

SCENARIO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE IN FERMIERI DI AREA CRITICA

**X CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI**

**INFERMIERE:**

**UNA PRO·FESS·IONE DA C.ONQUISTARE**

**l(i)**.

**AN**. **NI DI PR**. **ESENZA ANlAR.**•. **TI**

A cura di

D'AMURI RANIERO SPADA PIERANGELO

RIMINI, 14-16 NOVEMBRE 1991

.. . ...

*l*'·

··-

··j

,..,·

. .......

. , : *.:E*

*.f* . .\

*· .1*

. i

#### RELAZIONE INTRODUTTIVA . DEL PRESIDENTE ANIARTI

ELIO DRIGO

Dieci an n i d i u na vi t a sono ' per la . nost ra cu l t u ra u n periodo di tempo a cui attribuire una simbolicità ed un'importanza particolari.

Sono un momen to privilegiato per porsi delle domande sul passato ed

anche sul futuro. Sono un'occasione di rinnovamento, di acquisizione di nuo­ va 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'Aniart i ?

* Utia presenza reale di u n gruppo, di u n gruppo all·arga to, nop sempl i­ cemente di colieghi che lavo·rano in luoghi analoghi, ma oserei dire di persone con una forte carica di idealità, di speranza, di vitali tà.
* Una volontà di attenzione alla persona come scelta-madre sulla qule si informano tutte le scelte successive. · '
* Dieci anni di lavorò per ca'mbiae una realtà operativa inadeguata e non to'llèrabil'e; lavoro 01:ganizzativo: cu lturale, di relazioni sul territorio nazionale . -
* Una assidua ricerca 'di alternative in linea con gli obiettivi di fondo della .sanità e alternative propon ibili e realizzabili.

'• Dieci anni di elaborazione di nuove modalità di assistenza che fossero al servizio della persona invertendò tendenze opposte divente ormai scontate nella sanità attuale. ·

* Dieci anni di formulazione , di proposte precise per dare risposte ai bìsogn i di salute dei cittadini e ai bisogni di formazione e di professionali tà degli infermieri che dedicano il loro lavoro ai malati in condizioni di rischio per la vita. '
* · • Dieci anni di impegnò disinteressato per tradtirre principi etici e deon­ tologici in concreti comportamenti professionali finalizzat i alla elevazione del l ivello di qual.ità dell'assistenza infermieristica.

Ma facciamo di que.sto decennale un u lteriore mot ivo per continuare a l avora re per cost ru i re il fut u ro e chied iamoci: perché l 'Aniart i ?

.La risposta è di quelle complesse ed affonda le propr.ie ragioni in una molteplici tà di mot ivi che possono riferirsi sia ·a situazioni sia,.-a fatti ben defini ti.

Ma un tentativo di analisi e di· interpretazione -è doveroso.

Viviamo tempi .in cui la realtà in ogni suo aspetto ci appare sempre di pm u nitaria, indivisibile, costante.mente parte d i u n tutto da i contorni: non perfettamen te def i n iti. I sogget t i\_ esistenti siano essi persone o istituzioni, si scoprono sempre di più « esseri ·di relazione » . Il loro esistere, la loro consi-

6 *E. Drigo*

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 d i «salute» che, da « assenza di mala t t ia » diven ta « Situazione di equ ilibrato benessere» in rela­ zione con i l mondo circostante.

Unità ed interdipendenza sono, ancora, il tema che lega l'idea del « villag­ gio globale », con cui viene concepito il mondo, in seguito alla estensione pla­ netaria della f ittissima rete di comunicazioni.

A fronte di questa palese tensione alla interrelazione globale si verif icano invece precisi fatti socio-economici che manifestano una volontà di favorire soltanto singole individualità, di creare zone di privilegio e garanzia per con­ servare posizioni acquisite di vantaggio, a volte fuori d i ogni regola e misu ra. Proprio quella parte del mondo che ha prodotto gli strumenti di comuni­ cazione 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 conosci uta.

Nel Sud del mondo si muore d i fame e ricom paiono malatt ie che si pensa­ vano .definiti-vam nte scomparse come il vaiolo e la peste. L situazione economico-finanziaria · di questi. paesi è disastrata al pu nto 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 sol ida­ rietà 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 eserci ti a difesa, ovunque nel mon­ do; degli « interessi » della parte dominante del « villaggio globale», negando, come per l'Italia, lo spirito della sua massima legge, la cost ituzione .

In questo modo il dialogo, la relazione, la solidarietà vengono conf inati 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 ment re si ha l'impressione di aggirarsi per una «selva oscura » .

Si pensa e si enfatizza u n mondo u nito ment re si agisce per u n mondo separato purchè funzionale e redditizio, per il privi legio d i pochi, i più fort i, non importa a che prezzo per gli altri, molti, i più deboli .

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

*Rela zione in1rodt111iva del Presidenle .Aniarli* 7

Anche il mondo della sanità è pienamente investito da questo tipo di orien­ tamenti 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 t ra obiett ivi sociali in fatto di salute e le scelte operat ive, diven ta dunq ue u n buon pa ramet ro di valutazione dei valori real i che una civiltà sceglie nei fatti.

Quando l'assistenza sanitaria, in un'economia generale e di programma­

zione, viene pensata e vissuta, purt roppo, come u na dispersione improduttiva di risorse anzichè come uno strumento per garantire un migliore livello di vita per i cittadini, allora significa che si sono perduti i valori che modellano u na vita di relazione . L'organizzazione sanitaria diventa allora un'istituzione nella quale i risultat i in termini economici prendono il sopravvento sui risul­ tati 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 quot i­ dianamente nel proprio ambiente ed u n 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 mo­ tivate ad adoperarsi per un servizio, a cercare alternative diverse che giungo­ no anche all'abbandono del proprio impegno assistenziale.

In questo scena rio vanno collocati gli infermieri.

Perchè in questi giorni degli infermieri parleremo, con un'ottica di aper­ tura, ampia.

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

L'assistenza infermierist ica è fortemen te connotata dalla sua funzione di supporto ed aiuto alla persona, anche nei suoi risvolti o nei momenti più inti­ mi o più dolorosi e drammatici. Tipica funzione che la nostra cultura, forte­ mente connotata da tendenze maschiliste, demanda alla donna.

La impossibilità di classificare, spiegare razionalmente, di contenere l'in­ t imo.il dolore e l'esistenza del dramma, è caratteristica della cultura maschi­ lista che razionalizza, spiega e risolve ogni cosa. L'irrazionale, quello che si discos ta da l comprensibile o spiegabile, viene abbandonato alla donna perchè 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,

8 *E. Drigo*

di dolore e di morte, di g101a, di accoglienza. U n elemento culturale tipica­ mente femminile con potenzialità di assoluto rin novamento per l'attuale im­ postazione del mondo è la 'Sensibili tà, l'attenzione e la cura per gli aspetti non dominabili e spiegabili della vita.

Poche sd'no le· donne che hanno fatto la « storia», quel la scrit ta, fatta di imperi che sorgono e muoiono e di guerre tTa gli uomini che non han no avuto altro da confrontrfi.re se non la violenza.

La storia vissuta e non scritta, la storia quotidiana che ha fatto continua­

re 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 don11e, è una storia che' ha sviluppato, poten­ ziato e valorizzato la civiltà.

* Ebbene, questa storia di donne è anche oggi in posizione di subalterni tà a livello ufficiale. Quellò 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 pos­ siamo 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 ptofessione di donne, una professio­ ne orientata al « femminile » della realtà, per quello che è l 'attuale esperienza umana; ed infatti, nello sviluppo della sua f ilosofia 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 po­ t remmo considerare « masch ili ». Il risultat o è la frequen te perdi ta di visione dell'unità dell'uomo per inseguire la propria competenza per una piccola por­ zione dell'uomo .

Questa diversa ottica è certamente una delle cause dei difficili rapporti t ra professione med ica e prof essione infermierist ica. Probabilmente la medi­ cina deve ancora decidere di assumere. ed impa rare ad accettare carne parte della vita delle persone l'irrazionale,il non-spiegabile, il dolore, la gioia, il dram­ ma, che oggi non cost i tuiscono u n diff uso bagaglio cul tu rale nei med ici .

Le strade di infermieri e medici forse dovranno ancora rimanere divise in attesa che la medicina decida di essere, nei fatti, pa rte della espressione della vita sociale e non più un corpo ·separato, esclusivo, incont rollabile e soprattutto chiuso alle sostanziali novità concettuali che si stanno sviluppan­ do nel · modo d i pensare della gente.

È signif ica tivo not are comunque come le donne della professione infer­

·mieri. t ica siané»il1' grado di richiama re costantemen te per la societ à, l 'atten­ zione sugli aspetti non rinunciabil,i .

È significativo notare anche come l'Artiarti, associazione di infermieri, ha

voluto fare attenzione a degli aspetti tipicamente femminili della realtà umana .

*Rela zione intrudulliva del Presidente Aniart.i*

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 strut­ ture intensive, di area critica ed area delle criticità della situazione del mala­ to a rischio, significa aver ridato valore, nella concezione del lavoro e nell'or­ ganizzazione sanitaria, a quegli aspet ti' tralasciati, ma costitutivi della perso­ na 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 f isico in fase critica. .

Questa concezione si oppone e intende superare le conseguenze negative prodot te dalla polverizzazione delle superspecialità mediche frutto di una con: cezione della scienza in termini efficientistici, che manifesta i suoi pesant i limiti a vari Ìivelli.

Parlare del femminile nell'attuale contesto socio-cultu rale significa neces­ sariamente rilevare fenomeni e realtà negative e penalizzanti per le donne. Per quanto concerne le problematiche legate ali' organizzazione in funzio­

ne della tutela della salute, la medicina, che si rifà alle scienze sperimentali soltanto, viene ritenuta una funzione mol to elevata, di competenza assoluta­ men te esclusiva, incontestabile da chiunq ue, stimata.

La funzione dell'assistenza è femminile; si ri tiene quindi che necessiti so­ lo di u na. cultura molto modesta; non è stimata socialmente; comunque è sem­ pre alle dipendenze del medico, fattosi ritenere e ritenuto, l'unico arbitro del­ la vita della persona malata .

La cultura medica si fonda sulle scienze esatte e pian piano ne viene tra­ vol ta e rischia di perdere di vista l 'esistenza della persona al dilà dei fenome­ ni patologici e degl i 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 rigidi­ tà al cambiamento ed al confronto nella rivendicazione nella pretesa della cent ralità totale del medico nel processo terapeutico-assistenziale.

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

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

Ma noi sappiamo che questa dominanza medica è già morta in termi ni culturali e si sta trascinando ancora solo in termini di esercizio di prepotenza . Sappiamo che sono maturate enormemente in questi ultimi anni le capa­

cità di individuazione dei propri ambiti di specificità professionale e di auto­

nomia degli infermieri.

10 *E. Drigo*

Sappiamo anche che si sono dilatate le competenze supportate da cono­ scenze ed abilità precise degli infermieri; l'assistenza in area critica off re a questo proposito molte occasioni d i constatare questa realtà, che non si confi­ gu ra in uno sconf inamento pretest uoso in competenze esclusive del professio­ nista medico, quanto invece in u na più realist ica ed at tuale concezione ed applicazione dell 'idea di assistenza globale alla persona in situazione crit ica. Alcuni esempi: gli infermieri sono ormai i maggiori esperti nell'uso appro­ priato 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...1 nost ri colleghi americani sono dell'idea che entro breve gli infermieri saranno in grado di gest i re d irettamente alcuni trattamen t i far­ macologici senza ricorrere al medico. La valutazione, la conoscenza ed i rime­ di più adeguati del dolore, nella realtà sono pat rimonio 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 t rapiantato? ... o il dramma dei parenti di u n donatore d'organo? E che dire dell'infermiere presente nel soccorso in ambulanza che abbatte del 75% le morti dei malati con il massimo livel lo 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 confront i dei quali hanno fallito tutt i i tentativi di svezzamento con il solo uso della tecnologia più sof isticata ?

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 esclusi­

vamente a presidi farmacologici o tecnologici e chirurgici . Forse per « tera­ pia» è ora di intendere anche una « relazione» umana, ad esempio, in una si­ tuazione 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 compe­ tenza del medico e dell'infermiere, anche questo significa. È solo una consta­ tazione ed una dimost razione pratica ed onesta, se la si vuole riconoscere , della naturale e logica tendenza ad una maggiore unità e convergenza di obiet­ tivi e di azioni finalizzate alla salute della persona malata, che deve at tuarsi t ra i professionisti che di persone si occupano .

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

*Rela zione inl roduttiva del Presiden /e A11iar1i* Il

sponsabilità per attuare quegli interventi? Non dobbiamo allora iniziare a di­ scutere senza indugio solo di professionali tà dell'infermiere e rifiutare di ac­ cettare la attuale ingiustificata ed antistorica dipendenza dalla professione medica ? Non dobbiamo pretendere, per esigenza di giustizia nei confron ti 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 me­ dica che intende con tinuare ad esercitare un ruolo di potere di basso profilo? Il futuro di un servizio di assistenza infermieristica di qualità, ormai ri­ chiesto da tutti tra l 'altro, può risiedere solo in u na configurazione di profes­ sional i tà vera dell'infermiere che si esprime in piena autonomia a tutti i livel­ li anche organizzativi di struttura. Pare, per inciso, che finalmente una nor­ mativa seria sarà emanata per sanare un ritardo storico incredibile per la

formazione e l'organizzazione infermieristica. Staremo a vedere ...

La pari dignità t ra le professioni unitamente al rispet to per le competen- ze specifiche non è più conf utabile. .

La teoria della centralità del ruolo medico nella sanità ha presa non per il fatto di avere fondamen ti ogget tivi ma solo perchè concepita da un gruppo sociale come quello dei medici, che detiene grandi possibilità di condiziona­ mento delle forze politiche ed economiche, in seguito alla propria indispensa­ bilità ed al monopolio sulla salute e la malattia abilmente costruiti nel tempo. Ad un'analisi demitizzata dei fatti l'attuale funzione diagnostica e tera­ peutica del medico è riconducibile in buona parte ad interventi di indagine strumentale automa tizzata ed alla applicazione di protocolli terapeutici ab­ bondantemen te già predefini ti. Rimane una piccola parte di interventi diret ti

ed il riscontro delle sint9matologia oggettiva e soggettiva.

Molte altre scienze ,c6ncorrono attualmente ai successi attribuiti solo alla medicina: la biologja{la genetica, la tecnologia, la farmacologia , l'informatica , la telematica, la bioingegneria ... Senza ent rare nel campo dell'investimento delle risorse economiche al servizio della medicina piuttosto che di altre atti­ vità sanitarie o che del servizio sanitario sono corollarie. Esaminiamo ad esem­ pio quanto si spende negl i ospedali in at trezzature diagnostico-terapeut ico 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 so­ prattutto 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 cent ralità del ruolo medico è una concezione pericolosa perchè non corrispond e all'esperienza storica delle al­

t re realtà sociali ed organizzative.

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

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

12 *E. Dhgo*

scun gruppo professionale deve impegnarsi ad :apportare il massimo di effi­ cienza 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 in- fermierist ica, né nella stru t tura sanitaria . '

Facile sarebbe stato ed al lett an te anche sf ru ttare la nost ra forza di cond i ­ zionamento costituita dal fatto dia aver acquisito professionali tà difficilmente sostituibili .

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

Si è inizia to così. a ·studiare la nost ra realtà ed a r icercare alternative a quegli aspet t i che non erano più condivisibili. Con l'elaborazione e l 'impe­ gno si è qu indi costrui ta u na f ilosofia .ed un 'etica che sostengono le scel te in campo formativo per un infer.miere specializzato per l'assistenza al malato in fase critica e le scelte in- campo organizzat ivo per costruire una unità e contin ui tà nel lavoro di recupero della migliore salute possibile per il malato critico.

I dieci anni dell'Aniarti han no consentito di impara re a · leggere la realtà quot id iana della vi t a . nelle struttu re di assistenza intensiva e dell'emergenza . L'insegnamento t rat to e l a strada percorsa f ino a a questo momen to cost i" tuiscono motivo di certezza che gli infermieri costi tuiscono una forza di cui la società dispone e che è ancora mantenuta,chiusa e con tenuta. È necessario che questa forza esca dal chiuso delle strutture, dei piccoli gruppi, della pro­ fessione stessa, per misurarsi con il mondo del nost ro paese, con le forze

sociali, con la politica, con le component i economiche.

I contenuti et ici, filosof ici, scientif ici acqu isi ti ' con l'esperienza vi ssut a con i malat i i n condizioni di cri t icità di vi ta e con i loro pa renti, sono element i elabora ti esclusivamente dagli infermieri dell'area critica e sono elementi ri­ sultati importantissimi per attribu ire alla vita dell'uomo e del mondo il loro valore in una dimensione completa . Sono elemen ti che hanno la forza e l'auto­ rità di orientare il cammino· della società e delle persone future. Sono elemen­ ti cioè che cont ribuiscono a trasfor mare in ·senso positivo l'uomo ed il mondo. Dunque il nost ro' duro lavora re, correre, programmare, eseguire, fare at­ tenzione, cerca re i problemi ed adottare le migliori soluzioni, concorre a cam­ biare una realtà che non ci piace perchè già intravvediamo pot rebbe 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 perchè l'Aniart i è esistita. L'Aniarti della solidarietà , della valo­ rialità , della cent ralit à della persona, della professionalità degli infermieri .

L'An iart i, t utt i noi .

**GLI ANNI DELL'ANIARTI: PER . UNA MEMORIA**

CLAUDIA SILVESTRI <1>, **EUO** DRIGO (2)

) IPAFD - Vicepresidente ANIARTI

( 1

(2) IPSAFD - Presidente ANIARTI

Ri percorre remo .in rapida sintesj gli ann i vissuti dal l'A NIAR':fl, i noment i P!U impor tant i e.cl i fatti verif icat isi nel la realtà infermie ristica italiana per iniziadva dell;associ zione. · ·

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

*16. novembre 1981: Brescia .*

Dal diff uso bisogno di alternative alla situazione senza prospettive dì evo­ luzi011e per gli infermieri nasce l'A.N.I.A.R .T.I. (Associazione Nazionale Infer­ mieri 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 fenome­ no del terrorismo, con l'in izio del riflusso .ed il concent rarsi dell'at tenzione su lla persona vista non più solo come com ponente essenziale di u n gruppo, ma come individualità e soggettività.

Le teorie del *nu rsing* compaiono in Italiq. ma trovano una professione an­ cora impreparata, non ricca di consistenti elementi culturali ed organizzativi propri e diff usi. Ma la percezione della inaccettabile incongruenza tra il com­ pito specifico dell 'assistenza e le effettive possibi lità di .assolvere tale compito facendo affidamen to solo sul percorso formativo ricevuto e sugli strumenti realmen te disponi bili per la professione infermie ristica, spinge 150 infermieri delle stru tture intensive di quasi tutte le Regioni italiane a dare corso ad un tentativo infermieristico di introdursi nella relatà 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 discussion.e è rappres ntato dai corsi di specializza­ zione che, dopo aver fatto una timida comparsa nell'ambi to della formazione infermierist ica, erano, stat i d isincen t ivati ed erano. poi scomparsi i n seguito al mancato riconoscimento della figura dell'infermiere da parte del DPR 761/79. Si . voleva la riapert ura dei corsi. Il prof essor Francesco Valenti (Brescia) fu u n appassionato sostenitore di quest'idea. Le organizzazioni dei medici ane­ stesisti supportavano la richiesta oltre che per u n normale,' per l'epoca, atteg­ giamento paternalis tico nei confronti degli infermieri, anche per un effettivo in teresse a lavorare con in fermieri più affidabil i per le mansioni tecniche.

14 C. *Silvest ri, E. Drigo*

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

La Medici na negli anni immediatamen te precedenti aveva aperto f ron t i di enormi prospettive di sviluppo nel campo dell'urgenza-emergenza, nell'ag­ gressione a patologie complesse e nel supporto d'organo prolungato ed in­ tensivo.

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

Dopo il primo anno utilizzato per l'organizzazione di base, al *1° Congresso Na zionale 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 t itolo cc Nu rsi ng Intensivistico», ovviamen te t ra enormi di fficol tà per reperi re 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 u n primo contatto diretto con le esperienze estere.

*1983: ancora Roma;* 2° *Congresso Na zionale.*

Le difficol tà economiche per l a gest ione 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 « Ane­ stesia, Rianimazione e Terapia Intensiva» inizia a rivelarsi costrittiva e poco oggettiva in ra pporto alle problematiche vissute nella quotidianità, le quali tendono invece a superare questi angust i confini di repa rto e servizi.

In seguito alle eccessive difficol tà e limitazioni derivanti dal rapporto con l'Edit rice proprietaria della rivista « Nursing Intensivistico», si decide di in­ terrompere la collaborazione e viene fondata la rivista di proprietà dell'associa­ zione e dunque gestita completamente dall'A.N.l.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 Pad ova. 3* ° *Congresso Na zionale .*

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

*Gli a1111i dell'AN IARTI : per una memoria* 15

Questo contribuisce ad allargare il gruppo di quanti in seguito lavoreranno attivamente in associazione . Il successo dell'incontro determinato dalla parte­ cipazione di oltre 450 infermieri, dalla qualità degli interventi infermieristici e dalla partecipazione delle ditte esposit rici, ha contribuito grandemente a fornire una certa sicurezza e gara nzia 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 mag­ giore qualità globale del servizio sanitario. Inizia a Padova il rapporto duratu­ ro e significat ivo con il « Tribunale dei Di ritti del Malato» .

Al ri nnovo delle cariche associative viene confermata presidente Simonet­ ta Degano.

*Nel 1985 Siena è la sede del 4° Congresso Na zionale.*

I 750 partecipan ti mettono in crisi l'organizzazione pensata per un massi­ mo di 550 persone. Le difficoltà per gestire l'inaspettata situazione coagulano u n gruppo di colleghi sopra ttut to di Milano che si impegna nell'immediato a porre rimedio alla contingenza e che costituirà per i futuri congressi il pun­ to di riferimento organizzativo . Il titolo del congresso « Scenario: il nu rsing nella sopravvivenza ,, ha rappresentato un punto fermo nell'esperienza dell'as­ sociazione ed u n programma per il futuro. Le relazioni, tutte infermieristiche e la presentazione di esperienze italiane ed estere, spaziano sui molteplici aspet­ ti e sui vari settori dell'assistenza intensiva e dell'emergenza. Il salto di quali­ tà è rappresentato dal fatto che nell'ambito del congresso viene definita con maggiore precisione ]'identità dell'associazione, intesa come momento di in­ contro ed elaborazione culturale degli infermieri e la diversificazione dal sin­ dacato. Gli stimoli ad imboccare questa strada erano stati fino a quel momen­ to molto forti . La definizione di alcuni obiettivi a medio e lungo termine rap­ presenta un punto di riferimento per il futuro.

La rivista « Scenario» pu r nelle difficoltà continua la presenza di contat to, 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 condi­ zioni critiche», che rappresen ta un contributo importante per quegli anni sul tema degli standard che inizia ad entrare in Italia.

Si aff ronta con maggior precisione le problematiche relative alla ricerca e si investono dei fondi in ricerche infermieristiche . Si ha occasione così di sperimen tare le difficol tà, i problem i e ]'im porta nza della ricerca per la pro­ fessione.

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

16 *C. Silvest ri, E. Drigo*

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

*1986: il V 0 congresso Na zionale si tiene a M ilano.* .

I 1.000 parteci panti trovano un'organizzazione che ha previsto tutto; sem­ br quasi l'applicazione del tema del congresso : « Il ma·nagement infermieri­ stico nell'area .intensiva » . L'argomento è di particolare interesse perché off re una visione ampliata del ruolo infermieristico che rompe gli angusti confini dell'esecutività per interessarsi di organizzazione e gestione della sanità e del- l 'assistenza . ·

Il rin novo delle cariche associative conferma ancora Simonetta Degano a presidente dell'associazione, ment re viene nominato Marco Braida direttore della rivista: «Scenario» cambia la veste grafica, la concezione della sua pro­ duzione e ne viene incentivata la diff usione.

L'ambito strutturale di riferimento dell'associazione diventa se possibile, ancora pili « stretto» e non rappresentativo della grande quantità dei soci; troppi riferiment i al d i fuori delle strutture intensive classiche presentano problemi di critici tà delle situazion i dei malati e dunque richiedono un intervento com­ petente; troppi infermieri di questi ambiti si inseriscono nel lavoro dell 'A­ NIARTI per effettive necessità di fare un percorso professionale e culturale comune.

Si decide di costituire un gruppo di studio nazionale sul problema per aff rontarlo 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 inferà1ieri ANIARTI operan ti nei vari ambit i intensivi delle diverse zone d'Italia si impegna nella def inizione

della n uova 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 def initivo superamento della visio­ ne di separatezza dei problemi « critici » del malato, della formazione speciali­ stica tradizionale degli inf ermieri e della organizzazione sanitaria che si occu­ pa 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 assi­ stenza.

Logica conseguenza è la necessità di modif icare lo stat uto dell'associazio­ ne divenuto ormai insuff iciente a rappresen tare la nuova realtà associativa. Si inizia a lavorare anche a questa trasformazione .

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

*Gli a nni de/l'AN IARTI: per una memoria* 17

zionale dei Collegi si era fatta largo la convinzione che l'ANIARTI rappresen­ tasse una realtà viva e non già un motivo di divisione nella professione infer­ mieristica. Il riconoscimento è uff iciale nel momento in cui l'associazione vie­ ne invitata a .partecipare ai lavori di studio di una buona parte dei Collegi per u n progetto di riforma della professione infermieristica .

La presenza dell'ANIARTI è dunque nel pa norama i tal iano una forza or­ mai 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 infer­ mieri delle strutture intensive e d'emergenza . L'ANIARTI viç:ne invitata come rappresentante ufficiale degli infermieri italiani a presentare nel congresso la propria esperienza associativa e le problematiche specifiche vissute nella realt.à italiana .

In questo periodo le realtà locali dell'associazione iniziano anche ad orga­ nizzare 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 con­ tenuti proposti .

* Dopo il Congresso Nazionale di Milano, Simonetta Degano, per soprag­ giun t i problem i personali rassegna le dimissioni dal! carica di presidente .

Il Consiglio Direttivo nomina *ad interim* un comitato di presidenza composto a Claudia Silvestri, Rosanna Filaferro ed Elio Drigo.

*1987 Vieste.*

Il *cong resso* è un tentat ivo dell'associazione di essere presente al Sud­ Italia per coinvolgere una realtà della professione quasi assente nell 'associa­ zione f ino a questo momen to. L'obiet t ivo non viene raggiun o. La parteci pa­ zione al congresso modesta se confrontata con le esperienze degli anni prece­ denti: 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 uff icialmente la concettualizzazione dell'area critica e nell'ampia discussione che si sviluppa sulla professione infermieri­ stica sui suoi aspet ti di rilevanza sociale. La presenza e l'intervento sui temi della formazione infermieristica della Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, sigla il def initivo riconoscimento dell'importanza del lavo­

ro svolto dall'ANIARTI all'interno della professione a livello nazionale.

Dopo il congresso di Vieste viene costitu ito 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 uni­ co di specializzazione a livello nazionale per sanare una situazione che vede l 'esistenza di pochi corsi ma della piu va ria nat u ra e f inalità.

*1988 Assisi.*

*L'in fe rmiere protagonista nell'area critica* è il titolo del VII° Congresso Na-

18 *C. Silvest ri, E. Drigo*

zionale . Si approfondiscono i temi legati agli elementi cost itutivi della profes­ sionalità, dell'area critica e della specializzazione .

Assisi è una tappa importante perché è il momento in cui l'ANIARTI si t rasforma radicalmente . La discussione ampia e dibatt uta del nuovo statuto porta ad u n nuovo asset to ra ppresentat ivo dei soci e ad u na nuova modali tà opera t iva degl i organi esecu t ivi. La sigla A .N .I.A .R.T.I. (Associazione Naziona­ le Infermieri di Anestesia , Rianimazione e Terapia Intensiva) si trasforma in nome e diviene « ANIARTI» che sta a significare: « Associazione Nazionale In­ fermieri di Area Critica » . La nuova idea di area critica acquisita e cost ruita con l'esperienza di anni di lavoro viene tradotta anche nella nuova denomina­ zione dell'associazione.

Il rinnovo delle cariche associative vede un ampliamento del numero dei rappresentan ti regionali e la cost i tuzione del primo comi tato d irettivo. Nella nuova concezione dell'associazione non si ritiene più opportuno che il delega­ to 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 strut tu rato per l'assistenza in area critica diventa sempre piu impellente. Lo studio del programma da parte del gruppo allo scopo costituito, procede ed ent ro pochi mesi avrebbe portato a term ine il progetto def init ivo.

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

Nel frattempo la presenza di rappresentanti ANIARTI viene richiesta in molti congressi, incont ri, gruppi di studio, ecc. in relazione alla specif ica com­ petenza sui temi infermieristici dell'area critica . Gli impegni e le attività si intensif icano sopra t tut to per quanti ricoprono cariche elett ive.

Nel 1988 a Mon t real (Canada), si tiene il III° Congresso mondiale per in­ fermieri delle strutture intensive e dell'emergenza . L'ANIARTI viene invitata a partecipare con la presen tazione di tre interventi che illust rano esperienze e specificità del lavoro infermieristico in Italia . I colleghi esteri hanno mani­ festato apprezzamento per le idee sviluppate dall'associazione nel campo del­

!'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 portat a delle proble­ matiche aff rontate. Circa 200 inf ermieri hanno lavorato direttamente o indi­ rettament e alla realizzazione dei lavori presentati , manifestando ulteriori no­ tevoli l ivelli di qua l ità nei conten u ti e nella forma.

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

*Gli anni dell'AN IART!: per una memoria* 19

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

A Bologna viene anche presen tato 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.

In tanto i concetti di area crit ica e di infermiere specializzato in area crit i­ ca si diffondono e vengono adottati in altre realtà ed occasioni di incont ro 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 dimost rano l'intenzione di persegui re i co­ muni obiettivi di crescita della categoria infermieristica e di miglioramento

della qualità del lavoro.

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

Anche i contatt i con i sindacati diventano pi u mi rat i e di maggiore consi­ stenza. L'espressione area critica viene introdotta anche nel linguaggio e nei contenuti dei sindacati.

Si arriva così al *I X cong resso d i Riva del Garda.*

1.100 i par tecipanti . Il ti tolo è già un programma: « Area Critica: dall'ipo­ tesi alla realtà » . Le prime t re giornate off rono uno spaccato approfondito del­ la 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 presen tata la problematica della formazione spe­ cialistica in area critica in vista della futura legge di riforma della formazione i nf ermieristica. La partecipazione di rappresentanti politici, amminist ratori di USL e dirigenti infermieri, attribuisce notevole intensità al dibattito. Nel­ l 'ambito del congresso viene diff uso il documen to 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 visto­ samente da quella della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, ma alla fine si dimost rerà una proposta vincente .

Nell'ambito del congresso vengono presentati molti lavori di indagine frutto dell 'applicazione dei partecipanti ai gruppi per l'apprendimento della meto­ dologia del la ricerca tenu ti negli anni precedenti.

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

20 *C. Silvest ri, E. Drigu*

Pitacco raccoglie dopò Marco Braida la difficile eredità della rivista dell'asso­ ciazione. SCENARIO continua a crescere, le diff icoltà persistono ma si spo­ stano. a livelli piu elevati · e ri.guardano la precisione e la programrriazione. Omiai ·la rivista è affermata ed apprezzata e costituisce u n punto .di riferi­ men to per la professione.

In tan to nel la Regione Friuli Venezia-Giu l ia, per i n teressamento dell 'Aniart i, la Regione stessa, fatto proprio il. programma di corso di specializzazione stu­ diato dall'associazione per. l'area critica, istituisce il primo corso presso le scuole pèr infermieri professiona li delle province. Il corso viene tenuto ad Udine e Pordenone . Un « sogno» anche .se per il momento di piccole dimensio­ ni, si ' è avverato. L'esperienza rappresenta uri punto di avvio determinante ed ' un fatto concreto a cui afferisce già un certo interesse di alt re Regioni. La· speranza ovviamen te è che l 'esperienza si allarghi con le stesse carat tei·i­ stiche perché f inalmente il lavoro prodotto f ino a questo momento trovi preci­ si riscontri di trasformazione della realtà dell'assistenza infermieristica.

* Anche per la prospet tiva di imminente riforma della professione e forma­ zione infermieristica è impo·rtante che esistano delle concrete proposte ed espe­ rienze ai riferi mento che siano state pensate e costruite dagli infermieri . Ed è importan te che queste esperienze siano conosciute e d iff use. Al trimen ti il ri schio è che al t ri ci cost ru iscano la formazione per noi .

E siamo arrivati al *X Cong resso nazionale* che, sicu ramente, costituirà u na n uova carica di entusiasmo per altri importanti traguardi, per la profes­ sione nell'area critica, per la professione in generale e per l 'intera sanità.

La conclusione logica di questa « memoria » è qui11di un forte augurio ed invito di BUON LAVORO, assieme, nell'ANIARTI. •

##### PRONUNCIAMENTO

AI SOCI ANIARTI E AI COLLEGHI TUTTI

Nel 10° ann iversario del la nost ra fondazion e sent iamo il bisogno d i con t i­ nuare con l 'entusiasmo di sempre ad impegnarci a favore dell 'uomo, della professione e della solidarietà sociale.

L'ANIARTI, nata come risposta al nost ro disagio quotidiano, vuole conti­

n uare ad essere una forte espressione della voglia di incidere nell'operativo, di cambiare questa realtà e di sognare una sanità a misura d'uomo.

Ipiccoli e grand i problemi che aff ront iamo ogn i giorno e la continua fru­ strazione si aff rontano e si risolvono anche con l 'utopia e i l sogno.

L'infermiere è il professionista che svolge attività di servizio all'uomo in­ teso come sistema complesso in costante in ter relazione con l'ambiente . Il suo obiettivo è quindi interveni re a tutela e promozione della salute, valore asso­ l uto per ognuno e che ognuno rende relativo a se stesso in base all'autoperce­ zione ed al proprio contesto di vita. Assistere diventa allora costruire una relazione d'aiu to competente e rispettosa delle diverse soggettivi tà e dei prin­ cipi fondan t i l a convivenza civile.

Per t ut to questo gli infermieri ANIARTI e tutti gli infermieri si impegna­ no a:

I. mantenere e valorizzare la propria professionalità;

1. essere promotori e partecipi al cambiamento assistenziale ed organiz­ zativo;
2. valori zzare l a propria specif ici tà discipl ina re a t u t ela e promozione del­ la salute dell 'uomo;
3. rendersi protagonisti professionalmente, socialmen te e politicamente.

LA NOSTRA FIRMA A CONVALIDA DI QUESTO IMPEG NO!!!!

Drigo El io

Silvest ri Claudia Bancolini Claudia Castellani Massimiliano Cecinati Gianfranco

D'Am uri Ran iero Pi tacco Giuliana Silvestro Annalisa

Stanganello Francesco Viccari Silvia

*(\* **1 *n '* l. . r**



*(\_ (\*

*I.)· '*

i

i •

·*[*. ...

•,

* l '

*I ·"*

\

) \



*q*

\

\'1--.:.:0·l" **:·1** .. ' ,·.Q.

, *!*

\ Ul c

1

(\_)'-.. \ **l.,0,.', ' *( \ I* o**

---\ ,**\·1** \_\\_ • **'i:**

I

.-..

. (**l{**ì**tr,**

*(*

·-,I , .,\_ ,'

*((.\,., - ,. , . J* ·l ' '. *..(.* I **P\_** .-, ..

**\..l ... ' c.**

' .,*·*, *'*- *'-i*1

***J*** '- • . .

*.t* (.,,

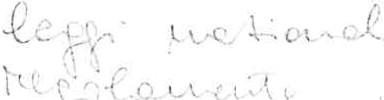
***•-" • .I***

*(*

.\_\ *t* ***r '*** :l.:

1., '

*'.,)* '.\_. ,



. . ***V ...***

**(!,·,.\'1 1 1 . c'• ;** *<"'*

**,u**'**.,** .

( <.:

-- ì d\_ -, \-- \ ,·

.·\_ i

**1** ' I *( ('; {* **1 { I '- )**

\

**t** *i* ' '

***r*** .-. '·

*( I*

***r)'.*** I (°J .

-,,\_

\)

*·:...,.:'--*

*l*

\.' I *! f* ('

\,\_I '·

*I* **"' r f I '** '

I '

( 1 \_, *r* r .\. 1,

*lr*

.--.

-· *·.>:.* 1 :\_:\_ ' *r.*

·1

, Q-( '

, r , **''i·** ,,

#### IL SISTEMA ORGANIZZATIVO AREA CRITICA

**ADRIANA DALPONTE**

I.I.O. Ufficio Formazione Permanente - Trento

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

Il mio contributo sarà prevalentemente metodologico dato che, pur essen­ do 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 con­ tributo sulla complessità di lettu ra 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 « comporta­ mento» fa pensare a qualcosa di soggettivo, ment re « processo sociale» fa pen­ sare 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 fonda­ mentali di un sistema.

Un'organizzazione è sistemica quando è composta da molti elementi . Si­ curamente nelle nostre unità entrano utenti (uso questo termine perchè è il più diff uso anche se agganciandomi alla riflessione del vost ro Presidente Dri­ go 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, ope­ ratori di qualunque qualifica: dipendenti, non dipendenti, famigliari, volon­ tariato.

Sempre nel nost ro sistema en trano tecnologie più o meno complesse, re­ gole, gerarchie.

24 *A. Da / ponte*

E questi sono 'solo alcuni elef'nenti, i più significativi ma comunque .mol­ teplici.

Per essere sistema però questi elementi devono avere:

1. u n'alta dinamicità; qu indi quanto cambiano. Indubbiamente l'uomo porta con se u na dinamicità esclusiva, ogni soggetto porta i suoi bisogni, le sue variabili. Ma poi ... tecnologia, scienza, come e sempre più in cambia­ mento;
2. forte relazione tra gli elementi; quindi quanto questi elementi intera­ giscono 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'uni tà operativa; ma ancora di più la grande interdipendenza con t u t t i i servizi di contorno e di supporto.

e) orientamento ad un unico scopo, indubbiamente tutto questo siste­ ma ha come grande protagonista la salute dell'uten te 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 ultifni giorni da tutto quello che è il dibattito intorno al problema dell'emergenza; sicura­ mente 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: la­ vorare in emergenza sul territorio piuttosto che in reparto.

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

*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 J\_e i;:j\_tqticr

*a)* leggi e regole - specifiche per l'assistenza e l'emergenza territoriale: poche e prevalentemente regionali. Le region i stanno pu rt roppo lavorando an­ cora sul volontariato, su associazioni di volontariato per rispondere a questo bisogno;

*Il sistema organiz zativo Area Critica* 25

*b)* utente - prevalentemente ci si approccia ad un utente singolo; meno frequent"ii;'fn't ·;. più pazienti contemporaneamente. Sicuramente ci sono le altre aree ma comu nque quando si va sui grandi numeri si pa rla prevalente­ mente ··di calamità;

e) ·operatç>ri. - il numero degli operatori che danno la prestazione di soli­ to è basso: da *(* a 4/5 . La prestazione è a tempo · ben definito perchè poi il paziente viene affidato ad altri operatori;

1. \_domanda - il bisogno dell'utente è prevalentemente di .emergenza; secondariamé'nt -d'urgenza; ··
2. tecnologia - la tecnologia è bassa ; in ambito terrritoriale le tecnolo­ gie d'uso· ano poche . ·sono molto più ampie e complesse nei rep'arti di de­ genza.

*f)* Servizi (integrazione) - al di là del complesso problema ciel volonta­

riato, la fo;té ·i trdipedenza si ha con i servizi di Rianimazioe e di Pronto Soccorso come riferimento per i collegamenti e.cl i rapporti.

*g) .* p.rfessigpa\_lità - le abilità richieste all'operatore sono in particolare quelle r'ianimatorie e quelle di posizionamento. Su questo non . si deve fare u na grinza; devono essere eff icienti e concrete .

Leggiamo ora i fattori interni al sistema organizzativo relativa ente al­ l'ambito territoriale ed in che cosa questo si caratterizza.

*a)* .? rµttlff a 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 · çi 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)\_fyl- ismi opea i':'.L per regolamentare questo approccio. Ci sono pochi strumenti di pianificazione nel lungo periodo. Per dare una rispo­ sta a « quel» tipo di bisogrio, trionfano protocolli e procedure : come si fa un soccorso ad · un poli trauma tizzato,' ad un ust ionato ... Quindi, strumen ti

e\_

abbastanza def init i che evidenziano priorità e tipologia di ris ltato . f i-

-=- ·· . -

nale. .

.. ) fl!'Of..eS?i sociali - i proce si sociali e quindi i comportamenti cl:ie con­ ducoo ad una accettazione delle regole del gioco (meccanismi operativi n.d.r.) e dell'iplanto .organizzativo (struttura organizzativa n .d.r.) che si evidenzia­ no più comun.emente sono quelli di accettazione. Quando io mi sento adegua­ to a quest'area di abilità e mi riconosco in questo servizio, cioè « accet to», i comport(;l men ti prevalen ti che compaiono all 'in terno d i quel servizio sono di accettazione .

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

26 *A. Da / ponte*

1. leggi e regole - leggi e regolamenti che sono una selva; leggi e regola­ menti per l'istituzione, per gli operatori, per il reparto, per l'utente ... (pensia­ mo ad esempio al problema dei trapianti ...);
2. utente - qui si parla di utenti, mai di utente. Nonostante si ipotizzi questa cosa, ormai ci occupiamo sempre di più pazient i. È una situazione idilliaca il pensare di occuparsi di un solo paziente;

e) 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 batt uta;

1. tecnologia - la tecnologia è alta e anche molto numerosa;
2. servizi (integrazione) - i servizi in quest'ambito diventano indefinibili da elencare. Vado per categorie: i serizi sanitari, i servizi diagnostici, i pron­ to soccorso, i servizi economali, sociali, spirituali ... ecc. ... Anche il sistema informativo in questa situazione esplode perchè c'è quello burocratico, della modulistica e della legittimazione dell'isti tuzione .

Fat tori interni al sistema organizzzativo relativamente all'ambito intensi­ vo ospedaliero:

1. 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 perchè ci sono tanti pazienti, perchè c'è poco personale e si devono ridefinire gli standards . Bisogna ridef inire le priorità organizzative ... quanto ci uccide l'istituzione ri­ spetto al bisogno dell'utente ... Significa soddisfare molte volte l'istituzione piut tosto che i bisogni dell'utente.

Un'altra mia riflessione oggi è vedere che cosa produce il medico nei no­ stri 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, spes­ so, delle gerarchie .

1. Meccanismi operativi - con una complessità di fattori in entrata di quel tipo, cominciano ad esserci strumenti più ampi, più diff usi di program­ mazione: piani di lavoro, piani di attività, sistema informativo per l'utente, per l'operatore, protocolli e procedure, strumen ti di integrazione organizzati­ va quali: riunioni, circolari, rapporti con gli alt ri servizi.

e) Processi sociali - in quest'ambito emergono in maniera pesante

t utti e tre gli aspetti dei processi sociali: accettazione, compensazione, rif iuto. Esploriamo questi aspetti e vediamo cosa significano.

Accettazione: per. accettazione si intende riconoscere adeg.uato, in partico

*Il sistema organizzativo Area Critica* 27

lare, l'impianto organizzativo per quanto riguarda, almeno in parte, la tipolo­ gia della divisione del lavoro e le regole organizzative; il tutto considerando

fattori in entrata ed i prodotti o servizi in uscita.

Che cosa significa tutto questo per Territorio ed Ospedale ? Dove il terri­ torio è veramente l'ambi to in cui prevalgono le abilità e si abbassano le gerar­ chie; in cui spesso gli interventi sono ben circoscritti ? Dove esiste chiarezza di mandato e soprattutto chiarezza di obiettivo? In ambito ospedaliero, l'o­ biettivo 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 tut te le eccezioni., Sappia­ mo 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 orga­ nizzativa in base all'incertezza della domanda-bisogno dell'utente. Quindi in­ certezza sia nell'aumento dei carichi di lavoro che della complessità clinico assistenziale; incertezza nella soddisfazione dei bisogni dell'utente e dell'ope­

ratore. Più il sistema è complesso più richiede compensazione.

li territorio rappresenta una complessità più bassa. L'ospedale ovvero le unità intens'ive a forte interdipendenza con tutto 'il macrosistema, che gesti­ scono 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.

Rifiu to: i teorici organizzativi dicono che una certa dose di rifiuto rispet- to aÙ'organfZzazione del lavoro ed alle regole organizzat ive è l'elemento più

motivante e più motivato del sistema. \_Rifiutare, contestare, vuol dire rimette- *I /*

I\_e in\_çl oill!,\_v\_!:!\_ol - ir \_s:!1\_: r-a) f ment{ i ,c t: ti:vÙ i:i!l;o ;-tiva2 */ ;!'/*

vuol dire ritarare l'organizzazione. *· I ,.*

In qu st'ottica, il rifiuto è c iderato un elemento di altissima motiva­ zione al cambiamento.

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

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 rif iuto 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 scaturi­ scono da una buona ed adeguata organizzazione del lavoro e da regole perti­ nenti all'organizzazione stessa, oppure dal caos organizzativo, analizziamo- co­ sa significa comportamento organizzativo.

Il modello del comportamento organizzativo è un modello causa-eff etto,

28 *A. Da / ponte*

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

La mQtivazione c'è \_ mpr:e. nel fare o nel non fare; ma comunque una motTvaiorieaa parte (ff ogn( Òperatore. all'in-terrio di ogni istituzione, c'è sem­ pre. L'effetto è la comunicazione, c;:om unicazione in tesa come « modelli com­ portaméntali » .

Allora, sicuramente, quando io non presidio e non gestisco i modelli com­ portamentali; quando non oriento i comportamenti e la comunicazione, è sicu­ ro, e la ricerca ce lo ha dimostrato, che emergono sempre i comportamenti peggiori.

Ci sono le fughe del sogget to, le f ughe dalla professione, le fughe del pro­ tagonismo.

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

Nella situazione di. emergenza -urgenza, per nostra fortuna, l'utente espri­ me prevalentemente il bisogno fisiologico: a.ria se non respi ra, e di sicurezza

- sopravvivenza . Nel frattem po tut ti gli alt ri bi.sogni stanno ad aspet tare per­ chè 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 .biso­ gni sopraccitati sono in qualche modo aff rontati dall'utente che ha trovato la maniera di soddisfarli, mentre di contro si evidenziano moltissimo quelli di socialità intesa come : affetto, consenso,,gruppo, par,tecipazione . 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 solitQ\_ \_ç;,gincidono con ,gros.si \_ca\_r::ichi çli .. lavoro. · · · ..-- ..- - -.. ....\_. ------ - ·----

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

Qesto è un problema di altissima criticità perchè quando abbiamo bisogni

i.ck.utici ra \_operatori ed uteI1ti, (ricordiamo che quando il paziente è degente

per p11'.i giofh aumenta if"s-uo bisogno di socialità), si scatena la massima *çon­*

flHt.ualità. Entrambi, utente ed operatore, hanno gli stessi .bisogni, è difficile

quindi spostarsi yerso un grado di soddisfazione .

Questo mi pare il punto di criticità. ·

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

*Il sistema organiz zativo Area Critica* 29

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

Allora la motivazione al lavoro, ormai è consolidato, trova sempre pm 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 u na 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:

1. proget tazione dei flussi informativi, non posso sapere se ho raggiun­ to i risul tati se non ho chiari gli strumen ti che mi aiutano a presidiare tu tto 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.

*e)* progettazione della trasparenza organizzativa del macrosistema; que­ sta trasparenza organizzativa però, nonostante i grandi cambiamenti organiz­ zativi, oggi è ancora mol to viziata e lottizzata dalle regole economiche di pote­ re, piuttosto che di servizio.

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

( *r*

I

/\

o . . ' *' ':* ' "....



(j (; '.,, " . J ' . - l

\

*\!*

. *r*

I l:



#### 'LA DOMANDA DI SALUTE DEI CITTADINI: ANALISI POLITICA

FERRUCCIO GIOVANNELLI

1. oli. - 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 assicu­ razione 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'am­ montare 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 soprattut to 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 conti­ nuo susseguirsi di provvedimenti contraddittori che hanno vanificato il dise­ gno riformatore, si tratta di circa 1.500 provvedimenti che hanno di fatto creato u n secondo sistema sanitario, prima di applicare il primo.

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

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

32 *F. Giovannelli*

1. **La domanda di sali'.1.te**

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 nat u ralmente inteso in senso lato, compre.ndendo non solo il consumo « Spontaneo » che ha origine dall'iniziativa dei cittadini ma anche quella « indot ta» 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 suggeri­ sce l'esistenza di cause · di fondo e di ordine generale, che vanno ricercate nelle trasformazioni socio-demografiche che hanno visto aumentare in tenni­ ni assoluti e percentuali la popolazione anziana.

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

Con l'aumento delle persone anziane aumenta I:assistenza sanitaria per le morbilità senili ·di tipo cronico ed invalidante, aumentando così il tasso di morbili tà 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 comporta­ menti critici della società del benessere:

* 1. alcoolismo,
  2. droghe,

3) fumo,

1. incidenti,
2. AIDS,
3. stress, ecc.

Il consum9 sanitario ha dimostrato ,di .essere collegato al reddito : la mag­ giore . disponibilità economica ha incentivato un maggior consumo di "beni sanitari » off erti dal mercato.

Il benessere ,econo,mico ha però ignif icato a:ice una grande mo,qernizza­ zione culturale e quindi maggiore attenzion al.la Sé}lute psico-f isica.

Negli ultimi 30 anni abbiai;no assistito ad una rapida meçlicaizzazione della ·salute che ha prodotto:

1. ·crescita delle aspettative sanitarie, ·
2. estensione della medicina professionale nella salute individuale,

· 3) una ridefinizione di ·molti prob1emi personali (il parto, la morte, l'an­ sia, la pau ra) in chiave medica :

, La dinamica culturle si è innescata ii;i un sistema· di es,tensione di oper­ tura assicurativa ed ha f inito per essere un form idabile moltiplic;atore di spesa.

*La domanda di salute dei cilladini: analisi politica* 33



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

*I consumatori*

Han no avu to, almeno nei primi ann i del servizio Sanitario Nazionale, l 'il­ lusione di poter consumare prestazioni sanitarie gratis od a costi bassi rispet­ to ai benefiéi.

*I fornitori d i assistenza* - *I niedici*

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

*I finanziatori* - *S tato, Regioni*

Si sono riservati pochi poteri rèali di controllo e di regolazione dei feno­ meni emergenti.

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

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

Rispetto ai nuovi ·bisogni assistenziali, derivanti da dinamiche demografi­ che non si pot rà fare altro che adeguare le stru tture esistenti ai bisogni da esse indotte, riorientandole all'assistenza alla popolazione anziana ed alle in­ fermità 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 incenti­

vi, del cosiddetto sistema premiante a cui ogni attore adegua i propri compor­ tamenti .

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

La riforma sanitaria italiana infatti da questo .punto di vista è nata vec­ chia 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 orienta­ re i consumi ed il controllo dei costi.

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

34 *F. Giovannei/i*

1. **Come si forma la domanda di salute**

Il miglioramento delle condizioni economiche e culturali ha già prodotto nel Paese l'esistenza di due c;>ttiche diverse: l'una focalizzata sulla patologia e l 'alt ra centrata sul mantenimen to della salute come obiett ivo primario delle stru t t u re 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 tecnolo­ gico 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 t re elementi:

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

Dalla consapevolezza della necessità di man tenere la propria salute emer­ ge invece un nuovo modello del bisogno di salute che si fonda essenzialmente su t re assunti di base:

**1)** centralità della salute e della prevenzione intesa come mantenimento della salute;

1. centralità dei cittadini utente, non più subordinato alle istituzioni sanitarie;
2. cent ralità del principio di equi librio 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 influisco­ no sia la conoscenza delle opportunità che il giudizio su di esse.

La scarsa conoscenza delle opportunità pubbliche ed i gravi disagi dovuti al catt ivo funzionamento delle strutture pubbliche indirizzano i cittadini ver­ so 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 emanci­ pazione 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, infat ti non sempre chi ha bi­ sogno 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.

*La domanda di salute dei cittadini: analisi politica* 35

Un rapporto di coincidenza tra bisogno ed emergenza significa presup­ porre 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 misu ra autoprevenzione (mangiare sano e curare l'igiene, limitare l'uso delle medicine, evita re di fu­ mare 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 saniario efficace e poco costoso è quello capace di convincere i propri assistiti *«a man­ gia re una buona colazione al mattino, dormire otto ore al giorno, non bere, non fuma re, mantene rsi puliti e non preoccu pa rsi »* ma forse troppa fiducia sulla vi ta 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:

I ) tutelare più eff icacemente 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 indi­ cazioni mediche.

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

Certo si può scoraggiare il ricorso al medico col ticket per ogni visita o bloccando il numero delle visi te gratuite, ma esistono alt ri problemi:

I ) dotare i cittadini di migliore cultura sanitaria diffusa,

1. 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 i l SSN.

1. **Dalla domanda alla risposta sanitaria (I meccanismi che incidono sulla do· manda sanitaria)**

Il volume ed il tipo di domanda sanitaria dipendono in parte determinan­ te dai fornitori stessi di assistenza, i medici in particola re.

In particola re bisogna analizzare:

36 *F. Giovani1elli*

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 tram utata in un forte aumento della do­ manda 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 f issano i . farmaci che si possono ottenere con il SSN o quelli esclusi dall'assicurazione .

Il costo dei servizi sanitari per il paziente è un'alt ra fattore che eserci ta una notevole influenza sull'utilizzazione di un certo servizio.

La medicina di base, il ricovero ospedaliero, i farmaci sono in alcuni pae­ si 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 ac­ cesso ai servizi .

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

1. *Fattori che influe nzano il comportamento degli ope ratori sanitari*

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

Le modalità di pagamento sono il principale fattore di influenza sul com- portamento dei medici e sono t re:

l) compenso per singola prestazione,

* 1. compenso per singolo assistito (quota capitaria),
  2. stipendio fisso.

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

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 spe­ cialist i.

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 positivamen­ te il comportamento dei medici stessi.

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

*La domanda di salute dei cittadini: analisi politica* 37

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

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

1. *Procedure pe r ottene re assisten za sanita ria*

Le modalità e le procedure che regolano l'erogazione dell'assistenza inci­ dono 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 scelt 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 con t rollo della domanda si articola in due momenti :

* 1. 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 assi­ stiti ai costi dei servizi con particolare riferimento alle visite, ai farmaci, alle prestazioni specialistiche e diagnostiche.

2 . *Limita zione dell'of fe rta*

Il controllo dell'offerta di servizi è fondamentale perché qualsiasi struttu­ ra 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 ri­ durre 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 doma.nda restringendo l'accesso a chi ha più bisogno di assistenza .

38

**6. L'Ospedale**

* 1. *Giovannei/i*

In passato la moltiplicazione degli ospedali, con il conseguente decent ra­ mento 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 strutt u­

rale 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 ga­ rantire, sottrae risorse ad altri interventi assistenziali.

La presenza di più presidi crea molti inconvenienti:

* + 1. progressiva ed inevi tabile diminuzione degli standards qualitat ivi che queste strutture sono in grado di off rire per la cura delle fasi acute;
    2. progressiva diminuzione del grado di utilizzo della «capacità poten­ ziale di assistenza » che costituisce uno spreco di risorse che ogni società deve cercare di evitare;

e) grave ostacolo al pieno sviluppo di funzioni di assistenza come l'assi­ stenza domiciliare, l'assistenza di base nei distretti, la tutela socio-sanitaria dei gruppi emarginati e funzioni sanitarie innovative (prevenzione, riabilita­ zione, 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 negat ivi anche sui sistemi gestionali in quanto:

1. moltiplica la necessità di comunicazioni e trasporti interni, di utenti, di materiali sanitari, documenti, elementi che fanno percorrere migliaia di Km l'anno;
2. porta alla duplicazione di servizi ausiliari sanitari (laboratorio, Rx, ecografia) e non sanitari come le cucine, i guardaroba, il personale ammini­ strativo con funzioni varie;

e) crea maggiore difficoltà nell'int roduzione di sistemi di responsabiliz­ zazione fondati sul principio di definire e verif icare « chi fa che cosa » in quan­ to nelle strutture complesse è facile il rinvio delle responsabilità.

Invece è possibile far leva:

1. sulla diff usione ed assimilazione della cultura del decentramento dei servizi;
2. sull'esistenza di molti servizi per handicappati, strutture protette, SIMAP, servizi e prestazioni ambulatoriali che sono una base su cui investi re uno sviluppo di interventi assistenziali per non degenti che deve essere conte­ stuale alla rist rutturazione degli ospedali che invece debbono carat terizzarsi per la cura agli acuti; .

*la domanda di salute dei cit1adini: analisi politica* 39

e) 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 ter­ ritorio.

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 gesti re e guidare il cambiamento e non di subirlo;

e) realizzazione e mantenimento della fiducia t ra i diversi attori del pro­ cesso di cambiamento che può essere garantito solo con un elevato grado di trasparenza e chiarezza di comportamenti;

*cl)* allargamento della base del consenso attraverso il miglioramento della

capacità di realizzazione passo per passo dei programmi.

Per defini re una strategia di intervento si deve far riferimento ai diversi elemen ti :

*Popola zione:* con particolare riferimento alle classi di età ed alle maggiori informazioni epidemiologiche:

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

Si può perciò verif icare u n aumento della pressione della domanda con forte impatto sociale (bisogni degli anziani) con un aumento dei vincoli (perso­ nale e risorse) che limiteranno invece la capacità di risposta.

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

*M obilità sa nita ria:* elemento importante che si riferisce spesso a fattori generici e non solo dovu ta alle specialità mancanti, le distanze non sempre costituiscono fattore rilevante di ostacolo alla accessibilità dei servizi e per­ tanto questa motivazione non può essere invocata contro una rist rutturazione degli ospedali .

*Territorio:* la caratteristica di distanze brevi per la gran parte del territo­ rio è una caratteristica ideale per pensare ad u n sistema . di servizi in rete d i funzioni, servizi, presidi non duplicati ma t ra loro differenziati complemen­ tari ed integrati.

40 *F. Giovannei/ i*

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

Ragionare in termini di funzioni significa portare la nostra attenzione sui bisogni da soddisfa re e sulle cose da fare sia in termini qualitativi che quanti­ tativi.

Spesso intorno ai vecchi ospedali si aggregano e ruotano in teressi econo­ mici, sociali, politici di vario genere che seppure legittimi e giustificati tendo­ no 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:

1. parta da una riflessione sulle funzioni,

*b)* tuteli gli interessi di tutti i. cittadini,

e) riut ilizzi le vecchie strutt u re 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 de­ f initi:

1. trattamento di patologie acute che richiedono il ricorso ad una strut­ tura dotata di una organizzazione e di una tecnologia complessa che impongo­ no il ricovero dell'utente,
2. trattamenti di patologie croniche e cronicizzanti che richiedono la presenza di operatori specializzati ed attrezzatu re di supporto per un co"ntrol­ lo delle condizioni dell'utente per poche ore durante il trattamento (day­ hospital),

e) erogazione di prestazioni specialistiche (accertamenti, visite, tratta­ menti) 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 ospeda­ le, in apposite strutture ambulatoriali od anche portata da équipes di operato­ ri 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'ambien ­ te 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

*La domanda di sa /li/ e dei ci/ladini: analisi politica* 41



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

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

1. da un vario livello di complessità (costi) della dotazione tecnologica,
2. da un differente grado di specializzazione degli operatori,

e) 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 of­ ferta (ospedale per acuti o lungodegenza).

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

1. dimensioni e caratteristiche della popolazione residente ,
2. caratteristiche del territorio e delle vie di comunicazione,

e) elementi di costo che devono bilanciare aspetti di economia di scala ottenibili attraverso la concentrazione di attività, ed aspetti di qualità ed ac­ cessibilità dei servizi, ottenibile col decentramento.

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

1. ambiti organizzativi in cui si sviluppa una elevata capacità di svolge­ re qualcuna delle funzioni richiamate in precedenza,
2. strutture edilizie destinate a certe funzioni , nel cui ambito si svolgo­ no alcune attività,

e) équipes di operatori altamente professionalizzati nell'aff rontare i pro­ blemi 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 as­ sistenza 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 nel­ la quale il progresso scientif ico mette a disposizione conoscenze sempre più avanzate richiede un modello organizzativo fondato sui seguenti concetti:

1. concentrare gli sforzi per favorire il sorgere all'interno dell'USL di operatori in grado di applicare competenze professionali avanzate,
2. modalità di funzionamento idonee a diffondere il più possibile i be­ nefici 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 ta l i domande .

42 *F. Giovannel/i*

Il modello di rete di servizi funziona in modo da concent rare gli sforzi dell'organizzazione per sviluppare capacità assistenziali in relazione alle esi­ genze prioritarie in modo da diff ondere 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:

1. strutture e servizi qualificati e specializzati,
2. servizi collegati da una attività di interscambio di conoscenze e reci­ proco supporto,

e) 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 t rattamen ti di cu ra.

Oggi l'ospedale è diventato una struttu ra complessa nella quale si concen­ trano conoscenze specialistiche capaci di risolvere stati patologici gravi .

Questa è la caratteristica predominante che permette di garanti re cono­ scenze specialistiche, assistenza continuativa ed attrezzature non disponibili all'esterno.

Il futuro è già iniziato e sarà caratterizzato:

*a)* dalla possibilità di intervenire con ra pidi tà e con risultati efficaci m tempi rapidi su stati morbosi acuti,

*b)* dal peso crescente di strumentazione tecnologica per garantire la si­ curezza degli utenti,

e) dalla possibilità di eff ettuare interventi diagnostici e terapeutici in condizioni che non richiedono più la degenza né la continuità di funzionamen­ to della stru t tu ra.

Nasce il concet to di *cc ospedale pe r acuti »,* ospedale del fu tu ro coi seguent i requisiti:

*A f fidabilità:* di fronte alla possibilità di trattare patologie sempre più com­ plesse, le strutture a ciò preposte devono essere in grado di farlo e non diven­ tare luoghi in cui si generano rischi per gli utenti, l'aff idabilità è garantita da:

1. elevata qualif icazione del personale presente e da con tin uo adegua­ men to di tale qualificazione allo svi luppo delle nuove conoscenze ,
2. possibilità per gli operatori di qualificarsi attraverso il trattamento di molti casi ed attraverso una adeguata varietà della casistica trattata,

e) dotazione strumentale, specif ica delle singole aree di diagnosi e cura e generale dell'ospedale , sofisticata e continuamente rinnovabile con lo svi­ luppo tecnologico,

*d)* capacità di intervenire con tem pestivi tà ed efficacia su situazioni di

cc *eme rge nza » .*

Tale concetto di affidabilità non è statico ma deve essere mantenu to in

*la domanda di salute dei cittadini: analisi politica* 43

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

È facilmente immaginabile che un tale livello di qualità potrà essere ga­ ranti to solo ad un numero selezionato di strutture, in caso diverso si alimen­ tano 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 collegam nto tra le diverse specialità con un continuo interscambio.

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

*lnterdisciplina rietà e sviluppo pro fessionale :* una reale interdisci plinarietà è condizione per stimolare un continuo aggiornamento e riqualificazione del personale medico, infermieristico e tecnico senza del quale si verifica un pro­ gressivo decadimento dei livelli assistenziali.

*Prod uttività:* poiché l'ospedale per acuti costa molto per il livello di at­ trezzature esso deve essere:

*a)* u tilizzato intensivamente, alto grado di u tilizzo delle sue capaci tà di offerta (occupazione posti letto, alto grado di utilizzo delle attrezzature ed apparecchiature diagnostiche, elevato numero di casi t rattati 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,

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

Ment re a tu tt'oggi il parametro di dimensione dell'ospedale è il posto let­ to, bisogna gradualmente passare ad una maggiore attenzione agli indicatori di attività, potenziale e reale.

Anche f isicamente l'ospedale dovrà cambiare con minori spazi per la de­ genza e con ampi spazi per le attività diagnostiche, terapeutiche , riabili tative svolte i n day-hospital.

Debbono aumentare gli spazi dedicati ad u na migliore qualità di perma­ nenza degli utenti: spazi per incont ro coi parenti, per il tempo libero.

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

1. un i tà od aree di assistenza dotate di posti letto sufficienti,
2. sviluppo di attività collegate, come quelle ambulatoriali, di supporto a presidi e servizi non ospedalieri, assistenza tecnico specialistica alle attività territoriali .

44 *F. Giovanne /li*

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

Nelle struttu re protet te sono garantiti cert i servizi sanitari di tipo ripet i­ tivo 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 af frontata in modo più scientif ico 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 ma­ lati critici ed a rischio di vita, sono richiesti modelli organizzativi sempre in grado di garanti re un intervento sanitario all'altezza della situazione.

Per garantire questa sicurezza ai cittadini è necessario che le équipes in­ teressate siano qualificate in tut te le figure professionali interessate ed orga­ nizzate 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 riani­ mazione 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 pos­ sibile che mette in coordinamento le va rie -ufiità critiche (il PS, la Rianimazio­ ne, la Cardiologia, ecc.) che permette loro di fornire risposte credibili al terri­ torio, alle altre divisioni ospedaliere.

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

Anche il livello organizzativo deve fare riferimento alla valorizzazione mas­ sima della professionali tà e della motivazione individuali che incidono diret­ tamente sulla qualità dei servii .

Per tutto il personale infemieristico 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 tu rni sovradimensio­ nati 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 pro­ blemi 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 prof essionista che ha benefici ed oneri del professionista (sti-

*La domanda di salwe dei ci/ladini: analisi politica* 45

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 la­ voro 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 pu rt roppo 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 volen­ tieri 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 convin­ to che la rivoluzione che è in atto nella sanità italiana (anche se pot rebbe non sembrare), preconizza un ruolo fondamentale per la componente infer­ mieristica.

La storia, la vostra storia, la storia della vost ra 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 aff idato era quello di analizzare economi­

camente la domanda di salute, di servizi sanitari, per verificare se da questa analisi si potessero fare delle inferenze in termini di ricad uta sul lavoro infer­ mieristico. Devo dire che ad un primo momento questo compito mi creava un certo imbarazzo; è diff icile cogliere con evidenza questo nesso.

Poi, pensando che il mio intervento probabilmente avrebbe dovuto con­ cent rarsi non già sulla domanda in generale, ma particolarmente sulla do­ manda 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 al­ i'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 emer­

ge come coseguenza 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 classificazio­ ne dei bisogni .

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

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

48 *F. Rossi*

**Bisogni pubblici**

I bisogni pubblici sono pertinenti alla collettività, quindi non sono esclu­ sivi rispetto all'individuo; sono indivisibili, quindi trattandosi di bisogni col­ let tivi e pubblici contemporaneamente, ·vanno a soddisfare il bisogno dell'in­ te ra collet tivi tà entro cui quell'individuo è inseri to.

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 deb­ ba 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 collet tivita 'in quanto tale, che deve farsi soggetto promotore dei procedi­ menti 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 nut rirsi ... e via d i c e n d o .

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

In real tà, noi possiamo fare un'ulteriore distinzione all'interno dei biso- gni 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 riferi­ mento ai bisogni che possono essere soddisfatti da parte dell'individuo pagan­ do u n certo prezzo e quindi ricorrendo al mercato . Bisogni però a cui la col­ lettività annette una tale importanza, da indurla a farsi produttrice dei beni e servizi che vanno a soddisfare quei bisogni; da indurla a farsi f inanziat rice

*La doma nda di salute: analisi economica* 49

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 col­ lettività; 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 insie­ me. Cioè questi eff etti 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 socializ­ zazione, 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, per­ chè 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'A­ rea Critica rientra nella categoria dei bisogni di merito da erogare gratui­ tamente.

La seconda serie di considerazi\_oni riguarderà la modalità di espressione della domanda di salute.

Abbiamo una prima situazione in cui il bisogno, dal suo stato di oggettivi­

tà e quidi di esistenza in natura , viene percepito dall'individuo .

È l'individuo che traduce questa oggettivi tà 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 pot rebbe evidenziarsi . Dallo stato di bisogno l'in­ dividuo 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 me­ no gratuito ai servizi. Se l'accesso è gratuito, sicuramente avremo una mag­ giore frequenza nel ricorso a quel servizio.

so *F. Rossi*

L'altro degli elementi è sostanzialmente individuabile nella densità di ser­ vizi 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 tu tti i casi).

Dunque , fattori individuali che fanno capo all'accesso grat utito o meno; fattori istituzionali che fanno capo o possono essere identificat i con u n'am pia off erta, con un'ampia dotazione di servizi.

Non sempre abbiamo una perfetta corrispondenza tra bisogno e doman­ da; non sempre abbiamo una perfetta corrispondenza tra bisogno oggettivo o bisogno autent ico di salute e bisogno soggettivo o bisogno percepito dall'in­ dividuo.

Vi sono mol ti individui che credono di essere ammalati e mol t i che non sanno d i essere ammalati. La domanda di beni e servizi può essere colt a solo quando investe direttamente la Sanità e quindi, possiamo avere un bisogno autentico non soddisfat to, contro una domanda che va a soddisfare bisogni non autentici.

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

Ilcomportamento del medico di base, primo interprete del bisogno, è sog­ getto a mol te forme di condizionamento, già ricordate dai preceden ti 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, oppu re la . decisione di farlo procedere verso prestazioni e servizi di 2° livello.

Ecco, questo è il modello generale .

Che tipo di diversificazione presen ta la domanda di beni e servizi che possiamo def inire 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 indiscu tibile, di es­ sere in stato cl i bi sogno; non ha dubbi. Di fronte a questa percezione immedia­ ta, molto spesso, se non nella maggior pa rte dei casi, salta il medico di base e si rivolge direttamente a servizi di 2 ° livello; supera fondamentalmen te quel f iltro. 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 f ronte a questo tipo di domanda, attiva dei compor­ tament i che possono essere ri tenu ti ,in generale, abbastanza u niform i.

Per qua nto riguarda questi servizi, dunq ue, si può ri tenere che la doma n­ da e i consu mi che conosciamo riflettono più f edelmente cli quanto non avven­ ga con la domanda in generale, quello che è u n autentico bisogno cli sa­ lute.

*La doma nda di sa /li/ e: analisi economica* 51



Un ultimo punto che vorrei toccare prima di arriva re 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 com­

portamento del consumatore .

Come si comporta il consumatore che esprime la domanda in una situa­ zione i n cu i c'è, ad esempio, un prezzo, u n mercato, ed i n cui il prezzo vie ne 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 diversif i­ ca re 2 estremi, 2 comportamenti : il 1° ha a che fare con i beni e servizi

che possono essere def initi « 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 pen ne, senza subire alcun danno rilevante.

Se questa tipologia ha senso, dobbiamo ammet tere (e alcune indagin i sta­ t istiche lo provano) che il comportamen to individuale può diversif icarsi 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, relatiyamente alle varie

tipologie di beni e servizi ?

Una variazione di prezzo, che sia decisa un icamente 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 decisamen te più sensibile variazione della quan tità che ne viene doman­ data; ed anche questo è ovvio.

Tanto più aumenta il costo che io devo sopportare per andarmi a compra­ re 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 t rat tazione, a quale categoria appar- tengono?

La risposta mi pare evidente.

Bene, vediamo di trarne alcune indicazioni.

La domanda di servizi del!'Area Critica soddisfa un bisogno di merito che la nost ra società considera di notevole esternalità.

52 *F. Rossi*

Non nt1ene cioè, che il fruitore di quei servizi, considerate le notevoli estrnalità 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, i l t icket, non può costit ui re un accet tabile strumento di raziona­ mento, proprio perchè ci si t rova di fronte a problemi che mettono in discus­ sione la vi ta 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 rif erimen to comunemente utilizzato: il P.S. dovrebbe servire a risolvere bisogni u rgent i e improcrastinabili.

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

Il 30% di coloro cle si sono rivol ti ai P.S.,infatti, hanno evidenziato biso­ gni non u rgenti e non congrui che potevano essere soddisfatti bene e con mi­ nor costo altrove.

Infine, qualche considerazione su quanto detto.

Il consumo di beni e servizi riguardanti l'Area Critica, può essere ri tenuto 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 t ran­ quillamente adeguata alla domanda, senza particolari preoccupazioni in ter­ mine di sprechi o iperconsumi .

U n numero maggiore di « Rianimazioni » non dovrebbe portare ad un ri­ corso 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 bi­ lancio e con la considerazione che le risorse sono limitate e quindi scarse. L'espandibilità dei servizi di Area Critica deve comunque mutuarsi con l'esigenza di rendere sempre più efficiente sia l'impiego delle risorse che de­

vono esserevi impegnate, che l'uso globale dei servizi stessi.

Pot rebbero esserci più servizi, ma maggiormente efficienti perchè dobbia­ mo tentare di confrontarci con i possibili « t racie off »; le risorse che dovremo impiegare per potenziare i servizi di Area Critica vengono sottratte ad impie­ ghi alternativi e dunque l'investimento deve essere pagan te economicamente e socialmenete.

Valutare l 'efficienza signif ica verificare qual 'è la composizione dei costi d i quei servizi.

I vincoli temporali mi impediscono un'analisi dettagliata, però penso di po­ ter affermare che se rivalutiamo il ruolo della componente che oggi costa media­ mente di meno, probabilmente aumentiamo il grado di eff icienza di quei servizi.

*La domanda di salute: analisi economica* 53

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

Chiudo dicendo che, se dobbiamo rivedere la componente infermieristica attribuendole maggiori responsabilità e maggior grado di autonomia per au­ mentare il grado di efficienza, beh allora dobbiamo anche riconoscere agli infermieri maggiore grado di autonomia ed un ruolo molto più « pesante» nel­ l'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 u n alt ro discorso!!!



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

**STEFANO BARBIERI** (relatore)

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

**Introduzione**

Un efficace inserimen to ritengo debba tener con to sia delle aspet tative dei dirigenti, dei coordinatori e del resto del gruppo professionale di lavoro nei confronti del nuovo arrivato, sia delle aspettative di q uest'ultimo rispetto all 'équipe di lavoro ed all'u tente.

L'inserimento non può q uindi essere considerato u na tappa a sé stante ma i n t imamen te connesso con alt ri momen ti della gest ione delle risorse u ma­ ne che l o precedono o lo seguono i n tercondizionandosi st ret tamen te.

L'eff icacia e la pu ntualità di funzioni quali l'elaborazione dello standard di selezione, la ricerca delle fonti per il reclu tamento, le fasi della selezione e la scelta finale da un lato, e dall'altro l'addes t ramen to e la formazione, lo svi luppo dell'individ uo, il suo rendimento, il suo atteggiamen to, il grado di iden ti f icazione con l 'azienda, il tipo e l 'intensità della sua adesione al sindaca­ t o, la sua real izzazione nel lavoro ed il suo arricch imen to professionale, sono esem pi di momen t i , aspetti o risu l tat i della gest ione del la risorsa « uomo" che condizionano l'inserimento o ne sono condizionati.

Pa rtendo da queste considerazioni, *l'obiettivo* specifico di questa relazio­ ne sarà focalizzato all'elaborazione di un quadro teorico di riferimento per quan to concerne la «gestione del personale », evidenzia ndo la fase *dell' inseri­ mento* quale momento cruciale nella vita lavorativa di ogn i professionista.

È noto che l 'ingresso in u n nuovo ambiente è sempre c ri tico, per qua lsiasi ope ra tore, ma essendo l'infe rm iere professiona l e l 'opera t ore a l q uale noi de­ dichiamo il nost ro specif ico interesse, dobbiamo tener presente alcune consi­ derazioni:

* in primo luogo l'inf ermiere professionale è ch iamato subi to dopo l'as­ sunzione a farsi carico e non solo, ma anche a saper cogliere i bisogni dell'u­ ten te e dei suoi fam iliari e di conseguenza prendere decisioni e risolvere problem i;
* i n secondo l u ogo egl i deve opera re seguendo u na metodologia scien­ t if i ca per mi ra re all'obiet tivo « salu te», sapendo instau rare u na relazione di aiuto interpersonale con l 'utente, la famiglia, il gruppo, ecc. ..., che caratteriz­ za la professionalità di ogn i operatore infermieristico;
* in terzo luogo egli non opera da solo nel contes to lavorativo, ma si viene a t rova re inserito in gruppi di lavoro ed équipe formate da più f igure prof essiona l i che ri chiedono grandi compe tenze e capaci tà cli l avora re con gl i a l t ri a l fine d i ga ra n t i re p res t a zi on i i n ferm ieri st iche d i a l to l ivel lo.

56 *S. Bll rbie ri*

La gestione **del** personale

Ogni impresa nella gestione del personale opera delle scelte ·che f iniscono per carat terizzare i n modo più o meno origina le il suo rapporto con i d i- penden t i. ·

Questcel te coti t u iscono pol i t iche del persona le, cioè q uell 'insieme di criteri, norme, orientamenti, a vol te espressi a vol te implici ti, vol u ti dal vertice aziendale, progettati e sviluppati dalla funzione del Personale e realiz­ zati operativamente dai dirigenti intermedi nel rapporto quotidiano con i col­ laboratori.

Il vertice, insieme ai quadri aziendali, ha il compito di ottimizza re, nel­ l 'ambito dei vi ncol i e delle opportu n i tà legislat ive e con t ra t tuali, l 'util izzo del­ le risorse u mane, bilancia ndo costan temen t e da u na pa rte gli obiet t ivi genera­ li e priorita ri dell'im presa e, dall'alt ra, i bisogni e le aspettative dell'individuo,

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

La gestione del personale, dunque, è una sintesi di responsabilità, attività ed applicazione di strumen ti, at t raverso i qual i la risorsa « uomo» è:

* *acquisità a ll'orga nizza z.io11e* ( recl u tamento, selezione, accogl i men to ed

*inserime nto);*

* ricom pensata per l'at tività svolta (valu tazione del le prestazioni, ret ri­ buzione diretta ed indiretta);
* formata professionalmente ed indi rizzata alla carriera più oppor tuna­ meritata (addest ramento, formazione, valu tazione e sviluppo del potenziale);
* ammin istrata (gestione ammin ist ra tiva ed adempi menti istituzional i connessi).

Oggi con l'espressione « gestione del personale » si intendono tu t ti gli in­ terventi di natu ra relazionale, am minist rativa, giuridica, programmativa ed organ izzativa, integrat i in un unico disegno che il fattore umano esige, con complessità variabi l i in relazione a livelli di professionalità e responsabilità esistent i.

D'al t ra pa rte non ci si può lim i ta re a pa ragonare il fattore u mano a qua l­ siasi alt ro pa ramet ro aziendale, perché nei suoi confron ti è sempre presen te u n problema che non ci si deve spaventa re di defini re 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 considerazio­ ne se non si vogliono rischia re conseguenze quali la disaffezione più completa o la contrapposizione confli t tuale.

1. ) E. AuTERI-0. BusANA, *Lll gestione del pe rsona le,* ETAS-LIBRI, Milano 1989.
2. G.C. Cocco, *Tecniche di gestione del personctle ,* Buffet t i Ed i tore, Roma 1987.

*l 'i11seri111entu del pe rsonale come si rume1110 di inleg ra zione , ecc.* 57

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

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

Essendo la fu nzione sopra accennata di pa rt icolare i n teresse per l 'obiet t i­ vo di questa trattazione, si procede alla def inizione in modo distinto dei suoi vari aspetti.

Il *reclutame nto* si può definire, in sostanza, come la ricerca, sulla base

di determinate esigenze « dell 'azienda », di u n certo numero di persone in pos­ sesso di requisi ti tali da soddisfare le esigenze stesse.

La selezione del personale è il processo volto a stabil i re, median te l 'impie­ go di tecn iche appropriate, quali t ra più persone sono idonee per le loro qual i- . tà attuali e potenziali e per le loro caratteristiche a svolgere il lavoro a cui sono avviate con soddisfazione sia propria che dell'organizzazione.

Per *accoglime nto* si intende il complesso di iniziative ed azioni program­

mate 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 procedu re, i suoi diritti e dovei-i.

*L'inse rime nt o* è il complesso di iniziative e di azion i 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 ge­ stione 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 pu n to di vista storico si possono int ravvedere due situazioni specif iche 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 « Ca­ po» o ·il gruppo di « capi » a cui era aff idata una certa unità aziendale o un gruppo organizzativo di persone .

Questi capi han no avuto come riferimento costante per le loro azioni di gestione un regolamento, o u n insieme di norme, emanate dai vertici. Sulla base di tal i regole o norme, ven iva im pron tata, da parte d i t u tt i i responsabili , l 'attività di governo nei confronti dei propri subalterni. Data la generalità della regola, tuttavia, ai vari sovraintendent i era di fatto attribuita una note­ vole discrezionalità nell'interpretazione e quindi nella gestione del proprio personale.

Con la nasci ta dell'indus t ria moderna, collegata ad u na profonda e più complessa trasformazione della società, dei valori e della cultu ra, le necessit à degl i ind ividu i inseri ti nel sistema aziendale si sono fat te assai pi ù rileva n t i

(3) A. Z ERILLI (a cu ra di), *Recl111a111e1110, Sele zione e Accogli111e1110 del Pe rsonale,* Fra nco Angel i Edi tore, Mi lano 1975.

58 *S. Ba rbie ri*

e nu merose. Sono emerse, soprat tu t to nelle aziende più avanza te e di maggio­ ri dimensioni, esigenze motivazionali e di produ t tività prima meno avverti te ed ora comunque non più gest ibili con interven t i prevalentemen te gerarchici. Si è ri ten u to al lora necessario abolire il ca rat tere discrezionale « quasi assol u to » del potere dei capi nel l a gest ione del l a risorsa « Uomo», per im pron­ t a rl o i nvece al l e m u t ate cond i zion i . In pa r t icol are si è vol u to ri du r re i l grado di forte soggett ività nella gest ione, a van taggio di una maggiore omogeneità: ciò al fine di rispondere a n uovi e più sen titi bisogn i di miglioramento del

clima interno e governabilità del sistema organizzativo.

Nel con tem po si è andata sviluppando all 'interno delle aziende una n uo\ra f u nzione, il « Personale», con risorse e responsabilità propr ie, distinte da q uel­ le della l inea di quad ri aziendal i.

Si giu n ge così ai tem pi od ierni i n cu i l a divi sione del le responsa bi l i t à nel­ la gestione del personale t ra funzione specialistica e linea (in pa rticolare nelle medie e grandi aziende) si può sintetizza re nel modo seguen te:

* è di responsa bilità della funzione Personale, in accordo con la direzio­ ne generale, l 'archi tet tu ra dei sistemi di gest ione entro i qual i si realizzano le dive rse azioni di governo dei dipenden ti da parte dei quad ri;
* l 'azione dei q uad ri rimane dete rm inan te per t u t to q uel lo che at t iene a l l a gest i one del singol o i ndi vi duo, ovvero l 'appl icazione pe rsonal izzat a su cia­ scun operatore delle norme, procedu re e tecniche stabilite in generale per tutti.

I quadri hanno inoltre u n ruolo essenziale, in quanto fonti prima rie di informazioni sul clima e sulle singole e generali esigenze, nel suggerire e sti­ molare la funzione del Personale e realizza re interventi sia di natu ra globale che specifica.

A r t icol ando poi l 'att ivi tà di gest ione dei dipenden t i nel le varie voci che l a com pon gono, e q u ind i scendendo dal genera le al lo speci f ico, si possono solo individuare delle linee di tendenza generali che lasciano tut tavia spazio ad interpretazion i diversamen te articolate nelle singole real tà 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 Cent ro Fibrosi Cistica di Verona . Il reparto si occupa della diagnosi e cura della Fibrosi Cistica, patologia ere­ ditaria cronica.

I pazienti sono seguiti dal momento della diagnosi f ino alla morte.

L'età dei ricove rati va dai 20 giorni di vi ta f ino all'età adulta. A causa del l e d iversi tà dei bisogni assisten zial i dei pazien t i nel le diverse fasce d'età , i l repa rto è stato sudd iviso i n settori :

1. lattan ti 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 sa­

n i tario, il repa rto non è sede di ti rocinio per gl i all ievi IP e q uindi il persona le neoassu n t o non ha u n bagagl io di conoscenze sufficien t i a garan t i re u na assi­ stenza che risponda adeguatamen te ai bisogni dei pazienti.

Inolt re il turnover del personale infermieristico nel nost ro reparto è ele­

vato (età lavorativa media 4 anni) data la tipologia dei pazien ti ed il carico di lavoro elevato (non solo f isico ma anche con coinvolgimento emotivo).

Per questi mot ivi è necessario un periodo di formazione all'interno del repar to prima che una IP raggi u nga sufficien te autonom ia operat iva.

Dal 1984 l 'inseri men to cost i t u isce u n momen to st ru tt u ra to all 'in terno del nost ro Centro.

Fino al 1990 era organizzato e gestito dai medici di reparto, con il coinvol­

gimento delle IP con più esperienza.

Era strutt u rato in lezioni teoriche ten ute dai medici e tirocinio pratico condotto dalle infermiere.

Questo tipo di inserimen to privilegiava solo due aspett i della professiona­ l i t à i n f'e rm ieristica :

- il sapere (conoscenze specifiche);

- il saper fare (abilità tecniche) .

Il saper essere (atteggiamenti) non emergeva perché il personale medico non poteva t rasmettere un model lo assistenziale non proprio (cioè quello in­ fermieristico). Gli infermieri insegnavano gli aspet ti tecnici, scientifici e t ra­ smet teva no ciascuno il proprio concetto d i assis tenza in ferm ie rist i ca (qu ind i pi ù model l i assist enzi a l i non hasnt i su modell i teorici).

60 *R. Doro, E. Alleg rini*

Nel corso degli anni si è modificata la formazior{è di base degli infermie­ ri, 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 spe­ ri men tare u n n uovo metodo di inseri men to delle IP e di .esserne responsabil i i n pri ma persona. Ci rca u n mese pri ma della data previst a di arrivo di n uo\·o personale è iniziata la programmazione del corso di inserimen to, così da po­ ter pianif icare la tu rnazione delle infermiere responsabili.

Obiet tivo generale del corso era:

*aiuta re i nuovi I P ad acquisi re crite ri, metod i e tecniche infe rmie ristiche speci fiche, che svilu p pa ndo autonomia ope ra tiva fa voriscono un corrétto e ra­ pido inserime n to nel se rvi zio.*

Il corso di inserimento è stato articolato in 4 settimane. Dopo tale perio­ do è stato verif icato il raggiu ngimento di u n sufficiente livello di autonomia e si è quindi passati all'inserimento attivo ed autonomo delle infermiere nel­ l'assistenza diretta . Lo svolgimento del programma è stato aff idato a 3 I.P. istrut trici coordinate da 2 I.P. responsabi li.

Le nuove I.P. sono state aff iancate alle infermiere ist ru t t rici nell 'assisten­ za i l ma tt ino dal l u nedì a l venerdì in u n settore del reparto (a rotazione). Per ogni settimana sono stati f issati gli obiettivi, gli interven ti da attuare, le risorse disponibili, la verifica.

PROGRAMMA DI INSERIMENTO DELLE NUOVE INFERMIERE

**PRIMA SETTIMANA**

OBIETTIVO : *defi ni re la logistica del repa rto e le sue modalità di funzionamento.*

*Pia no:* com'è struttu rato servizi annessi

rapporti struttu rali con altri reparti archivi, deposi t i, magazzini

approvvi gionamen to del le risorse pi ù com u ni

OBIETTIVO : *Descrive re l'équipe d i lavoro ,:iconosce nd o ruolo, fun zioni e respon­ sabi lità di og nu no*

*Pia no:* modalità di .lavoro i équipe

il ruolo dell'I.P. di settore: funzioni e responsabilità assisten­ ziali , organ izzat ive, gestionali e di controllo del sistema in­ forma t ivo e del le ri sorse material i

*L'i11se ri111entu degli infermieri: due esperienze a cunfronlo* 61

*Risorse: Verifica:*

CS, IP, altri operatori

descrizione delle situazioni più comuni

**SECONDA SETTIMANA**

OBIETTIVO: *descrive re le patologie più frequenti ed ind ividuarne gli esami clini­ ci e te rapie fa rmacologiche. correlate.*

*Formali z za re la prese nza della nuova I P all 'équipe di set tore.*

*Pia no:*

*Risorse: Verifica:*

lezion i tenute da IP con l'intervento di altri operatori su ri­ chiesta delle coordi natrici

CS, IP, alt ri ope ratori, quadern i d i. repar to, bi bl iograf ia

colloquio (per verificare il livello di apprendimento) e succes­ siva programmazione della terza settimana .

**TERZA SETTIMANA**

OBI ETTIVO: *descrive re le pa tologie più freque nti ed ind il'id ua rne gli esa mi cli11i­ ci, terapie farmacologiche corì-elate ed* i*presid i e le att rezzature in dotazio­ ne al repa rto.*

*Ap pre ndere le modalità più .se mplici di FK T respi ratoria*

*A f fida re alla nuova IP la gestione autonoma di 1-2 pa zie n ti.*

*Pia no:*

*Risorse: Verifica:*

parteci pazione at.tiva alla vita di reparto secondo modal ità stabili te con IP ist ru t t rici - appoggio al la FKT. ·

CS, IP, FKT, alt ri operatori, quaderni di reparto, bibliografia.

Colloquio con sintesi delle competenze acqu isite nelle 3 setti- mane e simulazioni. ·

**QUARTA SETTIMANA**

OBIETTIVO: *assiste re autonoma mente pa zie nt( af fidati.*

*Pia no:* gestione completa dell'attività del settore con la supervisione dell'IP istruttrice

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

*Verifica e*

*l'aluta zio11e:* col loq uio genera le e sim u lazion i.

62 *R. Duru, E . Alleg rini*

L'insegnamen to delle diverse patologie fatte dalle IP istru t t rici, è stato cent rato sui problemi che i pazienti presen tano, ad esem pio la seconda set ti­ mana sono state approfondi te le patologie (es. Fibrosi Cistica, Celiachia, Dia r­ ree Croniche) che comporta no problemi a livello digest ivo.

Sono stat i spiegat i ed esegui t i i n part icolare gl i esam i d iagnost ici neces­ sari per l ' i nq u ad ramen t o dei problem i i n test i nal i e stud ia te le tera pie fa rma­ cologiche e le diete prescritte i n quest i casi.

La terza settimana sono state invece discusse le patologie che comporta­ no problemi respi ra tori (es. Fibrosi Cistica, Asma, Broncopat ie croniche), gli esam i correlati e le terapie farmacologiche e f isioterapiche p rescri t te.

Du rante lo svolgimento del programma sono stati organizza ti degli incon­ t ri ten u ti da persona le di repa rto (medico e non) per approfond i re alcuni aspet t i che si sono rivel a t i problemat ici .

In totale sono stati tenu ti 12 incont ri , aperti a tu t to il gruppo infermieri­ stico, che han no così rappresentato anche u n momento di aggiornamen to interno.

Tematiche degli incontri

ri na l i t à ist i t uziona l i del Cen t ro e me todologia gene ra l e ciel l avoro ( t e­ n uto dal primario il prof . Mastella)

norme organizzative del reparto (IP Doro)

elementi di puericultura (VI Castellan i) il lattante malato (dott. D'Orazio)

la Fibrosi Cistica aspetti generali (dott. Barlocco)

i l bam bino i n nu t rizione parenterale , problem i e stra t egie (psicologa dot t. Perobe Il i)

il nebulizzatore ul t rason ico: mon taggio, smontaggio, disinfezione (au­ siliario Gazzieri - IP Doro)

la tenda ossigeno montaggio, manu tenzione, uso e disinfezione (aus. Tosi - IP Doro)

pompe inf usive, scelta - modalità d'uso (IP Longo)

f isioterapia respi ratoria: aspetti general i (FKT Cappellet t i e Cornacch ia) i l pazien te adolescen te: problema t iche, comu nicazion i, at teggiamen t i (psicologa dott. Perobelli)

ossigenotera pia : motivazion i e aspetti tecn ici (dott. Braggion aus. Tosi) elementi di genetica della Fibrosi Cistica (dott. Cabrini - dott. Borgo) pianti di n u rsing per le emergenze (emottisi, ematemesi , convulsion i febbrili, shock anafilattico, pneumotorace) (IP Allegrin i).

I l momen to dell a verif ica, a l t erm ine d i ciasc u na sett i ma na, è stato u t i l iz­ zato per val utare il livello di conoscenze ed autonomia raggiunto, per rispon­ dere a quesi ti, per modificare il programma del corso a seconda del livello raggiu nto.

*L'i11seri111e111u degli infermieri : due esperienze a cu11 /ru11tu* 63

Molta importanza è stata data alla relazione IP-paziente e famiglia, che di solito costi tuisce un momento critico nell'assitenza q uotidiana.

Ci sono stati momenti di verif ica di gruppo e momenti di verif ica indivi­ duale con colloquio fra neo IP e IP coordinat rici.

Sono stati inolt re fatti degli incont ri fra IP responsabili (coordinatrici ed ist rut t rici) per tara re il program ma a seconda delle esigenze delle nuove col leghe.

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

Dopo 3 mesi dall'inserimento è stato chiesto alle nuove infermiere di dare u na valutazione dell'esperienza vissuta e, visto che le 4 infermiere inserite avevano avuto precedent i esperienze di lavoro in alt ri repa rt i, è stato possibi­ l e fare u n conf ron to con l 'inserimen to vissu to i n al t re rea l tà (neu rologia , ma­ lattie infet tive, geriat ria, lungodegenza).

In quasi tutti i reparti l'inserimento non è guidato, preparato e soprattut­ to graduale, ma è affidata alla responsabilità del singolo operatore l'apprendi­ mento di conoscenze, abilità e at teggiamenti peculiari del re parto.

Spesso le nuove infermiere t rovano un ambiente ostile; a vol te c'è un at­ teggiamen to di « non n ismo» nei lo ro confron t i (« noi non siamo state aiutate q u i nd i arra ngiat i! »). Inol t re spesso non esiste materiale scri tto (es. q uadern i di reparto con descrizione di materiali, protocolli assistenziali) cui le n uove 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 tem po alle nuove leve per potersi in tegra re .

Si pensa a torto che la Scuola dia u n bagaglio cu l t u rale sufficien te, e anche se così fosse, q uesto è com u nq ue insuff icien te per poter appl icare mo­ delli assistenziali studiati solamente in modo teorico.

Laddove l'inserimento è considerato un momento importante per l'assi­ stenza nel reparto, esso è ancora aff idato a personale medico, che trasmette al le infermiere il proprio modello assistenziale e proiet ta su di esse la propria visione di infermiera (ruolo di sup plenza e di suppor to esecut ivo alle attivi tà mediche).

Tu t to q uesto lim i ta l a capaci t à del gruppo i n fermierist ico d i appropria rsi della specificità del ruolo.

A conforto di quanto espresso presento uno schema elaborato dalle infer­

miere ultime arrivate nel reparto in cui opero e che vuole evidenziare le diver­ se modali tà di inserimento e le contrastan ti possi bili tà di applicazione dei modelli cogn it ivi appresi du rante il corso di formazione infermieristica.

64 *R: Duru, E. Alleg rini*

*Ind icazioni rice vute dalla S cuola*

*Espe rie nze negli alt ri Repa rti*

*Espe rie nza del Centro Fibrosi Cistica*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Inserimen to preparato e gu ida to | Inserimento non prepa­ rato non guidato . Si va al lo sbaragl io | Inserimen to preparato gu idato e grad uale |
| Preparazione di tipo cli­ | Non aggiornamen to | Aggiornamento |
| nico, infermieristico ge­ | Formazione sulle. speci­ | Formazione sulle speci­ |
| nerale | f icità operative infe r­ mierist iche | f icità operative infer­ mieristiche · |
|  | Ruolo di prevalente sup­ | Ruolo di collaborazione |
|  | plenza | con l 'équ ipe assistenzia­ |
|  | Supporto attività med ici | le |
| Processo di n u rsing | Lavoro per corripiti-roll­ | Orientamento verso il |
| PianÒ di assistenza | tine | processo di nursing |
|  | Difficoltà a rilevare e | Tensione alla rilevazio­ |
|  | soddisfare i bisogni del­ | ne e soddisfazione dei |
|  | le persone ammalate | bisogni |
|  |  | Attenzione alla relazio­ |
|  |  | ne e comu n icazione |
| Correttezza nel rappor­ | Rapporti intra-P.li | Rapporti intra-P .li |
| to di lavoro inter-i ntra | Solidarietà e appoggio | Desiderio di trasmettere |
| professionale · | . nel cercare insieme u n | un metodo di lavoro co­ |
|  | metodo per migliora re | struito da.I gruppo e ri­ |
|  | il lavoro di tutti | tarato nel tem po |
|  | Rappor ti int.er-P.li | Rapport i inter-P.li |
|  | Fiducia f inché c'è est ra­ | Fiducia e richiesta in­ |
|  | neità ai conflitti preesi­ | formazioni dopo l'inseri­ |
|  | stenti | men to |
| Sistema informativo e | Trasmissione orale sal- | Tensioni alla: cost ruzio­ |
| metodo di lavoro for- | * tuaria e incompleta | ne d i strumenti di co­ |
| male |  | mun icazione forrnale e |
|  |  | com pleta |
| Val utazione risu l tati | Metodo di lavoro diso­ | Metodo di lavoro preva­ |
|  | mogeneo | lentemen te omogeneo |
|  |  | Elaborazione protocol,l i |
|  |  | assistenziali |
|  |  | Tensione alla costruzio­ |
|  |  | ne di u n sistema di au­ |
|  |  | toval u t azione |

# *IERI ABB IAM O DETTO ...*

**CONSIDERAZIONI SULLA GIORNATA PRECEDENTE**

CASCIOLINI ERNESTO

I.P. Rianimazion e 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. Riani mazione Policlinico Gemelli - Roma

SIMEONI BIANCAMARIA

V.I.S. Rian imazione Ospeda le Bam bino Gesù - Roma





Ricordiamo in poche parole i l con tenuto delle relazioni presen tate ieri dai nost ri colleghi.

L'apertura del congresso è stata tenuta dal nost ro presiden te Elio Drigo. Egl i, nella sua relazione, ha evidenziato l'incongruenza del sistema sanità per i l quale il recupero della salute è u n fatto marginale, privilegiando, invece, gl i aspet ti economici e i poteri social i e cultu ra l i. Inolt re ha fatto risal ta re u no degl i aspetti meno evidenziati della nost ra professione: la sua « femminili­ tà », in tesa come sensibilità, emotivi tà delle storie vissu te quotidianamente, come attenzione particolare rivol ta alla persona. Però questo lato positivo vie­ ne inf iciato da u n aspet to negativo quale la percezione errata, da parte dell'u­ tente, dell'assistenza infermieristica: essa viene considera ta di livello inferio­ re e dipendente dalla com petenza medica. Tale dipendenza fortunatamente è i n via di esaurimento per il maggior spazio di autonomia conquistata nella real tà lavorativa. Ne consegue u n'espansione dei ruoli infermieristici in quan­ to dobbiamo considera re terapeut iche tutte le relazioni umane che hanno un effetto benefico sulla persona. Drigo ha infatti affermato: « l 'infermiere è (quindi) u n te ra peu ta » . Da t u t to ciò risu l ta che lo scopo di tutte le att ività sanita rie è la cen t ral i t à ciel malato e non più q uella del le f igure professionali che lo assistono. Tutte le professioni sanitarie han no pari dign i tà! A conclusione, la nost ra forza è e deve essere quella di voler cambiare la realtà e il cammino dell'ANIARTI seguendo questo sentiero.

In seguito la vice presiden te Claudia Silvestri ha fatto un *excursus* storico sulla presenza dell 'associazione nella realtà infermierist ica degli ul timi dieci an n i , partendo dal concetto cl i infermiere d i rian imazione e terapia intensiva , per arri va re al l 'iden t i f icazione di Area Crit ica e del ineando con maggior chia­ rezza la f igura del l 'infermiere che vi opera.

Al t ro grosso traguardo dei dieci anni di attivi tà dell'associazione è stato la formulazione e la recente attuazione d'un programma unita rio per la spe­ cializzazione dell'in fermiere in Area Critica.

Adden trandoci poi nell'analisi dell'at tuale, la collega Dal ponte ha eviden­ ziato le differenze d i u n sistema organizzativo di Area Critica, gestito all 'in ter­ no e a ll 'esterno dell 'ambien te ospedal iero, facendo risal ta re: la complessi tà del sistema; le leggi e le regole che lo compongono; gli utenti ai quali è diret­ to; il numero degli operatori coinvolti e la loro professionalità; le tecnologie impiegate; le motivazioni e il rifiuto del sistema stesso, vedendo il rifiuto co­ me motivazione al cambiamen to del sistema o come fuga da esso.

Le relazion i successive, ten u te dai clott. Giovannelli e Rossi, han no analiz­ zato i due aspet t i della domanda di salute dei cittadin i: quello economico e q uello pol i t ico. Il dot t. Giova n nelli ha espos to u n'anal isi della domanda e del­ l'offerta ciel suo paese, mettendo in discussione la struttura ospedaliera come

68 *Ieri abbiamo del/ o ...*

risposta adeguata alle esigenze sanitarie della popolazione. Ha dimost rato in effetti che il decentramento ospedaliero ha ormai solo un valore storico ed, anzi, rappresenta un effettivo ostacolo strut turale della ri forma. Propone, in alternativa a ciò, un sistema di servizi in tegrati che tenga in considerazione l a situazione socioeconomica e i bisogni emergent i della popolazione. Il dott. Rossi, invece, ha fat to u n 'anal isi econom ica della domanda di salute dei ci t t a­

dini, distinguendo i bisogni in collettivi e individuali, dove, comunque, in quelli individuali, egli ha detto, vi è l'esternalità delle persone non diret tamente coin­ volte, le quali interagiscono per soddisfare gratu itamente i bisogni del singo­ lo. Ai f ini economici ha sottolineato che è possibile ottenere un risparmio consistente dei cost i collettivi, fornendo una educazione sanitaria adeguata, che eviti i l presenta rsi di un numero elevato d i prestazioni non u rgen ti in ambi to di pron to soccorso, esegu i bi l i al t rove in modo m igl iore e con m inor costo.

Nella relazione conclusiva della prima mat tina della Sig.ra Lupano è sta­ to posto l 'accento, dopo un b reve richiamo storico sulle tappe fondamen tali della professione infermieristica, sulla necessi tà che gli infermieri si rendano conto che, tanto più si adeguano all'attuale situazione di sfascio organizzativo e di latenza nella presa in ca rico delle responsabili tà, tan to più si abbasserà i l l ivello delle prestazioni san i tarie e il riconoscimen to sociale del ruolo della professione infermieristica .

La sessione pomeridiana ha proposto le tema tiche inerenti l'organizzazio­ ne, esaminando in specifico un importante strumento d'integrazione organiz­ zativa: l'inserimento. Il primo relatore, il collega Barbieri, ha esposto il mo­ dello di riferimento in ambito aziendale per l'inserimento dei neo assunti, evidenziando i pu nt i di convergenza e di diversi f icazione con un sistema di t ipo pubbl ico. Le colleghe Doro e Allegrin i ha n no presen ta to u n'e s.pe rien za d'inserimento di infermieri neo assunt i in u n reparto ospedaliero, e\)'idenzian­ do la diversità tra un inserimento di tipo gu idato e uno, diciamo, di tipo « sel­ vaggio», pu rt roppo più comune.

Sia in mattinata che in pomeriggio è stato interessan te il dibat tito, che ha visto la partecipazione d i 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. *Int rod uzione*

Tra i materiali che ho consul tato per preparare questo inte rvento ho t ro­ vato una definizion e di stress che rimanda ad una immagine suggestiva: stress, i l ki l ler silenzioso .

Infatt i gl i effet t i del lo stress possono essere tragici per l 'individuo e per l'organ izzazione lavorativa e spesso essi giungono senza particolari segn i pre­ monitori . Una categoria particolare di questi effetti è stata denominata

« bu rn-out».

Lo stress oltre che essere una parola d i moda è diven tato uno dei temi che la psicologia moderna sta aff rontando con sforzi crescenti.

Le sue implicazioni sulla salu te delle persone e sul l 'eff icienza dei servizi com portano del le ricadu te sociali, economiche ed in u l t ima anal isi pol i tiche che hanno contribui to a dilatare l'attenzione verso questo concetto e contem ­ poraneamente hanno esteso il signif icato e l'uso del termine in ambiti molto vari.

Oltre 300.000 pubblicazioni scientif iche sullo stress negli ultimi 20 anni (CAPRARA e BoRGOG Nl , 1988), per non parlare di quelle divulgative che ormai con cadenza quasi quotidiana ci assillano in pe riodici e quotidiani, testimo­ n iano l 'importanza assun ta dal tema.

Inolt re questa cifra è un indicatore delle incertezze e delle ambigui tà che circondano questo argomento, dei molti e diff erenti significati attribui ti al termine e delle possibili differenti prospettive con cui può essere analizzato.

2 . *Prospetti ve teoriche*

Il concetto di stress è fonte di ricerche i n almeno q uat tro discipl ine: la biol ogia , la med icina, la psicologia e la sociologia .

I n umerosi interrogativi irrisolti circa i rapporti mente-corpo ed eredi­ tarietà-ambi ente permettono n umerose 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 indivi­ duale ma è un processo dinamico implicato nel rapporto individuo-ambiente .

Lo stato di stress riflette le difficoltà della persona a ra pportarsi con u no o pi ù settori della propria vi ta. Il rapporto con l 'ambiente di lavoro, familia re,

70 *M . Sa nlinello*

sociale e nat u rale viene percepi to come aff aticante e richiedente una serie di sforzi, risorse e abilità superiori a quelle che la persona ritiene di disporre . La discrepanza t ra richieste dell'ambiente e risorse del l'individuo è l'ori­

gine cli u n processo che può costituire un rischio per il benessere clell'inclivicluo.

L'innesco ciel processo cli stress può essere dovu to a molte fonti e tu t te fanno parte della routine della vita quotidiana.

Il killer silenzioso, che abbiamo chiamato stress, colpisce soprattutto suc­ cessivamen te ad esposizione a situazioni stressa n ti non in tense ma frequent i e p rol u ngate nel tem po.

Ma non dobbia mo pensare ad u n rapporto di ret to cli cause-effett i ossia st ress-patologie psicosoma t iche.

Benché i suoi effet ti sulla salu te siano ampiamente dimost rati (PANCH ERI, 1984) la variabilità con cu i essi si manifestano in corrispondenza a d iversi fattori causali è spiegabile se si tiene con temporaneamen te presente il ruolo svol to da ll 'ind ividuo come u ni tà bio-psicologica e i signif icati che la persona at tribuisce alla situazione .

Lo stress va inteso du nq ue un concetto relazionale ossia u n fenomeno comprensi bile se si anal izza la complessa relazione individ uo-am bien te ed, a l­ l 'interno cli essa, il ruolo svolto dalle struttu re cogni tive della men te .

Come sostiene LAZAR US (1981) le persone non sono semplicemente vi t time del lo stress, ma a determinare lo stato finale della persona cont ribuisce :

1. il modo con cui essa valu ta l 'evento o l a situazione st ressante (valu­ tazione primaria) ;
2. se l 'ind ivid uo ri t iene d i d ispor re del le abil i tà o del le ri sorse pe r f ron­ teggiare la si tuazione o event uali alternative ad essa (valu tazione secondaria).

Sarebbero questi processi cognitivi di val utazione a determinare la quali­ tà della relazione individuo-ambien te socia le .

Dopo ques ta fase l 'individuo cerca di far fronte all a situazione.

Il fron teggiamento è cost i t ui to dalla serie di tentat ivi e sforzi att uati a l ivel lo com por tamen tale e cogni t ivo vol t i a tol lerare, ridu r re o superare q uel­ le richieste interne o esterne alla persona che hanno innescato il rapporto stressante .

Spesso tali tentativi di risolve re la situazione problemat ica f iniscono per peggiorarla . Per cui non è raro notare come individui o gruppi stressati inav­ vertitamente creano o inducono negli alt ri reazioni che possono man tenere o inc rementare le risposte cli ma lessere (MEICH EN BAU M, 1990).

Qu indi di importanza cruciale sono le capaci tà dell 'individ uo cli ri prest i­ nare l'equilibrio turbato dalla situazione di stress. Occorre che le persone d ispongano di strategie, conoscano meccanismi, acquisiscano abilità vol te ad attenuare o contrastare le alterazioni con nesse alla situazione cli stress.

Alterazion i che se prevenute possono essere recuperate completamente ma che possono anche cron icizzarsi in patologie più o meno gravi.

*Lu s t ress: aspe /li generali e riflessi re/a zionali* 71

1. *S tress e lavoro*

Da questa breve premessa risu l ta chiaro che il lavoro non è l'unica fonte d i stress. Tu t ti i ruoli che ricopriamo nella nost ra quotidian i tà si prestano ad essere possi bil i fattori problematici.

Ma i l lavoro, per i l tem po che occupa nella vi ta d i u na persona e per il valore che assume, è sicuramente una delle cause principali.

La lista degli aspetti dell'organizzazione lavorativa maggiormente connes­

si 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, t ra desideri e soddisfazione, t ra aspet tative e risul tati, t ra obiet ti­ vi ind ividual i e q uelli dell'organizzazione dove si lavora.

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

Certamen te alcu ne realtà lavorative sono più stressanti di al t ri. Lavorare in reparti di medicina generale in u n piccolo ospedale può esse­

re paragonato col lavoro in una rianimazione di un famoso policlinico u niver­ sitario?

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

Occorre recu perare e da re importanza al ruolo dell 'i ndividuo, all'impor­ tanza che egl i attribuisce al le sue mete e a q uelle assegnate all'organizzazione ed al la probabi l ità del loro raggiu ngi men to.

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

Ma mettiamoci nei panni di chi deve raggi u ngere 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 raggi u ngerle ?

Ecco che spesso a livello personale si tenta di fare tut to, di fare il meglio possibile, ci si arrabbia per come le cose pot rebbero essere fatte, ecc. Ma il disagio subent ra inevitabile e sarà tanto maggiore quan to più tali obiett ivi sono poco def initi o ambigu i.

Ed inf ine, tali mete, obiettivi, ecc. sono vissuti come qualcosa da raggiun­ gere, u na sfida da accet tare o costituiscono una minaccia alla propria stabi l i­ tà , qualcosa d i ii11posto al proprio t ran-t ran, qualcosa da evitare?

Diventa a questo punto inevitabile tirare in ballo i differenti livelli gera r­ chici presenti in ogni organizzazione lavorativa. È pensabile u na intelligente poli tica motivazionale che sappia organizzare le strutture per obiettivi, con chiari piani di lavoro e che ponga sfide e non minacce?

72 *M . Sa ntinello*

Per fornire le risposte eff icaci è necessaria una visione dell'organizzazio­ ne come sistema aperto, proiet tata sul futu ro, talvolta a valorizzare le risorse umane.

4. *Vulnerabilità ind ivid uale*

La ricerca sullo stress ha evidenziato come alcune caratteristiche di per­ sonalità possano rendere alcuni individui più suscettibili di alt ri ad una gam­ ma di stimoli e situazioni potenzialmente stressanti.

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

Al t re volte i danni sono a carico del sistema psichico e si traducono i n nevrosi, forme depressive, ecc. L'i ndividuo rist ru t t u ra il proprio modo di ve­ dere il mondo e gli altri.

A modulare le risposte sono alcune caratteristiche d i personalità quali: il « nevroticismo » ossia il grado con cui u na persona tende ad essere ansiosa; il *focus of contro!,* ovvero se una persona ritiene che la propria vita sia risul­ tato delle prop rie abilità e fatiche o piuttosto della fortuna, del destino, ecc.; l'aggressività, l a competitivi t à sono al t ri t rat ti di persona li tà che agiscono in modo pi ù o meno rilevante a predispor re, ampl ificare e prolu nga re l 'esperien­ za stressante.

L'impatto dello stress sulle relazioni interpersonali è generalmente nega­ tivo. La persona tende a ridurre le occasioni di contatto sociale, iniziando u na sorta di cammi no verso l'isolamento. Diventa meno disponibile, più irri­ tabile, per cui le relazioni con i familiari e con i colleghi di lavoro si deterio­ rano progressivamen te spesso senza rendersene conto se non quando la situa­ zione è diventata molto crit ica.

Nel lavoro si diventa intrattabili e il gruppo di colleghi un po' alla volta procede all'isolamento. In famiglia il clima affettivo si raff redda progressiva­ mente, ed il nucleo familiare diventa a rischio di disintegrazione .

I rapporti interpersonali diventano freddi e distaccati. Nel lavoro questo signif ica tratta re i pazienti meccanicamente, senza coinvolgimento e passione. Siamo al bu rn-out.

*sf te* .*fa; ·e {·*

*?'* - *.-c-·dL*

Se lo stress è u n processo multifattoriale diventa illusorio eliminarlo to­ talmente. SELYE fa notare che « Una vita sarebbe noiosa senza la sf ida di situa­ zioni stressanti ».

Ma questo non significa che non possa essere controllato, gestito e ridot to a livelli tollerabili, mi nimizzandone gli effet ti. È chiaro che l 'interven to può rigua rdare l 'individ uo come l 'orga nizzazione lavorativa. In ent rambi i casi ciò implica un cambiamento nello stile di vita, nel comportamento individuale, nelle modalità di lavorare.

Per l'organizzazione che voglia realmente preveni re le sindromi da stress

*Lu st ress: aspe/li gene ra li e ri flessi re/a zionali* 73



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 tem po 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 u tili in quella particolare situazione, monitorando il livello di bu rn-out con ind icatori standa rdizzati.

La diagnosi pe rmetterà di rispondere ad alcune quest ioni crucial i: qual è il livello di stress t ra gli operatori ? Ci sono cause legate all'orga­

nizzazione che contribuiscono a elevare i livelli di stress?

Quale di queste cause può essere modif icato efficacemente?

È necessario capire infatti se la causa è legata al con testo lavorativo op­ pu re se incidono pesantemente problemi individuali o extralavorativi.

Ma spesso la scarsa conoscenza dei meccanismi dello stress e le lim itate risorse f inanziarie orientano verso la scel ta di programmi-interven t i brevi e già predisposti. Naturalmente da tale tipo di investimento ne derivano scarsi risultati.

Sulla base di u na corretta diagnosi organizzativa sono possi bili 4 catego­ rie generali di programmi di intervento per prevenire e ges ti re le cause di stress. La scelta di tali programmi è stata suggerita dai seguenti criteri:

* 1. mol te ricerche hanno dimost rato il legame t ra interven ti su questi ambi t i e riduzione delle conseguenze negat ive dello stress;
  2. i concetti a cui si riferiscono dovrebbero essere familiari ai respon­ sabili della gestione del personale;

e) la loro realizzazione con tribuisce ad aumentare l'efficienza organiz­ zativa;

*cl)* non sono basati su mode passeggere cui la letteratu ra sulla gestione e formazione del personale non è esente.

I q uatt ro progamm i di interven to sono così riassum ibil i:

I ) *j;,avora re pe r obiettivi e piani \_*

Questan;dailtà di organizzare il lavoro chiarisce le aspet ta tive, permette feedback sulla performance e incrementa l'autostima e la soddisfazione pro­ fessionale. Migliora la qualità della performance ed aumenta la sensazione d i con t rollo sull'ambien te di lavoro, riducendo incertezze e ambigui tà. Occor­ re saper definire obiettivi a lungo e a medio termine che siano verificab il i e misu rabili.

1. *Pa rtecipa re alle .deçisioni*

Molte ricerche hanno dimost rato come la partecipazione ai momenti deci­ sionali abbia effetti sulla salute psico-f isica dei lavoratori.

Tale filosofia di managment riduce i conflit ti e le ambiguità di ruolo. Inol-

74 *lvi . San1ine /lo*

t re determina u n maggior coinvolgimento personale e permette un flusso di comunicazioni più aperto.

Le decisioni riguardano importanza e ambi ti diversi e l'eff icacia di questa strategia sarà tanto maggiore quan to più sono importanti e sign if icativi i pro­ blemi su cui si è chiamati a decidere. Lo st i le cli leadershi p deve dunq ue esse­ re elast ico e va ria re in f u nzione del ti po cli decisione, del tem po a disposi zio­ ne, dell'esperienza degli operatori .

1. *La st ruttura dei con.1p\_iti e delle 111.a11sioni*

Non ser e la direzione pé'1· obiettiv( se il l ÒÌ-o non comporta responsabi­ li tà, signif icato e permetta cli cogliere la qualità delle proprie prestazioni . In alt re pa role occorre prevedere margini di au tonomia professionale (po­

ter fare quello che si ri tiene sia la cosa migl iore), standard di quali tà e mecca­ n i smi informat ivi che indichi no con chiarezza la qualità della prestazione (feed­ back), varietà delle mansioni (poter usare le proprie abilità in compiti diversi) e dare significato a quello che si sta facendo (svolgere compi ti che port ino a qualcosa di ri ten uto importante).

Molte ricerche hanno dimostrato come questi fattori possano motivare i l personale se accom pagnati da occasioni periodiche di apprendimento/ag ­ giornamento e svi l u ppo professionale.

*4)\_ i tema di monitoraggio period ico*

Int rodurre un sistema di valutazione periodica standardizzato volto a co­ gliere 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 risul tati e conseguenze negative.

Il personale deve avere garanti to l 'anon imato in fase di raccol ta dei dat i e i risul tati vengono discussi con tutti a piccoli gruppi o i n apposi t i incon t ri. Tale sistema coinvolge tutti i livelli gerarchici dell'organizzazione lavo­

rativa.

Questo programma comporta un positivo impatto nella percezione del la­ voro da parte dei dipendenti se notano che la direzione tiene conto dei risulta­ ti che emergono. Il successo di questa iniziativa richiede alcuni requisit i:

1. il supporto della dirigenza;
2. la èbn t i nui tà del tempo;

e) l'anonimato dei questionari con cui sono raccolti i dati;

*cl)* l'analisi dei risul tati da parte dei dirigenti e il loro utilizzo;

1. l'uso di strumenti standardizzati e di ricercatori competenti;
2. la comu nicazione dei risu ltati a tut ti .

Quando l 'uso diviene sistematico, l 'esperienza di mol te aziende ha dimo­ st rato che si può agire con facili tà su mol te variabili che incidono nello st1·ess. Inol t re in u ni tà particol a rmente st ressan t i sono stud iabil i forme di rot a­ zione del personale e la creazione cli gruppi d i supporto sia tecnico che emoti-

*Lo st ress: aspelli generali e riflessi re/a zionali* 75



tivo al personale attraverso la programmazione di incont ri periodici.

In tali incont ri sarà possibile per il personale scaricare le tensioni con­ nesse all'ambiente di lavoro. Inolt re, a seconda dei casi, lo scambio di parere e informazion i permetterà d i off rire appoggio o ,<;oluzion i a diversi problemi evidenziat i. In f ine l'ascol to del personale permetterà d i aumentare l 'autocon­ sapevolezza negl i stessi dei meccan ismi emotivo e cogn i tivi impl icat i nel le re­ lazioni con gli utenti o tra i l 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 diver­ se società di consulenza.

Sono in genere incont ri variamente strutturati orientati a specif iche cate­ gorie professional i, che possono du ra re da u na mezza giornata a due/t re gior­ nate di lavoro.

Generalmente vengono analizzate temat iche organizzative e dinamiche in­ dividuali. Queste ultime vengono analizzate per aumentare il controllo sulla propria emotività oppure per modificare alcune strategie cognitive usate abi­ t ual mente.

Le ricerche riguardanti l'efficacia di queste forme d i train ing personali sono incoraggian ti per quan to riguarda i risu l tati a breve termine (en t ro 6 mesi), men t re sono ancora troppo scarse le indicazioni sugli effet ti prodot ti più a lunga scadenza (BU NCE, 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. Inolt re si forniscono u na gamma di possi bil i strategie, incremen tando alcune abilità personal i per ri usci re ad usare lo stress cost ruttivamen te.

Credo vadano sottolineati alcuni pericoli :

* l'illusione di trovare in queste proposte ricette pron te e facili da usare in tutte le situazioni;
* la presenza sul mercato formativo di prodotti non sempre all'altezza d i quan to promettono .

La gest ione dello st ress im plica dei cam biamen ti individuali e organ izza ti­ vi e tut ti conosciamo come ogni cambiamento porti con sé resistenze , insicu­ rezze, remore, conflitti a vari livelli.

Ed inoltre non va dimenticato il ruolo di fa t tori esterni al lavoro come la famiglia e i propr i stili di vi ta più e meno a rischio (pensiamo per esempio alle abitudin i alimentari, all'esercizio f isico, ecc.).

Occuparsi della gestione dello stress implica dunque u na riflessione su se stessi e sulla propria organ izzazione. Solo successivamen te è possi bi le i n­ n escare il cambiamento. Dalla consapevolezza della necessità di cambia re oc­ corre poi individuare le 1-isorse e le motivazioni che fungono da carburante per il processo complessivo. A volte ciò può implicare programmi e iniziative

76 *M . Saniinello*

costose economicamente e psicologicamente oltre che lunghe nel tempo.

Ma quanto costa un elevato t asso di turnover, la bassa qualità delle pre­ stazioni, l'assenteismo, la conflittualità che inevi tabilmente si creano in situa­ zioni di stress? Abbiamo visto come alcuni interventi siano possibil i sia a li­ vello individuale che organizzativo. La valorizzazione delle risorse umane e la crescita professionale personale passano anche attraverso queste opportunità.

**Bibliografia**

Bu NCE D., *Reducing ocrnpatio1rnl si ress.* Report n . SI02TN Universi ty of Scheffield, 1 989. CAPRARA G.V., BoRGOG NI L., *S t ress e organizza z ione del lavoro. Bol/euino di Psicologia*

*Applicata,* 187/188, 5-23, 1988.

LAZARUS R., *The s t ress and coping pa radigm.* In *Eisdorfe r* (ed .) *M odels of clinica! psycho­ logy.* Prentice Hall, Englewood Cl iff s, 1981.

MEICH ENBAUM D., *Al t ermine dello si ress,* Erikson , Trento 1990.

REY NOLDS S., TAYLOR P., *Process-ou tcome relations in st ress manag111e111 t raining M emo*

1 124, Un iversi ty of Scheff ield, 1990.

PANCH ERJ P., *Trnllat o di med icina psi cosomat ica,* USES, Fi renze 1984. SANTI NELLO M., *La sind rome del burn-out,* Erip, Pordenone 1990.

*Lo s1ress: aspelli gene rali e riflessi re /a z ionali* 77

**QUESTIONARIO** 6/A

La seguente lista elenca alcune possibili fonti di stress. Esse riguardano sia la sfera lavorat iva che quella personale. Pe r ognuna di esse indica con che frequenza ti sei trovato a p reoccuparti:

O = MAI

**1** = RARAMENTE

2 = QUALCHE VOLTA

3 = FREQUENTEMENTE

Nel lavoro mi capita di preoccuparmi per ...

o 1 2 3

Eccessive responsabilità D

1. L'ostilità delle persone D
2. La mancanza di certezza sui risultati del proprio lavoro sugli utenti D
3. L'eccessivo lavoro bu roc ratico D
4. La mancanza di collaborazione di al t ri dipart i- menti/reparti D
5. La mancanza di un'adeguata supervisione D
6. La mancanza di formazione professionale D
7. Le decisioni arbitrarie prese dall'amminist razione D
8. L'incertezza sulle proprie capacità D

1O L'incom petenza . dei colleghi di lavoro D

**1 1** Le richieste e le aspettative rigide o senza signi-

f icato D

1. I regolamenti interni D
2. Richieste ed aspettative multiple in conflitto t ra

ro D

1. La bassa retribuzione D
2. Il basso « status sociale,, di cui gode i 1 lavoro D
3. At teggiamenti non professional i dei col leghi D
4. Doveri inappropriati al ruolo D
5. Sentirsi non apprezzato D
6. La mancanza di opportu ni tà di carriera D
7. La preoccu pazione di fare gravi errori D
8. La scarsa opportunità di condividere idee ed esperienze con colleghi D
9. Sentirsi tagliato fuori da i col leghi D
10. Il frequen te cambiamento dei regolamenti e delle abitudini D
11. Dover fare più lavoro in meno tempo D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D

D D D



##### LA SINDROME DEL BURN-OUT COME RISPOSTA ALLO STRESS LAVORATIVO

LUCIANA CORRADO

Dott. - o.e. Udine - Segretaria scuola di Terapisti della riabilitazione

**Introduzione**

Fornire una definizione concettuale del bu rn-out non è facile, poiché i confi ni tra stress e bu rn-out non sono netti, visto che il burn-out è essenzial­ mente una particola re forma di risposta allo stress lavorativo. Cercherò quin­ d i di delineare u n quadro di questa « sindrome », esaminandone l'evoluzione, la sin tomatologia, i fattori predisponenti e scatenanti, nonché i ri medi att i . a prevenire e ridu rne l'incidenza e la gravità .

Per « Sindrome del bu rn-out » si intende un fenomeno che colpisce i lavora­ tori i quali, da un iniziale entusiasmo per il proprio lavoro - con forte carica di ideali e impegno - tendono a staccarsi progressivamente da esso, verso i l quale finiscono per manifestare sempre maggiore disinteresse, apatia e sen­ so di frust razione. È la fase f inale di un processo reattivo-difensivo verso con- dizion i di lavoro vissute come insoddisfacen ti. '

Le ricerche hanno dimostrato che questa « condizione patologica » è diffu­ sa soprattutto tra gli operatori dei servizi alle persone (human services o hel­ ping professions), cioè tra le prof essioni nelle quali il rapporto con l'utenza ha u n'importanza centrale.

**Evoluzione**

Il burn-out è un fenomeno plu ridimensionale, del quale sono state eviden- ziate le seguenti manifestazioni principali :

esaurimento fisico e/o psichico;

diminuzione della motivazione e del rendimento; eccessiva spersonalizzazione.

I sin tomi del bu rn-ou t in\'estono qu indi l'aspetto f isico, picologico e com­ portamentale della persona .

·*S in.J\_Qnii\_f j sici7S ono* costi t ui ti da: senso di esaurimef1to e fatica, maggior vulnerabilità alle malattie , frequenti mal di' testa, insonnia , disturbi più o me­ no gravi a vari organi, bassa pressione, ecc.

*/ §.intomi psicol 9\_ ci.* Carat terist ici ri sul tano essere: negativismo, depres-

80 *L. Corrado*

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

*'S iliiom.i conportame ntali./* L'aspetto più significativo è costituito dal cc di­ stacéo»: l'operatore perde ogni interesse per le persone con le qual i lavora e tende a t ra t ta rle in maniera distaccata e talvol ta add i ri t tu ra disumana. L'i r­ ritazione è facile, l'empatia assen te e lo stereotipo d'uso comune. Frequenti gli atteggiamenti cin ici nei confron ti dei pazienti, che vengono etichettati con termi ni talvolta degradanti.

L'operatore diventa sempre più chiuso e rigido negli atteggiamenti; si fa fatica a discu tere con lui, perché sa sempre più degli altri. Si d imost ra ostile ai processi di cambiamen to, pu r se cost ruttivi, perché cambiare signif ica adat­ tarsi u lteriormente ed è t roppo stanco pe r aff rontare q ual siasi n uovo ad at­ tamento .

Fa fatica a reggere il lavoro, confonde e si dimen tica impegni e appunta­ menti. Si assen ta facilmente dal lavoro e sogna - talvol ta programma seria­ mente - di abbandonare quel tipo di lavoro.

Nonostante le ricerche abbiano individ uato le cc spie» del fenomeno bu rn­ out, non è facile stabilire se u n lavoratore è cc bruciato», poiché *il burn-ou t è un processo, non una ci rcost anza .* E il processo non è iden t ico per ogni 111- dividuo.

Secondo CHERNISS, il processo del burn-ou t si articola in t re fasi:

**l )** la fase iniziale è caratterizzata da una sit uazione lavorativa vissuta come mol to stressa n te;

* 1. la risposta immediata a questa situazione provoca tensione, ansia e fatica, che portano all 'esau rimen to dell 'operatore (2 a f ase);
  2. l 'operatore, per d i fendersi da q uesto stato di squi l ibrio, si cc d istacca » progressivamente dal lavoro, sia nei confronti degli u tenti - verso i quali assume atteggiamenti di rifiu to -, sia nei confron ti dei colleghi - con i quali si rappor ta in maniera rigida ed apatica - (3 a fase).

**Fattori scatenanti**

Quali sono i fattori che favoriscono l'insorgere del bu rn-ou t ? Per sempli­ cità di esposizione, individuiamo t re gruppi di fa ttori: individuali, organizzati­ vi e socio-culturali.

*Fattori ind ivid uali*

L'i m portanza dell'aspet to ind ivid uale risiede nel fat to che la percezione e la reazione a l lo stress lavorat i\'o sono soggett i vi e variano per tan to i n ma­ niera significativa da individuo a individuo .

È ormai dimostrato che determinati t ratti della personali tà influenzano

*La sind rome del burn-out come risposta allo s t ress lavorativo* 81



le risposte individuali allo stress. Le persone sensibili, empat iche, idealiste, introverse, sono più facilmente soggette a stress e quindi a bu rn-out.

Lo stesso vale per i cosiddetti « attivisti sociali », cioè gli individui che, attraverso il lavoro, cercano di incidere sul piano sociale e istituzionale, oppu re coloro che aspirano ad avanzamen ti d i ca rriera e al successo nel lavoro.

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

Pare che gli operatori più giovani siano più facilmen te soggetti al burn­ out di quelli più anziani, anche se, più che l'età di per sé, sembra più signifi­ cativa l'anzian ità di servizio. Il fatto che siano più a rischio coloro che sono ent rati da poco nel mondo del lavoro, si può spiegare con le motivazion ideal i­ stiche e le aspet tative poco real istiche che spesso stan no alla base del la scel ta delle professioni « di aiuto».

Per quanto riguarda il sesso, la differenza t ra i due sessi non sta tanto nel grado di incidenza, quanto nel diverso modo di aff rontare gli effetti del bu rn-out. È stato evidenziato che le donne vivono più intensamente le situa­ zioni di st ress lavorativo per via di un maggior coinvolgimen to emotivo nei ra pport i con gli uten ti e per via di una maggiore conflitt uali tà che una situa­ zione di affat icamen to-esau ri men to provoca a causa del ruolo fam il iare che la donna si t rova con testualmente a dover sostenere.

*Fattori orga ni z zativi*

Le ricerche sull'argomen to hanno dimost rato che la st rut t u ra e l'organiz­ zazione del lavoro risu ltano essere cause im portan ti di bu rn-ou t, dal momen to che la situazione lavora tiva può essere fonte frequen te di insoddisfazione, stress e bu rn-out.

In questo contesto prenderemo in esame alcune dimensioni che ci sem­ brano particolarmente significative, soprattutto in relazione alle professioni sanitarie, e precisamente: il ruolo, l'autonomia professionale e il coinvolgi­ mento partecipativo, cioè il grado di partecipazione ai processi decisional i.

Il ruolo

Bisogna in nanzitutto premettere e sottolineare che il modo in cui i compi­ ti e doveri sono distribui ti t ra ruoli specif ici in un dato contesto può determi­ nare più o meno tensione.

Si scatena una situazione conflit tuale allorché il modello organizzativo non permette all'operatore di realizzarsi in maniera ottimale sul piano profes­ sionale. Ciò è dovuto mol to spesso ad un *sov racca rico,* che può essere:

* 1. quanti tativo, quando le richieste sono superiori alle risorse disponi­ bili. È probabile che questa fonte di tensione diventi sempre più forte a causa

82 *L. Corrado*

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

* 1. qualitativo, quando le richieste sono sproporzionate rispetto alla com­ petenza professionale dell 'operatore.

Ri su l t a t o d i u na sit uazione di sovracca rico è che l 'o.pe ra to.re lavora a bas­ si livelli qualitativi e non riesce ad esprimere la propria profession.alit .

Il conflitto scatu risce inolt re ogniqualvolta vengono fai:te richieste tra lo­

ro incompatibili, per cui l'operatore si trova nel disagio qi dover disattendere u na per poter soddisfare l'alt ra .

U n particolare t ipo di conflitt uali tà si verif ica nel caso in Cl\i viene perce­ pi ta u na *incompa tibilità* tra il com portamento lavorativo· richiesto·e le pro­ prie mot ivazion i e valori . La tensione derivante dalla necessi tà di concilia re l'ideale professionale con l'in teresse dell'organizzazione si accent ua allorché i bisogni del paziente entrano in conflittb con quelli dell'organizzazione e gli operatori vengono a trovarsi "t ra due fuochi ,, (CHERNiss).

Collegata al ruolo e fonte cli stress e burn-out è la *ma ncanzçi di identità;*

ci riferiamo a quella condizione in cui l 'operatore\_; non disponendo di infor­ mazioni adeguate per assolvere i compi t i previsti dal proprio ruolo, non è i n grado di com prendere in che modo e in che misu ra contribu isca al rag­ giungimento degli obiet tivi ciel servizio e non riesce a idenificarsi con essi.

Non minore importanza assume la *sca rsa sig nificatività del compito,* c10e la sensazione che il proprio operare non abbia efficacia sull 'utente, if non essere coscienti del « senso» del proprio interven to (DEL R10). A questo propo­ sito, u na grossà im portanza assume il *feed back* sul lavoro svolto (PIN ÉS), cioè la possibilità di verif icare la validi tà del' proprio in teryen to, del proprio opera re.

La mancanza di feedback induce spesso nell'operatore la sensazione di non svolgere u n compito uti le, non essendoci n riscont ro su quanto fatto. L'assenza di feedback fa si che chi lavora si senta usato e, per' reazione, inco­ minci a vivere sentimenti negativi, di fastidio e talvolta di rif iuto nei confron­ t i del paziente , alimentati ul teriormente dalle freqlienti critiche e lamen tele da parte dell 'utenza stessa; crit iche e lamentele che rischiano di cost i tu i re l'un ico feedback - negativo - sull'intervento svolto.

L'autonomia professionale

Una struttura fortemente gera rchica , dove le decisioni riguardanti il lavo­ ro vengono prese in modo verticistico e con u n grado di formalizzazione ele­ vato, l imita l'au tonomia degl i ope ratori e il cont rollo che essi possoho eserci­ tare sul proprio opera to. E questo è uno degli aspetti più stressanti delle pro­ fessioni sanita rie e favorent i l'insorgere del burn-out.

*La sind rome del bum-otl/ come risposla allo st ress la vora tivo* 83

Al con t rario, laddove il grado di autonomia e di decisione del personale è alto, la maggiore autonomia e partecipazione degli ope ratori alla gestione del lavoro comporta minore tensione, maggior soddisfazione per il lavoro stesso e u n elevato senso di autorealizzazione.

Il problema dell'autonomia professionale e decisionale è collegato ad un'al­ t ra dimensione organizzativa: quella del ruolo della dirigenza. Coloro che ri­ coprono cariche di dirigenti e supervisori dovrebbero essere efficienti e solle­ ci ti ai bisogni del personale, capaci cioè di instaura re un giusto equil ibrio di sostegno/au tonom ia.

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

Coinvolgimento partecipativo

Ad un'at ten ta osservazione, pare che nei servizi funzioni una rego la, non sancita, in base alla quale i doveri degl i ope ratori riguard ino solo le pres tazio­ n i , men t re la progra mmazione, le decision i siano d i esclusivo pat ri mon io del le istanze superiori. La non partecipazione degli operatori ai processi decisiona­ li, il non coinvolgi mento nella def inizione dei piani di programmazione, la mancata conoscenza degli obiet tivi di un servizio generano, alla fine, incertez­ za, sf iducia e distacco verso il lavoro.

*Fattori sociocultu rali*

I rapidi m u tamen t i avven u t i nel la nost ra società ed i l loro rapporto con il mondo del lavoro richiederebbero una lunga dissertazione .

Ci limiteremo pertanto ad accennare sinteticamente ad alcune trasforma­

zioni che han no influito, a nostro avviso, sull'insorgenza di fenomeni di stress lavorativo e di burn-out.

È fuor di d ubbio che i lavoratori, nel corso degli ultimi decenni, si sono progressivamen te disinseri t i dalle loro comu nità - che han no perso qu indi l a funzione d i pun to di riferi men to dei valori -, e han no cercato sem pre di pi ù la loro realizzazione e gratificazione sul lavoro. Lavoro che viene visto

come qualcosa che va ben ol t re un semplice mezzo di sosten tamento.

Se da u n lato i lavoratori si sono creati aspet tative sempre più elevate dal lavoro, dall'al t ro essi han no a disposizione scarse risorse per far fron te alle frustrazioni che da esso derivano.

A ciò va aggiu n ta u na progressiva perdi ta d i fiducia nelle istituzioni - soprat t u t to pubbliche - e u na perdi ta di f iducia degli operatori in loro stessi , poiché sono diventati più critici nei confronti delle tecniche operative impie­ gate nello svolgimento dei propri compiti e ciò rende i l lavoro quotid iano più incerto ed ambiguo e rappresenta una grossa fonte di insoddisfazion e.

Inf ine, le poli tiche economiche di questi tempi hanno imposto migliora­ men ti ret ribut ivi contenuti e sviluppi di ca rriera sempre più ardu i .

84 *L. Corrado*

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

Non va tralasciato, inf ine, il fatto che spesso gli opertori "bruciati » hanno scarsa possibilità d i t rovare alternative occupazionali economicamente soddi­ sfacen t i in al t ri settori e di conseguenza si sentono « bloccat i » e sempre più risen ti ti di dover restare nel loro attuale posto di lavoro.

Come risu ltato, il senso di frustrazione cresce e la possibilità di andare in bu rn-out au menta .

Prevenzione e strategie di intervento

Dall'esame dei fattori favoren ti l'insorgere del bu rn-ou t, si può evincere che è possibile adot tare dei rimedi per prevenire e ridu rre la sua incidenza e gravità.

Gli studi e le ricerche eseguite in materia hanno dimost rato che gli inter­ venti possono essere fatti a t re livelli: individuale, della componente lavorati­ va e del più vasto contesto sociocul t u rale.

In questa sede proponiamo i rimedi pi ù significativi che possono essere adottati a livello organizzat ivo per preveni re e/o rimediare il bu rn-ou t, poiché riteniamo che il punto di in tervento pi ù efficace sia quello della situazione lavorat iva, dal momento che è più facile ristrutturare un ruolo che rist rutt u­ rare il carattere sia della persona che della società .

* Il primo passo che responsabili e am ministratori dei servizi alle perso­ ne dov rebbero fare è quello d i riconoscere l 'esistenza, per lo meno potenziale, del bu rn-ou t, e forni re gl i st ru men t i per u na aperta e ampia discussione del problema.

Poiché, come abbiamo visto, il bu rn-out è il segnale che qualcosa non va nel modo di lavorare, è importante organizza re iniziative che favoriscano l 'ascol to di questo "sintomo», veri e propri workshops sul bu rn-ou t, che coin­ volga no servizi e operatori. I qual i vengono così responsabilizzati sul proble­ ma e il solo apprendere che alt r i operatori vivono le stesse difficoltà, può favor i re u n'at ten uazione del l ivel lo di tensione e frustrazione.

Tali inizative hanno, inolt re, una funzione di « socia! support », in quanto gli operatori sentono di essere presi in considerazione, di essere apprezzati e di partecipare ad una vasta rete di comun icazione; data la loro importanza , dovrebbero essere intese come esperienze di formazione p1;ofessionale interna al lavoro.

* U n alt ro strumen to organizzat ivo, rivelatosi mol to im portan te, è quel­ lo che ch iameremo "gruppo di sostegno», cioè delle opportun i tà d i incon t ro t ra gli operatori. È stato infatti dimost rato che l'incidenza del burn-out è mi­ nore quando esistono programmi formali o informali che permet tono ai mem­ bri di un servizio di discutere insieme dei problemi, di scambiarsi esperienze

*La sind rome del bu rn-out come risposta allo st ress la vorativo* 85

e suggerimenti operativi. Tali « sistemi di sostegno» off rono all'operatore l'op­ portunità di analizzare sia i problemi lavorativi concreti, sia i sentimenti per­ sonali.

Un terzo interven to che l'organ izzazione può adot tare per preveni re fenomen i d i bu rn-ou t è quello di prevedere delle « pause », cioè dei period i nei quali l'operatore, in alternativa all'assistenza ai pazienti, si dedica a qual­ cosa di diverso, come, ad es., attività didattica, ricerca, aggiornamento, ecc. Gli Enti gestori pot rebbero considerare insosten ibile tale tipo di intervento per via della carenza di personale e dei costi, mentre risulterà economico in quanto riduce l'assenteismo e il turnover.

Infat ti le ricerche hanno ampiamente dimost rato che l'incidenza del bu rn­ ou t è tan to maggiore quan to più prol u ngato è i l con tat to cont inuo e d i ret to con il malato e che le interazioni operatore-uten te deteriorano all'au mentare delle interazioni stesse.

* Un ulteriore accorgimento è quello di ridu rre il carico di lavoro. Poi­ ché tale soluzione presenta spesso delle difficoltà, a causa della carenza di risorse e del le nc;i me rest ri tt ive nella def in izione degli organici, valide alter­ nat ive risu l tano l a rotazione periodica del personale ed il variare del le pat olo­ gie trattate.

In un'analisi sull'incidenza del burn-out fra i fisioterapisti, il WoLFE so­ stiene che i vantaggi matu rati con l'esperienza del terapista che si è specializ­ zato in una particolare patologia, vengono completamente persi se subent ra i l bu rn-out.

* Ul t imo, ma non per importanza, in terven to 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 aff ron­ tarla, i possibili rimedi. In secondo luogo, i gestori del personale dovrebbero f avorire la formazione permanente e l'aggiornamento del personale, l'appren­ dimento di n uove abilità e il loro utilizzo nel l 'esperienza lavorativa. La forma­ zione è u na componen te mol to importante perché st imola, previene l a noia "del lavoro routinario e quindi il burn-out.

Concludiamo e ribadiamo che le organizzazioni del lavoro dovrebbero ren­ dere più chiare ed accessibili le reti di comunicazione e informazione, coin­ volgendo gli operatori nella definizione degli obiettivi, dei piani, delle linee di in terven to, in modo da renderli coscienti delle f inalità del loro lavoro e responsabilizzarl i. Una maggior parteci pazione degli operatori al le dinamiche organizzative ovvierebbe a quel processo di estraniazione al lavoro, che incide negativamente sull'eff icienza dei servizi.

86 *L. Corrado*

**Bibliografia**

AA.VV., *L'ope rat ore cort oci rcui ta /o . S t rumenti pe r la rile vaz ione del bu rn-out fra g li ope ratori sociali itC11iani,* Milano, Clup, 1987.

CARY CHERN1ss, *La si11 d rome del bum-out . Lo st ress lai •ora tivo degli ope ratori dei se n•i:.i socio sC111itC1 ri,* Torino, Cent ro Scien tifico Torinese, 1983.

HERBERT J . FREUDENBERGER, *S ta f f Burn-oi1 1, Jou nw o/ SociC1l issues,* 197411.

GIANNI DEL Rio, *S t ress e lavoro nei se rvi zi. S intomi, cause e 1-imed i del bu rn-out,* Roma, La NuovaItalia Scientifica, 1990.

B. PERLMAN, E.A. HARTMAN, *burn-out: S wnma ry a 11d Fut u re ReseC1 rch, Hwna n Relations,*

1982/4.

MASSIMO SANTINELLO, *La sind ro111e del bum-0111,* Pordenone, Erip, 1990 .

GEORGE A . WoLFE, *Bu m-olli of 1/ie rapists: i11e1•itC1 ble or pre Fe11 wbfe J , Ph\_vsica l Tlie rnp.1".*

1981 /7.

##### VALORI SOCIALI, ETICA E STRESS



MAURA LUSIGNANI

* + 1. - Presidente del Collegio IP.AS.VI. - Milano

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

* + - * le caratteristiche che def iniscono 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 respon ­ sabilità di u n infermiere è racchiusa nella conoscenza dei parametri che lo identificano come componente di un gruppo professionale dotato di specifi­ che conoscenze professate in un settore della cultura e/o della scienza e utiliz­ zate 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 specif ici di aiuto che vengono posti da individui in relazione al loro stato di salute.

Tali conoscenze sistematiche ·vengono poi utilizzate per lo sviluppo di mo­ delli di comportamento specifici per u na specifica professione.

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

Oltre alla competenza, la professione infermieristica deve fornire una rap­ presentazione 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 og­ getto 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 prevalgo­ no 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

88 *M . Lusig na ni*

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

Infatti è stato necessario prevedere che la discrezionalità e l'autori tà pro­ fessionale 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 t rovare regole che possano off ri re u na garanzia ai destinatari del servizio. Le regole sono di solito per le professioni scritte nei codici deontologici le cui finalità sono quelle di individuare princi­ pi 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. Inolt re esso non può prevedere i casi particolari o i dilemmi etici che si presentano all 'in­ ferm i ere. Lascia spazio alla scelta e alla responsabilità prof essionale. 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 se­ condo l'etica della responsabilità.

Per la prima, l'azione è diret ta 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'infer­ miere nascono dal sapere professionale e dal suo utilizzo, dal progresso scien­ tif ico 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 es­ sere da una parte l'esistenza di Dio o dall'altra l'essenza dell'uomo. L'infer­ miere come professionista si assume anche impegni che riguardano il benes­ sere degli u tenti, oltre a quelli previsti per esso come individuo.

Con questi impegni professionali trasmessi nella formazione, il professio­ n ista ent ra nell'organizzazione sanitaria e si trova nell'immediato di fronte ad un evidente cont rasto. I servizi ospedalieri ed extraospedalieri off rono at­ tualmente, salvo rare eccezioni, un'organizzazione del lavoro infermieristico basata sulla distribuzione di compiti per ogni operatore (modello organizzati­ vo 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. Ques to signif ica che di fronte ad u na diversa modali tà di manifesta­ zione dei bisogni per ogni individuo, l'inferm iere vincolato dalla divisione del lavoro per compiti, risponde ad essi in modo eguale.

Gli infermieri e l'organizzazione sanitaria hanno lo stesso f ine, che è quel­ lo di produ tre 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 inferm ieri .

L'organizzazione mira al coordinamento di tutte le attività produttive at­ traverso un controllo gerarchico u nico per tutti, professionisti e non. Sorgono

*Valori sociali, etica e st ress* 89

inevitabilmente tensioni di fronte a questi tipi differenti di autorità richieste. Per superare questi problemi si rende necessario un comportamento organiz­ zativo 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 rap­ presenta il motivo d'essere della nostra professione . In questa situazione dob­ biamo allora chiederci da dove deve originare il nuovo comportamento pro­ fessionale . Personalmente ritengo che debba partire da una riflessione etica sul nost ro fare. Possedere una competenza etica per l'infermiere vuol dire garantire la quali tà 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 aff ron­ tare i problemi etici che ci pone oggi l'assistenza infermieristica .

Quando l'infermiere compie un'azione professionale sa che essa è soste­ nuta 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 presu ppost i sui quali si basa la formulazione di una decisione professionale corret ta (co­ noscenza dell'etica, del codice deontologico, delle leggi, ecc.), sviluppare un'at­ titudine logica nel formulare un giudizio etico e met tere poi in atto la condot­ ta 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 aff rontata solo dalle professioni sanitarie bensì dall'insieme delle professioni apparte­ nenti a diverse discipline (infermiere, medico, psicologo, teologo, filosofo ...).

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





##### RICERCA SUL BURN-OUT

**TRA GLI INFERMIERI DI AREA CRITICA DELLA PROVINCIA DI UDINE**

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

( 1) Dott. - Sociologo - Udine

1. Dott. - Sociologo - Udine
2. I.I.O. - 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 no­ stra 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 evolu tiva, di sviluppo, ma i n u na 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 ac­ cusano disturbi psicosomatici e soff rono di livelli di stress maggiori rispetto ai colleghi di altri reparti; dall'alt ra pare che gli stessi ostentino un maggior livello di soddisfazione lavorativa per via di un immediato feedback rispet to al proprio intervento e di una consapevolezza circa l'elevato livello di profes­ sionalità dell'interven to stesso.

Metodologia

Come strumento di ricerca è stato adottato un questiona rio, in quanto strumen to che off re i va n taggi di: raccogliere dati omogenei confron tabil i e quantificabili, facilitare l'analisi e la sintesi dei risultati .

Il questionario - fortemente strutturato, con domande chiuse - com­ prende una batteria di domande, per la maggior parte articolate in più *items.* Quasi tutte le risposte sono articolate secondo una graduali tà quantitati­

va 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;

92 *L. Corrado,* G. *Del/i lotti, A. Silvest ro*

* 1. la seconda parte, di sei domande, cerca di analizzare il livello di sod­ disfazione lavorativa e l'accertamento 'vèrso **il** lavoro;

1. la terza parte è costit uita dal Maslach burn-out Inventory, utilizzato solo per la dimensione frequenza; ·
2. l'ultima parte raccogl ie dati socio-anagraf ici .

L'indagine è stata rivolta alle f igure 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%.

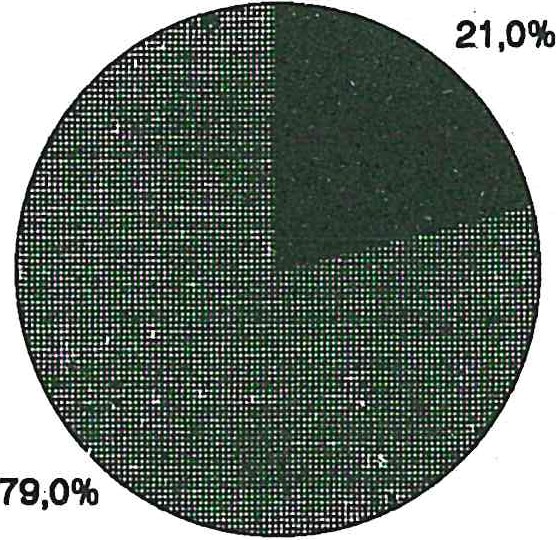
I dati sono stati elaborati utilizzando l'SPSS (Statist ica! Package far the Socia! Sciences).

1. **Profilo della popolazione osservata**

*Sesso*

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

**Sesso**



**.,Maschi**

**lii Femmine**

**Figura 1.1.**

*Dist ribuz ione pe r classi d i età*

Per quanto riguarda l'età, possiamo raggrupparla in quattro classi (Fig. 1.2): il 48% ha un 'età compresa fra i 26 e 35 ann i;

il 29% ha un'età inferiore ai 26 anni;

il 21% ha un'età compresa fra i 36 e 45 anni;

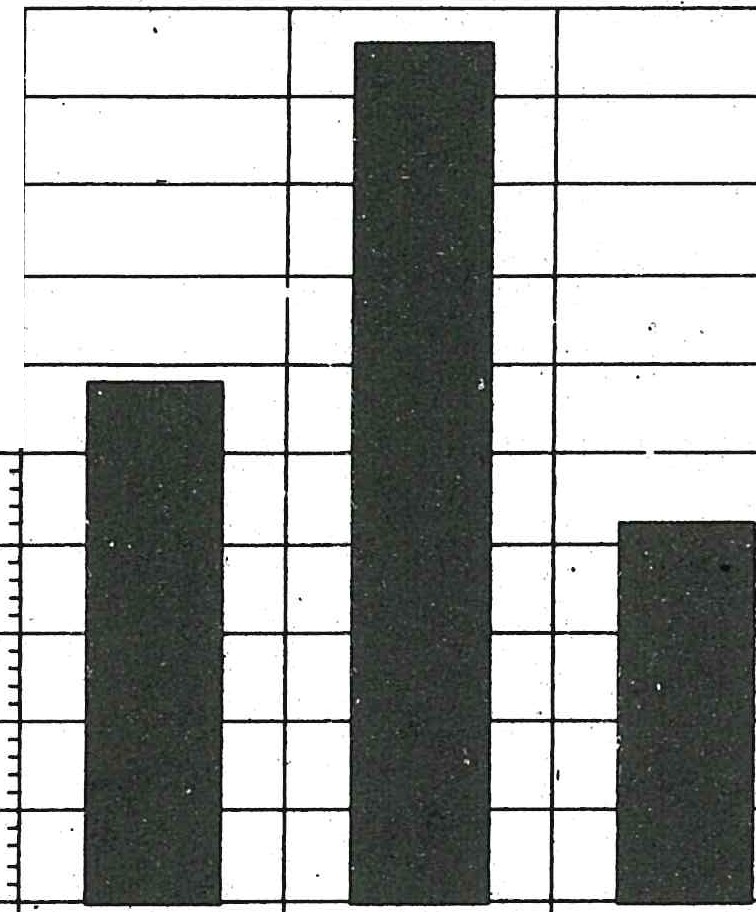
**il** 2% ha un'età superiore ai 45 anni.

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

*Ricerca sul burn-out t ra gli infe rmieri di Area Critica, ecc.* 93

**Distribuzione per classi di età**

**.**



**50**

**45 -**

**40**

**35**

**30**

**25**

**20**

**15**

**10**

**5**

**o**

**i**

***l***

**Fino 25 26-35 " 36.-45**

**Età**

**Figura 1-2.**

**Oltre 4!;**

*S tato civile*

52% coniugato/a,

46% celibe/nubile,

2 % divorziato/a

*Anzianità infe rmie ristica*

Come si vede dalla Figu ra 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 t ra 6 e 10 anni;

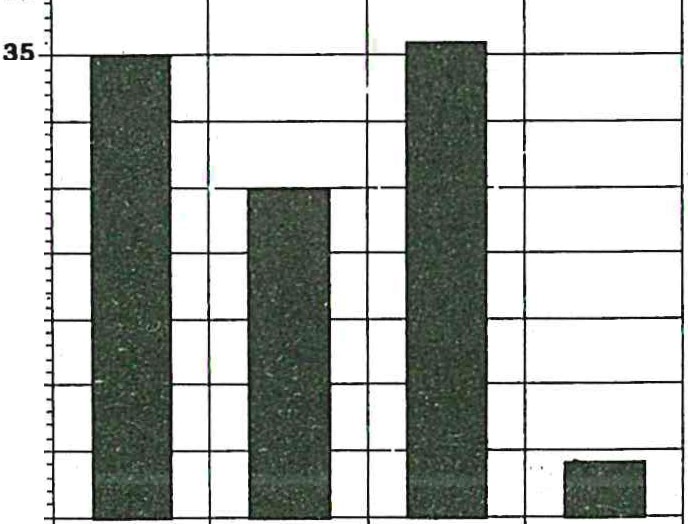
il 4% ha u n'anzianità compresa t ra i 21 e i 29 anni.

L'anzianità infermieristica media è di 9.17 anni (d.s. 6.29), con una gamma 1-29.

94 *L. Co,-rndo,* G. *Del/ i Zott i, A. Silvest ro*

Distribuzione per anzianità infermieristica

40, --, -.,...



30

25

f

20

if 15

10

5

o

Flno 5 6 -10 11 • 20 21 - 30

Anzianità

Figura 1.3

*Titolo pro fessionale*

L'82% è costi tuito da infermieri professionali (Fig. 1.4), il 10% da infermieri generici

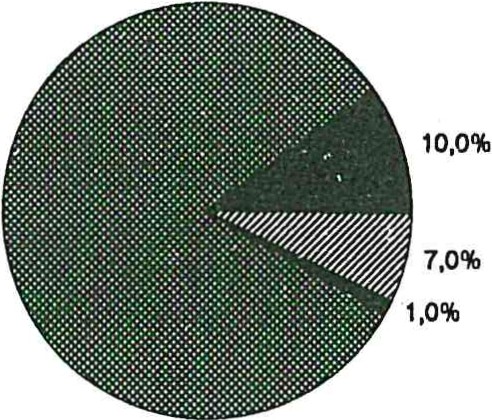
i l 7% da vigilat rici d'infan zia, l' l % da puericult rici.

Titolo professionale

82,0%

11111 lnflmnlerl professionali

* Infermieri generici Vlgllatrtcl d'Infanzia
* Puericultrici



Figu ra 1.4

*Tipo di speciali z za zione*

Il 19.9% del totale possiede una specializzazione (Fig. 1.5) e precisamente:

*Ricerca sttl burn-out t ra gli infermieri di Area Critica, ecc.* 95

terapia intensiva 2.3% nefrologia e dialisi 6.5% cardiologia 2.8%

capo sala 6%

A.S.V. 2.3%

**Specializzazioni**



**Nefrologia e dlalls1 1** I I **6.**

###### I I I

###### I I I

-

**Caposala**

I I I

###### I I I

**Cardiologia**

**Terapia Intensiva**

**AS.V.**

I I I

I I I

I I I

I **i** I

I I I

**2,3**

**2,3**

**.8**

**Percento**

**Figura 1.5**

*Distribuzione pe r se rvizio*

I valori percentuali sono evidenziati dalla fig. 1.6:

emergenza territoriale dialisi

pronto soccorso anestesia

t.i. cardiochirurgica

t.i . neonatologica terapia intensiva medicina d'urgenza

22%

21 %

15%

14%

9%

8%

8%

3%

96 *L. Corrado,* G. *Del/i lotti, A. Sil ves1ro*

Distribuzione per servizio

**Emergenza territoriale**

**Dialisi Pronto soccorso**

**AnestBsia**

**T.I..cardiochih.1rgiCa Terapia Intensiva**

**T.I. neonatolC1Qica Medicina d'urgenza·-3**

**15**

**14**

**9**

**8**

**8**

**Percento**

**·22 21**

·Figura 1.6

*Turnove r*

Rispetto ai t assi di mobilit à, osserviamo la Fig. 1.7:

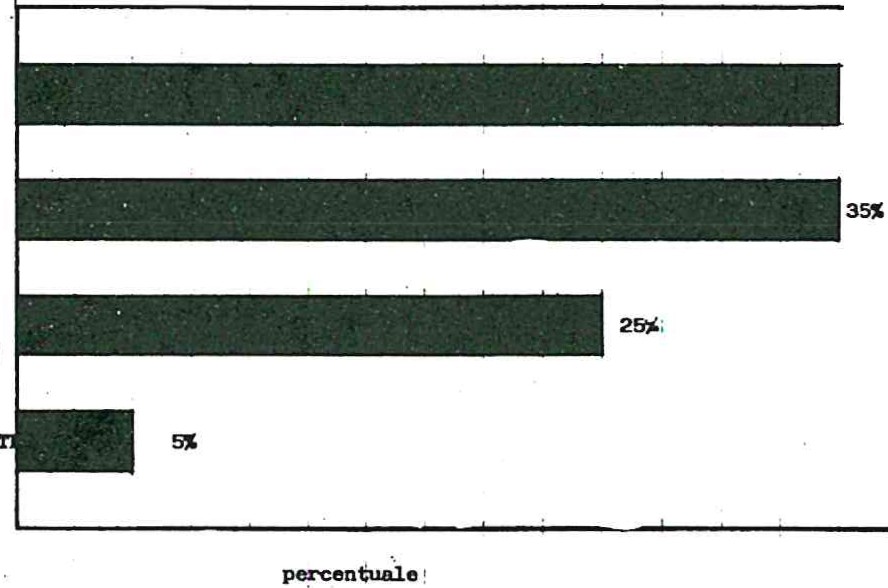
il 35% non ha mai cambiato reparto o ospedale, il 35 % ha cambiato u na volta,

i l 25 % ha cambiato due/tre volte,

il 5% ha cambiato più di tre vol te

Turnover

NOH HA llAI CAllBIATO



35"

l\KPARTO O SERVIZIO

**HA CAllBIATO UNA VOLTA.**

**HA CAJIBiA.TO DUK/TRB VOLTI**

**HA CAMBIATO PIU' DI 3 . VOL**

Figura 1.7

*Rice rca sul burn-out t ra gli infermie ri di Area Cri-tica, ecc.* 97

*Corsi di aggiorname nto negli ultimi tre anni*

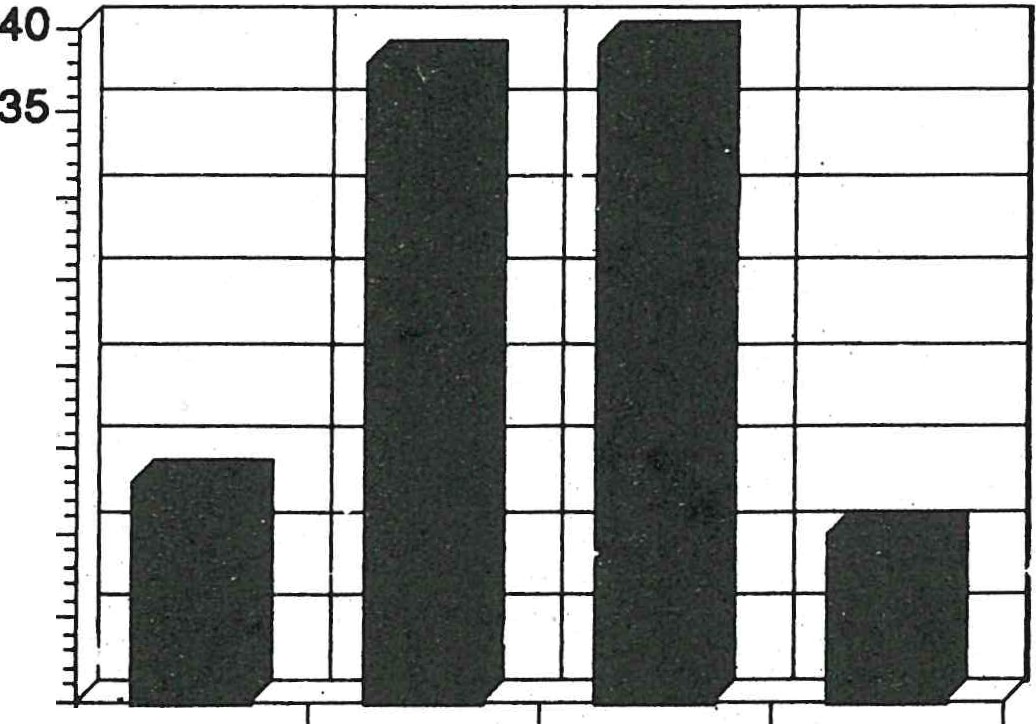
I dati relativi sono evidenziati nella Fig. 1.8; la media degli aggiornamenti frequentati è di 2.8.

il 39% ha partecipato dai 3 ai 5 corsi,

il 38% ha partecipato da I a 2 corsi,

il 13% non ha partecipato a nessun corso il 10% ha partecipato a più di 5 corsi.

**Corsi di aggiornamento negli ultimi tre anni**



**30**

**- 25**

**20**

**15-**

**10**

**5**

**o**

**o**

**1-2 3-5 >5**

**Figura 1.8**

*Dist ribuzione pe r titolo di studio*

Come si può notare dalla Fig. I .9:

il 47% possiede **il** biennio di scuola media superiore, il 22% )) diploma professionale triennale,

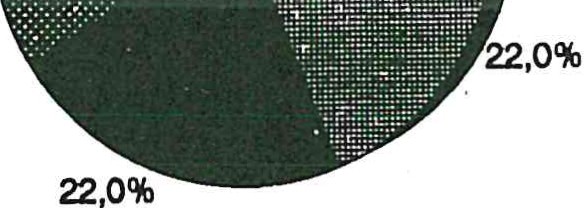
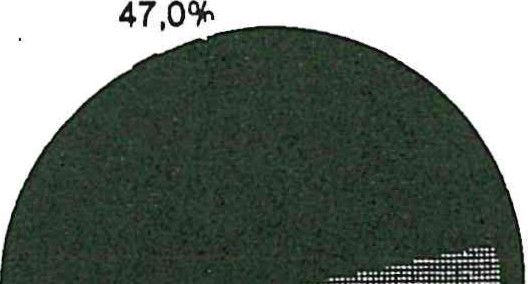
**il** 22% )) diploma di media superiore, 1'8% )) media inferiore,

l' I % )) scuola elementare.

98 *L. Corrado,* G. *Del/i Zotti, A. Silvestro*

**Distribuzione per titolo di studio**

**Blennio superiore Diploma trlennElle Media superiore**



•

•

**lii Media inferiore**

**1,0%** •

**Elementare**

**8,0%**

**Figura l•.9**

*Dist ribuzione geog rafica*

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 ospeda­ liera più grossa, ment re **il** 49% è costituito dalle rimanenti strutture della provi ncia.

Inf ine, 1'89% è di ruolo, l' 11% non è di ruolo.

1. **Aspetti della componente organizzativa**

Analizzeremo le risposte di questa prima parte del questionario.

La prima domanda chiedeva con quale frequenza gli infermieri si dedica­ no, 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'intervi­ stato poteva dare una risposta sulla scala:

3 = sempre;

2 = spesso;

**1** = talvolta; O = 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.

*Ricerca sul burn-out t ra gli infermieri di Area Critica, ecc.* 99

Tab. 2.1 - *Frequenza media delle attività svolte al di fuori de/l'assistenza.*

ATTIVITÀ media

organizzazione del personale 0.61

riunioni d'éq uipe 0.91

ricerca, raccolta dat i 0.92

didattica 0.93

aggiornamento 1.03

programmazione del lavorn 1.08

pulizia ambientale 1.37

t rasporto materiale vario 1.37

relazion i con i familia ri dei pazienti 1.66

pratiche bu rocrat iche 1.74

pulizia dei material i e del le att rezza t u re 2 . 19

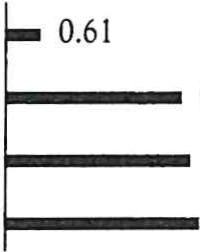
Nella tabella la lista degli *items* è stata ordinata dall'elemento che presen­ ta un valore medio più basso (di scarsa frequenza) a quello che presenta il valore medio più alto.

Risulta immediatamente evidente la scarsa rilevanza che rivestono attivi­ tà quali la didattica, la ricerca, le riunioni d'équipe e l'aggiornamento.

Grafico sulle attività svolte

ATTIVITÀ

organizzazione del personale riunioni d 'équipe



0.91

0.92

0.93

1.03

1.08

1.37

1.37

1.66

1.74

2. 19

ricerca, raccolta dati didallica aggiornamento

programmazione del lavoro t rasporto materiale

pulizia ambientale

relaz. con familia ri dei pazienti pratiche burocratiche

pul izia materiali e a ttrezzature

VALORI MEDI

Figura 2.1

100 *L. Corrado,* G. *Del/ i Zolli, A. Silvest ro*

Per quanto riguarda la modalità di lavorare, prevale la prassi di lavorare in coppia con colleghi rispet to al lavoro in équipe (tab. 2 .2).

**Tab.** 2.2. - *M od alità di lavoro*

IL LAVORO VIENE SVOLTO: frequenza media

in coppia con altri colleghi l.99

in éq uipe con tut te le al t re f igu re l.98

eia solo 1.39

Il tipo di comunicazione normalmente utilizzato per la trasmissione delle informazioni relative all'operatività è quello verbale, come possiamo osserva­ re dai valori medi della tabella 2.3. Risulta poco consolidata la prassi di riu­ nioni di reparto, all'interno delle quali vengano trasmesse ed eventualmente discusse, in modo circolare, le problematiche relative all'attività del servizio.

**Tab. 2.3** - *M odalità di comunicare*

LE I NFORMAZIONI VENGONO DI NORMA TRASMESSE : frequenza media

a l ivello verbale/interpersona le 2 .31

median te messaggi scritti 1.96

nell 'ambi to di ri unioni cli 1·eparto 1.13

Per quanto concerne la presenza di tensioni all'interno del servmo, le maggiori tensioni vengono vissute rispetto ai medici, al capo sala e agli altri infermieri (tab. 2.4), ment re irrilevan ti risul tano le tensioni con altre f igu re professionali e con gli Uff ici di Direzione.

**Tab. 2.4** - *Frequenza delle tensioni all'inte rno del se rvizio*

TENSIONI media

t ra inferm ieri e medici l.27

t ra inferni ieri e capo sala l.25

t ra inferm ieri l.14

l ra inferm ieri e al t ri servizi 0.98

tra infermieri e pazienti o familiari 0.92

t ra infermieri e alt re figure professionali 0.75

t ra infermieri e ausiliari 0.73

t ra infermieri e Ufficio infermieristico e/o Direzione

Sanitaria 0.62

*Ricerca sul burn-out t ra gli infermieri di Area Critica, ecc.*

101

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 ognu­ no dei quali l'intervistato poteva dare una risposta sulla scala:

3 = molto,

2 = abbastanza;

1 = poco;

O = niente.

ha dato i risultati di cui alla tab. 2.5.

**Tab.** 2.5 - *Fattori ritenuti importanti pe r migliorare il lavoro*

valore medio

com petenza professionale .2.89

formazione e aggiornamento 2 .77

i l lavoro i n équipe 2 .76

pa rteci pare alla programm azione del l 'at tivi tà 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

ora rio meno pesante 1.83

La lista degli *items* è stata ordinata dall'elemento con valore medio piu al to (più importan te) a quello con valore medio più basso.

Già ad u na prima osservazione si rileva come grosso peso assumano i fattori legati alla modalità organizzativa . Per avere una verifica di questa pri­ ma indicazione, è stata applicata l'analisi fattoriale per cercare di capire le

« parentele» tra le variabili, cioè cercare di individuare degli insiemi di varia­ bili 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 organizzati­ vi, 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 chia­ meremo strumenti organizzativi .

Che gli aspetti del processo organizzativo assumano un peso più grosso

ai fini dello svolgimento della professione viene confermato anche dai risulta­ ti della domanda successiva, che cerca di sondare quali sono i fattori che impediscono di svolgere la professione come si vorrebbe.

102 *L. Corrado,* G. *Del/ i Zolli, A. Silvest ro*

**Tab.** 2.6 - *Fattori che concorrono a migliora re il lavoro*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l o FATTORE |  |  |  |
| *Processi organiz zativi* |  |  |  |
| - lavorare per obietivi |  |  |  |
| - partecipare alla programmazione dell'atti | vi tà |  |  |
| - lavorare in éq ui pe |  |  |  |
| - formazione e aggiornamento |  | media | 2.65 |
| 20 FATTORE |  |  |  |
| *Processi di ruolo* |  |  |  |
| -com petenza prol'cssionalc |  |  |  |
| - autonomia decisionale |  |  |  |
| - rinascimento sociale ed economico della | professione | media | 2.55 |
| 30 FATTORE |  |  |  |
| *St ru111e11ti organizzati1•i* |  |  |  |
| - avere a disposizione mezzi tecn ici adeguat i | |  |  |
| - riduzione del carico di lavoro |  |  |  |
| - orario meno pesante |  | media | 2.14 |

Da un primo sguardo alla lista delle 11 variabili elencate in ordine decre­ scente rispetto al valore medio conseguito (tab. 2.7), osserviamo che anche in questo caso gli aspetti organizzativi/operativi vengono identif icati come mag­ giori responsabili di una mancata espressione professionale rispetto ai pro­ cessi di ruolo.

**Tab.** 2.7 - *Fattori che imped iscono un'ottimale svolgime nto della pro fessione*

va lore medio

disorganizzazione del l'attività del servizio 1.99

eccessivo carico di lm·oro 1.86

non essere coinvolti nei processi cli programmazione l.81

essere distolt i da com pili non ineren t i la professione l.80

mancanza cli autonomia decisionale 1.75

carenza dei mezzi (materiale e/o strumentazione) 1.66

inadeguatezza dei locali l.60

presenza gerarchica t roppo forte 1.41

tensione nei rappo1·ti con i colleghi 1.37

cattiva organizzazione dei turni l.13

non senti rsi all'al tezza dei compi ti richiesti 105

*Rice rca sul burn-out t ra gli infe rmie ri di Area Critica, ecc.* 103

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 imped iscono di lavorare bene*

|  |
| --- |
| 1° FATTORE  *Processi e strumenti organiz zativi*  disorganizzazione del l 'attività del servmo tensione dei rapport i con i colleghi eccessivo carico d i lavoro  essere distolto da compiti non inerenti la professione carenza dei mezzi (materiale e/o strumentazione) inadeguatezza dei locali  cat tiva organizzazione dei tu rni  media 1.63 |
| 2° FATTORE  *Processi di ruolo*  mancanza di autonomia decisionale  non essere coinvol to nei processi di programmazione |
| presenza gerarchica t roppo forte  non sentirsi all'altezza dei compiti richiesti  media I.SO |

3. Soddisfazione lavorativa e atteggiamenti verso il lavoro

Si sentono complessivamente soddisfatti del lavoro (Fig. 3.1):

molto abbastanza poco

niente

il 21 %

il 70%

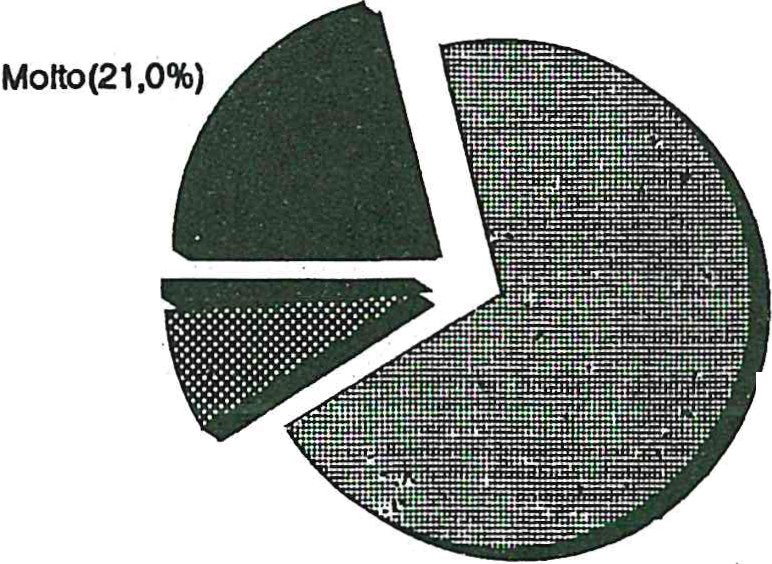
l' 8%

l ' 1%

con un valore di soddisfazione di 2.12.

104 *L. Corrado,* G. *Del/i Zoui, A. Silvest ro*

Livello di soddisfazione lavorativa



**l'llente(1,ò%;**

**Poco(8,0%)**

**J\bbastanza(70,0%)**

Figura · 3.r

La domanda successiva indagava quanto contribuiscono a formare la sod­ disfazione una serie di aspetti della professione . I risultati sono riportati nella Fig. 3.2, in ordine decrescente rispet to al valore medio conseguito dai 18 *items.*

Fattori che concorrono alla soddisfazione

Essere di aiuto a chi soff re

2.33

2 .31

2.23

2 . 14

2.13

2.1 1

1.97

1.97

1.89

1.73

1.72

1.69

1.60

1.58

1.57

--- 1 .33

....... 1.20

....... 1.20

Coscienza di svolgere una professione socialmente u t ile Rapporti con i pazienti

Sicurezza del posto di lavoro Ricchezza dei con tatt i uman i Rapport i con i col leghi

Validi tà dei risu l ta l i consegui t i Varietà dei com pit i

Sent i rsi real izzat i

Rapport i con i famil iari dei malat i

Tempo libero che lascia l'orario di lavoro

Con tenu to a l tamen te tecnologico del l a professione Ret ribuzione economica

Parteci pazione a processi di aggiornamen to Rapporti con i superiori gera rchici

Parteci pazion i ai processi decisional i

Possibil i tà di incidere sulle scelte orga n izzat ive Prestigio deriva n te dal la professione di infermiere

Figura 3.2



*Ricerca sul burn-olll t ra gli infermieri di Area Critica, ecc.* 105

Con i valori più alti si collocano connotazioni di tipo umanitario/relazio­ nale. Ciò conferma quanta importanza assumono nella professione infermieri­ stica, come nelle altre professioni di aiuto, gli aspetti idealistici ed umanitari.

Anche per questa batteria di risposte, per capire meglio le relazioni tra le va riabili, è stata effettuata l'analisi fattoriale, che ha estratto tre fattori, i quali descrivono in modo ottimale la variabilità delle diverse variabili (Ta­ bella 3.1).

Nel primo fattore, che chiameremo « Dimensione umanitaria/relazionale», sono compresi gli aspetti che met tono in evidenza la cen t ralità della gratifica­ zione derivante dall 'aiutare gli altri .

La seconda dimensione, che indichiamo come « Dimensione organizzati­ va », 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 infer­ miere. È la dimensione che ha il valore medio più basso.

È interessa nte nota re come incida in maniera rileva nte sul livello di sod­ disfazione l'aspetto umanita rio, sembrerebbe quasi a compensare la scarsa soddisfazione derivante dalle componenti organizzative e della professione. Per quanto rigua rda 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 u na frequenza media - 0.95 - di sentimenti di insofferenza molto bassa.

**Tab. 3.1** - *Fattori di sod d isfa zione*

I 0 - DIMENSIONE UMANITARIA/RELAZIONALE

ricchezza dei contrat ti umani rapporti con i pazien ti

essere di aiuto a chi soffre

rapport i con i fam i l ia ri degli am malati

coscien za di svolgere u na p rorcssione socia lmen te ut i le

media 2.14

2° - DIMENSIONE ORGA NIZZATIVA

parteci pazione ai processi decisiona l i rapport i con i collegh i

rapporti con i superioi-i

va l idità dei risultati conseguiti

con tenuto altamen t e tecnologico del lavoro pa r teci pazione all 'aggiornamen to

*Segue*

106 *L. Corrado,* G. *Del/ i Zotti, A. Silvest ro*

*Continua*

3° - DIMENSIONE DI STATUS

retribuzione economica

sicu rezza del posto di lavoro

prestigio derivante dalla professione di infermiere tempo libero che lascia l'orario di lavoro

media 1 .66

* sentirsi realizzati
* possibilità di incidere sulle scelte organizzative
* varietà dei compi ti espletati

media 1.70

Ci rca il bisogno di « Stacca re » dal lavoro, osserviamo la Tab. 3.2, dalla quale emerge u n dato preoccupante: il 10% (sicuramente) e il 29% (probabil­ mente) cambierebbe professione, con una tendenza centrifuga non trascurabile . Per capire meglio cosa determini la soddisfazione e gli atteggiamenti ab­ biamo analizzato le correlazioni t ra questa parte del questionario e le altre

domande.

**Tab.** 3.2 - *Tendenze cent rifughe*

valori percentuali

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I. BISOGNO DI ASSENTARSI DAL LAVORO | semp1·e spesso talvol ta mai | | | | | |
| - | 20 | | 72 | 8 | |
| 1. DESIDERIO DI CAMBIARE SERVIZIO 2. DESIDERIO DI CAMBIARE PROFESSIONE | si, sicuramente si, probabilm. no | | | | | |
| 7  I O | | 35  29 | | | 58  61 |

*Ricerca sul burn-olll t ra gli infermieri di Area Critica, ecc.* 107

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.

Men t re esiste una correlazione negat iva t ra:

livello di soddisfazione e - desiderio di assentarsi dal lavoro

- desiderio di cambiare serv1z10

- desiderio di cambiare professione.

Il livello di soddisfazione non most ra variazioni rispetto al sesso e neppu­ re 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 t ra 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 soff re

- rapporti con i superiori

- sentirsi realizzati

più alto è il desiderio di cambiare servizio/reparto e professione.

1. **Presenza di burn-out**

Per individuare e misurare l'eventuale presenza di bu rn-out, lo strumen to di rilevazione utilizzato è **il** Maslach burn-out Inven tory, costitui to da 22 voci in base alle quali il soggetto deve valutare la frequenza con cui esperimenta sintomi, effetti e stati emotivi connessi con il lavoro.

La scala degli *ite m.s* misura tre dimensioni:

* + l'esaurimento emotivo, cioè la sensazione di essere in continua tensio­ ne, emotivamente inaridito dal rapporto con gli altri;
  + la depersonalizzazione, identifica risposte negative, i n particolare nei confront i degli uten ti;
  + la ridot ta realizzazione professionale, si riferisce alla sensazione che

108 *L. Corrado,* G. *Del/i Zotti, A. Silvest ro*

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 verif icata la corrispondenza con la struttura originaria dello strumento. L'analisi fattoria­ le ha condotto infatti all'identificazione di tre fattori indipendenti, che spiega­ no complessivamente il 48% della varianza.

Nella Tabella 4.1 sono riportati i punteggi medi e le deviazioni standard ottenuti dal nost ro campione (indicato con la lettera U) nelle t re subscale alle risposte di frequenza.

Nella tabella i dati vengono confrontati con quelli di una ricerca condot ta 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 nost ro campione most ra una tendenza ad u n leggero più alto livello di realizzazione lavorativa e a un minore livello di depersonalizzazione, ment re il livello dell'esau rimento emotivo è leggermen te più elevato.

Possiamo tentare di spiegare la maggior realizzazione lavorativa con la grossa importanza che rivestono, come abbiamo visto precedentemente, gli aspet ti 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 « fa­ tica del lavorare », pot remmo pensare che a determinare questo esaurimen to concorrano le carenze e le disfunzioni organizzative già emerse nelle altre parti del questionario.

**Tab. 4.1** - *M.B.J.* - *M ed ie e deviazioni standa rd delle subscale (frequenza )*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| R I C E R C A  NUMEROSITÀ DEL CAMPIONE | u  21 5 | | p  1 19 | |
| ESAURIMENTO EMOTIVO | media | d.s. | media | d.s. |
| 1 9.5 | 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 |

*Ricerca sul burn-out t ra gli infermieri di Area Critica, ecc.* 109

Abbiamo quindi analizzato l'andamento delle medie delle t re dimensioni rispetto al sesso, al titolo professionale e al reparto.

Nella tabella 4.2 abbiamo evidenziato con un + un valore med io superio­

re alla media complessiva dell'M.B.I., con un - un valore medio inferiore e con = uno scostamento insignif icante.

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 infermie­ ri 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 nost ro 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 verifica ­ re le relazioni di questi sintomi con altre variabili esaminate dal questionario .

**Tab.** 4.2 - *Anda mento della prese nza di burn-out*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Esau rimento emotivo | Depersonal iz- zazione | Real izzazione lavorativa |
| *SESSO*  FEMMINE MASCHI | + | + | + |
| *OPERATOR/* | + | + | + |
| INFERMIERI GENERICI |
| INFERMIERI PROFESSIONALI |  |
| PUERICULTRICI | + | + |
| VIGILATRICI D'INFANZIA |
| *R E PARTI* | + | + | + |
| PRONTO SOCCORSO |
| MEDICINA D'URGENZA | + |
| ANESTESIA |  | + |
| TERAPIA INTENSIVA | + |  |
| T.I. CARDIOCHIRURGICA |  |  |  |
| T.I. NEONATOLOGICA |  |  |  |
| DIALISI | + | + |  |
| EMERGENZA TERRITORIALE | + |

110 *L. Corrado,* G. *Del/i* Zo11i, *A. Silvest ro*

**Conclusioni**

Dai risultati della ricerca ci preme evidenziare alcuni punti:

* i dat i sulla presenza di burn-out non si discostano mol to da quelli di al t re ricerche analoghe, se non u na minore incidenza dei sintomi fra i nost ri operatori, nei quali probabilmente agisce una forte presenza compensativa della componente idealistico/umanitaria. Il che pot rebbe 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 risul tano correlati con carenze di tipo organizzativo, non tan to di tipo ma teriale o stru mentale, quanto di impostazione e di gest ione; vale a dire che **il** modello organizzativo non viene considerato valido;
* l 'indagine evidenzia anche il basso livello di soddisfazione derivante dall'essere « prof essionisti infermieri », addebitato allo scarso riconoscimento del ruolo professionale e sociale;

Ovviamente la nost ra ricerca presenta dei grossi limiti e andrebbe com­ pletata analizzando ulteriormente i dati, approfondendo le correlazioni e veri­ f icando event ua l i differenze significative t ra singoli repar t i t ra singoli Ospe­ dali e tra questi e le altre variabi li .

Crediamo comunque nella validità di questi strumen ti, non solo ai fini conoscitivi - in quanto permettono di tracciare un prof ilo della realtà che ci circonda - ma anche ai fini operativi . Le informazioni che ne scaturiscono andrebbero infat ti utilizzate per promuovere iniziative che apportino concret i con t ribut i e proposte f inalizzati eia un lato a sensibil izzare le istanze gest iona­ li e dall 'altro a migliora re **il** clima organizzativo e a diminuire la tensione lavora tiva.

Quanto sopra contribuirebbe non solo a migliorare **il** livello cli soddisfa­ zione di quello che è un aspetto consistente della nostra vi ta - il lavoro -, ma influi rebbe posi tivamente anche sulla qualità del servizio erogato.

**L'ESPERIENZA DEGLI INFERMIERI PROFESSIONALI**

**A CONTATTO CON I PAZIENTI DONATORI D'ORGANO: CAUSE DI STRESS**

M. BEDIN (1l, L. BIFFANTI (2l, L. DALLA VERDE (3l, R. MILAN! (2l, G. NARDON (1l,

1. SILVESTRI (4J

< 1J IPAFD - Scuola per Infermieri Professionali - VICENZA

<2J IP CR2 - VICENZA

<3J 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 t ra problemi pu ramente assi­ stenziali, problemi di relazione ed organizzativi che a nost ro avviso possono diventare cause di stress.

Dalla nost ra esperienza riport iamo che questi pazienti richiedono all'I.P. mol te energie sia f isiche 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 t rapianto.

Partendo da questi presu pposti abbiamo sentito l'esigenza di confrontarci con i colleghi di altri centri per verificare f ino a che punto le seguenti compo­ nenti possono diventare causa di stress:

problem i assistenziali pa rt icolari 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 fami­ glie dei potenziali donatori, descrit to dalla bibliograf ia internazionale, costi­ t u isce u n u lteriore sprone per m igliorare il nost ro *status* e l 'importanza del ruolo dell'I.P. sia all'interno *d ell' équipe* sia al fine del buon esito della do­ nazione .

Materiali e metodi

Il nost ro lavoro è stato diviso in due parti :

la prima ha come scopo la valutazione del carico di lavoro infermierist ico

l 12 *M . Bedin, L. Bi f fanti, L. Dalla Verde, R. M i/ani,* G. *Nardon,* C. *Silvest ri*

ed è stata fatta tramite un'analisi sulle cartelle dei donatori seguiti dal nostro centro dal 1982 al 1990.

Per ogni pazien te è stato applicato:

il SAPS per valutare la gravi tà clinica;

il TISS per valuta re l'impegno terapeu tico;

il TOSS per misu rare il carico di lavoro infermieristico .

Con la seconda pa rte dell'indagine sono state valutate le componenti cau­ sa di stress trami te un questionario strutturato, somminist rato per via telefo­ nica tra i centri collaboranti col North Italian Transplant (NITp) che hanno assistito pazien ti donatori nel 1990, per un totale di 27 T.I. di diverse Regioni.

Per ogn i cent ro sono state effettuate da 1 a 3 interviste a seconda del l a dispon ibi l i tà degli infermieri tu rnist i.

Il campione è stato di tipo casuale.

Con la supervisione di uno psichiatra abbiamo costruito un questionario per individuare correlazioni fra t re gruppi sintomatologici (« ansia », « tensio­ ne », « depressione ») da valu tare sui colleghi intervistati ed una serie di varia­ bili personali degli stessi ed altre variabili organizzative del reparto in cui lavorano:

esperienze di assistenza a pazien t i donatori;

attitudine personale alla donazione ed opinioni sulla legislazione; conoscenze specifiche nel riconoscere i pazienti donatori;

realtà ed organizzazione di reparto con rif erimento ad orari, riunion i di supporto psicologico, informazione sull'esito della donazione .

N .B. Ogni gruppo sintomatologico è stato valutato somminist rando u na serie di domande all'intervistato al quale veniva chiesto di quantif icare l 'in­ tensi tà di determinat i sintomi.

Diamo l'elenco di questi:

per misu rare !'« ansia » venivano valutati i seguenti:

preoccupazioni, previsioni pessimistiche, paura, paura del futu ro, irrita­ bilità;

per la « tensione»:

senso d i tensione, facile stancabili tà , t rasal imenti, faci li tà al pia nto, t re­ mori, irrequ ietudi ne, incapacità di rilassarsi;

per la « depressione» infine:

scarso interesse per il paziente, non soddisfazione nel lavoro, u more de­ presso, dispiacere ad inizia re il lavoro e relativo sollievo nel terminarlo .

Per ogn i sintomo il collega in tervistato era invitato a dare u n'au toval u ta­ zione dell'in tensi tà t ram i te u n pu nteggio va riabile da O a 4 dove O ra ppresen t a l'assenza del sintomo stesso, viceversa 4 il massimo dell'intensi tà .

*L 'esperienza degli infermieri pro fe ssionali, ecc.* 1 13

**Risultati**

Per quanto concerne la misurazione del carico di lavoro infermieristico , visto che non siamo in possesso dei nost ri dati definitivi, ci rifacciamo ai risul tati di un 'analisi t rat ta da un lavoro di Japichino e altri nel 1989, i cui risu l tati sono al momento sovrappon ibil i ai nost ri già elabora ti.

Tutti i pazienti sono caratterizzati da un elevato punteggio SAPS (16.8 + - O. 9 DS) indice di u na considerevole gravità clinica, da un alto pu n­ teggio di complessità terapeutica (43 + - 1.6 punti TISS), valori di questo

tipo si ottengono per malati di pari classe di gravi tà ma dopo una permanenza in reparto di alcuni giorni.

Il tem po di assistenza infermieristica (TOSS) nelle prime 24 ore di ricove­ ro è risul tato essere pari a 968.1 + - 23.8 mi nuti su 1440 (delle 24 ore).

Se consideriamo quetso tempo depurato di tutto il lavoro per l'accettazione del malato, questi valori corrispondono sostanzialmente ad un rapporto Infer­ miere/paziente di 1:1 ment re nella realtà italiana descritta in un nost ro prece­ dente 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 relazion i i n teressan t i 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 specif iche (nel corso per I.P. o successiva­ mente i l 58%, queste conoscenze sono state descri tte come superf iciali o co­ m unque non soddisfacenti nel 60/70% delle risposte;
* il 95% ritiene utile una preparazione specif ica per seguire il processo della donazione , i colleghi consigliano che gli aggiornamenti da tenere in futu­ ro 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 famil iari, 1'87% è favorevole al con­ senso 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;

riun ion i di supporto psicologico sono state segu i te dall ' 11% dei colle­ ghi, i qual i ne confermano l 'u tili tà.

L'87 % d i coloro che apparten gono a T.I. che non hanno organizzato questo tipo di riunioni ne sente l 'esigenza .

1 14 *M . Bedin, L. Bi f fa111i , L. Dalla Verde, R. M i/ani,* G. *Nardon,* C. *Silves1ri*

**Discussione**

* 1. La somma dei vari indicatori proposti ed autovalutati dagli intervistati ci ha permesso di calcolare u na 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 psichiat ra come « patologico» di 30. La de­ pressione e l 'ansia sono poco intense rispetto alla tensione, entro certi limi t i perciò possiamo ritenere questa situazione reale e « positiva » per un reparto di I.I.

2) L'età media di 27 anni è rappresentata in gran parte (51%) da Infermie­ ri con età tra 20 e 25 anni. L'età media bassa può essere interpretata come un ind ice diretto di elevato turn aver e quindi indirettamente di burn ou t. A conferma di questo abbiamo osservato anche che in questa f ascia di età i l pu nteggio di disagio è leggermente più basso (16).

3) Risulta evidente una tendenza inversa tra anzianità di servizio e dispo­ nibilità personale alla donazione:

ANZ. DI SERVIZIO DISPONIBILITÀ

I anno

2-3 ann i 4-5 anni

più di 5 anni

8 SI

13 SI

4 SI 14 SI

1 NO

6 NO

9 NO

1. I punteggi di disagio messi in relazione con la disponibilità personale alla donazione non hanno dato risultati signif icativi .
2. Il 50% degl i infermieri con pu nteggio superiore alla media ha avu to l ut t i im portan t i negli ul tim i 3 ann i, possiamo perciò pensa re che anche situa­ zioni personali abbiano contribuito ad aumentare il disagio.
3. In relazione alle conoscenze specif iche di alcuni colleghi intervistati si sono dimost rati in possesso . Riteniamo che i dati rilevati ci diano queste indicazioni:
   1. la formazione specif ica ricevuta rappresenta il DATO OBIETTIVO ; di fat to la relazione t ra partecipazione a corsi e disagio ci ha dato risu l tat i negat ivi: non si è dimost ra ta correlazione significativa fra pu n teggio nei para­ met ri 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-



*L'esperien za degli infermieri pro fessionali, ecc.* 115

tano essere un DATO LEGATO ALL'OPINIONE, alle personali convinzioni, ma­ tu rate anche dalle esperienze lavorative e dalla formazione, anche in questo caso la relazione ricercata con i paramet ri di disagio non ha dato risultati significativi.

e) Il dato più strettamente correlato al malessere risulta la preparazio­ ne effettiva raggiunta, da noi ricercata tramite la domanda relativa alle fun­ zioni cerebrali perdute per poter dichiarare un paziente in morte cerebra le. Tramite questa domanda da noi ri tenuta « chiave » abbiamo val utato l'aspet to della CONOSCENZA e della SERENITÀ con la quale vengono assistiti quest i 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 relazio­ ne 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 i n u na percent uale alta quest i corsi di formazione non siano stati efficaci nel migliorare il livello di conoscenza dei nost ri 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 influ i re sul la psicologia degl i operatori inferm ieristici.

**Conclusioni**

Abbiamo osservato con compiacimento il basso livello di « sofferenza psi­ cologica » emersa dalla nost ra ricerca ; risulta però evidente uno stato di disa­ gio diff uso che mettiamo in relazione con dubbi sulla certezza della diagnosi di morte cerebrale.

Ri teniamo indispensabile per lavora re serenamen te i n 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 momen­ to risul tano poco in teressanti e poco efficaci; i colleghi comu nque ci danno del le indicazioni precise chiedendo quasi t ut ti (95%) corsi di formazione spe­ cif ici, tenuti da infermieri, medici, psicologi.

Il carico di lavoro per l'assistenza a questi pazienti è senza dubbio elevato per cu i ci sentiamo di poter proporre che per questi pazienti ci sia un rappor­ to 1.P./paziente di I:I.

Ribadiamo anche la richiesta fatta nell '87% dai colleghi perché siano or-

1 16 *M . Bedin, L. Bi f fanti, L. Dalla Verde, R. M i/ani,* G. *Nardon,* C. *Silvest ri*

ganizzate riunioni di supporto psicologico. Viene infine ribadita l'importanza che anche il personale inf ermieristico riceva SISTEMATICAMENTE NOTIZIE sull'esito della donazione, per poter dare maggior signif icato e continuità a questa assistenza particolarmen te coinvolgente.

**Bibliografia**

VERNALE G., *Criticai nurses inte raction with families of potential organ donors,* u Focus on criticai care » 1991: 335, 339.

JAr1cH1No G. e al., *La tempori z zaz ione del ca rico di lavoro (TOSS) nel donatore multior­ gano,* Atti del XIX Corso Nazion ale di aggiornamen to in Rianimazione e Terapi a In tensiva , Piccin Mi lano 1989: 1 15, 1 17.

NITp Nord I tal ia Transpl an l - Resoconto 1 990, Mil ano 1991.

LACOU ANITI L. e al., *Le te rapie intensive Italiane nel 1985,* « Anestesia e rianimazione »,

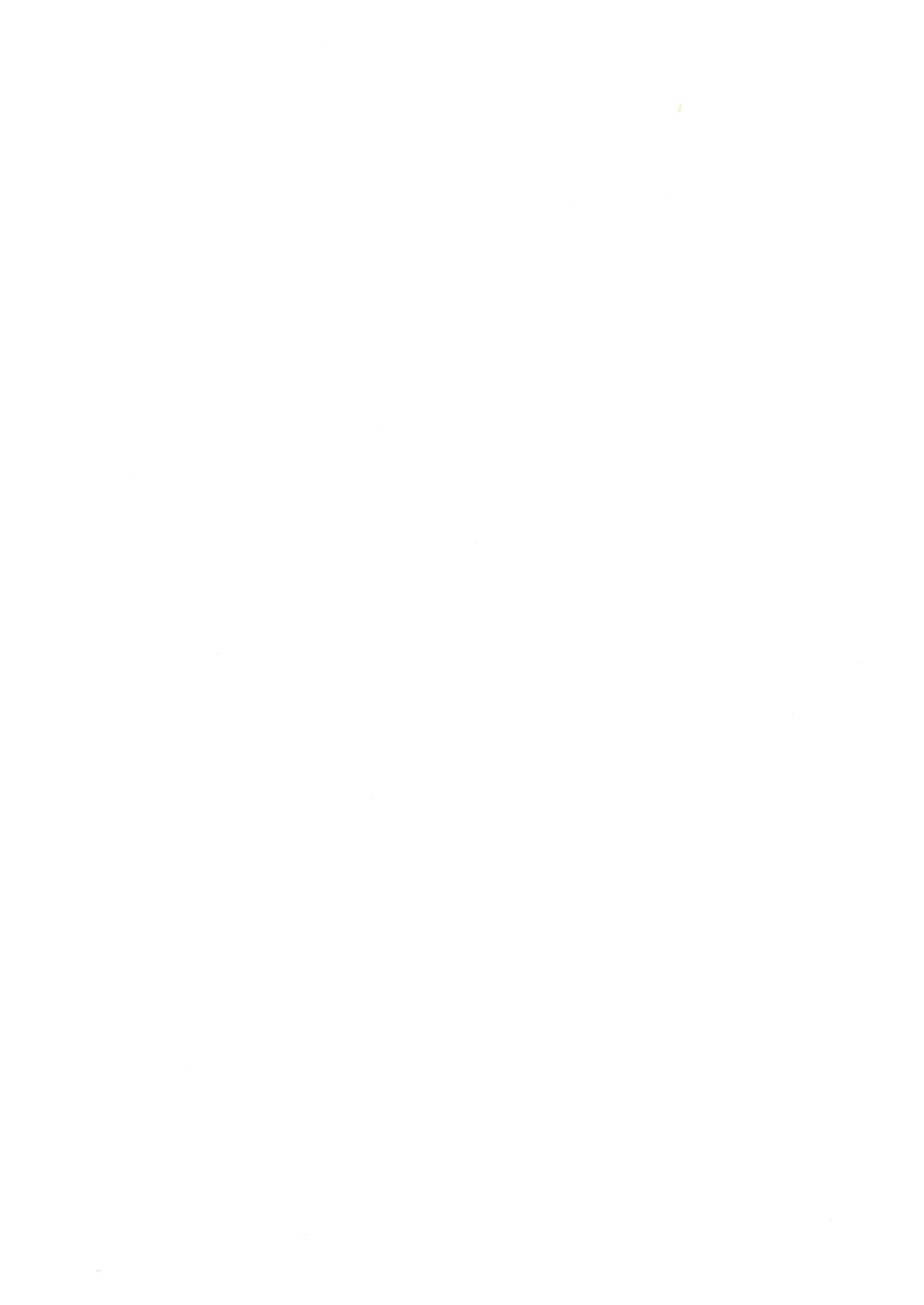
1989: 203, 208 .

SILVESTRI C.. LACQU ANITI L., *La donazione d'organo nella realtà delle te rapie intensive: il punto di vista dell 'I.P.,* At ti ciel XIX Corso Nazionale cli aggiornamento in Rian i­ mazione e Terapia Intensiva , Piccin Milano 1989.

MAN NlEN D. e al., *Pubblic at tit udes a nd behavior rega rd ing organ dona tion,* JAMA 1985: 31 1 1, 31 15.

*IN TERVEN TI PREORDIN ATI*

*15 nove111b re 1991*



**VALUTAZIONE DEL BURN-OUT INFERMIERISTICO IN RIANIMAZIONE**

G.C. MARCHESINI <1l (relatore), M. COSTA < 1l

Collaborazione di: P. ARIENTI <2l, R. ZOPPELLARI <2l

<1l11.PP. Servizio di Anestesia e Rianimazione Arcispedale S. Anna - USL n. 31 - FERRARA

2

< l Doti. Clinica Psichiatrica Università degli studi di Ferrara.

Questo studio sul burn-out infermieristico nasce nell'ambi to di una ricer­ ca 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:

I ) quantificare la presenza di bu rn-out t ra gli infermieri di u n reparto di Rianimazione;

1. confrontare il livello di burn-out degli infermieri della Rianimazione con u n campione di infermieri della Clinica Chirurgica di Ferrara;
2. correlare il burn-out con alcune caratteristiche di personalità e giu­ dizi sull'ambiente di lavoro;
3. ipotizzare le aree di intervento per contrastare il burn-out in ambien­ te 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, ciascu­ no 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

I. Sono stati distribuiti a tutti gli IP del nostro reparto e a 12 IP della Clinica Chiru rgica. 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 Chiru rgica è di 33.8 (D.S. 6.519). ·

I primi 2 test misu rano il livello di burn-out, il 3° valuta dove una perso­ na colloca il Locus causale, cioè dove si pensa orig,ìni la causa del problema in questione.

1

Il test del Self-Esteem valuta invece quanto una persona ha stima di sé. Lo S.T.A.T. misu ra l'ansia di tratto ment re il questionario D del C.B.A.

valuta la depressione.

Il penultimo valuta come il soggetto considera il proprio lavoro. Ment re l'ultimo test è un questionario di nostra costruzione che come il precedente studia la relazione fra il soggetto e il suo lavoro.

120 G.C. *M a rchesini, M . Costa e coli.*

**Tabella**

TEST UTILIZZA TI NEL NOSTRO STUDIO

Maslach bu rn-out i nventory Quest ionario del l 'A.R.I.P.S.

Internal-External Locus of Cont ro! Scale di Rot ter Self-Esteem

S.T.A.I. cli Spielberger Questionario D ciel C.B.A . 2.0 Work Enviroment Test cli Moos

Nost ro questionario cli val u tazione

(burn-ou t) (bu rn-ou t)

(in terni/estern i) (stima di sé) (ansia) (depressione) (lavoro)

(lavoro)

**Tabella 2**

BUR N-OUT A .R.I.P.S.

o 26

assenza bu rn-ou t valore massi mo

Media ciel campione testato clall'A.R.I.P.S. Media del nostro studio

6 .3

4.27

Il nost ro primo obiettivo era quantif icare la presenza di burn-out nel no­ stro reparto .

Nella tabella 2 compaiono i valori ricavati dall'utilizzo del test che misura il bu rn-out fornito dall'A.R.I.P.S. Secondo questo test al valore O corrisponde una assenza di bu rn-out ment re il valore 26 rappresenta il valore massimo raggiungibile . A quanto ci risul ta valori maggiori di 14 non sono mai stati riscont rati .

Il nost ro campione ci ha fornito un valore medio di 4. 27, valore inf eriore 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 pu nteggi di bu rn-out negli infermieri della Rian imazione, il punteggio massimo raggiunto è di 14. La maggior concent razione si è otten u ta nella fascia di pu nteggio che va da 2 a 3.

*Valutazione del burn-out infermieristico in rianima z ione* 121



**Tabella 3**

DISTRIBUZIONE DEI PU NTEGGI DI BURN-OUT NELLA POPOLAZIONE TESTATA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Class. Interval. | Freq .  - ;é - | Freq.  -%- |
| o | 1 |  | 6 | 20.69 |
| 2 | 3 | max concentr. | 9 | 31.03 |
| 4 | 5 |  | 4 | 13.79 |
| 6 | 7 |  | 7 | 24.14 |
| 8 | 9 |  |  | 3.45 |
| 10 | 1 1 |  | I | 3.45 |
| 12 13 o o | | | | |
| 14 | 15 punt . max | | 1 | 3.45 |
| 16 | 17 | | o | o |
| 18  > 26 | 19 | | o o | o o |

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.

* Aff ronto efficacemente i problemi dei pazienti .
* Mi sento stanco quando mi alzo alla mattina e devo aff rontare una giornata di lavoro.

Nella tabella 4 sono presentati i valori medi ottenibili per i 3 aspetti so­ pracitati rapportati al campione USA costituito da 2000 operatori socio-sanitari .

122 G.C. *M a rchesini, M . Costa e coli.*

Tabella 4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | TEST BURN-OUT | MASLACH | CAMPIONE USA |
| C.R. FERRARA |  | media | media |
| esaurimento | intensità | 20 .89 | 31.7 |
| emotivo | frequenza | 17.76 | 24 . 1 |
| depersonaliz. | intensità | 6.53 | 11.7 |
|  | f requenza | 4.46 | 9.4 |
| real izzazione | in tensi t à | 23:05 | 9.7 |
| lavorativa | 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 (de­ personalizzazione), hanno una maggiore sensazione che la loro competenza, così come il loro desiderio di successo, stia venendo meno (realizzazione lavo­ rativa). Il confronto fra questi due campioni di differente consistenza numeri­ ca e di diversa realtà sociale e geografica è scarsamente signif icativo. Ciò nonostante emerge che gli infermieri della Rianimazione avvertono una sensa­ zione di incompetenza nel rapporto con il paziente tanto da influenzare nega­ tivamente 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 .l.P.S. nei 2 gruppi di infermieri.

L'ultima colonna evidenzia il confronto statistico tra i 2 gruppi: esiste una differenza altamente signif icativa (p < 0.05).

Gli IP della Rianimazione hanno quindi ottenuto punteggi significativa­ mente più bassi rispetto a quelli della Clinica Chirurgica nella realizzazione lavorativa.

Per spiegare questa diversità possiamo formulare alcune ipotesi : la tipo­ logia dei pazienti dei 2 reparti è diversa: in Rianimazione sono ricoverati ma­ lati in condizioni critiche, spesso in coma o comunque in condizioni tali da rendere diff icile un interscambio verbale tra l'infermiere e il malato.

Inoltre, mentre in Clinica Chirurgica, con l'intervento chirurgico spesso si risolve o si modif ica nettamente lo stato clinico del paziente, in Rianimazio­ ne sempre più sono ricoverati pazienti anziani, con scompensi multipli e che

*Va/li/ a zione del burn-ow infermieristico in ria nimazione* 123

trovano scarso giovamento dall'assistenza intensiva protratta anche per perio­ di prolungati, come documentato dagli elevati valori di degenza media del nost ro 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 riscont ri 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 lavo­ rativo.

La tabella 5 presenta infatti le correlazioni statisticamente significative t ra l'esaurimento emotivo del test Maslach ed alcune caratteristiche di perso­ nalità o giudizi lavorativi.

**Tabella 5**

CORRELAZIONE TRA ESAURIMENTO EMOTIVO (MASLACH)

E ALCUNE CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ E GIUDIZI LAVORATIVI

tenden za ad esternalizzare depressione

ansia di tratto

difficoltà a conciliare il lavoro con gli impegni fa­ miliari

giudica re i l proprio lavoro dannoso alla propria sa­ lute fisica

ritenere il proprio lavoro sovracca ricato

intensità

p < O.O!

p < 0.01

p < 0.01

p < 0.01

p < 0.01

p < 0.01

frequenza

p < 0.05

p < 0.05

p < 0.05

à < 0.05

p < 0.05

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 signif icativamente correlata con l'esaurimen­ to 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 con­ fermano.

Anche altre due caratteristiche della personalità, quali depressione ed an­ sia di tratto, sono correlate con l'esaurimento emotivo.

124 G.C. *M a rchesi ni, M . Costa e coli.*

Nella tabella 6 presentiamo la correlazione tra depersonalizzazione (Ma­ slach) e i giudizi sull'ambiente di lavoro.

Tabella 6

CORRELAZIONE TRA DEPERSONALIZZAZIONE (MASLACH) GIUDIZI SULL'AMBIENTE LAVORATIVO

aver cambiato reparto per incompatibilità con l'am­

intensità frequenza

biente di lavoro precedente

ri tenere di essere t roppo cont rollati sul lavoro ritenere il proprio ruolo ambiguo

p < 0.01

p < 0.05

p < 0.05

p < 0.01

p < 0.05

non sign.

Dai risultati emerge che chi è in bu rn-out ha già cambiato reparto vista la signif icativi tà della correlazione most rata in tabella. Inoltre la depersona­ lizzazione del test Maslach è correlata col ritenere di essere troppo controllati sul lavoro e in parte con ritenere il proprio ruolo ambiguo.

Inf ine il 3° aspetto del Test Maslach (realizzazione lavorativa) è stato rap­ portato 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 cli 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 esternalizza re |  |  | p | < | 0.01 | p | < | 0.01 |

depressione p < 0.01 p < non sign.

ansia p < 0.01 p < 0.01

Teniamo presente che un soggetto in burn-out ha scarsa realizzazione la­ vorativa . Come vedete minore è la realizzazione lavorativa minore risultano la stima di sé, il giudicare con soddisfazione il proprio lavoro, l 'essere appas­ sionati e coinvolti nel proprio lavoro; maggiore è la tendenza all'esternalizza­ re la depressione e l'ansia.

*Valltla zione del burn-out infe rmie ristico in rianimaz ione* 125

Alcune variabili esaminate e non ancora presentate non sono risultate cor­ relate 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 difficol tà tecniche non ri tenere che il proprio ruolo cont ribuisca alla guarigione non ri tenere di essere abbast anza autonomo nel lavoro

Alcu ni di questi risultati sono sorprendenti in quanto si potrebbe pensare che il bu rn-out fosse correlato con l'età lavorativa e anagraf ica, con il deside­ rio 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 diff icoltà tecniche, non pensi che il proprio ruolo contribuisca alla guarigio­ ne, 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 concilii 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 lavo­ ro che svolge. Sembra che questi operatori non comprendano come il loro ruolo contribuisca al risultato che si prefigge la Rianimazione : la sopravviven­ za 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 aff rontato attuando diverse misure. Ab­ biamo visto che il bu rn-out è correlato con il ritenere il lavoro dannoso alla propria salute f isica, col ri tenerlo sovraccaricato e con la difficoltà a conci­ liarlo con la famiglia. È per questo che tramite uno studio sui carichi di lavo­ ro (T.I.S.S.) sono stati modificati i turni di servizio, riducendo il numero

126 G.C. *M a rchesini, M . Costa e coli.*

dei tu rni nottu rni settimanali. Una ulteriore misu ra per contrastare il burn­ out richiede un aumento della personalizzazione nel rapporto con l'utente, att raverso 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 u n parente in ambiente critico. Inolt re, la prassi a richiamare e rivedere i pazienti della rianimazione a distanza dalla dimissione, raf forza il rapporto infermiere paziente e permette una valutazione dell'efficacia dell'assistenza e una gratif icazione dell'impegno infermieristico e medico svolto. La valuta­ zione 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% ricor­ dava gli infermieri, mentre più del 73.7% ricordava le varie apparecchiatu re della ria nimazione (tabella 9).

Tabella 9

TIPO E INCIDENZA DEI RICORDI IN 31 SOGGETTI INTERVISTATI

Respi ratore

Apparecchi di monitoraggio Stanza

Pazient e vicino Medici

Tubi

Visita del primario Infermieri

Visita dei fam il ia ri Mani legate

Porta Let to Finest ra

Impossi bilità a parlare

73.7 % 70.9% 64.5% 61.3% 61.3%

58.1%

41.9 % 35.5% 35.5% 22 .6% 16.1% 9.7% 6.4% 6.4%

Abbiamo visto che t ra gli infermieri in burn-out è forte la sensazione di essere poco signif icat ivi; tale sensazione pare essere condivisa dai malat i. Riteniamo pertanto che sia necessario aumentare la competenza non solo tecnica ma soprattutto psicologica nel lavoro infermieristico in ambiente cri­ tico 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 pe­ riodicamente, non solo per discutere problemi tecnici inerenti il nursing ma anche per discutere le difficoltà poste dal lavoro. Se necessario vi dovrebbe

*Valutazione del burn-out infermieristico in rianima zione* 127

essere la possibilità di una supervisione medica specifica per quanto attiene a problemi squisitamente tecnici e di una supervisione psicologica se il grup­ po ritiene di dover discu tere di problemi emotivi relativi ai pazienti e al grup­ po stesso.

Concludendo, la mia relazione ha espresso diversi problemi attraverso un linguaggio, quello statistico, non sempre piacevole, ma indiscu tibilmente veri­ tiero; 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 misu ra nella quale siamo chiamati a gestire la dimensione tecnologica dell'intervento infermieri­ stico in rianimazione. E fare questo ci permette di conoscere ed aff rontare u n rischio professionale spesso disatteso: il bu rn-out, cioè il « bruciarsi » per lo stress connesso al lavoro.



##### ASSISTENZA AL PAZIENTE CRITICO IN AMBIENTE NON-CRITICO

PAOLA GUALANO (1l, SONIA BRONZETTI (2l, FABIO BRUSCOLI (3l, BARBARA GOBBI (2l, GIUSEPPINA SBERLATI (2l

Ospedale Civile di Santarcangelo di Romagna - ULS 40 ER

( 1) Divisione di Chirurgia Generale - Caposala

1. Divisione di Chirurgia Generale - Infermiera Professionale
2. 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 pazien­ te 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

« f iglio di nessuno» che per svariati motivi, anche validi , pu r avendone sotto certi aspet ti le caratteristiche ed i requisiti richiesti, non rient ra in quella categoria di pazien ti che si avvalgono di cure in tensive 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, sopratt ut to 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 con­ sidera determinate risorse struttu rali, di personale, di materiale, che quasi mai possono far fronte alle reali esigenze di un paziente a vol te in uno stato vi­ cino al coma, o a volte intubato, e per il controllo si possono utilizzare esclusiva­ mente l'osservazione (controllo visivo) e il rilievo dei paramet ri 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 per­ cepibile un senso di impotenza sui volti del personale, la consapevolezza di

« poter fare di più » e di non essere in grado di farlo, la diff icoltà a rapportarsi con l'ineluttabilità della morte.

Le di fficoltà sono molteplici, e comu nque sono riconducibili alla necessi­ tà etica di garantire assistenza al pazien te 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 .

130 *P. Gualano, S. Bron zetti, F. Bruscoli, B. Gobbi,* G. *Sbe rla1i*

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 nost ro avviso, ed in accordo con quanto prevedono i codici di comporta­ mento dei vari operatori della sanità, non è giusto, e comunque non è utile, deprivare il paziente del l a consapevolezza del proprio passaggio f inale. 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 ipno­ tici : questi farmaci vanno usati per convinzione, senza timori immotivati lega­ ti 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 f ino alla f ine 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 assitenza, tali pazienti determinano un aumento del carico di lavoro che non può non essere sopportato, in aggiunta ad un notevole cari­ co psicologico .

La scelta che si è fatta presso la Divisione Chirurgica dell'Ospedale di Santarcangelo di Romagna - che rappresenta solo uno degli schemi utilizza­ bili - 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 chiari re pri­ ma alcuni obiettivi , non solo in termini di conoscenze tecniche, ma anche e soprattu t to in termini di equ ilibrio psicologico raggiu nto .

A tal f ine ri teniamo utile programmare degli incon t ri periodici fra i vari operatori i n cui si af frontino le dinamiche che si determinano in queste situa­ zioni, e quindi il proprio rapporto con la morte.

Il nostro programma consiste nell'introd u rre la psicologia nella struttura ospedaliera, fin troppo ancorata alla f isiopatologia.

**Conclusioni**

Occorre prendere i n considerazion e ed in cura anche quei pazienti che non hanno *chances* di sopravviven za; la inguaribi lità di tali pazienti non deve

*Assis 1e 11za al p azienle crilico in ambienl e non-crilico* 131

ral lentare né ridurre lo sforzo nel garanti re un'assistenza sempre e comun­ que adeguata alla situazione.

Atteggiamenti di rinuncia degli operatori , l'isolamento fisico o la rimozio­

ne psicologic a di questi pazienti non sono accettabili e costituiscono di fatto u n abbandono del malato, anche se può non essere difficile riuscire a giustifi­ care il rientro a casa di un pazient e 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 modifi­ cabili 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 Riani­ mazione 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'in­ tero staff infermieristico ha un 'età media di 28-30 anni ed è coordinato da un caposala con esperienza lSennale . 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 illu­ strato:

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 cere­ brale, condizione assolutamente indispensabile affinché awenga l'espianto, so­ pravviene 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 preli­ minare è indispensabile, per orientare correttamente l'assistenza al donatore, rilevare tutta una serie di informazioni relative a test ematochimici fonda­ mentali 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 altera­ ti, quali modificazioni si stanno verificando nella situazione idro-elettrolitica opure dello stato acido base . Ancora è compito prettamente infermieristico il controllo ed il mantenimento della pervietà di tutte le vie venose ed arterio­ se artificiali; si occuperà inoltre dell'aspirazione delle secrezioni tracheo-bron-

134 G. *Bianchi*

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 svol­ gono 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 ina­ deguato impegno degli operatori direttamente coinvolti e delle Istituzioni che dovrebbero promuov ere la donazione stessa.

Nell'ambito di una stru ttura ospedaliera , siamo certi, che il compi to del­ l 'infermiere professionale non è quello di « convincere » la famiglia del possibi ­ le donatore a concedere il consenso all'espianto ma di stabilire un rapporto che ispiri piena fiducia . Tale f iducia nasce e si rafforza se il rapporto con i parenti che vivono un'esperienz a traumatica, è tale da dimost rare la maggio­ re disponibilità possibile verso il paziente e le persone significative. In reparti di « area critica» è principalmente la f igura dell'inf ermiere il tramite prefe­ renziale 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 possibili tà 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 riscont rato quella che tra noi colleghi di reparto usiamo def inire come « comunione assistenziale » . A dimost razione dell'importanza di quanto affermato dei nostri 7 consen­

si 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 stretta­ mente 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 comportamen­ tale di massimo rispetto nei confronti del cadavere della persona a loto 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

*Bu rn-out e dona zione d'organi* 135



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 dona­ tore d'organo è un esempio tipico. Le conseguenze negative e di frustrazione sul personale di assistenza !)ono spesso notevoli e possono condurre alla sin­ drome del bu rn-out, di cui oggi si è ampiamente trattato.

Vogliamo però sottolineare che il burn-out non è solo una reazione negati­ va più o meno individuale alle richieste oggettive di forte impegno professio­ nale in area critica, ma è anche il risultato di una serie di mancanze da parte della struttura nella quale l'infermiere professionale opera, stru ttura e diri­ genti sanitari che non pongono l'infermiere nelle condizioni necessarie per svolgere con adeguatezza e proprietà il suo lavoro.

**Conclusione**

*Propo ste 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 abbondan­ temente 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 inadegua­ to. 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 precisa­ mente di una città come Napoli è aumentata considerevolmente in rapporto alla crescita della popolazione , alle condizioni ambientali di lavoro, all'ali­ mentazione 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 organizza­ zioni sanitarie sanno rispondere con la giusta u rgenza ed efficacia. Spesso gli infermieri non sono posti nelle condizioni di lavorare in modo adeguato. Siamo certi che le aspettative di tut ti noi infermieri, professionisti del­ l'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 cost ret ti

ad aff idarsi alla ns . Professionalità Assistenziale.

Siamo coscienti già da tempo ormai che non sempre ci vengono off erte

136 G. *Bianchi*

gratificazioni morali e materiali e che gli stimoli personali quali l 'entusiasmo, l'impegno, la buona volontà possono esaurirsi rapidamente ma siamo convin­ tissimi che responsabilmente uniti sapremo portare sempre più avanti il no­ stro apporto professionale nell'interesse dell'intera comunità di cui noi tutti facciamo parte.

**Bibliografia**

CttERNISS C. (1983): *La sind rome del burn-ollt,* Cent ro Scientifico Torinese, Torino . PosTIGLIONE M., F. CIRILLO, M . PICA (1991). Quaderni di Medicina e Chiru rgia voi. 7 *L'as­ sisten za al donatore multiorgano.*



*IERI ABBIAM O DE TTO ...*

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.l.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 vedre­ mo 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 aff rontato i problemi legati alla sindrome del bu rn-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 infer­ mieristico; i maggiori problemi individuati sono: organizzativi, di ruolo, di autonomia decisionale.

Come proposta risolutiva suggerisce il coinvolgimento partecipativo at­ traverso incontri, dibattiti e riu nioni con pause e turn over. Ha coinvolto an­ che l'aspetto formativo diminuendo l'enfasi che circonda il nostro lavoro lun­ gamente inteso come missionario, ma ricordando che dobbiamo essere, in pri­ mo luogo, dei professionisti .

Nella relazione successiva, la collega Lusignani ha aff rontato le tematiche relative ai valori sociali dell'etica e dello stress. Ha definito l'etica professio­ nale come la fusione dell'etica fondamentale con le caratteristiche della pro­ fessione stessa delle quali non si può prescindere e ci ha ricordato che la prima responsabilità etica per ogni professionista (nel caso specifico l'infer­ miere) è quella di riconoscersi nella professione, che ogni professione è rego­ lata da un codice deontologico, ossia un insieme di norme comportamentali che lo regolano.

Ha ribadito il concetto che le tensioni in ambito lavorativo portano inevi­ tabilmente 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 sod­ disfazione 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 profes­ sionalità, 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 mapcata 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 pre­ sentato dalle colleghe Lolla e Digonzelli. Ha dato una valida e toccante imma­ gine del rapporto che si instau ra tra il neonato - spesso prematuro - e il

personale infermieristico che lo accoglie in un centro di rianimazione.

140 *Ie ri abbiamo dello ...*

Da tenere sempre presente il fatto che il bambino vive un distacco brusco e anticipato dall'utero materno, iniziando a subire lo stres degli interveoti 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'incubat ri­ ce un ambiente simile all 'utero materno, così conteni tivo e protet tivo. Questo concetto viene applicato adottando materiali ed usando tecniche tali che con­ sentano di raggiungere tale scopo, ad esempio il materassino gonfiabile all'in­ terno dell'incubatrice, oppure poter fare il bagnetto sempre nell'incubatrice immergendo il bambino nell'acqua di una bacinella e altre cose ancora. Fon­ damentale per lo sviluppo psicofisico del neonato è la stimolazione sonora e tattile che verrà ampiamente completata nel momento in cui il bambino passerà dalla incubat rice al lettino.

Alt ro elemento di rilievo è quello di rendere partecipi i genitori - in spe­ cial modo la madre - la quale generalmente vive l'angoscia e il senso di colpa per una gravidanza che non ha por tato a termine e potrà così sentire il ruolo materno.

Obiettivo della sessione pomeridiana è stato quello di focalizzare l'atten­ zione sugli elementi che costituiscono lo stress attraverso l'esposizione di ri­ cerche effettuate in alcune terapie intensive italiane.

Il dott. Santinello - a conferma di quanto ho detto - ha esposto i dati di una ricerca eff ettuata in due centri di rianimazione (reparti considerati più a rischio) e di un reparto di chirurgia dell'ospedale di Padova. Lo stru­ mento 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 t ra 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 orga­ nizzativo portano gli operatori di Area Critica alla comparsa della sindrome di bu rn-out.

I risultati e le considerazioni conclusive non hanno fatto emergere grossi segni di tensione t ra utenti ed operatori e tra gli operatori stessi, mentre la tensione maggiore - nell'ambito lavorativo - è procurata dalla disorganizza­ zione 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'as­ sistenza 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.

*Ieri abbiamo detto ...* 141

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 riferi­ mento 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 incont ri 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 eff ettuato una ricerca i cui risultati sono stati confrontati con un'alt ra simile, svolta precedente­ mente negli Stati Uniti . Le conclusioni sono che il tasso di stress ed esauri­ mento emotivo è inferiore rispetto a quello americano negli operatori sanita ri i taliani i n Area Critica . È importan te sottolinea re che è stato formulato un n uovo questionario da parte degli infermieri italiani che è stato aggiu nto ai modelli usati in America .

Iniziamo ora i lavori conclusivi dell'ultima giornata di questo X Congres­ so Aniarti, con la speranza che il confronto con i colleghi sia stato costru ttivo, ricordiamo comunque che il dialogo conduce sempre ad una crescita indivi­ duale e professionale. Buona giornata!



# *TAV OLA ROTON DA*

PERCORSI FORMATIVI PER L'AREA INFERMIERISTICA

La riforma della formazione inf ermieristica: analisi dell'attuale e delle prospettive

*PARTEC IPANTI:*

ANNALISA SILVESTRO, moderatore

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

M. GIUSEPPINA ASTORINO, relatore

D.A.I. Dott. Segreta rio Federazione Nazional e Collegi IP.AS.VI.

MARISA CANTARELLI, relatore

D.A.I. Vicedi rettrice Scuola Universitaria Discipline Infermieristiche Univ. Milano

R. BIANCA CORVI, relatore

D.A.I. Dott. Scuola Dirigenti Assistenza Infermieristica Università Cat tol ica Roma

GIULIANA PITACCO, relatore

* + 1. Di ret tore didat tico Scuola Vigilat rici di Infanzia Trieste

GABRIELE ALDO RENZULLI, relatore

Onorevole - Responsabile Sanità P.S.I. - Relatore D.D.L. 5081



* + - 1. **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 ulte­ riore 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 op­ posizione, tanto da affermare che, nel caso in cui fosse passata quella o altre proposte non rispondenti alle esigenze della professione, ci saremmo fatti pro­ motori 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 pe r l'ac­ cesso* alle scuole infermieristiche.

Nel D.D.L. definito « De Lorenzo», del luglio dello scorso anno - ricorde­ rete, si aprivano t re possibilità:

* un biennio per i dipendenti del sistema sanitario nazionale;
* un primo biennio e un successivo triennio negli Istitu ti biologici sani- tari, cioè nelle scuole medie secondarie superiori,
* e il diploma di matu rità.

L'Aniarti proponeva la maturità, che si rit rova anche nel disegno attual­ mente 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'istitu­ zione della facoltà di scienze infermieristiche . La sede universitaria si ritrova anche nella proposta attualmente in discussione, anche se la facoltà non è definita.

146 *Tavola rotonda*

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 ci­ clo di studi già nella scuola media secondaria superiore che diventava un an­ no successivo alla mat uri tà . Noi avevamo proposto l'università, quind i dopo la maturi tà, un trien n io.

Per quanto riguarda i *pe rcorsi d i ca rriera,* nella prima proposta si preve­ deva il diploma universitario, corrispondente al dirigente dell'assistenza in­ fermieristica. Noi avevamo proposto un diploma di laurea in scienze inf ermie­ ristiche, proposta che è presente anche nell'attuale proget to in discussione. Il primo disegno, prevedeva inolt re un percorso intermedio, quello per l'abilitato alle funzioni diret tive, con ambi ti di specializzazione ancora da in­

divid uare .

L'An iart i 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 pediat rica; l'infermiere specializzato in assistenza psichiat rica; l'infermiere specializzato i n sanità pubbl ica;

ed eventualmente altre .

At tualmente, nell'ultimo disegno, ci sono ancora degli ambiti da indivi­ duare, però vengono identificati l'abilitazione alle funzioni direttive, il diplo­ ma 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 nost ri lavori e abbia anticipato la sua relazione a ieri, ci ha convin­ ti a fare un video di sintesi per richiamare i concetti che sono stati esposti dall'On .le Renzulli e comunque, per ricollegarci a quan to poi verrà esposto dalle colleghe che aff ronteranno la stessa problematica in tavola rotonda.

**A.G. Renzulli,** relatore

La proposta formulata dal Governo (il disegno di legge De Lorenzo tan to per in tenderci) obbediva proprio a quella logica da cui è nato il suo disegno di riord ino del servizio sanitario che poi - alla f ine - era quello tracciato a suo tem po da Donat Cattin: restare all'interno di una logica i cui conf i n i erano bene defi ni ti, con u na gerarchia molto precisa, con autonom ie molto incu lcate, con u n mix i n cu i pe r un verso prevaleva ancora la fu nzione amm i­ n ist ra t iva, per al tro verso, il termi ne di ba t taglia vera, era su quel lo che do­ vesse essere la fu nzione dei tecn ici (leggasi « med ici » laddove si parla di tecn i­ ci). Alle al t re prof ession i ven iva sì offert a una grande considerazione fun z io· nale, ma la loro def i n izione più pu n tuale veniva l asciata - come dire - al le

*Tavola rolonda* 147

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 tenta re di usci re dalla logica dell'emergenza infermieristica , per poter i n qualche modo t racciare u na linea, che per un lato ci avvicinasse diretta­ mente ad u n profilo di carattere europeo (o comunque ci agganciasse forte­ mente a quella impostazione) e per altro verso cercasse di met tere a fuoco una serie di problemi afferenti soprattutto alla considerazione che ormai era giunto il tempo di una aff ermazione 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 diff icili vanno aff rontate in termi ni seri e semplici, e allora s'è detto: abbiamo la legge 341, che consente i nuovi ordinamenti universitari, poniamo all'inter­ no di questi nuovi ordinamenti la questione infermieristica .

Allora vuol dire che non si discute più circa **il** diploma d'accesso, la scuo­ la media superiore. Il diploma infermieristico non può che essere un diploma u niversi tario e si istituisce la Laurea in Scienze Infermieristiche. Questa è l 'ossatu ra, 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 Sanita rio Nazionale.

Inolt re era importante far capire alle Universi tà che laddove si ponesse **il** problema di un loro dominio - perché così è - della questione infermieri­ stica, esse stesse non potevano non agganciarsi al processo di programmazio­ ne sanitaria regionale .

E allora - per il tramite dello strumento convenzionale - tar Università e Regioni sotto la regìa del Ministero dell'Universi tà da u na parte e del Mini­ stero della Sanità dall'alt ra, def inire termin i e competenze .

Il diploma non può che essere u niversi ta rio, la sede è quella del Servizio Sanita rio 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 diret tamente, potrebbe tranquillamente farlo, non avrebbe bisogno di convenzionarsi col Servizio Sanitario Nazionale; le Regioni hanno la possibilit à di def inire il *quantum* i n ordine alla iscrizione alle Scuole, nonché mettere a disposizione termini logistici e d'alt ra parte il Mi n istero della Sanità, soprattutto, svolgere questa funzione di indi rizzo generale in ordine agli stessi programmi, ment re 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-

148 *Tavola rotonda*

porto col Servizio Sanitario Nazionale off riva un'alt ra 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 dismet tere questa esperienza matu rata, ma dovevamo favorire l'ingresso di questa nell'ambito dello stesso Servizio che, di concerto con l'Università, andavamo a def inire.

Alt re questioni della legge le conoscete, nel senso che chi vi parla ha ten­ tato e sta tentando di far fare un passo avanti anche ad altre professioni non infermieristiche, con qualche incomprensione 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 procedu rale - tutte le commissioni che doveva­ no esprimere i loro pareri lo hanno espresso fuorché la commissione bilancio . Il parere più importante e per noi vincolante, il parere capestro, è stato quel­ lo 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 facen­ do. Alla Commissione c'era un problema di copertura finanziaria, legato so­ prattutto 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, toglie­ remo quelle norme previste proprio dal Governo - tanto nulla toccano rispet­ to all'impianto legislativo che avevamo previsto - e quindi fra martedì e mer­ coledì (19-20 novembre 1991 n.d.r.) credo che vi sia questo ultimo parere favo­ revole, cioè quello della Commissione Bilancio, che assicura la copertura fi­ nanziaria. Dopo di che siamo pronti a continuare il lavoro f inale, 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'alt ra parte debbo dire - se non vi saranno sorprese dell'ultima ora

- da parte delle forze politiche presenti in commissione e f uori commissione, al di là di alcuni « distinguo » su alcune questioni marginali e al di là di qual­ che 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 aff rontare e come aff ronta re, 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

*Tavola rotonda* 149



- che ci facesse valutare che questa Legge, dopo tutto, tende a sanare il passato.

Si tratta di sistemare questa partita in termini di off erta 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 ulte­ riori 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 f ine 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 .

*Inte rvento*

**Biasi,** Rianimazione di Verona.

Volevo chiedere all'Onorevole come si pensa di risolvere la questione del­ le norme transitorie.

*Inte rvento*

**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 aff rontato l'argomento;

secondo problema, il discorso della continuità della docenza infermie­ ristica a livello universitario. Grazie.

*Inte rvento*

**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?

*Inte rvento*

**Rizzetto Gianfranco,** Infermiere Professionale di Treviso.

Volevo capire dall'On.le Renzulli come intende aff rontare il problema al

I SO *Tavola ro1onda*

Senato. Io, le not1z1e che ho sono quelle che al Senato addirittu ra 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 addiritt ura sulla matu ri tà come requisi to di accesso per la Scuola infermierist ica in ambito universi tario.

E u n 'al t ra cosa: so che i n questi giorni han no bocciato anche l'articolo per quanto riguarda l'osservatorio nazionale. Volevo sapere se è vero, e capire quali modif iche hanno apportato in sede di commissione.

A.G. **Renzulli,** relatore

Per quan to riguarda il problema posto da Biasi di Verona . Certo, sulle norme t ra nsi torie dovremmo stare molto atten t i nel senso che sono norme molto delicate. Vorrei fare u n'osservazione di metodo : la norma transi toria non può essere quella norma che mi determina la f inalità della Legge. Sono norme transitorie perché mi devono sistemare la partita fra il vecchio ordina­ mento e il nuovo ordinamento, cercando di non creare situazioni di attrito. Il f ine della norma transitoria è proprio questo.

E allora, quando parlo di opzione volon taria, mi riferisco letteralmen te ai ti toli di studio, non mi riferisco alla formazione . E lì chiamo i n causa diret­ tamente le Regioni, perché debbono seguire con estrema attenzione, anzi deb­ bono indicare, poi seguire, con estrema attenzione, i corsi di qualif icazione che dovremo mettere in cantiere .

Certo sarà una operazione molto delicata, io non vi nascondo la delicatez­ za della vicenda. Però, d'altra parte, cominciate a prendere la strat if icazione normativa contrat tuale cli tut ti questi decenn i nell'ambito della vostra profes­ sione e capirete che siamo cli fronte ad u na sit uazione estremamente variega­ ta, che va ricondotta, con tut ta la gradualità che volete, o con tutta l'accelera­ zione che volete, ma che va ricondotta ad una impostazione univoca, di modo che ci sia una certa data nella quale l'omogeneità è comunque raggi unta .

Questo è un punto centrale del nost ro sforzo.

Per quanto riguarda Michetti del CTO, mi ha richiamato giustamente alla questione delle specializzazioni . Ha fatto molto bene a farlo perché io letteral­ mente non l 'ho trattata .

Questa, d'alt ra parte, è estremamente interessante, secondo me, nel rap­ porto fra Servizio Sanitario Nazionale e Universi tà. Voi sapete che la 341, per il Diploma Universitario, non consente specializzazioni, perché le specia­ lizzazioni pot ran no essere fatte soltanto dai lau reati, quindi le specializzazio­ n i saranno a capo del futuro Dot tore in Scienze Infermieristiche.

Invece i t itolari del Diploma Un iversitario pot ran no fare quello che - qualcu no mi dice - sarebbe meglio chiamare « specializzazione», la fase della cosicletta post-base. Questo sarà tutto lo sforzo che dovrà essere fatto cli con­ certo fra il Servizio Sanitario Nazionale e Universi tà, con u na prevalenza del Servizio Sanitario Nazionale nella fattispecie, determi na ndo insieme alle Re-

*Tavola rotonda* 151

giom 1 campi in cui il post-base va ad aff ermarsi, 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 par­ te 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 dice­ vo prima - abbiamo previsto nella convenzione l'obbligo dell'Università di valersi di questi docenti attraverso gli Istituti ormai collaudati che sono clas­ sici dell'Università . Ne cito due: *il contratto,* ovvero *l'af fidamento.* 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 Minist ri : il Ministro della Sanità e il Minist ro 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 Region i che oggi - dal punto di vista istituzionale, dopo la riforma della Pre­ sidenza del Consiglio - è il punto più alto, il vero pu nto di rapporto fra Re­ gioni e organi dello Stato. Quindi, in quella sede, vengono a definirsi gli ambi­ ti 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 pro­ prio piano sanitario, non vedo perché non possa farlo se la Regione accanto, o u n'altra Regione non lo vuol fare.

Gli standards sono uguali per tutti e def iniscono una media uguale per tu tti, ai quali tut ti devono adeguarsi, ma se qualcuno volesse fare qualcosa di più, perché no ... Appartiene all'ordine delle scelte politiche, all'ordine del­ le 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 la posizioni sulla questione inf ermieristica dell'ami­ co Melot to, però ho anche buona ragione di ritenere che mol te volte è giusto anche man tenersi molto coerenti ai pri ncipi, ma anche capire che certe con­ vinzioni non possono diventare pat rimonio u niversale del la sanità pu bblica in Italia.

Il Senatore Melot to è un importan te Senatore, però la Democrazia Cristia­ na (tanto per non fare nomi) è d'accordo sulle posizioni del relatore di questa Legge; qui nd i vi dovrà essere una coerenza di compor tamen ti .

D'al t ra pa rte stiamo lavorando perché i l passaggio al Senato si a u n pas­ saggio f ru tt uoso come tu t ti i passaggi - come di re - tipici del bicamerali-

152 *Tavola rotonda*

smo, ma non abbiano a segnare momenti di stravolgimento. D'alt ra parte, se qualcuno ha ancora questa idea sulla professione infermieristica in Italia, dobbiamo fargliela cambiare, perché altriment i vuol dire che abbiamo lavora­ to tanto tempo per nulla.

Dicevo prima di tanti medici ... d'altra parte però devo dire che non c'è stata una posizione cont raria 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 Rist retto; i lavori in Commissione devono iniziare non appena ab­ biamo acquisito l'ultimo parere, quello della Commissione Bilancio. Il proble­ ma 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 Na­ zionale, 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.

1. **Silvestro,** moderatore

Invito le nostre illust ri colleghe al tavolo per iniziare il confronto su que­ ste tematiche. Ricordo anche che, purtroppo, la signora Sansoni non può esse­ re presente alla nostra tavola rotonda per subent rati gravissimi problemi fa­ miliari, e quindi al tavolo abbiamo:

* + la signora Corvi, coordinatrice della Scuola per Dirigenti del!'Assisten­ za Infermieristica dell'Università Cattolica;

. - la signora Cantarelli, vicedirettrice della Scuola Universitaria di Disci­ pline 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'A­ NIARTI per avermi voluta anche quest'anno insieme a voi.

Il resoconto della giornata precedente, la presenza dell'On.le Renzulli nel-

*Tavola rotonda* 153

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 !'On.le Renzulli in prima persona e anche gli altri membri della Commissione Aff ari Sociali, in questo anno e mezzo, hanno dimostrato una grande disponibilità nei riguardi della professione infermieristica nel suo complesso. Infatti !'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 subìto nel corso di questo anno e mezzo.

Sono delle modifiche che ovviamente riguardano, prima di tutto, la ragio­ ne, 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 infer­ mieristica. Diciamo « cosiddetta » perché, in effetti, abbiamo p0i 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 profes­ sione acefala, è una professione che si ferma a un quadro intermedio di dire­ zione, 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 medi­ ca 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'ulti­ ma 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, ten­ tando 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 sia­ mo arrivati a questa stesura, della quale possiamo in qualche modo acconten­ tarci, è dovuto al fatto che in fondo abbiamo imparato a considerarci una professione unica o almeno a portare avanti - pur nella nost ra diversità - degli elementi che accomunano la professione infermieristica, che sono so­ stanziali per la professione infermieristica e dai quali non si può assoluta­ mente prescindere . Sono essenzialmente quelli che riguardano il requisito di accesso alla formazione di base, sul quale - nonostante dei colpi di coda

154 *Tavola rotonda*

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 di­ ploma universitario si parlava della possibilità di conseguire il Diploma Uni­ versitario in due o tre anni. Cosicché per tentare di continuare a dare spazio al Servi?:io 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'U­ niversità .

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 legisla­ tura, di una crisi di governo ed una chiusura delle Camere . Tutto il lavoro fatto in quest'an no 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 pres­ sione. Come Federazione abbiamo scritto a tutti i Collegi, dando anche le indi-

. cazioni dei vari Onorevoli, Deputati e Senatori locali per fare pressione affin­ ché 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 pot remmo accontentare, ap­ portando alcune modifiche , non dobbiamo pensare di averlo raggiunto .

Adesso vorrei entrare nel merito del disegno di legge, e sottolineare alcu­ ne modif iche 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 prof ilo si dipartono poi altre specificazioni che possono essre chiamate appunto post-base o formazione com­ plementare 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-

*Tavola rotonda* 155



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 differenziazio­ ni - ci potrebbe accontentare.

L'art. 2, che parla del titolo di studio e dell'esame di stato, dovrebbe esse­ re 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 conven­ zionamento, perché le Università non possono obbligatoriamente convenzio­ narsi 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 attualmen­ te 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 que­ sto 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 dop­ pione, oppure fare io una figuraccia di fronte a lei.

Un'altra cosa è il discorso della formazione complementare, la formazio­ ne 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 Sanita­ rio 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-

156 *Tavola rotonda*

tà. \_ Questo sarebbe un grande problema; noi abbiamo fatto questa battaglia per far entrare in un ordinamento nazionale, e quindi universitario, la forma­ zione di base. Adesso dovremmo --dopo la formazione di base -,-- uscire dal­ l'Università e fare un passo indietro per entrare in una sede, ormai qualitati­ vamente non idonea.

Però mi si oppone a questo discorso la legge 341 del 1990 sugli ordina­ menti didattici universitari che prevede il Diploma Universitario (DU), il Di­ ploma 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 so­ lo dopo la laurea. Però io credo, e anche qui off ro la patata bollente a Canta­ relli, ci possa essere una legge o un *escamotage* per cui questa formazione post-base continui ad avvenire in sede universitaria, continuando a usare l'i­ stituto 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 nazio­ nale .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 cqnvenzio­ namento 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 Diplo­ ma di Laurea in Scienze Infermieristiche che, badate, non è di 2 anni, è com­ posto da 3 anni più 2 anni per i dirigenti e i docenti della assistenza infermie- ristica. ,

Anche qui, come Federazione, abbiamo chiesto la facoltà . di Scienze Infer­ mieristiche 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 dobbia­ mo 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.

*Tavola rotonda* 157

Questo eviterebbe quella che attualmente viene chiamata ancora « emer­ genza 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 secon­ daria 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 equi­ parazione dei titoli di dirigente dell'assistenza infermieristica o di infermiere insegnante dirigente, con il futuro diploma di Laurea in Scienze Infermieri­ stiche.

Adesso arriviamo alle dolenti note.

Nell'articolo 7 si parla delle modifiche al D.P.R . 225, c10e si dovranno ridefinire le competenze dell'esercizio della professione infermieristica . Que­ sto è un discorso che riguarderà tutte le componenti della professione infer­ mieristica, 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 rient ra nel ruolo sanitario e assoluta­ mente 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 profes­ sione infermieristica, sarebbe come « surgelarla».

La professione infermieristica è invece contraria; noi come Federazione siamo completamente contrari, ad inserire in una legge di riordino della no­ stra 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'orga­ nizzazione del lavoro infermieristico in ospedale deve essere fondata sulla in­ dicazione delle competenze di questo profilo professionale .

Inoltre il Decreto Ministeriale .che stabilisce che questa figura è un « pro­ filo professionale» è sbagliato, perché per la definizione di un profilo profes­ sionale ci sono tre criteri che sono la formazione, la competenza e l'abilitazio­ ne 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.

158 *Tavola rotonda*

In conclusione la Federazione Nazionale chiede che questa figura venga stralciata dalla nostra legge, o almeno che non venga inserita in questo setto­ re e che possa essere presente nell'articolo 11 dove ci sono tutte quelle altre f igure atipiche. Anche lì è un rischio terribile perché si costituiscono addirit­ tura delle professioni.

Queste cose ve le sto ponendo come problemi perché noi diciamo sempli­ cemente 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 Infermie­ ristico. Noi chiediamo la definizione delle funzioni di questo Servizio Infer­ mieristico e che non sia un osservatorio. Ovviamente si parla di osservatorio perché non si vuol dare a questa struttura nessuna attività concreta che risol­ va alcuni problemi e soprattutto perché, attraverso l'osservatorio, si può usa­ re 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 infer­ mieristica.

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 Com­ missione Affari Sociali prevedeva che il prof ilo diventasse unico, che i Collegi diventassero Collegi degli Infermieri, la Federazione diventasse la Federazio­ ne degli Infermieri, laddove, adesso, gli albi sono suddivisi in tre figure pro­ fessionali - anzi, addirittura una è un profilo -: l'infermiera professionale, l'assistente sanitaria e la vigilatrice di infanzia) per dire loro, che da un mo­ mento 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 in­ fanzia però hanno una posizione molto serena e matura perché sono abba­ stanza 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 pediat rica . 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 aspet­ ti di specificità del loro ruolo. Questo, per la loro Associazione e le Direttrici

*Tavola rotonda* 159

delle Scuole per Assistenti Sanitarie, sembrerebbe penalizzante. A questo pro­ posito c'erano delle posizioni non assolutamente univoche ma di aperto con­ trasto.

Allora, vi dico le posizioni e vi dico anche quello che pensiamo di fare. Ovviamente noi non siamo, come Federazione e come professione, contropar­ te di nessuno.

L'Associazione Assistenti Sanitarie vuole avere una formazione a sé stan­ te, 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 ba­ se uguale per tutti e poi una specifica formazione di Assistente Sanitaria. Il problema ci sarebbe anche a questo punto - ecco perché ne parlo ades­

so 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, pro­ grammare 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 specia­ li 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 nel­ l'ambito *d ell 'unicum* dell'Albo tenuto dai colleghi degli infermieri).

Questa potrebbe essere una soluzione che salverebbe la specificità di cia­ scuna formazione post-base e garantirebbe l'unicità della rappresentanza del­ la professione infermieristica per quanto riguarda i Collegi, lasciando poi spa­ zio alle singole Associazioni e a tutto il resto.

Un'ultima parola dovrebbe essere riservata ad un piccolo esame dell'arti­ colo 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 infer­ miere 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-

160 *Tavola rotonda*

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 Naziona­ le. Si parla di programmazione quinquennale, cioè: ogni cinque anni le Ammi­ nistrazioni possono programmare - con il comando, la sostituzione di queste persone - l'accesso alla formazione. Prima si parlava di una sanatoria, per­ ché 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 quin­ quennale con un quinquennio. Cioè solo per cinque anni, perché altrimenti questo è un pozzo senza fondo. Non capisco perché non si devono · favorire

- per es'empio - le persone provenienti dall'esterno, le persone che sono anche pedagogicamente più aperte, che non hanno già i « vizi » che ha il Servi­ zio 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 . Ment re 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 do­ vuta - secondo la logica di questo articolo - fare anche la laurea per i podo­ logici, 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 professionc;i.le. 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.

*Tavola rotonda* 161

R.B. Corvi, relatore.

Sono lieta di partecipare a questa tavola rotonda, perché ho notato l'inte­ resse 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 del­ la quale ha fatto menzione sia l'On.le Renzulli ieri e anche adesso, la dottores­ sa 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 ce 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 rior­ dino 5081, non viene presa in considerazione.

Rileggendo appunto questi articoli ho posto l'attenzione nell'ambito della riforma della nost ra professione sulla figura del *tutor.*

Nei nostri corsi di formazione, la sua presenza è necessaria e, direi, indi­ spensabile. Non a caso nell'ambito universitario il *tutor* è diventato figura ufficiale dal primo novembre del '90 e nella legge, sempre 341, è nominato t re 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'appren­ dimento clinico. Il *tutor,* nell'ambito univeristario, 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 appropriar­ ci di questa presenza, prima che altri - non addetti ai lavori - se ne appro­ prino. Lavorando in un ambiente universitario si affina l'orecchio a determi­ nati discorsi, si diventa più attenti a certe problematiche e si prevedono alcu­ ni rischi.

Su un quotidiano di qualche giorno fa ho letto: *tutor, tutoris,* III declina­

zione, un protettore delle nuove generazioni? Inventato 2000 anni fa.

Infatti nella legge 341 si parla molto di questa figura ma sembra che l'ab­ biano 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.

162 *Tavola rotonda*

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, scientifi­ ca e un tirocinio obbligatorio necessario per il completamento della formazio­ ne 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 for­ mativo ed educativo della nostra professione? Mi sembra quanto mai valida ed urgente la figura del *tutor,* al quale tocca il diff icile 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 biso­ gno? 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, diffi­ coltà 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.

*Tavola rotonda* 163

E adesso la parola alla signora Cantarelli, vice-direttrice della Scuola Uni­ versitaria 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 tera­ pia intensiva sto diventando un'esperta senzà essere mai stata in reparto. Siamo un po' in crisi. Il fatto che !'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'ulti­ mo 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 risponde­ re 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 aspet­ to un cambiamento radicale:

1. *L'elimina z ione della suddivisione della p rofession e infermie ristica in p rofes­ sioni infe rmie ristiche allo scopo di raf forza re l'immagine e la compatte z za della p rof essione 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 forma­ zione e di professione, almeno io la leggo in questi termini .

Per cui una nuova legge dovrebbe portarci ad essere una professione uni­ ca. La Legge ci sta portando questo.

164 *Tavola rotonda*

C'è una sfaccettatura dell'articolo che non mi convince . L'articolo 1 dice *pro fessioni infe rmieristiche* 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 *« Infe rmie re Professionale » ,* poi si possono prevedere indirizzi successivi in pediat ria, nella comunità, in area critica, ecc.

1. *La forma zione infermie ristica orientata .da un preciso modello infe rmie risti­*

co, *con un quad ro concettuale 4i rife rimento.*

Nell'87 ho lanciato l'idea di uno specif ico;· oggi sento parlare tutù di *spe­ cifico infe rmie ristico.* Dallo specif ico abbiamo avuto il coraggio di chiamarla *disciplina* e l'università la chiama addirittura *scienza infermie ristica .·* Ade­ guiamoci.

Però attenzione: noi infermieri sappiamo esattamente che cos'è questo spe­ cifico? 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 speci­ fico 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 pro­ grammi che rispondono a dei bisogni di assistenza per gli operatori tecnici addetti all'assistenza, che vanno a operare in quello specifico, stiamo renden­ doci 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 li­ vello 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'infer­ miere 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 signif ica 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 Di­ scipline Infermieristiche.

*Tavola rotonda* 165

·Il D.U. ci da la possibilità di proseguire per il DL, cioè di avere una lau­ rea, in contrapposizione ai tecnici, perché abbiamo dichiarato di avere un contenuto nostro. Se noi non siamo seri sui nostri contenuti, è inutile chiede­ re una laurea. Noi non vogliamo una Laurea per dirigenti e docenti, ma in Scienze Infermieristiche, che serva pef tutti gli infermieri, indistintamente, perché ha all'interno un contenuto, una specif icità sua, altrimenti ci troviamo le più strane proposte. Ricordo a Padova le. Assistenti Sanitarie. che chiedeva­ no 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 per­ ché 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 pret­ tamente medici. Formano dei dirigenti infermieri? Sì, dal punto di vista for­ male 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. 34.1 « Riforma degli ordinamenti didattici universitari » recita:

*Comma l.·Entro* 2 anni dalla data di entrata in vigore della presente Leg­ ge, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, adottati su propo­ sta del Ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e Tecnologica , sono definiti e aggiornati gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universita­ rio, 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 espdme 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 pro fessionali,* nell'osservanza dei seguenti criteri:

1. devono rispettare la normativa comunitaria in materia;
2. 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 scientif iche e professionali;

166 *Tavola rotonda*

1. devono determinare le facoltà e la collocazione dei corsi nelle facol­ tà, 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;
2. devono individuare le aree disciplinari, intese come insiemi di disci­ pline 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 deter­ minate qualifiche funzionali del pubblico impiego;
3. devono precisare le affinità al f ine della valutazione delle equipollen­ ze 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'elaborazio­ ne del curricolo 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 giocarsi il cam­ biamento 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 conte­ nuti distruggono il lavoro fatto in 25 anni.

*Spero che la Fede razione rap presenti verame nte la compete nza .infe rmie ri­ stica, 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.

1. *La garanzia della docenza infe rmie ristica agli infe rmieri.*

In un Corso di Scienze Infermieristiche, i docenti della disciplina non pos­ sono 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 es­ sere 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 tut te le scuole a fini speciali, al momento della sua applicazione saranno chiu­ se. A meno che nel piano nazionale del Ministero dell'Università e della Ricerca

*Tavola rotonda* 167

Scientifica vengano mutate in diploma universitario. Le Scuole per Dirigenti non possono diventare diploma universitario in quanto è previsto come diplo­ ma 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 *i l* Ministero, mentre in questo momento le Scuole a fini speciali vengono aperte per decreto della stessa uni­ versità. Allora come mai in un momento in cui tutti sanno che le scuole devo­ no 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 ac­ quisendo titoli per avere le future cattedre, questo è il discorso chiaro. Sono dei prestanomi, vanno a cercare di dare contenuti dicendo di salvare la pro­ fessione e stanno semplicemente facendo acquisire titoli ad altri, a coloro che stanno acquisendo possibilità maggiori domani per essere i docenti della di­ sciplina 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 capi.re. \ .

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 chia ro Se rvizio Infe r­ mie ristico nel quale* i *pro fessionisti infe rmieri si riconoscono.*

La formazione universitaria prevede il Corso di Laurea in Scienze Infer­ mieristiche 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 es­ serci 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 orizzonta­ le con poche, ma serie specialità.

168 *Tavola rotonda*

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 compat­ tezza della professione estirpando le radici di conflitto esistenti.
2. La formazione infermieristica orientata a un preciso modello infer­ mieristico, 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 profes­ sionisti infermieri si riconoscono.

Secondo me, una Legge che raggiunge questi obiettivi è una seria premes­ sa alla costruzione del professionista infermiere, del « para malato» e non del­

!'ausiliario ad altri professionisti.

*Grazie.*

**A. Silvestro,** moderatore

Con questi grossissimi stimoli che abbiamo avuto, aprirei il dibattito sol­ lecitando 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.

*Inte rvento*

Volevo sentire qualcosa su quella che sarà la formazione permanente del personale, sia nell 'area critica che in tutta la professione infermiersitica .

*Inte rvento*

**L.A. Rigon,** Infermiere dirigente da Padova.

Volevo provocare i relatori, sull'argomento della formazione. Ieri si dice­ va: Si rischia di passare in Università come I'«armata Brancaleone» se non abbiamo delle idee chiare. Ora il problema è questo.

Collegio, Scuole Universitarie: che tipologia, che idee hanno sulla forma­ zione 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 .

*Tavola rotonda* 169

Definito il quadro concettuale della formazione infermieristica, si potran­ no 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 con­ diviso 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 torna­ re nell'esercizio professionale.

Che valore ha il modello per l'area critica ?

Quando pensiamo all'area critica o a qualsiasi tipo di formazione comple­ mentare, 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 cor­ so di specialità con obiettivi completamente diversi, devo assolutamente cono­ scere 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 pre­ stazioni infermieristiche di base, per l'infermiere di area critica si è rilevato il numero maggiore di azioni all'interno di queste prestazioni. Esse sono ca­ ratteristiche nei settori nei quali va ad operare. La formazione deve dare al­

l'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 forma­ zione. 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 elen­ co di materie fra cui patologia medica, clinica, ecc. L'infermiere deve cono­ scere 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 pre­ stazioni.

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?

170 *Tavola rotonda*

**M.G . Astorino,** relatore

Ma, io darò una risposta di tipo più burocratico . La formazione perma­ nente sarà - se questa legge andrà in porto - il *trait d 'union* t ra le sedi di formazione, quindi l'Università, e il Servizio Infermieristico. Cioè il Servi­ zio Infermieristico sarà responsabile in prima persona della organizzazione della formazione permanente, ma non potrà fare questo a prescindere dal­ l'aiuto e dall'integrazione con le Scuole. Quindi una funzione del Servizio In­ fermieristico 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 proble­ ma del mansionario, che risolve il problema dell'autonomia assoluta o di re­ lazione.

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 termi­ ne) di modelli di professionisti fatti secondo questo modello. Qui sta il noccio­ lo 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 termi­

ni strategici possiamo veramente tirare fuori le unghie per prenderci le catte­ dre, 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 plu riennale 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 prof essione che poi si confronta con altri infermieri, si confronta con le forze giovani della professione che sono gli studenti . Quindi dalle Scuo­ le Universitarie si deve attingere a piene mani sia per esperienza delle perso­ ne che le dirigono, le gestiscono, che vi insegnano sia perché sono le portavoci vive della prof essione.

Oltre alle Scuole Universitarie, per quanto riguarda la formazione, io ere-

*Tavola rotonda* 171

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 crean­ do 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 pas­ si, dalla assistenza sanitaria di base . E le assistenti sanitarie sarebbero un pilastro . Se adesso cominciamo a disperderle, a lasciarle discostare dalla ma­ trice infermieristica, corrono lo stesso rischio delle ostetriche, di morire sui­ cide di se stesse. Perché nulla osta che poi - come giustamente diceva Canta­ relli - 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 per­ manente. 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 rispo­ sta. Ma fondamentalmente è la base che dovrebbe fare questa richiesta.

*Inte rvento*

**Tuili,** Primario Rianimazione

Io vorrei riassumere le cose che mi sembrava si potessero fare per con­ quistare 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'Univer­ sità, vedere che difficoltà ci sono; questa mi sembra una buona legge da uti­ lizzare.

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'I­ stituto. Poi chiedere a tutte le Regioni che attuino il Servizio Infermieristico,

172 *Tavola rotonda*

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 decre­ ti delegati? In base anche a quali alleanze? Quali alleanze. suggerite sul decre­ to delegato?

L'ultima domanda è questa: siccome in democrazia esiste u na condizione di compromesso, quali compromessi intendiamo accettare rispetto a questo; soprattutto sul discorso dei contratti e degli àffidamenti come strumenti di compromesso intermedio, quali strumenti di compromesso intendiamo accet­ tare e quali no, perché la 5081 - che · io personalmente ritengo dover far passare - passi? Grazie.

*I nte rvento*

**Porta,** Infermiere Pofessionale . 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 relat rice Cantarelli che ci poneva solo dei traguardi relativi perché il futuro è µn divenire, quindi non possiamo mai ritenerci soddisfatti.

Però, ho questa perplessità: bisogna, secondo me, partire dalla realtà at­ tuale . Ci si è soffermati poco su quelle che sono state chiamate le norme tran­ sitorie. 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) cc 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, andrem­ mo 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 pot ranno essere soddisfatte. Ver­ ranno probabilmente soddisfatte, ma non so, forse fra dieci, forse fra quindici anni. Perché, attualmente, i nostri contratti, che sono triennali, sono in real­ tà 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

*Tavola rotonda* 173

si trova il proprio specifico, che ha delle aree di autonomia operativa pm o meno ampie, ma - signori miei - la realtà operativa dell'Ospedale è la realtà operativa del mansionario. Nessuna Legge ancora l'ha sostituito. Abbia­ mo ancora il mansionario. Per cui noi troveremo degli infermieri con delle grandi aspettative, ma che si trovano in una realtà operativa frustrante, umi­ liante, tutti i giorni.

Un'ultima cosa. L'emergenza infermieristica si è risolta con la chiamata all'iscrizione alle Scuole Infermieristiche Professionali di mercenari . Proba­ bilmente, 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.

*I nte rvento*

**Baraiolo,** Infermiera Professionale da Milano.

Il mio intervento · era praticamente simile al precedente perché io a tut­ t'oggi lavoro in Area Critica, e vivo con i miei colleghi la stessa realtà. (...). Ritengo però sia fondamentale per cambiare, per aff rontare in futuro tut­

te le problematiche sollevate oggi, sopportare tutte le proposte che si stanno

-realizzando. Certo, un domani noi ci t roveremo 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 univer­ sitario, ... però noi oggi riteniamo che sarà un miglioramento per gli utenti che oggi vediamo assistiti male. Grazie.

*I ntervento*

Drigo, Presidente ANIARTI.

Mi inserisco anch'io in questo filone di discorsi, per stimolare la riflessio­ ne 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 riferi­

menfo prima . Vorrei chiedere se sono ipotizzabili, se sono immaginabili - al momento attuale - le crisi che possono svilupparsi all'interno della profes­ sione, in seguito al passaggio ad una modalità nuova e più elevata di fare

« formazione infermieristica », e come eventualmente possiamo prevedere mo­ dalità di tamponamento di queste situazioni di *gap* e di integrazione tra l'at­ tuale 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 t ra gli infermieri, sia al di fuori della professione infermieristica

- manifestano nel sostenere una proposta di legge di riforma della formazio­ ne infermieristica , quale quella che viene portata avanti attualmente. Ci si

174 *Tavola rotonda*

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 disin­ centivo 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 proble­ matici 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 Soc­ corso. Pare che, in seguito ai progetti-obiettivo previsti dal contratto, si siano impegnati a ridu rre 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 sussiste­ rebbe più. Quindi credo che l'ottica vada spostata anche in un'altra direzione. Terzo punto. Volevo chiedere alla signora Cantarelli, visto che ci ha incu­ riosito 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 accoglimen­ to, 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 Profes­ sionali, abbiano fatto cose da pazzi, perché hanno pensato potesse essere l'ul­ timo anno, o almeno uno degli ultimi anni per acqusire 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 perf etta, è come la Svizzera ... o il peggiore dei paesi del IV mondo, perché

*Tavola rotonda* 175

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 cosiddet­ ta carenza numerica. Non dobbiamo poi invece creare dei disoccupati. Ci so­ no questi passaggi da un estremo all'altro così veloci ormai nella nost ra socie­

tà, 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.

1. **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 dobbia-

mo 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 richie­ sta 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 dimi­ nuendo il numero degli iscritti, volutamente. Sta andando incontro al discor­ so di programmazione di numero, perché il numero dei laureati medici, è eccessivo. E questo porta una deprofessionalizzazione che noi purtroppo ve­ diamo 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 Infermieri­ stiche 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-

·176 *Tavola rotonda*

ri, non solo dei primi diplomati. Tutti dovranno farsi forza di ciò che la pro­ fessione ha ottenuto. E volere i livelli che la professione in Università preten­ de. Anche chi non l'ha fatta. Ma scherziamo? Tutti hanno un diploma di Infer­ miere 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 f igura 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: cc adesso arrive­ ranno i diplomati con 3 anni e noi con 2 non valiamo più niente!». Ma scher­ ziamo? L'Infermiere Professionale è quello del corso triennale, quella è l'im­ magine. L'Infermiere Professionale del corso universitario, quella è l'immagi­ ne. 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 c1 mteressa di pm.

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 moltis­ simi fondi in formazione permanente. Ogni Regione stanzia dei finanziamenti molto elevati. Con dei progetti dispersi. Esistono molte istituzioni che vendo­ no corsi, abbiamo un'inf inità 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 formazio­

ne permanente che dia un recupero dall'esistente al futuro per tutti gli infer­ mieri 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 in­ fermieri.

* 1. **Silvestro,** moderatore

Io volevo fare una domanda che va anche un po' a riprendere i contenuti che sono stati dati.

Fra l'alt ro 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

*T.avola rotonda* 177

di riferimento importante per quanto riguarda la formazione permanente. Que-· sto ovviamente nella nostra « area », che comunque verrà, quando verrà forma­ ta, messa a disposizione di tutta la professione. Chiaramente, perché la for­ mazione, 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. Rispet­ to 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 utiliz­ zare 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 conside­ razione.

**M. Cantarelli,** relatore

Le Scuole per Infermiri in Università: quali sono i punti fragili ed i punti forti?

L'Università dovrà usufruire di convenzioni con il Servizio Sanitario Na­ zionale. 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 con­ trollo dei tirocini.

Cosa significa controllo, l'ho detto volutamente. Non ci saranno infermie­ ri a suff icienza per svolgere tutti gli insegnamenti e poi non è necessario che siano tutte persone diplomate in Università, per cui gli studenti verranno affi­ dati ai reparti, alle sedi, alle caposala dei reparti o agli infermieri specializza­ ti 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 di­ pendenti dall'Ente Sanitario Nazionale. E il loro problema è quello del servi­ zio, quello della dipendenza economica dall'Ente che condiziona molti altri fattori.

178 *Tavola rotonda*

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'elimi­ nazione 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 far­ lo 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 Infer­ miere 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 vole­ vamo 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 cre­ do 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 diff erenze 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 fami­ glie 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 moti­ vazioni 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

*Tavola rotonda* 179

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 stu­ denti 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 e 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 strut­ ture. 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

intena{.

carica di cose nuove che credo ci farà abbastanza riflettere su quale

dovrà :es.sere .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 profes­ sione a livelli molto elevati e significherà, anche riportandoci al discorso che faceva ieri la signora Lusignani - rispetto ai principi etici che devono regola­ re il nostro operare - veramente off rire un servizio di elevata qualità e deon­ tologicamente forte, ai fruitori delle nostre prestazioni.





INDICE

Euo DRIGO

*Rela zione introduttiva del Presidente Aniarti* ..................................

c. SILVESTRI, E. DRIGO

*Gli anni dell'AN IARTI: pe r una memoria*

*Pronunciamento* ........................ ........................ ........,................ .............

ADRIANA DALPONTE

*Il sistema organizzativo Area Critica* ..................................... ..........

F. GIOVANNELLI

*La domanda di salute d ei cittad ini: analisi politica*

F. Rossi

*La domanda di salute: analisi economica*

s. BARBIERI

*L'inse rimento del pe rsonale come strumento di integrazione ed ef fi- cacia organizzativa* ................................................ ........................

R. DORO, E. ALLEGRINI

*L'inserimento degli infe rmieri: due espe rienze a confronto* ..........

*IERI ABBIAM O DETTO ...*

E. CASCIOLINI, s. CERASATO, D. D'AGOSTINO, R. MARCHETTI, B. SIMEONI

MASSIMO SANTINELLO

*Lo stress: aspetti ge ne rali e riflessi relazionali*

LUCIANA CORRADO

*La sind rome del burn-out come risposta allo stress lavorativo* ...

MAURA LUSIGNANI

*Valori sociali, etica e stress* ................................................................

L. CoRRADO, G. DELLI ZoTTI, A. SILVESTRO

*Rice rca sul burn-out tra gli infe rmieri di Area Critica della provin- cia di Udine* ................................................................................... .

1. BEDIN, L. BIFFANTI, L. DALLA VERDE, R. MILAN!, G. NARDON, C. SILVESTRI

*L'esperie nza degli infe rmie ri pro fessionali a contatto con i pazie nti*

*donatori d 'organo: cause d i stress* ............................................. .

Pag. 5

)) 13

)) 21

)) 23

)) 31

)) 47

)) 55

)) 59

)) 65

)) 69

)) 79

)) 87

)) 91

)) 111

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 182  *IN TERVEN TI PREORDIN ATI* |  | *Indice* |
| *15 novmbre 1991* ................................................................................. | )) | 117 |
| G.C. MARCHESINI, **M.** COSTA |  |  |
| *Valutazione del burn-out infermie ristico in rianima zione* | )) | **119** |
| P. GUALANO, S. BRONZETTI, F. BRUSCOLI, **B.** GOBBI, G. SBERLATI |  |  |
| *Assisten za al pa ziente critico in ambie nte non-critico* ................... | » | 129 |
| G . BIANCHI |  |  |
| *Burn-out e donazione d 'organi* | » | 133 |
| *IER I ABBIAM O DETTO ...* |  |  |
| E. CASCIOLINI, S. CERASATO, **D.** D'AGOSTINO, R. MARCHETTI, B. SIMEONI | » | 137 |

*TAVOLA ROTON DA*

* 1. 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 Tipog ra fia Tap pini* - *Città di Castello (PC)* (075) 855.81.94

