items* (tab. 2.1) con la relativa media precisando che, essendo la scala con 4 modalità di risposta, una media inferiore a 2.5 segnala che l'attività viene svolta raramente.

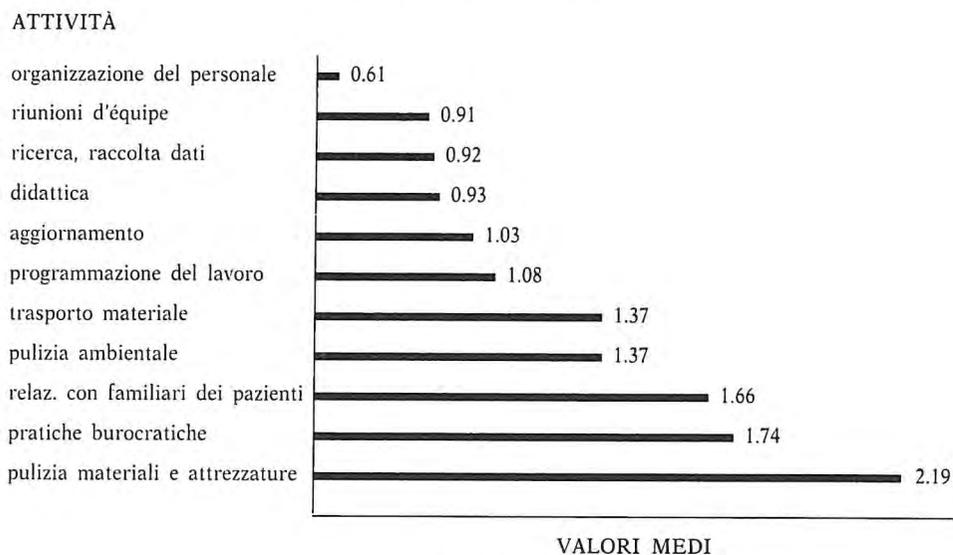
Tab. 2.1 - Frequenza media delle attività svolte al di fuori dell'assistenza.

ATTIVITÀ	media
— organizzazione del personale	0.61
— riunioni d'équipe	0.91
— ricerca, raccolta dati	0.92
— didattica	0.93
— aggiornamento	1.03
— programmazione del lavoro	1.08
— pulizia ambientale	1.37
— trasporto materiale vario	1.37
— relazioni con i familiari dei pazienti	1.66
— pratiche burocratiche	1.74
— pulizia dei materiali e delle attrezzature	2.19

Nella tabella la lista degli *items* è stata ordinata dall'elemento che presenta un valore medio più basso (di scarsa frequenza) a quello che presenta il valore medio più alto.

Risulta immediatamente evidente la scarsa rilevanza che rivestono attività quali la didattica, la ricerca, le riunioni d'équipe e l'aggiornamento.

Grafico sulle attività svolte

**Figura 2.1**

Per quanto riguarda la modalità di lavorare, prevale la prassi di lavorare in coppia con colleghi rispetto al lavoro in équipe (tab. 2.2).

Tab. 2.2. - *Modalità di lavoro*

IL LAVORO VIENE SVOLTO:	frequenza media
— in coppia con altri colleghi	1.99
— in équipe con tutte le altre figure	1.98
— da solo	1.39

Il tipo di comunicazione normalmente utilizzato per la trasmissione delle informazioni relative all'operatività è quello verbale, come possiamo osservare dai valori medi della tabella 2.3. Risulta poco consolidata la prassi di riunioni di reparto, all'interno delle quali vengano trasmesse ed eventualmente discusse, in modo circolare, le problematiche relative all'attività del servizio.

Tab. 2.3 - *Modalità di comunicare*

LE INFORMAZIONI VENGONO DI NORMA TRASMESSE:	frequenza media
— a livello verbale/interpersonale	2.31
— mediante messaggi scritti	1.96
— nell'ambito di riunioni di reparto	1.13

Per quanto concerne la presenza di tensioni all'interno del servizio, le maggiori tensioni vengono vissute rispetto ai medici, al capo sala e agli altri infermieri (tab. 2.4), mentre irrilevanti risultano le tensioni con altre figure professionali e con gli Uffici di Direzione.

Tab. 2.4 - *Frequenza delle tensioni all'interno del servizio*

TENSIONI	media
— tra infermieri e medici	1.27
— tra infermieri e capo sala	1.25
— tra infermieri	1.14
— tra infermieri e altri servizi	0.98
— tra infermieri e pazienti o familiari	0.92
— tra infermieri e altre figure professionali	0.75
— tra infermieri e ausiliari	0.73
— tra infermieri e Ufficio infermieristico e/o Direzione Sanitaria	0.62

Una maggiore attenzione va dedicata, secondo noi, ai fattori legati allo svolgimento della professione.

La domanda «In che misura i seguenti fattori le sembrano importanti per migliorare il suo lavoro?», per la quale sono stati sondati 10 aspetti, ad ognuno dei quali l'intervistato poteva dare una risposta sulla scala:

- 3 = molto,
- 2 = abbastanza;
- 1 = poco;
- 0 = niente.

ha dato i risultati di cui alla tab. 2.5.

Tab. 2.5 - *Fattori ritenuti importanti per migliorare il lavoro*

	valore medio
— competenza professionale	2.89
— formazione e aggiornamento	2.77
— il lavoro in équipe	2.76
— partecipare alla programmazione dell'attività	2.58
— avere a disposizione mezzi tecnici adeguati	2.55
— lavorare per obiettivi	2.50
— riconoscimento sociale ed economico della professione	2.44
— autonomia decisionale	2.34
— riduzione del carico di lavoro	2.05
— orario meno pesante	1.83

La lista degli *items* è stata ordinata dall'elemento con valore medio più alto (più importante) a quello con valore medio più basso.

Già ad una prima osservazione si rileva come grosso peso assumano i fattori legati alla modalità organizzativa. Per avere una verifica di questa prima indicazione, è stata applicata l'analisi fattoriale per cercare di capire le «parentele» tra le variabili, cioè cercare di individuare degli insiemi di variabili che si comportano nello stesso modo. Tramite questo metodo sono stati estratti 3 fattori.

Osservando le variabili che determinano tali fattori (tab. 2.6) notiamo che il primo fattore è caratterizzato da variabili connesse ai processi organizzativi, che vengono identificati come i più importanti ai fini di migliorare il lavoro.

Il secondo fattore contiene le variabili connesse ai processi di ruolo, cioè gli aspetti più significativi per lo *status* della professione infermieristica.

Il terzo fattore raggruppa gli aspetti più «materiali» del lavoro e che chiameremo strumenti organizzativi.

Che gli aspetti del processo organizzativo assumano un peso più grosso ai fini dello svolgimento della professione viene confermato anche dai risultati della domanda successiva, che cerca di sondare quali sono i fattori che impediscono di svolgere la professione come si vorrebbe.

Tab. 2.6 - *Fattori che concorrono a migliorare il lavoro*

<p>1° FATTORE <i>Processi organizzativi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — lavorare per obiettivi — partecipare alla programmazione dell'attività — lavorare in équipe — formazione e aggiornamento 	media 2.65
<p>2° FATTORE <i>Processi di ruolo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — competenza professionale — autonomia decisionale — riconoscimento sociale ed economico della professione 	media 2.55
<p>3° FATTORE <i>Strumenti organizzativi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — avere a disposizione mezzi tecnici adeguati — riduzione del carico di lavoro — orario meno pesante 	media 2.14

Da un primo sguardo alla lista delle 11 variabili elencate in ordine decrescente rispetto al valore medio conseguito (tab. 2.7), osserviamo che anche in questo caso gli aspetti organizzativi/operativi vengono identificati come maggiori responsabili di una mancata espressione professionale rispetto ai processi di ruolo.

Tab. 2.7 - *Fattori che impediscono un'ottimale svolgimento della professione*

	valore medio
— disorganizzazione dell'attività del servizio	1.99
— eccessivo carico di lavoro	1.86
— non essere coinvolti nei processi di programmazione	1.81
— essere distolti da compiti non inerenti la professione	1.80
— mancanza di autonomia decisionale	1.75
— carenza dei mezzi (materiale e/o strumentazione)	1.66
— inadeguatezza dei locali	1.60
— presenza gerarchica troppo forte	1.41
— tensione nei rapporti con i colleghi	1.37
— cattiva organizzazione dei turni	1.13
— non sentirsi all'altezza dei compiti richiesti	1.05

L'analisi fattoriale ha raggruppato le variabili in due fattori.

(Tab. 2.8) Il primo accorpa processi e strumenti organizzativi, delineando quindi la componente organizzativa e attribuendole un peso più importante rispetto al secondo fattore, che riguarda i processi di ruolo.

Tab. 2.8 - Fattori che impediscono di lavorare bene

<p>1° FATTORE <i>Processi e strumenti organizzativi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — disorganizzazione dell'attività del servizio — tensione dei rapporti con i colleghi — eccessivo carico di lavoro — essere distolto da compiti non inerenti la professione — carenza dei mezzi (materiale e/o strumentazione) — inadeguatezza dei locali — cattiva organizzazione dei turni <p style="text-align: right;">media 1.63</p>
<p>2° FATTORE <i>Processi di ruolo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — mancanza di autonomia decisionale — non essere coinvolto nei processi di programmazione — presenza gerarchica troppo forte — non sentirsi all'altezza dei compiti richiesti <p style="text-align: right;">media 1.50</p>

3. Soddisfazione lavorativa e atteggiamenti verso il lavoro

Si sentono complessivamente soddisfatti del lavoro (Fig. 3.1):

- molto il 21%
- abbastanza il 70%
- poco l' 8%
- niente l' 1%

con un valore di soddisfazione di 2.12.

Livello di soddisfazione lavorativa

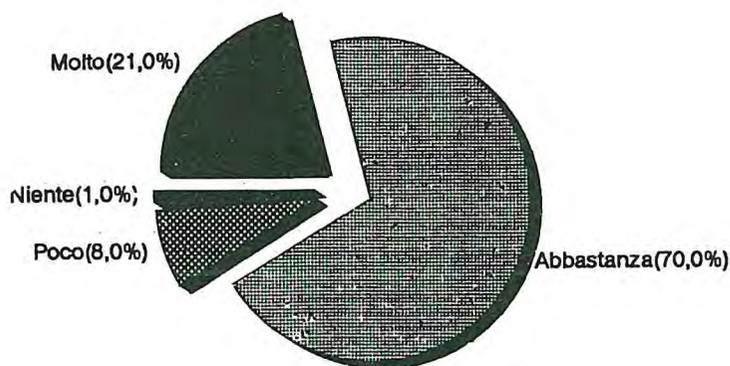


Figura 3.1

La domanda successiva indagava quanto contribuiscono a formare la soddisfazione una serie di aspetti della professione. I risultati sono riportati nella Fig. 3.2, in ordine decrescente rispetto al valore medio conseguito dai 18 *items*.

Fattori che concorrono alla soddisfazione

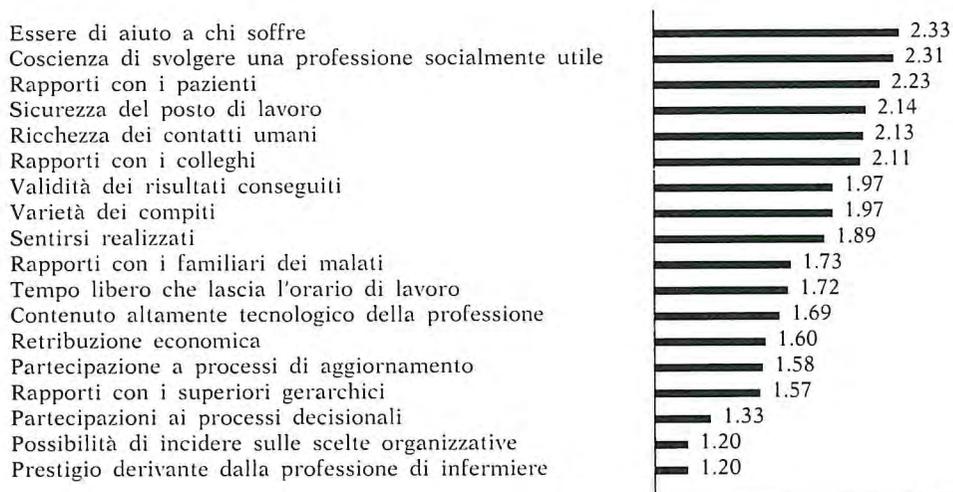


Figura 3.2

Con i valori più alti si collocano connotazioni di tipo umanitario/relazionale. Ciò conferma quanta importanza assumono nella professione infermieristica, come nelle altre professioni di aiuto, gli aspetti idealistici ed umanitari.

Anche per questa batteria di risposte, per capire meglio le relazioni tra le variabili, è stata effettuata l'analisi fattoriale, che ha estratto tre fattori, i quali descrivono in modo ottimale la variabilità delle diverse variabili (Tabella 3.1).

Nel primo fattore, che chiameremo «Dimensione umanitaria/relazionale», sono compresi gli aspetti che mettono in evidenza la centralità della gratificazione derivante dall'aiutare gli altri.

La seconda dimensione, che indichiamo come «Dimensione organizzativa», raggruppa aspetti collegati ai processi organizzativi.

La terza dimensione, che potremmo definire «Dimensione dello status», comprende variabili scaturenti dal fatto di ricoprire la «qualifica» di infermiere. È la dimensione che ha il valore medio più basso.

È interessante notare come incida in maniera rilevante sul livello di soddisfazione l'aspetto umanitario, sembrerebbe quasi a compensare la scarsa soddisfazione derivante dalle componenti organizzative e della professione.

Per quanto riguarda gli atteggiamenti verso il lavoro, alla domanda se provano sensazioni di insofferenza per il fatto di essere a continuo contatto con la malattia, il:

- 19% risponde mai
- 67% risponde talvolta
- 13% risponde spesso

con una frequenza media — 0.95 — di sentimenti di insofferenza molto bassa.

Tab. 3.1 - Fattori di soddisfazione

<p>1° - DIMENSIONE UMANITARIA/RELAZIONALE</p> <ul style="list-style-type: none"> — ricchezza dei contratti umani — rapporti con i pazienti — essere di aiuto a chi soffre — rapporti con i familiari degli ammalati — coscienza di svolgere una professione socialmente utile <p style="text-align: right;">media 2.14</p>
<p>2° - DIMENSIONE ORGANIZZATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> — partecipazione ai processi decisionali — rapporti con i colleghi — rapporti con i superiori — validità dei risultati conseguiti — contenuto altamente tecnologico del lavoro — partecipazione all'aggiornamento <p style="text-align: right;">Segue</p>

Continua

<ul style="list-style-type: none"> — sentirsi realizzati — possibilità di incidere sulle scelte organizzative — varietà dei compiti espletati 	media 1.70
<p>3° - DIMENSIONE DI STATUS</p> <ul style="list-style-type: none"> — retribuzione economica — sicurezza del posto di lavoro — prestigio derivante dalla professione di infermiere — tempo libero che lascia l'orario di lavoro 	media 1.66

Circa il bisogno di «staccare» dal lavoro, osserviamo la Tab. 3.2, dalla quale emerge un dato preoccupante: il 10% (sicuramente) e il 29% (probabilmente) cambierebbe professione, con una tendenza centrifuga non trascurabile.

Per capire meglio cosa determini la soddisfazione e gli atteggiamenti abbiamo analizzato le correlazioni tra questa parte del questionario e le altre domande.

Tab. 3.2 - Tendenze centrifughe

valori percentuali

	sempre	spesso	talvolta	mai
	1. BISOGNO DI ASSENTARSI DAL LAVORO	—	20	72
	si, sicuramente		si, probabilm.	no
	2. DESIDERIO DI CAMBIARE SERVIZIO		35	58
3. DESIDERIO DI CAMBIARE PROFESSIONE		10	29	61

Le correlazioni evidenziano una interdipendenza positiva tra:

- livello di soddisfazione e
- lavoro in équipe
 - contatti umani
 - partecipazione ai processi decisionali
 - rapporti con i superiori
 - rapporti con i pazienti
 - il riconoscimento della propria professione
 - la validità dei risultati conseguiti
 - la partecipazione a processi di aggiornamento
 - il sentirsi realizzato
 - la possibilità di incidere sulle scelte.

Mentre esiste una correlazione negativa tra:

- livello di soddisfazione e
- desiderio di assentarsi dal lavoro
 - desiderio di cambiare servizio
 - desiderio di cambiare professione.

Il livello di soddisfazione non mostra variazioni rispetto al sesso e neppure rispetto all'anzianità di servizio; quest'ultimo dato può essere spiegato con il fatto che la popolazione osservata si dispone su una fascia alquanto omogenea.

Emerge una correlazione positiva molto accentuata tra la soddisfazione e la partecipazione a corsi di aggiornamento.

Dalle correlazioni osserviamo che più basso è il livello di soddisfazione rispetto a:

- la funzione di aiuto verso chi soffre
- rapporti con i superiori
- sentirsi realizzati

più alto è il desiderio di cambiare servizio/reparto e professione.

4. Presenza di burn-out

Per individuare e misurare l'eventuale presenza di burn-out, lo strumento di rilevazione utilizzato è il Maslach burn-out Inventory, costituito da 22 voci in base alle quali il soggetto deve valutare la frequenza con cui sperimenta sintomi, effetti e stati emotivi connessi con il lavoro.

La scala degli *items* misura tre dimensioni:

- l'esaurimento emotivo, cioè la sensazione di essere in continua tensione, emotivamente inaridito dal rapporto con gli altri;
- la depersonalizzazione, identifica risposte negative, in particolare nei confronti degli utenti;
- la ridotta realizzazione professionale, si riferisce alla sensazione che

la propria competenza professionale, così come il desiderio di successo, stia venendo meno.

Dai punteggi ottenuti, per ognuna delle tre subscale sono stati calcolati la media e la deviazione standard. I dati sono stati poi sottoposti ad analisi fattoriale con rotazione ortogonale dei fattori (varimax) e si è verificata la corrispondenza con la struttura originaria dello strumento. L'analisi fattoriale ha condotto infatti all'identificazione di tre fattori indipendenti, che spiegano complessivamente il 48% della varianza.

Nella Tabella 4.1 sono riportati i punteggi medi e le deviazioni standard ottenuti dal nostro campione (indicato con la lettera U) nelle tre subscale alle risposte di frequenza.

Nella tabella i dati vengono confrontati con quelli di una ricerca condotta da Pedrabissi e Santinello (1988) a un campione di infermieri dell'Ospedale Civile di Padova (indicato con la lettera P).

I dati non sembrano evidenziare grandi differenze. Il nostro campione mostra una tendenza ad un leggero più alto livello di realizzazione lavorativa e a un minore livello di depersonalizzazione, mentre il livello dell'esaurimento emotivo è leggermente più elevato.

Possiamo tentare di spiegare la maggior realizzazione lavorativa con la grossa importanza che rivestono, come abbiamo visto precedentemente, gli aspetti di relazione e l'aspetto umanitario della professione.

Ne consegue che il livello di depersonalizzazione non è elevato, dato che il paziente non viene vissuto con fatica e distacco.

A fronte di quanto sopra, la media conseguita dall'esaurimento emotivo è più elevata. Poiché le variabili componenti questo fattore riguardano la «fatica del lavorare», potremmo pensare che a determinare questo esaurimento concorrano le carenze e le disfunzioni organizzative già emerse nelle altre parti del questionario.

Tab. 4.1 - *M.B.I.* - Medie e deviazioni standard delle subscale (frequenza)

RICERCA NUMEROSITÀ DEL CAMPIONE	U 215		P 119	
	media	d.s.	media	d.s.
ESAURIMENTO EMOTIVO	19.5	10.6	18.5	10.2
DEPERSONALIZZAZIONE	5.8	5.4	7.2	6.1
REALIZZAZIONE LAVORATIVA	35.0	7.5	33.8	8.4

Abbiamo quindi analizzato l'andamento delle medie delle tre dimensioni rispetto al sesso, al titolo professionale e al reparto.

Nella tabella 4.2 abbiamo evidenziato con un + un valore medio superiore alla media complessiva dell'M.B.I., con un - un valore medio inferiore e con = uno scostamento insignificante.

Si può osservare che l'incidenza maggiore di esaurimento emotivo si ha nelle donne, fra gli infermieri professionali e nei reparti di terapia intensiva e dialisi; la depersonalizzazione è più presente fra gli uomini, fra gli infermieri professionali, nei reparti di terapia intensiva e di dialisi; mentre si sentono più realizzati i maschi, gli infermieri generici, le puericultrici e il personale dei reparti di: pronto soccorso, medicina d'urgenza, emergenza territoriale e anestesia.

Possiamo quindi pensare che i più soggetti a burn-out, rispetto al nostro campione, siano le donne, gli infermieri professionali e chi lavora nei reparti di terapia intensiva e di dialisi.

Ovviamente, i dati dovrebbero essere elaborati ulteriormente per verificare le relazioni di questi sintomi con altre variabili esaminate dal questionario.

Tab. 4.2 - *Andamento della presenza di burn-out*

	Esaurimento emotivo	Depersonalizzazione	Realizzazione lavorativa
<i>SESSO</i>			
FEMMINE	+	-	=
MASCHI	-	+	+
<i>OPERATORI</i>			
INFERMIERI GENERICI	-	-	+
INFERMIERI PROFESSIONALI	+	+	=
PUERICULTRICI	+	-	+
VIGILATRICI D'INFANZIA	-	-	-
<i>REPARTI</i>			
PRONTO SOCCORSO	-	-	+
MEDICINA D'URGENZA	+	-	+
ANESTESIA	-	-	+
TERAPIA INTENSIVA	+	+	-
T.I. CARDIOCHIRURGICA	=	=	=
T.I. NEONATOLOGICA	=	=	=
DIALISI	+	+	-
EMERGENZA TERRITORIALE	-	-	+

Conclusioni

Dai risultati della ricerca ci preme evidenziare alcuni punti:

— i dati sulla presenza di burn-out non si discostano molto da quelli di altre ricerche analoghe, se non una minore incidenza dei sintomi fra i nostri operatori, nei quali probabilmente agisce una forte presenza compensativa della componente idealistico/umanitaria. Il che potrebbe essere interpretato con la fascia di età giovane nella quale si dispone la popolazione osservata;

— sembra confermata la nostra ipotesi di partenza di una connessione tra manifestazioni di burn-out e fattori organizzativi. Infatti il disagio e la fatica del lavoratore risultano correlati con carenze di tipo organizzativo, non tanto di tipo materiale o strumentale, quanto di impostazione e di gestione; vale a dire che il modello organizzativo non viene considerato valido;

— l'indagine evidenzia anche il basso livello di soddisfazione derivante dall'essere «professionisti infermieri», addebitato allo scarso riconoscimento del ruolo professionale e sociale;

Ovviamente la nostra ricerca presenta dei grossi limiti e andrebbe completata analizzando ulteriormente i dati, approfondendo le correlazioni e verificando eventuali differenze significative tra singoli reparti tra singoli Ospedali e tra questi e le altre variabili.

Crediamo comunque nella validità di questi strumenti, non solo ai fini conoscitivi — in quanto permettono di tracciare un profilo della realtà che ci circonda — ma anche ai fini operativi. Le informazioni che ne scaturiscono andrebbero infatti utilizzate per promuovere iniziative che apportino concreti contributi e proposte finalizzati da un lato a sensibilizzare le istanze gestionali e dall'altro a migliorare il clima organizzativo e a diminuire la tensione lavorativa.

Quanto sopra contribuirebbe non solo a migliorare il livello di soddisfazione di quello che è un aspetto consistente della nostra vita — il lavoro —, ma influirebbe positivamente anche sulla qualità del servizio erogato.

L'ESPERIENZA DEGLI INFERMIERI PROFESSIONALI A CONTATTO CON I PAZIENTI DONATORI D'ORGANO: CAUSE DI STRESS

M. BEDIN ⁽¹⁾, L. BIFFANTI ⁽²⁾, L. DALLA VERDE ⁽³⁾, R. MILANI ⁽²⁾, G. NARDON ⁽¹⁾, C. SILVESTRI ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ IPAFD - Scuola per Infermieri Professionali - VICENZA

⁽²⁾ IP CR2 - VICENZA

⁽³⁾ Medico psichiatra Ospedale Noventa - VICENZA

⁽⁴⁾ IPAFD SUEM - VICENZA

Introduzione ed obiettivi

La consapevolezza di una realtà complessa qual è quella dell'assistenza a pazienti donatori d'organo ci ha indirizzato verso questa indagine.

Questa complessità è dovuta all'intreccio tra problemi puramente assistenziali, problemi di relazione ed organizzativi che a nostro avviso possono diventare cause di stress.

Dalla nostra esperienza riportiamo che questi pazienti richiedono all'I.P. molte energie sia fisiche che psicologiche e che la prevalente sensazione sia quella di assistere ad un «cadavere a cuore battente» non conoscendo e non potendo partecipare alla fase successiva più positiva e vitale costituita dal trapianto.

Partendo da questi presupposti abbiamo sentito l'esigenza di confrontarci con i colleghi di altri centri per verificare fino a che punto le seguenti componenti possono diventare causa di stress:

- problemi assistenziali particolari
- problemi di relazione
- problemi di organizzazione del reparto
- carico di lavoro
- importanza della formazione specifica.

L'importante ruolo infermieristico di conduzione dei rapporti con le famiglie dei potenziali donatori, descritto dalla bibliografia internazionale, costituisce un'ulteriore sprone per migliorare il nostro *status* e l'importanza del ruolo dell'I.P. sia all'interno dell'*équipe* sia al fine del buon esito della donazione.

Materiali e metodi

Il nostro lavoro è stato diviso in due parti:

la prima ha come scopo la valutazione del carico di lavoro infermieristico

ed è stata fatta tramite un'analisi sulle cartelle dei donatori seguiti dal nostro centro dal 1982 al 1990.

Per ogni paziente è stato applicato:

- il SAPS per valutare la gravità clinica;
- il TISS per valutare l'impegno terapeutico;
- il TOSS per misurare il carico di lavoro infermieristico.

Con la seconda parte dell'indagine sono state valutate le componenti causa di stress tramite un questionario strutturato, somministrato per via telefonica tra i centri collaboranti col North Italian Transplant (NITp) che hanno assistito pazienti donatori nel 1990, per un totale di 27 T.I. di diverse Regioni.

Per ogni centro sono state effettuate da 1 a 3 interviste a seconda della disponibilità degli infermieri turnisti.

Il campione è stato di tipo casuale.

Con la supervisione di uno psichiatra abbiamo costruito un questionario per individuare correlazioni fra tre gruppi sintomatologici («ansia», «tensione», «depressione») da valutare sui colleghi intervistati ed una serie di variabili personali degli stessi ed altre variabili organizzative del reparto in cui lavorano:

- esperienze di assistenza a pazienti donatori;
- attitudine personale alla donazione ed opinioni sulla legislazione;
- conoscenze specifiche nel riconoscere i pazienti donatori;
- realtà ed organizzazione di reparto con riferimento ad orari, riunioni di supporto psicologico, informazione sull'esito della donazione.

N.B. Ogni gruppo sintomatologico è stato valutato somministrando una serie di domande all'intervistato al quale veniva chiesto di quantificare l'intensità di determinati sintomi.

Diamo l'elenco di questi:

per misurare l'«ansia» venivano valutati i seguenti:

preoccupazioni, previsioni pessimistiche, paura, paura del futuro, irritabilità;

per la «tensione»:

senso di tensione, facile stancabilità, trasalimenti, facilità al pianto, tremori, irrequietudine, incapacità di rilassarsi;

per la «depressione» infine:

scarso interesse per il paziente, non soddisfazione nel lavoro, umore depresso, dispiacere ad iniziare il lavoro e relativo sollievo nel terminarlo.

Per ogni sintomo il collega intervistato era invitato a dare un'autovalutazione dell'intensità tramite un punteggio variabile da 0 a 4 dove 0 rappresenta l'assenza del sintomo stesso, viceversa 4 il massimo dell'intensità.

Risultati

Per quanto concerne la misurazione del carico di lavoro infermieristico, visto che non siamo in possesso dei nostri dati definitivi, ci rifacciamo ai risultati di un'analisi tratta da un lavoro di Japichino e altri nel 1989, i cui risultati sono al momento sovrapponibili ai nostri già elaborati.

Tutti i pazienti sono caratterizzati da un elevato punteggio SAPS (16.8 + — 0.9 DS) indice di una considerevole gravità clinica, da un alto punteggio di complessità terapeutica (43 + — 1.6 punti TISS), valori di questo tipo si ottengono per malati di pari classe di gravità ma dopo una permanenza in reparto di alcuni giorni.

Il tempo di assistenza infermieristica (TOSS) nelle prime 24 ore di ricovero è risultato essere pari a 968.1 + — 23.8 minuti su 1440 (delle 24 ore). Se consideriamo questo tempo depurato di tutto il lavoro per l'accettazione del malato, questi valori corrispondono sostanzialmente ad un rapporto Infermiere/paziente di 1:1 mentre nella realtà italiana descritta in un nostro precedente studio questo rapporto è sempre superiore a 2:1. Il superlavoro è senza dubbio causa di tensione se non propriamente di stress.

Dai risultati dell'inchiesta telefonica emergono dati generali e relazioni interessanti che ora descriveremo:

- età media: 27.6 anni;
 - anzianità di servizio: il 49% lavora in T.I. di più di 4 anni;
 - il 91% ha assistito in prima persona pazienti donatori;
 - alla domanda sulla disponibilità personale alla donazione, il 73% si è dichiarato favorevole;
 - hanno ricevuto conoscenze specifiche (nel corso per I.P. o successivamente il 58%, queste conoscenze sono state descritte come superficiali o comunque non soddisfacenti nel 60/70% delle risposte;
 - il 95% ritiene utile una preparazione specifica per seguire il processo della donazione, i colleghi consigliano che gli aggiornamenti da tenere in futuro siano gestiti prevalentemente da I.P., medici, psicologi e con percentuali più basse, da esperti di etica, avvocati, personale religioso;
 - il 46% si dichiara non d'accordo con l'attuale legge (16% non sa) che di fatto prevede il consenso espresso dai familiari, l'87% è favorevole al consenso espresso in vita;
 - i momenti più stressanti per gli infermieri durante il processo della donazione sono:
 - durante la presenza dei parenti nella fase della richiesta
 - durante il periodo di osservazione;
 - riunioni di supporto psicologico sono state seguite dall'11% dei colleghi, i quali ne confermano l'utilità.
- L'87% di coloro che appartengono a T.I. che non hanno organizzato questo tipo di riunioni ne sente l'esigenza.

Discussione

1) La somma dei vari indicatori proposti ed autovalutati dagli intervistati ci ha permesso di calcolare una media matematica dei punteggi di disagio:

ANSIA	4.7
TENSIONE	7.9
DEPRESSIONE	3.9
TOTALE	17

Questi dati sono da valutare positivamente poiché sono bassi nel totale rispetto al valore indicato dallo psichiatra come «patologico» di 30. La depressione e l'ansia sono poco intense rispetto alla tensione, entro certi limiti perciò possiamo ritenere questa situazione reale e «positiva» per un reparto di T.I.

2) L'età media di 27 anni è rappresentata in gran parte (51%) da Infermieri con età tra 20 e 25 anni. L'età media bassa può essere interpretata come un indice diretto di elevato turn over e quindi indirettamente di burn out. A conferma di questo abbiamo osservato anche che in questa fascia di età il punteggio di disagio è leggermente più basso (16).

3) Risulta evidente una tendenza inversa tra anzianità di servizio e disponibilità personale alla donazione:

ANZ. DI SERVIZIO	DISPONIBILITÀ	
1 anno	8 SI	1 NO
2-3 anni	13 SI	6 NO
4-5 anni	4 SI	
più di 5 anni	14 SI	9 NO

4) I punteggi di disagio messi in relazione con la disponibilità personale alla donazione non hanno dato risultati significativi.

5) Il 50% degli infermieri con punteggio superiore alla media ha avuto lutti importanti negli ultimi 3 anni, possiamo perciò pensare che anche situazioni personali abbiano contribuito ad aumentare il disagio.

6) In relazione alle conoscenze specifiche di alcuni colleghi intervistati si sono dimostrati in possesso. Riteniamo che i dati rilevati ci diano queste indicazioni:

a) la formazione specifica ricevuta rappresenta il DATO OBIETTIVO; di fatto la relazione tra partecipazione a corsi e disagio ci ha dato risultati negativi: non si è dimostrata correlazione significativa fra punteggio nei parametri del disagio e avvenuta o meno partecipazione a partecipare a corsi di formazione specifici.

b) Le risposte relative alla certezza di diagnosi di morte cerebrale risul-

tano essere un DATO LEGATO ALL'OPINIONE, alle personali convinzioni, maturate anche dalle esperienze lavorative e dalla formazione, anche in questo caso la relazione ricercata con i parametri di disagio non ha dato risultati significativi.

c) Il dato più strettamente correlato al malessere risulta la preparazione effettiva raggiunta, da noi ricercata tramite la domanda relativa alle funzioni cerebrali perdute per poter dichiarare un paziente in morte cerebrale. Tramite questa domanda da noi ritenuta «chiave» abbiamo valutato l'aspetto della CONOSCENZA e della SERENITÀ con la quale vengono assistiti questi pazienti. Il punteggio medio di disagio tra i colleghi che hanno risposto in modo non corretto a questa domanda (15%) è risultato alto (27), vicino quindi al limite «patologico» (30).

A questo punto per aver ulteriori spiegazioni abbiamo cercato la relazione tra questi colleghi e le conoscenze ed è risultato che il 55% ha partecipato a corsi specifici sul tema. Alla luce di questi risultati possiamo evincere che in una percentuale alta questi corsi di formazione non siano stati efficaci nel migliorare il livello di conoscenza dei nostri colleghi e di conseguenza nel senso di sicurezza nelle proprie capacità professionali.

Abbiamo osservato anche che la metà di chi ha risposto in modo non corretto ha un'anzianità di servizio di più di 5 anni, gli altri lavorano in T.I. da più di 2-3 anni.

Crediamo che con gli attuali ritmi lavorativi, 5 e più anni di T.I. possano influire sulla psicologia degli operatori infermieristici.

Conclusioni

Abbiamo osservato con compiacimento il basso livello di «sofferenza psicologica» emersa dalla nostra ricerca; risulta però evidente uno stato di disagio diffuso che mettiamo in relazione con dubbi sulla certezza della diagnosi di morte cerebrale.

Riteniamo indispensabile per lavorare serenamente in queste situazioni aver alcuni punti fermi, utili anche per rinforzare la motivazione.

L'anzianità di servizio comunque gioca un ruolo molto importante, sarà perciò opportuno pensare a modalità di lavoro diverse, quali ad esempio la rotazione tra le diverse realtà di area critica di uno stesso ospedale.

I corsi di preparazione e/o aggiornamento effettuati fino a questo momento risultano poco interessanti e poco efficaci; i colleghi comunque ci danno delle indicazioni precise chiedendo quasi tutti (95%) corsi di formazione specifici, tenuti da infermieri, medici, psicologi.

Il carico di lavoro per l'assistenza a questi pazienti è senza dubbio elevato per cui ci sentiamo di poter proporre che per questi pazienti ci sia un rapporto I.P./paziente di 1:1.

Ribadiamo anche la richiesta fatta nell'87% dai colleghi perché siano or-

ganizzate riunioni di supporto psicologico. Viene infine ribadita l'importanza che anche il personale infermieristico riceva **SISTEMATICAMENTE NOTIZIE** sull'esito della donazione, per poter dare maggior significato e continuità a questa assistenza particolarmente coinvolgente.

Bibliografia

- VERNALE G., *Critical nurses interaction with families of potential organ donors*, «Focus on critical care» 1991: 335, 339.
- JAPICHINO G. e al., *La temporizzazione del carico di lavoro (TOSS) nel donatore multiorgano*, Atti del XIX Corso Nazionale di aggiornamento in Rianimazione e Terapia Intensiva, Piccin Milano 1989: 115, 117.
- NITp Nord Italia Transplant - Resoconto 1990, Milano 1991.
- LACQUANITI L. e al., *Le terapie intensive Italiane nel 1985*, «Anestesia e rianimazione», 1989: 203, 208.
- SILVESTRI C., LACQUANITI L., *La donazione d'organo nella realtà delle terapie intensive: il punto di vista dell'I.P.*, Atti del XIX Corso Nazionale di aggiornamento in Rianimazione e Terapia Intensiva, Piccin Milano 1989.
- MANNIEN D. e al., *Public attitudes and behavior regarding organ donation*, JAMA 1985: 3111, 3115.

INTERVENTI PREORDINATI

15 novembre 1991

VALUTAZIONE DEL BURN-OUT INFERMIERISTICO IN RIANIMAZIONE

G.C. MARCHESINI ⁽¹⁾ (relatore), M. COSTA ⁽¹⁾

Collaborazione di: P. ARIENTI ⁽²⁾, R. ZOPPELLARI ⁽²⁾

⁽¹⁾ II.PP. Servizio di Anestesia e Rianimazione Arcispedale S. Anna - USL n. 31 - FERRARA

⁽²⁾ Dott. Clinica Psichiatrica Università degli studi di Ferrara.

Questo studio sul burn-out infermieristico nasce nell'ambito di una ricerca iniziata 3 anni fa nella Rianimazione dell'Arcispedale S. Anna di Ferrara, mirata ad evidenziare gli aspetti di sofferenza psicologica nelle persone che condividono l'esperienza della Rianimazione: pazienti, familiari dei pazienti, infermieri, medici.

L'obiettivo dello studio, svolto in collaborazione con alcuni medici della Rianimazione e della Clinica Psichiatrica dell'Università locale è di:

- 1) quantificare la presenza di burn-out tra gli infermieri di un reparto di Rianimazione;
- 2) confrontare il livello di burn-out degli infermieri della Rianimazione con un campione di infermieri della Clinica Chirurgica di Ferrara;
- 3) correlare il burn-out con alcune caratteristiche di personalità e giudizi sull'ambiente di lavoro;
- 4) ipotizzare le aree di intervento per contrastare il burn-out in ambiente critico.

L'analisi si è svolta presso il reparto di Rianimazione dell'Arcispedale S. Anna di Ferrara.

Tale struttura, nata su un'area preesistente, è suddivisa in 5 box, ciascuno dei quali accoglie da 2 a 3 pazienti.

Nel 1990 la degenza media è stata di 16.5 gg. e la mortalità media del 32%.

I test che abbiamo utilizzato nel nostro studio sono elencati nella tabella 1. Sono stati distribuiti a tutti gli IP del nostro reparto e a 12 IP della Clinica Chirurgica. L'età media degli IP della Rianimazione è di 31.8 anni (D.S. = 5.6) e l'anzianità media di servizio è di 7.9 anni (D.S. = 5). L'età media degli IP della Clinica Chirurgica è di 33.8 (D.S. 6.519).

I primi 2 test misurano il livello di burn-out, il 3° valuta dove una persona colloca il Locus causale, cioè dove si pensa origini la causa del problema in questione.

Il test del Self-Esteem valuta invece quanto una persona ha stima di sé.

Lo S.T.A.T. misura l'ansia di tratto mentre il questionario D del C.B.A. valuta la depressione.

Il penultimo valuta come il soggetto considera il proprio lavoro. Mentre l'ultimo test è un questionario di nostra costruzione che come il precedente studia la relazione fra il soggetto e il suo lavoro.

Tabella 1

TEST UTILIZZATI NEL NOSTRO STUDIO	
- Maslach burn-out inventory	(burn-out)
- Questionario dell'A.R.I.P.S.	(burn-out)
- Internal-External Locus of Control Scale di Rotter	(interni/esterni)
- Self-Esteem	(stima di sé)
- S.T.A.I. di Spielberger	(ansia)
- Questionario D del C.B.A. 2.0	(depressione)
- Work Enviroment Test di Moos	(lavoro)
- Nostro questionario di valutazione	(lavoro)

Tabella 2

BURN-OUT A.R.I.P.S.	
0 ----- 26	
assenza burn-out	valore massimo
Media del campione testato dall'A.R.I.P.S.	6.3
Media del nostro studio	4.27

Il nostro primo obiettivo era quantificare la presenza di burn-out nel nostro reparto.

Nella tabella 2 compaiono i valori ricavati dall'utilizzo del test che misura il burn-out fornito dall'A.R.I.P.S. Secondo questo test al valore 0 corrisponde una assenza di burn-out mentre il valore 26 rappresenta il valore massimo raggiungibile. A quanto ci risulta valori maggiori di 14 non sono mai stati riscontrati.

Il nostro campione ci ha fornito un valore medio di 4.27, valore inferiore rispetto al campione fornito dall'A.R.I.P.S. e costituito da 110 operatori socio-sanitari aventi la stessa età.

Nella tabella 3, che presenta la distribuzione dei punteggi di burn-out negli infermieri della Rianimazione, il punteggio massimo raggiunto è di 14. La maggior concentrazione si è ottenuta nella fascia di punteggio che va da 2 a 3.

Tabella 3

DISTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI DI BURN-OUT NELLA POPOLAZIONE TESTATA

Class. Interval.	Freq. — ≠ —	Freq. — % —
0 - 1	6	20.69
2 - 3 max concentr.	9	31.03
4 - 5	4	13.79
6 - 7	7	24.14
8 - 9	1	3.45
10 - 11	1	3.45
12 - 13	0	0
14 - 15 punt. max	1	3.45
16 - 17	0	0
18 - 19	0	0
> 26	0	0

Un altro test utilizzato per valutare il burn-out è quello proposto dalla studiosa americana MASLACH.

Questo test valuta la frequenza e l'intensità di 3 aspetti del burn-out:

- l'esaurimento emotivo;
- la depersonalizzazione;
- la realizzazione lavorativa.

Queste sono alcune delle domande del test proposto dalla Maslach:

- Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro.
- Mi pare di trattare alcuni pazienti come oggetti.
- Posso capire facilmente come la pensano i pazienti.
- Mi sento sfinito alla fine di una giornata lavorativa.
- Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato insensibile con la gente.
- Affronto efficacemente i problemi dei pazienti.
- Mi sento stanco quando mi alzo alla mattina e devo affrontare una giornata di lavoro.

Nella tabella 4 sono presentati i valori medi ottenibili per i 3 aspetti sopracitati rapportati al campione USA costituito da 2000 operatori socio-sanitari.

Tabella 4

		TEST BURN-OUT MASLACH	
C.R. FERRARA		media	CAMPIONE USA media
esaurimento emotivo	intensità	20.89	31.7
	frequenza	17.76	24.1
depersonaliz.	intensità	6.53	11.7
	frequenza	4.46	9.4
realizzazione lavorativa	intensità	23.05	9.7
	frequenza	26.13	36

Rispetto ai valori medi ottenuti dal campione di riferimento USA testato dalla Maslach, gli IP della Rianimazione hanno riportato punteggi inferiori per i 3 aspetti. Ciò significa che rispetto al campione USA gli IP sono risultati essere meno emotivamente inariditi dal rapporto con gli altri (esaurimento emotivo), vedono meno negativamente l'utenza con cui hanno a che fare (depersonalizzazione), hanno una maggiore sensazione che la loro competenza, così come il loro desiderio di successo, stia venendo meno (realizzazione lavorativa). Il confronto fra questi due campioni di differente consistenza numerica e di diversa realtà sociale e geografica è scarsamente significativo. Ciò nonostante emerge che gli infermieri della Rianimazione avvertono una sensazione di incompetenza nel rapporto con il paziente tanto da influenzare negativamente il loro desiderio di successo.

Il secondo obiettivo che ci eravamo proposti era confrontare il livello di burn-out degli IP della Rianimazione rispetto a quella della Clinica Chirurgica.

Sempre nella tabella 4 sono riportati i valori medi per i 3 aspetti del test Maslach, e i valori medi del test A.R.I.P.S. nei 2 gruppi di infermieri.

L'ultima colonna evidenzia il confronto statistico tra i 2 gruppi: esiste una differenza altamente significativa ($p < 0.05$).

Gli IP della Rianimazione hanno quindi ottenuto punteggi significativamente più bassi rispetto a quelli della Clinica Chirurgica nella realizzazione lavorativa.

Per spiegare questa diversità possiamo formulare alcune ipotesi: la tipologia dei pazienti dei 2 reparti è diversa: in Rianimazione sono ricoverati malati in condizioni critiche, spesso in coma o comunque in condizioni tali da rendere difficile un interscambio verbale tra l'infermiere e il malato.

Inoltre, mentre in Clinica Chirurgica, con l'intervento chirurgico spesso si risolve o si modifica nettamente lo stato clinico del paziente, in Rianimazione sempre più sono ricoverati pazienti anziani, con scompensi multipli e che

trovano scarso giovamento dall'assistenza intensiva protratta anche per periodi prolungati, come documentato dagli elevati valori di degenza media del nostro reparto.

Il sentimento di realizzazione lavorativa è determinato in buona parte dal grado in cui l'operatore sente di avere aiutato il paziente e anche da quanto quest'ultimo è in grado di riconoscere l'aiuto ricevuto.

Per i motivi appena detti quanto sopra espresso a volte può venire meno per cui, gli IP della Rianimazione hanno minori possibilità di ottenere dei riscontri delle proprie capacità dal rapporto con i pazienti.

Il terzo obiettivo che ci eravamo proposti voleva correlare il burn-out con alcune caratteristiche di personalità e alcuni giudizi sull'ambiente lavorativo.

La tabella 5 presenta infatti le correlazioni statisticamente significative tra l'esaurimento emotivo del test Maslach ed alcune caratteristiche di personalità o giudizi lavorativi.

Tabella 5

CORRELAZIONE TRA ESAURIMENTO EMOTIVO (MASLACH)
E ALCUNE CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ E GIUDIZI LAVORATIVI

	intensità	frequenza
- tendenza ad esternalizzare	$p < 0.01$	$p < 0.05$
- depressione	$p < 0.01$	$p < 0.05$
- ansia di tratto	$p < 0.01$	$p < 0.05$
- difficoltà a conciliare il lavoro con gli impegni familiari	$p < 0.01$	$p < 0.05$
- giudicare il proprio lavoro dannoso alla propria salute fisica	$p < 0.01$	$p < 0.05$
- ritenere il proprio lavoro sovraccaricato	$p < 0.01$	$p < 0.05$

La tendenza ad esternalizzare è valutata sulla base di quanto il soggetto pensa che la causa del problema sia da ricercare in fattori esterni, ad esempio il destino. Tale tendenza risulta significativamente correlata con l'esaurimento emotivo della Maslach.

Si può quindi pensare che una persona in burn-out attribuisca la causa della sua condizione a fattori esterni al suo controllo, come i nostri dati confermano.

Anche altre due caratteristiche della personalità, quali depressione ed ansia di tratto, sono correlate con l'esaurimento emotivo.

Nella tabella 6 presentiamo la correlazione tra depersonalizzazione (Maslach) e i giudizi sull'ambiente di lavoro.

Tabella 6

CORRELAZIONE TRA DEPERSONALIZZAZIONE (MASLACH) GIUDIZI SULL'AMBIENTE LAVORATIVO		
	intensità	frequenza
aver cambiato reparto per incompatibilità con l'ambiente di lavoro precedente	$p < 0.01$	$p < 0.01$
ritenere di essere troppo controllati sul lavoro	$p < 0.05$	$p < 0.05$
ritenere il proprio ruolo ambiguo	$p < 0.05$	non sign.

Dai risultati emerge che chi è in burn-out ha già cambiato reparto vista la significatività della correlazione mostrata in tabella. Inoltre la depersonalizzazione del test Maslach è correlata col ritenere di essere troppo controllati sul lavoro e in parte con ritenere il proprio ruolo ambiguo.

Infine il 3° aspetto del Test Maslach (realizzazione lavorativa) è stato rapportato a tutte le altre variabili esaminate. La tabella 7 presenta i valori di correlazione esistenti.

Tabella 7

CORRELAZIONE TRA REALIZZAZIONE LAVORATIVA (MASLACH) E CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ E GIUDIZI SUL LAVORO		
	intensità	frequenza
- poca stima di sé	$p < 0.01$	$p < 0.05$
- giudicare con scarsa soddisfazione il lavoro	$p < 0.01$	$p < 0.05$
- appassionarsi poco al lavoro	$p < 0.01$	$p < 0.05$
- scarso coinvolgimento nel lavoro	$p < 0.01$	$p < 0.05$
- tendenza ad esternalizzare	$p < 0.01$	$p < 0.01$
- depressione	$p < 0.01$	$p < \text{non sign.}$
- ansia	$p < 0.01$	$p < 0.01$

Teniamo presente che un soggetto in burn-out ha scarsa realizzazione lavorativa. Come vedete minore è la realizzazione lavorativa minore risultano la stima di sé, il giudicare con soddisfazione il proprio lavoro, l'essere appassionati e coinvolti nel proprio lavoro; maggiore è la tendenza all'esternalizzare la depressione e l'ansia.

Alcune variabili esaminate e non ancora presentate non sono risultate correlate in modo statisticamente significativo sia col burn-out misurato dai test utilizzati.

Queste variabili sono espresse nella tabella 8.

Tabella 8

VARIABILI NON CORRELATE IN MODO SIGNIFICATIVO
NÉ AL TEST DI MASLACH NÉ AL TEST A.R.I.P.S.

- anzianità di servizio
 - età anagrafica
 - desiderio di cambiare reparto
 - ritenere il proprio lavoro dannoso alla salute psichica
 - non sentirsi stimato nell'ambiente di lavoro
 - non ritenere che il lavoro comporti eccessive difficoltà tecniche
 - non ritenere che il proprio ruolo contribuisca alla guarigione
 - non ritenere di essere abbastanza autonomo nel lavoro
-

Alcuni di questi risultati sono sorprendenti in quanto si potrebbe pensare che il burn-out fosse correlato con l'età lavorativa e anagrafica, con il desiderio di cambiare reparto e con il dubbio che il lavoro quotidiano comporti danni alla salute psichica. Appare invece più comprensibile che un infermiere in burn-out non si senta stimato, non ritenga che il lavoro comporti eccessive difficoltà tecniche, non pensi che il proprio ruolo contribuisca alla guarigione, e non ritenga di essere abbastanza autonomo.

Riassumendo i risultati ottenuti, risulta che l'infermiere in burn-out della rianimazione si ritiene ansioso e depresso, ha una bassa stima di sé, pensa di essere alla mercè del destino, e riguardo al lavoro che svolge, ritiene di essere sovraccaricato, che ci sia troppo controllo e che il lavoro non si concili con gli impegni familiari. Inoltre egli non è interessato al suo lavoro, ne è poco appassionato, non ne è coinvolto e non giudica con soddisfazione il lavoro che svolge. Sembra che questi operatori non comprendano come il loro ruolo contribuisca al risultato che si prefigge la Rianimazione: la sopravvivenza del paziente in condizioni critiche. In altre parole sembrano aver perso l'identità del compito. Non solo, anche la significatività del compito, cioè la sensazione che il proprio intervento abbia un impatto significativo sulla vita degli utenti, sembra venir meno.

Il quarto obiettivo, relativo agli interventi per prevenire o contrastare il burn-out in rianimazione, può essere affrontato attuando diverse misure. Abbiamo visto che il burn-out è correlato con il ritenere il lavoro dannoso alla propria salute fisica, col ritenerlo sovraccaricato e con la difficoltà a conciliarlo con la famiglia. È per questo che tramite uno studio sui carichi di lavoro (T.I.S.S.) sono stati modificati i turni di servizio, riducendo il numero

dei turni notturni settimanali. Una ulteriore misura per contrastare il burn-out richiede un aumento della personalizzazione nel rapporto con l'utente, attraverso una maggiore conoscenza dei fattori di stress che causano risposte psicologiche inadeguate nei pazienti in rianimazione (privazione del sonno, allarmi, ...). Una maggiore conoscenza dei bisogni dell'utente è da associarsi ad una maggiore attenzione coi familiari dei pazienti stessi, per aiutarli a sopportare lo stress di una situazione altamente ansiogena qual è il ricovero di un parente in ambiente critico. Inoltre, la prassi a richiamare e rivedere i pazienti della rianimazione a distanza dalla dimissione, rafforza il rapporto infermiere paziente e permette una valutazione dell'efficacia dell'assistenza e una gratificazione dell'impegno infermieristico e medico svolto. La valutazione a un anno dalla dimissione dei pazienti ci ha permesso di registrarne i ricordi; ebbene tra coloro che avevano ricordi adeguati solo del 35.5% ricordava gli infermieri, mentre più del 73.7% ricordava le varie apparecchiature della rianimazione (tabella 9).

Tabella 9

 TIPO E INCIDENZA DEI RICORDI IN 31 SOGGETTI INTERVISTATI

- Respiratore	73.7%
- Apparecchi di monitoraggio	70.9%
- Stanza	64.5%
- Paziente vicino	61.3%
- Medici	61.3%
- Tubi	58.1%
- Visita del primario	41.9%
- Infermieri	35.5%
- Visita dei familiari	35.5%
- Mani legate	22.6%
- Porta	16.1%
- Letto	9.7%
- Finestra	6.4%
- Impossibilità a parlare	6.4%

Abbiamo visto che tra gli infermieri in burn-out è forte la sensazione di essere poco significativi; tale sensazione pare essere condivisa dai malati.

Riteniamo pertanto che sia necessario aumentare la competenza non solo tecnica ma soprattutto psicologica nel lavoro infermieristico in ambiente critico mediante una formazione specifica, volta a riconoscere e a trattare gli aspetti di sofferenza psicologica legati alla Rianimazione.

Pensiamo perciò che il gruppo degli infermieri dovrebbe incontrarsi periodicamente, non solo per discutere problemi tecnici inerenti il nursing ma anche per discutere le difficoltà poste dal lavoro. Se necessario vi dovrebbe

essere la possibilità di una supervisione medica specifica per quanto attiene a problemi squisitamente tecnici e di una supervisione psicologica se il gruppo ritiene di dover discutere di problemi emotivi relativi ai pazienti e al gruppo stesso.

Concludendo, la mia relazione ha espresso diversi problemi attraverso un linguaggio, quello statistico, non sempre piacevole, ma indiscutibilmente veritiero; e se gli stimoli proposti indicano nuovi filoni di ricerca e tensioni a realizzare un livello assistenziale più elevato, è per rendere il nursing di area critica attento alle implicazioni psicologiche nella stessa misura nella quale siamo chiamati a gestire la dimensione tecnologica dell'intervento infermieristico in rianimazione. E fare questo ci permette di conoscere ed affrontare un rischio professionale spesso disatteso: il burn-out, cioè il «bruciarsi» per lo stress connesso al lavoro.

ASSISTENZA AL PAZIENTE CRITICO IN AMBIENTE NON-CRITICO

PAOLA GUALANO ⁽¹⁾, SONIA BRONZETTI ⁽²⁾, FABIO BRUSCOLI ⁽³⁾, BARBARA GOBBI ⁽²⁾, GIUSEPPINA SBERLATI ⁽²⁾

Ospedale Civile di Santarcangelo di Romagna - ULS 40 ER

⁽¹⁾ Divisione di Chirurgia Generale - Caposala

⁽²⁾ Divisione di Chirurgia Generale - Infermiera Professionale

⁽³⁾ Servizio di Anestesia e Rianimazione - Medico Assistente

È probabilmente superfluo ridefinire i concetti di «paziente critico» e di «ambiente critico», concetti che sono oramai ampiamente acquisiti; il paziente sul quale si vuole oggi focalizzare l'attenzione non è il «solito» paziente critico del quale si parla nei congressi: si vuole qui discutere di quel paziente «figlio di nessuno» che per svariati motivi, anche validi, pur avendone sotto certi aspetti le caratteristiche ed i requisiti richiesti, non rientra in quella categoria di pazienti che si avvalgono di cure intensive in ambiente intensivo.

Sono quei malati colpiti da emorragie cerebrali massive, o troppo anziane per poter occupare un posto nelle Terapie Intensive generali o specialistiche, o pazienti oncologici preterminali, che si devono accontentare di cure, per quanto possibile intensive, in ambiente standard.

I dubbi su quali garanzie di assistenza, e su quale e quanta assistenza venga fornita a pazienti le cui condizioni vitali sono potenzialmente a rischio, soprattutto in relazione ad un ambiente non adeguato, devono almeno, se non trovare una soluzione immediata, porci in condizione di esaminare il problema.

Da un punto di vista prettamente organizzativo, l'ambiente standard considera determinate risorse strutturali, di personale, di materiale, che quasi mai possono far fronte alle reali esigenze di un paziente a volte in uno stato vicino al coma, o a volte intubato, e per il controllo si possono utilizzare esclusivamente l'osservazione (controllo visivo) e il rilievo dei parametri vitali di base.

Soltanto la volontà e la coscienza degli operatori impegnati nelle cure riesce, speriamo spesso, a far sì che questo malato trovi una minima risposta ai suoi bisogni e raggiunga l'epilogo con una morte per quanto possibile serena.

Dal punto di vista del malato, è più che probabile che sia facilmente percepibile un senso di impotenza sui volti del personale, la consapevolezza di «poter fare di più» e di non essere in grado di farlo, la difficoltà a rapportarsi con l'ineluttabilità della morte.

Le difficoltà sono molteplici, e comunque sono riconducibili alla necessità etica di garantire assistenza al paziente prossimo alla morte, o addirittura già perso, come quello con emorragia cerebrale, e alla necessità clinica di non impegnare risorse se non in maniera finalizzata.

Se lo scopo della Sanità è anche far sì che la morte avvenga in condizioni di serenità, l'operatore deve agire su vari elementi: l'angoscia, la paura, il dolore.

A nostro avviso, ed in accordo con quanto prevedono i codici di comportamento dei vari operatori della sanità, non è giusto, e comunque non è utile, privare il paziente della consapevolezza del proprio passaggio finale. Sono inoltre estremamente utili quei farmaci e quelle tecniche che consentono una soppressione del dolore, come quelli che riducono lo stato di ansia o gli ipnotici: questi farmaci vanno usati per convinzione, senza timori immotivati legati generalmente a scarse conoscenze farmacologiche.

Non si tratta, evidentemente, di accelerare la fase del decesso: questo, oltre a non vederci favorevoli, non è ammesso dalla legge, e come tale non è argomento in discussione.

Si tratta semplicemente di assistere il paziente fino alla fine delle sue necessità, indipendentemente dai risultati ottenibili sulla malattia, in accordo col fatto che esistono malati inguaribili ma non esistono malati incurabili.

In termini di assistenza, tali pazienti determinano un aumento del carico di lavoro che non può non essere sopportato, in aggiunta ad un notevole carico psicologico.

La scelta che si è fatta presso la Divisione Chirurgica dell'Ospedale di Santarcangelo di Romagna — che rappresenta solo uno degli schemi utilizzabili — è stata di assistere comunque questi pazienti, cercando di garantire spazi privati che però non rappresentino delle aree di pre-mortalità, ma delle stanze in cui sia garantito l'intervento tempestivo ed efficace per ogni necessità.

L'invito dunque che si rivolge in questa sede è a non segregare tali malati, e a non abbandonarli proprio nella fase della massima sofferenza.

Sono indubbiamente malati scomodi: la loro inguaribilità fa parte della malattia, il non curarli sarebbe abdicare ai nostri compiti; non è vero che ad un certo momento «non c'è più niente da fare», come troppo spesso si sente dire.

È vero invece che, per fare quello che occorre, è necessario chiarire prima alcuni obiettivi, non solo in termini di conoscenze tecniche, ma anche e soprattutto in termini di equilibrio psicologico raggiunto.

A tal fine riteniamo utile programmare degli incontri periodici fra i vari operatori in cui si affrontino le dinamiche che si determinano in queste situazioni, e quindi il proprio rapporto con la morte.

Il nostro programma consiste nell'introdurre la psicologia nella struttura ospedaliera, fin troppo ancorata alla fisiopatologia.

Conclusioni

Occorre prendere in considerazione ed in cura anche quei pazienti che non hanno *chances* di sopravvivenza; la inguaribilità di tali pazienti non deve

rallentare né ridurre lo sforzo nel garantire un'assistenza sempre e comunque adeguata alla situazione.

Atteggiamenti di rinuncia degli operatori, l'isolamento fisico o la rimozione psicologica di questi pazienti non sono accettabili e costituiscono di fatto un abbandono del malato, anche se può non essere difficile riuscire a giustificare il rientro a casa di un paziente terminale, o il trasferimento ad altro reparto o in camera singola nei giorni immediatamente precedenti la morte.

L'attenzione degli operatori dovrà concentrarsi su quegli aspetti modificabili della situazione clinica, garantendo una buona qualità della vita finché questa è presente.

BURN-OUT E DONAZIONE D'ORGANI

GIUSEPPE BIANCHI

IP - Rianimazione Ospedale «L. Mares» USL 44 Napoli

Presentazione

Rappresentiamo un'*équipe* infermieristica operante in un'unità di Rianimazione e Terapia Intensiva dell'Ospedale «Loreto Mares» della U.S.L. n. 44 di Napoli.

Il reparto è un'unità di recente apertura, ha appena un anno di vita. L'intero staff infermieristico ha un'età media di 28-30 anni ed è coordinato da un caposala con esperienza 15ennale. Presentiamo la nostra esperienza nel Nursing del donatore multiorgano in un arco di tempo di 14 mesi di attività. Il lavoro fin'ora effettuato per le donazioni d'organo viene qui di seguito illustrato:

DONATORI	ORGANI PRELEVATI	RICEVENTI
7	Cuore 6	30
	Fegato 2	
	Rene 12	
	Cornee 10	

L'Assistenza al donatore d'organo ha come obiettivo salvare la vitalità dei parenchimi da prelevare, in un soggetto che ha perso ormai quasi del tutto le capacità omeostatiche, proprie degli organismi viventi. La morte cerebrale, condizione assolutamente indispensabile affinché avvenga l'espianto, sopravviene in pazienti già irrimediabilmente compromessi per trauma cranico in seguito ad accidenti cardiovascolari, stati anossici con riserve funzionali ridottissime ed in via di esaurimento. Assume pertanto particolare rilievo un monitoraggio estensivo per controllare assiduamente i parametri vitali allo scopo principale di mantenere una valida perfusione degli organi. In via preliminare è indispensabile, per orientare correttamente l'assistenza al donatore, rilevare tutta una serie di informazioni relative a test ematochimici fondamentali per: 1) la tipizzazione, 2) il mantenimento, 3) l'esclusione di malattie o infezioni trasmissibili con il trapianto.

Affinché si mantenga inalterata l'omeostasi degli organi è indispensabile che l'infermiere sia in grado di riconoscere i parametri eventualmente alterati, quali modificazioni si stanno verificando nella situazione idro-elettrolitica oppure dello stato acido base. Ancora è compito prettamente infermieristico il controllo ed il mantenimento della pervietà di tutte le vie venose ed arteriose artificiali; si occuperà inoltre dell'aspirazione delle secrezioni tracheo-bron-

chiali per mantenere la pervietà delle vie aeree e per ridurre l'incidenza di infezioni delle vie respiratorie. Per le restanti tecniche e pratiche che si svolgono al fine di una giusta omeostasi, ci rifacciamo ai protocolli dettati dal Coordinamento Centro Sud per i Trapianti.

Commento

La donazione d'organi in Italia non è più un fatto nuovo. C'è da rilevare ancora una superficiale conoscenza del problema tra la popolazione, un inadeguato impegno degli operatori direttamente coinvolti e delle Istituzioni che dovrebbero promuovere la donazione stessa.

Nell'ambito di una struttura ospedaliera, siamo certi, che il compito dell'infermiere professionale non è quello di «convincere» la famiglia del possibile donatore a concedere il consenso all'espianto ma di stabilire un rapporto che ispiri piena fiducia. Tale fiducia nasce e si rafforza se il rapporto con i parenti che vivono un'esperienza traumatica, è tale da dimostrare la maggiore disponibilità possibile verso il paziente e le persone significative. In reparti di «area critica» è principalmente la figura dell'infermiere il tramite preferenziale del paziente e la famiglia con l'intero staff. È su di noi, infatti, che grava il compito di dissipare gli innumerevoli dubbi, le radicate paure ed anche la legittima diffidenza che si presentano nei familiari al momento in cui ad essi si prospettano possibilità di donazione d'organi. Ci siamo accorti che un nucleo familiare pur se in uno stato di sconforto per la perdita di ogni speranza, riesce a decidere con positiva serenità se ha riscontrato quella che tra noi colleghi di reparto usiamo definire come «comunione assistenziale».

A dimostrazione dell'importanza di quanto affermato dei nostri 7 consensi all'espianto, ben 3 ci sono stati motivati dagli stessi parenti più stretti, proprio in merito a quello che essi hanno oggettivamente potuto constatare e cioè: l'accudimento continuo al loro congiunto sia sotto l'aspetto strettamente assistenziale infermieristico, che per quel che riguarda le cure mediche sia prima che dopo il sopraggiungere della morte cerebrale. Abbiamo intuito quanto sia utile ai familiari in che modo venga accertata la morte cerebrale e tutto quanto viene messo in atto per mantenere funzionali gli organi da trapiantare. Non da ultimo è importante indurre certezza nella famiglia del donatore sul fatto che i chirurghi prelevatori avranno un'etica comportamentale di massimo rispetto nei confronti del cadavere della persona a loro tanto cara.

Sindrome del burn-out

La continua osservazione richiesta ad un infermiere professionale nelle prime 12 ore dalla morte cerebrale obbliga ad un lavoro di estremo impegno

e concentrazione. Il dispendio di energia psico-fisica rappresenta un handicap che investe l'intero gruppo assistenziale e che comporta spesso per alcuni operatori un profondo coinvolgimento emotivo. In un centro di Rianimazione, l'obiettivo tipico è quello di assicurare la sopravvivenza ed il recupero del paziente in fase critica. Spesso tale proposito è irrealizzabile. Il caso del donatore d'organo è un esempio tipico. Le conseguenze negative e di frustrazione sul personale di assistenza sono spesso notevoli e possono condurre alla sindrome del burn-out, di cui oggi si è ampiamente trattato.

Vogliamo però sottolineare che il burn-out non è solo una reazione negativa più o meno individuale alle richieste oggettive di forte impegno professionale in area critica, ma è anche il risultato di una serie di mancanze da parte della struttura nella quale l'infermiere professionale opera, struttura e dirigenti sanitari che non pongono l'infermiere nelle condizioni necessarie per svolgere con adeguatezza e proprietà il suo lavoro.

Conclusioni

Proposte ed aspettative

Crediamo fermamente, e quindi proponiamo anche noi nell'opportunità di istituire dei corsi psico-terapeutici settimanali al fine di dissipare lo stress psico-fisico che induce burn-out negli infermieri di «area critica».

Ancora un attento sguardo va posto su alcune normative ormai abbondantemente obsolete che regolano il rapporto posto-letto/infermiere nei reparti intensivi. Ancora oggi, per molte strutture ospedaliere tale proporzione è di 1,5 unità assistenziali ogni due posti letto. E spesso tale rapporto è inadeguato. È necessario che i criteri per la dotazione di personale infermieristico siano congruenti con quelle che sono le reali necessità di assistenza dei malati in condizioni critiche e particolarmente ci si riferisce ai donatori d'organo.

La domanda di Salute di una regione quale la Campania e più precisamente di una città come Napoli è aumentata considerevolmente in rapporto alla crescita della popolazione, alle condizioni ambientali di lavoro, all'alimentazione e ad una qualità di vita sempre più stressante. Di conseguenza rispondere adeguatamente alle aumentate richieste clinico-assistenziali della popolazione pretende un impegno ulteriore al quale non sempre le organizzazioni sanitarie sanno rispondere con la giusta urgenza ed efficacia. Spesso gli infermieri non sono posti nelle condizioni di lavorare in modo adeguato.

Siamo certi che le aspettative di tutti noi infermieri, professionisti dell'assistenza, si unificano in un unico scopo: ricevere giusti presidi strumentali ma soprattutto psico-coadiuvanti che ci mettano su di un piano sempre più corrispondente ai ns. bisogni ed a quelli di chi, loro malgrado, sono costretti ad affidarsi alla ns. Professionalità Assistenziale.

Siamo coscienti già da tempo ormai che non sempre ci vengono offerte

gratificazioni morali e materiali e che gli stimoli personali quali l'entusiasmo, l'impegno, la buona volontà possono esaurirsi rapidamente ma siamo convintissimi che responsabilmente uniti sapremo portare sempre più avanti il nostro apporto professionale nell'interesse dell'intera comunità di cui noi tutti facciamo parte.

Bibliografia

- CHERNISS C. (1983): *La sindrome del burn-out*, Centro Scientifico Torinese, Torino.
POSTIGLIONE M., F. CIRILLO, M. PICA (1991). Quaderni di Medicina e Chirurgia vol. 7 *L'assistenza al donatore multiorgano*.

IERI ABBIAMO DETTO ...

CONSIDERAZIONI SULLA GIORNATA PRECEDENTE

CASCIOLINI ERNESTO

I.P. Rianimazione Ospedale S. Giovanni - Roma

CERASATO SABRINA

I.P. Rianimazione Policlinico Gemelli - Roma

D'AGOSTINO DONATELLA

I.P. Rianimazione Policlinico Gemelli - Roma

MARCHETTI ROSSELLA

I.P.A.F.D. Rianimazione Policlinico Gemelli - Roma

SIMEONI BIANCAMARIA

V.I.S. Rianimazione Ospedale Bambino Gesù - Roma

Riprendiamo i lavori ricordando — come già abbiamo fatto ieri — i punti salienti delle relazioni proposte nella giornata precedente, riguardo l'attuale problema dello stress del personale operante in Area Critica. In seguito vedremo un video che riassume l'intervento dell'On.le Renzulli.

Abbiamo iniziato l'analisi riguardante l'organizzazione, i processi sociali e lo stress (il titolo degli argomenti discussi ieri). Il primo intervento era della dott.ssa Corrado, la quale ha affrontato i problemi legati alla sindrome del burn-out come risposta allo stress lavorativo e ha sottolineato il fatto che lo stress non è un fenomeno individuale ma sociale, ed è legato alle varie situazioni della vita quotidiana. Ha eseguito una accurata analisi degli aspetti tecnici che riguardano il cosiddetto «scoppio del lavoratore» nel campo infermieristico; i maggiori problemi individuati sono: organizzativi, di ruolo, di autonomia decisionale.

Come proposta risolutiva suggerisce il coinvolgimento partecipativo attraverso incontri, dibattiti e riunioni con pause e turn over. Ha coinvolto anche l'aspetto formativo diminuendo l'enfasi che circonda il nostro lavoro lungamente inteso come missionario, ma ricordando che dobbiamo essere, in primo luogo, dei professionisti.

Nella relazione successiva, la collega Lusignani ha affrontato le tematiche relative ai valori sociali dell'etica e dello stress. Ha definito l'etica professionale come la fusione dell'etica fondamentale con le caratteristiche della professione stessa delle quali non si può prescindere e ci ha ricordato che la prima responsabilità etica per ogni professionista (nel caso specifico l'infermiere) è quella di riconoscersi nella professione, che ogni professione è regolata da un codice deontologico, ossia un insieme di norme comportamentali che lo regolano.

Ha ribadito il concetto che le tensioni in ambito lavorativo portano inevitabilmente allo stress e tra queste risaltano:

— l'incongruenza tra un lavoro svolto per compiti e non rispondente alle esigenze dell'utente, il quale avrebbe diritto all'assistenza globale per la soddisfazione dei bisogni;

— la conflittualità tra disciplina medica ed infermieristica. La prima — più antica — è stata sempre caratterizzata dalla autonomia decisionale ed operativa e la seconda — finora dipendente — ha acquisito una nuova professionalità, sente crescere il bisogno di autonomia, e ciò aumenta la tensione.

Ha concluso dicendo che mettere in atto un comportamento etico, per un infermiere, vuol dire evitare la superficialità di una mancata riflessione etica sulla professione che non viene giustificata dall'alto livello di stress.

Il video, che ha rappresentato il terzo lavoro della mattinata, è stato presentato dalle colleghe Lolla e Digoncelli. Ha dato una valida e toccante immagine del rapporto che si instaura tra il neonato — spesso prematuro — e il personale infermieristico che lo accoglie in un centro di rianimazione.

Da tenere sempre presente il fatto che il bambino vive un distacco brusco e anticipato dall'utero materno, iniziando a subire lo stress degli interventi terapeutici che gli vengono praticati. È da notare che lo stress non conosce limiti di età.

Le colleghe hanno posto l'accento sulla necessità di creare nell'incubatrice un ambiente simile all'utero materno, così contenitivo e protettivo. Questo concetto viene applicato adottando materiali ed usando tecniche tali che consentano di raggiungere tale scopo, ad esempio il materassino gonfiabile all'interno dell'incubatrice, oppure poter fare il bagnetto sempre nell'incubatrice immergendo il bambino nell'acqua di una bacinella e altre cose ancora. Fondamentale per lo sviluppo psicofisico del neonato è la stimolazione sonora e tattile che verrà ampiamente completata nel momento in cui il bambino passerà dalla incubatrice al lettino.

Altro elemento di rilievo è quello di rendere partecipi i genitori — in special modo la madre — la quale generalmente vive l'angoscia e il senso di colpa per una gravidanza che non ha portato a termine e potrà così sentire il ruolo materno.

Obiettivo della sessione pomeridiana è stato quello di focalizzare l'attenzione sugli elementi che costituiscono lo stress attraverso l'esposizione di ricerche effettuate in alcune terapie intensive italiane.

Il dott. Santinello — a conferma di quanto ho detto — ha esposto i dati di una ricerca effettuata in due centri di rianimazione (reparti considerati più a rischio) e di un reparto di chirurgia dell'ospedale di Padova. Lo strumento usato per la rilevazione dei dati è stato un questionario, distribuito a tutti gli infermieri dei tre reparti, il quale ha evidenziato — tra i vari aspetti — come i rapporti relazionali tra medici, colleghi e caposala, giochino un ruolo fondamentale nel creare un clima più o meno favorevole, non solo con il paziente, ma tra e con le altre figure professionali.

In seguito, la ricerca effettuata e presentata dalla dott.ssa Corrado è stata svolta ad Udine ed è nata per due ragioni precise.

La prima era il bisogno di raccogliere dati sulla realtà in Area Critica e la seconda è la verifica di ipotesi, secondo le quali, disfunzioni di tipo organizzativo portano gli operatori di Area Critica alla comparsa della sindrome di burn-out.

I risultati e le considerazioni conclusive non hanno fatto emergere grossi segni di tensione tra utenti ed operatori e tra gli operatori stessi, mentre la tensione maggiore — nell'ambito lavorativo — è procurata dalla disorganizzazione e mancanza decisionale. Nonostante tutto non ci sono stati significativi segni della sindrome di Burn-out.

L'ultima relazione del programma è del collega Nardon, riguardante l'assistenza degli infermieri al donatore d'organo. Da questa ricerca si evince che le fonti di stress sono:

- l'assistenza al cadavere a cuor battente;
- le relazioni e i problemi organizzativi.

L'accento è stato posto sulla richiesta — da parte degli infermieri — di avere una preparazione specifica nell'assistenza a questo tipo di paziente e sulla importanza di ottenere un rapporto assistenziale di uno a uno, in riferimento al carico di lavoro che esso determina. Ha poi valutato, nello specifico, i livelli di ansia, di tensione e depressione, nell'assistenza diretta al paziente.

In conclusione, gli infermieri sentono l'esigenza di avere degli incontri periodici di reparto, supportati da uno psicologo, e di venire a conoscenza dell'esito delle donazioni per una maggiore incentivazione e coinvolgimento.

Vi sono state poi due comunicazioni libere.

La collega Bonanno ha richiamato l'attenzione sul dolore e sui pazienti in fase terminale, la cui assistenza viene effettuata in ambienti al di fuori dell'Area Critica e questo è ulteriore motivo di stress per gli infermieri, i quali non sono adeguatamente preparati all'assistenza specifica del caso.

La signora Marchesini — con altri colleghi — ha effettuato una ricerca i cui risultati sono stati confrontati con un'altra simile, svolta precedentemente negli Stati Uniti. Le conclusioni sono che il tasso di stress ed esaurimento emotivo è inferiore rispetto a quello americano negli operatori sanitari italiani in Area Critica. È importante sottolineare che è stato formulato un nuovo questionario da parte degli infermieri italiani che è stato aggiunto ai modelli usati in America.

Iniziamo ora i lavori conclusivi dell'ultima giornata di questo X Congresso Aniarti, con la speranza che il confronto con i colleghi sia stato costruttivo, ricordiamo comunque che il dialogo conduce sempre ad una crescita individuale e professionale. Buona giornata!

TAVOLA ROTONDA

PERCORSI FORMATIVI PER L'AREA INFERMIERISTICA
La riforma della formazione infermieristica:
analisi dell'attuale e delle prospettive

PARTECIPANTI:

ANNALISA SILVESTRO, moderatore

I.I.D. - Responsabile Formazione Aggiornamento - U.S.L. 7 Udine

M. GIUSEPPINA ASTORINO, relatore

D.A.I. Dott. Segretario Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI.

MARISA CANTARELLI, relatore

D.A.I. Vicedirettrice Scuola Universitaria Discipline Infermieristiche Univ. Milano

R. BIANCA CORVI, relatore

D.A.I. Dott. Scuola Dirigenti Assistenza Infermieristica Università Cattolica Roma

GIULIANA PITACCO, relatore

I.I.D. Direttore didattico Scuola Vigilatrici di Infanzia Trieste

GABRIELE ALDO RENZULLI, relatore

Onorevole - Responsabile Sanità P.S.I. - Relatore D.D.L. 5081

A. Silvestro, moderatore.

Nel ringraziare la collega e il gruppo Lazio per questo grosso lavoro di sintesi cominciamo i lavori della nostra ultima giornata con un argomento molto importante perché andrà a incidere sul nostro sviluppo professionale nei prossimi anni, ovverosia la riforma della formazione infermieristica.

Cedo ora la parola alla collega Pitacco, per esporre — in termini di ulteriore comprensione — qual è stato il percorso svolto da questo progetto di legge nell'ultimo anno.

G. Pitacco, relatore.

Ci troviamo dopo un anno da Riva del Garda a parlare ancora di riforma della professione infermieristica. Il disegno attualmente in discussione è però ben diverso da quello da noi contestato un anno fa e anzi in esso si ritrovano molte delle proposte avanzate dall'Aniarti.

Ricordiamo che l'anno scorso — di fronte ad una proposta da noi ritenuta anacronistica e penalizzante — avevamo assunto una posizione di chiara opposizione, tanto da affermare che, nel caso in cui fosse passata quella o altre proposte non rispondenti alle esigenze della professione, ci saremmo fatti promotori di un referendum abrogativo.

Vogliamo ora evidenziare i punti nodali del primo progetto della proposta Aniarti e di quella attualmente in discussione.

Come primo punto teniamo conto di quelli che erano i *requisiti per l'accesso* alle scuole infermieristiche.

Nel D.D.L. definito «De Lorenzo», del luglio dello scorso anno — ricorderete, si aprivano tre possibilità:

- un biennio per i dipendenti del sistema sanitario nazionale;
- un primo biennio e un successivo triennio negli Istituti biologici sanitari, cioè nelle scuole medie secondarie superiori,
- e il diploma di maturità.

L'Aniarti proponeva la maturità, che si ritrova anche nel disegno attualmente in discussione.

Per quanto riguarda la *sede*, nel primo disegno era la stessa delle attuali Scuole, mentre «noi» avevamo proposto l'università, e in particolare l'istituzione della facoltà di scienze infermieristiche. La sede universitaria si ritrova anche nella proposta attualmente in discussione, anche se la facoltà non è definita.

Per quanto riguarda la *durata della scuola*, il primo disegno prevedeva appunto anche qui tre possibilità.

Si trattava di un triennio, fatta eccezione per coloro che iniziavano il ciclo di studi già nella scuola media secondaria superiore che diventava un anno successivo alla maturità. Noi avevamo proposto l'università, quindi dopo la maturità, un triennio.

Per quanto riguarda i *percorsi di carriera*, nella prima proposta si prevedeva il diploma universitario, corrispondente al dirigente dell'assistenza infermieristica. Noi avevamo proposto un diploma di laurea in scienze infermieristiche, proposta che è presente anche nell'attuale progetto in discussione.

Il primo disegno, prevedeva inoltre un percorso intermedio, quello per l'abilitato alle funzioni direttive, con ambiti di specializzazione ancora da individuare.

L'Aniarti aveva portato nella proposta dello scorso anno:

- l'infermiere specializzato in funzioni direttive;
- l'infermiere specializzato nella didattica;
- l'infermiere specializzato in Area Critica;
- l'infermiere specializzato in assistenza pediatrica;
- l'infermiere specializzato in assistenza psichiatrica;
- l'infermiere specializzato in sanità pubblica;
- ed eventualmente altre.

Attualmente, nell'ultimo disegno, ci sono ancora degli ambiti da individuare, però vengono identificati l'abilitazione alle funzioni direttive, il diploma di specializzazione in sanità pubblica e per l'infermiera pediatrica.

A. Silvestro, moderatore

Il fatto che l'On.le Renzulli non abbia potuto presenziare nella giornata odierna ai nostri lavori e abbia anticipato la sua relazione a ieri, ci ha convinti a fare un video di sintesi per richiamare i concetti che sono stati esposti dall'On.le Renzulli e comunque, per ricollegarci a quanto poi verrà esposto dalle colleghe che affronteranno la stessa problematica in tavola rotonda.

A.G. Renzulli, relatore

La proposta formulata dal Governo (il disegno di legge De Lorenzo tanto per intenderci) obbediva proprio a quella logica da cui è nato il suo disegno di riordino del servizio sanitario che poi — alla fine — era quello tracciato a suo tempo da Donat Cattin: restare all'interno di una logica i cui confini erano bene definiti, con una gerarchia molto precisa, con autonomie molto inculcate, con un mix in cui per un verso prevaleva ancora la funzione amministrativa, per altro verso, il termine di battaglia vera, era su quello che dovesse essere la funzione dei tecnici (leggasi «medici» laddove si parla di tecnici). Alle altre professioni veniva sì offerta una grande considerazione funzionale, ma la loro definizione più puntuale veniva lasciata — come dire — alle

funzioni contrattuali definite, appunto, negli accordi relativi ai rinnovi dei contratti stessi.

Chi vi parla — avendo l'onere e l'onore di svolgere la funzione di relatore — ha cercato con umiltà di capire un po' meglio come si pongono le questioni e di tentare di uscire dalla logica dell'emergenza infermieristica, per poter in qualche modo tracciare una linea, che per un lato ci avvicinasse direttamente ad un profilo di carattere europeo (o comunque ci agganciasse fortemente a quella impostazione) e per altro verso cercasse di mettere a fuoco una serie di problemi afferenti soprattutto alla considerazione che ormai era giunto il tempo di una affermazione concreta e anche formale dell'autonomia della professione infermieristica. Questo perché, fintanto che in questo Paese esiste il valore legale del titolo di studio, bisogna riferirsi a chi può dare questo titolo di studio, ed esclusivamente all'Università.

Allora, abbiamo scelto la strada più semplice, perché molte volte le cose difficili vanno affrontate in termini seri e semplici, e allora s'è detto: abbiamo la legge 341, che consente i nuovi ordinamenti universitari, poniamo all'interno di questi nuovi ordinamenti la questione infermieristica.

Allora vuol dire che non si discute più circa il diploma d'accesso, la scuola media superiore. Il diploma infermieristico non può che essere un diploma universitario e si istituisce la Laurea in Scienze Infermieristiche. Questa è l'ossatura, molto semplice, della legge di riordino.

Una delle cose certe che dobbiamo considerare, è che il Servizio Sanitario è Nazionale, però si articola attraverso le Regioni.

D'altra parte le Regioni non possono sentirsi delle repubbliche a sé stanti, ma debbono far parte di un più ampio disegno, che è appunto il Servizio Sanitario Nazionale.

Inoltre era importante far capire alle Università che laddove si ponesse il problema di un loro dominio — perché così è — della questione infermieristica, esse stesse non potevano non agganciarsi al processo di programmazione sanitaria regionale.

E allora — per il tramite dello strumento convenzionale — tra Università e Regioni sotto la regia del Ministero dell'Università da una parte e del Ministero della Sanità dall'altra, definire termini e competenze.

Il diploma non può che essere universitario, la sede è quella del Servizio Sanitario Nazionale per il tramite di convenzione, il che determina una sorta di cessione all'Università, di comodato all'Università di queste Scuole. D'altra parte se l'Università volesse istituirle direttamente, potrebbe tranquillamente farlo, non avrebbe bisogno di convenzionarsi col Servizio Sanitario Nazionale; le Regioni hanno la possibilità di definire il *quantum* in ordine alla iscrizione alle Scuole, nonché mettere a disposizione termini logistici e d'altra parte il Ministero della Sanità, soprattutto, svolgere questa funzione di indirizzo generale in ordine agli stessi programmi, mentre al Ministero d'Università della Ricerca Scientifica, vigilare sulla disciplina complessiva della materia.

Per quanto riguarda il ricorso alla convenzione, va detto che questo rap-

porto col Servizio Sanitario Nazionale offriva un'altra opportunità che non poteva assolutamente essere misconosciuto, ed era quella di recuperare tutto il largo campo della docenza infermieristica che si è affermata in tutti questi anni. Non potevamo certamente dismettere questa esperienza maturata, ma dovevamo favorire l'ingresso di questa nell'ambito dello stesso Servizio che, di concerto con l'Università, andavamo a definire.

Altre questioni della legge le conoscete, nel senso che chi vi parla ha tentato e sta tentando di far fare un passo avanti anche ad altre professioni non infermieristiche, con qualche incomprendimento di troppo da qualche categoria, ma credo che ormai la questione si sia letteralmente chiusa. D'altra parte io non sono abituato a pregare in chiesa a dispetto dei santi.

Ora — dal punto di vista procedurale — tutte le commissioni che dovevano esprimere i loro pareri lo hanno espresso fuorché la commissione bilancio. Il parere più importante e per noi vincolante, il parere capestro, è stato quello della Commissione Universitaria e Cultura e Pubblica Istruzione. Questa ha dato un parere fin troppo favorevole, sorprendentemente favorevole, mi sarei atteso una condizione addirittura un po' più pesante. Invece, con molto piacere, ho appreso che in quella sede è stato capito lo sforzo che si sta facendo. Alla Commissione c'era un problema di copertura finanziaria, legato soprattutto ad una serie di Istituti che erano stati previsti nel vecchio disegno di legge del Governo, che noi avevamo dovuto riprendere, ed era l'unica parte che non avevamo toccato nel Disegno di Legge del Governo.

Abbiamo fatto un po' di conti, mancavano 120 miliardi: benissimo, toglieremo quelle norme previste proprio dal Governo — tanto nulla toccano rispetto all'impianto legislativo che avevamo previsto — e quindi fra martedì e mercoledì (19-20 novembre 1991 n.d.r.) credo che vi sia questo ultimo parere favorevole, cioè quello della Commissione Bilancio, che assicura la copertura finanziaria. Dopo di che siamo pronti a continuare il lavoro finale, cioè in commissione — come sapete siamo in sede legislativa — non abbiamo bisogno di andare in Aula e credo quindi che ci si possa considerare letteralmente sulla dirittura d'arrivo.

D'altra parte debbo dire — se non vi saranno sorprese dell'ultima ora — da parte delle forze politiche presenti in commissione e fuori commissione, al di là di alcuni «distinguo» su alcune questioni marginali e al di là di qualche posizione culturale, che però nessuno ha avuto il coraggio di portare in modo formale in commissione, per il resto vi è una notevole compattezza sia fra le forze di Governo che fra le forze di opposizione, con il P.D.S. molto schierato sulle posizioni che vi ho delineato.

D'altra parte i sindacati confederali, su queste posizioni, hanno più volte espresso il loro favore, sono peraltro impegnati in una questione che vedremo di affrontare e come affrontare, ed è la questione delle cosiddette sanatorie.

È una questione aperta che però non deve inficiare in maniera assoluta l'impianto complessivo della Legge. Guai se questa Legge nascesse con una sorta di elemento negativo che portasse ad una considerazione — come dire

— che ci facesse valutare che questa Legge, dopo tutto, tende a sanare il passato.

Si tratta di sistemare questa partita in termini di offerta di possibilità, di acculturazione, di studio, ecc., per chi la vuol fare. Non si tratta di far fare passi indietro a nessuno, ma certamente chi deve procedere verso ulteriori acquisizioni, anche formali — titoli di studio, ecc. — se li deve un po' conquistare sul campo, attraverso tutto quello che è l'armamentario che la Legge contrattistica, ecc. mette a disposizione.

Stiamo prendendo anche dei contatti informali col Senato per far sì che il passaggio successivo al Senato non riapra il grande dibattito, ma sia solo un passaggio, oserei dire procedurale, con tutto il rispetto per l'alta Camera. In modo che si possa pensare, entro breve tempo — o comunque prima della fine della legislatura — che questa legge possa avere luce.

Io amerei pensare che una nuova stagione abbia ad aprirsi, quella tutta incentrata sull'uomo, che difende l'uomo, che ha una notevole autocoscienza e che sa finalmente poter progettare un futuro a propria misura.

Intervento

Biasi, Rianimazione di Verona.

Volevo chiedere all'Onorevole come si pensa di risolvere la questione delle norme transitorie.

Intervento

Michetti Anna, Ospedale CTO, Torino.

Vorrei sapere due cose dall'On.le Renzulli:

- prima cosa, come intende risolvere il problema delle specializzazioni. Mi sembra che non sia stato affrontato l'argomento;
- secondo problema, il discorso della continuità della docenza infermieristica a livello universitario. Grazie.

Intervento

Stanganello Francesco, Infermiere Professionale dalla Calabria.

Volevo chiedere all'On.le Renzulli cosa ci garantirà che le scuole in futuro abbiano dei livelli e degli standards qualitativi nazionali e non dati invece dalle realtà regionali, che sono di per sé diverse e chiaramente, con grossi divari da recuperare?

Intervento

Rizzetto Gianfranco, Infermiere Professionale di Treviso.

Volevo capire dall'On.le Renzulli come intende affrontare il problema al

Senato. Io, le notizie che ho sono quelle che al Senato addirittura si vuole rimandare il passaggio della legge alla prossima legislatura, perché alcuni Senatori, tra cui, credo, Merotto Azzaretti, se non sbaglio il nome, sono pronti già a dare battaglia addirittura sulla maturità come requisito di accesso per la Scuola infermieristica in ambito universitario.

E un'altra cosa: so che in questi giorni hanno bocciato anche l'articolo per quanto riguarda l'osservatorio nazionale. Volevo sapere se è vero, e capire quali modifiche hanno apportato in sede di commissione.

A.G. Renzulli, relatore

Per quanto riguarda il problema posto da Biasi di Verona. Certo, sulle norme transitorie dovremmo stare molto attenti nel senso che sono norme molto delicate. Vorrei fare un'osservazione di metodo: la norma transitoria non può essere quella norma che mi determina la finalità della Legge. Sono norme transitorie perché mi devono sistemare la partita fra il vecchio ordinamento e il nuovo ordinamento, cercando di non creare situazioni di attrito. Il fine della norma transitoria è proprio questo.

E allora, quando parlo di opzione volontaria, mi riferisco letteralmente ai titoli di studio, non mi riferisco alla formazione. E lì chiamo in causa direttamente le Regioni, perché debbono seguire con estrema attenzione, anzi debbono indicare, poi seguire, con estrema attenzione, i corsi di qualificazione che dovremo mettere in cantiere.

Certo sarà una operazione molto delicata, io non vi nascondo la delicatezza della vicenda. Però, d'altra parte, cominciate a prendere la stratificazione normativa contrattuale di tutti questi decenni nell'ambito della vostra professione e capirete che siamo di fronte ad una situazione estremamente variegata, che va ricondotta, con tutta la gradualità che volete, o con tutta l'accelerazione che volete, ma che va ricondotta ad una impostazione univoca, di modo che ci sia una certa data nella quale l'omogeneità è comunque raggiunta.

Questo è un punto centrale del nostro sforzo.

Per quanto riguarda Michetti del CTO, mi ha richiamato giustamente alla questione delle specializzazioni. Ha fatto molto bene a farlo perché io letteralmente non l'ho trattata.

Questa, d'altra parte, è estremamente interessante, secondo me, nel rapporto fra Servizio Sanitario Nazionale e Università. Voi sapete che la 341, per il Diploma Universitario, non consente specializzazioni, perché le specializzazioni potranno essere fatte soltanto dai laureati, quindi le specializzazioni saranno a capo del futuro Dottore in Scienze Infermieristiche.

Invece i titolari del Diploma Universitario potranno fare quello che — qualcuno mi dice — sarebbe meglio chiamare «specializzazione», la fase della cosiddetta post-base. Questo sarà tutto lo sforzo che dovrà essere fatto di concerto fra il Servizio Sanitario Nazionale e Università, con una prevalenza del Servizio Sanitario Nazionale nella fattispecie, determinando insieme alle Re-

gioni i campi in cui il post-base va ad affermarsi, secondo la necessità del mercato sanitario, secondo la previsione del Servizio Sanitario Nazionale. In questo modo avremmo, da una parte, la flessibilità del sistema, dall'altra parte l'adeguatezza del sistema alla formazione dei quadri necessari. Per altro verso, avremmo finalmente dato un altro consistente aiuto alla creazione di quel processo di formazione permanente che deve essere un elemento tipico del nuovo Servizio Sanitario Nazionale.

Per quanto riguarda la continuità della docenza infermieristica — lo dicevo prima — abbiamo previsto nella convenzione l'obbligo dell'Università di valersi di questi docenti attraverso gli Istituti ormai collaudati che sono classici dell'Università. Ne cito due: *il contratto*, ovvero *l'affidamento*. Quindi ci sono tutti gli strumenti per poter preservare un patrimonio che si è ormai consolidato e che sarebbe davvero sciocco dover buttar via.

Per quanto riguarda l'amico della Calabria: la questione degli standards nazionali. A parte il fatto che gli standards saranno definiti, di concerto, fra i due Ministri: il Ministro della Sanità e il Ministro dell'Università, e quindi questo dovrebbe assicurarci che vi è — come dire — una univocità ed una uniformità di carattere nazionale.

D'altra parte però ci metteremo anche un altro filtro. Sarebbe bene che questi decreti avessero anche una valutazione da parte della conferenza Stato-Regioni che oggi — dal punto di vista istituzionale, dopo la riforma della Presidenza del Consiglio — è il punto più alto, il vero punto di rapporto fra Regioni e organi dello Stato. Quindi, in quella sede, vengono a definirsi gli ambiti delle possibili iniziative regionali perché, se una Regione volesse, ad un certo punto, specializzare per esigenze sue proprie, un determinato personale per finalità anche precise e giuste, in ordine ad esigenze evidenziate dal proprio piano sanitario, non vedo perché non possa farlo se la Regione accanto, o un'altra Regione non lo vuol fare.

Gli standards sono uguali per tutti e definiscono una media uguale per tutti, ai quali tutti devono adeguarsi, ma se qualcuno volesse fare qualcosa di più, perché no ... Appartiene all'ordine delle scelte politiche, all'ordine delle definizioni delle priorità rispetto alle quali — appunto — ognuno deve dare risposte rispetto alla società che governa, alla società di riferimento.

Per quanto riguarda l'atteggiamento dei Senatori.

Mi è noto da sempre le posizioni sulla questione infermieristica dell'amico Melotto, però ho anche buona ragione di ritenere che molte volte è giusto anche mantenersi molto coerenti ai principi, ma anche capire che certe convinzioni non possono diventare patrimonio universale della sanità pubblica in Italia.

Il Senatore Melotto è un importante Senatore, però la Democrazia Cristiana (tanto per non fare nomi) è d'accordo sulle posizioni del relatore di questa Legge; quindi vi dovrà essere una coerenza di comportamenti.

D'altra parte stiamo lavorando perché il passaggio al Senato sia un passaggio fruttuoso come tutti i passaggi — come dire — tipici del bicamerale-

smo, ma non abbiano a segnare momenti di stravolgimento. D'altra parte, se qualcuno ha ancora questa idea sulla professione infermieristica in Italia, dobbiamo fargliela cambiare, perché altrimenti vuol dire che abbiamo lavorato tanto tempo per nulla.

Dicevo prima di tanti medici ... d'altra parte però devo dire che non c'è stata una posizione contraria del FNOMM. So che ne hanno parlato nel loro consiglio nazionale, so che non si sono schierati fra il partito degli entusiasti (non mi sarei atteso certamente una posizione di questo genere), però non hanno fatto nulla finora per intralciare. E questo — sentendo certe campane in giro —, consentitemi, è una grossa conquista.

Per quanto riguarda il discorso dell'osservatorio nazionale, dal punto di vista formale non è stato toccato in Commissione, perché vale il testo del Comitato Ristretto; i lavori in Commissione devono iniziare non appena abbiamo acquisito l'ultimo parere, quello della Commissione Bilancio. Il problema dell'osservatorio è ben altro. Sapete che questo Istituto è una invenzione del Ministero della Sanità, perché noi avevamo chiesto e stiamo chiedendo ben altra cosa. Stiamo chiedendo il Servizio Infermieristico, sia a livello Nazionale, sia nelle singole regioni, a seguito di Leggi regionali. L'Osservatorio mi pare troppo generico, osservo la questione infermieristica — va bene —, non mi sembra un grande passo avanti da questo punto di vista. È qualche cosa in più di quello che c'è adesso ma, essendoci ora il nulla, mi pare, che comunque sarebbe un passo avanti, ma ben poca cosa.

A. Silvestro, moderatore

Invito le nostre illustri colleghe al tavolo per iniziare il confronto su queste tematiche. Ricordo anche che, purtroppo, la signora Sansoni non può essere presente alla nostra tavola rotonda per subentrati gravissimi problemi familiari, e quindi al tavolo abbiamo:

- la signora Corvi, coordinatrice della Scuola per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica dell'Università Cattolica;
- la signora Cantarelli, vicedirettrice della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche;
- la signora Astorino, segretaria della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.

M.G. Astorino, relatore

Prima di tutto buongiorno, buon lavoro! Grazie agli organizzatori dell'ANIARTI per avermi voluta anche quest'anno insieme a voi.

Il resoconto della giornata precedente, la presenza dell'On.le Renzulli nel-

la giornata di ieri, certo fa perdere un po' di mordente al tema di questa giornata. Dico mordente perché forse avremmo potuto usufruire anche noi del dibattito che, come abbiamo visto, è stato senz'altro ricco.

In ogni caso non sarebbe stato un mordente di antagonismo, in quanto si deve dire che l'On.le Renzulli in prima persona e anche gli altri membri della Commissione Affari Sociali, in questo anno e mezzo, hanno dimostrato una grande disponibilità nei riguardi della professione infermieristica nel suo complesso. Infatti l'On.le Renzulli ama dire che non vorrebbe mai lavorare ad una Legge che riguarda gli infermieri, contro gli infermieri stessi.

Io vorrei, in questo mio intervento, ribadire un po' i concetti che peraltro ha anche ben evidenziato Pitacco all'inizio, cioè la diversità, le modifiche che questo disegno di legge ha subito nel corso di questo anno e mezzo.

Sono delle modifiche che ovviamente riguardano, prima di tutto, la ragione, la nascita di questo DDL. Questo è un DDL di presentazione governativa, cioè il Ministro della Sanità ha presentato al Consiglio dei Ministri, nel luglio del 1990, questo disegno di legge sull'onda della cosiddetta emergenza infermieristica. Diciamo «cosiddetta» perché, in effetti, abbiamo poi dimostrato ampiamente tutti, che se di carenza numerica si tratta più di tutto si tratta di una carenza di organizzazione del Servizio Infermieristico.

In effetti è eclatante, sta sotto gli occhi di tutti che la nostra è una professione acefala, è una professione che si ferma a un quadro intermedio di direzione, di organizzazione, di amministrazione, di gestione dei servizi, perché poi a gestire, a organizzare, a fare tutte queste funzioni che vi ho enumerato, sono altre professioni o peggio ancora altre figure. Sono la professione medica e le figure di amministratori, che nel loro specifico hanno senz'altro un retroterra culturale che certo non è infermieristico. A volte non è neanche sanitario in generale.

Questo DDL è stato appunto presentato per dare delle risposte — diciamo demagogiche — a questa altrettanto demagogica emergenza infermieristica. Presentava delle cose estremamente gravi, che qui non sto a ripetere perché la collega prima le ha enumerate.

Si è arrivati dalla prima stesura — dopo una decina — a quella dell'ultima che è del 25 luglio del '91 e che può essere accettata, ma sulla quale vi invito poi a fare delle riflessioni. Vi dirò che quello che la Federazione, tentando di interpretare e di farsi portavoce di tutte le figure infermieristiche che rappresenta, ha ancora qualcosa da dire.

Comunque, prima di scendere in questi particolari volevo dire che se siamo arrivati a questa stesura, della quale possiamo in qualche modo accontentarci, è dovuto al fatto che in fondo abbiamo imparato a considerarci una professione unica o almeno a portare avanti — pur nella nostra diversità — degli elementi che accomunano la professione infermieristica, che sono sostanziali per la professione infermieristica e dai quali non si può assolutamente prescindere. Sono essenzialmente quelli che riguardano il requisito di accesso alla formazione di base, sul quale — nonostante dei colpi di coda

del senatore Melotto o di quanti altri ancora non sono convinti di questo — sembra essere una accezione ormai acquisita da tutti.

Da questo consegue — anche in virtù della legge 341 che è entrata in vigore nel dicembre dell'anno scorso che l'unico titolare alla formazione di base su tutto il territorio nazionale, diventi l'Università.

Nel luglio del '91 c'è stato — prima che uscisse questa ultima stesura — un momento di panico. Perché in un articolo della 341 che riguarda il diploma universitario si parlava della possibilità di conseguire il Diploma Universitario in due o tre anni. Cosicché per tentare di continuare a dare spazio al Servizio Sanitario Nazionale si era pensato — da parte degli interlocutori della professione infermieristica — di effettuare la formazione universitaria in due anni, a livello teorico, e poi svolgere il terzo anno fuori dall'Università, nel Servizio Sanitario Nazionale. Questo terzo anno doveva diventare un terzo anno abilitante all'esercizio professionale. Questa cosa era ancora peggiore a quella dell'istituto biologico sanitario. Si è dovuto faticare moltissimo a far capire a questi interlocutori che la formazione infermieristica è un tutt'uno, un *unicum* integrato di clinica e di teoria e che non si poteva fare come gli «scemi del villaggio»: prima tutta la teoria e poi tutta la pratica fuori dall'Università.

Sono molto contenta quando sento l'On.le Renzulli dire che ce la faremo. Sono contenta perché lui è tenace, un buon friulano, duro nel sostenere e nel portare avanti queste cose.

Noi corriamo però il rischio, perché siamo agli sgoccioli di questa legislatura, di una crisi di governo ed una chiusura delle Camere. Tutto il lavoro fatto in quest'anno e mezzo, che è servito anche a coagulare intorno a questo disegno di legge la forza della professione infermieristica, potrebbe essere completamente vanificato. Quindi noi dovremmo, in qualche modo, fare pressione. Come Federazione abbiamo scritto a tutti i Collegi, dando anche le indicazioni dei vari Onorevoli, Deputati e Senatori locali per fare pressione affinché la legge non vada in prescrizione, cioè non venga approvata alla Camera, e anche al Senato, in questo scorcio di legislatura. Questo è un pericolo reale. Io non sono pessimista di natura, però sono realista in questo. Quindi, non ci culliamo sugli allori perché ancora, nonostante il disegno di legge sia a buon punto e rappresenti qualcosa del quale ci potremmo accontentare, apportando alcune modifiche, non dobbiamo pensare di averlo raggiunto.

Adesso vorrei entrare nel merito del disegno di legge, e sottolineare alcune modifiche che dovrebbero essere apportate.

Il primo articolo, che parla direttamente di professione infermieristica, è qualcosa che a me personalmente, e ovviamente anche come Federazione, piace. Quindi l'infermiere è uno e da questo profilo si dipartono poi altre specificazioni che possono essere chiamate appunto post-base o formazione complementare e credo che questo accontenti anche una parte della professione.

Non so adesso voi, come ANIARTI, se preferite e con quali motivazioni la denominazione di specializzazione o la denominazione di formazione com-

plementare. Io credo — in ogni caso — che la denominazione di formazione post-base dà solo un elemento di tempo, di successione e che quindi, per il momento — finché non avremo chiarito anche tra di noi queste differenziazioni — ci potrebbe accontentare.

L'art. 2, che parla del titolo di studio e dell'esame di stato, dovrebbe essere modificato perché noi — come Federazione — abbiamo anche aggiunto il titolo di studio di diploma universitario triennale comprensivo del tirocinio, per evitare di dividere la formazione di base in una parte di teoria scissa e scollegata dal tirocinio pratico.

C'è poi il discorso delle convenzioni che le Università possono fare con idonee strutture formative del Servizio Sanitario Nazionale.

Il parere della Commissione Cultura della Camera, a cui è stato appunto sottoposto questo disegno di legge, prevede che non sia obbligatorio il convenzionamento, perché le Università non possono obbligatoriamente convenzionarsi con le strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Noi condividiamo senz'altro, anche per quel motivo che prevede una non perdita di tutto il potenziale formativo, pedagogico e didattico che attualmente le scuole di formazione di base hanno raggiunto: vedi gli insegnanti, vedi le strutture. Ma dobbiamo anche tener presente che, di fronte a questa faccia della medaglia estremamente positiva, esistono delle Scuole che io non oso definire Scuole. Noi contiamo che queste scuole vengano cancellate e che non formino neanche gli operatori tecnici.

Ovviamente alle Università non si può dare questo vincolo, anche perché per legge non ce l'hanno. Non si può dare l'obbligatorietà alle Università di convenzionarsi con le Scuole del Servizio Sanitario Nazionale, anche se questo risponde a delle logiche di potere alle quali noi come infermieri che siamo tesi alla qualità della formazione, alla qualità del funzionamento di queste strutture idonee, non possiamo rispondere.

Per quanto riguarda il discorso della titolarità dell'insegnamento e delle materie dell'insegnamento, io credo che questo sia un cavallo di battaglia sul quale non voglio confrontarmi con la signora Cantarelli. Lascio a lei lo spazio per parlarvene, perché è una esperta quindi è inutile entrare e fare o un dopione, oppure fare io una figuraccia di fronte a lei.

Un'altra cosa è il discorso della formazione complementare, la formazione post-diploma universitario.

Qui c'è un problema: c'è il problema che ha detto anche l'On.le Renzulli per quanto riguarda la sede di questa formazione.

La sede di questa formazione dovrebbe essere quella del Servizio Sanitario Nazionale. Il problema è che attualmente la formazione specialistica è stata fatta in modo ancora più superficiale della formazione di base. Sono addirittura sorti corsi, e neanche scuole, rispondendo a questa o quella logica di questo o quel primario, questo o quel medico che ha avuto l'esigenza — a volte anche in buona fede — di crearsi gli infermieri che servivano per il proprio Servizio, che servivano per rispondere alle logiche della sua attivi-

tà. Questo sarebbe un grande problema; noi abbiamo fatto questa battaglia per far entrare in un ordinamento nazionale, e quindi universitario, la formazione di base. Adesso dovremmo — dopo la formazione di base — uscire dall'Università e fare un passo indietro per entrare in una sede, ormai qualitativamente non idonea.

Però mi si oppone a questo discorso la legge 341 del 1990 sugli ordinamenti didattici universitari che prevede il Diploma Universitario (DU), il Diploma di Laurea (DL), il Diploma di Specializzazione (DS) e poi il Dottorato di Ricerca (DR).

Alla luce di quanto detto noi potremmo accedere alla specializzazione solo dopo la laurea. Però io credo, e anche qui offro la patata bollente a Cantarelli, ci possa essere una legge o un *escamotage* per cui questa formazione post-base continui ad avvenire in sede universitaria, continuando a usare l'istituto del convenzionamento.

Per esempio: le Scuole di Assistente Sanitaria in Italia sono gestite dalla Croce Rossa. Funzionano — diciamo per una grande percentuale — molto bene. Ovviamente questo potenziale delle Scuole di Assistente Sanitaria non deve essere perso, però deve essere regolamentato su tutto il territorio nazionale e niente mi garantisce meglio, in questo momento, dell'Università anche per questo tipo di formazione post-base.

Io credo che si possa trovare un *escamotage* per riuscire a mantenere il discorso della formazione anche post-base, perché poi sarebbe quella più penalizzata, l'unica che uscirebbe dall'Università e sarebbe solo gestita dal Servizio Sanitario Nazionale.

Io dico: manteniamo la gestione e manteniamo il discorso del convenzionamento e quindi manteniamo le strutture, il potenziale didattico e formativo però lasciamo l'ordinamento all'Università. Non so come, mi dicono tutti di no gli interlocutori politici, però i nostri tecnici credo che potranno trovare una soluzione.

Quindi abbiamo visto: Diploma Universitario di base (3 anni) e poi Diploma di Laurea in Scienze Infermieristiche che, badate, non è di 2 anni, è composto da 3 anni più 2 anni per i dirigenti e i docenti della assistenza infermieristica.

Anche qui, come Federazione, abbiamo chiesto la facoltà di Scienze Infermieristiche per il corso di laurea. Naturalmente, per il momento è già molto, se ci accontentiamo e se ci danno — e ci daranno — la Laurea in Scienze Infermieristiche.

Ovviamente dobbiamo anche valutare il discorso che hanno sottolineato le Vigilatrici di Infanzia nella riunione che abbiamo tenuto in Federazione con questa figura professionale e con le Assistenti Sanitarie. Cioè noi dobbiamo anche avere una garanzia che forse non deve essere solo per contratto ma anche indicata nella legge, che le figure professionali che hanno acquisito uno specifico, siano impiegate — a livello di esercizio professionale — per quello specifico per il quale si sono preparati.

Questo eviterebbe quella che attualmente viene chiamata ancora «emergenza infermieristica»: è, in linea di massima, soltanto disorganizzazione e disordine.

C'è ancora tutto un discorso sulla equiparazione dei titoli. Questo rientra nelle norme transitorie. Nelle norme transitorie si dovrà prevedere che per accedere alla formazione post-base, gli infermieri in possesso del diploma di infermiere professionale, siano anche in possesso del diploma di scuola secondaria superiore, perché altrimenti si può entrare in una grave contraddizione. Questa è una delle tante norme che dovranno poi essere regolate, con i decreti delegati e i decreti amministrativi.

Come pure si dovrà pensare ad una equiparazione dei titoli e ad una equiparazione dei titoli di dirigente dell'assistenza infermieristica o di infermiere insegnante dirigente, con il futuro diploma di Laurea in Scienze Infermieristiche.

Adesso arriviamo alle dolenti note.

Nell'articolo 7 si parla delle modifiche al D.P.R. 225, cioè si dovranno ridefinire le competenze dell'esercizio della professione infermieristica. Questo è un discorso che riguarderà tutte le componenti della professione infermieristica, ma non sono queste le dolenti note alle quali mi riferisco. Io mi riferisco al comma 3 di questo articolo, che prevede la figura dell'operatore tecnico addetto all'assistenza (O.T.A.).

Questa è una figura atipica che non rientra nel ruolo sanitario e assolutamente non rientra nella professione infermieristica.

D'altra parte, l'On.le Renzulli, da sempre e con estrema correttezza, ha ritenuto che la presenza di questa figura nel nostro disegno di legge fosse un'occasione per «ingabbiarla», per evitare che in seguito, a questa figura si facciano fare dei passi in avanti nei vari rinnovi contrattuali. Per quanto dice l'On.le Renzulli, inserirla in un disegno di legge che riguarda la professione infermieristica, sarebbe come «surgelarla».

La professione infermieristica è invece contraria; noi come Federazione siamo completamente contrari, ad inserire in una legge di riordino della nostra professione, questa figura. Soprattutto siamo contrari che venga inserita nelle competenze infermieristiche, perché da infermieri si viene a sentir dire che il fulcro dell'assistenza infermieristica è l'operatore tecnico; che l'organizzazione del lavoro infermieristico in ospedale deve essere fondata sulla indicazione delle competenze di questo profilo professionale.

Inoltre il Decreto Ministeriale che stabilisce che questa figura è un «profilo professionale» è sbagliato, perché per la definizione di un profilo professionale ci sono tre criteri che sono la formazione, la competenza e l'abilitazione che l'operatore tecnico non ha; quindi non si potrebbe chiamare neanche profilo professionale.

C'è la legge quadro sul pubblico impiego che dà le indicazioni sui criteri che caratterizzano un profilo professionale. I criteri sono tre, e questi tre criteri, l'operatore tecnico non li ha.

In conclusione la Federazione Nazionale chiede che questa figura venga stralciata dalla nostra legge, o almeno che non venga inserita in questo settore e che possa essere presente nell'articolo 11 dove ci sono tutte quelle altre figure atipiche. Anche lì è un rischio terribile perché si costituiscono addirittura delle professioni.

Queste cose ve le sto ponendo come problemi perché noi diciamo semplicemente che non venga inserito — e per fortuna la Commissione Cultura della Camera ci ha dato ragione — nella nostra legge.

L'articolo 8 riguarda il discorso dell'osservatorio o del Servizio Infermieristico. Noi chiediamo la definizione delle funzioni di questo Servizio Infermieristico e che non sia un osservatorio. Ovviamente si parla di osservatorio perché non si vuol dare a questa struttura nessuna attività concreta che risolveva alcuni problemi e soprattutto perché, attraverso l'osservatorio, si può usare l'ordinamento del comando, cioè ci si può avvalere di infermieri comandati e ovviamente, conoscendo chi fa i comandi, si conosce bene quali infermieri vengano messi nell'osservatorio e come queste figure, che sono estremamente ricattabili, possono essere impiegate a favore o contro la professione infermieristica.

All'articolo 9 si parla dell'Albo professionale.

Noi come Federazione abbiamo incontrato le Vigilatrici di Infanzia e le Assistenti Sanitarie (perché, appunto, nell'articolo 1 di questa legge la Commissione Affari Sociali prevedeva che il profilo diventasse unico, che i Collegi diventassero Collegi degli Infermieri, la Federazione diventasse la Federazione degli Infermieri, laddove, adesso, gli albi sono suddivisi in tre figure professionali — anzi, addirittura una è un profilo —: l'infermiera professionale, l'assistente sanitaria e la vigilatrice di infanzia) per dire loro, che da un momento all'altro possono vedersi cancellate e quindi non sapere più che fine fanno, se erano o meno d'accordo, cosa si dovesse fare, ecc.

Devo dire che il rapporto con le vigilatrici di infanzia è stato un rapporto molto sereno e, diciamo, di grande maturità. Non che non ci sia stato anche con le assistenti sanitarie, non vorrei essere fraintesa ... Le Vigilatrici di infanzia però hanno una posizione molto serena e matura perché sono abbastanza concordi, tranne una piccolissima parte, sul fatto che acquisiscono una formazione di base attraverso la quale poi accedono ad una formazione post-base specialistica di infermiera pediatrica. Anzi loro chiedono che sia definita una formazione complementare data proprio dalla complessità del rapporto che loro hanno, non soltanto con il bambino, ma anche con le persone che vivono intorno al bambino e quindi con la diade madre-figlio, o triade genitori-figlio. Non solo per questo, ma per tutta una serie di valutazioni che peraltro condividiamo.

Per quanto riguarda invece il discorso delle assistenti sanitarie ci sono dei problemi di timore di perdere una posizione, forse di prestigio, forse di riferimento, forse perché è da tanto tempo che si sentono defraudate di aspetti di specificità del loro ruolo. Questo, per la loro Associazione e le Direttrici

delle Scuole per Assistenti Sanitarie, sembrerebbe penalizzante. A questo proposito c'erano delle posizioni non assolutamente univoche ma di aperto contrasto.

Allora, vi dico le posizioni e vi dico anche quello che pensiamo di fare. Ovviamente noi non siamo, come Federazione e come professione, controparte di nessuno.

L'Associazione Assistenti Sanitarie vuole avere una formazione a sé stante, vorrebbe avere un D.U. per la formazione di base di Assistente Sanitaria e poi una successiva laurea per dirigenti e docenti, sempre dell'area dello specifico dell'Assistente Sanitaria, con altre cose che adesso non è il caso di sottolineare.

Un'altra parte (la maggior parte) delle Assistenti Sanitarie, invece, non vuole perdere la matrice infermieristica. Vorrebbe avere la formazione di base uguale per tutti e poi una specifica formazione di Assistente Sanitaria.

Il problema ci sarebbe anche a questo punto — ecco perché ne parlo adesso nell'articolo che tratta degli Albi professionali — di voler mantenere un Albo a sé stante, quindi una autonomia giuridica. In proposito si potrebbe pensare di fare questo: mantenere la formazione di base uguale per tutti, programmare la formazione post-base, secondo la raccomandazione del Consiglio d'Europa. Dicevo la formazione di base con l'iscrizione all'Albo uguale per tutti, quindi l'iscrizione all'Albo degli Infermieri e, per quanto riguarda poi la formazione post-base, secondo le raccomandazioni del Consiglio d'Europa, si potrebbe fare — nell'ambito dello stesso Albo — una serie di elenchi speciali ai quali si iscrivono gli Infermieri che hanno conseguito questa formazione complementare e ai quali si deve essere iscritti per esercitare nello specifico.

Quindi riassumendo:

- l'Albo speciale degli infermieri pediatrici;
- l'Albo speciale degli infermieri di Area Critica;
- l'Albo speciale delle caposala;
- l'Albo speciale dei dirigenti (che è una distinzione ulteriore ma nell'ambito dell'*unicum* dell'Albo tenuto dai colleghi degli infermieri).

Questa potrebbe essere una soluzione che salverebbe la specificità di ciascuna formazione post-base e garantirebbe l'unicità della rappresentanza della professione infermieristica per quanto riguarda i Collegi, lasciando poi spazio alle singole Associazioni e a tutto il resto.

Un'ultima parola dovrebbe essere riservata ad un piccolo esame dell'articolo 10, comma 8, che cita testualmente: «A decorrere dal successivo rinnovo del contratto nel comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale, il trattamento economico del personale con qualifica ad esaurimento di infermiere generico e di puericultrice, è determinato in relazione alle mansioni svolte».

Ditemi, che cosa c'entra una norma contrattuale in una legge di riordino, e ditemi se non si vede chiaramente che c'è un esercizio abusivo di professio-

ne. Ecco dove stanno i 120 miliardi che sfondano il tetto. Ecco perché sono due settimane che il bilancio non dà il parere favorevole perché ci stanno questi 120 miliardi da ritrovare e forse da perdere.

Un altro punto ancora è quello di favorire e facilitare l'iscrizione al corso Universitario di infermiere a tutti i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. Si parla di programmazione quinquennale, cioè: ogni cinque anni le Amministrazioni possono programmare — con il comando, la sostituzione di queste persone — l'accesso alla formazione. Prima si parlava di una sanatoria, perché quelli che lavoravano potevano avere non il titolo di scuola secondaria superiore, ma solamente il biennio; in una delle prime versioni si parlava anche di questo.

Adesso noi invece abbiamo proposto di sostituire la programmazione quinquennale con un quinquennio. Cioè solo per cinque anni, perché altrimenti questo è un pozzo senza fondo. Non capisco perché non si devono favorire — per esempio — le persone provenienti dall'esterno, le persone che sono anche pedagogicamente più aperte, che non hanno già i «vizi» che ha il Servizio Sanitario Nazionale.

Un'altra cosa ancora è data dall'articolo 11 nel rapporto con tutte queste figure. Per esempio è istituita la professione di ostetrica; insomma questo articolo fa ridere. Comunque è un articolo che, per fortuna, siamo riusciti a far mettere da parte. Mentre prima tutte queste professioni erano legate alla nostra, la condizionavano, si intersecavano; non si poteva, per esempio, adire alla Laurea in Scienze Infermieristiche, perché altrimenti si sarebbe dovuta — secondo la logica di questo articolo — fare anche la laurea per i podologi, o per gli igienisti ambientali!

E allora sono state inserite in un articolo a parte, ma anche qui ci sono delle controversie. Perché, mentre ci sono alcune figure che possono a pieno titolo essere definite professionali e quindi essere professioni, ci sono alcune figure che non sono professioni, sono mestieri, cioè non possono avere un profilo professionale. Non vorrei che questo fosse un elemento problematico.

Noi abbiamo incontrato molti dei rappresentanti di queste professioni, abbiamo trovato dei punti d'accordo; però le ultime parole dell'On.le Renzulli sono: Chi vuole stare dentro ci deve stare a queste condizioni, chi non vuole star dentro, può uscire.

A. Silvestro, moderatore

Bene, grazie per questa disamina. D'altra parte il tempo era necessario per poter analizzare il tutto.

Volevo dare alla signora Astorino, una una piccola conferma rispetto a quanto diceva sull'operatore tecnico.

L'On.le Renzulli ha riconfermato il fatto che — a suo parere — inserire la figura dell'operatore tecnico nell'ambito della norma che ci riguarda, non è altro che un tentativo di bloccarla per evitare ulteriori trasformazioni della figura stessa.

R.B. Corvi, relatore.

Sono lieta di partecipare a questa tavola rotonda, perché ho notato l'interesse che suscita il DDL 5081. È molto che si discute sul progetto di riforma della nostra professione e, rileggendo la proposta di riordino del 5081 — e le relative modifiche — mi è venuta spontanea la comparazione con la legge di riforma degli ordinamenti didattici universitari, e precisamente la 341 della quale ha fatto menzione sia l'On.le Renzulli ieri e anche adesso, la dottoressa Astorino. Da questo confronto appaiono evidenti alcune lacune del DDL 5081 che, pur ventilando la formazione infermieristica universitaria, è ancora troppo ancorato alla formazione infermieristica più di tipo ospedaliero che non universitario.

Mi sembra quindi opportuno focalizzare il mio intervento soprattutto su tre articoli della legge 341: gli articoli 11 e 12, comma 2, e l'articolo 13, che riguardano proprio la istituzione della figura del *tutor* che, nella legge di riordino 5081, non viene presa in considerazione.

Rileggendo appunto questi articoli ho posto l'attenzione nell'ambito della riforma della nostra professione sulla figura del *tutor*.

Nei nostri corsi di formazione, la sua presenza è necessaria e, direi, indispensabile. Non a caso nell'ambito universitario il *tutor* è diventato figura ufficiale dal primo novembre del '90 e nella legge, sempre 341, è nominato tre volte e con compiti ben precisi.

Il *tutor*, nella nostra professione, è sempre stato un bisogno, tanto è vero che fin dall'istituzione della Scuola è prevista la figura dell'infermiere nella guida del tirocinio clinico che affianca lo studente, lo aiuta, lo consiglia, lo stimola, non soltanto nell'apprendimento teorico, ma soprattutto nell'apprendimento clinico. Il *tutor*, nell'ambito universitario, dovrebbe — anzi deve — essere la guida, l'esempio, il testimone della professione che lo studente, nel prossimo futuro, dovrà esercitare.

Il *tutor* svolge, di fatto, un'azione pedagogica, di supporto. Perché questa insistenza sulla figura del *tutor*? Perché noi infermieri dobbiamo appropriarci di questa presenza, prima che altri — non addetti ai lavori — se ne appropriino. Lavorando in un ambiente universitario si affina l'orecchio a determinati discorsi, si diventa più attenti a certe problematiche e si prevedono alcuni rischi.

Su un quotidiano di qualche giorno fa ho letto: *tutor, tutoris*, III declinazione, un protettore delle nuove generazioni? Inventato 2000 anni fa.

Infatti nella legge 341 si parla molto di questa figura ma sembra che l'abbiano inventata ieri.

Il tutore non è certo una figura di nuova istituzione. Il tutore è la persona a cui è affidata la tutela di persone o di cose. Quali persone? Le persone incapaci di gestirsi, ad esempio, i minori, i vecchi. È il protettore, il difensore, è colui che si prende cura, fa le veci, ha il compito di sorvegliare gli interessi, aiuta, protegge le persone che gli sono state affidate.

Nel D.P.R. 162 del 10 marzo del 1982, all'articolo 5, 2° comma, si legge: l'ordinamento degli studi universitari comprende attività didattica, scientifica e un tirocinio obbligatorio necessario per il completamento della formazione professionale.

Questo articolo conferma quanto appena detto sulla necessità di istituire la figura tutoriale. Entrando nello spirito della legge 341 del '90 la figura del *tutor* deve essere determinata dai Consigli delle strutture didattiche. È compito del *tutor* guidare il processo di formazione culturale e clinico dello studente, quindi deve avere caratteristiche particolari quali: la conoscenza generale di tutta l'attività formativa dell'allievo infermiere, che comprende l'area umanistica, pedagogica, scientifica, professionale. Quindi il tutore deve avere una preparazione scientifica e tecnico-scientifica. Non dimentichiamoci che stiamo parlando di scuole universitarie e quindi dobbiamo adeguarci alle leggi dell'Università e non dobbiamo farci trovare impreparati.

Tanto meno delegare ad altri quanto noi facciamo da tempo, anche se non in modo ufficializzato.

In questo momento così delicato, qual è il cambiamento del processo formativo ed educativo della nostra professione? Mi sembra quanto mai valida ed urgente la figura del *tutor*, al quale tocca il difficile compito di mediare la formazione scolastica universitaria permettendole di essere utilizzata nella organizzazione del lavoro. Il *tutor* è colui che umanizza e professionalizza, crea, instaura buoni rapporti con gli studenti.

Lo studente — a sua volta — trova nel *tutor* colui che lo aiuta a fare esperienza ed esperienza di autonomia.

Maria Montessori fa dire al bambino questa frase significativa: «Aiutami a fare da me». Questa frase mi sembra espressiva anche per noi. C'è un bisogno? Ecco, qui c'è la risposta.

I bisogni possono essere diversi e a vari livelli. Ad esempio: in ordine allo studio di determinate discipline, al tirocinio, problemi economici, difficoltà logistiche, immaturità, presa di coscienza di sé. Non si tratta di agire per conto dello studente, ma di agire perché lo studente agisca, aiutandolo a scoprire le potenzialità che ha insite perché vengano utilizzate al meglio, perché prenda coscienza di sé per poter adeguare gli studi e la professione ad adattarsi alle mutevoli esigenze che la vita e la professione ogni giorno gli propongono.

Se il *tutor* ha le caratteristiche che fin qui ho cercato di delineare, allora è evidente che l'attività «tutoriale» non può essere di nessun altro al di fuori della professione infermieristica.

Chiariamoci tra noi la formazione di *curricula* in modo da essere pronti a chiarirli a chi sta già pensando ad altre soluzioni. E questo è un pericolo molto grosso che noi corriamo.

A. Silvestro, moderatore

Grazie signora Corvi per questo stimolo a una riflessione importante su questa figura così nodale per la nostra futura formazione.

E adesso la parola alla signora Cantarelli, vice-direttrice della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche.

M. Cantarelli, relatore

Mi fa piacere essere qui con voi per il terzo anno consecutivo. Fra poco mi nominerete socia *ad honorem*, anche se non mi sono mai occupata di terapia intensiva sto diventando un'esperta senza essere mai stata in reparto.

Siamo un po' in crisi. Il fatto che l'On. Renzulli ci ha preceduto ieri ha annullato la possibilità di discussione e anche la possibilità di riprendere con lui alcuni aspetti.

Cerchiamo di farlo noi. Io avevo pensato, nel suddividerci gli interventi della giornata, in base all'esperienza che abbiamo fatto un anno fa, a Riva del Garda, di riprendere il discorso iniziato.

Allora era stata dedicata una giornata alla formazione della quale Pitacco ci ha presentato le prospettive e le richieste dell'ANIARTI ma anche l'analisi della formazione infermieristica e le proposte legislative pubblicate fino a quel momento.

Eravamo tutti molto in crisi, se voi ricordate, perché il discorso Legge De Lorenzo non piaceva a nessuno. Ne ha parlato un minuto fa Astorino, non era condivisibile.

Cosa possiamo dire a distanza di un anno. Astorino ci ha parlato dell'ultimo progetto, dell'ultima proposta. Io non vorrei riprendere questo ma con voi vedere quali sono gli aspetti che noi potevamo chiedere a una Legge.

Dover venire qui mi ha posto un problema, un momento di riflessione. È da un anno che tutti battagliamo per poter ottenere qualcosa da questa Legge. Non credo che ci siano forze infermieristiche che non l'abbiano fatto. Ma da una Legge di riforma, che cosa vogliamo? Io non mi sento di rispondere per tutti a questo e con umiltà, mi pongo la domanda in termini personali, cioè io che cosa vorrei da una Legge di riforma.

Personalmente, dalla riforma della professione infermieristica, mi aspetto un cambiamento radicale:

- 1) *L'eliminazione della suddivisione della professione infermieristica in professioni infermieristiche allo scopo di rafforzare l'immagine e la compattezza della professione estirpando le radici di conflitto esistenti.*

L'eliminazione delle professioni infermieristiche: ritengo questo uno degli aspetti più importanti.

Esistono situazioni di conflitti, siamo più di 200.000 iscritti ai Collegi, ma non siamo uniti. E motivo di non-unione è anche la suddivisione di formazione e di professione, almeno io la leggo in questi termini.

Per cui una nuova legge dovrebbe portarci ad essere una professione unica. La Legge ci sta portando questo.

C'è una sfaccettatura dell'articolo che non mi convince. L'articolo 1 dice *professioni infermieristiche* e poi all'interno parla di una unica professione. Forse se cambiassero anche il titolo saremmo un po' più tranquilli.

La base comune dovrebbe essere «*Infermiere Professionale*», poi si possono prevedere indirizzi successivi in pediatria, nella comunità, in area critica, ecc.

2) *La formazione infermieristica orientata da un preciso modello infermieristico, con un quadro concettuale di riferimento.*

Nell'87 ho lanciato l'idea di uno specifico, oggi sento parlare tutti di *specifico infermieristico*. Dallo specifico abbiamo avuto il coraggio di chiamarla *disciplina* e l'università la chiama addirittura *scienza infermieristica*. Adeguiamoci.

Però attenzione: noi infermieri sappiamo esattamente che cos'è questo specifico? Siamo tutti d'accordo quando parliamo di disciplina infermieristica?

Io ho avuto dei grossi dubbi quando, dopo aver lavorato intensamente per quel modello infermieristico che era agli inizi del 1987 e di cui l'ANIARTI ha condiviso l'esperienza, il lavoro, proprio per andar alla ricerca dello specifico infermieristico all'interno della specialità, mi sono trovata tutto il lavoro da noi elaborato tradotto in un programma per l'operatore tecnico addetto all'assistenza (O.T.A.).

Allora attenzione, se noi ci battiamo per un quadro di riferimento ben preciso della professione, parliamo di specifico e poi andiamo a fare dei programmi che rispondono a dei bisogni di assistenza per gli operatori tecnici addetti all'assistenza, che vanno a operare in quello specifico, stiamo rendendoci ridicoli.

Ragioniamo: stiamo creando la disciplina dell'operatore tecnico addetto all'assistenza e non creiamo la disciplina infermieristica.

Questo è un punto molto importante. È molto importante non solo al livello di università ma con una ricaduta a pioggia anche a livello di operatività.

Renzulli parla di standard. Se noi siamo professionisti, gli standard ce li costruiamo al momento della formazione. Se non siamo professionisti, è inutile che parliamo di standard. Noi dobbiamo avere uno standard minimo che è identico per tutti al momento in cui uno è formato per essere un'infermiere professionale; quello è lo «zoccolo» di partenza.

Quadro di riferimento significa avere in testa chiaro per tutti che cosa è l'infermiere. E il discorso non è così scontato. In quest'ultimo periodo ho insegnato in corsi di formazione permanente, non in università, all'interno di strutture ospedaliere. E quando dovevo definire che cosa è l'assistenza, sentivo le cose più strane: pochi mi dicono che assistere significa andare ad assistere un malato, lavarlo, pulirlo, dargli da mangiare, vedere quali sono i suoi bisogni e rispondere a questi.

Se noi pensiamo che la disciplina sia una sub-specializzazione di tecniche o di cose di altro genere, noi perdiamo anche i contenuti della Laurea in Discipline Infermieristiche.

Il D.U. ci dà la possibilità di proseguire per il DL, cioè di avere una laurea, in contrapposizione ai tecnici, perché abbiamo dichiarato di avere un contenuto nostro. Se noi non siamo seri sui nostri contenuti, è inutile chiedere una laurea. Noi non vogliamo una Laurea per dirigenti e docenti, ma in Scienze Infermieristiche, che serva per tutti gli infermieri, indistintamente, perché ha all'interno un contenuto, una specificità sua, altrimenti ci troviamo le più strane proposte. Ricordo a Padova le Assistenti Sanitarie che chiedevano tre anni e poi una laurea dopo 2 anni di corsi per assistenti sanitari in non so bene che cosa, legato al servizio sociale, ecc. Ma riflettete, ci sono le assistenti sociali, ci sono i sociologi, gli psicologi, tutte queste professioni sono attorno all'uomo, sono tutte professioni per l'uomo.

Noi dobbiamo ritagliarci il nostro spazio e avere chiaro qual è. Se non abbiamo questo, ricadrà in modo negativo su tutta la professione. Noi avremo docenti in università che insegneranno scienze infermieristiche perché sono esperti. Di che cosa? Probabilmente di qualcosa che loro si costruiscono perché noi le idee chiare non le abbiamo. E questo è un rischio enorme. In questo momento, si aprono a pioggia Scuole per Dirigenti, i cui contenuti sono prettamente medici. Formano dei dirigenti infermieri? Sì, dal punto di vista formale del pezzo di carta. No, nei contenuti.

Quando io parlo di formazione infermieristica orientata da un preciso modello infermieristico, intendo questo.

La Legge ha risposto a ciò? La Legge non può rispondere. La Legge di riforma ci dice che entriamo in università, se passa. Come si fa a incidere nei suoi programmi? Sono percorsi diversi. Se la Legge ci permette di entrare all'interno dell'università, vi saranno decreti diversi per dare i contenuti.

Come tradurre questi obiettivi in concreto?

I comma 1 e 2 dell'art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341 «Riforma degli ordinamenti didattici universitari» recita:

Comma 1. Entro 2 anni dalla data di entrata in vigore della presente Legge, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, adottati su proposta del Ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e Tecnologica, sono definiti e aggiornati gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario, dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione e le rispettive tabelle:

Comma 2. I decreti di cui al comma 1 sono emanati su conforme parere del CUN, il quale lo esprime uditi i comitati consultivi di cui all'art. 67 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, sentiti, per le rispettive materie, *i rappresentanti dei Collegi e degli ordini professionali*, nell'osservanza dei seguenti criteri:

- a) devono rispettare la normativa comunitaria in materia;
- b) devono realizzare una riduzione delle duplicazioni totali o parziali e la ricomposizione o la riconversione innovativa degli insegnamenti secondo criteri di omogeneità disciplinare, tenendo conto dei mutamenti sopravvenuti nelle aree scientifiche e professionali;

c) devono determinare le facoltà e la collocazione dei corsi nelle facoltà, secondo criteri di omogeneità disciplinare volti ad evitare sovrapposizioni e duplicazioni dei corsi stessi, e dettare norme per il passaggio degli studenti dal precedente al nuovo ordinamento;

d) devono individuare le aree disciplinari, intese come insiemi di discipline scientificamente affini raggruppate per raggiungere definiti obiettivi didattico-formativi, da includere necessariamente nei curricula didattici, che devono essere adottati dalle università, al fine di consentire la partecipazione agli esami di abilitazione per l'esercizio delle professioni o l'accesso a determinate qualifiche funzionali del pubblico impiego;

e) devono precisare le affinità al fine della valutazione delle equipollenze e per il conseguimento di altro diploma dello stesso o diverso livello;

f) devono tenere conto delle previsioni occupazionali.

Comma 3: ...

Da ciò si deduce che la professione è chiamata a condividere l'elaborazione del curriculum formativo che sarà tradotto con decreto in una tabella.

È mio parere che la professione deve avere *la capacità e la competenza* di proporre un curriculum su cui discutere e non rincorrere con aggiustature a provvedimenti già in corso.

Il non essere attenti e precisi in questo momento significa giocare il cambiamento cui aspiriamo.

C'è già un grosso movimento su questo, un grosso movimento all'interno dell'Università, un movimento spezzettato all'interno dalla professione.

Questo è molto grave, perché noi potremo trovarci un decreto i cui contenuti distruggono il lavoro fatto in 25 anni.

Spero che la Federazione rappresenti veramente la competenza infermieristica, perché altrimenti saremo rovinati.

Io come Scuola di Milano posso garantire che non è stata mai interpellata da nessuno su questo discorso, per lo meno a livello professionale.

3) *La garanzia della docenza infermieristica agli infermieri.*

In un Corso di Scienze Infermieristiche, i docenti della disciplina non possono essere che esperti nella disciplina.

L'insegnamento teorico deve perciò essere affidato a chi ha competenza e può dimostrarla nella disciplina.

Devono essere istituite Cattedre di Scienze Infermieristiche e devono essere vincolate agli infermieri.

Vi siete mai chiesti perché in un momento in cui le scuole universitarie debbono essere chiuse, si aprono? È una domanda molto semplice. Il D.U., cioè la Legge 341 che stamattina è stata menzionata, dice chiaramente che tutte le scuole a fini speciali, al momento della sua applicazione saranno chiuse. A meno che nel piano nazionale del Ministero dell'Università e della Ricerca

Scientifica vengano mutate in diploma universitario. Le Scuole per Dirigenti non possono diventare diploma universitario in quanto è previsto come diploma universitario il corso per Infermieri Professionali, per cui una scuola di secondo livello può diventare diploma di laurea. E il diploma di laurea, non è la singola università che lo decide ma sarà il Ministero, mentre in questo momento le Scuole a fini speciali vengono aperte per decreto della stessa università. Allora come mai in un momento in cui tutti sanno che le scuole devono essere chiuse, le scuole si aprono? ripeto la domanda.

A chi serve? poniamoci quest'altra domanda. Non serve agli infermieri, questo è poco ma sicuro. Ne sono convinta.

Quegli infermieri che in questo momento sono inseriti nelle Scuole con degli pseudo-contratti, cioè con contratti integrativi che non riconoscono la titolarità del corso, sono semplicemente a servizio dei medici che stanno acquisendo titoli per avere le future cattedre, questo è il discorso chiaro. Sono dei prestanomi, vanno a cercare di dare contenuti dicendo di salvare la professione e stanno semplicemente facendo acquisire titoli ad altri, a coloro che stanno acquisendo possibilità maggiori domani per essere i docenti della disciplina infermieristica.

Per ciò non diciamo di essere ignoranti in materia. Io ne parlo da due anni e chi non l'ha capito è perché non lo vuole capire o gli è comodo non capire.⁴

Come possiamo avere le cattedre? Esiste una Legge dello Stato, che è del 31 agosto 1933, ed esattamente la 1592 all'articolo 68 dice che nelle more dell'acquisizione del diploma di Laurea di una disciplina inesistente possono essere messe a concorso cattedre per diplomati esperti di quella disciplina. Non usufruirne si fa il gioco dell'uovo e della gallina, non possiamo avere cattedre perché non abbiamo laureati, non possiamo avere laureati ... No per carità!!

Esiste una Legge del '33, altre discipline sono passate prima di noi, per piacere usiamola. Ma siamo iscritti in 200.000 in questo Collegio, per che cosa se non abbiamo il potere politico di fare questo???

4) Ultimo, ma non per importanza: *la previsione di un chiaro Servizio Infermieristico nel quale i professionisti infermieri si riconoscono.*

La formazione universitaria prevede il Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche e questo è indispensabile per avere la responsabilità, la direzione del Servizio Infermieristico.

Si ricorda che la legge del pubblico impiego prevede alla direzione di un servizio un laureato, e alla direzione del Servizio Infermieristico deve esserci un laureato in scienze infermieristiche, solo così sarà proponibile un riconoscimento della professione che prevede e permette la progressione di carriera.

Una progressione di carriera non solo in verticale, ma anche in orizzontale con poche, ma serie specialità.

Per concludere, che cosa voglio da una legge di riforma:

- 1) L'eliminazione della suddivisione della professione infermieristica in professioni infermieristiche allo scopo di rafforzare l'immagine e la compattezza della professione estirpando le radici di conflitto esistenti.
- 2) La formazione infermieristica orientata a un preciso modello infermieristico, con un quadro concettuale di riferimento.
- 3) La garanzia della docenza infermieristica agli infermieri.
- 4) La previsione di un chiaro Servizio Infermieristico nel quale i professionisti infermieri si riconoscono.

Secondo me, una Legge che raggiunge questi obiettivi è una seria premessa alla costruzione del professionista infermiere, del «para malato» e non dell'ausiliario ad altri professionisti.

Grazie.

A. Silvestro, moderatore

Con questi grossissimi stimoli che abbiamo avuto, aprirei il dibattito sollecitando i colleghi a delle domande che potrebbero essere importanti per chiarire e chiarirci in che tipo di situazione ci troviamo e soprattutto in che tipo di situazione ci potremmo trovare con questo — speriamo — passaggio in un altro ambito formativo.

Intervento

Volevo sentire qualcosa su quella che sarà la formazione permanente del personale, sia nell'area critica che in tutta la professione infermieristica.

Intervento

L.A. Rigon, Infermiere dirigente da Padova.

Volevo provocare i relatori, sull'argomento della formazione. Ieri si diceva: Si rischia di passare in Università come l'«armata Brancaleone» se non abbiamo delle idee chiare. Ora il problema è questo.

Collegio, Scuole Universitarie: che tipologia, che idee hanno sulla formazione universitaria come contenuti, come materie di esame, cioè, che cosa stanno facendo le Scuole Universitarie, in questa direzione? Grazie.

M. Cantarelli, relatore.

È una domanda alla quale possiamo rispondere tutti: Cosa si può fare per l'area critica?

La nuova formazione infermieristica deve essere orientata da un preciso quadro concettuale, da un preciso modello infermieristico.

Definito il quadro concettuale della formazione infermieristica, si potranno definire scopi, obiettivi generali, obiettivi specifici, contenuti, si potranno prevedere le esercitazioni, ma si deve sapere prima che infermiere formare per quale assistenza.

La Scuola ove io opero ha elaborato un modello infermieristico che è condiviso dall'ANIARTI. È un lavoro iniziato nel 1986, siamo nel 1991, e ci si sta ancora lavorando. È il modello delle «Prestazioni Infermieristiche». Un modello che è partito dalla prassi per essere teorizzato ed è pronto per tornare nell'esercizio professionale.

Che valore ha il modello per l'area critica?

Quando pensiamo all'area critica o a qualsiasi tipo di formazione complementare, non possiamo dimenticare il modello che è strutturato alla base per la formazione dell'infermiere.

Io non posso, per esempio, prendere il modello delle prestazioni, studiare un programma universitario per il triennio, poi arrivare a strutturare un corso di specialità con obiettivi completamente diversi, devo assolutamente conoscere quello che è stato fatto alla base e aggiungere, non come una somma ma come integrazione, la formazione necessaria alle infermiere in area critica che gli permetta di operare per quel qualcosa in più che sappiamo deve fare.

Cos'è stato fatto nella realtà? Quando abbiamo definito quali sono le prestazioni infermieristiche di base, per l'infermiere di area critica si è rilevato il numero maggiore di azioni all'interno di queste prestazioni. Esse sono caratteristiche nei settori nei quali va ad operare. La formazione deve dare all'infermiere la possibilità di svolgere quelle azioni in più.

Questo è il significato di un modello ben preciso. Cioè io non ti metto un cumulo di materie semplicemente perché questo fa piacere a Tizio, Caio e Sempronio che sono gli esperti di quei reparti. Ma l'infermiere deve fare azioni in più per rispondere ai bisogni dei malati nei settori di area critica; la formazione deve dare i contenuti perché l'infermiere possa fare questo.

Noi stiamo lavorando in questa linea, da anni, anche nel discorso formazione. E proprio il discorso formazione in area critica, Rigon lo sa benissimo, che alla Scuola è stata elaborata una tesi su questo.

Ma anche nel programma triennale che stiamo elaborando esiste un elenco di materie fra cui patologia medica, clinica, ecc. L'infermiere deve conoscere queste cose, ma deve conoscerle in funzione dell'assistenza che deve erogare.

Alla fine dei tre anni, l'infermiere deve saper fare delle prestazioni, la sua formazione nei tre anni sarà finalizzata a che sappia fare quelle prestazioni.

Se noi siamo coerenti, significa che quando inseriamo gli infermieri nel mondo del lavoro, hanno già uno standard di lavoro. Non hanno bisogno del mansionario che dica che cosa deve fare l'infermiere, perché la formazione li prepara quali professionisti per quello standard. È chiaro?

M.G. Astorino, relatore

Ma, io darò una risposta di tipo più burocratico. La formazione permanente sarà — se questa legge andrà in porto — il *trait d'union* tra le sedi di formazione, quindi l'Università, e il Servizio Infermieristico. Cioè il Servizio Infermieristico sarà responsabile in prima persona della organizzazione della formazione permanente, ma non potrà fare questo a prescindere dall'aiuto e dall'integrazione con le Scuole. Quindi una funzione del Servizio Infermieristico sarà appunto quella della organizzazione, diciamo del reperimento dei bisogni di formazione e di aggiornamento delle varie figure professionali.

Condivido perfettamente quanto ha detto Cantarelli prima, perché questo è il nodo che risolve il problema della formazione, che risolve il problema dell'esercizio, che risolve il problema delle competenze, che risolve il problema del mansionario, che risolve il problema dell'autonomia assoluta o di relazione.

È qui il nodo: sapere chi e che cosa si vuole, qual è la ragione d'esistere di questa professione infermieristica, che risposte dà, a quali bisogni deve dare risposta. In merito alla individuazione di questo modello costruire poi intorno alla formazione in modo che porti alla produzione (passatemi il termine) di modelli di professionisti fatti secondo questo modello. Qui sta il nocciolo della situazione. Se noi non partiamo da questo punto ci parliamo addosso e non combiniamo nulla; è questo il punto sostanziale.

In merito a che cosa fanno le Scuole e che cosa fa la Federazione.

Quando Cantarelli diceva: Pensiamo a cos'altro chiedere. Allora in termini strategici possiamo veramente tirare fuori le unghie per prenderci le catredre, quindi per consolidare e non considerarla solo come una donazione. Era importante valutare tutti i decreti delegati, cioè quanto questa Legge non dice ma delega poi ai vari ministeri, al Ministero dell'Università o al Ministero della Sanità per quanto riguarda l'attuazione precisa di questa Legge. Quindi tutti i programmi, i *curricula* formativi, l'ordinamento unico, l'ordinamento tipo: tutto questo dobbiamo farlo noi perché se non lo facciamo noi ce lo fanno gli altri.

Ovviamente la Federazione deve rappresentare tutti, ma non è una tutto-loga. Io personalmente penso che dobbiamo assolutamente avvalerci di chi soprattutto in questi campi e in questi settori ha una esperienza pluriennale e sta lavorando su questo. E poi, vedete, le Scuole in genere, ma soprattutto le Scuole Universitarie, sono una fucina di fermenti, di idee, perché ad esse afferiscono e da esse si dipartono i cervelli, le menti non eccelse, la parte viva della professione che poi si confronta con altri infermieri, si confronta con le forze giovani della professione che sono gli studenti. Quindi dalle Scuole Universitarie si deve attingere a piene mani sia per esperienza delle persone che le dirigono, le gestiscono, che vi insegnano sia perché sono le portavoce vive della professione.

Oltre alle Scuole Universitarie, per quanto riguarda la formazione, io cre-

do che ci si debba anche rapportare con le forze associative. Quindi, l'ANIAR-TI, le altre Associazioni storiche oppure le Associazioni settoriali, come la vostra. Dico «settoriali» non in termini negativi, ma di specializzazione.

Per quanto riguarda le altre figure che in questo momento stanno creando dei problemi io credo moltissimo nella educazione, nella educazione della salute, nella prevenzione, cioè in tutto quello che fanno le assistenti sanitarie; sono convinta che il domani della assistenza sanitaria in generale parta e passi, dalla assistenza sanitaria di base. E le assistenti sanitarie sarebbero un pilastro. Se adesso cominciamo a disperderle, a lasciarle discostare dalla matrice infermieristica, corrono lo stesso rischio delle ostetriche, di morire suicide di se stesse. Perché nulla osta che poi — come giustamente diceva Cantarelli — noi abbiamo bisogno di questa figura di infermiere di salute pubblica, quindi la ricreiamo. E loro, che faranno? Saranno soffocate dalle assistenti sociali, come lo sono state finora, e poi anche dagli infermieri? Ma queste sono sorelle nostre, proprio professionalmente. Io ci tengo molto al fatto che restino convinte nella professione infermieristica.

R.B. Corvi, relatore

Vorrei allacciarmi a quanto diceva adesso Astorino sulla formazione permanente. Secondo me la formazione permanente dovrebbe partire moltissimo dalla base, perché dovrebbe esserci una domanda da parte della base e poi, o la Federazione, le Associazioni, le Scuole, dovrebbero poter dare una risposta. Ma fondamentalmente è la base che dovrebbe fare questa richiesta.

Intervento

Tulli, Primario Rianimazione

Io vorrei riassumere le cose che mi sembrava si potessero fare per conquistare la professione. Da quello che ho capito, accelerare l'*iter* della 5081 prima della chiusura della legislatura. Questo vorrebbe dire marzo-aprile. Per fare questo, cosa fare?

Fare pressione sui Senatori: è un *iter* legislativo.

Riprendere poi la legge del 31 agosto del '33 n. 1591. Per fare questo che fare? Una ricognizione sul territorio per Università per aprire concorsi a cattedre, cioè vedere le difficoltà oggettivamente?

La mia domanda è su che fare, proprio oggettivamente. Andare all'Università, vedere che difficoltà ci sono; questa mi sembra una buona legge da utilizzare.

Riprendere poi l'analisi del 341 per rivedere, al suo interno, nell'Istituto di Scienze Infermieristiche, come posizione la figura del *tutor*. Questo mi è sembrato un altro punto importante, dentro però, la riconsiderazione dell'Istituto. Poi chiedere a tutte le Regioni che attuino il Servizio Infermieristico,

il cui responsabile partecipa all'Ufficio di Direzione. Alcune Regioni già lo fanno, per esempio la Regione Toscana.

Come vigilare sui decreti delegati? Con quali strumenti vigilare sui decreti delegati? In base anche a quali alleanze? Quali alleanze suggerite sul decreto delegato?

L'ultima domanda è questa: siccome in democrazia esiste una condizione di compromesso, quali compromessi intendiamo accettare rispetto a questo, soprattutto sul discorso dei contratti e degli affidamenti come strumenti di compromesso intermedio, quali strumenti di compromesso intendiamo accettare e quali no, perché la 5081 — che io personalmente ritengo dover far passare — passi? Grazie.

Intervento

Porta, Infermiere Professionale da Milano

Sono un po' perplesso. Penso che questa normativa, questo disegno di legge che è di prossima approvazione ci inserisca a pieno titolo in quello che è il contesto europeo e quindi ben venga, pur con tutte le puntualizzazioni che sono state fatte presenti questa mattina.

Mi è piaciuto anche quel pensiero finale della relatrice Cantarelli che ci poneva solo dei traguardi relativi perché il futuro è un divenire, quindi non possiamo mai ritenerci soddisfatti.

Però, ho questa perplessità: bisogna, secondo me, partire dalla realtà attuale. Ci si è soffermati poco su quelle che sono state chiamate le norme transitorie. Noi abbiamo una realtà lavorativa attuale che è molto distante da questo disegno di legge che ci viene proposto, per cui abbiamo un periodo (che non so definire quanto sarà lungo) «limbo», un momento in cui si passa da un *iter* formativo, dalla presenza di un determinato tipo di personale con un determinato standard scolastico, e si arriva all'altro. Ma questo periodo ha bisogno di una gradualità.

Occorre, ed è indispensabile una gradualità perché altrimenti andiamo a creare delle corsie preferenziali. Quindi, richiedendo questa unità, andremmo a creare delle grandissime spaccature, dei grandissimi conflitti.

Qui voglio solo accennare a due problemi.

Il primo è un problema di tipo contrattuale, cioè noi rischieremo di avere degli infermieri con degli standards formativi, con delle aspettative di tipo economico, di tipo giuridico anche, che non potranno essere soddisfatte. Verranno probabilmente soddisfatte, ma non so, forse fra dieci, forse fra quindici anni. Perché, attualmente, i nostri contratti, che sono triennali, sono in realtà quinquennali, di sei anni, di sette anni. Per cui non so quando questi nuovi infermieri potranno trovare appagamento per questo particolare aspetto.

Il secondo problema. È qualche anno che frequento i convegni dell'ANIAR-TI; sento, con piacere, parlare dell'infermiere professionista, l'infermiere che

si trova il proprio specifico, che ha delle aree di autonomia operativa più o meno ampie, ma — signori miei — la realtà operativa dell'Ospedale è la realtà operativa del mansionario. Nessuna Legge ancora l'ha sostituito. Abbiamo ancora il mansionario. Per cui noi troveremo degli infermieri con delle grandi aspettative, ma che si trovano in una realtà operativa frustrante, umiliante, tutti i giorni.

Un'ultima cosa. L'emergenza infermieristica si è risolta con la chiamata all'iscrizione alle Scuole Infermieristiche Professionali di mercenari. Probabilmente, quando entrerà in vigore questo disegno di legge, continueremo ad avere dei mercenari. I danni di questi mercenari li vedremo fra un anno, due anni, tre anni. Grazie.

Intervento

Baraiolo, Infermiera Professionale da Milano.

Il mio intervento era praticamente simile al precedente perché io a tutt'oggi lavoro in Area Critica, e vivo con i miei colleghi la stessa realtà. (...).

Ritengo però sia fondamentale per cambiare, per affrontare in futuro tutte le problematiche sollevate oggi, sopportare tutte le proposte che si stanno realizzando. Certo, un domani noi ci troveremo a lavorare con queste persone che avranno forse più aspettative da noi. Ci auguriamo che queste, non dico ci ringrazieranno per aver permesso loro di aver la laurea o il diploma universitario, ... però noi oggi riteniamo che sarà un miglioramento per gli utenti che oggi vediamo assistiti male. Grazie.

Intervento

Drigo, Presidente ANIARTI.

Mi inserisco anch'io in questo filone di discorsi, per stimolare la riflessione su quali strumenti dovremmo mettere in atto per compensare il *gap* che probabilmente e quasi certamente si creerà tra la formazione attuale, con i suoi livelli di qualità, e in certi casi con le sue caratteristiche di defezione dello specifico di diverse Scuole a cui anche la collega Astorino faceva riferimento prima. Vorrei chiedere se sono ipotizzabili, se sono immaginabili — al momento attuale — le crisi che possono svilupparsi all'interno della professione, in seguito al passaggio ad una modalità nuova e più elevata di fare «formazione infermieristica», e come eventualmente possiamo prevedere modalità di tamponamento di queste situazioni di *gap* e di integrazione tra l'attuale e il futuro all'interno della professione infermieristica.

Come secondo punto volevo anch'io fare un piccolo riferimento a quello che è il problema della emergenza infermieristica e alla preoccupazione che molti — sia tra gli infermieri, sia al di fuori della professione infermieristica — manifestano nel sostenere una proposta di legge di riforma della formazione infermieristica, quale quella che viene portata avanti attualmente. Ci si

chiede, in sostanza, se il fatto di elevare il livello culturale di base e l'età per l'accesso a questo corso di infermiere professionale, non siano un disincentivo all'ingresso della professione infermieristica. Vorrei far notare che nella maggior parte delle altre situazioni questo fatto non ha costituito un elemento di disincentivazione.

In secondo luogo credo che come professione infermieristica dovremmo anche tentare di spostare l'ottica di questo problema su altri ambiti problematici della situazione sanitaria che vanno a determinare la crisi del numero di infermieri attuale. Cito solo una piccolissima e modesta esperienza fatta a Udine, da un gruppo di medici dell'area medica che lavorano in Pronto Soccorso. Pare che, in seguito ai progetti-obiettivo previsti dal contratto, si siano impegnati a ridurre le ammissioni in ospedale. Nella brevissima esperienza di tre mesi pare che nel primo mese siano riusciti a ridurre gli accoglimenti nell'area medica dell'8%, nel secondo mese, del 18,5% e nel terzo mese del 17,5%. Io credo che se in tutti i reparti si togliessero il diciotto-venti, 25% dei malati, credo che il problema della mancanza di infermieri non sussisterebbe più. Quindi credo che l'ottica vada spostata anche in un'altra direzione.

Terzo punto. Volevo chiedere alla signora Cantarelli, visto che ci ha incuriosito con la domanda finale su che cosa chiedere dopo aver ottenuto questa cosa ... vorrei sapere se, per caso, ha un coniglio nel cappello, di tirarlo fuori.

M.G. Astorino, relatore

Volevo rispondere. Quali strumenti da attuare per compensare il *gap*? In ogni caso sono già previste le equiparazioni, ma mi rendo conto che questa è una risposta burocratica, mentre invece la risposta culturale risiede sempre nella sensibilità di ciascuno. Credo che attualmente si facciano dei corsi per favorire l'accesso dei nuovi assunti. Quindi almeno alcune regioni, quelle più avanzate e più sensibili, prevedono questo tipo di formazione o di accoglimento, quindi di inserimento dei nuovi assunti nelle strutture.

Un'altra cosa da valutare è il titolo di scuola media superiore. L'anno scorso il 60% di iscritti alle Scuole per Infermieri Professionali aveva il titolo di scuola secondaria superiore, con una punta dell'80% nelle regioni del sud. Ovviamente la media, in tutta Italia, era del 60%. Questa è stata una delle grosse argomentazioni che ha tacitato i detrattori, del requisito d'accesso.

Per quanto riguarda il problema dell'emergenza, credo che quest'anno, le regioni che peggio organizzano e gestiscono le Scuole per Infermieri Professionali, abbiano fatto cose da pazzi, perché hanno pensato potesse essere l'ultimo anno, o almeno uno degli ultimi anni per acquisire forza, manovalanza, mercenari, voti e tutto quello che volete voi.

C'è un dato consolante. È per la regione Calabria, che praticamente è quella che non ha bisogno di strutture, non rientra nel piano sanitario ... cioè, è perfetta, è come la Svizzera ... o il peggiore dei paesi del IV mondo, perché

siamo a questi livelli! Non ha fatto nessuna programmazione, non ha bisogno di nulla ... La regione Calabria comunque non aprirà i corsi per Infermieri Professionali. Io dico, per fortuna, perché l'anno scorso sono stati raddoppiati e non vorrei cantare vittoria prima, perché c'è anche il rischio che li apra a febbraio o marzo, perché tanto è abituata a fare questo. Quindi non è un disincentivo — rispondo a Drigo — il fatto dell'età: sono le persone che non vogliono concedere più cultura e più qualità alla formazione e all'esercizio infermieristico dicendo che sarà un disincentivo. Io credo che una formazione a livello universitario, anche solo a livello di immagine, sarà un incentivo.

Forse dobbiamo incominciare a fare anche una programmazione seria, perché adesso siamo la professione favorita, perché giochiamo sulla cosiddetta carenza numerica. Non dobbiamo poi invece creare dei disoccupati. Ci sono questi passaggi da un estremo all'altro così veloci ormai nella nostra società, che dobbiamo anche valutare questo aspetto.

Io credo che una delle proposte che ci farà Cantarelli sarà anche quella di colmare il divario tra il prima e il dopo.

M. Cantarelli, relatore

Io vi ringrazio ma mi state dando delle grosse responsabilità!

Fra le utopie, ce n'è una che è la Facoltà di Scienze Infermieristiche.

In questo momento non ho il coraggio di chiederla. Perché prima dobbiamo consolidare il Corso di Laurea, avere le Cattedre.

Inizialmente, entriamo in università, entriamoci in punta di piedi, finché non consolidiamo una certa posizione che ci permetterà poi di fare la richiesta successiva. Ecco, questa è la risposta per Drigo, anche perché chiederla adesso forse scateneremmo delle situazioni di rigetto.

Non dimenticate che la Facoltà di Medicina è una Facoltà che sta diminuendo il numero degli iscritti, volutamente. Sta andando incontro al discorso di programmazione di numero, perché il numero dei laureati medici, è eccessivo. E questo porta una deprofessionalizzazione che noi purtroppo vediamo in molti ambienti nei quali lavoriamo, proprio legati all'eccesso del numero di laureati.

L'inserimento della Scuola, poi del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche in Facoltà è appoggiato anche da ciò. È una concomitanza che ci aiuta, perché la diminuzione degli studenti di medicina crea disponibilità di docenti; vi è stata una prima apertura in odontoiatria, ed ora per gli infermieri, come situazione transitoria, è OK.

L'altra domanda si riferisce al «gap» tra l'infermiere attuale e il futuro.

Più di uno di voi l'ha detto. Anche questo forse fa parte delle mie utopie. Ma penso che potremo fare qualcosa, qualcosa di concreto.

Primo, il problema contrattuale. I primi diplomati avranno determinate aspettative. Quelle aspettative secondo me saranno quelle di tutti gli infermie-

ri, non solo dei primi diplomati. Tutti dovranno farsi forza di ciò che la professione ha ottenuto. E volere i livelli che la professione in Università pretende. Anche chi non l'ha fatta. Ma scherziamo? Tutti hanno un diploma di Infermiere Professionale. Quelli che si sono diplomati prima non valgono meno o hanno minor valore sul mercato.

Per cui i primi diplomati universitari avranno determinate aspettative nei confronti del contratto? Ma quella è la nuova figura di infermiere e tutti gli infermieri sono quello, basta, non si discute su questo. Non incominciamo noi a scendere a compromessi.

È lo stesso problema delle Scuole, passate dai 2 ai 3 anni: «adesso arriveranno i diplomati con 3 anni e noi con 2 non valiamo più niente!». Ma scherziamo? L'Infermiere Professionale è quello del corso triennale, quella è l'immagine. L'Infermiere Professionale del corso universitario, quella è l'immagine. Punto e basta. E non si va a discutere su questo. Quello si propone e resta. Per me è un punto fermo.

Secondo, il contenuto, quello che ci interessa di più.

Allora, se viene veramente definito questo programma universitario, nel quale riusciremo a dare dei contenuti che non siano solo una targhetta di una istituzione diversa, cosa si può fare per chi non ha fatto quel corso ma anche in base a tutta l'evoluzione che ci circonda?

Vi propongo un'idea: esiste uno strumento, la formazione permanente. In questo momento non ho dei dati precisi. Ma in Italia sono stanziati moltissimi fondi in formazione permanente. Ogni Regione stanzia dei finanziamenti molto elevati. Con dei progetti dispersi. Esistono molte istituzioni che vendono corsi, abbiamo un'infinità di esperti in assistenza infermieristica che non sanno che cos'è un infermiere e che vendono a milioni corsi per gli infermieri ...

Con un'organizzazione tipo macchia d'olio, cioè un certo tipo di formazione permanente che dia un recupero dall'esistente al futuro per tutti gli infermieri che lavorano.

Formiamo prima chi dirige le scuole o chi ha la gestione dei centri di formazione permanente. Poi diamoci dei tempi e finalizziamo tutti quei fondi su un obiettivo comune. Questo significa creare accordo fra le persone, ed è la cosa più difficile, però se si riuscisse ad unire volontà, fondi, contenuti, con una precisa programmazione in 5, 10 anni, raggiungeremo tutti gli infermieri.

A. Silvestro, moderatore

Io volevo fare una domanda che va anche un po' a riprendere i contenuti che sono stati dati.

Fra l'altro anche una precisazione: l'ANIARTI si sta attivando (anche se con qualche lentezza) per creare un'agenzia formativa, non nella logica del mercato, quanto nella logica dell'acquisizione per i propri iscritti di un punto

di riferimento importante per quanto riguarda la formazione permanente. Questo ovviamente nella nostra «area», che comunque verrà, quando verrà formata, messa a disposizione di tutta la professione. Chiaramente, perché la formazione, la formazione permanente, i riferimenti culturali sono la base per la crescita professionale.

Al di là di questo, vorrei fare un dialogo con la signora Cantarelli. Rispetto a quello che c'è attualmente, a quello che verrà in futuro e rispetto al fatto che, comunque, la struttura Universitaria usufruirà nel tempo di quello che attualmente noi abbiamo in ambito formativo, si è pensato a qualche cosa per una forma di accreditamento delle attuali Scuole Infermieristiche?

Cioè voglio dire: se continueremo, l'Università dovrà continuare a utilizzare per un po' di tempo le competenze, le energie, le forze, anche le strutture che attualmente sono le Scuole Infermieristiche di base, post-base, ecc. Si è pensato come Professione, come Scuola o come Collegio a qualche forma di accreditamento delle strutture esistenti?

Proprio perché non tutte le Scuole hanno lo stesso livello, non tutte le Scuole riescono a dare gli stessi contenuti, non tutte le Scuole hanno le stesse strutture logistiche.

Quindi credo che anche questa sia una cosa da dover prendere in considerazione.

M. Cantarelli, relatore

Le Scuole per Infermieri in Università: quali sono i punti fragili ed i punti forti?

L'Università dovrà usufruire di convenzioni con il Servizio Sanitario Nazionale. Il rischio di avere Scuole nel Servizio Sanitario Nazionale, è quello che rimangano scuole dipendenti dalle USL. No. Allora ci sarà sicuramente, secondo me, una divisione netta da quello che è il discorso didattico e al controllo dei tirocini.

Cosa significa controllo, l'ho detto volutamente. Non ci saranno infermieri a sufficienza per svolgere tutti gli insegnamenti e poi non è necessario che siano tutte persone diplomate in Università, per cui gli studenti verranno affidati ai reparti, alle sedi, alle caposala dei reparti o agli infermieri specializzati di quei settori dove si dovrà fare il tirocinio.

L'unica figura che noi prevediamo di contatto fra la Scuola, praticamente fra Università eventualmente di collegamento con il tirocinio, è il tutor di cui vi parlava Corvi.

Perché la si vuol ottenere e si sta facendo una battaglia per averla? Per un motivo molto semplice: le caposala che operano nei reparti sono tutte dipendenti dall'Ente Sanitario Nazionale. E il loro problema è quello del servizio, quello della dipendenza economica dall'Ente che condiziona molti altri fattori.

Invece un tutor di collegamento per il tirocinio deve essere una persona che dipenda dall'Università, che sia libera nel suo agire nell'istituzione in cui opera, che possa dire quello che pensa senza perdere il posto di lavoro.

Però bisogna ripensare a tutto. Noi adesso, per esempio vi porto la mia Regione, la Lombardia, agli studenti di primo anno eroga 800.000 lire al mese e 950.000 al terzo anno. Questi sono infermieri sottopagati, messi in reparto per lavorare.

Allora la Scuola dovrà prevedere un'organizzazione totalmente diversa. Le direttrici non gradiscono le mie osservazioni sugli attuali tirocini come lavoro, ma devono dimostrarmi, per convincermi, che quando un allievo va a portare una padella ad un paziente, lo fa perché sta imparando che l'eliminazione ha dei problemi molto importanti che l'infermiere deve conoscere. Ed io francamente non credo che il primo giorno che va in corsia un allievo sia in grado di capire se le feci o l'urina hanno problemi. E se non è in grado di farlo e lo fa lo stesso significa che sta lavorando, che non sta facendo un tirocinio.

Questo è un esempio. Avremo studenti che probabilmente invece di borse di studio pagheranno delle tasse, sarà un po' difficile farli lavorare. Dovremo per forza pensare cose diverse, un modo di porsi diverso.

Noi tutti abbiamo grossi problemi nelle istituzioni nelle quali lavoriamo. Era di moda qualche anno fa, pensare in Università che il diploma di Infermiere poteva essere il primo livello per la laurea in medicina. E a Milano questa storia andava per la maggiore. Era un rischio grosso perché noi volevamo entrare in Università, ma come Infermieri, e questo capite che poteva spostare molto l'identità professionale.

Io fui chiamata, e vi prego di scusarmi dell'esperienza personale, ma credo che sia sintomatica, da un professore a fare una lezione agli studenti di medicina al quarto anno, in un corso di anatomia patologica. Mi fu richiesto un colloquio con gli studenti del 4° anno sulle differenze di professionalità infermieristiche e mediche.

Era una buccia di banana molto grossa in quel momento. Bene da due ore di lezione sono diventate quattro, perché i ragazzi erano estremamente interessati a questo tipo di discorso, e ne è nata una discussione bellissima, sul perché ad esempio, le professionalità sono diverse se si prevedeva per gli infermieri la formazione in università, oppure, per quale motivo le famiglie sono pro o contro la formazione infermieristica.

I ragazzi hanno fatto un'analisi precisa, il non riconoscimento di ruolo infermieristico, la cattiva immagine della professione all'esterno, come motivazioni di non inserimento. Il grosso aiuto l'ho avuto da un ragazzo greco, studente in facoltà, il quale ad un certo punto ha rotto la discussione con un suo intervento: in Grecia, da pochi anni, gli infermieri sono entrati come formazione in Università. Il numero delle domande è aumentato, l'immagine è diversa, il rapporto in servizio è notevolmente migliorato, perché è diverso il rapporto se si studia sugli stessi banchi di scuola.

Un domani, l'inserimento nella Facoltà di Medicina significa anche che

alcune materie saranno seguite assieme. Se serve la biologia, è inutile fare due corsi separati. Noi stiamo già facendo cose di questo genere. I miei studenti fanno Economia Politica all'interno della Facoltà di Scienze Politiche, la fanno con tutti gli altri studenti, e vanno a dare gli esami con tutti gli altri, non sono diversi dagli altri. Noi dobbiamo capire un mondo diverso e il discorso di integrazione alle tabelle è fatto su questo principio.

Avremo il grosso problema dei tirocini, va tutto studiato, dal punto di vista delle strutture; vanno recuperate tutte le persone che lavorano nelle strutture. Ma noi non nasciamo oggi, andiamo all'università domani, ma è da 65 anni che abbiamo le Scuole per Infermieri; qualcosa di buono è stato fatto e deve essere salvaguardato.

A. Silvestro, moderatore

Se non ci sono altri interventi chiudiamo la mattinata, che è stata così intensa e carica di cose nuove che credo ci farà abbastanza riflettere su quale dovrà essere il nostro futuro: un grosso cambiamento non soltanto in termini culturali, ma anche in termini operativi, in termini organizzativi.

Se passa questo progetto, e io credo che noi dovremmo attivarci perché questa cosa diventi realtà, significherà veramente proiettare la nostra professione a livelli molto elevati e significherà, anche riportandoci al discorso che faceva ieri la signora Lusignani — rispetto ai principi etici che devono regolare il nostro operare — veramente offrire un servizio di elevata qualità e deontologicamente forte, ai fruitori delle nostre prestazioni.

INDICE

ELIO DRIGO		
<i>Relazione introduttiva del Presidente Aniarti</i>	Pag.	5
C. SILVESTRI, E. DRIGO		
<i>Gli anni dell'ANIARTI: per una memoria</i>	»	13
<i>Pronunciamento</i>	»	21
ADRIANA DALPONTE		
<i>Il sistema organizzativo Area Critica</i>	»	23
F. GIOVANNELLI		
<i>La domanda di salute dei cittadini: analisi politica</i>	»	31
F. ROSSI		
<i>La domanda di salute: analisi economica</i>	»	47
S. BARBIERI		
<i>L'inserimento del personale come strumento di integrazione ed effi- cacia organizzativa</i>	»	55
R. DORO, E. ALLEGRINI		
<i>L'inserimento degli infermieri: due esperienze a confronto</i>	»	59
<i>IERI ABBIAMO DETTO ...</i>		
E. CASCIOLINI, S. CERASATO, D. D'AGOSTINO, R. MARCHETTI, B. SIMEONI	»	65
MASSIMO SANTINELLO		
<i>Lo stress: aspetti generali e riflessi relazionali</i>	»	69
LUCIANA CORRADO		
<i>La sindrome del burn-out come risposta allo stress lavorativo ...</i>	»	79
MAURA LUSIGNANI		
<i>Valori sociali, etica e stress</i>	»	87
L. CORRADO, G. DELLI ZOTTI, A. SILVESTRO		
<i>Ricerca sul burn-out tra gli infermieri di Area Critica della provin- cia di Udine</i>	»	91
M. BEDIN, L. BIFFANTI, L. DALLA VERDE, R. MILANI, G. NARDON, C. SILVESTRI		
<i>L'esperienza degli infermieri professionali a contatto con i pazienti donatori d'organo: cause di stress</i>	»	111

INTERVENTI PREORDINATI

<i>15 novembre 1991</i>	»	117
G.C. MARCHESINI, M. COSTA <i>Valutazione del burn-out infermieristico in rianimazione</i>	»	119
P. GUALANO, S. BRONZETTI, F. BRUSCOLI, B. GOBBI, G. SBERLATI <i>Assistenza al paziente critico in ambiente non-critico</i>	»	129
G. BIANCHI <i>Burn-out e donazione d'organi</i>	»	133
 <i>IERI ABBIAMO DETTO ...</i>		
E. CASCIOLINI, S. CERASATO, D. D'AGOSTINO, R. MARCHETTI, B. SIMEONI	»	137
 <i>TAVOLA ROTONDA</i>		
A. SILVESTRO, M.G. ASTORINO, M. CANTARELLI, R.B. CORVI, G. PITACCO, G.A. RENZULLI	»	143

*Finito di stampare
nel mese di novembre 1992
presso la Tipografia Tappini - Città di Castello (PG) ☎ (075) 855.81.94*

